

אוניברסיטת בר-אילן
בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד

הצעה לתכנית מחקר במסגרת הלימודים לתואר שלישי

**דפוסי מצוקה בקרב חיילי מלחמת יום
הכיפורים הפונים מאוחר בבקשה לעזרה נפשית
פורמאלית**

**Distress Profiles among delayed help
seeking Yom Kippur War Veterans**

מוגש על ידי
יעל שובל-צוקרמן

בהנחיית
פרופ' רחל דקל

תקציר

מאז הקמת המדינה היו המלחמות חלק בלתי נפרד מהווייתה. אחת מהקשות במלחמות ישראל, ואולי הטראומטית שבהן, הייתה מלחמת יום הכיפורים. על אף ההישגים הצבאיים המרשימים נותרה בישראל תחושת תבוסה קשה, והמלחמה הוגדרה כמחדל. מחקר זה מבקש להבין לעומק קבוצה אחת של חיילים ממלחמה זו, ואלה הם חיילים שפנו בבקשת עזרה ליחידה לתגובות קרב, 30 שנה ויותר לאחר המלחמה. שיעור פניות גבוה לאחר שנים כה רבות מעורר מספר שאלות. מחקרים שונים מצאו כי ישנם מספר דפוסים של התסמונת הפוסט טראומטית המופיעים בטווחי זמן שונים (סולומון, גארב, בליך, גרופר, 1987; סולומון, קוטלר, שלו ולין, 1990): פוסט טראומה כרונית לא מטופלת; פריצה מושהית של פוסט טראומה; החרפה של פוסט טראומה תת-קלינית; ריאקטיבציה והפרעות פסיכיאטריות אחרות.

מטרות המחקר הנוכחי הן: 1. לתאר ולבדוק את שכיחות כל אחד מדפוסי המצוקה כפי שהיא מתבטאת בעוצמת המצוקה הפוסט טראומטית, מצב הבריאות ורמת התפקוד בקרב הפונים. 2. להבין את השונות בהתפתחות דפוסי המצוקה על ידי בדיקת הקשר בין מאפייני האירוע, מאפייני האדם ומאפייני הסביבה לדפוס המצוקה בעת הפנייה לעזרה. במאפייני האירוע יבדקו מאפייני הקרבות שהחיל נחשף אליהם במהלך מלחמת יום הכיפורים. במאפייני האדם יבדקו משתנים דמוגרפים, אשמה ואירועי חיים נוספים; במאפייני הסביבה תיבדק התמיכה החברתית שעמדה לרשותו במהלך המלחמה, עם השיבה הביתה ובמהלך השנים עד לפנייה לעזרה.

שיטה: המחקר הנוכחי יבדוק קבוצה של כ-200, חיילי מלחמת יום הכיפורים, המטופלים ביחידה לתגובות קרב של צה"ל אשר פנו ליחידה לראשונה בין השנים 2006-2011. כל הנתונים יילקחו מתיקיהם של החיילים הללו. ניתוח הנתונים יתבסס על ניתוח תוכן של תיקים התואם את עקרונות הגישה המכוונת (directed). ניתוח התוכן יעשה בעזרת הנחיות לקידוד שיהיו מחוברות לידי שאלון סגור (Hsieh & Shannon, 2005). בנוסף יעשה שימוש בשאלונים סגורים שהמטופלים מלאו בראיון האינטייק בעת קבלתם לתהליך הערכה ביחידה לתגובות קרב.

ההבנה מהם דפוסי המצוקה המתפתחים לאורך זמן תאפשר התאמת ההתערבות הטיפולית לאחר אירוע המלחמה עם חיילים בסדיר ובמילואים. מציאת משתנים הקשורים לדפוסי המצוקה עשויה לסייע בזיהוי אוכלוסיית היעד אליה אנו מכוונים במתן השירותים, שאינה פונה לעזרה בזמן ולכן הטיפול בה בחלוף השנים הופך לקשה ולעיתים לבלתי אפשרי. מעבר לחובה המוסרית לסייע לחיילים, הרי שבאי – פנייה, בזמן, לקבלת עזרה, יכול להיגרם נזק רחב יותר הן למשפחות הלוחמים והן לחברה כולה.

Abstract

One of the most traumatic events from the Israeli point of view was the 1973 "Yom Kippur" War. This war was considered a military accomplishment. However the veterans, in some cases, felt defeated.

This research aims to examine a group of veterans of this war. A group of veterans who were seeking help from the Combat Reaction Unit (C.R.U) ,of the IDF, more than 30 years following that war. The fact that these veterans approached C.R.U after such a long time raises several questions. First, what are the distress patterns of this group? Second, what are the variables that predict each distress pattern?

The literature describes five types of mental distress following participation in a war: Delayed help-seeking as a result of chronic PTSD; Delayed On-set PTSD; Aggravation of sub-clinical PTSD; Reactivation of PTSD; Other mental illness (Solomon, Kotler, & Lin, 1990).

The initial aim of this research is to examine the prevalence of the distress patterns (as manifested in post traumatic symptoms, functioning and physical health) of the war veterans who were seeking help from the C.R.U..The second aim of this research is to better understand the contribution between the traumatic event characteristics (severity of battles, life-threatening situations, injury or death, handling of corpses or wounded soldiers) individual characteristics (social-demographic variables, sense of guilt and other life events) and the environmental characteristics (social support) and the distress patterns which evolved.

The research will focus on a group of 200 veterans (all took part in the "Yom-Kippur war) who were seeking help from the C.R.U since 2006. The data collection in this research will be based on the veteran's medical records. The data will be analyzed by the direct content analysis approach (Hsieh & Shannon, 2005). The content analysis will be carried out by using a coding manual in a closed questionnaire. In addition we will use structured questionnaires which were filled by the veterans during their intake process and are found in their medical records.

Establishing well founded knowledge about distress patterns which evolved over time will allow deploying suitable interventions immediately following the exposure to traumatic stress. The

identification of the variables concerning help seeking will enable to identify, on time, those in need for assistance, so they won't suffer as the years go by from chronic PTSD which is hard and at times impossible to assist. It is important to note that apart from the ethical obligation to these veterans. By not suggesting help, in reasonable time, a greater damage is done to their families and communities.

תוכן עניינים

1	פרק 1. מבוא
2	1.1. מודל המחקר
3	1.2. תסמונת פוסט טראומטית
3-5	1.3. דפוסי התסמונת הפוסט טראומטית
5-6	1.4. תסמונת פוסט טראומטית וקשיים תפקודיים
6-7	1.5. תסמונת פוסט טראומטית ומצב בריאותי
7-8	1.6. מאפייני האירוע הטראומטי
8	1.7. מאפייני האדם
8-9	1.7.1 אירועי חיים נוספים
10-11	1.7.2 אשמה
11	1.8. מאפייני הסביבה
11-13	1.8.1 תמיכה חברתית
13-14	1.9. מטרות וחשיבות המחקר
14	1.10. שאלות המחקר
14-16	1.11. השערות המחקר
16	פרק 2. שיטת המחקר
16	2.1. נבדקים
16-18	2.2. כלי המחקר
18	2.3. שיטות ניתוח הנתונים
18	2.3.1. ניתוח תוכן
18	2.3.2. שלבי הכנת הנחיות לקידוד
19	2.3.3. ניתוח התיקים
19	2.3.4. קידוד התיקים
19-20	פרק 3. ניתוחים סטטיסטיים
20	פרק 4. היבטים אתיים
20	פרק 5. מגבלות המחקר
21-28	ביבליוגרפיה

1. מבוא

במשך שנות קיומה של מדינת ישראל מלחמות וטרור היו חלק בלתי נפרד מהווייתה. אחת מהקשות במלחמות ישראל, ואולי הטראומטית שבהן, היא מלחמת יום הכיפורים. על אף ההישגים הצבאיים המרשימים נותרה בישראל תחושת תבוסה קשה, והמלחמה הוגדרה כמחדל. מעבודה מתמשכת ביחידה ל"תגובות קרב" של חיל הרפואה-צה"ל עולה כי בשנים האחרונות פונים רבים מוותיקי מלחמה זו בבקשה לקבלת עזרה נפשית. ההחלטה, האם לפנות לעזרה בעת מצוקה, טומנת בחובה מערכת שיקולים מנוגדים. מחד גיסא, יכולה החלטה חיובית לקדם אינטרסים ולפתור בעיות. מאידך גיסא, היא כרוכה במכשלות כמו עלויות כספיות (Jagdeo, Cox, Stein, & Sareen, 2009), פגיעה בדימוי העצמי הנובעת מההודאה בכישלון, חוסר יכולת להתמודד לבד עם הבעיה, ובתלות וחוסר אוניס הנובעים מכך (Gould, Greenberg & Hetherton, 2007).

פנייה מאוחרת לעזרה אצל גברים נמצאה קשורה בסטריאוטיפ הגברי. נמצא כי הפנייה יוצרת איום משמעותי על תפיסת הגבר את תפקידו, תחושת השליטה ועל הערכתו העצמית (Galdas, Cheater & Marshall, 2005). גברים פנו מאוחר לטיפול בשל קושי לזהות ולהכיר בסימפטומים מהם סבלו, פחד להיראות חלשים, היפוכונדרים ולא גבריים (Chapple et al., 2004; Moller-Leimkuhler, 2002; Smith, Braunack-Mayer & Wittert, 2006).

התרבות הישראלית והצבאית היא בעלת ציפייה, בעיקר עבור גברים, להיות קשוחים, להדחיק רגשות ולהימנע מתכונות נשיות כמו רחמים (Moller-Leimkuhler, 2002). הועלתה השערה בספרות כי ייתכן והנורמות החברתיות לגבי גבריות מועצמות במסגרת הצבאית ופנייה לעזרה הופכת להיות משימה קשה ואף בלתי אפשרית (Gould, Greenberg, & Hetherton, 2007). מעט מחקר נעשה על פנייה מאוחרת לעזרה של גברים בארץ ובפרט בצבא.

מחקר זה מבקש להבין לעומק קבוצה זו. שעור פניות גבוה לאחר שנים כה רבות, מעורר מספר שאלות. ראשית מה מאפיין את דפוסי המצוקה של קבוצה זו. שנית, מהם המשתנים המנבאים את התפתחותו של כל דפוס מצוקה. מטרת המחקר הנוכחי הן: 1. לתאר ולבדוק את שכיחות כל אחד מדפוסי המצוקה כפי שהיא מתבטאת בעוצמת המצוקה הפוסט טראומטית, מצב בריאותי ורמת התפקוד בקרב הפונים; 2. להבין את השונות בהתפתחות דפוסי המצוקה על ידי בדיקת הקשר בין מאפייני האירוע, מאפייני האדם ומאפייני הסביבה לדפוס המצוקה בעת הפנייה לעזרה.

1.1. מודל המחקר

במחקר זה יעשה שימוש בשני מודלים. המודל התיאורטי שישמש להבנת תופעת הפנייה המאוחרת לעזרה הנו המודל האקולוגי. מודל זה מציע להתייחס למשתני האירוע הטראומטי, האדם והסביבה החברתית של האדם על מנת להבין את התופעה. על פי המודל האקולוגי מאורע או תהליך עלולים לגרום למתח שונה ע"פ המין, המעמד החברתי, השייכות האתנית, סגנון החיים והתרבות, מצב בריאותי, התנסות קודמת ותכונות אישיות אחרות. מתח מסוים נדרש, כאשר גם מאורעות שנחווים כחיוביים ורצויים, טומנים בחובם משא של מתח פסיכולוגי ופיסיוולוגי (Gitterman, & Germain, 1976). בנוסף המחקר המוצע יתבסס על יישום ספציפי של המודל האקולוגי לתחום הפנייה לעזרה. מודל זה מתייחס לנטייה לבקש עזרה במונחים של מאפיינים אישיותיים, דמוגרפיים ומאפייני התמיכה החברתית (Tijhuis et al., 1990).

מאפייני הפנייה לעזרה יבדקו תוך התייחסות למודל ההתפתחותי של אריקסון (Erikson, 1963). לפי אריקסון ההתפתחות מתרחשת בשמונה שלבים, מגיל ינקות ועד גיל זקנה, כאשר כל שלב מחולל "משבר התפתחותי" (Development Crisis) ייחודי. בכל משבר כזה רואה אריקסון אתגר מיוחד הטומן בחובו הזדמנויות חדשות לצמיחה והתפתחות. במחקר הנוכחי יעשה ניסיון לבחון את משמעות השלב ההתפתחותי של ותיקי מלחמת יום הכיפורים במהלכו נעשתה הפנייה המאוחרת לעזרה מתוך הנחה כי ישנו קשר בין הגיל הכרונולוגי והשינויים המתרחשים בו לבין ההחלטה לפנות לעזרה. תחילה יבקש המחקר לבדוק מה מאפיין את דפוסי המצוקה של חיילי מלחמת יום הכיפורים הפונים לאחר שנים כה רבות בבקשת עזרה. דפוסי המצוקה יתוארו באמצעות שלושה מימדים: מצוקה פוסט טראומטית, תפקוד ומצב בריאותי. בהמשך יבקש המחקר לבדוק את המשתנים הבאים כמסבירים את דפוס המצוקה שהחייל פתח:

מאפייני האירוע הטראומטי: קושי הקרבות, סכנת פציעה או מוות, פציעה, פינוי פצועים וחללים, חשיפה לפציעות/מותם של חברים ליחידה, הרג חיילי אויב, לחימה במסגרת יחידה אורגנית, במסגרת התאמנו, לכידות היחידה, אמון במפקדים, חשיבות המשימה ואמון במטרתה.

מאפייני האדם: מאפיינים דמוגרפיים: גיל, ארץ לידה, סטטוס משפחתי, השכלה, תעסוקה ועוד. אשמה ואירועי חיים נוספים: אירועי חיים חיוביים ושלייליים שהתרחשו לפני ואחרי מלחמת יום הכיפורים.

מאפייני הסביבה: תמיכה חברתית: גודל מערכת התמיכה החברתית (משפחה גרעינית, בת זוג וחברים), משך הקשר, תדירותו וטיבו. תמיכה פורמאלית- פניות אחרות לעזרה (נפשית, רפואית) לאורך השנים.

1.2. תסמונת פוסט טראומטית

התנסויות מלחמתיות מותירות חותמן על משתתפיהן. בסוף שנות השבעים, נוכח השיעור הגבוה של נפגעים נפשיים מבין הכוחות האמריקאים שלחמו בווייטנאם, התגבשה ההכרה כי התנסות טראומטית קיצונית, הכרוכה בסיכון קיומי ממשי לאדם או לסובבים אותו, עלולה לגרום להפרעה פסיכיאטרית ייחודית: תסמונת פוסט טראומטית (Eid, 2002).

תסמונת פוסט טראומטית כרונית (PTSD – Post Traumatic Stress Disorder) מוגדרת ומתוארת ב"מדריך הדיאגנוסטי והסטטיסטי להפרעות נפשיות" (ב-DSM-III 1980), ובשינויים קלים ב-DSM-III (1994), DSM-IV (1987), וב-DSM-IV-TR (2002). על פי הגדרה זו הפרעה פוסט טראומטית מופיעה בעקבות אירוע טראומטי שבו האדם חווה אירועים הקשורים במוות, או איום במוות, או פגיעה חמורה, או איום לשלמות הפיזית שלו או של אחרים, ובתגובה לכך מפתח פחד גדול, חוסר אונים או אימה. כתוצאה מהחשיפה הפרט שנחשף לאירוע טראומטי סובל במשך חודש לפחות משלושה צברים של תסמינים: (א) **חודרנות** המאופיינת בהתנסות חוזרת של האירוע הטראומטי דרך זיכרונות, מחשבות, חלומות וסיוטים ועוד (ב) **הימנעות** מגירויים המתקשרים לחוויה הטראומטית לרבות הימנעות ממחשבות או רגשות שמזכירים את האירוע עד כדי השטחה וצמצום אפקטיבי (ג) **עוררות פסיכו-פיזיולוגית** שתסמיניה מתבטאים בקשיי שינה, מתח, עצבנות מתמדת עד כדי התפרצויות זעם וקשיים בריכוז. על מנת להיות מאובחן כסובל מתסמונת פוסט טראומטית על האדם לדווח על סימפטום חודרני אחד לפחות, שלושה סימפטומים המנעותיים או יותר ועל שני סימפטומים, לפחות, המשקפים עוררות יתר. לאבחון ההפרעה נדרש תנאי נוסף; ההפרעה גורמת מצוקה קלינית משמעותית, או ליקוי בתפקוד החברתי, התעסוקתי או בתחומים משמעותיים אחרים. הימשכותה של ההפרעה מעל לשלושה חודשים הופכת אותה לכרונית (APA, 1994). במחקרים שנערכו במלחמות ובתרבויות שונות מצאו, כי שכיחות הופעתה של התסמונת נעה עד 31% במהלך חייהם של ותיק מלחמות, כאשר עבור כ- 15% מדובר בתסמונת כרונית שיש קשיים בהחלמה ממנה.

1.3. דפוסי התסמונת הפוסט טראומטית

מחקרים שונים מצאו כי ישנם מספר דפוסים של התסמונת הפוסט טראומטית המופיעים בטווחי זמן שונים- באופן מיידי ולעיתים לאחר שנים מהתרחשות האירוע הטראומטי (סולומון, גארב, בליך, גרופר, 1987; סולומון, קוטלר, שלו ולין, 1990).

הדפוס הראשון מתייחס **לתסמונת פוסט טראומטית מושהית**. בהתאם להגדרת ה-DSM-IV, תסמונת פוסט טראומטית מושהית היא תסמונת הפורצת שישה חודשים (או יותר) לאחר התנסות טראומטית (

המדווחים כי לא סבלו כלל במשך השנים מסימפטומים ואלו מתפרצים במועד מסוים ומגיעים לסף הנדרש של הפרעה פוסט טראומטית. (Andrews, Berwin, Philpott & Stewart, 2007; Gray, Bolton & Litz, 2004)

היקפי התסמונת המושהית כפי שדווחו במחקרים נעים בין 0%-68% (Bryant & Harvey, 2002; North et al., 2004) כאשר הנתונים הם סביב ה-38% בקרב חיילים ו-15% בקרב אזרחים (Frueh, Grubaugh, Yeager & Magruder, 2009). מסקירת המחקרים עולה כי את הטווח הרחב בשיעורי התסמונת ניתן לתלות באופן שבו היא מוגדרת, כל אחד מהם מגדיר ומודד את התסמונת באופן שונה ותקפותה נותרת שאלה (Andrews, Berwin, Philpott & Stewart, 2007; Frueh, Grubaugh, Yeager & Magruder, 2009).

הדפוס השני מתייחס להחרפה של פוסט טראומה תת-קלינית. מדובר באנשים הסובלים לאורך שנים ממצוקה אולם מצוקה זו אינה עומדת בקריטריונים הנדרשים להגדרת המצוקה כתסמונת על פי המגדיר הפסיכיאטרי (DSM). כך במידה ומצוקתם מחריפה, ומביאה אותם לסף הנדרש, הם יוגדרו כסובלים מתסמונת מושהית למרות שלמעשה סבלו ממצוקה מסוימת לאורך כל השנים. ניתן להבחין כי רק הזיהוי ולא הפריצה של התסמונת היו מושהים. במחקרם של סולומון, קוטלר, שלו ולין (1990) נמצא כי 30% מהפונים סבלו מדפוס זה.

דפוס שלישי מייצגת קבוצה הכוללת בתוכה אנשים המדווחים כי סבלו לאחר המלחמה מסימפטומים ואלו חלפו והתפרצו במועד מסוים ואובחנו כהפרעה פוסט טראומטית. לקבוצה זו נתייחס כאנשים הסובלים מריאקטיבציה של התסמונת. אירועים טראומטיים מותירים את הנחשפים להם פגועים, ומפחיתים את חסינותם לאירועי לחץ עתידיים. יתר על כן, גם כשנדמה שאנשים מתגברים על הטרומה שחוו, שורדת אצלם לעיתים רגישות מוגברת ללחץ מאוחר יותר. נתוני המחקר מורים בבירור כי חיילים שסבלו בעבר מפוסט טראומה, התמוטטו לאחר חשיפה לגירוי צבאי מינימלי, שנים מאוחר יותר ואף לאירועי חיים שאין להם נגיעה למלחמה ומתרחשים במסגרת אזרחית (סולומון, גארב, בלייד, וגרופר, 1987). במחקר אחר נמצא כי היוו כ-13% מהמדגם (סולומון, קוטלר, שלו ולין, 1990).

הדפוס רביעי מתייחס לפוסט טראומה כרונית. מדובר בקבוצה של ותיקים שסבלו כבר מפוסט טראומה כרונית, לאורך שנים, ולא פנו לעזרה. הם פונים לעזרה, לאו דווקא כאשר זרז חיצוני האיץ את הסימפטומים, כי אם כאשר לא יכלו לשאת עוד את המצוקה. במחקרם של סולומון, קוטלר, שלו ולין (1990) נמצא כי 40% מהפונים סבלו מדפוס זה.

הדפוס חמישי מתייחס לקבוצה של ותיקים שחיפשו עזרה בשל הבעיות שלהם, שזורזו או "נצבעו" עקב התנסויותיהם במלחמה, אך לא מדובר באבחנה של פוסט טראומה אלא **הפרעות פסיכיאטריות אחרות**. קבוצה זו היוותה 4% מהמדגם במחקר שנערך ע"י סולומון, קוטלר, שלו ולין (1990). מהסקירה ניתן להבחין כי האופן בו מוגדרת התסמונת הפוסט-טראומטית והאופן בו היא באה לידי ביטוי כולל למעשה מספר דפוסים. בבחינת הספרות המקצועית נמצא כי מעט ידוע על שכיחות דפוסי הפוסט טראומה וכי מרבית הספרות בשנים האחרונות מתמקדת בתסמונת המושהית שמאפיינת רק חלק מהפונים מאוחר לקבלת עזרה.

1.4. תסמונת פוסט טראומטית וקשיים תפקודיים

התסמונת הפוסט טראומטית היא הפרעה קשה ותובענית, המגלמת בחובה סבל רגשי רב וקשיים תפקודיים ניכרים כגון: פגיעה ביכולת לאינטימיות משפחתית וביכולת להנאה, הפרעה לשגרת העבודה וליקויי בריאות גופנית. הקורבנות הפוסט טראומטיים הם פעמים רבות מנוכרים לסביבתם, זועמים, נסוגים ומתקשים למלא חובות חברתיות (Solomon, 1993).

במחקרים שונים נמצא קשר חיובי בין עוצמת התסמונת הפוסט טראומטית לקשיי התפקוד: ככל שעוצמת התסמונת הפוסט טראומטית חריפה יותר, כך קשיי התפקוד מרובים יותר (Janca, Kastrup, 1998; Katsching et al., 1996; Solomon, 1993; Vuksic-Mihaljevic, Mandic, Laufer et al., 1998). בבדיקת לוחמים מויאטנם, נמצא כי אלו הסובלים מתסמונת פוסט טראומטית מדווחים על פחות יציבות בעבודה, שיעור גירושין גבוה יותר, ובקרב הנשואים, שיעור גבוה יותר של בעיות חריפות בחיי הנישואין (Jordan et al, 1992).

ממצאים אלה ואחרים מצביעים על קשר עקבי ושיטתי בין הפגיעה הנפשית הסימפטומטולוגית לפגיעה בתפקוד המשפחתי (זוגי והורי), תעסוקתי והחברתי (Solomon, 1993; Vuksic-Mihaljevic, 1998; Mandic, Laufer et al., 1998). רבים מבין הלוחמים הפוסט טראומטיים תופסים את הפעילות החברתית כריקה וחסרת משמעות, ומבטאים קושי לבלות ולהינות (Bleich, Garb & Kotler, 1986; Glover, 1984; Solomon, 1993).

במחקר שערך השוואה בין התפקוד של ותיקי מלחמת לבנון הראשונה שאובחנו כסובלים מתסמונת פוסט טראומטית כרונית (שפרצה בסמוך למלחמה) ובין ותיקים הסובלים מפוסט טראומה מושהית (שפרצה לאחר תקופה של חצי שנה ומעלה) דיווחו הותיקים עם התסמונת המושהית כי הם סובלים מעוצמה נמוכה יותר של סימפטומים פוסט טראומטיים ומפחות קשיים בתפקוד החברתי. אחד

ההסברים שניתנו היה כי הפוסט טראומטיים הכרוניים סבלו לאורך שנים רבות ואלו קבוצת הפוסט טראומטיים המושהית סבלו תקופה קצרה יותר מההפרעה והשלכותיה על התפקוד (Solomon, Mikulincer, Waysman, & Marlowe, 1991).

1.5. תסמונת פוסט טראומטית ומצב בריאותי

תוצאות מחקרים מראות שפרטים שנחשפו לאירוע טראומטי מדווחים יותר על בריאות לקויה (Elhai, Kashdan, Snyder, North, Heaney, & Frueh, 2007) ונוטים יותר לתחלואה (כעולה מבדיקות גופניות או מבדיקות מעבדה), לשימוש נרחב בשירותי רפואה (Kimerling & Calhoun, 1994) ולתמותה מוקדמת (Friedman & Schnurr, 1995). להתנסות בתנאי לחץ כמו קרב, עלולות להיות גם תוצאות בתחום הסומאטי ובהרגלי הבריאות של הנפגעים. יש הטוענים כי התסמונת הפוסט טראומטית, מהווה ככל הנראה, סיבה אפשרית לחלק ניכר מהקשר המתואר בין טראומה ותוצאות של בריאות רופפת (Friedman & Schnurr, 1995). ממצאי כמה מחקרים תומכים בטענה זו. לדוגמא, דיווח על תוצאות גרועות יותר במבחני סבילות למאמץ אצל לוחמים עם פוסט טראומה בהשוואה ללוחמים דומים ללא פוסט טראומה (Shalev, Bleich & Ursano, 1990) או מחקר שמצא כי פוסט טראומה אצל ותיקי קרבות מוייטנאם קשורה בעלייה בדיווח על מגוון סימפטומים גופניים (Litz et al., 1992). חוקרים אחרים מצאו שכיחות גבוהה של אוטם שריר הלב ושל ניתוחים בקרב קבוצת לוחמי מחרתת הולנדיים ממלחמת העולם השנייה שפיתחו פוסט טראומה בהשוואה לבני גילם ללא פוסט טראומה (Falger et al., 1992). במחקר אחר נמצא כי לאחר פציעה פיזית, בשל בעיות בריאותיות, מופנים המאמצים להסתגלות תקינה והתמודדות עם המוגבלות ופחות עם ההיבטים הפסיכולוגיים וכך עולה הסבירות להתפרצות מושהית של ההפרעה הפוסט טראומטית (Carty, O'Donnell, Creamer, 2006).

זאת ועוד, נמצא כי הסובלים מתסמונת תת-קלינית מדווחים על בעיות רפואיות דומות (בעיות סומאטיות, חיסור ימי עבודה בשל כאבים, תמותה גבוהה) לאלו הסובלים מתסמונת פוסט טראומטית כרונית וקשיי תפקוד בשל הבעיות הרפואיות (Van Zelst, Beurs, Beekman, Van Dyck, & Deeg, 2006). נמצא כי גברים שפונים לעזרה יפנו בדרך כלל על רקע בעיות פיזיות ולא על רקע בעיות נפשיות (Smith, Braunack-, Mayer & Wittert, 2006). כמו כן, כי מצב בריאותי מתדרדר או מחלה פתאומית הם גורם מכריע בהחלטה לפנות לעזרה (Galdas, Cheater & Marshall, 2005).

כאמור, אנו נתאר ונבדוק את שכיחות כל אחד מדפוסי המצוקה כפי שהיא מתבטאת בעוצמת המצוקה הפוסט טראומטית, רמת התפקוד והמצב הבריאותי בקרב חיילי מלחמת יום הכיפורים שפנו

מאוחר לעזרה. על פי הספרות שסקרנו נצפה לראות כי עוצמת הסימפטומים הפוסט טראומטיים, רמת התפקוד והמצב הבריאותי של אלו שאובחנו כסובלים מתסמונת פוסט טראומטית כרונית (שפרצה בסמוך למלחמה) יהיה פחות טוב משל הסובלים מפוסט טראומה מושהית (שפרצה לאחר תקופה של חצי שנה ומעלה). כמו כן נמצא בקרב אלו שנפצעו פיזית שיעור גבוהה של תסמונת פוסט טראומטית מושהית. על מנת להסביר את השונות בדפוסי המצוקה נבדוק את הקשר בין מאפייני האירוע, מאפייני האדם ומאפייני הסביבה לדפוס המצוקה בעת הפנייה לעזרה.

1.6. מאפייני האירוע הטראומטי

מלחמה, מטבעה, היא אירוע בעל פוטנציאל טראומטי ממשי לכל המשתתפים בה. יחד עם זאת, קיימת שונות ברמת החשיפה של לוחמים, וחלקם נחשפים לתנאי קרב קשים ולמצבים מאיימים ומסוכנים יותר מאחרים (Daviss et al., 2000).

הגורם המסתמן כעיקרי באטיולוגיה של תגובות הקרב והתסמונת הפוסט טראומטית הוא חשיפה ללחץ הקרב, המלווה בחסכים אופייניים בשתייה, בשינה ובמזון. נמצא כי יש קשר הדוק בין מספר ימי הלחימה, עוצמת האש או מספר הפצועים וההרוגים, דהיינו, חשיפה לעוצמת הקרב לבין שכיחות התסמונת הפוסט טראומטית. במהלכו של קרב קשה וחסר הכרעה, בו רבים הנפגעים הפיזיים, גבוה גם מספרם של נפגעי תסמונת פוסט טראומטית (ברנט, 1988; נוי, 1991; קנובלר, 2005; Dekel et al., 2003; Friedman,).

נמצא כי שיעור התסמונת הפוסט טראומטית, קשור לא רק למשך החשיפה, אלא גם לאופי הקרב. נוי ועמיתיו (Noy et al., 1986) מצאו שלוחמים שהיו החשופים ביותר לאש ואיום מוות, היו בסיכון גבוה לקשיי שינה ותפקוד. ממצאים דומים נמצאו במחקרים נוספים (Cozza, 2005; Dekel et al., 2003; Friedman, 2006). לטענתם, ככל שהקרב הפך לקשה יותר, ככל שרבו הסיכונים הכרוכים בו, עלה הקושי בהכחשת האיום על החיים והחרדה גברה.

מספר מחקרים אודות וותיקי מלחמת העולם השנייה וותיקי מלחמת ויטנאם, מורים שרמת החשיפה, ובמיוחד החשיפה למות חברים, הרג מטווה קרוב של חיילי האויב והרג אזרחים מעלה את הסבירות של אשמה, סימפטומים פוסט טראומטיים וקשיי הסתגלות בתום המלחמה. נמצא כי משתנים אלו מנבאים את היווצרותה של תסמונת פוסט-טראומטית מיידית, קשה וכרונית (Elder & Clipp, 1988; Friedman, 2006; Green, Lindy & Grace, 1985; Kormos, 1978; Pitman, 2006; Pizarro & Silver, 2006; Wilson, 1978). כמו כן, הספרות מורה כי קיים קשר ישיר בין היכרות עם היחידה,

לכידות היחידה ורמת האמון במפקדים לבין פריצה של תסמונת פוסט טראומטית בסמוך למלחמה (Solomon, Mikulincer, & Waysman, 1991).

זאת ועוד, נמצא כי בקרב קבוצת חיילים, שנשלחה לסומליה, ואשר לאחר מכן סבלה מתסמונת מושהית היו יותר שתפסו את המשימה אליה נשלחו ובמהלכה התרחש האירוע הטראומטי כחשובה, האמינו במטרת הפעולה ותיארו תפקוד טוב במהלכה ביחס לקבוצת ביקורת. החוקרים שיערו שתחושת הגאווה על תרומתם למשימה חשובה צמצמה באופן משמעותי את החיבור הרגשי למצוקה שחוו ולכן רק לאחר תקופה ארוכה מהאירוע התפרצה התסמונת (Gray, Bolton, & Litz, 2004).

אנו נבדוק האם יש קשר בין מאפייני האירוע הטראומטי (קושי הקרבות, סכנת פגיעה או מוות, פגיעה, פינוי פצועים וחללים, חשיפה לפציעות ומותם של חברים ליחידה, הרג חיילי אויב, לחימה במסגרת יחידה אורגנית, במסגרת התאמנו, לכידות היחידה, אמון במפקדים, חשיבות המשימה ואמון במטרתה) ובין דפוסי המצוקה בקרב חיילים הפונים בבקשת עזרה מאוחרת.

1.7. מאפייני האדם

1.7.1. אירועי חיים נוספים

המונח אירועי חיים לוחצים (Stressful life events) מתייחס לאותם אירועים המתרחשים במהלך חייו של הפרט כמו: נישואים, לידה, גירושים ומשברים כלכליים המביאים שינויים בסגנון השגרתו של החיים ודורשים הסתגלות מחודשת במישור האישי-חברתי (Holmes & Masuda, 1974). מחקרים שנערכו בנושא של אירועי חיים, מורים כי לאירועי חיים בתקופות שונות קיימת תרומה שונה להתפתחות התסמונת הפוסט טראומטית. ממצאי מחקרים אלו, מעידים על חשיבות בדיקת אירועי חיים שונים בתקופות שונות (Brewin et al., 2000; Solomon, Zur-Noah, Horesh, Zerach, & Keinan, 2008).

קלינאים המטפלים בנפגעי תגובות קרב, ביניהם קלינאים ישראלים (Levav, 1982; Noy 1976; Solomon & Plum, 1990), טוענים כי אירועי חיים, המוגדרים כאירועי לחץ, גורמים להפרת האיזון הנפשי של הפרט, לדלדול משאביו הנפשיים ולהחלשת כוח התנגדותו (Solomon, Zur-Noah, Horesh, Zerach & Keinan, 2008). ממחקרים אלו עולה כי, אירועי חיים שחלו לאחרונה הם בעלי פוטנציאל פתוגני רב יותר מאירועי חיים מוקדמים. בנוסף, אם לאדם היו אירועי חיים טראומטיים, טרם המלחמה, האירוע הטראומטי הנוכחי יהווה הוכחה נוספת לכך שהעולם מסוכן, וטראומות קודמות יהוו חומר לביסוס התימוכין באמונות הקיצוניות (Hembree, Rauch, & Foa, 2003).

נמצא כי לא פעם אירועי חיים מאוחרים, קשורים לבעיות של הסתגלות מחודשת עם החזרה הביתה (מצב בריאותי, מקצועי, כלכלי ועוד) דבר אשר עשוי להשפיע על התפתחות ההפרעה הפוסט טראומטית (Mehlum & Weisaeth, 2002). במחקר שבדק את הקשר בין אירועי חיים לבין תסמונת פוסט טראומטית שנה, שנתיים ועשרים שנה ממלחמת לבנון הראשונה מצא שככל שהנבדקים דיווחו על יותר אירועי חיים שליליים, כך גדל מספר הסימפטומים הפוסט טראומטיים עליהם דיווחו (Solomon, Mikulincer & Flum, 1988; Solomon, Zur-Noah, Horesh, Zerach & Keinan, 2008).

כאשר אנו מדברים על אירועי חיים במעגל החיים, אלמנט נוסף אליו יש צורך להתייחס הינו הצטברות של מספר אירועי חיים. לא ניתן להתעלם מהעובדה שככל שעוברות השנים, לרוב אנו חווים יותר אירועי חיים. מספר מחקרים התייחסו להשפעה של מספר מצטבר של אירועי חיים על התסמונת הפוסט טראומטית. נמצא קשר חזק בין המספר המצטבר של אירועי חיים שליליים שהתרחשו אחרי האירוע הטראומטי וחומרתם לבין התסמונת הפוסט טראומטית וחומרתה. מבין האירועים המשמעותיים בלטה תרומתם של: אובדן עבודה והכנסה, פרידה, מחלה, ומוות של אדם קרוב (Maes, Maylle, Delmeire & Schnurr, Lunney & Sengupta, 2004; Janca, 2001; McTeague, McNally & Litz, 2004).

מחקר אחר מצא כי בקרב חיילים שלקו בהפרעה פוסט טראומטית מושהית פריצת ההפרעה הייתה קשורה באירועי חיים נורמטיביים כגון הריון, הולדת ילד ואפילו תחת לחצים של מטלות יומיומיות כמו דאגה לילדים (Adams & Boscarino, 2006; Andrews, Brewin, Stewart, Philpott, & Hejdenberg, 2009). בנוסף, נמצא שאירועי חיים לאחר המלחמה, במיוחד בתחום הבינאישי, קשורים להופעה או החמרה של סימפטומים פוסט טראומטיים (Solomon & Flum, 1990). כמו כן, ייתכן כי מגע מחודש עם מלחמה באופן ישיר (השתתפות) או עקיף (השתתפות בני משפחה, מצב מלחמה במדינה) עשויים לגרום לפנייה לעזרה (Solomon & Mikulincer, 2006).

יש להתייחס לשלב ההתפתחותי של חיילי מלחמת יום הכיפורים-הזדקנות, זקנה וקרבה לסופיות החיים כגורם לחץ בו מתרחשים מספר אירועי חיים במקביל. בשלב זה ישנם תפקידים חדשים והתמודדות עם שינויים כמו פרישה, חולי, אלמנות ועוד. על פי אריקסון (Erikson, 1963) הקונפליקט האופייני בגיל זה הוא בין הרגשת השלמות ובין ייאוש.

אנו נבדוק את הקשר בין אירועים חיים לוחצים ובין דפוסי המצוקה בקרב חיילים הפונים בבקשת עזרה מאוחרת. נשער כי בקרב ותיקי מלחמות הסובלים מתסמונת פוסט טראומטית מושהית ימצאו יותר אירועי חיים לוחצים בסמוך למועד פנייתם לעזרה ביחס לוותיקי מלחמה הסובלים מפוסט טראומה כרונית שפנו מאוחר לטיפול. כמו כן, נשער כי בקרב ותיקי מלחמה הסובלים מפוסט טראומה כרונית ימצאו יותר

אירועי חיים לוחצים בסמוך לחזרתם הביתה מהמלחמה ביחס לותיקי מלחמות הסובלים מיתר דפוס המצוקה.

1.7.2. אשמה

אשמה היא רגש סלידה מודע, הכולל תוכחה עצמית וחרטה כלפי מחשבות, תחושות או פעילויות הנתפסות כחטא, כמו למשל הפרה של ערכים מוסריים וחברתיים (Lee, Scragg, & Turner, 2001). בדרך כלל אשמה נקשרת להתנהגות בעבר, שאינה עקבית עם מערך של סטנדרטים פנימיים, והיא מערבת את האמונה שאדם היה צריך לחשוב, להרגיש ו/או להתנהג אחרת (Kubany, 1994). יחד עם זאת, למרות שאדם החווה אשמה מרגיש לרגע שהוא אדם רע, התפיסה והזהות העצמית שלו נשארות ביסודן שלמות. כתוצאה מתחושת האשמה, מתעוררת מוטיבציה המכוונת לעבר פעילות מתקנת של וידוי, התנצלות וחרטה (Gramzow & Tangney, 1990; Tangney, 1992).

רגש אשם מהווה חלק אינהרנטי מתגובות הלחץ האופייניות לטראומה. אנשים הסובלים מתגובה פוסט טראומטית מתארים רגשות אשם כואבים ועמוקים, הן באשר להישרדותם בעוד אחרים מצאו מותם באירוע החריג והאיום, והן באשר לעצם התנהגותם בעת האירוע הטראומטי (American Psychiatric Association, 1994). בכל אירוע טראומטי שבו חש אדם תחושה קיצונית של איום, פחד וחוסר אונים, קיימת נטייה פנימית לחוש כי באופן מסוים הוא מקבל עונש שבוודאי מגיע לו. הנטייה לחוש אשמה בעקבות אירוע טראומטי מהווה לעיתים הקצנה של תחושת פחד. כך למשל בולטת תחושת האשם בקרב חיילים על הרג של שבויים, נשים וילדים במלחמת העולם השנייה ובווייטנאם כחלק בלתי נפרד מתגובות הלחץ אצלם (Hendin & Pollinger-Haas, 1984).

נוטים להבחין בין "אשמת ניצול" (survivor guilt), המוגדרת כתחושת אשמה עמוקה שחווים מי ששרדו לאחר אסון כלשהו שבו נספו אחרים, הקשורה להרגשה של מי ששרד כי לא עשה די להצלת המת (Fontana & Rosenheck, 2004; Glover, 1984), לבין אשמה הקשורה להתנהגות או למעשים שעשה האדם במהלך האירוע. מושג קרוב, אך נפרד, הינו האשמה עצמית (self blame) המתאר מכניזם פסיכולוגי שעל פיו קורבן האירוע הטראומטי נוטל על עצמו אחריות מסוימת ומאשים עצמו על ההתרחשות למרות היותו קורבנה (Janoff-Bulman & Wortman, 1977).

במחקר שבחן את הזיקה בין אשמה שמקורה באירוע טראומטי לבין תסמונת פוסט טראומטית ודיכאון בקרב שתי אוכלוסיות ששרדו שני סוגי אירועים טראומטיים: לוחמים מוויאטנם ונשים שעברו התעללות פיזית. התוצאות מורות כי ככל שניצול טראומה לוקח על עצמו אחריות רבה יותר לסיבה שהביאה

לטרואומה, מעריך את תגובתו כבלתי-נכונה ובלתי-מוצדקת, מאמין כי בתגובתו פגע בערכים אישיים שלו וחושב כי יכול וצריך היה להימנע מן האירוע הטרואומטי, כך רמת הסימפטומים הפוסט-טרואומטיים ורמת הדיכאון שממנה סובל גבוהות יותר (Kubany, et al., 1995). כמו כן, נמצא כי ותיקים שסבלו מתסמונת פוסט טראומטית מושהית דיווחו על רמות נמוכות של בושה ואשמה, בדומה לוותיקי מלחמה שלא סבלו מתסמונת פוסט טראומטית (Andrews, Brewin, Stewart, Philpott & Hejdenberg, 2009).

יש הטוענים כי הירידה במוטיבציה לקשרים חברתיים נובעת מהאבל והאובדן על חברים. חלק מהלוחמים הפוסט טראומטיים עלולים לחוות אשמה ובושה על תפקודם הלקוי בשעת המבחן הצבאי. תחושות אלה מעוררות אצל הלוחמים הפוסט טראומטיים הרגשה כי לנוכח מה שראו ולנוכח הזוועות להן נחשפו, פעילות חברתית נראית ריקה וחסרת משמעות, והם שואלים את עצמם כיצד אפשר לבלות וליהנות כאשר חברים הקרובים מתו (Bleich, Garb & kotler, 1986; Glover, 1984; Solomon, 1993).

נמצא כי אשמה מהווה מכשול רגשי לפנייה לעזרה באופן נרחב בין המינים וסוגי הטרואומה השונים (Rodriguez, Valentine, Son, & Muhammad, 2009; Jaycox et al., 2004; Prospero & Vohra-Gupta, 2008). במחקרם של סולומון, גארב, בלייך וגרופר (1989) נמצא כי במרבית המקרים אנשים עשו מאמצים חוזרים להסתיר את מצוקתם ממפקדיהם, עמיתים, חברים ואפילו בני משפחה קרובים. התחושות שליוו התנהגות זו היו בושה, אשמה וירידה נוספת בהערכה עצמית. אנו נבדוק את הקשר בין אשמה ובין דפוסי המצוקה בקרב ותיקים הפונים בבקשת עזרה מאוחרת. נשער כי בקרב ותיקי מלחמה הסובלים פוסט טראומה כרונית ימצא שיעור גבוה יותר של רגשות אשם ו"אשמת ניצולים" ביחס לוותיקי מלחמה הסובלים מיתר דפוסי המצוקה.

1.8. מאפייני הסביבה

1.8.1. תמיכה חברתית

המחקר העוסק בתמיכה חברתית חוזר ומאשש כי היא מהווה גורם מרכזי ומשמעותי מבין המשאבים העומדים לרשות הלוחם בהתמודדותו לאחר האירוע הטרואומטי (Pietrzak, Douglas, Goldstein, & Malley, & Southwick, 2009). מרכזיותו של מנגנון פעולה זה נובעת ממקורות ראשוניים ביותר, כדוגמת הדחף הביולוגי לקשר או התקשרות, בין בני אדם, במיוחד בין הילד לאמו (Bowlby, 1969), או הצורך האנושי הבסיסי להתחברות לאחרים, על פי גישתו של (Maslow, 1970).

תמיכה חברתית מוגדרת כ"מידה בה יכול הפרט לצפות שיוכל לסמוך על אחד או יותר אנשים, למתן עזרה, רגשית, מוחשית או משולבת, בשעת הצורך". נוסף למרכיבים של תמיכה פונקציונלית ותמיכה

נתפסת, קיים גם מרכיב מבני, הכולל את הגודל של מערכת התמיכה הקיימת, את משך הקשר ואת תדירותו (Norbeck, Lindsey & Carriery, 1983). הואיל ואירועים טראומטיים גורמים לעיתים תכופות לנזק ליחסים, יש בכוחם של בני אדם בעולמו החברתי של הלוחם להשפיע על תוצאתה הסופית של הטראומה (Green, Wilson & Lindy, 1985). תמיכה חברתית בזמן השיבה הביתה ממלחמה נמצאה כגורם רב-חשיבות לאחר חשיפה ללחץ טראומטי בקרב לוחמים (סולומון, שרון, ועורי, 2008).

במחקר על רשתות התמיכה החברתיות בחיילים השבים מן המלחמה נמצא שכל החיילים איבדו כמה מן הקשרים האזרחיים בזמן המלחמה. החיילים שלא לקו בתסמונת פוסט טראומטית שיקמו בהדרגה את רשתות התמיכה שלהם לאחר ששבו הביתה. ואילו חיילים שסבלו מתסמונת פוסט טראומטית כרונית דיווחו כי ככל שחלף הזמן הלכו הרשתות החברתיות שלהם והתדלדלו (Dirkzwager, Bramsen, & Van Der Ploeg, 2002). אחד ההסברים להידלדלות בקשרים החברתיים קשורה בכך שאחת מדרכי ההתמודדות עם המצוקה הנפשית הנובעת מהתסמונת הפוסט טראומטית היא ההימנעות והבריחה ממפגש עם גירויים מאיימים או גירויים המזכירים את הגירויים הטראומטיים. צורת התמודדות זו גורמת בהדרגה לצמצום חריף במרחב הפעילות של הנפגע. ההימנעות מתחילה מגירויים הקשורים או מזכירים באופן ישיר את האירועים הטראומטיים, ובהמשך מוכללת להיבטים רחבים יותר של החיים המשפחתיים והחברתיים וכך מידלדלת התמיכה החברתית של הנפגע (דקל, סולומון ובלייך, 2002).

נמצא כי חיילים שסבלו מתסמונת מושהית דיווחו על יותר בדידות, פחות סיפוק ממערכות התמיכה ותחושה של יותר ניכור ביחס לאלו שלא סבלו מפוסט טראומה. כמו כן, נמצא כי אלו שסבלו מתסמונת מושהית תיארו את האווירה המשפחתית כפחות מלוכדת ומאופיינת בקשיים בתקשורת ביחס לקבוצות ביקורת (Figley & Leventaman, 1980). במחקר אחר נמצא כי אנשים הסובלים מפוסט טראומה כרונית שהתפתחה מיד לאחר האירוע דיווחו על פחות תמיכה חברתית עם שובם הביתה מהמלחמה, ביחס לקבוצת אנשים שסבלה מתסמונת מושהית (Adams, Boscarino, 2006; Solomon, & Mikulincer, & Waysman, 1991).

1.8.2. פניות אחרות לעזרה

מאפיינים של רשת חברתית (תמיכה והיכרות עם אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש) נמצאו כמשפיעים על הסיכוי לבקש עזרה מקצועית בפועל (Tijhuis et al., 1990). אנשים בעלי יותר חברים קרובים יטו פחות לבקש עזרה משירותים מקצועיים (McCart, Smith, & Sawyer, 2010) אנשים בעלי תמיכה חברתית רבה יותר מסתמכים על הרשת החברתית שלהם כמקור תמיכה בעוד שאלה אינם בעלי

קשרים חברתיים חזקים מבקרים אצל הרופא (Ben-Sira, 1984). נמצא כי אנשים פונים יותר לעזרה מקצועית כשהם מעורבים ברשת חברתית, שבה הדיון בבעיות אישיות הוא מקובל וזוכה לעידוד. כמו כן, נמצא כי גברים נוטים לראות את משפחותיהם וחבריהם כמקור מרכזי של עזרה (Smith, Braunack-) Mayer & Wittert, 2006.

אנו נבחן במחקר פניות אחרות לעזרה (רפואית, נפשית ועוד) לאורך השנים מתוך הנחה ששאלת הטיפול במסגרות אחרות עשויה להוסיף ידע חשוב על הגורמים אליהם פנו ועיתוי הפנייה לאורך השנים. כמו כן, ייתכן וקבלת עזרה מוקדמת או לאורך השנים תיקשר דיפרנציאלית להבדלים בדפוסי המצוקה הנוכחיים.

כידוע, תמיכה חברתית בזמן השיבה הביתה ממלחמה הנה גורם רב-חשיבות לאחר חשיפה ללחץ טראומטי בקרב לוחמים בכך שממתנת את התפתחות התסמונת הפוסט טראומטית (סולומון, שרון, ועורי, 2008). עוד נמצא כי מאפייני הרשת החברתית משפיעים על הסיכוי לבקש עזרה מקצועית בפועל (Tijhuis et al., 1990). המחקרים הבאים מתארים את הקשר הממתן בין תמיכה חברתית ואירועי חיים לוחצים כך שפוחתת עוצמת המצוקה הפוסט טראומטית.

במחקר שנערך בקרב חיילים אמריקאים שלחמו בעיראק נמצא כי לכידות ביחידה, תמיכה חברתית בין החיילים ותמיכה חברתית עם השיבה הביתה ממתנים את השפעות הטראומה וכך חיילים סבלו מפחות פוסט טראומה (Pietrzak, Douglas, Goldstein, Malley, & Southwick, 2009). במחקר אחר שנערך בקרב חיילים אמריקאים נמצא כי ככל שיש יותר לכידות חברתית ותמיכה בקרב המחלקה נוצרת השפעה הממתנת את אירועי החיים הלוחצים טרם המלחמה ובמהלכה ונמצאו פחות סימפטומים פוסט טראומטיים (Brailey, Vasterling, Proctor, Constans, & Friedman, 2007). במחקר הנוכחי תיבדק התרומה של תמיכה חברתית למתון הקשר בין אירועי חיים לוחצים.

לאור כך, נשער כי חיילים הסובלים מפוסט טראומה כרונית, שפנו מאוחר לעזרה, יתארו פחות תמיכה חברתית (לכידות ביחידה) ביחס ליתר דפוסי המצוקה. כמו כן, נשער כי ימצא קשר ממתן בין תמיכה חברתית ובין אירועי חיים לוחצים. כלומר, בקרב חיילים שידווחו על יותר תמיכה חברתית תמצא השפעה ממתנת על אירועי חיים לוחצים (לפני, במהלך ואחרי המלחמה) ולכן תמצא פחות מצוקה פוסט טראומטית.

1.9. מטרות וחשיבות המחקר:

צה"ל שם לו למטרה להגן על גבולות הארץ ואזרחיה תוך שמירה מקסימאלית על בריאותם הפיזית והנפשית של חייליו. זיהוי וטיפול במצוקה נפשית בעקבות איום ביטחוני מתמשך (פעילות מבצעית, מלחמות וטרור בלתי נפסק) הוא אחד מהחובות המוסריים של החברה בכלל וצה"ל בפרט.

היחידה לתגובות קרב מטפלת כל ימות השנה במטופלים הסובלים מפוסט טראומה כתוצאה מחשיפה לאירועים טראומטיים במהלך פעילות מבצעית או מלחמה. מלחמת יום הכיפורים היא אחת מהמלחמות הקשות ביותר שידעה החברה הישראלית. בשנים האחרונות חלה עלייה בכמות הפונים ליחידה ממלחמת יום הכיפורים, אשר לא פנו קודם לכן לטיפול. מחקר זה מבקש להבין לעומק קבוצה אחת של חיילי מלחמה זו. זהו מקרה ייחודי המאפשר להבין מה קורה לאנשים שסובלים ממצוקה מתמשכת שלא פנו לקבלת סיוע לאורך השנים.

זיהויים של משתנים הקשורים למוכנות לפנות לעזרה עשוי לסייע בזיהוי אוכלוסיית היעד אליה אנו מכוונים במתן השירותים, שאינה פונה לעזרה בזמן ולכן הטיפול בה בחלוף השנים הופך לקשה ולעיתים לבלתי אפשרי. חשוב לזכור גם, שמעבר לחובה המוסרית לחיילים, הרי שבאי-פנייה לקבלת עזרה, נגרם נזק הן למשפחות הלוחמים והן לחברה כולה.

סקירת הספרות המחקרית מעלה כי אין הרבה עבודות שבודקות את דפוסי המצוקה לאורך השנים, ולאחר פרק זמן כה ארוך מהאירוע (למעלה מ-30 שנה). מחקר זה ייחודי בכך שהוא בודק קבוצה גדולה של פונים לעזרה מאוחרת. שהבדיקה שלהם תאפשר לדעת יותר על מה מסביר כל דפוס מצוקה.

1.10. שאלות המחקר:

1. מה היא שכיחות דפוסי המצוקה השונים בקרב הפונים בבקשת עזרה מאוחרת?
2. מה הוא הקשר בין מאפייני האירוע, מאפייני האדם ומאפייני הסביבה לדפוס המצוקה?

1.11. השערות המחקר:

השערות המחקר הקשורות בדפוסי המצוקה:

1. יימצא קשר בין התדרדרות בתפקוד ובין דפוסי המצוקה בקרב חיילים הפונים בבקשת עזרה מאוחרת.

1.1. בקרב חיילים הסובלים מפוסט טראומה כרונית יימצא תפקוד ירוד לאורך השנים (מאז האירוע הטראומטי), ביחס לחיילים בעלי דפוסי מצוקה אחרים.

1.2. בקרב חיילים הסובלים מתסמונת מושהית יימצא תפקוד ירוד בסמוך לפנייה לעזרה/התפרצות התסמונת ביחס לחיילים הסובלים מפוסט טראומה כרונית ופנו מאוחר.

2. יימצא קשר בין התדרדרות במצב הבריאותי ובין דפוסי המצוקה בקרב חיילים הפונים בבקשת עזרה מאוחרת.

2.1. בקרב חיילים הסובלים מפוסט טראומה כרונית וחיילים הסובלים מפוסט טראומה תת-קלינית ימצאו יותר בעיות בריאות מאשר חיילים הסובלים מיתר דפוסי המצוקה.

2.2. בקרב חיילים הסובלים מתסמונת פוסט טראומטית מושהית ימצא שינוי לרעה בהתדרדרות במצב הבריאותי בסמוך לפנייה לעזרה ביחס לחיילים הסובלים מיתר דפוסי המצוקה.

2.3. בקרב חיילים הסובלים מתסמונת פוסט טראומטית מושהית ימצאו יותר אנשים שנפצעו פיזית ביחס לחיילים מיתר דפוסי המצוקה.

מאפייני האירוע הטראומטי :

3. יימצא קשר בין מאפייני האירוע הטראומטי ובין דפוסי המצוקה בקרב חיילים הפונים בבקשת עזרה מאוחרת.

3.1. בקרב חיילים פוסט טראומטיים כרוניים תמצא רמה גבוהה של חשיפה ללחצי קרב (סכנת פציעה או מוות, פציעה, פינוי פצועים וחללים, חשיפה לפציעות/מותם של חברים ליחידה, הרג חיילי אויב) ביחס לחיילים הסובלים מתסמונת מושהית.

3.2. בקרב חיילים הסובלים מתסמונת מושהית תמצא רמה נמוכה יותר של לחצי קרב (לחימה במסגרת יחידה אורגנית, במסגרת התאמנו, לכידות ביחידה ואמון במפקדים) ביחס לחיילים הסובלים מתסמונת פוסט טראומטית כרונית שפנו מאוחר לעזרה.

3.3. בקרב חיילים הסובלים מתסמונת פוסט טראומטית מושהית ימצאו יותר דיווחים על משימות בעלות חשיבות, בהן האמינו ותפקדו במהלכם טוב ביחס לקבוצת הכרוניים שפנו מאוחר לטיפול.

מאפייני האדם :

4. יימצא קשר בין אירועים חיים לוחצים ובין דפוסי המצוקה בקרב חיילים הפונים בבקשת עזרה מאוחרת.

4.1. בקרב חיילים הסובלים מתסמונת פוסט טראומטית מושהית ימצאו יותר אירועי חיים לוחצים בסמוך למועד פנייתם לעזרה ביחס לחיילים הסובלים מפוסט טראומה כרונית שפנו מאוחר לטיפול.

4.2. בקרב חיילים הסובלים מפוסט טראומה כרונית ימצאו יותר אירועי חיים לוחצים בסמוך לחזרתם הביתה מהמלחמה ביחס לחיילים הסובלים מיתר דפוסי המצוקה.

5. יימצא קשר בין אשמה ובין דפוסי המצוקה בקרב חיילים הפונים בבקשת עזרה מאוחרת.

5.1. בקרב חיילים הסובלים פוסט טראומה כרונית ימצא שיעור גבוה יותר של רגשות אשם ו"אשמת ניצולים" ביחס לחיילים הסובלים מיתר דפוסי המצוקה.

מאפייני הסביבה:

6. ימצא קשר בין תמיכה חברתית ובין דפוסי המצוקה בקרב חיילים הפונים בבקשת עזרה מאוחרת.
6.1. בקרב חיילים הסובלים מפוסט טראומה כרונית, תימצא תמיכה חברתית נמוכה (לכידות חברתית) עם השיבה הביתה (גודל מערכת התמיכה, תדירות הקשר ומשכו), ביחס לחיילים הסובלים מפוסט טראומה מושהית.

6.2. בקרב חיילים הסובלים מתסמונת פוסט טראומטית מושהית תימצא ירידה ברמת התמיכה החברתית בתקופה טרם התפרצות ההפרעה הפוסט טראומטית ביחס לחיילים הסובלים מפוסט טראומה כרונית.

6.3. ימצא קשר ממתן בין תמיכה חברתית ובין אירועי חיים לוחצים.
6.3.1. בקרב חיילים שידווחו על יותר תמיכה חברתית תמצא השפעה ממתנת על אירועי חיים לוחצים (לפני, במהלך ואחרי המלחמה) ולכן תמצא פחות מצוקה פוסט טראומטית.

לאחר בדיקת ההשערות בין כל אחד מהמשתנים לדפוסי המצוקה תיבדק התרומה הייחודית והמשולבת של כל המשתנים הבלתי תלויים (משתני האירוע, האדם והסביבה) לשונות בדפוסי המצוקה.

2. שיטה

2.1. נבדקים

כ-200 חיילים שהשתתפו במלחמת יום הכיפורים אשר פנו ליחידה לתגובות קרב בין השנים 2006-2011. הפונים ליחידה לתגובות קרב (ת"ק) הינם חיילי סדיר ומילואים לשעבר או חיילי מילואים פעילים אשר במסגרת שירותם הצבאי (סדיר או מילואים) נחשפו לאירוע טראומטי שהוביל להתפתחות מצוקה נפשית ותפקודית. טווח גילם נע בין 55 ל-85. היחידה לת"ק הוקמה במהלך מלחמת לבנון הראשונה בשיתוף עם אגף שיקום נכים של משרד הביטחון, במחלקת בריאות הנפש של מקרפ"ר, כדי לתת מענה אבחוני וטיפולני לנפגעי תגובת קרב (Solomon, 1993) (C.S.R – combat stress reaction).

2.2. כלי המחקר:

הנתונים יילקחו מתיקיהם של חיילי מלחמת יום הכיפורים. הנתונים יתבססו על טופס קבלה ליחידה שכל מטפל ממלא עם המטופל בעת קבלתו ליחידה, טופס האינטק, דו"ח סיכום ישיבת "אינטייק" מסמכים שהובאו על ידי המטופל או מגורמים שהפנו אותו ליחידה אשר תויקו בתיק ושלושה שאלונים שיפורטו בהמשך. כלומר תעשה הערכה רטרוספקטיבית.

תיק המטופל: בתיק המטופל יעשה שימוש במספר טפסים. 1. **טופס קבלה ליחידה** טופס זה מכיל בתוכו פרטים סוציו-דמוגרפיים וכולל משתנים כגון מקום מגורים, ארץ לידה ומוצא, גיל, השכלה, מצב משפחתי, מספר ילדים, מצב כלכלי, שירות צבאי בסדיר ובמילואים, תאריך התרחשות האירוע ונסיבותיו וטראומות קודמות, קבלת טיפול נפשי ועוד (נספח 1-טופס קבלה ליחידה).

2. **טופס ה"אינטייק" (intake).** כל מטופל שפונה ליחידה לת"ק מוזמן לתהליך הערכה-"אינטייק". תהליך זה כולל מספר מפגשי הערכה במרחק של שבוע זה מזה, עם אחד ממטפלי הקבע ביחידה. מפגשים אלה נמשכים בממוצע כשעה וחצי. הם מבוססים על ראיון פסיכו-סוציאלי מובנה המלווה במילוי שאלונים המתפרס על 2-4 מפגשים.

ראיון ה"אינטייק" מובנה על ידי חלוקה לתחומים (סיבות לפנייה והסבר לעיתוי הפנייה, סימפטומים מהם סובל המטופל בעת הפנייה, רקע משפחתי, התפתחותי, צבאי-סדיר ומילואים, תיאור האירועים בגינם פנה לעזרה, ותיאור תפקודו לאורך השנים). בכל תחום ישנן שאלות פתוחות המכוונות את המטופל ומסייעות הן ליצור אחידות בין המטפלים העורכים את הראיון והן בקבלת מלוא האינפורמציה. דברי המטופל נרשמים ומסוכמים לתוך התיק במהלך הראיון.

ראיון ה"אינטייק" נבדק על ידי מפקד היחידה על מנת לוודא את מילוי כל הפרטים הנדרשים. (נספח 2-טופס ה"אינטייק").

בתום תהליך זה מוצג תיקו של המטופל בישיבת הצוות של היחידה. בדיון, הצוות מתמקד בשאלת האבחנה, מידת חומרתה ובבחינת סוג הטיפול.

3. **טופס סיכום "אינטייק".** טופס זה מכיל בתוכו פרטים סוציו-דמוגרפיים המתקבלים במהלך תהליך ה"אינטייק" כמו: אירועים טראומטיים של בני המשפחה, אירועי חיים משבריים (מחלה, גירושין, משבר כלכלי, מוות ועוד), שימוש בסמים ואלכוהול, טיב הקשר עם בת זוג וילדים ועוד. (נספח 3-טופס סיכום "אינטייק").

4. **דו"ח סיכום ישיבת צוות** הנכתב בסיום ישיבת הצוות. בטופס נכתב סיכום ה"אינטייק", האבחנה וההמלצות לטיפול (נספח 4-דו"ח סיכום ישיבת צוות).

5. **פלט נתונים אישיים צבאי.** בטופס זה רשומים כל הנתונים הצבאיים של המטופל (פרופיל, נתוני איכות, יחידות בהן שירת, קורסים, פניות רפואיות, נפשיות ועוד).

מכתבי פנייה, הפנייה וחומר רפואי רלוונטי המועברים ליחידה על ידי המטופל או הגורמים המפנים אותו ומספקים מידע נוסף אודותיו.

בנוסף יעשה שימוש בשלושה שאלונים אותם מילאו כלל המטופלים עם קבלתם ליחידה לת"ק ומתויקים

בתיקיהם:

6. סימפטומים פוסט-טראומטיים – להערכת הסימפטומים של התסמונת הפוסט-טראומטית ייעשה שימוש בשאלון לדיווח עצמי PTSD Inventory (נספח 5), אשר פותח על ידי סולומון ועמיתיה וכולל 17 היגדים התואמים 17 סימפטומים עיקריים של תסמונת פוסט-טראומטית לפי DSM-IV. על המשיב לציין על סולם בן 4 אפשרויות מ"כלל לא" ועד "לעתים קרובות", באיזה תכיפות חווה כל ההיגד בחודש האחרון. חומרת הסימפטומים מחושבת על ידי הסכום הכולל של מספר הסימפטומים. בהעברות קודמות של השאלון מדווח על אלפא קרונבך של 0.91.

7. CAPS – The Clinician-Administered PTSD Scale (Blake et al., 1995; -Weathers, Blake, et al., 2001). שאלון הבנוי על ראיון קליני מובנה למחצה, ומעריך את הסימפטומים של PTSD על פי הגדרתם ב-DSM-IV. השאלון מורכב משאלות המעריכות את תדירות הסימפטומים ועוצמתם, על סולם ליקרט הנע מ-0 (הסימפטום אינו מתרחש או אינו גורם למצוקה) ל-4 (הסימפטום מתרחש כמעט מידי יום או גורם למצוקה משמעותית). סימפטום מקודד כחיובי אם שכיחותו 1 (לפחות) ועוצמתו 2 (לפחות). הראיון מניב ציון דיכוטומי (יש/אין PTSD) בהתאם לעמידה/אי עמידה בשלושת אשכולות הסימפטומים ובקריטריון A לפי ה-DSM IV). כמו כן, מניב ציון רציף, עבור כל אחד מאשכולות הסימפטומים (חוויה מחדש, הימנעות ועוררות) ועבור PTSD כולל. בהעברות קודמות של השאלון מדווח על אלפא קרונבך של 0.90 (נספח 6). שאלון זה מכיל בתוכו שאלות נוספות שאינן קיימות בשאלון הקודם הבודק פוסט טראומה ולכן הוסף. למשל: שתי שאלות המתייחסות לאשמה, שלוש שאלות המתייחסות לתפקוד והתייחסות לשכיחות ולעצמה של כל אחד מ-17 הסימפטומים הפוסט טראומטיים.

8. תפקוד - שאלון (Life functioning scale) הינו תת שאלון שנלקח משאלון POAMS-TV (Green, Lowry & Kopta, 2003). מדובר בשאלון לדיווח עצמי המורכב מעשרה פריטים המתייחסים לרמת התפקוד בתחומי חיים שונים. על כל אחד מהפריטים מתבקש המשיב לענות כיצד הוא מתפקד בשבועיים האחרונים בתחומי חיים אלו. טווח התשובות נע בין רע מאוד (0) ועד טוב מאוד (4). אלפא קרונבך של הגרסה האנגלית נע בין $\alpha=0.77$ ועד $\alpha=0.91$. השאלון תורגם לעברית ונעשה בו שימוש במחקרים קודמים (נספח 7).

2.3. שיטות ניתוח הנתונים

2.3.1. ניתוח תוכן:

ניתוח הנתונים יתבסס על ניתוח תוכן של תיקים התואם את עקרונות הגישה המכוונת (directed) לניתוח תוכן במטרה לזהות את פריטי האינפורמציה המבוקשים בתיקים. לפי גישה זו המשתנים מוגדרים לפני ובמהלך ניתוח תוכן התיקים באמצעות התיאוריה עליה מושתת המחקר ומחקרים קודמים שנעשו בנושא (Hsieh & Shannon, 2005). ניתוח התוכן יעשה בעזרת הנחיות לקידוד שיהיו מחוברות לידי שאלון סגור.

2.3.2. שלבי הכנת הנחיות לקידוד :

שלב ראשון- יעשה זיהוי מרבי של פרטי אינפורמציה מתוך התיקים ועל פי המשתנים שיקבעו. שלב שני- יחברו הנחיות קידוד (שאלון) ראשוניות על פי פרטי האינפורמציה שזוהו בשלב הקודם. שלב שלישי- יבוצע שיפור השאלון על ידי עריכת Pre-test על כ-20 תיקים. שלב רביעי-יחבר נוסח סופי של הנחיות הקידוד. הפריטים שיופיעו בנוסח הסופי של הנחיות הקידוד יהוו את "המשתנים הבלתי תלויים" במחקר. יעשה ניסיון לכלול פריטי מידע רבים ככל האפשר על מנת לנסות ולשקף בצורה מהימנה את המידע בתיקים.

2.3.3. ניתוח התיקים :

לאחר חיבור ההנחיות לקידוד, ינותח ויקודד החומר בכל אחד מהתיקים. המקודדים יהיו קציני בריאות נפש בעלי תואר שני בהתמחות קלינית.

א. תהליך הכשרת המקודדים-כל מקודד יעבור תהליך הכשרה שיכלול את השלבים הבאים :

1. הכרה של טופס הנחיות הקידוד : הכרות עם מבנהו ותוכנו של טופס הנחיות.
2. הכרה של תיקי המטופלים : המקודדים יקראו תיקי מטופלים. תעשה היכרות עם מבנה התיקים (איזה טפסים ודו"חות נמצאים בתיקים) ועם תוכנם (מושגים מקצועיים בהם משתמשים הקלינאים ומושגים צבאיים).

3. אימון בקידוד : כל מקודד יעבור אימון בקידוד 10-15 תיקים של מטופלים. במהלכו יובהרו נקודות לא ברורות ויגובשו דפוסי עבודה שישמשו את המקודדים לאורך כל תהליך הקידוד.

4. בדיקת מהימנות בין אישית : תעשה בדיקת התאמה בין ניתוח וקידוד התיק של זוגות המקודדים ב-20 תיקים (pretest) ולגבי כל פריט. נדרשת הסכמה ממוצעת של 85%-90%.

5. במקרים בהן תהיה אי הסכמה, יגיעו המקודדים להסכמה ביניהם וכך יקבע הנוסח הסופי של הקידוד.

2.3.4. קידוד התיקים :

לאחר תהליך הכשרת המראיינים ינותחו ויקודדו כל התיקים. לאורך תהליך הניתוח והקידוד יתקיים קשר רציף הן בין המקודדים והן עם החוקרת, לשאלות וקשיים שיתעוררו בתהליך.

3. ניתוחים סטטיסטיים

עבור שאלת המחקר הראשונה יעשה שימוש במדדים תיאוריים (למשל: שכיחות ומוצעים) לאפיון דפוסי המצוקה. יערך ניתוח פרופיל לתיאור הדפוסים השונים מבחינת מצוקה פוסט טראומטית, תפקוד ומצב בריאותי. לאחר מכן תעשה השוואה של הנתונים עם נורמות של האוכלוסייה בארץ ובעולם המוכרות מהספרות. את שאלת המחקר השנייה האם קיים שוני בין הדפוסים במשתני הרקע ומשתני המצוקה נבדוק עבור המשתנים הרציפים (אירועי חיים חיוביים ושליילים) על ידי ניתוחי שונות חד כיווניים ואלו משתנים קטגוריאליים (מצוקה פוסט טראומטית, תפקוד ואשמה) נבדוק בעזרת מבחני X^2 . עבור יתר המשתנים לא נוכל בשלב זה להציג את המבחן הסטטיסטי שנבצע מפני שרק לאחר קידוד הנתונים יקבע האם המשתנה יהיה משתנה רציף או קטגוריאלי (למשל: מצב בריאותי, משתני האירוע הטרומטי, תמיכה חברתית). לאחר בדיקת התפלגויות ובניית הסקאלות הדרושות למשתני המחקר יבדקו הקשרים הדו-משתניים באמצעות מבחנים סטטיסטיים מתאימים (מתאמי פירסון, מבחן t, Anova או מבחנים אי-פרמטריים במידה ולא תמצא התפלגות קרובה לנורמאליות). לאחר מכן, יבנו המודלים המתאימים לניתוחים רב-משתנים באמצעות רגרסיות ליניאריות של דפוסי המצוקה ומשתני האירוע, האדם והסביבה.

4. היבטים אתיים- האינפורמציה נמצאת בתיקים ובה בכוונתי לעשות שימוש לצרכי מחקר. **שימור המידע-** הנתונים ישמרו באופן מאובטח בתיקי המטופלים המאופסנים בארכיון היחידה לתגובות קרב. כל תיק יקבל מספר סידורי רץ במסד הנתונים בו יאוגדו הנתונים באופן מסודר לצורך המחקר עצמו. לא יעשה שימוש בשמות המטופלים שתיקיהם יבדקו בשום שלב של המחקר. יודגש שכל "עיסוד" לצורך ניתוח סטטיסטי או ניתוח תוכן יעשה תוך הסרה מוחלטת של כל אמצעי זיהוי של הפונים כגון: ת.ז., מ.א. וכו'. הנתונים יוזנו ללא כל אמצעי זיהוי. העיסוד הסטטיסטי יעשה על ידי תוך התייעצות עם סטטיסטיקאי.

הוגשה בקשה לוועדת הלסינקי של חיל הרפואה בצה"ל. (ראה נספח 8)

5. מגבלות המחקר: למחקר זה מספר מגבלות שיש להתחשב בהן שכן הן עלולות להשפיע על תוצאות ומסקנות המחקר. אוכלוסיית המחקר מורכבת מפונים ליחידה לת"ק אשר רצו להתקבל לטיפול בעת פנייתם להערכה ביחידה. בשל האמור ייתכן ועם קבלתם לתהליך הערכה תיאררו את מצבם הנפשי (סימפטומים פוסט טראומטיים, תפקוד, מצב בריאותי ועוד) כקשה יותר מכפי שהוא בכדי להתקבל לטיפול. בנוסף, המחקר מבקש לאפיין דפוסי מצוקה לאורך שנים אך המידע אותו ננתח הנו בנקודת זמן אחת-בעת קבלה לתהליך הערכה ביחידה לת"ק. למרות האמור לעיל אנו סבורים כי במידה ואכן הפונים יתארו החמרה זו תמצא בקרב כל הפונים ולכן ההבדלים בין הפונים יישמרו. כמו כן, מתקיימים מספר מפגשי הערכה ולעיתים בין מפגש למפגש מתאזנת התמונה הקלינית אותה מציג המטופל לאחר שמדברים על רצונו להתקבל לטיפול.

- בנבנישתי, רי., קפלן, זי. (1992). קבלת ההחלטה לשחרר מצה"ל מסיבות פסיכיאטריות. *מקרפ"ר, מחלקת בריאות הנפש*.
- ברנט, א. (1988). *האם קימת מועדות אישיותית לתגובות קרב? מחקר על חיילים במלחמת " שלום הגליל"*. עבודת גמר לקראת קבלת תואר מוסמך, החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת תל אביב.
- דקל, ר., סולומון, זי. ובלייך, א. (2000). הערכת המוגבלות החברתית ותרומתה להערכת נכות נפשית בקרב בעלי תסמונת פוסט-טראומטית. בתוך: א. בלייך, זי. סולומון (עורכים), *נכות נפשית היבטים רפואיים, מחקרניים, חברתיים, משפטיים ושיקומיים* (עמ' 72-93). *משרד הביטחון- ההוצאה לאור*.
- נוי, ש. (1991). *לא יכול יותר: תגובות ללחץ קרב*. תל אביב: הוצאת משרד הביטחון.
- סולומון, זי., גארב, ר., בלייך, א., וגרופר, ד. (1987). ריאקטיבציה של תגובות קרב אצל חיילים ישראלים במלחמת לבנון. *שיחות, 2*, 31-36.
- סולומון, זי., קוטלר, מ., שלו, א., ולין, ר. (1990). תסמונת פוסט טראומטית מושהית בקרב חיילים שלחמו במלחמת לבנון. *שיחות, ה'*, 32-37.
- סולומון, זי., שרון, ד., ועורי, א. (2008). פדויי שבי ממלחמת יום הכיפורים: 35 שנים לאחר המלחמה. *סוגיות חברתיות בישראל כתב-עת לנושאי חברה, 6*, 29-42.
- קנובלר, ח. (2005). תוכנית חיל הרפואה למניעת תגובות קרב בצה"ל. *מערכות, 399*, 30-35.
- Adams, R.E., & Boscarino, J.A. (2006). Predictors of PTSD and delayed PTSD after disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*, 485-492.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, B., Brewin, C.R., Philpott, R., & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1319-1326.
- Ben-Sira, Z. (1984). Chronic illness, stress and coping. *Social Science and Medicine, 18*, 725-736.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 75-90.
- Bleich, A., Garb, R., & Kottler, M. (1986). Combat stress disorder and the military physician: An approach to a category of post-traumatic stress disorder. *Journal of Royal Army Medical Corps, 132*, 54-57.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.

- Brailey, K., Vasterling, J.J., Proctor, S.P., Constans, J.I., & Friedman, M.J. (2007). PTSD Symptoms, life events, and unit cohesion in U.S. Soldiers: Baseline findings from the neurocognition deployment health study. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 495–503.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Brewin, C.R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*, 670-686
- Bryant, B., & Harvey, A. (2002). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*, 205-209.
- Carty, J., O'Donnell, M.L., & Creamer, M. (2006). Delayed-onset PTSD: A prospective study of injury survivors. *Journal of Affective Disorders, 90*, 257-261.
- Chapple, A., Ziebland, S., & McPherson, A. (2004). Qualitative study of men's perceptions of why treatment delays occur in the UK for those with testicular cancer. *British Journal of General Practice, 54*, 25-32.
- Cozza, S.J. (2005). Combat exposure and PTSD. *PTSD Research Quarterly, 16*, 1-8.
- Cunningham, J. (1990). Becoming men and women. In: P.C.L. Heaven & V.J. Callan (Eds.). *Adolescence: An Australian perspective* (pp. 133-150). Sydney: Harcour Brace, Jovanovich.
- Daviss, W.B., Mooney, D., Racusin, R., Ford, J., Fleischer, A., & McHugo, G.J.(2000). Predicting posttraumatic stress after hospitalization for pediatric injury. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 576-583.
- Dekel, R., Solomon, Z., Ginzburg, K., & Neria, Y. (2003). Combat exposure, wartime performance, and long-term adjustment among combatants. *Military Psychology, 15*, 117–131.
- Dirkzwager, A.J.E., Bramsen, I., Van Der Ploeg, H.M. (2002). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: A prospective study. *Personality and Individual Differences, 34*, 1545-1559.
- Eid, J. (2003). The course of PTSD symptoms following military training accidents and brief psychosocial interventions. *Personality and Individual Differences, 35*, 771-783.
- Elder, G.H., & Clipp, E.C. (1988). Combat experience, comradeship and psychological health. In: Z. Harel & B. Kahana (Eds.) *Human adaptation to extreme stress: From the holocaust to Vietnam*. New York: Plenum.

- Elhai, J.D., Kashdan, T.B., Snyder, J.J., North, T.C., Heaney, J.H., & Frueh, B.C. (2007). Symptom severity and lifetime and prospective health service use among military veterans evaluated for PTSD. *Depression and Anxiety, 24*, 178-184.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Falger, P.R.J., Op Den Velde, W., Hovens, J.E.J.M., Schouten, E.G.W., De Groen, J.H.M., & Van Duijn, H. (1992). Current posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease risk factors in Dutch Resistance veterans from World War II. *Psychotherapy and Psychosomatics, 57*, 164-171.
- Figley, C.R., & Leventman, S. (1980). *Strangers at home: Vietnam veterans since the war*. New-York: Praeger.
- Fontana, A., & Rosenheck, R. (2004). Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*, 579-584.
- Friedman, M.J. (2005). Toward a public mental health approach for survivors of terrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma, 10*, 527-539.
- Friedman, M.J. (2006). Posttraumatic stress disorder among military returnees from Afghanistan and Iraq. *American Journal of Psychiatry, 163*, 586-593.
- Friedman, M.J., & Schnurr, P.P. (1995). The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. In: M.J. Friedman, D.S., Charney & A.Y. Deutch (Eds.). *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaption to PTSD* (pp.507-524). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Frueh, B.C., Grubaugh, A.L., Yeager, D.E., & Magruder, K.M. (2009). Delayed-onset post-traumatic stress disorder among war veterans in primary care clinics. *The British Journal of Psychiatry, 194*, 515-520.
- Galdas, P., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and help-seeking behavior: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 49*, 616-623.
- Gitterman, A., & Germain, C.B. (1976). Social work practice: A life model. *The Social Service Review, 50*, 601-610.
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders, 123*, 249-257.
- Glover, H. (1984). Survivor guilt and the Vietnam veteran. *Journal of Nervous Mental Diseases, 172*, 393-397.

- Gould, M., Greenberg, N., & Hetherington, J. (2007). Stigma and the military: Evaluation of a PTSD psychoeducational program. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 1-11.
- Gourash, N. (1978). Help-seeking: A review of the literature. *American Journal of Community Psychology, 6*, 413-423.
- Gramzow, R., & Tangney, J.P. (1992). Proneness to shame and narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18*, 369-376.
- Gray, M.J., Bolton, E.E., & Litz, R.T. (2004). A Longitudinal Analysis of PTSD Symptom Course: Delayed-Onset PTSD in Somalia Peacekeepers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 909-913.
- Green, B.L., Lindy, J.D., & Grace, M.C. (1985). Post traumatic stress disorder: Toward DSM-IV. *Journal of Nervous and Disease, 173*, 406-411.
- Green, J.L., Lowry, J.L., & Kopta, S.M. (2003). College students versus college counseling center clients: What are the differences?. *Journal of College Student Psychotherapy, 17*, 25-37.
- Green, B.L., Wilson, J.P., Lindy, J.D. (1985). Conceptualizing Post-traumatic stress disorder: A psychosocial framework. In: C.R. Figley (Ed.). *Trauma and its wake: Vol. I: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp.53-69). New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Greenberg, N., Gould, M., Langston, V., & Brayne, M. (2009). Journalists' and media professionals' attitudes to PTSD and help-seeking: A descriptive study. *Journal of Mental Health, 18*, 543-548.
- Hembree, E.A., Rauch, S.A.M., & Foa, E.B. (2003). Beyond the manual: The insider's guide to prolonged exposure for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 22-30.
- Hendin, H., & Pollinger-Haas, A. (1984). *Wounds of war: The psychological aftermath of combat in Vietnam*. New-York: Basic Books.
- Holmes, T.H. & Masuda, M. (1974). Life change and illness susceptibility. In: B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 45-72). New York: J. Wiley.
- Hsieh, H., & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*, 1277-1288.
- Jagdeo, A., Cox, J.B., Stein, M.B., & Sareen, J. (2009). Negative attitudes toward help seeking for mental illness in 2 population-based surveys from the United States and Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*, 757-763 .
- Janca, A., Kastrup, M., Katschnig, H., Lopez-Ibor, J.J., Mazzich, J.E., & Sartorius, N. (1996). The world health organization short disability assessment schedule: A tool for the assessment of

- difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 349-354.
- Janoff-Bulman, R., & Wortman, C.B. (1977). Attributions of blame and coping in the real world: Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.
- Jaycox, L.H., Marshall, G.N., & Schell, T. (2004). Use of mental health services by men injured through community violence. *Psychiatric Services*, 55, 415-420.
- Jordan, B.K., Marmar, C.R., Fairbank, J.A., Schlenger, W.E., Kulka, R.A., Hough, R.L., & Weiss, D.S. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 916-926.
- Kimerling, R., & Calhoun, K.S. (1994). Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 333-340.
- Kormos, H.R. (1978). The nature of combat stress. In C.R. Figley (Ed.). *Stress disorders among Vietnam veterans* (pp. 3-22). New York: Brunner/Mazel.
- Kubany, E.S. (1994). A cognitive model of guilt typology in combat related PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 3-19.
- Kubany, E.S., Abueg, F.R., Owens, J.A., Bernnan, J.M., Kaplan, A.S., & Watson, S.B. (1995). Initial examination of a multidimensional model of trauma-related guilt: Applications to combat veterans and battered women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 353-376.
- Kugler, K., & Jones, W.H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318-327.
- Lee, D.A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical Model of Shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 451-466.
- Levav, I. (1982). Life events and combat stress reaction. Israel Defense Forces: Medical Corps, Department of Mental Health.
- Litz, B.T., Keane, T.M., Fisher, L., Marx, B., & Monaco, V. (1992). Physical health complaints in combat-related post-traumatic stress disorder: A preliminary report *Journal of Traumatic Stress*, 5, 131-141. traumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 105 (1-2), 1-12.
- Maes, M., Mylle, J., Delmeire, L., & Janca, A. (2001). Pre-and post-disaster negative life events in relation to the incidence and severity of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 105, 1-12.

- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- McCart, M.R., Smith, D.W., & Sawyer, G.K. (2010). Help seeking among victims of crime: A review of the empirical literature. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 198-206.
- McTeague, L.M., McNally, R.J., & Litz, B.L. (2004). Prewar, war-zone, and postwar predictors of posttraumatic stress in female Vietnam Veteran health care providers. *Military Psychology, 16*, 99-114.
- Mehlum, L., & Weisaeth, L. (2002). Predictors of posttraumatic stress reactions in Norwegian U.N. peacekeepers 7 years after service. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 17-26.
- Moller-Leimkuhler, A.M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders, 71*,
- Norbeck, J.S., Lindsey, A.M., & Carriery, V.L. (1983). Further development of the Norbeck social support questionnaire. *Nursing Research, 32*, 4-9.
- North, C.S., Pfefferbaum, B., Tivis, L., Kawasaki, A., Reddy, C., & Spitznagel, E.L. (2004). The course of posttraumatic stress disorder in Veterans Administration disability claims. *American Journal of Psychiatry, 16*, 209-215.
- Noy, S. (1976). *Stress and personality as factors in the casualty of acute combat reaction*. Israel Defense Forces, Medical Corps, Mental Health Department.
- Pietrzak, R.H., Johnson, D.C., Goldstein, M.B., Malley, J.C., & Southwick, S.M. (2009). Psychological resilience and post deployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression and Anxiety, 26*, 745-751.
- Pitman, R.K. (2006). Combat Effects on Mental Health: The more things change, the more they remain the same. *Archives of General Psychiatry, 63*, 127-128.
- Pizarro, J., Cohen-Silver, R., & Prause, J. (2006). Physical and mental health costs of traumatic war experiences among civil war veterans. *Archives of General Psychiatry, 63*, 193-200.
- Prospero, M., & Vohra-Gupta, S. (2008). The use of mental health services among victims of partner violence on college campuses. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma, 16*, 376-390.
- Rickwood, D.J., & Braithwaite, V.A. (1994). Social-psychological factors affecting help seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine, 39*, 563-572.
- Rodriguez, M., Valentine, J.M., Son, J.B., & Muhammad, M. (2009). Intimate partner violence and barriers to mental health care for ethnically diverse populations of women. *Trauma, Violence, and Abuse, 10*, 358-374.

- Schnurr, P. P., Lunney, C.A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 85-95.
- Shalev, A.Y., Bleich, A., & Ursano, R.J. (1990). Posttraumatic stress disorder: Somatic comorbidity and effort tolerance. *Psychosomatics, 31*, 197-203.
- Smith, J.A., Braunack-Mayer, A., & Wittert, G. (2006). What do we know about men's help-seeking and health service use?. *Medical Journal of Australia, 184*, 81-83.
- Solomon, Z. (1993). *Combat Stress Reaction: The Enduring Toll of War*. New York: Plenum Press.
- Solomon Z, Flum H (1988) Life events, combat stress reaction and post-traumatic stress disorder. *Social Science & Medicine, 26*, 319–325.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: A 20 year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry, 163*, 659-666.
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Flum, H. (1989). The implications of life events and social support in the course of combat related PTSD. *Social Psychiatry, 24*, 41-48.
- Solomon, Z., Mikulincer, M, Waysman, M., & Marlowe, D.H. (1991). Delayed and immediate onset posttraumatic stress disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 26*, 1-7.
- Solomon, Z., Zur-Noah, S., Horesh, D., Zerach, G., & Keinan, G. (2008). The contribution of stressful life events throughout the life cycle to combat-induced psychopathology. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 318-325.
- Tangney, J.P. (1992). Situational determinations of shame and guilt in young adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18*, 199-206.
- Tuhuis, M.A.R., Peters, L., & Foets, M. (1990). An orientation toward help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine, 31*, 989-995.
- Van Zelst, W.H., De Beurs, E., Beekman, A.T.F., Van Dyck, R., & Deeg, D.D.H. (2006). Well-being, physical functioning, and use of health services in the elderly with PTSD and subthreshold PTSD. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 180-188.
- Vuksic-Mihaljevic, Z., Mandic, N., Laufer, D., Barkic, J., & Filakovic, P. (1998). Combat-related posttraumatic stress disorder and social functioning. *European Journal of Psychiatry, 12*, 225-231.
- Wilson, J.P., Smith, W.K., & Johnson, S.K. (1985). A comparative analysis of PTSD among various survivors groups. In: R.C. Figley (Ed.). *Trauma and its wake* (pp. 142-172). New York: Brunner/Mazel.

Wolfe, J., Erickson, D., Sharkanaky, E., King, D., & King, L. (1999). Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 520-528.

לוח 1 : משתני המחקר וההגדרה התיאורטית והאופרטיבית שלהם

משתני המחקר	הגדרה תיאורטית	הגדרה אופרטיבית
דפוסי המצוקה :		
סימפטומים פוסט טראומטיים	תסמונת פוסט טראומטית כרונית (PTSD) כפי שמוגדרת ומתוארת ב"מדריך הדיאגנוסטי והסטטיסטי להפרעות נפשיות" ב-1980 (DSM-III), ובשינויים קלים ב-DSM-III (1987), DSM-IV (1994), וב-DSM-IV-TR 2002.	<ul style="list-style-type: none"> שאלון CAPS שאלון PTSD Inventory תיעשה בחינה של הסימפטומים באופן רטרוספקטיבי מיד לאחר האירוע, שנה אחרי, 10, 20 ו-30 שנה אחרי באמצעות ראיון "האינטייק" ומסמכים בתיק.
רמת תפקוד	קשיים תפקודיים ניכרים כגון: פגיעה בתפקוד בעבודה/לימודים, קשרים אינטימיים, קשרים עם משפחה, חברים, תפקוד מיני, הנאה מהחיים, התנהלות עצמית.	<ul style="list-style-type: none"> שאלון CAPS שאלון POAMS-TV מראיון "האינטייק"
מצב בריאותי	דיווח על בריאות לקויה, מחלות (כעולה מבדיקות גופניות או מבדיקות מעבדה), שימוש נרחב בשירותי רפואה ופניות בתחום הסומאטי.	<ul style="list-style-type: none"> יילקח מראיון "האינטייק" מסמכים רפואיים בתיק מגורמים חיצוניים
מאפייני האירוע הטראומטי	השתתפות בקרבות בתפקיד שבו התאמן לפני המלחמה. לחימה עם יחידה עמה התאמן לפני המלחמה. קושי הקרבות, סכנת פגיעה או מוות, פינוי פצועים וחללים, פגיעה, חשיפה לפציעות/מוותם של חברים ליחידה או אויב. כיצד מתאר את תפקודו בקרבות?	<ul style="list-style-type: none"> יילקח מראיון "האינטייק" מסמכים בתיק מגורמים חיצוניים
מאפייני האדם :		
אשמה	אשמה היא רגש סלידה מודע, הכולל תוכחה עצמית וחרטה כלפי מחשבות, תחושות או פעילויות הנתפסות כחטא, כמו למשל הפרה של ערכים מוסריים וחברתיים	<ul style="list-style-type: none"> תיבדק בשתי שאלות סגורות בשאלון CAPS ייעשה ניתוח תוכן של ההתייחסויות לנושא זה בגוף ראיון ה"אינטייק".

<ul style="list-style-type: none"> • יילקח מטופס קבלה <p style="text-align: center;">ליחידה</p> <ul style="list-style-type: none"> • תדפיס צה"לי • ראיון ה"אינטייק" • מסמכים בתיק <p style="text-align: center;">מגורמים חיצוניים</p>	<p>גיל, ארץ לידה, סטאטוס משפחתי, השכלה, תעסוקה ועוד.</p>	<p>מאפיינים סוציודמוגרפיים</p>
<ul style="list-style-type: none"> • יילקח מראיון <p style="text-align: center;">"האינטייק"</p> <ul style="list-style-type: none"> • מסמכים רפואיים <p style="text-align: center;">בתיק מגורמים חיצוניים</p>	<p>מתייחס לאותם אירועים המתרחשים במהלך חייו של הפרט כמו: נישואים, לידה, גירושים ומשברים כלכליים המביאים שינויים בסגנון השגרתו של החיים ודורשים הסתגלות מחודשת במישור האישי-חברתי.</p>	<p>אירועי חיים נוספים</p>
<ul style="list-style-type: none"> • שאלון POAMS-TV • מראיון "האינטייק" 	<p>המידה בה יכול הפרט לצפות שיוכל לסמוך על אחד או יותר אנשים, למתן עזרה, רגשית, מוחשית או משולבת, בשעת הצורך. קיים גם מרכיב מבני, הכולל את הגודל של מערכת התמיכה הקיימת, את משך הקשר ואת תדירותו.</p>	<p>מאפייני הסביבה (תמיכה חברתית, פניות אחרות לעזרה)</p>

