

"להיות מוכן- זה להיות מוגן"

האם הכנת אדם עם מוגבלות שכלית מורידה את רמת החרדה במצבי

חירום, ומעצימה את רמת התפקוד ואת החוסן המשפחתי?

עבודת גמר לתואר מוסמך בית הספר לבריאות הציבור, התכנית לניהול מצבי חירום
ואסון

מגישה :

שושי אספולר, ת.ז: 057921793

מנחה :

ד"ר זהר רובינשטיין

נובמבר, 2012

תקציר

פיגור שכלי היא לקות התפתחותית שבה התפקוד האינטלקטואלי נמוך ביחס לאדם הממוצע. בעלי לקות זאת סובלים מאיחור משמעותי או קושי משמעותי ברכישת מיומנויות למידה, מיומנויות תקשורת ומיומנויות הדרושות לפעולות היומיום. תנאי הכרחי נוסף להגדרת פיגור שכלי הוא איתור ליקויים ביכולתו של הפרט להסתגל מבחינה תפקודית והתנהגותית, לסטנדרטים של התנהגות תפקודית וחברתית הצפויים מבני גילו בקבוצתו התרבותית. אוכלוסייה זו פגיעה במיוחד למצבי חירום ולחשיפה לאירועים בעלי פוטנציאל לעורר טראומה ורמות חרדה גבוהות. בתוך כך, הם עלולים לסבול מאפקטים שליליים מתמשכים כתוצאה מהשתתפות במצב חירום ולפיכך הבריאות הנפשית שלהם ושל קרובי המשפחה הדואגים להם עלולה להיפגע באופן ניכר.

במיוחד במצבי חירום, התא המשפחתי מהווה עבור הפרט מקור לביטחון ולתמיכה. תמיכה משפחתית בהקשר זה מוגדרת כקיום או זמינותם של ההורים הדואגים לו וגורמים לו להרגיש מוערך ואהוב. זמינותם של ההורים משפיעה הן דרך תרומתם להסתגלות חיובית ולהתפתחות אישית והן דרך עזרה מעשית ורגשית. משפחות המסוגלות להסתגל באופן גמיש למצבים משתנים ועדיין לשמור על לכידות בני המשפחה, נחשבות כבעלות חוסן משפחתי גבוה ובעלות יכולות התמודדות גבוהות אל מול מצבי חירום שונים.

מטרתו המרכזית של המחקר הנוכחי הינה לבחון האם הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תוריד את רמת החרדה במצבי חירום ותעצים את החוסן המשפחתי? מחקר זה הינו חלוץ בתחומו וחשיבותו היישומית גבוהה לשיפור איכות חייהם של בעלי פיגור שכלי ובני משפחתם. על מנת לבחון שאלה זו, השתתפו במחקר 30 אנשים הסובלים מפיגור שכלי ובני משפחותיהם מבאר שבע. למשתתפים הועברו שאלוני חרדה מצבית (מונגשים לשונית), התנהגות בזמן אזהרה וחוסן משפחתי בשתי נקודות זמן – לפני ההתערבות ולאחריה. ההתערבות כללה סדנא, מונגשת ומותאמת קוגניטיבית, שמטרתה מתן מידע והעברת מסרים, לאנשים עם פיגור שכלי, על מצבים של איום טילים, מתן הנחיות על דרכי התגוננות וסדר פעולות אפקטיבי שיש לנקוט עם השמע האזהרה.

במחקר זה נמצאו כי הכנת אדם עם מוגבלות שכלית מורידה את רמת החרדה ומעלה את רמת המוכנות שלו במצב חירום. עוד נמצא כי הכנת אדם עם מוגבלות שכלית מעלה את רמת

המוכנות של בני המשפחה שלהם במצבי חירום וכן מגבירה את רמת החוסן המשפחתי. עוד נמצא כי ההכנה גם החלישה את הקשר בין רמת החרדה של המשתתף בעל המוגבלות השכלית לבין רמת התפקוד של בן המשפחה. לבסוף, נמצא כי ההנגשה הקוגניטיבית החלישה את הקשר שבין תפקוד המשתתף בעל מוגבלות שכלית לבין החוסן המשפחתי.

תוכן עניינים

פרק	עמוד
הקדמה	5
1. מבוא	6
2. סקירת ספרות	9
2.1 אוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי	9
2.2 השפעת החשיפה לאירוע טראומטי	12
2.3 תגובות חרדה	16
2.4 חוסן נפשי ומשפחתי	18
2.5 סיכום ביניים והשערות המחקר	21
3. שיטה	23
3.1 משתתפים	23
3.2 כלים	23
3.3 הליך המחקר	24
4. ממצאים	26
5. דיון	32
6. סיכום ומסקנות	36
7. תיחומים, מגבלות והמלצות	37
מקורות ספרות	38
נספח א': שאלון משתתף בעל מוגבלות שכלית	
נספח ב': שאלון לבן המשפחה	
נספח ג': שאלון משתתף בעל מוגבלות שכלית – פישוט לשוני	
נספח ד': "להיות מוכן – זה להיות מוגן", סדנת הדרכה לאוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית, בנושא התגוננות מפני ירי טילים על העורף	

הקדמה

אוכלוסיית האנשים המוגדרת כסובלת מפיגור שכלי הינה בעלת יכולת מוגבלת לדווח על מצבים של לחץ ומצוקה נפשית במיוחד במצבי חירום כאשר הם מתקשים להבין את השינויים החלים סביבם. על כן, הם עלולים להגיב באי שקט והפרעות בהתנהגות ובכך לסכן את שלומם ואת שלום האנשים האחראים עליהם. מתוקף תפקידי כאחות מרכזת תחום סיעוד בקהילה באגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית, אני חווה מקרוב את קשייהם של אנשים בעלי פיגור שכלי, במיוחד באזור הדרום החשוף לירי ממושך של רקטות וטילים מרצועת עזה. בתוך כך, אני מזהה את חוסר יכולתם של אנשים הסובלים מפיגור שכלי להבין את דרישות הסביבה מהם בעת לחץ, נושא הגורם חרדה רבה להם ולסביבתם הקרובה וכן תסכול גדול בקרב אלו הדואגים לשלומם. לפיכך, בחרתי במחקר זה לבחון כיצד הנגשה קוגניטיבית הבנויה במיוחד לצרכיה של אוכלוסייה זו, יכולה להפוך את הוראות פיקוד העורף לפשוטות יותר להבנה על ידי אנשים בעלי פיגור שכלי ובכך לצמצם את רמת החרדה שלהם ולשפר את מוכנותם להתמודד עם מצבי חירום. ככל הידוע לי, נושא זה עדיין לא נחקר בעולם בכלל ובישראל בפרט. עם זאת, חשיבותו היישומית היא רבה מאוד משום שגילוי אפקטיביות של הנגשה זו עשויה לשפר במידה ניכרת את איכות חייהם של בעלי פיגור שכלי המתגוררים באזורים הסובלים ממצבי חירום תדירים.

1. מבוא

לחץ מוגדר כאיום על תחושת הרווחה הנפשית, כתוצאה מפער בין הציפיות של האדם מעצמו או הציפיות שמופנות אליו מן הסביבה, לבין היכולות, או המשאבים העומדים לרשותו לעמוד בדרישות אלה. ברוב המקרים, מצליח האדם להתמודד בהצלחה עם מצב הלחץ באמצעות מנגנונים טבעיים ומנגנונים נרכשים שקיימים במערך הפסיכולוגי שלו. אין אילו, בהכרח, אירועים טראומטיים ומצבי חירום המזמנים שיבוש חמור ולא צפוי של אורח החיים, גם מצבי שגרה רגילים, אירועי חיים שגורתיים, המחייבים הסתגלות רגשית ונפשית, עלולים להיות מקור של לחץ ומתח (גיל, 2007). מצב של לחץ מתמשך, כמו איום מתקפת טילים על העורף הישראלי, ללא תגבור משאבים נחוצים, או בהיעדר סיוע רלוונטי, עלול ליצור מתח גובר והולך. מתח מתמשך עלול להידרדר לכדי משבר, על כל השלכותיו הנפשיות, הגופניות והתפקודיות.

יכולתו של האדם להתמודד עם מצבי לחץ ומשבר ולהסתגל לנסיבות החיים החדשות, אשר נגרמו עקב מצבים אלו, מוגדרת כמעצבת את חוסנו. אנשים בעלי חוסן נפשי מאופיינים בתחושת שליטה על אירועים בחייהם, תחושת מעורבות ומטרה בחיי היומיום וגמישות ביכולת להסתגל לשינויים בלתי צפויים. כמו כן, אחד הגורמים המרכזיים הקשורים בחוסן הנפשי הוא תחושת יעילות עצמית, אמונתו של האדם כי מסוגל לבצע פעולות שיקדמו אותו לעבר המטרה אשר הציב לעצמו (רביב וכצנלסון, 2005).

לאנשים עם פיגור שכלי יכולת מוגבלת לדווח על מצבים של לחץ ומצוקה נפשית, הם מתקשים להבין את השינויים החלים סביבם במצבים של לחץ, בהלה, תחושת איום, המאפיינים את המתרחש בעת אזעקה וקריאה להיכנס למרחב מוגן, ועלולים להגיב באי שקט והפרעות בהתנהגות. הרקע להתפתחות התנהגויות אילו, של האדם עם פיגור שכלי, יכול לנבוע מחוסר הבנה של הסביבה, מפער בין הבנתו את הסיטואציה לבין ההתנהגות המצופה ממנו בסיטואציה המשתנה, תסכול בגלל חוסר יכולת או חוסר רצון לבצע את המשימות ובעיקר כתגובה לחרדה (Chaney, 1996). ניתן לתאר התנהגות זו כהתנהגות חריגה, אשר בעטיה עלולים להיפגע שלומו הגופני של האדם, או שלומם של אחרים, או סביבתם ואשר הופעתה עלולה ליצור לחץ גובר על המשפחה, המתקשה להתמודד עם התופעה, בכל אזעקה וקריאה להיכנס למרחב המוגן. משפחה הנאלצת להתמודד עם מצבי דחק ועקה הולכים וגוברים, לאורך זמן, מאבדת מחוסנה.

חוסנה של משפחה היא היכולת שלה לעמוד באתגרי חיים הגורמים לשיסוע והוא כרוך באימוץ הסתגלות חיובית בהקשר למצוקה קשה. הכוח והמשאבים העומדים לרשות המשפחה מאפשרים לה וליחידים בתוכה, להתמודד בהצלחה עם משברים או עם אירועי חיים מלחיצים. חוסן כרוך בתהליכים, לאורך זמן, המקדמים את היכולת להתמודד היטב ולגבור על מכשולים (Walsh, 2003). יש גורמים משמעותיים המרכיבים את החוסן המשפחתי כמו: לכידות, אחריות משותפת, הסתגלות למצבים משתנים, תקשורת בתוך המשפחה, קשרים רגשיים וסולידריות (אולסון וחבי, 1983).

פגיעה בכל אחד מהגורמים עלול לערער ולפגוע בחוסן המשפחתי. אדם עם מוגבלות שכלית, המתגורר עם משפחתו באחת מהערים או מהישובים לאורך קו העימות של מדינת ישראל, החשוף לאיומים חוזרים של מתקפת טילים על העורף, חווה פעם אחר פעם, את סביבתו משתנה, רואה את הוריו, מקור בטחונו, מתנהגים באופן זר ומנוכר, מצופה ממנו, שוב ושוב, להתנהג באופן שלא מוכר לו ולמלא אחר הוראות שאינו מבין את פשרן. הוא עלול להגיב באי שקט קיצוני כביטוי לחרדה, ויסרב לשתף פעולה עם בני משפחתו ולמלא אחר ההוראות. בני המשפחה, כתגובה, עלולים לבטא את מצוקתם לנוכח התנהגות זו, בביצוע פעולות בלתי רציונליות ובלתי תואמות סיטואציה, ובכך יעמידו עצמם, פעם אחר פעם, בסכנה להיפגעות. יכולת המשפחה להתמודד עם מצבי הדחק והאיום, כך גם הכוח והמשאבים שלה הולכים ומתדלדלים, והחוסן המשפחתי הולך ומצטמצם.

מטרתו של המחקר הנוכחי לבחון האם הכנת אדם עם מוגבלות שכלית עשויה להוריד את רמת החרדה שלו במצבי חירום, לשפר את תפקודו במצבים אלה, ובכך להעצים את החוסן המשפחתי? על מנת לבחון שאלה זו הועברה לבדקים סדנא מונגשת ומותאמת קוגניטיבית, שמטרתה מתן מידע והעברת מסרים לאנשים עם פיגור שכלי על מצבים של איום טילים על מדינת ישראל, מתן הנחיות ברורות על דרכי התגוננות, סדר הפעולות שיש לנקוט עם השמע ההזעקה, ומתן לגיטימציה לתחושות. הסדנא יועדה עבור אוכלוסיית אנשים בוגרים עם מוגבלות שכלית קלה עד בינונית המתגוררים בבית המשפחה. בהמשך לכך נאספו מדדים אודות רמת החרדה וחוסן המשפחה לפני הסדנא ולאחריה.

העבודה תפתח בסקירת ספרות אודות מאפיינים של אוכלוסייה בעלת פיגור שכלי וכן השפעת חשיפה לאירוע טראומטי על חרדה ועל חוסן משפחתי. בהמשך, יובא בהרחבה המחקר האמפירי שנערך במחקר זה ולבסוף ידונו ממצאיו.

2. סקירת ספרות

2.1 אוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי

פיגור שכלי היא לקות התפתחותית שבה התפקוד האינטלקטואלי נמוך ביחס לאדם הממוצע. בעלי לקות זאת סובלים מאיחור משמעותי או קושי משמעותי ברכישת מיומנויות למידה, מיומנויות תקשורת ומיומנויות הדרושות לפעולות היומיום. ילד יאובחן כבעל פיגור שכלי אם גילו השכלי נמוך באופן משמעותי מגילו הכרונולוגי, ובמבחן וכסלר למדידת אינטליגנציה נמצא כי יש לו מנת משכל הנמוכה ביותר משתי סטיות תקן מהממוצע - כלומר, כזו הנמוכה מ-70. כל סטיית תקן נוספת מתחת ל-70 מעידה על פיגור קשה יותר. פיגור קל נחשב ליותר משתי סטיות תקן מתחת לממוצע ועד לשלוש סטיות תקן. דרגת הפיגור תנוע בין 50-70 לפי מבחן האינטליגנציה. בקטגוריה זו נכללים בעלי פיגור שכלי שהנם ברי חינוך, ילדים ומבוגרים המסוגלים ללמוד קריאה וחשבון ברמה בסיסית. מבוגרים בדרגת פיגור קלה מסוגלים לעתים קרובות למדי לתפקד באופן עצמאי ולהשתלב בתעסוקה בשוק החופשי ובחיי הקהילה. פיגור בינוני יחשב מצב בו מנת המשכל נעה בין שלוש לארבע סטיות תקן מן הממוצע באוכלוסייה. בעלי פיגור בינוני הנם ברי אימון, מסוגלים לרכוש מיומנויות חיים ברמה בסיסית ובכך לדאוג לעצמם. הם תקשורתיים ברוב המקרים ויכולים לבצע פעולות תעסוקתיות פשוטות בדרך כלל במסגרת תעסוקה מוגנת. הסובלים מפיגור קשה מאובחנים כך כאשר מנת המשכל שלהם נעה בין ארבע לחמש סטיות תקן מתחת לנורמה. קבוצה זו זקוקה לטיפול ופיקוח לאורך כל החיים. לעתים, יוכלו לטפל בעצמם ולבצע פעולות פשוטות תוך הדרכה ופיקוח. לבסוף, הסובלים מפיגור עמוק (מתחת לחמש סטיות תקן מתחת לנורמה) נחשבים כקבוצה סיעודית ודורשת פיקוח צמוד לאורך כל החיים. לעתים, יוכלו לטפל בעצמם ולבצע פעולות פשוטות תוך הדרכה וטיפול צמוד ואינטנסיבי למדי (ניסים, עמינדב ושאמיס, 2011).

תנאי הכרחי נוסף להגדרת פיגור שכלי הוא איתור ליקויים ביכולתו של הילד להסתגל מבחינה תפקודית והתנהגותית, לסטנדרטים של התנהגות תפקודית וחברתית הצפויים מבני גילו בקבוצתו התרבותית (ניסים, עמינדב ושאמיס, 2011). הסתגלויות נוספות שעלולות להיפגע עקב מנת משכל נמוכה הינן הסתגלות תקשורתית (יכולת לדבר במשפטים שלמים, מורכבים, באופן דיבור המובן לאחרים), הסתגלות גופנית (יכולת להליכה, ריצה, דילוג, עלייה וירידה במדרגות) או הסתגלות לעצמאות תפקודית בפעולות היומיום (להתלבש באופן עצמאי, לשרוך שרוכים, לרכוס כפתורים, לשמור על ניקיון אישי, לשלוט בצרכים). איתור של פיגור שכלי מופיע בדרך כלל בתקופה

מוקדמת בילדות ולא יאוחר מגיל 18. תנאי זה מבדיל בין מצב של פיגור שכלי לבין אובדן יכולת אינטלקטואלית שהייתה לאדם בעבר, למשל בשל שבץ מוחי או פגיעת חפץ קשה (רונו, 1990).

משרד הרווחה, האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי ומשפחתו בישראל הגדיר מפגר בשכלו על פי חוק (חוק הסעד טיפול במפגרים תשכ"ט 1969). לפי החוק בארץ "מפגר הנו אדם שמחמת חוסר התפתחות או התפתחות לקויה של כושרו השכלי מוגבלת יכולתו להתנהגות מסתגלת והוא נזקק לטיפול". לחוק זה קימות תוספת (תיקון מספר 2 תשל"ה 1975) לפיה הגדרת הפיגור השכלי צריכה לכלול שלושה קריטריונים, רמת משכל 65 ומטה, רמת תפקוד מתחת לנורמה ואיתור הפיגור עד גיל 5. הגדרת החוק הנה אופרטיבית, דהיינו על פיה נקבע בישראל מי יוגדר כבעל פיגור שכלי, ובהתאם לכך לאילו שירותים ותמיכות יהיה זכאי (אביעד, 1986).

מרבית הכלים הדיאגנוסטיים רואים בפיגור שכלי כמצב שבו ההתפתחות השכלית נעצרה או לא הושלמה, וקים עיכוב במיומנויות הכוללות יכולת קוגניטיבית, מילולית, מוטורית וחברתית. פיגור שכלי עלול להופיע בשילוב עם מצבים שכליים וגופניים אחרים או בלעדיהם. ההערכה נעשית באמצעות מבחני האינטליגנציה וסולמות המעריכים הסתגלות חברתית בסביבה נתונה. יכולות קוגניטיביות והסתגלות חברתית עשויות להשתנות במהלך הזמן ולמרות רמתן הירודה יושפעו מתהליכי אימון ושיקום. מקובל להעריך את שכיחות התופעה כנעה בין חצי לאחוז אחד באוכלוסייה (Zigler & Hodapp, 1986), אולם חוקרים אחרים גורסים שמדובר בכשלושה אחוז (אביעד, 1986). ההבדל נעוץ בשכיחות שלפיו מוגדר הפיגור השכלי.

הסיבות לפיגור שכלי רבות ומגוונות ובחלק מן המקרים אין כלל אפשרות לקבוע מהי הסיבה. מקובל לחלק את הסיבות לסיבות מולדות, כלומר מומים שהתרחשו לפני הלידה, בזמן הלידה או לאחר הלידה. חלק מהבעיות הללו מקורו בהורים כמו למשל תורשה, מחלות האם בזמן ההיריון, שימוש בסמים על ידי האם ועוד. אחרות קשורות לגורמים סביבתיים כמו רעלים, לידות מוקדמות או מסובכות ומחלות של הילוד או הילד בשנות חייו המוקדמות (Eden, 1976).

בישראל חיים כ-35,000 אנשים עם פיגור שכלי. מרביתם (כ-25,000) מתגוררים בביתם עם בני משפחתם, והיתר גרים במסגרות שונות: כחמישית מאוכלוסייה זו (כ-7,300 אנשים) חיים במעונות פנימייה, והאחרים (כ-2,900) מתגוררים במסגרות דיור שונות בתוך הקהילה. בשנים האחרונות מושקע מאמץ להפנות יותר אנשים לדיור בקהילה, דבר הבא לידי ביטוי גם בנתונים. אם בשנת 2001 רק מעט יותר מ-2,000 אנשים עם פיגור שכלי גרו במסגרות דיור בקהילה (הוסטל, דירות

לווין- דירות המסונפות למעון פנימייה, משפחות אומנה ודיור מוגן), הרי שבשנת 2009 מספרם עלה בשליש (2900), שהם 8.5% מכלל האנשים עם פיגור שכלי (גורבטוב וחב' 2009) (ראה לוח 1). במדינת ישראל אחראי האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי במשרד הרווחה והשירותים החברתיים על האבחון והטיפול באוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי ובבני משפחתם.

לוח 1: אנשים עם פיגור שכלי הרשומים ברשומות משרד הרווחה והשירותים החברתיים לפי מסגרת המגורים 2009

מסגרת הדיור	מס' דיירים	אחוזים
סך הכל	34,274	100%
בבית	24,054	70.2%
במעון פנימייה	7,314	21.3%
בהוסטל	1,428	4.2%
במערך דיור/ דירת לווין	1,013	2.9%
במשפחת אומנה	357	1.0%
בדיור מוגן	108	0.3%

2.2 השפעת החשיפה לאירוע טראומטי

ה-DSM-IV-TR מגדיר PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) כמורכבת הן ממגוון אירועים הנחשבים לטראומטיים והן מן התגובה הסובייקטיבית של האדם לאירוע הכוללת תחושות שליליות כגון פחד, אימה, או חוסר אונים קיצוניים (American Psychiatric Association, 2000). שכיחותה של ההפרעה באוכלוסייה מוערכת בכ-8% בקרב האוכלוסייה הבוגרת (Kesler et al., 1995) ובמחקרים מסוימים אף נאמדה ב-13% (Breslau et al., 2004).

החשיפה לאירועי חיים שליליים בעלי פוטנציאל טראומטי מקושרת לשלוש קבוצות של סימפטומים: (א) זיכרונות ומחשבות הקשורים לטראומה חוזרים ופולשים לתודעה; (ב) ניסיון להימנע ממחשבות, תחושות ורמזים קונטקסטואליים הקשורים לטראומה; (ג) סימפטומים של עוררות גופנית מוגברת ובהם תחושות אימה, פחד, חרדה, חוסר אונים וכן פגיעות ואובדן שליטה. על מנת להיות מאובחן ב-PTSD הפרט צריך להיות עד לאירוע המקושר למוות, איום של פגיעה או איום לשלמות הפיזית של עצמו או של אחרים. בתוך כך, עליו לחוות לפחות סימפטום אחד של זיכרונות פולשניים חוזרים, שלושה סימפטומים של הימנעות ושני סימפטומים של עוררות למשך חודש ומעלה הגורמים למצוקה משמעותית ופגיעה בתפקוד היומיומי (American Psychiatric Association, 1994). סימפטומים ותחושות קשות אלו נוטים לתבוע משאבים נפשיים גדולים מן הפרט ולהפוך לחלק מרכזי בחייו, ובכך לפגוע במידה זו או אחרת בתפקודו התעסוקתי, החברתי או בשניהם. יתרה מזאת, אירועים טראומטיים מגבירים גם את הסיכון לפיתוח הפרעות נפשיות נוספות כגון הפרעות חרדה, דיכאון וכן שימוש לרעה בסמים או באלכוהול (Rothbaum et al., 1992).

המחקר בתחום הצביע על מספר אירועים שעלולים לגרום מצוקה נפשית קיצונית לפרט. אחד האירועים בעלי הסבירות הגבוהה ביותר להשפעה טראומטית על הפרט הינה השתתפות במלחמה (Briere, 1997). מטבע הדברים, כוללת מלחמה טווח רחב של חוויות אלימות כגון איום מידי וממשי לחיי הפרט, לשלמותו הנפשית או הגופנית. בנוסף לכך, עצם מעורבותו בהריגה או פגיעה של אחרים, כמו גם אפשרות של נפילה בשבי עלולות להותיר בו רושם כבד של מצוקה נפשית (Weathers, Litz & Keane, 1995). גם לאסון המוני נודעת השפעה שלילית אפשרית על קבוצה

גדולה של אנשים, הן כזה הנגרם על ידי אירועי טבע קשים (כגון רעידות אדמה, סופות הוריקן, גלי צונאמי ועוד) או לחילופין כאלה הנגרמים עקב נסיבות אנושיות (שריפה או אסון גרעיני) (Briere, 1997).

תיאוריות של אירועים טראומטיים מתייחסות ל-PTSD כאל הקצה הקיצוני ברצף שנע בין תגובות טראומטיות קלות, שאינן עונות לקריטריונים לאבחון ההפרעה ועד לאבחנה המלאה. על פי ראייה זו, אירועים טראומטיים עלולים ליצור סימפטומים דומים, גם אם שונים בעוצמה או בתדירות, הן במקרים קיצוניים והן במקרים קלים יותר (Brewin, Andrews & Rose, 1996). אירוע טראומטי משמעותי נוסף ששכיחותו גברה באופן משמעותי בעולם בעשור האחרון הינו אירוע טרור. אירועי טרור עשויים לבוא לידי ביטוי במגוון של צורות כגון פיגועי התאבדות, הנחת מטעני נפץ באוטובוסים ובמקומות הומי אדם, חטיפה והפלה של מטוסים, ירי על אוכלוסייה אזרחית ועוד (Sharlin, Moin & Yahav, 2006; Soref, 2007; Zidner, 2006). פוטנציאל הפגיעה הנפשית באירוע טרור הינו רחב שכן גם אנשים אשר לא נפצעו באופן פיזי כתוצאה מהאירוע אך היו עדי ראייה לעוצמת ההרס, החורבן והפגיעה ברכוש, בגוף ובנפש נושאים עימם את מאורעות ומראות אותו אירוע לעתים גם שנים לאחר מכן (Zidner, 2006). PTSD ואירועי דחק הינן תגובות נפוצות לאירועי טרור ועולה ממספר רב של מחקרים שנעשו בשנים האחרונות בקרב נפגעי טרור בישראל (Somer et al., 2007). PTSD נמצא נפוץ גם בקרב קורבנות טרור בארה"ב. על פי Galea et al. (2002) במספר סקרים טלפונים שבוצעו בארה"ב לאחר אירועי ה-11 בספטמבר 2001, נמצאה שכיחות גבוהה פי שתיים מהצפוי של PTSD בקרב אנשים שנחשפו למאורעות היום. ממצאים אלו שוחזר גם במחקרים מאוחרים יותר ומראים את ההשלכות ארוכות הטווח של אירועי טרור על ההסתגלות הנפשית (Augr, Seymour, & Roberts, 2004; Cardena et al., 2005).

בספרות המחקרית, מבדילים בין אירוע טראומטי אקוטי המתרחש באופן חד פעמי לבין סידרה של אירועים טראומטיים המתרחשים באופן רציף. הצטברות של מספר אירועי חיים טראומטיים עלולה ליצור פגיעות גבוהה יותר לאירועים שליליים עתידיים, שבמסגרתה יופיעו סימפטומים פוסט-טראומטיים באופן מהיר וחמור יותר לעומת אנשים שחוו מספר מצומצם יותר של אירועים טראומטיים בעברם (Krupnick et al., 2004). הפגיעות של הפרט יכולה לבוא בהשפעה שלילית מתמשכת על הבריאות הנפשית והפיזית וכן בהפרעה לרצף החיים התקין (Aldwin, 1997).

Levenson, & Spiro, 1994). למשל, מחקרים שנערכו על ניצולי שואה מצאו שכיחות גבוהה יותר ועוצמת סימפטומים גבוהה יותר של PTSD בקרב הניצולים בהשוואה לקבוצת ביקורת (Yehuda et al., 1995). מאידך, מחקרים אחרים הציעו דווקא על גישה לפיה אירועי חיים שליליים שחווה הפרט יוצרים תהליכי העצמה המפתחים בקרבו עמידות מוגברת יותר כלפי משברים עתידיים. גישת העמידות טוענת שחשיפה מוקדמת לטראומה גורמת להגברת חוסנו של הפרט ונותנת בידיו כלים להתמודדות יעילה ומהירה יותר עם האפקט השלילי של טראומות נוספות בהמשך החיים. שתי הגישות מקנות חשיבות להיסטוריית האירועים הטראומטיים אליה נחשף הפרט ועל האופן שבו אירועים אלו יצרו הבניה של סיפור חייו.

ההשלכות השליליות של טראומה על הפרט הינן בדרך כלל קשות. ראשית, הטראומה מפירה את האיזון והנורמליות על ידי הפרה בוטה של הנחות היסוד שלהם על חיים בעלי משמעות בעולם צודק, מיטיב וניתן לניבוי (Janoff-Bulman, 1992). שנית, עוצמתה של הטראומה עלולה להאפיל על מאורעות חיים חיוביים של הפרט ובכך לדלל את משאביו הנפשיים (Baumeister, 2001). לבסוף, אנשים המאובחנים ב-PTSD נוטים להפגין סימפטומים של חזרתיות המשחזרת את המאורעות הטראומטיים ובכך מגבירה את מעגל הסבל של האירוע גם זמן רב לאחר שהסתיים (Herman, 1992).

על פי Gray, Litz, and Hsu (2004) חשיפה לאירוע טראומטי מקושרת בדרך כלל למצוקה רגשית ופסיכולוגית מובהקת. אדם שנחשף לאירוע טראומטי צפוי לחוות תגובת דחק טראומטית אשר מאופיינת בעוררות גופנית מוגברת, בתחושות של אימה, פחד, חרדה וחוסר אונים ובתחושה חזקה של פגיעות, אובדן שליטה ודה-ריאליזציה (Rothbaum, et al., 1992). כתוצאה מהשלכות נפשיות אלו, קיים חשש כי האירוע הטראומטי יגרום לפגיעה ממשית באיכות החיים של הנפגעים ואף לפגיעה ביכולתם לנהל חיים עצמאיים ויצרניים ולתפקד באופן מלא בחיי היום-יום. ואכן, מחקרים מצאו כי חוויה של אירוע טראומטי בעל אופי מסכן חיים, אלים או מעורר לחץ קיצוני עלול לגרום לתחושה קשה של הפרעה ברצף ובהמשכיות של חיים נורמאליים. מהלך השגרה, הסכמות הקוגניטיביות שעליהן הם מסתמכים, חווית העולם כמקום בטוח ותחושת חוסר הפגיעות שלהם, מזדעזעות ונסדקות. מחקרים שונים אף מצאו כי אירועי חיים טראומטיים מגבירים את הסיכון גם להפרעות נפשיות אחרות, כגון דיכאון ושימוש בסמים (Turner & Lloyd, 2004).

בספרות קיימת מחלוקת לגבי השפעת אירוע מעורר דחק מבחינה פסיכולוגית, ובפרט באם אירוע כזה מייצר פגיעות או חסינות לאורך זמן. על פי תיאוריית שימור המשאבים של Hobfoll (1988, 1989), מצב לחץ מתרחש כאשר ישנו איום לאובדן או אובדן ממשי של משאבים, או כאשר משאבים שמושקעים אינם משיגים תשואה. בהתאם לתיאוריה זו, כאשר אדם מאבד משאבים בנסיבות מלחיצות או טראומטיות, הוא עשוי להיחלש ועל כן להיות פגיע יותר לאירועים מלחיצים נוספים (Hobfoll and Wells, 1998). בניגוד לכך יתכן גם מצב בו אירועי חיים אלו מקנים משאבים לאדם. במצב זה האדם יהיה בעל יכולת התמודדות טובה יותר עם אירועים מלחיצים בהמשך. ואכן בעוד שחלק מהמחקרים מצביעים על כך שאירועי חיים טראומטיים מובילים לפגיעות של הפרט, קיימות בספרות המחקרית עדויות גם לתהליכי העצמה אישית של אנשים בעקבות חשיפה לאירוע מעורר דחק (Tedeschi, Park and Calhoun, 1988). ממצאי מחקרים אלו מציעים גישה נוספת המכונה גישת העמידות (resilience). גישה זו טוענת כי חשיפה מוקדמת לטראומה וללחצים גורמת לחיסונו ולשיפור עמידותו של הפרט כנגד טראומה עתידית ומאפשרת לו להתמודד ביעילות רבה יותר עם טראומה חדשה. על פי גישת העמידות הניסיון הנצבר בעקבות חשיפה מוקדמת לטראומה, תורם ליכולת ההחלמה מטראומה ומלחץ אצל הפרט. אחת הסיבות לכך עשויה להיות ירידה ברמת העמימות המתלווה לסיטואציה המלחיצה בעקבות ניסיון העבר. הפחתת האי ודאות מנטרלת את גורם ההפתעה, שהנו בעל השפעה רבה ביצירת האפקט הטרומטי, ובכך מצמצמת את רמת החרדה. סיבה נוספת היא קיומן של דרכי התמודדות שנלמדו בעבר ומאפשרות להתמודד ביעילות יחסית עם הסיטואציה שקודם לכן נתפסה כבלתי ניתנת להתמודדות (Solomon & Ginzburg, 1998; Ryff, Singer, Love & Essex, 1998). הצמיחה האישית וההתפתחות לאחר חווית הטרומה עשויה לנבוע בין היתר גם ממתן משמעות לטראומה, קבלת פרספקטיבה חדשה לחיים, פיתוח פילוסופיית חיים, ומרכישת סגנונות התמודדות מסתגלים יותר (Karleson et al., 2006; Shmotkin, 2003).

2.3 תגובות חרדה

חרדה היא אחת מהתגובות שעלולות להיגרם כתוצאה מחשיפה לאירוע טראומטי. חרדה הינה למעשה תגובת חרום טבעית של הגוף כדי להתגונן מפני סכנה. להבדיל מתחושת פחד שהינו ממוקד לאירוע מסוים, ובדרך כלל בר התמודדות, החרדה קשה יותר להגדרת המקור המדויק שלה. לחרדה ישנן הן ביטויים פסיכולוגיים, כגון שיתוק, ניתוק מהעצמי ואף תחושה או חשש למות או להשתגע והן ביטויים פיזיולוגיים כגון דפיקות לב מואצות, יובש בפה, מתח שרירים מוגבר, עלייה בלחץ הדם, הסמקה, הזעה, שלשול, תכיפות בהטלת שתן, קשיים בבליעה, כאבים בחזה, קוצר נשימה וגלי חום או קור (אליצור ואחרים, 2003 : מארקס, 1990). בנוסף לכך, לחרדה יש גם ממדים קוגניטיביים הכוללים מחשבות של ייאוש, קטסטרופה ועוד. החרדה יכולה להיות כרונית ומתמשכת אך בדרך כלל היא מופיעה ונעלמת וכל אפיזודה נמשכת בין מספר דקות למספר ימים (מארקס, 1990).

ככלל, יש להבדיל בין חרדה נורמאלית לבין חרדה פתולוגית. במצבים בהם קיימת סכנה אמיתית או תחושה של איום, האדם חווה חרדה נורמאלית ואף רצויה, שכן זה מדרבן אותו לנקוט בצעדים כדי להתמודד עם הסכנה. במידה והחרדה מופיעה במינונים נמוכים זה אף יכול לשפר את התפקוד של האדם בביצוע משימות. החרדה הנורמאלית מתעוררת במצבים מאיימים ולכן היא מסמלת סממן טבעי של שינוי וגדילה ופנייה לחוויות חדשות שהאדם טרם התנסה בהן. מטרת החרדה במקרה כזה תהיה להוביל לפעולה שתסלק את האיום או תפחית אותו. כאשר הסכנה או האיום חולפים גם החרדה הנורמאלית נעלמת איתם והאדם שב למצב של רגיעה (אליצור ואחרים, 2003 : גולדברג, 2005 : וינסטוק וגילמן, 2002).

לעומת זאת מצב של חרדה פתולוגית מאופיינת בכך שתגובות החרדה של האדם איננה פרופורציונאלית לסכנה שהאדם חווה הן מבחינת עוצמת הסימפטומים והן מבחינת משכם, והיא מהווה בעצם תגובה נפשית לסכנה פנימית שמתחוללת בתוכו. החרדה הזו מהווה תגובה נפשית לסכנה פנימית והיא מלווה בפחד חזק וחסר פשר (אליצור ואחרים, 2003).

Spielberger (1979) טען שיש להבדיל בין החרדה התכונתית (Trait Anxiety) לבין החרדה המצבית (State Anxiety). בעוד שהחרדה התכונתית היא תכונה אישיותית שאינה משתנה בעקבות התרחשותו של מאורע מקרי, החרדה המצבית היא מצב זמני וחולף המלווה בעוררות של מערכת

העצבים האוטונומית, ובתחושה לא נוחה של הפרט וניסיון להפסיקה. עם זאת, לפי שפילברגר אנשים בעלי רמות גבוהות של חרדה תכונתית ייטו לתפוס מצבים רבים יותר כמאיימים ומסוכנים, ולכן יגיבו על סיטואציות רבות בחרדה מצבית. יצוין כי חרדה במצביה הקיצוניים יכולה להיות מלווה בסימפטומים קליניים ואף להיות מוגדרת כבעיה רפואית (רוטנברג, שן וזלצמן, 2008). במחקר הנוכחי חשובה במיוחד החרדה המצבית המוגדרת כתגובת חרדה שמופיעה אל מול אירועים קונקרטיים ומלווה ברגישות יתר כלפי גירויים בעלי משמעות שלילית, קוגניציות של ייאוש, כישלון וערך עצמי נמוך, וכן התנהגות קשיחה וחסרת גמישות המשבשת את כושר ההסתגלות למצבים משתנים.

במהלך שלבי התפתחותם השונים, מבוגרים נתקלים בסכנות ובאיומים שונים, חלקם מציאותיים וחלקם דמיוניים, שאליהם הם מגיבים בחרדה מסוימת (Peleg, 2009). רמת התגובה החרדתית תלויה במבנה האישיות של הפרט, בתמיכה שהוא מקבל, ובעוצמת המשבר (ינון ורודניקי, 2003). לפי שפילברגר (Spielberger, 1972) גם להתנסויות השונות בילדות המוקדמת יש השפעה על ההבדלים הבין-אישיים ברמת החרדה. קלימן (Kliman, 1971) טוען שלאירועים שונים בחיי הפרט יש השפעה על רמת החרדה שהוא חווה. אירועים חברתיים או סביבתיים קשים יכולים לגרום לאנשים לחוש חרדה רבה ואף להתנתק ולסגת מסביבתם החברתית. למשל, מספר מחקרים הראו כי מתבגרים נמצאים בסיכון גבוה בכל הנוגע לפיתוח סימפטומים חרדתיים (Hale, Raaijmakers, 2005; Muris, van Hoof, & Meeus, 2008; Kessler et al., 2005). למשל על פי סקר (National Comorbidity Survey Replication) נמצא כי הגיל החציוני להתפרצות של הפרעות חרדה הינו גיל 11, כאשר הפרעת החרדה השכיחה ביותר בגיל ההתבגרות הינה חרדה חברתית (Kessler et al., 2005).

2.4 חוסן נפשי ומשפחתי

המשפחה מהווה עבור הפרט מקור לביטחון ולתמיכה, במיוחד במצבי חירום. תמיכה משפחתית בהקשר זה מוגדרת כקיום או זמינותם של ההורים הדואגים לפרט וגורמים לו להרגיש מוערך ואהוב. זמינותם של ההורים משפיעה הן דרך תרומתם להסתגלות חיובית ולהתפתחות אישית והן דרך עזרה מעשית ורגשית. למעשה אפילו עצם הציפייה לתמיכה משפיעה על הסתגלותו של הפרט. מחקרים מצאו כי נבדקים בעלי ציפיות נמוכות לתמיכה חברתית דיווחו על בעיות הסתגלות רבות יותר בעקבות אירוע דחק בהשוואה לנבדקים שציפו לקבל תמיכה חברתית (Andrew, Tennant, Hewson & Schomell, 1978). בנוסף לעצם קיומה של רשת חברתית תומכת במשפחה, חשובה גם מודעותו של הילד כי הוא יכול להשתמש בה בעת הצורך. Sarason, Sarason & Pierce (1995) ניסחו את מודל ה'חיפוש וברירה' לפיו האדם המחפש תמיכה חברתית פונה בתחילה לאנשים שסיפקו לו תמיכה יעילה במצבים דומים בעבר. אם הם אכן עוזרים לו להתמודד עם בעייתו הנוכחית החיפוש מסתיים. אולם במידה ואנשים קרובים שסיפקו תמיכה בעבר אינם יעילים בהווה, יפנה האדם לאנשים רחוקים יותר ברשת החברתית שלו. Milgram & Toubiana (1996) ערכו מחקר אודות תפקוד של ילדים במהלך אסון. במחקר זה נמצא כי ככל שהילד היה במצוקה רבה יותר כך הוא פנה יותר לרשת התמיכה החברתית שלו. העלייה ברמת הפניה לרשת החברתית הייתה קיימת בכל הקטגוריות האפשריות לתמיכה כולל תמיכה ממבוגרים שאינם חברי משפחה ותמיכה אף מאנשי מקצועי. בבדיקת מעקב התברר כי התמיכה החברתית לה זכה הילד אכן סייעה להתליך ההתמודדות שלהם. כמו באסונות, גם במצבי לחימה קיימת חשיבות רבה לתמיכה חברתית אותה מקבל הילד. במחקר על ילדים ישראלים במהלך מלחמת המפרץ הראשונה, נמצא כי עצם הציפייה לקבל תמיכה חברתית קשורה באופן חיובי להסתגלות הילדים ובאופן שלילי לפסיביות ולהצפה רגשית (איצקוביץ, זיידנר וקליגמן, 1994). באופן דומה קיימות עדויות מחקריות המצביעות על כך שהורות טובה ולכידות משפחתית הינם משתנים המגבירים את עמידות הילדים בזמן איומים ואירועי דחק, כמו למשל אירועי לחימה וקרבות (Punamaki, Qouta, & El-Samir, 2001).

מחקרים שונים ניסו לבחון את הגורמים התורמים להתמודדותה של המשפחה עם משברים ועל מאפיינים המסבירים את ההבדלים בדרכי התגובה של משפחות שונות לאירועי לחץ

(למשל Burr & Klien, 1994). על פי מודל ABCSX שפיתח Hill (1949), התמודדות המשפחה נקבע על פי אירוע הלחץ (A), משאבי המשפחה (B), וההגדרה שהמשפחה נותנת לאירוע (C). האינטראקציה בין הגורמים האלה קובעת אם הלחץ יהפוך למשבר (X) או לא. מודל ה-ABCX הכפול שפותח מאוחר יותר על ידי McCubbin & Patterson (1983), הוא מודל דינמי יותר המתייחס להתנהגויות שלאחר משבר, הלוקח בחשבון את מרכיבי הלחץ המצטבר לאורך זמן ומתמקד במאמצי המשפחה להתאושש מהמשבר כדי להסתגל. הסתגלות משפחתית מושגת כאשר הדרישות המופנות כלפי אחד נתמכות או נענות על ידי יחידות אחרות, כלומר בן משפחה אחר, היחידה המשפחתית או הקהילה. מודלים אלו מייחסים חשיבות רבה לאופן שבו המשפחה תופסת את מצב הלחץ ולפרשנות שלה את מאפייני אירוע הדחק.

על פי טייכמן ונבון (1990) ישנם שני ממדים מרכזיים המבחינים בין משפחות המתמודדות עם אירועי לחץ נורמטיביים ומצביים, הקשורים לרמת ההסתגלות שלהן – לכידות וגמישות. המושג לכידות משקף את דרגת הקשר או הפירוד הרגשי בין בני המשפחה. לעומת זאת המושג גמישות נוגע לגמישות של המערכת המשפחתית להשתנות בעקבות משבר. ככל שיש במשפחה יותר איזון בין הלכידות לגמישות אזי בני המשפחה יתפקדו בצורה טובה יותר אל מול איום או אירוע מלחץ. בנוסף לכך מיומנויות תקשורת טובות תאפשרנה לפרטים במשפחה לשנות ולווסת את רמות הלכידות והגמישות באופן יעיל יותר (Olson, 1993).

חוסן המשפחה מצביע למעשה לאופן שבו בני המשפחה מסוגלים לתמוך האחד בשני ולהיות עמידים בפני לחץ (Anderson, 1997). Wolin & Wolin (1993) הרחיבו את ההגדרה של כושר ההתאוששות וכללו בתוכה את הכושר לתיקון עצמי שיש לכל פרט שנאלץ להתמודד עם סבל. בתוך כך, חוסנה של המשפחה מתייחס לתהליכי התמודדות והסתגלות במשפחה כיחידת תפקוד ומחולק לשלושה תחומים: (1) מערכת של אמונות, הכוללת את הבנת הקושי, השקפה חיובית ורוחניות. (2) דפוסי ארגוניים הכוללים גמישות, מחוברות ומקורות חברתיים וכלכליים. (3) תהליכי תקשורת הכוללים בהירות, ביטוי רגשי פתוח ופתרון בעיות בשיתוף פעולה. במצבים של לחץ מתמשך יש חשיבות רבה לדרך שבה המשפחה מבנה את המציאות שלה ולתהליך המוביל להסכמה לגבי הבנייה זו (Wamboldt & Reiss, 1989).

החוסן הנפשי המשפחתי עשוי להשפיע גם על חוסנו של הפרט בתוך המשפחה, ובפרט חוסנם של הילדים. בתוך כך, עשויים להתגבר תחושת השליטה שלהם על אירועים בחייהם, תחושת מעורבות ומטרה בחיי היומיום וגמישות ביכולת להסתגל לשינויים בלתי צפויים (רביב וכצנלסון, 2005). בתוך כך, עשויה להתגבר תחושת החוללות העצמית (Self-Efficacy) של הפרט שמשמעה, מערכת אמונות של האדם באשר ליכולתו לקיים בהצלחה התנהגויות מסוימות שיובילוהו לתוצאה רצויה (Bandura, 1977). חשיבותה של המסוגלות העצמית היא בהיותה משתנה ומשפיעה לקראת פעולה: אדם השוקל ביצוע פעולה כלשהי מעריך את יכולתו לבצע את הפעולה (ציפייה לתוצאה רצויה), ולכן הפעולות שיבצע, מידת המאמץ שישקיע בהן (מידת העניין) התייחסותו למשימה והתגובות הרגשיות שלו לגבי הפעולות ישפיעו על בחירת תוצאה רצויה (Bandura, 1997). אדם המתואר כבעל תפיסת חוללות עצמית גבוהה נוטה להתמיד בחתירה להשגת מטרות הרצויות לו, יותר ממי שמאופיין בחוללות עצמית נמוכה, מכיוון שהוא מאמין שיש טעם להתמיד. כלומר, השגת המטרה תלויה בי ולא במישהו או משהו חיצוני. בנדורה גורס, שחוללות עצמית אישית מעוצבת בתהליך הדרגתי של למידה, המתרחשת על רקע אינטראקציה בין הסביבה, מנגנונים מוטיבציוניים של הפרט והישגיו בפועל.

סקירה טובה ומרשימה בהיקפה!

2.5 סיכום ביניים והשערות המחקר

מסקירת הספרות עד כה עולה כי חשיפה של אנשים לאירועים טראומטיים, ובפרט אירועי טרור ומלחמה, עלולה לגרור אחריה שורה של השלכות שליליות להתפתחות הפסיכולוגית ולתפקוד האישי. בין השאר, עלולים האנשים לסבול מחרדה מצבית משתקת שתקשה על תפקודם בשעת החירום. במקביל, החוסן המשפחתי מבטא את יכולת המשפחה להתמודד כיחידה אחת עם המשבר ומדגיש את החשיבות של מעגלי התמיכה במשפחה לבריאותו הנפשית של הפרט לאור משבר. על רקע מחקר ענף בתחום הטראומה, עד כה נעשו מחקרים בודדים בלבד הבוחנים את אופן התמודדותם של אנשים הסובלים מפיגור שכלי אל מול איומים ובפרט איומי טרור. לעומת מבוגרים שאינם סובלים מלקות בהבנת פקודות והוראות בעת חירום, עלולים מבוגרים בעלי פיגור שכלי להתקשות בעניין זה, ולפיכך להיות חשופים לסיכון מוגבר כאשר אין בסביבתם מבוגרים שיתווכו להם הוראות אלו.

בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (1998) מודגשת חירותם וזכותם של אנשים עם מוגבלות להתנהלות עצמאית בסביבתם. התנהלות עצמאית מושגת באמצעות נגישות פיזית של הסביבה, נגישות השירותים ונגישות המידע. אנשים עם לקות קוגניטיבית קולטים מידע מן הסביבה באופן שונה מהאופן שבו הוא נמסר לכלל הציבור, וזקוקים להתאמות כדי לעבדו באופן מיטבי (עוזיאל, טנא וילון חיימוביץ, 2011). הנגשה לשונית תהפוך את המידע, עבור אדם עם לקות קוגניטיבית, למובן, ברור וזמין. מתן מידע והנחיות לאוכלוסיית האנשים עם מוגבלות שכלית להתנהלות נכונה במצבי איום על העורף אינה רק הוראת החוק אלא הכרחית וקריטית על מנת להשיג את שיתוף הפעולה שלו בזמן אמת ולחזק את חוסן המשפחה בה הוא חי.

לפיכך השאלה שתבחן העבודה הנוכחית הינה האם הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תוריד את רמת החרדה במצבי חירום, תשפר את תפקודו בזמן איום ותעצים את החוסן המשפחתי ?

בפרט תבחן העבודה את ההשערות הבאות (ראה מודל המחקר) :

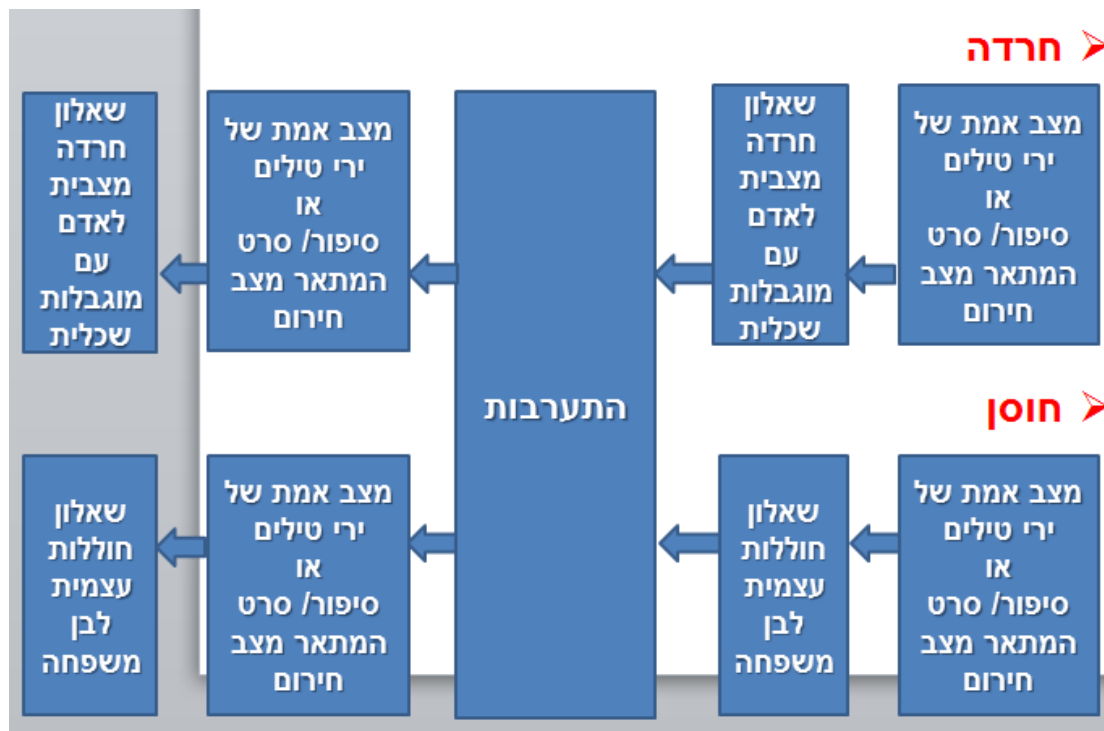
השערה 1 : הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תוריד את רמת החרדה במצבי חירום.

השערה 2 : הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תעלה את רמת המוכנות שלו במצב חירום.

השערה 3 : הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תעלה את רמת המוכנות של בני משפחתו במצבי חירום על פי דיווח בן המשפחה.

השערה 4 : הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תעלה את רמת החוסן המשפחתי על פי דיווח בן המשפחה.

מודל המחקר



3. שיטה

3.1 משתתפים

במחקר השתתפו 30 נבדקים בעלי מוגבלות שכלית, מתוכם 53.3% גברים ו-46.7% נשים, בין הגילאים 21 ל-55 כאשר ממוצע הגילאים הינו 38.70 (סטיית תקן 11.27).

עוד השתתפו במחקר זה 30 בני משפחה (בן משפחה אחד לכל נבדק מוגבל שכלית), כאשר מרביתם נשים (63.3%) ו-36.7% גברים בין הגילאים 39 ל-81 כאשר ממוצע הגילאים של בני המשפחה עומד על 59.90 (סטיית תקן 13.23). שנות הלימוד של בני המשפחה במדגם נעים בין 8 ל-18 ובממוצע 13.23 שנות לימוד (סטיית תקן 3.35). מרבית בני המשפחה נשואים (73.33%), 10% גרושים ו-16.66% אלמנים.

3.2 כלים

על מנת לאסוף את הנתונים במחקר הנוכחי נעשה שימוש במספר כלים (ראה נספחים א' וב') :

1. **שאלון חרדה מצבית.** במחקר זה נעשה שימוש בשאלון חרדה מצבית של שפילברג (1979), שתורגם לעברית על ידי בן צור (1998), והונגש קוגניטיבית לאוכלוסייה זו (נספח ג'). בשאלון בו 17 היגדים הבודקים חרדה מצבית כמו למשל "אני מרגיש מעוצבן" וכן "אני מודאג עכשיו מאסונות שעלולים לקרות". הנבדקים התבקשו לדרג את מידת הסכמתם כלפי כל היגד על סולם שבין 1 (כלל לא) ל-5 (במידה רבה מאוד). רק משתתפים בעלי מוגבלות שכלית מילאו שאלון זה. מהימנות השאלון נבחנה באמצעות עקיבות פנימית ונמצאה גבוהה הן בהעברה הראשונה (אלפא קרונבאך = 0.948) והן בהעברה השנייה (אלפא קרונבאך = 0.919). בהמשך, חושב ממוצע להיגדים השונים. ציון גבוה בשאלון זה, משמעו רמה גבוהה של חרדה מצבית.

2. **התנהגות בזמן אזהקה.** בפני הנבדקים הוצגו 10 היגדים הדנים בהתנהגות בזמן אזהקה "צבע אדום" כמו למשל ההיגדים "בזמן אזהקה אני יודע מה עלי לעשות" או " בזמן אזהקה אני מרגיש חוסר אונים". הנבדקים התבקשו לדרג את מידת הסכמתם כלפי כל היגד על סולם שבין 1 (כלל לא) ל-5 (במידה רבה מאוד). שאלון זה מולא הן על ידי נבדקים בעלי מוגבלות שכלית והן על ידי בני משפחותיהם.

עבור נבדקים בעלי מוגבלות שכלית, מהימנות השאלון נבחנה באמצעות עקיבות פנימית ונמצאה גבוהה הן בהעברה הראשונה (אלפא קרונבאך = 0.956) והן בהעברה השנייה (אלפא קרונבאך = 0.699). כמו כן עבור בני משפחה, מהימנות השאלון נבחנה באמצעות עקיבות פנימית ונמצאה גבוהה הן בהעברה הראשונה (אלפא קרונבאך = 0.884) והן בהעברה השנייה (אלפא קרונבאך = 0.821). בהמשך, חושב ממוצע להיגדים השונים. ציון גבוה בשאלון זה, משמעו יכולת תפקוד גבוהה בזמן אזהקה.

3. **חוסן משפחתי.** בפני הנבדקים הוצגו 20 היגדים הדנים בתגובות משפחתיות כלפי משבר, כמו למשל ההיגדים "אני מאמין שמשברים הינם בעלי משמעות בהקשר המשפחתי" או "משברים הם חלק מהחיים וניתן להתמודד איתם". הנבדקים התבקשו לדרג את מידת הסכמתם כלפי כל היגד על סולם שבין 1 (כלל לא) ל-5 (במידה רבה מאוד). שאלון זה מולא רק על ידי בני משפחותיהם של הנבדקים בעלי המוגבלות השכלית.

מהימנות השאלון נבחנה באמצעות עקיבות פנימית ונמצאה גבוהה הן בהעברה הראשונה (אלפא קרונבאך = 0.975) והן בהעברה השנייה (אלפא קרונבאך = 0.961).

בהמשך, חושב ממוצע להיגדים השונים. ציון גבוה בשאלון זה, משמעו חוסן משפחתי גבוה.

3.3 הליך המחקר

כל המשתתפים במחקר הנוכחי עובדים במפעל מוגן בבאר שבע. החוקרת פנתה, באמצעות מנהלת הלשכה לשירותים חברתיים בבאר שבע ובאמצעות המפקחת המחוזית של מחוז דרום באגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית, אל מנהל מסגרת התעסוקה המוגנת. לאחר קבלת אישורו, בוצעה שיחה ראשונית עם המשתתפים והוצגה להם מטרת המחקר. בהמשך לכך, נערכה פגישה גם עם הצוות במפעל והם התבקשו לסייע לחוסים במפעל להבין את הוראות השאלונים. על מנת למנוע הטיית מראיין, החוקרת ביצעה הדרכה צמודה לצוות המפעל בכדי לוודא שאנשי הצוות מעבירים בצורה אחידה את הפקודות והשאלונים לנבדקים.

בנקודת הזמן הראשונה, הועברו השאלונים בעזרת הצוות. יש לציין כי במסגרת זמן זו הייתה התקפת טילים בבאר שבע שבמסגרתה הופעלו האזהקות וההתרעות. בהמשך, בוצעה

ההתערבות במסגרתה נלקחו הנחיות של פיקוד העורף להתנהגות בזמן אזעקה והן הונגשו מבחינה קוגניטיבית לאנשים בעלי מוגבלות שכלית. בתוך כך, נעשה פישוט לשוני של ההנחיות, הפעולות והפקודות על ידי איורים, ציורים ותמונות ועל ידי הפיכתו למידע קונקרטי. לאחר מכן, הועברו שוב השאלונים לאנשים בעלי מוגבלות שכלית, גם הפעם היה זה אחרי אירוע בודד של אזעקת "צבע אדום". השאלונים לבני המשפחה הועברו, אף הם, בשתי נקודות הזמן.

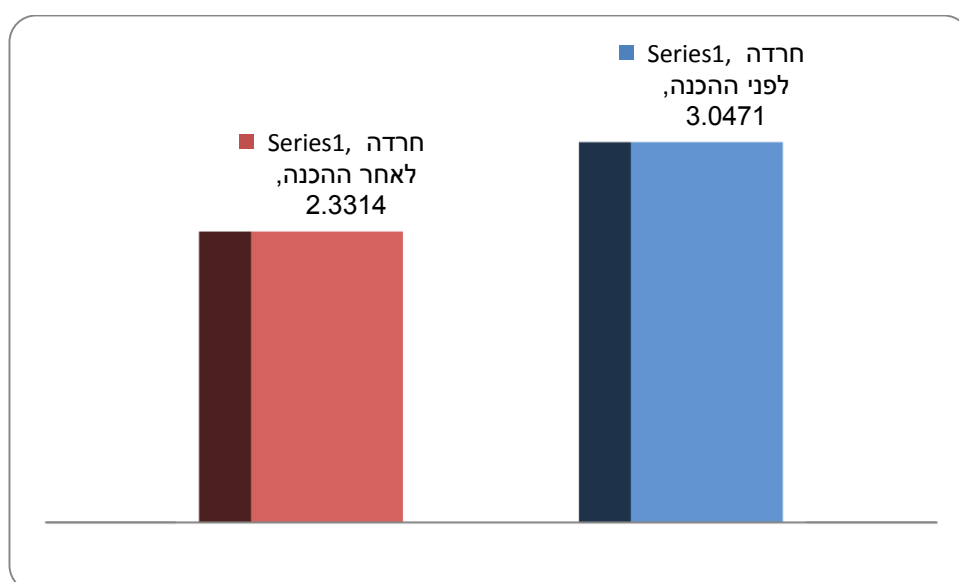
4. ממצאים

בחלק זה יוצגו הניתוחים הסטטיסטיים לבחינת השערות המחקר והממצאים בהתאם להשערות המחקר. רמת המובהקות לניתוחים אלו הינה 5%.

השערה 1: הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תוריד את רמת החרדה במצבי חירום.

על מנת לבחון השערה זו בוצע ניתוח T לשני מדגמים תלויים. בניתוח זה נמצא כי רמת החרדה של אדם מוגבל שכלית במצב חירום, לאחר ההכנה, נמוכה יותר ($M=2.33$, $SD=0.66$) בהשוואה לרמת החרדה לפני ההכנה ($M=3.04$, $SD=1.15$). $t(29)=5.688$, $p<0.001$. ההשערה אוששה.

גרף 1: השוואה של רמת החרדה של המשתתפים בעלי המוגבלות השכלית לפני ההכנה ולאחריה



השערה 2: הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תעלה את רמת המוכנות שלו במצב חירום.

על מנת לבחון השערה זו בוצע ניתוח T לשני מדגמים תלויים. בניתוח זה נמצא כי רמת המוכנות התפקודית של אדם מוגבל שכלית במצב חירום, לאחר ההכנה, גבוהה יותר ($M=4.04$, $SD=0.42$) בהשוואה לרמת המוכנות והתפקוד לפני ההכנה ($M=2.53$, $SD=1.20$). $t(29)=7.325$, $p<0.001$. ההשערה אוששה.

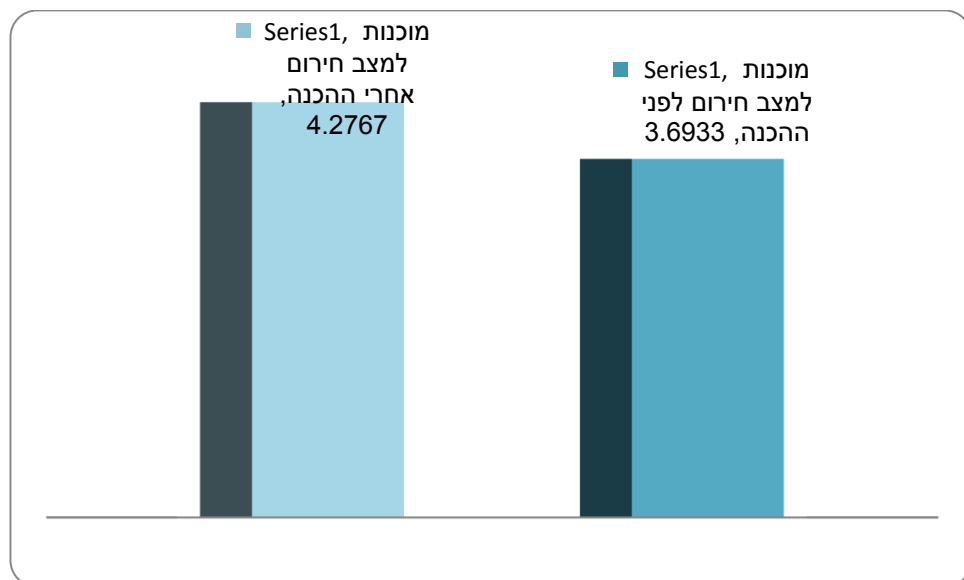
גרף 2: השוואה של מוכנות למצב חירום של המשתתפים בעלי המוגבלות השכלית לפני ההכנה ולאחריה



השערה 3: הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תעלה את רמת המוכנות של בני המשפחה שלו, במצבי חירום, על פי דיווח בן המשפחה.

על מנת לבחון השערה זו בוצע ניתוח T לשני מדגמים תלויים. בניתוח זה נמצא כי רמת המוכנות התפקודית של בן המשפחה, במצב חירום, לאחר ההכנה, גבוהה יותר ($M=4.27$, $SD=0.44$) בהשוואה לרמת המוכנות והתפקוד לפני ההכנה ($M=3.69$, $SD=0.82$). $t(29)=6.037$, $p<0.001$. ההשערה אוששה.

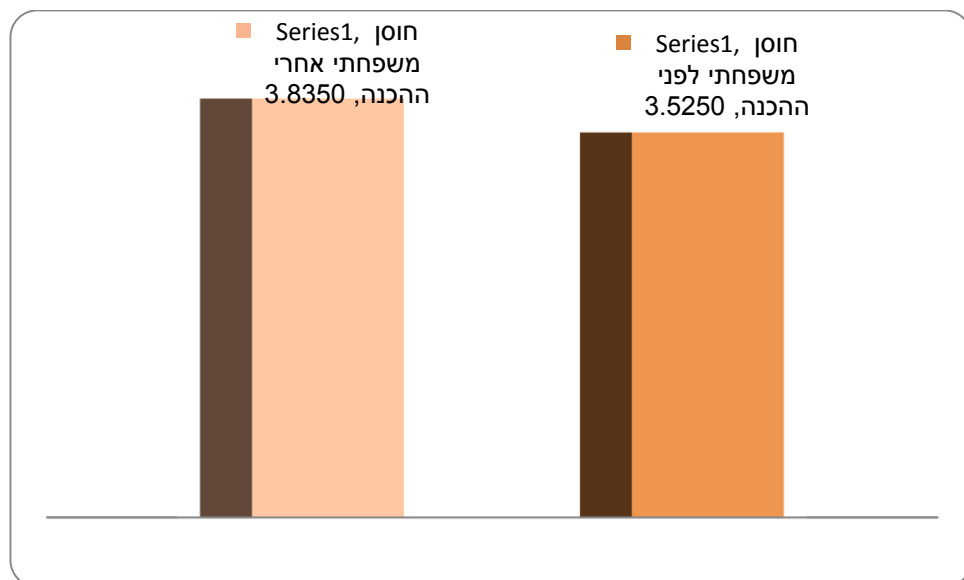
גרף 3: השוואה של מוכנות למצב חירום של בני המשפחה לפני ההכנה ולאחריה



השערה 4: הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תעלה את רמת החוסן המשפחתי על פי דיווח בן המשפחה.

על מנת לבחון השערה זו בוצע ניתוח T לשני מדגמים תלויים. בניתוח זה נמצא כי רמת המוכנות התפקודית של בן המשפחה, במצב חירום, לאחר ההכנה, גבוהה יותר ($M=3.83$, $SD=0.64$) בהשוואה לרמת המוכנות והתפקוד לפני ההכנה ($M=3.52$, $SD=0.87$). $t(29)=5.090$, $p<0.001$. ההשערה אוששה.

גרף 4: השוואה של החוסן המשפחתי של בני המשפחה לפני ההכנה ולאחריה



ניתוחים נוספים

טבלה 1 שלחלן מציגה את הקשרים בין משתני המחקר לפני ההתערבות ולאחריה:

טבלה 1: קשרים בין משתני המחקר לפני (בשחור) ואחרי (באדום) ההתערבות

חרדה מצבית של המשתתף	תפקוד במצב חירום של המשתתף	תפקוד במצב חירום של בן המשפחה
חרדה מצבית של המשתתף		
תפקוד במצב חירום של המשתתף	-0.835**	
	-0.602**	
תפקוד במצב חירום של בן המשפחה	-0.618**	0.692**
	-0.344	0.470**
חוסן משפחתי	-0.628**	0.643**
	-0.440*	0.851**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

מטבלה 1 עולה כי באופן כללי הקורלציות בין המשתנים ירדו בין לפני ההכנה ולאחריה. ראשית, נמצאה קורלציה שלילית חזקה לפני ההכנה בין תפקוד המשתתף בעל מוגבלות שכלית במצב חירום לבין רמת החרדה שלו ($r = -0.835$, $p < 0.01$). כלומר ככל שרמת החרדה גבוהה יותר, רמת התפקוד נמוכה יותר. לאחר ההכנה רמת הקורלציה ירדה ($r = -0.602$, $p < 0.01$).

עוד נמצא לפני ההכנה קורלציה שלילית ברמה בינונית בין רמת החרדה של המשתתף בעל המוגבלות השכלית לבין רמת התפקוד של בן המשפחה ($r = -0.618$, $p < 0.01$), כלומר ככל שרמת החרדה של המשתתף גבוהה יותר, בן המשפחה פחות מתפקד בזמן חירום. לעומת זאת, לאחר ההכנה לא נמצא שום קשר בין המשתנים ($r = -0.344$, $p > 0.05$). פירוש הדבר שההכנה סייעה לנתק את הקשר שבין רמת החרדה של האדם בעל המוגבלות השכלית לבין תפקוד בן המשפחה.

בהמשך לכך, לפני ההכנה נמצא קשר חיובי חזק בין תפקוד המשתתף בעל מוגבלות שכלית לבין תפקוד בן המשפחה ($r = 0.692$, $p < 0.01$), כלומר ניתן לזהות מצב גבוה של תלות בין שני התפקודים.

לעומת זאת, לאחר ההכנה ירדה רמת התלות ($r=0.470$, $p<0.01$) וניתן לומר כי האדם בעל המוגבלות השכלית הפך עצמאי יותר בתפקודו במצב חירום.

לפני ההכנה נמצא קשר חיובי ברמה בינונית בין תפקוד המשתתף בעל מוגבלות שכלית לבין החוסן המשפחתי ($r=0.643$, $p<0.01$), כלומר ככל שרמת התפקוד של המשתתף במצב חירום גבוה יותר, כך החוסן המשפחתי גבוה יותר. לאחר ההכנה קשר זה נחלש ($r=0.495$, $p<0.01$). פירוש הדבר הוא שהחוסן המשפחתי עשוי להישאר גבוה גם במצבים שבהם המשתתף בעל המוגבלות השכלית הינו בעל מוכנות נמוכה.

הן לפני ההכנה והן לאחריה, נמצאו קשרים חיוביים חזקים בין רמת התפקוד במצב חירום של בן המשפחה לבין החוסן המשפחתי (לפני: $r=0.916$, $p<0.01$; אחרי: $r=0.851$, $p<0.01$).

5. דיון

חשיפה לאירועים טראומטיים, ובפרט חשיפה לאירועי טרור ומלחמה, עלולה להביא השלכות שליליות להתפתחות הפסיכולוגית ולתפקוד האישי והמשפחתי של הפרט. בין השאר, עלולים האנשים לסבול מחרדה מצבית משתקת שתקשה על תפקודם בשעת החירום, וכן לפורר את החוסן המשפחתי המבטא את יכולת המשפחה להתמודד כיחידה אחת עם המשבר. בעוד שאלו המשתייכים לאוכלוסייה הנורמלית, מתפקדים בפועל בצורה טובה במצבים של איום ומצייתים להוראות הצבא, עלולים מבוגרים בעלי פיגור שכלי להתקשות בעניין זה, ולפיכך להיות חשופים לסיכון מוגבר כאשר אין בסביבתם מבוגרים שיתווכו להם הוראות אלו. קושי זה מפר במידה מסוימת את חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (1998) שבו מודגשת חירותם וזכותם של אנשים עם מוגבלות להתנהלות עצמאית בסביבתם, בין השאר על ידי הנגשה פיזית וקוגניטיבית של הסביבה, השירותים המידע במיוחד בעתות חירום (עוזיאל, טנא וילון חיימוביץ, 2011).

מטרתו של המחקר הנוכחי הייתה לבחון האם הכנת אדם עם מוגבלות שכלית עשויה להוריד את רמת החרדה במצבי חירום ולהעצים את החוסן המשפחתי? בכדי לבחון שאלה זו הועברה ל-30 משתתפים בעלי מוגבלות שכלית, סדנא מונגשת ומותאמת קוגניטיבית שבאמצעותה הונגשו הפקודות, ההוראות והמסרים למוכנות למצב חירום. במסגרת הסדנא, ניתנו הנחיות ברורות על דרכי התגוננות, סדר הפעולות שיש לנקוט עם השמע ההזעקה, ומתן לגיטימציה לתחושות על ידי פישוט לשוני של ההוראות. בתוך כך, נאספו נתונים על רמת החרדה של הנבדקים ורמת המוכנות והתפקוד שלהם לשעת חירום לפני הסדנא ולאחריה. כמו כן נאספו מבני המשפחה הקרובים שלהם נתונים על רמת המוכנות והתפקוד, וכן מידע על החוסן המשפחתי.

במחקר זה נמצאו מספר ממצאים חשובים. ראשית, על פי ההשערה הראשונה, שוער כי הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תוריד את רמת החרדה במצבי חירום. כמו כן, על פי ההשערה השנייה, שוער כי הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תעלה את רמת המוכנות שלו במצב חירום. השערות אלו אוששו. ניתן להסביר ממצאים אלו בכך, שכאשר הוראות ההתנהגות בשעת חירום מוסברות בצורה פשוטה יותר לאדם בעל המוגבלות השכלית, הוא מבין יותר את ההוראות ולפיכך, תחושת המסוגלות העצמית שלו עולה. בתוך כך, הוא מרגיש כי יש ביכולתו להתמודד עם מצבי חירום, רמת החרדה שלו יורדת ויכולת התפקוד שלו בפועל עולה. על פי Bandura (1997) המסוגלות העצמית מוגדרת כמערכת אמונות של האדם באשר ליכולתו לקיים בהצלחה התנהגויות מסוימות

שיובילוהו לתוצאה רצויה. חשיבותה של המסוגלות העצמית היא בהיותה משתנה משפיע לקראת פעולה: אדם השוקל ביצוע פעולה כלשהי מעריך את יכולתו לבצע את הפעולה (ציפייה לתוצאה רצויה), ולכן הפעולות שיבצע, מידת המאמץ שישקיע בהן (מידת העניין) התייחסותו למשימה והתגובות הרגשיות שלו לגבי הפעולות - כל אלה משפיעים על בחירת תוצאה רצויה (Bandura, 1997). בהמשך לכך, המסוגלות העצמית מושפעת ממספר גורמים חשובים: (1) התנסות אישית של הפרט (בר-אל ולזובסקי, 2008); (2) תצפית של האדם בהתנסויות הזולת וחקיו שלהן (Bandura, 1994); (3) שכנוע חברתי על ידי אחרים משמעותיים הגורסים שיש לאדם היכולת להצליח במשימה מסוימת מגביר את תחושת המסוגלות העצמית שלו ובעקבות כך את המאמצים המושקעים על ידו ואת התמדתו במשימה (בר-אל ולזובסקי, 2008); (4) עוררות רגשית שבאה לידי ביטוי על ידי הסתמכות של האדם על תגובותיו הרגשיות והגופניות בשיפוט יכולותיו (Bandura, 1993); (5) מוטיבציה - תחושת מסוגלות גבוהה בהתמודדות עם אתגרים יוצרת עניין רב בפעולה מאשר תחושת מסוגלות נמוכה אפילו כשזו האחרונה מתלווה ליכולת ביצוע טובה (Schunk, 1984). ככל הנראה תהליך ההנגשה הקוגניטיבית והפישוט הלשוני של הוראות הצבא בעת מצב חירום, הפעילו במובן מסוים בעיקר את שלושת הגורמים האחרונים – שכנוע חברתי, עוררות רגשית ומוטיבציה. כאשר האדם המוגבל שכלית מבין את משמעות ההוראות הוא למעשה מופעל על ידי אחרים משמעותיים בסביבתו המאמינים כי ביכולתו להוציא לפועל בהצלחה את הציות להוראות אלו. בהמשך לכך, הבנת ההוראות גם יוצרת אפקט רגשי חיובי ומוטיבציה גבוהה יותר לתפקד בשעת חירום.

נושא זה חשוב במיוחד להכנה של אנשים בעלי מוגבלות שכלית במצבים של בהלה ותחושת איום כפי המתרחש באזורי איום ועימות בכלל, ובמרחב הדרום בישראל בפרט, לאור איום הטילים המתמשך מרצועת עזה. מחקרים קודמים הראו כי אנשים עם פיגור שכלי מתקשים להבין, להכיל ולהתמודד עם מצבים של לחץ ומצוקה נפשית ועלולים להגיב באי שקט והפרעות בהתנהגות. בין השאר, מצב זה מתרחש עקב חוסר ההבנה של האדם את הסביבה, הסיטואציה ואת מערך ההתנהגויות המצופה ממנו בהינתן התנאים בסיטואציה זו (Chaney, 1996). הבנה טובה יותר של אוכלוסיית בעלי מוגבלות שכלית את ההוראות לשעת חירום עשויות לשפר באופן ניכר את ההשתתפות היעילה שלהם בפועל בהתפנות במצבי חירום ובכך להפחית את תגובות הלחץ והחרדה הפסיכולוגיות ואף להעלות במידה ניכרת את רמת הביטחון שלהם.

בהמשך לכך, על פי ההשערה השלישית, שוער כי על פי דיווח בן המשפחה, הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תעלה את רמת המוכנות של בני המשפחה שלהם במצבי חירום. השערה זו אוששה. חיזוק להשערה זו נמצא גם בהחלשת הקשר הסטטיסטי שבין תפקוד המשתתף בעל מוגבלות שכלית לבין תפקוד בן המשפחה. ניתן להסביר ממצא זה בכך שככל שהאדם המוגבל שכלית הינו בעל תפקוד טוב יותר במצבי חירום, רמת הדאגה והחרדה לשלומם מצד בני המשפחה פוחתת, וכך מתפנים משאבים נפשיים ופיזיים על מנת לתפקד בצורה יעילה ובטוחה יותר במצבי חירום. בתוך כך, הפישוט הלשוני ההנגשה הקוגניטיבית שנעשתה כלפי האוכלוסייה בעלת המוגבלות השכלית, יצרה רמה גבוהה יותר של אוטונומיה תפקודית ועצמאות של אנשים אלו במצבי חירום והחלישה את התלות הגבוהה שלהם בבני משפחתם לשם שמירת ביטחונם. בהמשך לכך, בני המשפחה דיווחו על רמת מוכנות ותפקוד גבוהה שלהם עצמם, כאשר הם מרגישים שהם צריכים פחות לדאוג ולהיות חרדים לשלומם. ממצא זה עולה בקנה עם מחקרים נוספים שהראו כי ככל שהאדם (בין אם מוגבל שכלית ובין אם לאו) חש מצוקה גדולה יותר, כך רמת התלות שלו במערכות התמיכה החברתית גדלה (למשל Milgram & Toubiana, 1996). דפוס זה תואם למודל התיאורטי של "חיפוש וברירה" לפיו האדם המחפש תמיכה חברתית פונה בתחילה לאנשים שסיפקו לו תמיכה יעילה במצבים דומים בעבר (Sarason, Sarason & Pierce, 1995). באופן זה, בני המשפחה הגרעינית נתפסים, לרוב, על ידי האנשים המוגבלים שכלית, כמקור התמיכה הראשי והעיקרי בעת מצבי חירום, ולפיכך העומס הרגשי הנוצר על בני המשפחה גדל.

לבסוף, על פי ההשערה הרביעית, שוער כי הכנת אדם עם מוגבלות שכלית תעלה את רמת החוסן המשפחתי על פי דיווח בן המשפחה. השערה זו אוששה. בהמשך לממצא הקודם שהראה כי הנגשה קוגניטיבית לאדם המוגבל שכלית משפרת את העצמאות שלו, ובכך מפחיתה את העומס הרגשי מבני המשפחה ומעניקה להם יותר משאבים להתמודדות אישית שלהם אל מול מצבי החירום, ממצא זה מצביע על כך שגם תחושת החוסן המשפחתי גדלה. באופן מעניין, דווקא יכולתו העצמאית של האדם המוגבל שכלית להתמודד בכוחות עצמו עם מצב החירום, יוצרת תחושת לכידות ואמון גדולה יותר בין בני המשפחה ובפרט בין בני המשפחה לבין האדם המוגבל שכלית. ניתן לומר כי על פי מודל ABCSX שפיתח Hill (1949), התמודדות המשפחה נקבעת על פי אירוע הלחץ (A), משאבי המשפחה (B), וההגדרה שהמשפחה נותנת לאירוע (C). האינטראקציה בין הגורמים האלה קובעת אם הלחץ יהפוך למשבר (X) או לא. כאשר האדם בעל המוגבלות השכלית

מסוגל להתמודד בכוחות עצמו עם מצב החירום אזי אמנם אירוע הלחץ האובייקטיבי (A) נותר זהה, אך משאבי המשפחה (B) גדלים, וההגדרה שהמשפחה נותנת לאירוע (C), הופכת להיות פשוטה, ידידותית וקלה יותר להתמודדות מאשר במצב של טרם ההכנה. בכך, ההתמודדות המשפחתית אל מול מצב החירום הופכת לגבוהה יותר הן עבור בני המשפחה והן עבור האדם בעל המוגבלות השכלית.

ממצא זה מציע כי לאחר הנגשה קוגניטיבית של הוראות לשעת חירום, בני המשפחה מסוגלים יותר לתמוך האחד בשני ולשפר את המסוגלות שלהם אל מול לחץ (Anderson, 1997; Wolin & Wolin, 1993). בפרט, עשויה להשתפר המסוגלות העצמית של האדם בעל המוגבלות השכלית כאשר הם עשויים לחוש תחושת שליטה גבוהה יותר על אירועי לחץ, ובפרט התקפת טילים, וכן להקנות לעצמם תחושה גבוהה יותר של מעורבות וגמישות להסתגל לשינויים לא צפויים (רביב וכצנלסון, 2005). לפיכך, עולה הסבירות כי במצב חירום אמיתי, הם לא ישותקו על ידי פחד וחרדה אלא יהיו אקטיביים יותר על מנת להבטיח את ביטחונם האישי, עם עזרה פחותה יותר של בני המשפחה.

עוד עלו במחקר זה הבדלים בחוזק בין המשתנים לפני הסדנא ולאחריה. בעוד שלפני הסדנא נמצאה קורלציה שלילית חזקה בין תפקוד המשתתף בעל מוגבלות שכלית במצב חירום לבין רמת החרדה שלו, לאחר ההכנה רמת הקורלציה ירדה. ניתן להסביר ממצא זה בכך שהסדנא נתנה בידיו של האדם בעל המוגבלות השכלית כלים טובים יותר להתמודד אל מול מצב חירום ולפיכך הקשר בין אופן התפקוד בפועל לבין רמת החרדה קטן. בהמשך לכך, נמצא כי ההכנה גם החלישה את הקשר בין רמת החרדה של המשתתף בעל המוגבלות השכלית לבין רמת התפקוד של בן המשפחה. פירוש הדבר שההכנה סייעה לנתק את הקשר שבין רמת החרדה של האדם בעל המוגבלות השכלית לבין תפקוד בן המשפחה, כך שהאדם בעל המוגבלות השכלית נתפס כאוטונומי יותר, חרד פחות ולפיכך גם בן המשפחה חש רמה גבוהה יותר של תפקוד. לבסוף, נמצא כי ההנגשה הקוגניטיבית החלישה את הקשר שבין תפקוד המשתתף בעל מוגבלות שכלית לבין החוסן המשפחתי. פירוש הדבר הוא שהחוסן המשפחתי עשוי להישאר גבוה גם במצבים שבהם המשתתף בעל המוגבלות השכלית הינו בעל מוכנות נמוכה.

6. סיכום ומסקנות

ממצאי המחקר מצביעים כי הנגשה קוגניטיבית ופישוט לשוני של הוראות למצב חירום עשויות לשרת שתי מטרות בו זמנית. ראשית, עבור האדם בעל המוגבלות השכלית, הכנה זו מצמצמת את רמת החרדה שלו אל מול מצב דחק של התקפת טילים ומשפרת את יכולת המוכנות שלו לתפקד בצורה טובה יותר במצבים אלו. במקביל לכך, גם תפקודו של בן המשפחה משתפר והחוסן המשפחתי הכללי עולה, ככל הנראה עקב הקטנת התלות התפקודית בין בן המשפחה לבין האדם המוגבל שכלית.

מחקר זה הינו ראשון מסוגו בישראל וממצאיו מצביעים על החשיבות הגבוהה שבהנגשה הקוגניטיבית של הוראות למצב חירום, במיוחד לאור הרקע הביטחוני הרעוע של המרחב הדרומי בשנים האחרונות. בהמשך לכך, ניתן להכליל ממצאים אלו גם על מצבים ביטחוניים בעייתיים נוספים באזורים אחרים בישראל כאשר מצויה בהם אוכלוסייה של אנשים בעלי מוגבלות שכלית. אל מול המשאבים הכספיים והירתמותם של אנשי מקצוע לאופן הנגשה זה, נראה כי התועלת האישית, חברתית ואף הכלכלית שעשויה לצמוח מתוכניות הנגשה לאוכלוסייה בעלת פיגור שכלי בעת מצבי חירום גבוהה יותר. בתוך כך, תכניות כאלו עשויות לשפר את רמת המיגון האישי של אנשים אלו ושל בני משפחתם ובכך לצמצם את הסיכוי להיפגעות ואף לפגיעה בחייהם. בנוסף לכך, תכניות אלו משפרות את ההיערכות והמוכנות של אוכלוסייה זו אל מול איומים ובכך מעלה גם את החוסן החברתי של הקהילה אליה הם משתייכים.

7. תיחומים, מגבלות והמלצות

מחקר זה סובל ממספר מגבלות חשובות תיאורטיות ויישומיות. גיזרת המחקר הנוכחי התמקדה בעיקר באוכלוסייה בעלת פיגור שכלי. לפיכך, המסקנות ניתנות להשלכה בעיקר על אוכלוסייה זו. עם זאת, חשוב לזכור כי קיימות אוכלוסיות נוספות בעלות צרכים מיוחדים שעלולות לסבול מקשיי הבנה והתנהגות במצבי חירום כתוצאה מחוסר הבנה מספקת ומחסור בכלים להתמודדות אל מול מצבים אלו. בין אוכלוסיות אלו ניתן למנות אנשים הסובלים מאוטיזם, לקויות למידה חמורות, הפרעות התפתחותיות (PDD) ועוד. לכן, מומלץ לבחון את ההתערבות שהופעלה במחקר הנוכחי גם על אוכלוסיות אלו ולבחון כיצד משתנה רמת החרדה ורמת המוכנות שלהם להתנהג במצבי חירום.

מגבלה חשובה נוספת של מחקר זה הינה מספר הנבדקים המצומצם שבו נעשה שימוש (30) אנשים בלבד ובני משפחותיהם) שאליהם הגעתי באמצעות מדגם נוחות לא-רנדומלי שאינו בהכרח מייצג את כלל אוכלוסיית האנשים הסובלים מפיגור שכלי. מומלץ כי מחקרי המשך ישחזרו את מערך המחקר הנוכחי על מדגם גדול ומייצג יותר.

נוסף למגבלות היישומיות הללו, קיימת גם מגבלה תיאורטית הנוגעת לבחינה מצומצמת של משתני מחקר. בפועל, תוכנית ההתערבות ככל הנראה משפיעה על מדדים נוספים שלא נמדדו במחקר הנוכחי ולפיכך קשה להשתמש בהם על מנת לפרש את הממצאים ולבחון השלכות נוספות. בין מדדים אלו ניתן למדוד אקלים קהילתי, אקלים משפחתי, תמיכה חברתית, חוללות עצמית של אנשים הסובלים מפיגור ועוד. רצוי כי מחקרים עתידיים יתנו את הדעת למשתנים אלו, וימדדו אותם בתגובה לתוכניות התערבות של הנגשה קוגניטיבית. כמובן יש להזכיר שמשתני המחקר הזה מיוצגים ע"י שאלונים שחלקם חוברו לצורך המחקר, אך לא עברו תיקוף מהותני.

לסיכום,

מדובר בעבודה מעולה הן מבחינת הרעיון והן מבחינת הביצוע. סקירת הספרות רחבה ורלבנטית. מהלך המחקר, העברתו, אופן ניתוח התוצאות כמו גם הצגתו, ללא דופי וכך גם יתר פרקי העבודה – הדיון, המסקנות וכו'. ניכר שהושקעה במחקר עבודה מעמיקה ורחבה, לרבות כל ההכנות שנדרשו לה והנגשת החומר הרלבנטי. עבודה זו ראויה לכל שבח. יישר כוח! 100

מקורות ספרות

- אביעד, י' (1986) תהליך התווית הפיגור ושכיחות המפגרים בשכלם בארבעה ישובים עירוניים בגוש דן. בתוך: רימרמן א., רייטר ש'. וחובב מ' (עורכים) **נכות התפתחותית ופיגור שכלי**. תל אביב. גומא ספרי מדע ומחקר, צ'ריקובר מוציאים לאור בע"מ. 57-74
- איצקוביץ, ר', צ', זיידנר, מ' וקלינגמן, א' (1994). תגובות רגשיות של ילדים על מלחמת המפרץ. **פסיכולוגיה, ד'**, 170-181.
- אליצור, א. טיאנו, ש. מוניץ, ח. ונוימן, מ. (2003). **פרקים נבחרים בפסיכיאטריה**. הוצאת פפירוס: תל אביב.
- בר-אל, צ' ולזובסקי, ר' (2008). מסוגלות עצמית ייעוצית. הייעוץ החינוכי, ט"ו, 212-237.
- גולדברג, ג. (2005). **חרדה ופאניקה: דרכי התמודדות**. "הוצאת ספרים אח". קריית ביאליק.
- ויינסטוק, ל. וגילמן, י. (2002). **חרדה: להתבגר על הפרעת האימה, מדריך לנשים**. משכל: תל אביב.
- טייכמן, י' ונבון, ש' (1990). הערכת משפחות: המודל הסירקומפלסקי. פסיכולוגיה, ב, 36-46.
- ינון, י' ורודניקי, י' (2003) השפעת העלייה לחטיבת הביניים על חרדת התלמידים ותוקפנותם כפונקציה של מעמד חברתי-כלכלי. **עיונים בחינוך**, 5, 81-98.
- מארקס, מ.א. (1990). **לחיות עם הפחד**. ביתן: תל אביב
- ניסים, ד עמינדב, ח שמיס, מ (ער'). (2011). **מוגבלות שכלית הגדרה סיווג ומערכות תמיכה**. עמודים 17-27. הוצאת ספרים "אח", קריית ביאליק.
- ניסים, ד', גורבטוב, ר' ובן שמחון, מ' (2009). אנשים עם מוגבלויות

רוטנברג, ב', שן, ג' וזלצמן, ג' (2008). הפרעות חרדה בילדים ומתבגרים. **הרפואה**, 147, 628-633.

רון, ח. (1990). **פיגור שכלי**. תל-אביב: אוניברסיטה פתוחה.

Aldwin, C. M. (1994). Stress, coping, and development: An integrative perspective.
New York: The Guilford Press.

Allwood, M.A., Bell-Dolan, D., Husain, S.A. (2002). Children's trauma and
adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *J Am Acad
Child Adolesc Psychiatry*, 41, 450–457

American Psychiatric Association.(1994) *Diagnostic and statistical manual of mental
disorders* (DSM, 4th ed.). Washington, DC: Author

Anderson, K.M. (1997). Uncovering survival abilities in children who have been
sexually abused. *Families in Society*, 37, 592-599.

Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D.M., & Vaillant, G.E. (1978). Life event stress,
social support, coping style, and risk of psychological impairment. *Journal of
Nervous and Mental Disease*, 1978, 166, 307-316.

Augr, R. W., Seymour, J. W., & Roberts, W. B. Jr. (2004). Responding to Terror: The
Impact of September 11 on K-12 Schools and Schools' Responses.
Professional School Counseling, 7, 222-230.

Bandura , A. (1977). Self- efficacy : Towards a unifying theory of behavioral change.
Psychological Review ,84 ,191-215.

- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Education psychologist*, 28, 117-148.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323-370.
- Briere, J.(1997). *Psychological assessment of adult posttraumatic states*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Breslau, N., Peterson, E.L., Poisson, L.M., Schultz, L.R. & Lucia, V.C. (2004). Estimating post-traumatic stress disorder in the community: lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychological Medicine*, 34, 889-898
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in Victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 499-509.
- Burr , W.R., & Klein, S.R. (1994). Reexamining family stress: New theory and research. London: Sage Publication.
- Coates, S., & Schechter, D. (2004). Preschoolers' traumatic stress post-9/11: relational and developmental perspectives. *Psychiatr Clin North Am*, 27, 473–489
- Eden, D.J. (1976). *Mental Handicap, An Introduction*. London: George Allen & Unwin Ltd.

- Feldman, R. and Vengrober, A. 2011. Post-Traumatic Stress Disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50: 645–658.
- Galea, S., Ahren, K., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, L., et al. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York city. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- Gray, M.J., Litz, B.T. & Hsu, J.L. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, 11, 330-341.
- Graham-Bermann, S.A., Howell, K., Habarth, J., Krishnan, S., Loree, A., Berman, E.A. (2008). Toward assessing traumatic events and stress symptoms in preschool children from low-income families. *Am J Orthopsychiatry*, 78, 220–228
- Hale, W., Raaijmakers, Q., Muris, P., van Hoof, A., & Meeus, W. (2008). Developmental trajectories of adolescent anxiety disorder symptoms: A 5-year prospective community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 556_564.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hill, R. (1949). *Families under stress: Adjustment to the crises of war, separation, and reunion*. New York: Harper & Brothers.
- Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress*. New York: Hemisphere
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.

- Hobfoll, S. E., & Wells, J. D. (1998). Conservation of resources, stress, and aging: Why do some slide and some spring? In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of Aging and Mental Health: An integrative approach* (121-134). New York: Plenum
- Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New-York: The Free Press.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Koenen, K.C. , Moffitt, T.E. , Poulton, R. , Martin, J. , & Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of posttraumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Psychol Med*, 37, 181–192
- Krupnick, J.L., Green, B.L., Stockton, P., Goodman, L., Corcoran, C., & Rachel, P. (2004). Mental health effects of adolescent trauma exposure in a female college sample: exploring differential outcomes based on experiences of unique trauma types and dimensions. *Psychiatry*, 67, 264-279.
- Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L.C. et al. (1996). Israeli preschoolers under Scud missile attacksA developmental perspective on risk-modifying factors. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 416–423
- McCubbin, H.I., & Patterson, J.M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment. *Marriage and Family Review*, 6, 7-37.

- Milgram, N., Toubiana, Y.H. (1996). Children's selective coping after a bus disaster: confronting behavior and perceived support . *J. Trauma Stress*, 9 ,687–702
- Qouta, S., Punamanaki, R. , Sarraj, E.(2005). Mother–child expression of psychological distress in war trauma. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 10, 135–156
- Ohmi, H., Kojima, S., Awai, Y. et al. (2002). Posttraumatic stress disorder in pre-school aged children after a gas explosion. *Eur J Pediatr*, 161, 643–648
- Olson, D.H. (1993). Circumplex model of marital and family systems: Assessing family functioning. In: F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 104-137). New York: Guilford Press.
- Peleg, O. (2009). Test anxiety, academic achievement, and self-esteem among arab adolescents with and without learning disabilities. *Learninf disability quarterly*, 32, 11-20.
- Punamaeki, R. L., Quota, S., & El-Samir, E. (2001). Resiliency factors psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 256-267.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Jurnal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Ryff, C. D., Singer, B., Love G. D., & Essex, M. J. (1988). Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J. Lomranz (Ed),

Handbook of aging and mental health: An integrative approach (pp. 69-99).

New York: Plenum

Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1995). Social and personal relationships: Current issues, future directions. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 613-619.

Scheeringa, M.S. & Zeanah, C.H. (2008). Reconsideration of harm's way: onsets and comorbidity patterns of disorders in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child Adolesc Psychol*, 37, 508–518

Schunk, D.H. (1983). Developing children`s self- efficacy and skills: The roles of social comparative information and goal setting. *Contemporary Educational Psychology*, 8, 76-86.

Sharlin, S.A., Moin, V., & Yahav, R. (2006). When Disaster Becomes Commonplace: Reaction of Children and Adolescents to Prolonged Terrorist Attacks in Israel. *Social Work in Health Care*, 43, 93-114.

Shmotkin, D. (2003). Vulnerability and resilience intertwined: A review of research on Holocaust survivors. In R. Jacoby & G. Keinan (Eds.), *Between stress and hope: From a disease-centered to a health-centered perspective* (pp. 213-233). Westport, CT: Praeger.

Solomon, Z. & Ginzburg, K. (1998). War trauma and the aged: An Israeli perspective. In J. Lomranz. (Ed.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach* (pp. 135-152). New York: Plenum Press.

- Somer, E., Ruvio, A., Sever, I., & Soref, E. (2007). Reactions to Repeated Unpredictable Terror Attacks: Relationships among Exposure, Posttraumatic Distress, Mood, and Intensity of Coping. *Journal of Applied Social Psychology, 37*, 862-886.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press
- Tedeschi, R.G., Park, C.L., and Calhoun, L.G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahawah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Turner, R. J. & Lloyd, D. A. (1995). Lifetime traumas and mental health: The significance of cumulative adversity. *Journal of Health and Social Behavior, 36*, 360-376.
- Spielberger, C.D. (1979b). *Preliminary manual for the State-Trait Personality Inventory (STPI)*. Unpublished manuscript, University of South Florida, Tampa.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., & Keane, T.M. (1995). Military trauma. In J.R. Freedy & S.E. Hobfoll (Eds.), *Traumatic stress: From theory to practice*. New York: Plenum Press.
- Wolin, S.J. & Wolin, S. (1993). *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard.

Wamboldt, F.S. & Reiss, D. (1989). Defining a family heritage and a new relationship identity: The central tasks in the making of marriage. *Family Process*, 28, 317- 335.

Yehuda, R., Kahana, B., Schmeidler, J., & Southwick, S. M., Wilson, s., & Giller, E. L. (1995). Impact of cumulative lifetime trauma and recent stress on current posttraumatic stress disorder symptoms in holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1815-1818.

Zidner, M. (2006). Gender Group Differences in Coping with Chronic Terror: The Israeli Scene. *Sex Roles*, 54, 297-310.

Zigler, E. & Hodapp, R.M (1986). *Understanding mental retardation*. Cambridge university press.

נספח א':

שאלון משתתף בעל מוגבלות שכלית

שאלון למשתתף בסדנא "להיות מוכן – זה להיות מוגן"

סדנת הדרכה בנושא התגוננות מפני ירי טילים על העורף

אוניברסיטת תל אביב

הפקולטה לרפואה ביה"ס לבריאות הציבור

התוכנית הרב תחומית לניהול מצבי חירום ואסון

שנת הלימודים תשנ"ב

שלום רב

הנך משתתף במחקר הנערך במסגרת לימודי לתואר באוניברסיטה ובשיתוף עם שירותי הרווחה של עיריית באר שבע.

אשמח אם תוכל להקדיש מזמנך לענות על כמה שאלות קצרות.

השאלון מנוסח בלשון זכר לשם הנוחיות בלבד, אך הוא מיועד לגברים ולנשים כאחד.

אני מודה לך מאוד על שיתוף הפעולה.

שאלון זה מיועד לצרכי המחקר בלבד ולא יעשה בו כל שימוש אחר. הפרטים שמסרת ישמרו אך ורק אצל החוקרת ואני מתחייבת לשמור על פרטיותך ולא להעביר הפרטים לאיש.

תודה על שיתוף הפעולה.

שושי אספלר, עורכת המחקר

מס' שאלון : _____

שם המטפלת שסייעה במילוי השאלון : _____

1. מין :

1. גבר

2. אישה

2. שנת לידה מלאה _____

3. מצב משפחתי

1. רווק

2. נשוי

3. גרוש

4. אלמן

להלן מספר משפטים שבהם אנשים משתמשים בדרך כלל כדי לתאר את עצמם. קרא/י

כל משפט והקף/י בעיגול את אחת הספרות שמשמאל לכל משפט. בחר/י בספרה המתאימה

ביותר לתיאור הרגשתך עכשיו. אין כאן תשובות נכונות או בלתי נכונות. אל תתעכב/י זמן רב מדי

על משפט כל שהוא, אלא תן/י את התשובה הנראית לך כמתארת בצורה הטובה ביותר את

רגשותיך הנוכחיים.

1 – כלל לא	2 – לעתים רחוקות	3 – לפעמים	4 – במידה רבה	5 – במידה רבה מאוד	
1	2	3	4	5	1. אני מרגיש רגוע
1	2	3	4	5	2. אני מתוח
1	2	3	4	5	3. אני מרגיש בנוח
1	2	3	4	5	4. אני מודאג עכשיו מאסונות שעלולים לקרות
1	2	3	4	5	5. אני מרגיש עצבני
1	2	3	4	5	6. אני מרגיש מעוצבן
1	2	3	4	5	7. אני מרגיש נינוח
1	2	3	4	5	8. אני מרגיש רגוע
1	2	3	4	5	9. אני מתוח
1	2	3	4	5	10. אני מרגיש בנוח
1	2	3	4	5	11. אני מודאג עכשיו מאסונות שעלולים לקרות
1	2	3	4	5	12. אני מרגיש עצבני
1	2	3	4	5	13. אני מרגיש מעוצבן

14. אני מרגיש נינוח	1	2	3	4	5
15. אני מודאג	1	2	3	4	5
16. אני מרגיש יציב	1	2	3	4	5
17. אני מרגיש מבוהל	1	2	3	4	5

להלן מופיעים מספר משפטים נוספים המתייחסים לתחושות, מחשבות והתנהגות במהלך אזעקת "צבע אדום". קרא כל משפט וסמן עד כמה אתה מסכים למשפט זה לגביך בין 1 (כלל לא) ל-5 (במידה רבה מאוד).

1 – כלל לא	2 – במידה מועטה	3 – במידה בינונית	4 – במידה רבה	5 – במידה רבה מאוד	
1	2	3	4	5	1. בזמן אזעקה אני יודע מה עלי לעשות
1	2	3	4	5	2. בזמן אזעקה אני מתפנה במהירות למרחב מוגן
1	2	3	4	5	3. בזמן אזעקה אני משתף פעולה עם ההוראות
1	2	3	4	5	4. בזמן אזעקה אני מבצע פעולות כדי להגן על עצמי
1	2	3	4	5	5. בזמן אזעקה אני מרגיש חוסר אונים
1	2	3	4	5	6. בזמן אזעקה אינני חושש שמשוהו רע יקרה
1	2	3	4	5	7. בזמן אזעקה אני מרגיש בטוח
1	2	3	4	5	8. בזמן אזעקה אני מרגיש ששום דבר נורא לא יקרה
1	2	3	4	5	9. בזמן אזעקה אני דואג לבני המשפחה שלי
1	2	3	4	5	10. בזמן אזעקה אני מאוד מפחד

תודה על שיתוף הפעולה!

נספח ב':

שאלון לבן משפחה

שאלון לבן משפחה

אוניברסיטת תל אביב
הפקולטה לרפואה ביה"ס לבריאות הציבור
התוכנית הרב תחומית לניהול מצבי חירום ואסון
שנת הלימודים תשנ"ב

שלום רב

הנך משתתף במחקר הנערך במסגרת לימודי לתואר באוניברסיטה ובשיתוף עם שירותי הרווחה של עיריית באר שבע.

אשמח אם תוכל להקדיש מזמנך לענות על כמה שאלות קצרות.

השאלון מנוסח בלשון זכר לשם הנוחיות בלבד, אך הוא מיועד לגברים ולנשים כאחד.

אני מודה לך מאוד על שיתוף הפעולה.

שאלון זה מיועד לצרכי המחקר בלבד ולא יעשה בו כל שימוש אחר. הפרטים שמסרת ישמרו אך ורק אצל החוקרת ואני מתחייבת לשמור על פרטיותך ולא להעביר הפרטים לאיש.

תודה על שיתוף הפעולה.

שושי אספלט, עורכת המחקר

מס' שאלון (המספר יינתן בהתאמה למס' השאלון של המשתתף בסדנא): _____

1. מין:

1. גבר

2. אישה

2. שנת לידה מלאה _____

3. שנות לימוד _____

4. מצב משפחתי

1. נשוי

2. גרוש

3. אלמן

לפניך מספר משפטים המתארים תחושות שונות הנוגעות לאזעקה המתריעה מפני נפילת טילים.
 אנא קרא כל משפט ודרג עד כמה אתה מרגיש תחושה זו בין 1 (כלל לא) לבין 5 (במידה רבה מאוד).

1 – כלל לא	2 – במידה מועטה	3 – במידה בינונית	4 – במידה רבה	5 – במידה רבה מאוד	
1	2	3	4	5	1. אני מרגיש שאני מתפקד בצורה טובה במהלך אזעקה
1	2	3	4	5	2. אני בטוח ביכולת שלי לדעת מה לעשות בעת התקפת טילים
1	2	3	4	5	3. אני בטוח בידע שלי כיצד להתנהג בעת התקפת טילים
1	2	3	4	5	4. אני מרגיש חסר אונים במהלך אזעקה
1	2	3	4	5	5. אני מפחד שמשו נורא יקרה במהלך אזעקה
1	2	3	4	5	6. אני מרגיש שלמעשים שלי לא תהיה השפעה על המצב שלי במהלך התקפת טילים
1	2	3	4	5	7. אני מאמין שתפקוד יעיל יכול להציל חיים במהלך אזעקה
1	2	3	4	5	8. אני חושב שקור רוח יכול לסייע במהלך אזעקה.
1	2	3	4	5	9. ברור לי שאתפקד בצורה טובה באזעקה הבאה.
1	2	3	4	5	10. אני חושב שכדאי ללמוד כיצד להתנהג במהלך אזעקה

לפניך מספר משפטים המתארים תחושות שונות הנוגעות למשפחה שלך. אנא קרא כל משפט ודרג עד כמה אתה מרגיש תחושה זו בין 1 (כלל לא) לבין 5 (במידה רבה מאוד).

1 – כלל לא	2 – במידה מועטה	3 – במידה בינונית	4 – במידה רבה	5 – במידה רבה מאוד	
1	2	3	4	5	1. אני מרגיש שמשבר יכול לתרום לחיזוק המשפחה שלי.
1	2	3	4	5	2. אני מאמין שהמשפחה שלי יכולה להתאושש ממשבר
1	2	3	4	5	3. אני מאמין שהמשפחה שלי בעלת יסודות חזקים
1	2	3	4	5	4. אני מאמין שהמשפחה שלי הינה בעלת כושר התמודדות גבוה
1	2	3	4	5	5. אני מאמין שמשברים הינם בעלי משמעות בהקשר המשפחתי
1	2	3	4	5	6. כשיש משבר במשפחה, אנו עוסקים בתפקוד קונקרטי ליציאה ממנו
1	2	3	4	5	7. במהלך משבר אנו שומרים על אופטימיות במשפחה
1	2	3	4	5	8. אנו בטוחים שניתן לשלוט בחלקים גדולים מהמשבר
1	2	3	4	5	9. אנו מאמינים בפעילות אקטיבית במהלך משבר.
1	2	3	4	5	10. משברים נותנים לנו השראה.
1	2	3	4	5	11. משבר מאפשר לראות דברים באור שונה
1	2	3	4	5	12. משברים הם חלק מהחיים וניתן להתמודד איתם.
1	2	3	4	5	13. אנו שומרים על גמישות תפקודית במהלך משברים

5	4	3	2	1	14. המשפחה שלנו יציבה אל מול משברים
5	4	3	2	1	15. אנו תומכים זה בזה במהלך משבר.
5	4	3	2	1	16. אנו מרגישים מחויבים זה לזה במהלך משבר
5	4	3	2	1	17. אנו מכבדים זה את זה במהלך משבר.
5	4	3	2	1	18. יש למשפחה שלנו מעגלי תמיכה רחבים וחזקים.
5	4	3	2	1	19. אנו מתקשרים זה עם זה בצורה טובה במהלך משבר
5	4	3	2	1	20. אנו משתפים ברגשות שלנו במהלך משבר.

תודה על שיתוף הפעולה!

נספח ג':

שאלון משתתף בעל מוגבלות שכלית – פישוט לשוני

שאלון למשתתף בסדנא "להיות מוכן – זה להיות מוגן"

סדנת הדרכה בנושא התגוננות מפני ירי טילים על העורף

אוניברסיטת תל אביב

הפקולטה לרפואה ביה"ס לבריאות הציבור

התוכנית הרב תחומית לניהול מצבי חירום ואסון

שנת הלימודים תשנ"ב

שלום רב

הנך משתתף במחקר הנערך במסגרת לימודי לתואר באוניברסיטה ובשיתוף עם שירותי הרווחה של עיריית באר שבע.

אשמח אם תוכל להקדיש מזמנך לענות על כמה שאלות קצרות.

השאלון מנוסח בלשון זכר לשם הנוחיות בלבד, אך הוא מיועד לגברים ולנשים כאחד.

אני מודה לך מאוד על שיתוף הפעולה.

שאלון זה מיועד לצרכי המחקר בלבד ולא יעשה בו כל שימוש אחר. הפרטים שמסרת ישמרו אך ורק אצל החוקרת ואני מתחייבת לשמור על פרטיותך ולא להעביר הפרטים לאיש.

תודה על שיתוף הפעולה.

שושי אספולר, עורכת המחקר

מס' שאלון : _____

שם המטפלת שסייעה במילוי השאלון : _____

1. מין :

1. גבר

2. אישה

2. שנת לידה מלאה _____

3. מצב משפחתי

1. רווק

2. נשוי

3. גרוש

4. אלמן

כתובים בטבלה 17 משפטים שאיתם את/ה יכול לתאר את מה שאתה מרגיש. קרא/י כל

משפט והקף/י בעיגול () את המספר שמתחת לתשובה הכי מתאימה לתאר את **ההרגשה**

שלך עכשיו. אין כאן תשובות נכונות או לא נכונות. אל תתעכב/י זמן רב מדי על משפט כל שהוא,

אלא תן/י את התשובה הנראית לך כמתארת בצורה הטובה ביותר **את מה שאתה מרגיש ממש**

עכשיו.

1 – בכלל לא (אפילו לא פעם אחת בשבוע)	2 – לעתים רחוקות (פעם בשבוע)	3 – לפעמים (פעמיים בשבוע)	4 – במידה רבה (כמעט כל השבוע)	5 – במידה רבה מאוד (כל יום במשך השבוע)	
1	2	3	4	5	1. אני מרגיש רגוע 
1	2	3	4	5	2. אני מתוח 
1	2	3	4	5	3. אני מרגיש בנוח 
1	2	3	4	5	4. אני מודאג עכשיו מאסונות (טילים) שעלולים לקרות 
1	2	3	4	5	5. אני מרגיש עצבני

					
5	4	3	2	1	6. אני מרגיש מעוצבן 
5	4	3	2	1	7. אני מרגיש נינוח 
5	4	3	2	1	8. אני מרגיש רגוע 
5	4	3	2	1	9. אני מתוח 
5	4	3	2	1	10. אני מרגיש בנח 
5	4	3	2	1	11. אני מודאג עכשיו מאסונות (טילים) שעולים לקרות 
5	4	3	2	1	12. אני מרגיש עצבני 
5	4	3	2	1	13. אני מרגיש מעוצבן 

5	4	3	2	1	14. אני מרגיש נינוח 
5	4	3	2	1	15. אני מודאג 
5	4	3	2	1	16. אני מרגיש יציב (לא מפוחד, לא לחוץ, מתנהג רגיל)
5	4	3	2	1	17. אני מרגיש מבוהל 

בטבלה למטה מופיעים 10 משפטים נוספים המתייחסים למה אתה מרגיש, מה אתה חושב ואיך אתה מתנהג במהלך אזעקת "צבע אדום". קרא כל משפט וסמן בעיגול () את המספר שמתחת לתשובה הכי מתאימה עד **כמה אתה מסכים למשפט הזה**. התשובות יכולות להיות בין 1 (בכלל לא מסכים) ל-5 (מסכים מאוד).

1 – בכלל לא מסכים	2 – מסכים רק קצת	3 – מסכים במידה בינונית (קצת מסכים וקצת לא מסכים)	4 – מסכים	5 – מסכים מאוד	
1	2	3	4	5	1. בזמן אזעקה אני יודע מה אני צריך לעשות
1	2	3	4	5	2. בזמן אזעקה אני רץ במהירות למרחב מוגן
1	2	3	4	5	3. בזמן אזעקה אני משתף פעולה עם מה שההורים או בני משפחה אחרים אומרים לי לעשות
1	2	3	4	5	4. בזמן אזעקה אני עושה דברים כדי שאני לא אפגע
1	2	3	4	5	5. בזמן אזעקה אני מרגיש חוסר אונים (אני לא יודע איך להתנהג ומה עלי לעשות)
1	2	3	4	5	6. בזמן אזעקה אני לא מפחד שמשהו רע יקרה
1	2	3	4	5	7. בזמן אזעקה אני מרגיש בטוח
1	2	3	4	5	8. בזמן אזעקה אני מרגיש ששום דבר נורא לא יקרה
1	2	3	4	5	9. בזמן אזעקה אני דואג לבני המשפחה שלי
1	2	3	4	5	10. בזמן אזעקה אני מאוד מפחד

נספח ד':

“להיות מוכן – זה להיות מוגן”

סדנת הדרכה לאוכלוסייה עם מוגבלות שכלית

התפתחותית בנושא התגוננות מפני ירי טילים על העורף

