



אוניברסיטת תל אביב

בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל

מרכז המצוינות לחקר טראומה המונית

חיים בצל טילים

הערכת צרכים ויעילות התערבות

דו"ח מחקר מוגש למוסד לביטוח לאומי

מענק מס' בקרן: 12437

פרופ' זהבה סולומון

דרי ליאת יצחקי

יפית לוין

תקציר

רקע: מאז שנת 2000, חשופה אוכלוסיית דרום ישראל לירי רקטות ופצמ"רים מעזה. כתוצאה מכך, סבלו תושבי האזור, המורכבים מתושבי קיבוצים ומושבנים ותושבי עיירות פיתוח, מפגיעה פיזית ונפשית רבה וכן מפגיעה ברכוש. מטרת המחקר הנוכחי הן להעריך ולאפיין את תגובתם הרגשית של התושבים החשופים באופן ממושך לירי, להעריך את תפקודם ולאמוד את שיעור הנזקקים לסעד נפשי וכן לבחון את יעילות ההתערבות במסגרת מרכזי חוסן בקבוצות גיל שונות.

שיטה: המחקר התבסס על נתונים שנאספו בארבע נקודות זמן (2010, 2014 - לפני מבצע 'צוק איתן', 2014 - במהלך המבצע ו-2015 - לאחר המבצע) באוכלוסייה הכללית של מבוגרים, תושבי הדרום. כמו כן, נאספו נתונים בתחילת ובסיום ההתערבות הטיפולית במרכזי חוסן הממוקמים באזורים החשופים לירי.

עיקר התוצאות: תוצאות המחקרים הראו כי לאורך השנים חלו שינויים במצבם הרגשי ובחוייתם של התושבים החשופים לירי. עד למבצע 'צוק איתן' תושבי שדרות דיווחו על יותר חשיפה אישית, יותר פגיעה כלכלית, כמו גם חויית איום גבוהה יותר מתושבי עוטף עזה. לאחר 'צוק איתן' תמונה זו התהפכה ותושבי עוטף עזה דיווחו על חשיפה אישית רבה יותר וחויית חוסר אונים חמורה במיוחד. שיעורי ההפרעה הפוסט טראומטית היו גבוהים במיוחד בעיירות הפיתוח ב-2010, אם כי לאורך זמן נצפתה ירידה בשיעורים אלה. בנוסף, נמצא קשר מובהק בין ההפרעה הפוסט טראומטית ופגיעה בתפקוד. רמת הסימפטומים של מצוקה כללית (סומאטיזציה, דכאון וחרדה) היו גבוהים גם כן ב-2010 בשדרות לעומת יתר הישובים. במהלך צוק איתן נצפו הבדלים ספציפיים בין הקבוצות בתסמינים השונים ולאחר צוק איתן, תושבי שדרות דיווחו על רמה נמוכה משמעותית של חרדה לעומת תושבי יתר הישובים. ההבדלים בין הקבוצות והשינוי לאורך הזמן באו לידי ביטוי גם בשימוש בשירותי בריאות, כשתושבים משדרות השתמשו במידה הרבה ביותר בשירותי בריאות ב-2010 ובהמשך לא היו הבדלים בשימוש בשירותי בריאות בין הישובים, למעט פניות רבות יותר של תושבי אופקים ליעוץ פסיכולוגי לאחר צוק איתן. בבחינת ההתערבות הטיפולית במרכזי החוסן עלה כי שיעור כל אחד מהתסמינים עליהם דיווחו המטופלים לפני הטיפול פחת משמעותית לאחר הטיפול (למעט הפרעת קשב וריכוז).

מסקנות: תושבים מדרום הארץ, החשופים לירי טילים, סובלים מרמות גבוהות של תסמינים של הפרעות פסיכיאטריות. עם זאת נראה כי שינויים בעוצמת התסמינים קשורים לשינויים בעוצמת החשיפה וכי מתקיים תהליך של הביטואציה אצל הנחשפים לאורך זמן רב. מצבם הרגשי של תושבי עיירות הפיתוח חמור מזה של תושבי הישובים הקהילתיים. שכיחות התסמינים הפוסט טראומטיים ללא קריטריון התפקוד גבוהים בהרבה משכיחותם עם קריטריון התפקוד ויתכן וקשורים לצורך לתפקד בעת חשיפה כה ממושכת. לבסוף, מחקר זה תומך ביעילות הטיפול במרכזי החוסן להפחתת התסמינים הרגשיים.

תוכן העניינים

1	נושא המחקר והרקע המדעי	1
25	מחקרים אפידמיולוגיים	1.1
25	אתגרים קונספטואליים	1.2
25	תגובה רגשית לירי טילים - האומנם הפרעה פוסט טראומטית	1.2.1
27	מגבלות מתודולוגיות	1.2.2
28	מחקרים שבחנו התערבות	1.3
32	מטרות הפרוייקט	1.4
33	זיהוי ואיפיון התגובות הרגשיות של תושבי הדרום לירי טילים	2
33	שיטה	2.1
33	מהלך המחקר ונבדקים	2.1.1
34	כלים	2.1.2
37	שיטת הניתוח	2.1.3
38	תוצאות	2.2
38	גל I – 2010	2.2.1
60	גל II – 2014	2.2.2
71	גל III – מהלך צוק איתן	2.2.3
80	גל IV – 2015	2.2.4
90	ניתוחי אורך – 4 גלים	2.2.5
101	בחינת מאפייני הפונים לטיפול במרכזי חוסן ובחינת השפעת הטיפול תחת חשיפה לטראומה	3
101	שיטה	3.1
101	מהלך המחקר	3.1.1
102	כלים	3.1.2
104	תוצאות	3.2
104	אוכלוסיה קלינית – מבוגרים	3.2.1
109	אוכלוסיה קלינית – ילדים ומתבגרים	3.2.2
115	סיכום: דיון, מסקנות והמלצות	4
122	מקורות	5

רשימת לוחות

- לוח 1. מחקרים אפידמיולוגיים.....2
- לוח 2. מחקרי התערבויות.....30
- לוח 3. התפלגות דמוגרפית של אוכלוסיית המחקר על פי ישוב בגל 1.....40
- לוח 4. התפלגות הדיווח על חשיפה לירי, פגיעה, ואובדן כלכלי לפי ישוב בגל 1.....43
- לוח 5. חוסר אונים, אובדן שליטה בגוף, תחושת סכנה לעצמי ותחושת איום למשפחה בגל 1.....45
- לוח 6. שכיחות מצוקה כללית, סומטיזציה, דיכאון וחרדה מדווחת מעל החתך הקליני בגל 1.....47
- לוח 7. ממוצעים וסטיות תקן של תסמיני הפרעות רגשיות לפי ישוב בגל 1.....50
- לוח 8. שימוש בשירותי בריאות לפי ישובים בגל 1.....53
- לוח 9. מודל רגרסיה לתסמינים של הפרעה פוסט טראומטית בגל 1.....54
- לוח 10. מודל רגרסיה לניבוי מצוקה רגשית (BSI-18) בגל 1.....55
- לוח 11. משאבים אישיים לפי ישוב בגל 1.....57
- לוח 12. ניתוח גורמים עם רוטציית ורימקס בפריטי שאלון הפרעה פוסט טראומטית ושאלון מצוקה.....58
- לוח 13. הבדלים במשתנים דמוגרפיים לפי ישוב בגל 2.....62
- לוח 14. התפלגות מדדי החשיפה על פי ישוב בגל 2.....63
- לוח 15. חוסר אונים, אובדן שליטה בגוף ותחושת איום אישי ואיום על חיי המשפחה לפי ישוב בגל 2.....65
- לוח 16. שכיחויות של נבדקים שעברו את החתך הקליני של מצוקה רגשית, סומטיזציה, דיכאון וחרדה בגל 2.....67
- לוח 17. ממוצעים וסטיות תקן של סכום תסמיני ההפרעות הרגשיות לפי ישוב בגל 2.....69
- לוח 18. ממוצעים וסטיות תקן של מדדי בריאות לפי ישוב בגל 2.....70
- לוח 19. חוסן אישי, חוסן קהילתי וסיפוק מהחיים לפי ישוב בגל 2.....71
- לוח 20. הבדלים במשתנים דמוגרפיים לפי ישוב בגל 3.....73
- לוח 21. התפלגות מדדי החשיפה על פי ישוב בגל 3.....74
- לוח 22. תחושת חוסר אונים, אובדן שליטה על הגוף ותחושת איום לפי ישוב בגל 3.....75
- לוח 23. שכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית (חתך קליני), מצוקה רגשית, סומטיזציה, דיכאון וחרדה לפי ישוב בגל 3.....77
- לוח 24. ממוצעים וסטיות תקן של תסמיני הפרעות רגשיות לפי ישוב בגל 3.....78
- לוח 25. ממוצעים וסטיות תקן של מדדי הבריאות ושימוש בשירותי רפואה לפי ישוב בגל 3.....79
- לוח 26. משאבים אישיים לפי ישוב בגל 3.....80

- לוח 27. התפלגות דמוגרפית על פי ישוב בגל 4..... 81
- לוח 28. התפלגות החשיפה לירי ונגזרותיו בגל 4..... 82
- לוח 29. חוסר אוניס, אובדן שליטה בגוף ותחושת איום אישי ואיום על חיי המשפחה לפי רמת חשיפה בגל 4..... 83
- לוח 30. שכיחות מצוקה רגשית, סומטיזציה, דכאון וחרדה בגל 4..... 86
- לוח 31. ממוצעים וסטיות תקן של תסמיני הפרעות רגשיות בגל 4..... 87
- לוח 32. ממוצעים וסטיות תקן של מדדי בריאות בגל 4..... 88
- לוח 33. ממוצעים וסטיות תקן של משאבים אישיים בגל 4..... 89
- לוח 34. ניתוח שונות חד כיווני עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני ההפרעה הפוסט טראומטית, בין שתי קבוצות החשיפה לאורך זמן..... 91
- לוח 35. ניתוח שונות מעורב עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני ההפרעה הפוסט טראומטית, בין הישובים לאורך זמן..... 92
- לוח 36. ניתוח שונות חד כיווני עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני מצוקה כללית, סומטיזציה, דכאון וחרדה בין שתי קבוצות החשיפה לאורך זמן..... 93
- לוח 37. ניתוח שונות מעורב עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני מצוקה כללית, בין הישובים לאורך זמן..... 94
- לוח 38. ניתוח שונות מעורב עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני דכאון, בין הישובים לאורך זמן..... 95
- לוח 39. ניתוח שונות מעורב עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני סומטיזציה, בין הישובים לאורך זמן..... 96
- לוח 40. ניתוח שונות מעורב עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני חרדה, בין הישובים לאורך זמן..... 97
- לוח 41. תסמיני הפרעה פוסט טראומטית לפני ואחרי טיפול..... 106
- לוח 42. המנעות ופגיעה בתפקוד לפני ואחרי הטיפול..... 107
- לוח 43. שיעורי דיווח על תסמינים לפני ואחרי טיפול..... 108
- לוח 44. מדדי מצוקה, בריאות נתפסת ושביעות רצון מהחיים לפני ואחרי טיפול..... 109
- לוח 45. תסמיני הפרעה פוסט טראומטית לפני ואחרי טיפול..... 111
- לוח 46. רמת המצוקה, שביעות רצון מהחיים ורמת הבריאות הנתפסת לפני ואחרי טיפול..... 112
- לוח 47. הנטייה להמנעות והפגיעה בתפקוד לפני ואחרי טיפול..... 112
- לוח 48. שיעורי דיווח על תסמינים לפני ואחרי טיפול..... 113

רשימת תרשימים

- תרשים 1. שכחיות של הפרעה פוסט טראומטית (ללא קריטריון תפקוד) לפי ישוב בגל 1.....46
- תרשים 2. התפלגות תסמיני הפרעה פוסט טראומטית באזורי חשיפה בינונית מול גבוהה בגל 1.....50
- תרשים 3. התפלגות תסמיני מצוקה רגשית בקרב תושבים מישובים בחשיפה גבוהה מול בינונית בגל ה- 1.....51
- תרשים 4. שכחות הפרעה פוסט טראומטית ללא קריטריון תפקוד לפי ישוב בגל 2.....66
- תרשים 5. שכחות ההפרעה הפוסט טראומטית ללא קריטריון תפקוד בגל 4.....85
- תרשים 6. רמת התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית לפי אזור חשיפה לאורך ארבעת הגלים.....90
- תרשים 7. רמת התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית, בין הישובים לאורך זמן.....91
- תרשים 8. רמות תסמיני מצוקה כללית, בין הישובים לאורך זמן.....94
- תרשים 9. רמות תסמיני דכאון, בין הישובים לאורך זמן.....95
- תרשים 10. רמות תסמיני סומטיזציה, בין הישובים לאורך זמן.....96
- תרשים 11. רמת תסמיני חרדה, בין הישובים לאורך זמן.....97
- תרשים 12. השוואות לאורך זמן של רמת חוסר האונים בין תושבי שדרות ועוטף עזה.....99
- תרשים 13. השוואות לאורך זמן בחוויית אובדן שליטה על הגוף בזמן "צבע אדום" בין תושבי שדרות ועוטף עזה.....99
- תרשים 14. השוואות לאורך זמן בתפיסת איום אישי בין תושבי שדרות ועוטף עזה.....100
- תרשים 15. השוואות לאורך זמן בתפיסת איום על חיי משפחה בין תושבי שדרות ועוטף עזה.....100

1. נושא המחקר והרקע המדעי

במשך 16 השנים האחרונות האוכלוסייה האזרחית המתגוררת בדרום הארץ, בסמיכות לרצועת עזה, היתה נתונה להתקפות טילים חוזרות ונשנות מצד גורמים פלסטינים ברצועה. התושבים המותקפים, שחיים בקרבת רצועת עזה מתגוררים בעיירות פיתוח ובישובים כפריים ובהם קיבוצים ומושבים. רבים מתושבים אלה, בעיקר בעיירות הפיתוח, מוגדרים כאוכלוסיות מוחלשות שלהן משאבים כלכליים-חברתיים מוגבלים. אנשים אלה מתמודדים עם קשיים ואתגרים מורכבים עוד קודם לערעור יציבות המצב הביטחוני.

החיים של כמיליון תושבים תחת מטר בלתי פוסק ובלתי מובחן של כ-15000 טילים (על-פי נתוני משרד החוץ) לאורך שנים רבות גבו קורבנות בנפש, אלפי פציעות פיזיות ונפשיות ופגיעה משמעותית לרכוש. הירי הבלתי מובחן והמאיים ממשיך אף בעת ששורות אלה נכתבות.

כאמור, ברבים מיישובי האזור המופגז מתגוררות קהילות חלשות מבחינת משאבים סוציו-אקונומיים (יפתחאל, 2000). רב עיירות הפיתוח והישובים הקטנים בנגב מאופיינים בהכנסה נמוכה, בשיעורי אבטלה גבוהים, בתלות בגורמי רווחה ובתשתיות דלות. בשנים הראשונות, לא זו בלבד שהמיגון בישובים אלה היה לקוי ביותר והתושבים הרגישו בלתי מוגנים ולא בטוחים, אלא הם אף דיווחו על תחושת נטישה מצד המדינה והתנכרות חברתית. גורמים אלה הגבירו את תחושת הפגיעות של רבים. תחושות דומות הסתמנו גם בקהילות מבוססות יותר בדרום הארץ.

האיומים הביטחוניים בדרום הארץ מהווים אתגר משמעותי לבריאות הציבור ולמדיניות בריאות בישראל. ראשית, עדויות מחקריות מהעולם ומישראל מצביעות באופן שיטתי על כך שאיום מתמשך לשלמותם ולביטחונם של אנשים, משפחות וקהילות עלול לגבות מחיר בריאותי – פיזי ונפשי – חברתי וכלכלי (לדוגמה, הובפול ועמיתיו 2008). שנית, הסיכון הזה מוגבר במיוחד לנוכח פגיעות אוכלוסיית הדרום כפי שתוארה למעלה והיעדר משאבי המיגון. שלישית, למרות שמשאבים רבים הוזרמו הן על-ידי גורמים ישראלים (ממלכתיים והתנדבותיים) והן על-ידי גורמים בינלאומיים (התנדבותיים) כדי להטיב את מצבם של התושבים, נערכו באופן ספוראדי הערכות צרכים חלקיות, אך הערכה כוללת מקיפה ושיטתית נדרשת. כמו כן, יש צורך דוחק בהערכת יעילות של ההתערבויות הרבות שבוצעו. לפיכך, בעת הזו, לאחר 16 שנים קשות אין עדיין ידע מספיק שיוכל לכוון ולהנחות את קובעי המדיניות ואת מי שמגישים טיפול לתושבי שדרות ועוטף עזה ויישובי הדרום הנוספים בקו האש.

לצורך מחקר זה זו ביצענו ראשית סקר שיטתי של הספרות המקצועית האמפירית באמצעות בחינה מדוקדקת של מאגרי המידע האלקטרוניים הבאים: Medicine, Embase, Psych-Info באשר לכל הפרסומים הרלוונטיים משנת 2000 ועד ינואר 2016. בנוסף, פנינו לאנשי מקצוע רלבנטיים ולארגונים המושיטים סעד לתושבי האזור וביקשנו עבודות שלא פורסמו ושעוסקות בהשפעת המצב הביטחוני על אזרחים תושבי האזור. החיפוש הניב 53 מחקרים רלוונטיים - 49 מהם מחקרים אפידמיולוגיים וארבעה מחקרים שעוסקים בהתערבות. לוח 1 להלן מסכם את המחקרים האפידמיולוגיים.

ממצאים	חשיפה – מדדי חשיפה	אחוזי פסיכופתולוגיה	סוג האוכלוסייה	תקופת איסוף הנתונים	מערך מחקר ושיטת דגימה	אוכלוסיית המחקר	מחברים
מבוגרים							
שרותי בריאות עליה מתונה בפניות לרופאים בשדרות בין 2000 ל-2006 לעומת אופקים. פסיכולוגיים עליה בדיכאון בשדרות יותר מאשר באופקים. רמת החרדה הראשונית וגם הסופית הייתה גבוהה יותר בשדרות מאשר באופקים. במקביל, גם השימוש בתרופות לדיכאון ולחרדה עלה יותר בשדרות מאשר באופקים.			מבוגרים.	2000-2006	מחקר רטרוספקטיבי. בדיקת רשומות ממוחשבות של קופ"ח	מטופלי מכבי, מתוכם: מטופלים משדרות N=5323 - מטופלים מאופקים N=958	פרחי, לאודן, איפרגן, ופריגר (2008). *הוצג בכנס
מצוקה הייתה קשורה לקשיי שינה. נמצא קשר בין מצוקה נפשית לבין צפייה בתקשורת ולמגורים בקרבת עזה.			מבוגרים צעירים. גילאי 21-33 M=23.5	ינואר 2009	מחקר פרוספקטיבי. דיווח עצמי באינטרנט. דגימת כדור שלג מבוססת על 2 מדידות בפער של 3 חודשים.	תלמידי תואר ראשון באוניברסיטה בן-גוריון ותלמידי מכללה גל I: N=273 גל II: N=91	סופר-דודק ושחר (2010).
סוציודמוגרפיים בקבוצת המחקר נמצא קשר בין PTSD לבין מגדר. נמצא קשר שלילי בין חומרת ה-PTSD לבין שביעות רצון מהחיים. נמצא קשר בין תסמיני PTSD לבין עמדות הכוללות יותר דעות קדומות כלפי משגרי הטילים ברצועת עזה.	מדדי חשיפה כל הנבדקים המתגוררים בשדרות ובאזור הוגדרו כחשופים. כל המתגוררים באילת ובסביבתה הוגדרו כלא חשופים.	קבוצת מחקר - PTSD - 27% קבוצת ביקורת - PTSD - 3%	מבוגרים. גיל בקבוצת מחקר: M=33 (Sd=10) גיל בקבוצת הביקורת: M=35 (Sd=9)	אוקטובר 2007 - אפריל 2008	מחקר בד-בבדי. דגימת אשכולות אקראית מרובדת	קבוצת מחקר: תושבי שדרות ויישובי האזור N =160 קבוצת ביקורת: אילת ויישובי האזור - לא חשופים לטרור N =181	בסר ונריה (2009)

<p>חשיפה</p> <p>לא נמצא קשר מובהק בין קרבה לגבול לבין PTSD. חשיפה בגל 1 (במהלך מבצע עופרת יצוקה) נמצאה קשורה לשיעורים גבוהים יותר של PTSD ו-MDD בגל 2 (4 חודשים אחרי הפסקת האש). חלה ירידה מובהקת וחדה ברמות הממוצעות של תסמיני PTSD ו-MDD בין גל 1 לגל 2.</p> <p>פסיכולוגים/חברתיים</p> <p>נמצא מתאם שלילי בין תמיכה חברתית לבין תסמיני PTSD ו-MDD באותה נקודת זמן. נמצא קשר חיובי בין רמות גבוהות של התקשרות חרדה לבין יותר תסמיני PTSD ו-MDD באותה נקודת זמן.</p> <p>מנבאים לטווח ארוך</p> <p>רמות גבוהות של PTSD ו-MDD בגל 1 ניבאו סיכון גבוה יותר לפסיכופתולוגיה בגל 2. נמצא קשר בין תמיכה חברתית נמוכה בגל 1 לבין רמות גבוהות יותר של PTSD ו-MDD בגל 2. נמצא קשר בין התקשרות חרדה גבוהה יותר בתקופת הדגימה הראשונה לבין רמות גבוהות יותר של תסמיני PTSD ו-MDD בתקופת הדגימה השנייה.</p>	<p>מדדי חשיפה</p> <p>הבחנה בין שלוש קבוצות לפי קרבה לגבול, (כולן בטווח הטילים):</p> <p>1) 0-20 ק"מ מהגבול 2) 20-30 ק"מ מהגבול 3) 30-40 ק"מ מהגבול</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מבוגרים. גיל: M=23.85 (Sd=2.15)</p>	<p>דגימה ראשונה : 7 בינואר 2009 (במהלך מבצע עופרת יצוקה). דגימה שניה : 8 במאי 2009 (4 חודשים לאחר הפסקת האש)</p>	<p>מחקר אורך. דגימת נוחות.</p>	<p>סטודנטים ממכללת ספיר שבשדרות. הנתונים נאספו בשני פרקי זמן דגימה ראשונה : N=135 דגימה שניה : N=133</p>	<p>בסר ונריה (2010)</p>
<p>פסיכולוגים/חברתיים</p> <p>נמצא קשר בין התקשרות חרדה ורמות נמוכות של תמיכה חברתית לבין רמות גבוהות יותר של PTSD. ממצאים</p> <p>לא נמצא קשר מובהק בין קרבה לבין תסמיני PTSD, התקשרות חרדה, התקשרות נמנעת או תמיכה חברתית נתפסת. מתווכים</p> <p>רמות נמוכות של תמיכה חברתית תיווכה את הקשר בין התקשרות ו-PTSD.</p>	<p>מדדי חשיפה</p> <p>קרבה לגבול, הבחנה בין שלוש קבוצות (כולן בטווח הטילים):</p> <p>1) 11-20 ק"מ מהגבול 2) 21-30 ק"מ מהגבול 3) 31-40 ק"מ מהגבול</p>	<p>סבירות ל- PTSD = 20%</p>	<p>מבוגרים. גיל: M=23.85 (Sd=2.15)</p>	<p>7 בינואר 2009 (במהלך מבצע עופרת יצוקה).</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת נוחות</p>	<p>סטודנטים ממכללת ספיר שבשדרות, שפוננו אל משפחותיהם (עדיין בטווח הטילים) N=135</p>	<p>בסר ונריה (2012)</p>

<p>ממצאים קבוצת החשיפה דיווחה על רמות גבוהות יותר של PTSD, דחק נתפס והתקשרות לא בטוחה. סוציודמוגרפיים נמצא קשר בין מגדר נשי ורמת השכלה נמוכה לבין רמות גבוהות יותר של PTSD.</p> <p>מתווכים רמות גבוהות של דחק נתפס בקבוצת החשיפה תיווכו את הקשר בין התקשרות חרדה לבין PTSD.</p>	<p>מדדי חשיפה הנבדקים בשדרות ובאזור הוגדרו כחשופים. כל המתגוררים באילת ובסביבתה הוגדרו כלא חשופים.</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מבוגרים. גיל בקבוצת מחקר: M=33.20 (Sd=10.44) גיל בקבוצת הביקורת: M=34.80 (Sd=9.39)</p>	<p>אוקטובר 2007 - אפריל 2008</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת אשכולות אקראית מרובדת</p>	<p>קבוצת מחקר: שדרות ויישובי האזור N=254 קבוצת ביקורת: אילת ויישובי האזור N=308</p>	<p>בסר, נריה והיינס (2009)</p>
<p>ממצאים נמצא קשר חיובי בין חשיפה ישירה לבין נטיה לתלותיות, חומרת PTSD ודחק נתפס. פסיכולוגיים <i>עבור קבוצת החשיפה</i> נמצא קשר בין רמות הדחק לבין חומרת PTSD. נמצא קשר בין רמות גבוהות יותר של נטיה לתלותיות לבין חומרת PTSD. <i>עבור קבוצת הביקורת</i> נמצא קשר בין ביקורת עצמית לבין רמות PTSD. לא נמצא קשר בין רמות דחק או נטיה לתלותיות לבין PTSD.</p>	<p>מדדי חשיפה כל הנבדקים המתגוררים בשדרות ובאזור הוגדרו כחשופים. כל המתגוררים באילת ובסביבתה הוגדרו כלא חשופים</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מבוגרים. גיל בקבוצת המחקר: M=32.46 (Sd=10.09) גיל בקבוצת הביקורת: M=34.22 (Sd=8.99)</p>	<p>אוקטובר 2007 - אפריל 2008</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת אשכולות אקראית מרובדת</p>	<p>מחקר 1 קבוצת מחקר: תושבי שדרות ויישובי האזור N=129 קבוצת ביקורת: תושבי אילת והסביבה N=155</p>	<p>בסר ופריאל (2010)</p>
<p>ממצאים נמצא קשר בין חשיפה ישירה למתקפות טילים לבין רמות גבוהות יותר של דיספוריה, חרדה, עוינות, כעס, סומטיזציה, רמות נמוכות יותר של תמיכה נתפסת, רמות גבוהות של רומינציה, נטיה לקטסטרופיזציה והאשמת האחר (בהשוואה לקבוצת הביקורת שלא נחשפה). פסיכולוגיים נמצא קשר בין רמות הדחק והעוררות לבין רמות גבוהות יותר של PTSD. נמצא קשר בין רמות גבוהות של תלותיות לבין</p>	<p>מדדי חשיפה כל הנבדקים המתגוררים בשדרות ובאזור הוגדרו כחשופים. כל המתגוררים באילת ובסביבתה הוגדרו כלא חשופים</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מבוגרים גיל בקבוצת המחקר: M=33.38 (Sd=10.80) גיל בקבוצת הביקורת: M=34.52 (Sd=9.34)</p>	<p>אוקטובר 2007 - אפריל 2008</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת אשכולות אקראית מרובדת</p>	<p>מחקר 2 קבוצת מחקר: תושבי שדרות ויישובי האזור N=119 קבוצת ביקורת: לא חשופים (תושבי אילת והסביבה) N=127</p>	

<p>חומרת PTSD. מתווכים עבור קבוצת המחקר: הקשרים בין נטיה לתלותיות לבין חומרת PTSD ומצוקה כללית תווכו על ידי רמות נמוכות של תמיכה חברתית נתפסת וויסות רגשי לא אדפטיבי. עבור קבוצת הביקורת: הקשרים בין ביקורת עצמית וחומרת PTSD תווכו על ידי ויסות רגשי לא אדפטיבי.</p>							
<p>פסיכולוגיים נמצא קשר שלילי בין מקורות פנימיים (תקווה, אופטימיות והערכה עצמית) ומקורות בינאישיים (תמיכה חברתית נתפסת) לחוסן לבין PTSD ותסמינים דיסוציאטיביים.</p>	<p>מדדי חשיפה כל הנבדקות במחקר הוגדרו כחשופות לאיום (כולם התגוררו במרחק של 7-40 ק"מ מהגבול).</p>	לא הוערכו	מבוגרות. גיל: M=25.21 (Sd=5.49)	נובמבר 2012 (במהלך מבצע עמוד ענן).	מחקר בד-בבדי. דגימת כדור שלג.	נשים תחת איום חמור של ירי טילים במהלך הסלמת 2012 N=140	בסר, ויינברג, זיגלר-היל ונריה (2014)
<p>ממצאים חומרת החשיפה ניבאה תסמיני PTSD והפרעת חרדה מוכללת. גורמים ממתנים הקשרים בין חומרת החשיפה לבין PTSD והפרעת חרדה מוכללת מותנו על ידי נרקסיזם פתולוגי בקרב נבדקים בעלי רמות גבוהות של נרקסיזם פתולוגי, אך לא עבור נבדקים עם רמות נמוכות.</p>	<p>מדדי חשיפה הבחנה בין שלוש רמות של חומרת חשיפה: 1) חשיפה בחומרה גבוהה, באזורים במרחק 7-40 ק"מ מהגבול שהיו תחת מתקפה כבדה. 2) חשיפה בחומרה מתונה – מרחק 65-75 ק"מ מהגבול, תחת מתקפת טילים מתונה. 3) חשיפה בחומרה קלה, באזורים במרחק 50-60 ק"מ מהגבול שספגו רמות נמוכות של ירי טילים.</p>	לא הוערכו	מבוגרות. גיל: M=28.19 (Sd=9.58)	נובמבר 2012 (במהלך מבצע עמוד ענן).	מחקר בד-בבדי. דגימת כדור שלג.	נשים בטווח ירי הטילים N=342	בסר, זיגלר-היל, פינקוס ונריה (2013)
<p>ממצאים לא נמצא קשר בין חומרת החשיפה לבין מצוקה. סוציודמוגרפיים נשים דיווחו על יותר מצוקה התפלגות ההפרעות לאורך זמן</p>	<p>מדדי חשיפה חומרת החשיפה למתקפות טילים לפני ובמהלך המלחמה הוערכה ע"י תשאול כל</p>	שכיחות PTSD: 1T=20% 2T=3.0% 3T=2.2%	מבוגרים. גיל: M=23.85 (Sd=2.15)	גל I: 7 ינואר 2009 (מבצע עופרת יצוקה) גל II: 10 במרץ 2009 (חודשיים)	מחקר אורך. דגימת נוחות	סטודנטים במכללה בשדרות N=135	נריה, בסר, קיפר ווסטפאל (2010)

<p>ב-T1 נמצאו שיעורי PTSD, דכאון מזיורי והפרעת חרדה מוכללת גבוהים באופן מובהק מאשר ב-T2 ו-T3.</p> <p>בנוסף, ב-T2 נמצאו שיעורי הפרעת חרדה מוכללת גבוהים באופן מובהק מאשר ב-T3.</p> <p>ממתנים</p> <p>תמיכה חברתית נתפסת גבוהה מיתנה את השפעת התגובה הרגשית על מצוקה.</p> <p>מנבאים לטווח ארוך</p> <p>תגובה רגשית מיידית ניבאה PTSD, דכאון מזיורי והפרעת חרדה מוכללת לאורך זמן. רמות גבוהות של תמיכה חברתית נתפסת ניבאו רמות נמוכות יותר של פסיכופתולוגיה לאורך זמן.</p>	<p>נבדק על מספר הפעמים שבהם היה חשוף למתקפות לפני ובמהלך המלחמה. גם לאחר הפינוי לבתי הוריהם, רוב הסטודנטים נותרו בטווח ירי הטילים.</p>	<p>שכיחות דכאון מזיורי:</p> <p>1T=45.2%</p> <p>2T=22.2%</p> <p>3T=22.2%</p> <p>שכיחות הפרעת חרדה מוכללת:</p> <p>1T=57.8%</p> <p>2T=21.5%</p> <p>3T=12.6%</p>		<p>לאחר הפסקת האש (האש) גל III: 8 במאי 2009 (ארבעה חודשים לאחר הפסקת האש)</p>			
<p>ממצאים</p> <p>רמות תסמיני ה-PTSD בקרב קבוצות החשיפה הגבוהה והמתונה היו גבוהות יותר מאשר בקבוצת החשיפה הנמוכה.</p> <p>פסיכולוגיים</p> <p>נמצא קשר שלילי בין חוסן פנימי לבין תסמיני PTSD.</p> <p>גורמים ממתנים</p> <p>חוסן פנימי מיתן את הקשר בין חומרת החשיפה לבין תסמיני PTSD בקבוצת החשיפה הנמוכה ובקבוצות החשיפה הגבוהה.</p>	<p>מדדי חשיפה</p> <p>המדגם חולק ל-3 קבוצות: (1) חשיפה בחומרה גבוהה, באזורים במרחק 7-40 ק"מ מהגבול שהיו תחת מתקפה כבדה. (2) חשיפה בחומרה מתונה – מרחק 65-75 ק"מ מהגבול, תחת מתקפת טילים מתונה. (3) חשיפה בחומרה קלה, באזורים במרחק 50-60 ק"מ מהגבול שספגו רמות נמוכות של ירי טילים.</p>	<p>לא הוערכו מבוגרים. גיל: M=31.40 (Sd=10.63)</p>	<p>יולי-אוגוסט 2014 (במהלך מבצע צוק-איתן)</p>	<p>מחקר בד-בבדי דגימת כדור שלג</p>	<p>יהודים ישראלים המתגוררים בקהילות החשופות לירי טילים N=251</p>	<p>בסר, זיגלר-היל, ויינברג, פינקוס ונריה (2015)</p>	
<p>ממצאים</p> <p>הקבוצה הקרובה ביותר לגבול דיווחה על תחושת לכידות הגבוהה ביותר ועל החוסן הקהילתי החזק ביותר.</p> <p>קבוצת הקרבה הבינונית דיווחה על תחושת הלכידות הנמוכה ביותר ועל המצוקה הגבוהה ביותר (גם קבוצה זו הייתה חשופה לירי טילים).</p>	<p>מדדי חשיפה</p> <p>מרחק מהגבול, הבחנה בין שלוש קבוצות (כולן בטווח הטילים): (1) עד 7 ק"מ מהגבול (2) 7-40 ק"מ מהגבול (3) למעלה מ-40 ק"מ</p>	<p>לא הוערכו מבוגרים. גילאי 18-79</p>	<p>מרץ-אפריל 2012 (חודש ושבוע לאחר הסלמה)</p>	<p>מחקר בד-בבדי.</p>	<p>מבוגרים המתגוררים בטווח ירי הטילים ומצורות התיישבות שונה (ערים מול ישובים קהילתיים)</p>	<p>בראון-לוינסון ומוסרי רובין (2014)</p>	

<p>סוציודמוגרפיים</p> <p>לנשים דיווחו על רמות מצוקה גבוהות יותר. נבדקים בגיל העמידה דיווחו על רמות מצוקה נמוכות יותר. נמצא קשר שלילי בין מצוקה לבין רמת הכנסה משפחתית גבוהה.</p> <p>פסיכולוגיים</p> <p>נמצא קשר שלילי בין תחושת לכידות לבין מצוקה</p>	<p>מהגבול</p>					<p>N=843</p>	
<p>ממצאים</p> <p>לא נמצא קשר מובהק בין חשיפה לבין PTSD, דכאון או הפרעות שינה.</p> <p>סוציודמוגרפיים</p> <p>נמצא קשר בין מגדר נשי, גיל מבוגר ופגיעה כלכלית לבין יותר הפרעות שינה.</p> <p>פסיכולוגיים</p> <p>נמצא קשר בין אובדן משאבים פסיכולוגיים לבין הפרעות שינה.</p> <p>נמצא קשר בין סבירות ל-PTSD לבין הפרעות שינה.</p>	<p>מדדי חשיפה</p> <p>המדגם פוצל לקבוצת חשיפה גבוהה וקבוצת חשיפה נמוכה, בהתבסס על מקום המגורים. חשיפה ישירה הוערכה גם על ידי שלושה פריטים השואלים כמה פעמים הנבדק חווה מוות של בן משפחה או חבר קרוב כתוצאה ממתקפת טרור או טילים, פגיעה שלו עצמו, של בן משפחה או חבר קרוב כתוצאה ממתקפת טרור או טילים, היה עד למתקפת טרור או טילים או היה נוכח בעת שאחרים נפצעו או נהרגו.</p>	<p>במדגם כולו : הסבירות ל-PTSD = 5.5% הסבירות לדכאון = 8% ולהפרעות שינה = 37.4%</p>	<p>מבוגרים. גילאי 18-95 M=43.20 (Sd=17.70)</p>	<p>15 ביולי עד 26 באוגוסט 2008.</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימה טלפונית אקראית, ריבוד עבור מגדר ורמת חשיפה</p>	<p>קבוצת מחקר : תושבי שדרות, נתיבות ואשקלון N=500 קבוצת ביקורת : תושבי אופקים, אשדוד ואור עקיבא N=501</p>	<p>פלמיירי, ציפמן, קנטי, גיונסון והובפול (2010)</p>
<p>ממצאים</p> <p>באזורי החשיפה הגבוהה נמצאו רמות גבוהות יותר של לקות תפקודית המקושרת לדחק פוסטטראומטי. לאחר שקלול משתני החשיפה הנוספים, אזורי החשיפה היוו מנבא מובהק באופן חלקי בלבד. נמצא קשר בין חשיפה לבין בריאות ירודה, אובדן משאבים פסיכולוגיים גבוה יותר וקושי כלכלי. פגיעה של הנבדק עצמו, של בן משפחתו או של חבר</p>	<p>מדדי חשיפה</p> <p>המדגם פוצל לקבוצת מחקר - חשיפה גבוהה וקבוצת ביקורת - חשיפה נמוכה, בהתבסס על מקום המגורים. חשיפה ישירה הוערכה גם על ידי שלושה פריטים שבדקו כמה פעמים</p>	<p>29% - לקות בתפקוד המקושרת לדחק פוסטטראומטי. 5.5% - סבירות ל-PTSD.</p>	<p>מבוגרים. +18</p>	<p>15 ביולי – 26 באוגוסט 2008.</p>	<p>מחקר בד-בבדי. מדגם טלפוני אקראי, ריבוד עבור מגדר ורמת חשיפה.</p>	<p>קבוצת מחקר : תושבי שדרות, נתיבות ואשקלון N = 500 ביקורת : תושבי אופקים, אשדוד, אור עקיבא N=501</p>	<p>צ'פמן, פלמיירי, קנטי, גיונסון והובפול (2011)</p>

<p>קרוב ניבאה לקות תפקודית המקושרת לדחק פוסטטראומטי. סוציודמוגרפיים מגדר נשי, רמת השכלה נמוכה יותר והכנסה נמוכה יותר נמצאו קשורים באופן מובהק ללקות תפקודית רבה יותר המקושרת לדחק פוסטטראומטי. פסיכולוגיים אובדן משאבים פסיכולוגיים, בריאות ירודה והפרעות שינה ניבאו לקות תפקודית המקושרת לדחק פוסטטראומטי.</p>	<p>הנבדק חווה את האירועים הבאים בעקבות מתקפת טילים: היה עד לפציעות או למוות, בן משפחתו או חבר קרוב שלו נהרג, הוא, בן משפחתו או חבר קרוב שלו נפצעו.</p>						
<p>בקרוב נבדקים שסובלים מ PTSD נמצאה רמה גבוהה יותר של נוגדנים המשקפים רמות גבוהות יותר של דלקת בגוף כמו גם מדדי דלקת גבוהים.</p>	<p>הקבוצות חולקו לחשיפה גבוהה וחשיפה נמוכה על פי אזור מגורים</p>	<p>20.2% מהנבדקים דיווחו על תסמינים המצביעים על סבירות ל PTSD על 7.7% על תסמינים המצביעים על סבירות לדיכאון</p>	<p>מבוגרים. גיל: M=45.8</p>	<p>אוקטובר- נובמבר 2010</p>	<p>מחקר בד-בבדי. קשר נוצר עם נבדקים מרשימת נבדקים שהשתתפה במחקר קודם של הקבוצה</p>	<p>קבוצת מחקר: נבדקים מאזור חשיפה גבוהה N=44 קבוצת ביקורת: נבדקים מאזור חשיפה נמוכה N=48</p>	<p>קנטי, רס, לובהורסקי, גרהרט והובפול (2014)</p>
<p>ממצאים עבור קבוצת שדרות, רמת החשיפה לאירועי טרור היוותה מנבא חזק ל-PTSD. סוציודמוגרפיים רמת השכלה נמוכה היוותה מנבא חזק לדכאון, אך רק בקבוצת שדרות. גיל, הכנסה ורווקות היוו כולם מנבאים מובהקים לדכאון בקבוצת עוטף עזה. פסיכולוגיים רק בקרב תושבי שדרות, מספר אירועים טראומטיים היווה מנבא חזק ל- PTSD ולדכאון.</p>	<p>מדדי חשיפה נמדדה חשיפת הנבדקים לאורך החיים לאירועים טראומטיים. נמדדה החשיפה לאירועים בטחוניים - האם נחשפו למתקפת טרור והאם בן משפחה או חבר קרוב שלהם נחשף למתקפה או נפצעו או אבדו רכוש והאם בן משפחה או חבר קרוב שלהם נהרג במתקפת טרור.</p>	<p>קבוצת שדרות סבירות ל- PTSD=35.2% קבוצת עוטף עזה סבירות ל- PTSD=6.6%</p>	<p>מבוגרים. גיל - שדרות: M=47.35 (Sd=16.58) גיל - עוטף עזה: M=53.62 (Sd=15.81)</p>	<p>אוגוסט 2009</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימה טלפונית אקראית. מדגם מרובד כדי להבטיח מדגם מייצג. המספרים נבחרו אקראית עד להשלמת דרישות הגודל עבור כל הרבדים.</p>	<p>קבוצה חשופה המתגוררת בעיר (שדרות) N=298 קבוצה חשופה המתגוררת ביישובים כפריים (עוטף עזה) N=152</p>	<p>שטיין, שור, קרנץ, דיקשטיין, סולומון, חורש ולידץ (2013)</p>

<p>פסיכולוגיים</p> <p>אופטימיות אישיותית נמצאה בקשר שלילי עם תסמיני חרדה אקוטית וחוויות דיסוציאטיביות ובקשר חיובי עם הערכה עצמית. נמצא קשר בין תסמיני חרדה אקוטית וחוויות דיסוציאטיביות. הערכה עצמית נמצאה בקשר שלילי עם תסמיני חרדה אקוטית.</p> <p>מתווכים</p> <p>הערכה עצמית תיווכה את הקשר בין אופטימיות ותסמיני חרדה אקוטית.</p>	<p>מדדי חשיפה</p> <p>כל הנבדקות היו בטווח הטילים ולכן הוגדרו כחשופות.</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מבוגרות. גיל: M=25.21 (Sd=5.49)</p>	<p>נובמבר 2012 (מהלך מבצע עמוד ענן)</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת כדור שלג.</p>	<p>נשים המתגוררות בדרום מערב ישראל, במרחק 7-40 ק"מ מהגבול N=140</p>	<p>ויינברג ועמיתים (2015)</p>
<p>ממצאים</p> <p>נמצא קשר בין השהיה בטווח הטילים לבין רמות גבוהות יותר של סיכון עצמי נתפס הנובע מטרור וכן רמות גבוהות יותר של סיכון עצמי נתפס. אלו שבחרו לעזוב את טווח הטילים אך הוריהם התגוררו בטווח, דיווחו על רמות גבוהות יותר של סיכון עצמי הנובע ממתקפת טרור ורמות גבוהות יותר של פחד. נמצא קשר בין השהיה בקמפוס לבין רמות גבוהות יותר של פחד וכעס, בהשוואה לשהיה מחוץ לקמפוס. במהלך השהיה מחוץ לקמפוס, הסטודנטים המתגוררים בטווח הטילים דיווחו על רמות גבוהות יותר של פחד.</p>	<p>מדדי חשיפה</p> <p>כל הנבדקים הוגדרו כחשופים היות והיו בטווח הטילים בתחילת מבצע עופרת יצוקה. הנבדקים נשאלו האם עברו מחוץ לטווח הטילים במהלך המבצע. כמו כן נשאלו האם הוריהם התגוררו מחוץ לטווח (חלק בחרו להישאר בטווח הטילים על אף שהיו יכולים להתפנות לבתי הוריהם מחוץ לטווח, בעוד אחרים בחרו לעבור בעוד הוריהם התגוררו בטווח).</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>גיל בטווח הטילים: M=26.4 גיל מחוץ לטווח הטילים: M=24.3</p>	<p>28 בינואר – 2 בפברואר 2009 (מיד לאחר מבצע עופרת יצוקה).</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת נוחות/</p>	<p>סטודנטים באוניברסיטת באר שבע (בטווח הטילים) סטודנטים שנשארו בטווח הטילים בזמן מבצע עופרת יצוקה N=134 סטודנטים שעברו אל מחוץ לטווח הטילים בזמן מבצע עופרת יצוקה N=64</p>	<p>שהרבני, בן ציון, רוזנבוים ושביט (2012)</p>
<p>ממצאים</p> <p>לא נמצא אפקט עיקרי למקום המגורים על הפחד והכעס. פחד וכעס היו חזקים יותר בעת ששהו בקמפוס מאשר מחוץ לו. עם זאת, בעת ששהו בקמפוס, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין רמות הפחד של אלו שחיו בטווח</p>	<p>מדדי חשיפה</p> <p>כל הנבדקים היו בטווח החשיפה (כשהגיעו לקמפוס). הנבדקים חולקו לשתי קבוצות: מתגוררים בטווח הטילים</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מבוגרים. גיל בטווח הטילים - M=26.45 גיל מחוץ לטווח הטילים -</p>	<p>מאי 2008 (3 חודשים לאחר שסטודנט נהרג בקמפוס מפגיעת טיל, פחות משבוע לאחר שהטיל</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת נוחות</p>	<p>קבוצת מחקר: סטודנטים ממכללה בשדרות. חלק מהסטודנטים התגוררו בטווח הטילים N=109</p>	<p>רוזנבוים, בן ציון, שהרבני ושביט (2012)</p>

<p>הטילים ואלו שחיו מחוץ לו. מחוץ לקמפוס, הסטודנטים שהתגוררו בטווח הטילים דיווחו על רמות פחד גבוהות יותר. נבדקים שחיו מחוץ לטווח נטו יותר לנקוט באמצעי זהירות כששהו בקמפוס והיו פסימיים יותר לגבי המשך לימודיהם במכללה.</p> <p>פסיכולוגיים</p> <p>תפיסת הסכנה בקמפוס הושפעה בעיקר מפחד. נבדקים מפוחדים הפכו פסימיים יותר לגבי הסכנה הכללית והאישית הנשקפת להם מטרור, אך לא לגבי סכנה שגרתית. נבדקים מפוחדים נטו יותר לנקוט אמצעי זהירות ושקלו להפסיק את לימודיהם במכללה.</p>	<p>ומתגוררים מחוץ לטווח הטילים. הנבדקים התבקשו עוד לדרג את הכעס והפחד שחשו כששהו בקמפוס ומחוץ לו.</p>		<p>M=27.58</p>	<p>האחרון נפל במכללה).</p>		<p>חלק מהסטודנטים התגוררו מחוץ לטווח הטילים N=181</p>	
<p>סוציודמוגרפיים</p> <p>הנבדקים משדרות דיווחו על רמות גבוהות יותר של תסמינים פוסט טראומטיים וצמיחה פוסט טראומטית, גם לאחר שליטה בגורם החשיפה הגבוהה יותר בקרב קבוצת נבדקים זו. בשתי הקבוצות נמצאו רמות נמוכות של דחק פוסט טראומטי (על אף ההבדלים המובהקים בין הקבוצות). נמצא קשר בין גיל מבוגר יותר לבין יותר PTSD.</p> <p>חשיפה</p> <p>נמצא קשר בין רמות חשיפה גבוהות לבין רמות PTSD גבוהות והערכת איום גבוהה. לא נמצא קשר בין חשיפה לבין צמיחה פוסט טראומטית.</p> <p>פסיכולוגיים</p> <p>נמצא קשר מובהק בין PTSD לבין צמיחה פוסט טראומטית. נבדקים עם רמות גבוהות של הערכת איום נטו יותר לדווח על רמות גבוהות של PTSD וצמיחה פוסט טראומטית. תחושת שייכות היוותה גורם מגוון מובהק מפני PTSD בקרב תושבי הקיבוץ.</p>	<p>מדדי חשיפה</p> <p>הנבדקים התבקשו לאבחן את החשיפה הישירה שלהם לירי טילי קסאם בסולם של 1-5.</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מבוגרים. גילאי 18-76 M=44.89 (Sd=13.34)</p>	<p>מרץ-יולי 2005</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת נוחות, התאמה (מאצ'ינג) עבור גיל ומגדר</p>	<p>תושבי שדרות, מעמד כלכלי- חברתי נמוך N=67 חברי קיבוץ, מעמד כלכלי-חברתי גבוה, חשיפה נמוכה N=67</p>	<p>דקל ונוטמן- שורץ (2009)</p>

<p>ממצאים מגורים בשדרות ורמת חשיפה גבוהה נמצאו שניהם כקשורים לרמות גבוהות יותר של תסמיני PTSD.</p> <p>סוציודמוגרפיים בקרבת תושבי שדרות נמצאו שיעורים גבוהים יותר של שימוש באלכוהול ובתרופות. מעמד כלכלי נמוך ומגדר נשי נמצאו שניהם כקשורים לרמות גבוהות יותר של PTSD.</p> <p>פסיכולוגיים תחושת השתייכות קהילתית גבוהה ושימוש בקבלה של המצב כדרך התמודדות נמצאו שניהם כקשורים לרמות נמוכות יותר של PTSD. רמות גבוהות של צריכת אלכוהול ותרופות וכן רמות גבוהות יותר של חיפוש תמיכה נמצאו קשורות לרמות גבוהות יותר של PTSD.</p>	<p>מדדי חשיפה הסטודנטים חולקו לשלוש קבוצות בהתבסס על מקום מגוריהם. חשיפה למתקפות הוערכה על ידי שאלה אחת שבה הנבדקים התבקשו להשיב האם היו חשופים בעבר לירי טילים.</p>	<p>בכלל המדגם ל- PTSD = 9.5% בשדרות PTSD = 26% ביישובים הכפריים PTSD = 6% ביתר האזורים PTSD = 6%</p>	<p>מבוגרים. גילאי 19-33 M=25 (Sd=2)</p>	<p>תאריך איסוף הנתונים לא צוין</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת נוחות אשר כללה דגימה של נבדקים מאזורים חשופים ברמות שונות.</p>	<p>סטודנטים במכללת ספיר שבשדרות. N=500 מתוכם: (1) תושבי שדרות N=69 (2) תושבי יישובים כפריים סמוך לעזה N=73 (3) תושבי קהילות מחוץ לאזור העימות N=358</p>	<p>נוטמן- שורץ ודקל (2009)</p>
<p>ממצאים נבדקים ברמות גבוהות של חשיפה סבלו מרמות גבוהות יותר של פחד ותגובות דחק כלליות וכן מרמות תפקוד נמוכות יותר</p> <p>סוציודמוגרפיים בקרבת נבדקים נשואים נמצאו רמות גבוהות יותר של תגובות דחק. נשים דיווחו על רמות גבוהות יותר של פחד ותגובות דחק כלליות בהשוואה לגברים.</p> <p>מתווכים תגובות פחד תיווכו את הקשר בין רמות החשיפה לטילים לבין תגובות דחק כלליות ותפקוד לקוי. תגובות פחד תיווכו גם כן את הקשר בין סגנונות התמודדות המערבים הסחת דעת לבין תגובות דחק כלליות כלליות ותפקוד לקוי.</p>	<p>מדדי חשיפה הסטודנטים נשאלו האם היו חשופים לטילים ואם כן, באיזו קרבה (נתבקשו לדרג על סולם של 4 דרגות).</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מבוגרים. גילאי 18-40 M=24.08 (Sd=3.26)</p>	<p>תאריך איסוף הנתונים לא צוין</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת נוחות</p>	<p>סטודנטים במכללה קהילתית בטווח ירי הטילים N=451</p>	<p>נוטמן- שורץ (2014)</p>
<p>סוציודמוגרפיים סוג הקהילה כגורם סיכון: נמצאו שיעורי PTSD גבוהים יותר בשדרות לעומת הקיבוץ. מגורים בשדרות והכנסה נמוכה ניבאו PTSD גבוה יותר.</p> <p>פסיכולוגיים</p>	<p>חשיפה נמצא מתאם חיובי בין חשיפה לבין תסמיני PTSD.</p>	<p>PTSD קבוצת שדרות: צעירים=29.5% מבוגרים=40.5%</p>	<p>מבוגרים. צעירים. גילאי 20-30. גיל: M= 24.11</p>	<p>הנתונים נאספו במהלך השנים 2007-2009 (כולל שתי)</p>	<p>מחקר בד-בבדי. נבדקים צעירים יותר נדגמו מתוך רשימה של סטודנטים</p>	<p>שתי קבוצות חשופות קבוצה עירונית (שדרות) N=140</p>	<p>נוטמן- שורץ, דקל ורגב (2015)</p>

<p>תחושת השתייכות קהילתית גבוהה יותר ניבאה פחות תסמיני PTSD.</p>		<p>קבוצת הקיבוץ: צעירים=4.5% מבוגרים=7.1%</p>	<p>(Sd=3.17) מבוגרים. גילאי 60- .75 גיל: M=70.98 (Sd=2.99)</p>	<p>הסלמות ושתי תקופות של רגיעה יחסית)</p>	<p>ממכללה מקומית. נבדקים מבוגרים יותר נדגמו מתוך מרשם התושבים באזור. שיטת הדגימה לא צוינה.</p>	<p>קבוצה כפרית (קיבוץ) N=136</p>	
<p>גורמים ממתנים ברמות גבוהות, אך לא בנמוכות, של דחק נתפס הקשור לחשיפה, ביקורת עצמית ניבאה רמות מוגברות של פסיכופתולוגיה לאחר החשיפה.</p>	<p>מדדי חשיפה שאלון בן 22 פריטים שימש להערכת 4 סוגי חשיפה פיזית (כמה קרוב היית לטילים וכמה חזק שמעת אותם) חשיפה יחסית (האם אנשים שהכרת הושפעו מירי הטילים) חשיפה תקשורתית (עד כמה צפו בשידורי טלוויזיה שעסקו בטרור בעקבות המתקפות, תגובותיהם הרגשיות לכך) חשיפת דחק (הדחק הנתפס ביחס למתקפות)</p>		<p>מבוגרים. גילאי 22-34 M=24.78 (Sd=1.98)</p>	<p>גל I: כשנה לפני מבצע עופרת יצוקה (2008) גל II: ינואר-פברואר 2009 (חודש-חודשים לאחר הפסקת האש).</p>	<p>מחקר אורך. דגימת נוחות</p>	<p>מחקר 1 סטודנטים לתואר ראשון הלומדים במכללה חשופה למתקפות טילים. הדגימה התבצעה בשני פרקי זמן. גל I: N=91 גל II: N=67</p>	<p>לסרי ועמיתים (2013)</p>
<p>גורמים ממתנים בתנאי של דחק נתפס גבוה, כאשר הרמות ההתחלתיות של פסיכופתולוגיה שקדמה לחשיפה היו נמוכות, ביקורת עצמית ניבאה רמות מוגברות של פסיכופתולוגיה לאחר החשיפה. כאשר הרמות ההתחלתיות של פסיכופתולוגיה שקדמה לחשיפה היו גבוהות, ביקורת עצמית ניבאה רמות מופחתות של פסיכופתולוגיה לאחר החשיפה.</p>	<p>מדדי חשיפה כמצוין קודם לכן</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מבוגרים. גילאי 24-36 M=27.0 (Sd=1.91)</p>	<p>גל I: כ 3 שנים לפני מבצע עופרת יצוקה (2006) גל II: 3 חודשים לאחר דגימה I (2006)</p>	<p>מחקר אורך. דגימת נוחות</p>	<p>מחקר 2 בוגרי מכללה חשופה למתקפות טילים. הלומדים במכללה החשופה למתקפות טילים. הדגימה התבצעה בשלושה פרקי זמן.</p>	

תחת תנאים של חשיפה נמוכה למדיה (אך לא בתנאי חשיפה גבוהה), כאשר הרמות ההתחלתיות של פסיכופתולוגיה שקדמה לחשיפה היו נמוכות, ביקורת עצמית ניבאה רמות מוגברות של פסיכופתולוגיה לאחר החשיפה. כאשר הרמות ההתחלתיות של פסיכופתולוגיה שקדמה לחשיפה היו גבוהות, ביקורת עצמית ניבאה רמות מופחתות של פסיכופתולוגיה לאחר החשיפה.				גל III : ינואר 2009 (שבוע לאחר הפסקת האש)		גל I : N=273 גל II : N=214 גל III : N=78	
גורמים ממתנים ברמות גבוהות, אך לא בנמוכות, של דחק נתפס הקשור לחשיפה, ביקורת עצמית ניבאה עליה בתסמינים שלאחר החשיפה. תחת רמות נמוכות, אך לא גבוהות, של חשיפה תקשורתית, ביקורת עצמית ניבאה רמות גבוהות יותר של תסמינים שלאחר החשיפה.	מדדי חשיפה כמצוין קודם לכן	לא הוערכו	מבוגרים. גילאי 19-83 M=55.3 (Sd=14.24)	גל I : כשנה לפני מבצע עופרת יצוקה גל II : פברואר-מרץ 2009 (לאחר מבצע עופרת יצוקה).	מחקר אורך. דגימת נוחות	מחקר 3 מטופלים הסובלים מכאב כרוני ומתגוררים בדרום ישראל. גל I : N=140 גל II : N=55	
ממצאים חשיפה לתקשורת ניבאה עליה בעוצמות הכאב וברכיב החושי של הכאב בגל 2. אף אחד מסוגי החשיפה לא ניבא עליה בדכאון, חרדה או הרכיב הרגשי של הכאב.	מדדי חשיפה הוערכו 4 סוגי חשיפה. חשיפה פיזית (כמה קרוב היית לטילים וכמה חזק שמעת אותם) חשיפה יחסית (האם אנשים שהכרת הושפעו מיירי הטילים) חשיפה לתקשורת (עד כמה צפו בשידורי טלוויזיה שעסקו בטרור בעקבות ירי הקסאמים, תגובותיהם הרגשיות לכך) חשיפת דחק (הדחק הנתפס ביחס לירי)	לא הוערכו	מבוגרים. גילאי 19-83 M=55.3 (Sd=14.24)	גל I : כשנה לפני מבצע עופרת יצוקה גל II : פברואר-מרץ 2009 (לאחר מבצע עופרת יצוקה).	מחקר אורך. דגימת נוחות	מטופלים הסובלים מכאב כרוני ומתגוררים בדרום ישראל. הדגימה התבצעה בשני גלים. גל I : N=140 גל II : N=55	לרמן, רוידן ושרר (2013)
ממצאים <i>חשיפה גבוהה לעומת חשיפה נמוכה, סביבה עירונית</i> נבדקי שגרות דיווחו על שיעורים גבוהים יותר של PTSD לעומת נהדקים באופקים וכן על	מדדי חשיפה כל הנבדקים המתגוררים בשדרות או עוטף עזה הוגדרו כחשופים בדרגה גבוהה. כל המתגוררים (שדרות) :	סבירות ל- PTSD : חשיפה גבוהה, תושבי עיר (שדרות) :	מבוגרים +18	יולי 2007	מחקר בד-בבדי. סקר טלפוני, מדגם רנדומלי (RDD)	קבוצת מחקר : תושבי סביבה עירונית (שדרות) N=276 תושבי סביבה	גלקופף, ברגר, בלייך וסילבר (2012)

<p>תסמינים רבים יותר של ההפרעה וכן יותר מצוקה ובעיות תפקוד. הנבדקים משדרות נטו להשתמש יותר בשירותי בריאות, לצורך יותר תרופות ונעזרו בקווי ייעוץ ותמיכה טלפוניים יותר מאשר מקביליהם בעיר החשופה באופן פחות.</p> <p>חשיפה גבוהה לעומת חשיפה נמוכה, סביבה כפרית תושבי עוטף עזה החשופים לירי בצורה משמעותית דיווחו יותר על חרדה ומצוקה מתונות יותר בהשוואה לתושבי חבל לכיש. תושבי עוטף עזה נעזרו יותר בשירותי ייעוץ בהשוואה לתושבי חבל לכיש. סוציודמוגרפיים</p> <p>תושבי שדרות דיווחו על יותר PTSD ומצוקה וכן תפקוד פגוע יותר מהנבדקים בשלוש הקבוצות האחרות. הם השתמשו יותר בשירותי בריאות, צרכו יותר תרופות ונעזרו בקווי ייעוץ ותמיכה טלפוניים בתדירות גבוהה יותר.</p> <p>פסיכולוגיים\חברתיים</p> <p>נמצא קשר בין חשיפה חוזרת לטראומות לבין יותר PTSD. נמצא קשר שלילי בין תמיכה חברתית ואופטימיות לבין PTSD.</p>	<p>באופקים או בחבל לכיש הוגדרו כחשופים בדרגה נמוכה. בנוסף, חשיפה לירי טילים הוערכה על ידי 8 שאלות.</p>	<p>26.4% חשיפה גבוהה, תושבי אזור כפרי (עוטף עזה) : 5.6% חשיפה נמוכה, תושבי עיר (אופקים) : 1.5% חשיפה נמוכה, תושבי אזור כפרי (חבל לכיש) : 0.0%</p>				<p>כפרית (עוטף עזה) N=67 קבוצת ביקורת: תושבי סביבה עירונית שנחשפו לפחות ירי (אופקים) N=323 תושבי סביבה כפרית שנחשפו קלות לירי (חבל לכיש) N=73</p>	
<p>ממצאים</p> <p>בקרוב הקבוצה העובדת בשדרות נמצאה חשיפה אובייקטיבית, סובייקטיבית ומקצועית גבוהה יותר לירי טילים בהשוואה לקבוצה העובדת בקהילות הגובלות בעזה. קבוצת שדרות דיווחה יותר על PTSD ויותר טראומטיזציה משנית.</p> <p>חשיפה סובייקטיבית ניבאה PTSD וגם טראומטיזציה משנית.</p> <p>סוציודמוגרפיים</p> <p>מספר שנות ההשכלה ניבא טראומטיזציה משנית.</p> <p>מקצועיים</p> <p>ניסיון מקצועי וכשירות מקצועית נתפסת ניבאו PTSD.</p> <p>ניסיון מקצועי, תמיכה מקצועית וכשירות מקצועית נתפסת ניבאו טראומטיזציה משנית.</p>	<p>מדדי חשיפה</p> <p>כל המשתתפים במחקר הוגדרו כחשופים לירי. חשיפה אובייקטיבית הוערכה על ידי 10 פריטים הנוגעים לתדירות החשיפה הישירה לירי טילים. חשיפה סובייקטיבית הוערכה על ידי 4 פריטים ששיקפו את היום הנתפס (למשל, ביטחון אישי ומשפחתי). חשיפה מקצועית הוערכה באמצעות 6 פריטים הנוגעים לתדירות</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מבוגרים. גיל בקבוצת שדרות M= 40.54 (Sd=11.02)</p> <p>גיל בקבוצת הקהילות הכפריות: M= 42.33 (Sd=10.83)</p>	<p>פברואר- ספטמבר 2009</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת נוחות</p>	<p>מומחים בבריאות הנפש העובדים בשדרות N=50</p> <p>מומחים בבריאות הנפש העובדים בקהילות כפריות סמוך לגבול עזה N=49</p>	<p>פינקלשטיין, שטיין, גרין, ברונשטיין וסולומון (2015)</p>

	החשיפה במהלך העבודה (למשל, הטיפול בקורבנות שנפגעו במהלך מתקפת טילים). המדדים הללו נוצרו עבור מטרת המחקר הנוכחי						
ממצאים נמצא מתאם חיובי בין חשיפה לבין PTSD, דכאון, חרדה ותסמיני דחק. גורמים ממתנים ארבעה גורמי התמודדות מיתנו את מערכת היחסים בין חשיפה הקשורה לטרור לבין מכלול תסמינים פסיכיאטריים: הכחשה/התנתקות, התמודדות בעזרת צריכת סמים, תרופות או אלכוהול וחיפוש תמיכה חברתית נמצאו כולם כקשורים לעליה ברמות הדכאון, החרדה והדחק. קבלה/מסגור חיובי נמצא קשור לרמות נמוכות יותר של PTSD, דכאון, חרדה ודחק.	מדדי חשיפה שאלון בן 6 פריטים פציעה אישית או של קרוב או חבר, אובדן בנפש ואובדן כלכלי.	לא הוערכו	מבוגרים. גיל: M= 49.50 (Sd=16.57)	אוגוסט 2009	מחקר בד-בבדי. דגימת שכבות	תושבי שדרות ועוטף עזה N=450	דיקשטיין ועמיתים (2012)
מנבאים לטווח ארוך ASD בגל 1 הגביר את הסיכון ל-PTSD בגל ה-2 בשיעור הגבוה מפי שבע. אחריות עצמית נתפסת בקבוצת הדגימה הראשונה נמצאה במתאם חיובי עם PTSD בקבוצת הדגימה השנייה.	מדדי חשיפה כל הנבדקים שהשתתפו במחקר הוגדרו כמי שנחשפו (כולם התגוררו ברציפות באזור מאז שנת 2001).	דגימה I: 12%=ASD תסמיני דכאון=35.2% מצוקה פסיכולוגית= 58.9% דגימה II: 13%=PTSD	מבוגרים. +18	גל I: 30 בדצמבר 2008- 15 בינואר 2009 (מהלך מבצע עופרת יצוקה). גל II: יוני 2009 (6 חודשים לאחר הפסקת האש).	מחקר אורך. סקר טלפוני, מדגם רנדומלי (RDD).	מחקר 1 תושבי שדרות והקהילות הסמוכות. גל I: N=194 גל II: N=138	בן עזרא ועמיתים (2015)
מנבאים לטווח ארוך תסמיני ASD בקבוצת הגל ה-1 ניבאו באופן מובהק PTSD בגל ה-2	מדדי חשיפה כל הנבדקים שהשתתפו במחקר הוגדרו ככאלו שנחשפו (כולם התגוררו ברציפות באזור מאז שנת 2001).	לא הוערכו	מבוגרים. +18	גל I: 13-18 באפריל 2011 (מיד לאחר ההסלמה). גל II: יולי 2011 (3 חודשים לאחר ההסלמה)	דגימה נוספת במחקר זה לעומת מחקר 1. מחקר אורך. דגימת נוחות.	מחקר 2 תושבי שדרות והקהילות הסמוכות. גל I: N=26 גל II: N=26	

<p>ממצאים – מחקר 1 בקבוצה שנחשפה נמצאו רמות גבוהות יותר של PTSD, דכאון ותסמינים פסיכוסומטיים</p> <p>ממצאים מחקר 2 בקבוצה שנחשפה דווחו רמות נמוכות יותר של תסמינים פסיכוסומטיים מאשר לקבוצה שנחשפה בעבר</p> <p>ממצאים מעבר לשני המחקרים לשתי הקבוצות שנחשפו דווחו רמות PTSD גבוהות יותר בהשוואה לקבוצות שלא נחשפו. לאחיות בקבוצה שנחשפה בגל 1 היו רמות גבוהות יותר של דכאון ותסמינים פסיכוסומטיים מאשר לאחיות בקבוצה שנחשפה במחקר 2.</p>	<p>מדדי חשיפה כל הנבדקים שעבדו בטווח הטילים הוגדרו ככאלו שנחשפו. כל אלו שעבדו מחוץ לטווח הטילים הוגדרו ככאלו שלא נחשפו</p>	לא הוערכו	מבוגרות.	12-15 בינואר 2009 (מהלך מבצע עופרת יצוקה)	מחקר בד-בבדי. דגימה אקראית אשכולות.	<p>מחקר 1 קבוצת מחקר : אחיות שעבדו בטווח הטילים (באשכולון) N=46 קבוצת ביקורת : אחיות שעבדו מחוץ לטווח הטילים (בתל אביב) N=41</p>	בן עזרא, פלגי, שרירא וחממה-רז (2013)
	<p>מדדי חשיפה כל הנבדקים שעבדו בטווח הטילים הוגדרו ככאלו שנחשפו. כל אלו שעבדו מחוץ לטווח הטילים הוגדרו ככאלו שלא נחשפו.</p>	לא הוערכו	מבוגרות	19-22 ביולי 2009	מחקר בד-בבדי. דגימה אקראית אשכולות.	<p>מחקר 2 מדגם אחר לעומת המדגם של מחקר 1. קבוצת מחקר : דגימה שונה של אחיות שעבדו בטווח הטילים (באשכולון) N=45 קבוצת ביקורת : אחיות שעבדו מחוץ לטווח הטילים (בתל אביב) N=31</p>	
מעורב							
<p>ממצאים נמצא קשר בין קרבה לגבול לבין תסמיני PTSD ודכאון. לא נמצא הבדלים מובהקים בין קרבה נמוכה וקבוצות שלא נחשפו בתסמיני ה-PTSD והדיכאון.</p>	<p>מדדי חשיפה קרבה לגבול, חלוקה לארבע קבוצות : (1 עד 10 ק"מ (שדרות) (2 10-30 ק"מ</p>	לא הוערכו	מעורב- מבוגרים /ילדים בגילאי 15-75.	3-8 בינואר 2009 (במהלך מבצע עופרת יצוקה)	מחקר בד-בבדי. דגימת נוחות	קבוצת מחקר : מתגוררים בקהילות עירוניות בטווח הטילים N=99	בר חיים ועמיתים (2010)

<p>קבוצת ביקורת : לא חשופים (מחוץ לטווח הטילים, מתגוררים בתל אביב). N=32</p>			<p>M=37.30 (Sd=16.10)</p>		<p>3) 40-30 ק"מ 4) מחוץ לטווח הטילים</p>	<p>קבוצת הקרבה הגבוהה ביותר דיווחה על חרדה גבוהה באופן מובהק. נמצא קשר בין קרבה גבוהה לבין קשב נמוך לסכנה.</p> <p>פסיכולוגיים עבור נבדקים בטווח הטילים, ככל שההטיה וההסחה מהאיום גברו, תסמיני המצוקה שלהם החריפו.</p>
<p>בראון- לוינסון ושגיא (2014)</p> <p>מתבגרים ומבוגרים יהודים המתגוררים באזורים החשופים לירי טילים N=150</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת כדור שלג.</p>	<p>אוגוסט 2011, השאלונים הושלמו במהלך הסלמה קלה או שבוע לכל היותר לאחר שתמה.</p>	<p>מעורב - מתבגרים ומבוגרים בגילאי 15-86.</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מדדי חשיפה כל הנבדקים שהשתתפו במחקר הוגדרו כחשופים</p>	<p>סוציודמוגרפיים הקבוצה ממעמד כלכלי-חברתי מתחת לממוצע דיווחה על תגובות דחק חמורות יותר מקבוצת הנבדקים ממעמד כלכלי-חברתי גבוה מהממוצע. מבוגרים צעירים יותר דיווחו על חרדה מצבית גבוהה יותר ועל תחושת עקביות נמוכה יותר מאשר נבדקים בגיל העמידה. תושבי ערים דיווחו על תגובות חרדה חמורות יותר ועל חוסן קהילתי נמוך יותר בהשוואה לתושבי אזורים כפריים.</p>
<p>פת- הורנצ'יק ועמיתים (2013)</p> <p>קבוצת מחקר : חשיפה גבוהה (תושבי שדרות). ילדי גן ואמהותיהם. N=85 (זוגות). קבוצת ביקורת : חשופים בעבר לירי טילים (תושבי צפון ישראל). ילדי גן ואמהותיהם. N=177 (זוגות).</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת נוחות. קבוצת הביקורת נדגמה מתוך שכונה עם מאפיינים חברתיים- כלכליים דומים.</p>	<p>אפריל 2007 – אוגוסט 2008.</p>	<p>קבוצת מחקר : גיל ילדים : M=3 (Sd=1.44) גיל אמהות : M= 32.93 (Sd=5.95) קבוצת ביקורת : גיל ילדים : M= 3.44 (Sd=1.33) גיל אמהות : M= 32.75 (Sd=5.52)</p>	<p>שכיחות PTSD בקרב הילדים : 44.6% בקבוצת המחקר לעומת 15.0% בקבוצת הביקורת. שכיחות PTSD בקרב האמהות : 84.4% במחקר לעומת 26.5% בקבוצת הביקורת.</p>	<p>מדדי חשיפה חשיפת הילדים לטראומה הוערכה על ידי שאלון בן 8 פריטי כולא שהושלם על ידי האמהות, עסק בחשיפת הילד לטראומה בהתייחס למתקפות טילים ולאלימות על רקע פוליטי. 2 פריטים נוספים בדקו את החשיפה הקודמת של הילד לטראומה שאינה פוליטית. חשיפת האמהות לטראומה הוערכה על ידי שאלון מה- Composite International</p>	<p>ממצאים בקרב ילדי קבוצת המחקר נמצאו תסמיני PTSD גבוהים יותר וכן יותר בעיות התנהגותיות ורגשיות בהשוואה לקבוצת הביקורת. בקרב אמהות קבוצת המחקר נמצאו שיעורי PTSD גבוהים יותר וכן יותר תסמיני דכאון בהשוואה לקבוצת הביקורת. בהשוואה בין קבוצת המחקר לקבוצת הביקורת, לאחוז גבוה יותר של אמהות עם PTSD היו ילדים עם PTSD.</p> <p>פסיכולוגיים נמצא מתאם בין מצוקה אמהית לבין מצוקה של הילד.</p>

	Diagnostic Interview (Kessler & Ustun, 2004 ומ-5 פריטים נוספים אודות חשיפה לאלימות פוליטית.						
פלדמן וונגרובר (2011)	קבוצת מחקר : זוגות של אמהות וילדי גן חשיפה גבוהה (שדרות) N=148 קבוצת ביקורת : זוגות של אמהות וילדי גן (תל אביב רבתי) N=84	מחקר בד-בבדי. דגימת כדור שלג. קבוצת הביקורת הותאמה עבור קריטריונים של גודל עיר המגורים, מעמד כלכלי-חברתי, דיור והזדמנויות תעסוקה.	ינואר 2006- אוקטובר 2008	גיל בקרב הילדים : M=33.08 חודשים (Sd=10.89) גיל בקרב האמהות : M=31.27 שנים (Sd=5.55)	מחקר : PTSD אובחן ע"י קלינאי בקרב 37.8% מהילדים תושבי שדרות. בקורת : אף ילד מקבוצת הביקורת לא אובחן כסובל מ-PTSD.	ממציא הטראומטי לבין מספר תסמיני ההימנעות של הילד. אמהות לילדים עם PTSD דיווחו על קרבה רבה יותר לאירוע הטראומטי. סוציודמוגרפיים נמצא קשר מובהק בין גיל לבין PTSD בילדים ; ילדי גן דיווחו על מספר סימפטומים כפול כמעט בהשוואה לילדים צעירים יותר (פעוטות). פסיכולוגיים אמהות ילדים עם PTSD דיווחו על רמות גבוהות יותר באופן מובהק של דכאון, חרדה ו-PTSD. ילדים עם PTSD הפגינו רמות גבוהות יותר של התקשרות נמנעת והתנהגויות רגרסיביות.	ממציא הטראומטי לבין מספר תסמיני ההימנעות של הילד. אמהות לילדים עם PTSD דיווחו על קרבה רבה יותר לאירוע הטראומטי. סוציודמוגרפיים נמצא קשר מובהק בין גיל לבין PTSD בילדים ; ילדי גן דיווחו על מספר סימפטומים כפול כמעט בהשוואה לילדים צעירים יותר (פעוטות). פסיכולוגיים אמהות ילדים עם PTSD דיווחו על רמות גבוהות יותר באופן מובהק של דכאון, חרדה ו-PTSD. ילדים עם PTSD הפגינו רמות גבוהות יותר של התקשרות נמנעת והתנהגויות רגרסיביות.
פלדמן, וונגרובר אבשטין (2014)	גל I : קבוצת מחקר : אמהות וילדיהן מחשיפה גבוהה (שדרות) N=148 קבוצת ביקורת : אמהות וילדיהן תושבי תל אביב רבתי N=84 גל II : 210 ילדים מקבוצת המחקר וקבוצת הביקורת.	מחקר אורך. דגימת כדור שלג.	גל I : ינואר 2006-אוקטובר 2008 גל II : שנתיים- שלוש לאחר גל I	גיל בקרב הילדים : M=33.08 חודשים (Sd=10.89) גיל בקרב האמהות : M=31.27 שנים (Sd=5.55)	ממציא הטראומטי לבין מספר תסמיני ההימנעות של הילד. אמהות לילדים עם PTSD דיווחו על קרבה רבה יותר לאירוע הטראומטי. סוציודמוגרפיים נמצא קשר מובהק בין גיל לבין PTSD בילדים ; ילדי גן דיווחו על מספר סימפטומים כפול כמעט בהשוואה לילדים צעירים יותר (פעוטות). פסיכולוגיים אמהות ילדים עם PTSD דיווחו על רמות גבוהות יותר באופן מובהק של דכאון, חרדה ו-PTSD. ילדים עם PTSD הפגינו רמות גבוהות יותר של התקשרות נמנעת והתנהגויות רגרסיביות.	ממציא הטראומטי לבין מספר תסמיני ההימנעות של הילד. אמהות לילדים עם PTSD דיווחו על קרבה רבה יותר לאירוע הטראומטי. סוציודמוגרפיים נמצא קשר מובהק בין גיל לבין PTSD בילדים ; ילדי גן דיווחו על מספר סימפטומים כפול כמעט בהשוואה לילדים צעירים יותר (פעוטות). פסיכולוגיים אמהות ילדים עם PTSD דיווחו על רמות גבוהות יותר באופן מובהק של דכאון, חרדה ו-PTSD. ילדים עם PTSD הפגינו רמות גבוהות יותר של התקשרות נמנעת והתנהגויות רגרסיביות.	

בקרב הוריהם.		גל I (ילדות מוקדמת). בקרב 41% מהמאובחנים עם PTSD בתקופת גל I אובחן PTSD בתקופת הגל הII.					
<p>ממצאים</p> <p>אמהות קבוצת המחקר דיווחו על יותר תסמיני PTSD, הפגינו פחות הדדיות במהלך אינטראקציות והראו רמות גבוהות יותר של סמנים נירו-אנדוקריניים לדחק. ילדי קבוצת המחקר הפגינו יותר רגשות שליליים בתגובה לגרימת פחד. ילדים שסובלים מ PTSD הראו רמות נמוכות של מדדים נירואנדוקריניים של מתח. ילדים החשופים למתח אך לא סובלים מ PTSD מראים רמות גבוהות של נירואנדוקריניים למתח. נבדקים מקבוצת הביקורת הראו עלייה בקורטיזול וירידה לאחר מטלה ורמות נמוכות במדד של המערכת הסימפטטית (sAA). בעוד ילדים חשופים ללא PTSD השתמשו ביותר אסטרטגיות של חיפוש אחר הרגעה, ילדים עם PTSD השתמשו בנסיגה. מנבא של רמה גבוהה של קורטיזול אצל הילד היה רמה גבוהה של קורטיזול אצל האם, תסמיני PTSD, הדדיות נמוכה ונטייה לרגש שלילי.</p>	<p>מדדי חשיפה</p> <p>כל הנבדקים משדרות הוגדרו כחשופים, כל נבדקי קבוצת הביקורת הוגדרו כלא חשופים. מידע נקודתי אודות חשיפה סופק על ידי קלינאי וכלל את סוג הטראומה שהייתה אליה חשיפה, משפחתו של הילד, דרגת החשיפה, תיאור תקרית החשיפה, קרבת הילד לפיצוץ, האם הילד או בני משפחתו נפצעו וחומרת הפציעה אם התרחשה.</p>	לא הוערכו	<p>גיל בקרב הילדים: M=33.08 חודשים (Sd=10.89)</p> <p>גיל בקרב האמהות: M=31.27 שנים (Sd=5.55)</p>	ינואר 2006- אוקטובר 2008	מחקר בד-בבדי. דגימת כדור שלג.	קבוצת מחקר: אמהות וילדיהן בחשיפה גבוהה (שדרות) N=148 קבוצת ביקורת: אמהות וילדיהן (תל אביב רבתי) N=84	פלדמן, ונגרובר, אידלמן-רוטמן וזגורי-שרון (2013)
<p>פסיכולוגיים</p> <p>לאמהות עם PTSD הייתה סבירות גבוהה יותר לילדים עם PTSD.</p> <p>פסיכוסומטיים</p>	<p>מדדי חשיפה</p> <p>כל הנבדקים הוגדרו כחשופים</p>	סבירות ל- PTSD ילדים = 21% אמהות = 8.4%	מדגם מעורב. גיל ילדים: M=5.34	פברואר-מרץ 2009	מחקר בד-בבדי. דגימת אשכולות אקראית.	אמהות וילדי גן ממעמד כלכלי- חברתי נמוך, תושבי באר שבע.	קאופמן- שריקי ועמיתים (2013)

ילדים שסבלו מכאבי ראש, עצירות ושלשול היו בסבירות גבוהה יותר ל-PTSD.			(Sd=.5) גיל אמהות: M=35.4 (Sd=7.4)			N= 167	
ממצאים נמצאו רמות PTSD גבוהות יותר בקבוצת החשיפה המתמשכת. תסמיני הימנעות היו גבוהים יותר באופן מובהק בקבוצת החשיפה המתמשכת. סוציודמוגרפיים מבוגרים צעירים וקשישים דיווחו על רמות גבוהות יותר של PTSD בהשוואה למתבגרים. מגדר נמצא קשור רק לתסמיני הימנעות. גברים מדווחים על רמות גבוהות יותר של הימנעות בהשוואה לנשים.	מדדי חשיפה הקבוצה משדרות הוגדרה כקבוצת החשיפה המתמשכת, הקבוצה מקריית שמונה הוגדרה כקבוצת החשיפה האינטנסיבית התקופתית.	לא הוערכו	מדגם מעורב. ילדים\ מתבגרים\ מבוגרים. קבוצת המחקר: גילאי 6-79. M=31.5 (Sd=20.5) קבוצת הביקורת: 6-83. M=37.6 (Sd=22.8)	ספטמבר 2008 - פברואר 2009 (תקופת רגיעה שאחריה תקופת הסלמה). ביקורת: אוגוסט 2006 (לאחר מלחמת לבנון השנייה) - יוני 2007.	מחקר בד-בבדי.	קבוצת מחקר: תושבי שדרות שפנו לטיפול פסיכולוגי בשל מצוקה פוסטטראומטית N=107 קבוצת ביקורת: אוכלוסיה קלינית מקריית שמונה (נחשפו לירי טילים 2006) N=105	להד ולייקין (2010)
מתבגרים							
מתבגרים ממשפחות מסורתיות ומי שחוו בעבר אירועי דחק דווחו על רמת חשיפה גבוהה יותר. נבדקים בוגרים יותר דווחו על תחושת סכנה גבוהה במיוחד. מי שעזבו את שדרות דווחו על מצוקה נפשית רבה יותר ממי שנשארו. תחושת שייכות לקהילה זוהתה כגורם מגן.		הפרעה בתפקוד יומיומי - 34%. קשיים בשיעורי בית - 27% ובתפקוד חברתי - 24%. PTSD - 13%, קשיי תפקוד - 10%.	ילדים ומתבגרים גילאי 10-18	מרץ עד מאי 2010	מחקר בד-בבדי מדגם נוחות	תושבי שדרות N=903 שער הנגב N=193	לביא ונוטמן-שורץ (2010) *דו"ח מחקר

<p>בן פורת, יבלון ויצחקי (2013)</p>	<p>תלמידי תיכון המתגוררים בנגב המערבי, אזור החשוף בשמונה השנים האחרונות למתקפות טילים N=1004</p>	<p>מחקר בד-בבדי. הועברו שאלונים לכל התלמידים בכל בתי הספר באזור.</p>	<p>תאריך ספציפי לא צוין. ככל הנראה מדובר בשנים 2008-2009</p>	<p>מתבגרים. גילאי 14-18 M=16.02 (Sd=1.18)</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מדדי חשיפה כל הנבדקים היו בטוח הטיילים. כמו כן, השלימו שאלון בן 12 פריטים אודות חשיפה לטרור (יצחקי ודקל, 2005). ביטויי החשיפה השונים כללו תקריות ירי, מתקפות טילים, פצצות מרגמה, פצצות תבערה ומחבלים מתאבדים.</p>	<p>ממצאים חשיפה לטרור לא תרמה ישירות להסברת השונות ברמות ה-PTSD. סוציודמוגרפיים נבדקים המתגוררים באזורים בעלי דירוג כלכלי-חברתי נמוך סבלו מרמות גבוהות יותר של PTSD בהשוואה לאלו המתגוררים באזורים בעלי דירוג כלכלי-חברתי גבוה. פסיכולוגיים נמצא קשר בין רמות גבוהות יותר של PTSD לבין רמות גבוהות יותר של PTSD. נמצא קשר שלילי בין מעורבות קהילתית גבוהה יותר לבין רמות של PTSD. נמצא קשר בין רמות גבוהות יותר של שליטה לבין רמות נמוכות יותר של PTSD. קשר זה היה חזק יותר בקרב תושבי אזורים בעלי מדד כלכלי-חברתי נמוך מאשר בקרב תושבי אזורים בעלי מדד כלכלי-חברתי גבוה.</p>
<p>בראון-לוינסון ושגיא (2011)</p>	<p>בני נוער יהודים המתגוררים בדרום ישראל N=138 בני נוער בדואים המתגוררים בדרום ישראל N=84</p>	<p>מחקר בד-בבדי. לא צוינה במאמר זה, אבל אותו מדגם מתואר כדגימת נוחות בפרסומים אחרים.</p>	<p>ינואר 2009 (מהלך מבצע עופרת יצוקה)</p>	<p>מתבגרים. גילאי 12-18 גיל נבדקים יהודים: M=15.40 (Sd=1.23) גיל נבדקים בדואים: M=15.92 (Sd=1.27)</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מדדי חשיפה החשיפה נמדדה באמצעות 5 שאלות המתייחסות לנפילה על הבית, על השכונה, האם היתה פגיעה אישית או של מכר או נפילה על ביתו של מכר. ממוצע התשובות חושב לצורך יצירת "אינדקס חשיפה".</p>	<p>ממצאים לא נמצא מתאם מובהק בין חשיפה לתגובות דחק. פסיכולוגיים <i>עבור הקבוצה היהודית</i> נמצא קשר שלילי בין תחושת עקביות לבין תגובות דחק. <i>עבור הקבוצה הבדואית</i> נמצא קשר שלילי בין תקווה לבין תגובות דחק.</p>
<p>בראון-לוינסון, שגיא ורות (2010)</p>	<p>בני נוער יהודים המתגוררים בדרום ישראל N=138 בני נוער בדואים המתגוררים בדרום</p>	<p>מחקר בד-בבדי. דגימת נוחות.</p>	<p>ינואר 2009 (מהלך מבצע עופרת יצוקה)</p>	<p>מתבגרים. גילאי 12-18 גיל נבדקים יהודים: M=15.40</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מדדי חשיפה כל הנבדקים שהשתתפו במחקר הוגדרו כחשופים</p>	<p>סוציודמוגרפיים לא נמצאה השפעה לגיל או למגדר. לא נמצא קשר מובהק בין מוצא אתני לבין תגובות דחק. הנבדקים הבדואים דיווחו על יותר כעס ועל תחושת קוהרנטיות נמוכה יותר.</p>

			(Sd=1.23) גיל נבדקים בדואים : M=15.92 (Sd=1.27)			ישראל N=84	
פסיכולוגיים	מדדי חשיפה	לא הוערכו	מתבגרים. M=15.40 (Sd=1.23)	ינואר 2009 (מהלך מבצע עופרת יצוקה)	מחקר בד-בבדי. דגימת נוחות.	בני נוער יהודים המתגוררים בדרום ישראל N=138	בראון- לוינסון, שגיא ורות (2011)
ממצאים	מדדי חשיפה	לא הוערכו	גיל קבוצת מחקר : M=15.46 (Sd=1.55) קבוצת ביקורת : M=15.56 (Sd=1.78)	אוגוסט 2006 (מהלך מלחמת לבנון השנייה).	מחקר בד-בבדי.	קבוצת מחקר : חשיפה כרונית (שדרות וקיבוצים). קבוצת ביקורת : חשיפה אקוטית (צפון ישראל - היו חשופים לדחק אקוטי במהלך מלחמה). N=231	שגיא ובראון- לוינסון (2014)
ממצאים	מדדי חשיפה	לא הוערכו	גיל קבוצת מחקר : M=15.46 (Sd=1.55) קבוצת ביקורת : M=15.56 (Sd=1.78)	אוגוסט 2006 (מהלך מלחמת לבנון השנייה).	מחקר בד-בבדי.	קבוצת מחקר : חשיפה כרונית (שדרות וקיבוצים). קבוצת ביקורת : חשיפה אקוטית (צפון ישראל - היו חשופים לדחק אקוטי במהלך מלחמה). N=231	שגיא ובראון- לוינסון (2014)
פסיכולוגיים	מדדי חשיפה	לא הוערכו	מתבגרים. גיל בדגימה I : M=12.63 (Sd=0.68) בדגימה II : M=2.58	גל I : מאי 2007 (יום לפני ההסלמה) גל II : ספטמבר 2007 (4 חודשים לאחר ההסלמה)	מחקר אורך. דגימת נוחות.	מתבגרים תושבי שדרות. נדגמו שתי קבוצות בפרקי זמן שונים. גל I : N=45 גל II : N=37	הנריך ושחר (2008)
ממצאים	מדדי חשיפה	גל I : 38% דכאון גל II : 52% דכאון	משתנה החשיפה לבדו לא ניבא באופן מובהק דכאון בגל 2, אך נמצאה אינטראקציה מובהקת בין חשיפה ותמיכה חברתית. גורמים ממתנים ברמות נמוכות של תמיכה חברתית בגל 1, נמצא קשר בין חשיפה רבה למתקפות טילים לבין דכאון מוגבר.	חשיפה לירי קאסמים הוערכה בגל 2 באמצעות 6 פריטים : האם הנבדק נפצע ; חבר או בן משפחתו נפצע ; רכושו ניזוק ; עזב את ביתו ;			

			(Sd=.62)				
ברמות גבוהות של תמיכה חברתית בגל 1, נמצא קשר בין חשיפה רבה למתקפות טילים לבין דכאון מופחת.	רכוש של חברים או בני משפחה ניזוק; חברים או בני משפחה הושפעו נפשית ממתקפות הטילים ב-5 החודשים האחרונים.						
ממצאים IT : חשיפה רבה יותר למתקפות טילים נמצאה קשורה באופן מובהק לרמות גבוהות יותר של דכאון וחרדה, אך האפקטים שנמצאו היו קטנים. אפקטים ארוכי טווח : חשיפה רבה יותר לטילים ב-2T ניבאה דכאון מוגבר, חרדה ואלימות ב-3T, אך האפקטים היו קטנים. חשיפה קודמת לטרור נמצאה קשורה באופן מובהק לדכאון ואלימות. סוציודמוגרפיים תלמידים מבוגרים יותר סבלו מיותר דכאון וחרדה. בנים דיווחו על פחות דכאון וחרדה והפגינו יותר אלימות.	מדדי חשיפה בכל דגימה, הנבדקים נשאלו 6 שאלות כולא שבדקו האם, בחודשים האחרונים, נפגעו פיזית ממתקפת טילים, ספגו נזק לרכוש, חבריהם או בני משפחתם נפגעו פיזית, נפשית, או ספגו נזק לרכוש.	לא הוערכו	מתבגרים, 12-16 גיל חציוני : 14	גל I : מאי-יוני 2008 גל II : פברואר 2009 (מיד לאחר מבצע עופרת יצוקה) גל III : מרץ 2010 גל IV : פברואר-מרץ 2011	מחקר אורך. דגימת נוחות.	מתבגרים תושבי שדרות ושער הנגב. נדגמו ארבע קבוצות בפרקי זמן שונים. גל I : N=315 גל II : N=305 גל III : N=263 גל IV : N=173	הנריך ושחר (2013)
מנבאים לטווח ארוך רמות גבוהות של רגש חיובי ושל רגש שלילי שבועיים לאחר הסלמה ניבאו רמות גבוהות יותר של תסמיני PTSD חודשיים וחצי מאוחר יותר.	מדדי חשיפה כל הנבדקים הוגדרו כחשופים	לא הוערכו	מתבגרים, כתות ז-י"א	גל : מרץ 2012 (שבועיים לאחר הסלמה) גל II : מאי-יוני 2012 (3 חודשים לאחר הסלמה).	מחקר אורך. דגימת נוחות.	מתבגרים מאזורי עירוניים בדרום ישראל החשופים למתקפות טילים. נדגמו שתי קבוצות בפרקי זמן שונים. דגימה I : N=745 דגימה II : N=503	ישראל-כהן, קאשי-רוזנבאום וקפלן (2014)
פסיכולוגיים הכרת טובה ושביעות רצון מהחיים נמצאו בקשר שלילי עם תסמיני PTSD. רגש שלילי נמצא בקשר חיובי עם תסמיני PTSD. מתווכים שביעות רצון מהחיים תיווכה את הקשר בין הכרת טובה ותסמיני PTSD, כאשר שביעות רצון גבוהה יותר מנבאת תסמיני PTSD נמוכים יותר. רגש שלילי תיווך את הקשר בין הכרת טובה לבין	מדדי חשיפה כל הנבדקים הוגדרו כחשופים	לא הוערכו	מתבגרים, כתות ז-י"א	חודשיים וחצי לאחר הסלמה (התאריכים לא צוינו).	מחקר בד-בבדי. דגימת נוחות.	מתבגרים מעיר בדרום ישראל החשופה לירי טילים N=522	ישראל-כהן, אוזפובסקי, קאשי-רוזנבאום וקפלן (2015)

<p>תסמיני PTSD, כאשר רגש שלילי רב יותר מנבא יותר תסמינים.</p>							
<p>ממצאים בקרב קבוצת המחקר נמצאו תסמיני PTSD ודכאון גבוהים יותר בגל II בהשוואה לקבוצת הביקורת. בקבוצת המחקר נמצאו רמות חרדה גבוהות יותר מקבוצת הביקורת בגל I, אך לא בגל II-ה. מנבאים לטווח ארוך בקרב הקבוצה החשופה נמצא מתאם שלילי בין הימנעות קשבית מאיום בגל הI לבין תסמיני PTSD ודכאון בגל הII.</p>	<p>מדדי חשיפה כל הנבדקים שהתגוררו בשדרות הוגדרו חשופים ואלו שהתגוררו בתל אביב הוגדרו כלא חשופים.</p>	<p>קבוצת מחקר : 35.7% סבירות לדכאון בגל 1 33.3% סבירות לדכאון בגל 2 11.1% סבירות ל-PTSD בגל 2 קבוצת ביקורת : 12.5% סבירות לדכאון בגל 1 14.3% סבירות לדכאון בגל 2 ללא סבירות ל-PTSD בגל 2</p>	<p>מעורב. גילאי 17-62 M=34.26 (Sd=10.53)</p>	<p>גל I : 3 אוגוסט 2009 (מהלך מבצע עופרת יצוקה) גל II : שנה לאחר מכן.</p>	<p>מחקר אורך. דגימת נוחות (מחקר המשך – ראו בר חיים (2010) עבור פרטים על המחקר המקורי).</p>	<p>גל I : קבוצת מחקר : חשיפה גבוהה (שדרות) N=28 קבוצת ביקורת : אינה חשופה (תושבי תל אביב) N=32 דגימה II : קבוצת מחקר : חשיפה גבוהה (שדרות) N=18 קבוצת ביקורת : אינה חשופה (תושבי תל אביב) N=14</p>	<p>וואלד ועמיתים (2011)</p>
<p>סוציודמוגרפיים בקרב בנות נמצאו שיעורי PTSD גבוהים יותר והן חשו יותר סכנה מאשר בנים. בנות דיווחו על יותר צמיחה מאשר בנים. בנים חוו יותר אלימות, אך חשו בטוחים יותר מאשר בנות. תלמידים ממעמד כלכלי-חברתי נמוך סבלו מיותר תסמיני PTSD, אלימות פיזית, תחושת ביטחון נמוכה יותר ותחושת סכנה גבוהה יותר בהשוואה לתלמידים ממעמד כלכלי-חברתי גבוה. תלמידים ממעמד כלכלי-חברתי נמוך דיווחו על יותר צמיחה בהשוואה לתלמידים ממעמד כלכלי-חברתי גבוה.</p>	<p>מדדי חשיפה כל הנבדקים הוגדרו כחשופים</p>	<p>לא הוערכו</p>	<p>מתבגרים. גילאי 14-18 M=16.02 (Sd=1.18)</p>	<p>תאריך איסוף הנתונים לא צוין</p>	<p>מחקר בד-בבדי. לא צוינה</p>	<p>תלמידי תיכון המתגוררים במערב הנגב N=1004</p>	<p>יבלון ועמיתים (2011)</p>

1.1 מחקרים אפידמיולוגיים

במחקרים שנסקרו בלוח 1 נטלו חלק בסה"כ כ-18,000 נבדקים, כ-14,000 מתוכם היו תושבי יישובי הדרום החשופים לירי. במרבית המחקרים (N=29) נבחנה הפרעה פוסט-טראומטית (PTSD). ב-17 מחקרים נבחנו סממני דיכאון. מצוקה נפשית נבדקה ב-9 מחקרים, בעיות שינה נבחנו בשלושה מחקרים. כמו כן במחקר אחד נבחנו חרדה מצבית, התנהגות אלימה.

בקרב האוכלוסייה בקהילה שנסקרה העלו המחקרים שכיחות שנעה בין 5.5% ל-84.4% של תסמינים פוסט-טראומטיים מעל החתך הקליני. השונות הגדולה בשיעורי הדיווח העצמי משקפת ככל הנראה הבדלים במדדים השונים בהם השתמשו החוקרים, נקודות הזמן השונות בהן נאסף המידע והאוכלוסיות השונות שנסקרו. המחקרים מצביעים על הבדלים מהותיים בין קבוצות החשיפה השונות ובין תקופה של מבצע צבאי לתקופת הפסקת אש. בדומה, הסתמנה שונות גדולה גם בשיעורי הדכאון שדווחו ונעו בין 8% ל-52% בקרב מתבגרים ומבוגרים בהתאמה. בעיות שינה דווחו בקרב 37.4% מתושבי עוטף עזה. חשיפה ישירה היתה הנבאי הבולט לכעס ולתוקפנות. עמדות שליליות כלפי האויב היו קשורות ל-PTSD כפועל יוצא של רמת חשיפה.

בנוסף להערכת היקף המצוקה הנפשית, המחקרים בחנו את התרומה הפוטנציאלית של חשיפה, תמיכה חברתית, תחושת שייכות, חיים בישב כפרי או עירוני ומשתני רקע סוציו-כלכלי לתחושת דחק. סקירת המאמרים בלוח 1 מצביעה כי כצפוי חשיפה גבוהה ומתמשכת להתקפות טילים מגבירה את הסיכון לדחק, וכן שתמיכה חברתית ותחושת שייכות הינם גורמים מגנים המשככים את ההשפעות השליליות של חשיפה להתקפות הטילים, וכי מצב סוציו-אקונומי נמוך הינו גורם הקשור לפגיעות.

1.2 אתגרים קונספטואליים

הקושי המהותי העומד בבסיס המחקרים שסקרנו נוגע למגבלות הקונספטואליות. כפי שצינו, במוקד מרבית המחקרים שבוצעו עמדה ההפרעה הפוסט-טראומטית וכן נבדקו סימני דיכאון, מצוקה נפשית, בעיות שינה, חרדה ואלימות. ההחלטה לבחון מדדים אלו מובנת משום שאלו הם המדדים השכיחים שאותם בוחנים מחקרים שמעריכים תוצאות של אירועים המקפלים בתוכם איום.

1.2.1 תגובה רגשית לירי טילים – האומנם הפרעה פוסט טראומטית?

ההפרעה הפוסט-טראומטית, על-פי IV-DSM, מוגדרת כתגובה מתמשכת לאירוע לוחץ או למצב קטסטרופלי או מאיים באופן קיצוני (APA 2000). ההפרעה הפוסט-טראומטית היא ההפרעה היחידה בין ההפרעות הפסיכיאטריות שהמחולל שלה מוגדר כחיצוני לאדם, קרי חשיפה למצב איום ממשי על החיים או השלמות הגופנית של השורד או היקרים לו. מאז שההפרעה הוגדרה לראשונה בשנת 1980 חלו תמורות רבות שנבעו מהבנה עמוקה יותר של התופעה. שני הסוגים המוכרים של ההפרעה הפוסט-טראומטית הינם הפרעה מסוג I והפרעה מסוג II. הפרעה מסוג I, או PTSD קלאסי, נצפית בדרך-כלל בקרב מי ששרדו אירוע טראומתי בודד. הסוג השני (Type II או DESNOS disorder of extreme stress not otherwise specified) זוהו בידי קלינאים וחוקרים בולטים, בהם הרמן (1992) וואן דר קולק (2005), ואוששו אמפירית. הפרעה זו היא מורכבת יותר והופכת להיות תכונתית יותר ממצבית, כפועל יוצא של חשיפה ממושכת, חוזרת ונשנית של טראומה ממנה האדם אינו יכול להימלט. בדרך כלל היא נגרמת על-ידי תוקפן מזוהה במסגרת יחסי פנים אל פנים, כמו למשל בשבי. עם זאת, בחינה מדוקדקת ומעמיקה יותר, של המצב בדרום הארץ מחד ושל הספרות המקצועית מאידך, מעלה תמיהה באשר להתאמה של בחינת סימני ההפרעה הפוסט-טראומטית הקלאסית כתוצרים מובהקים ובלעדיים של החיים בשרות ובעוטף עזה.

השאלה שעולה אם כן היא האם תגובות התושבים בדרום הארץ אחרי 12 שנות חשיפה חוזרת ונשנית ישתקפו ב-PTSD הקלאסי כמו זה שמאובחן אחרי תאונת דרכים חד פעמית? או האם מדובר בחוויה דמוית שבי? או, כפי שקלינאים אחדים המטפלים בתושבי האזור גורסים, או אולי מדובר בישות (entity) שונה, שהרי הנסיבות ואפיוני האירועים הלוחצים שונים. לאחרונה, מספר חוקרים הציעו סוג III של הפרעה (איגל וקמינר, 2013; קירה ועמיתים, 2013) שקיבלה בספרות המקצועית את השם 'חשיפה ממושכת לטראומה (בראון-לוונסון ועמיתיה, 2009).

תושבי שדרות ועוטף עזה נחשפים ל- (1) צבר של אירועים מאיימים לאורך זמן. (2) אין להם מגע אישי קרוב ואינטימי עם התוקפן כמו בשבי. (3) הם נתונים במצב מתמשך שבו הם חיים באותה קהילה אך ארגון ושגרת חייהם, חיי בני משפחתם והפעילות הקהילתית והתעסוקתית מאוימים ומופרעים תדיר. לאור כל אלה עולה השאלה האם לתגובותיהם של תושבי דרום הארץ אפיונים ייחודיים הן באשר למופע הקליני והן באשר לסוג ולעוצמת תגובת הדחק. שאלה מהותית עוד יותר הינה עד כמה התגובות מותאמות לסיטואציה ופונקציונאליות לשימור החיים ועד כמה הן פוגעות בתפקוד?

דיאמונד ועמיתים סיכמו במאמרם (2010) את התרשמויותיהם מעבודתם הקלינית בדרום הארץ. הם צפו בעליה ברמת החרדה בעוטף עזה בקרב אוכלוסיות שנחשפו למטחי טילים אך העריכו כי מדובר בעומס ובהצטברות של משקעי דחק ולא בתגובה לחשיפה לאירועים בודדים. דהיינו שאין מדובר בתגובות אקוטיות מובהקות אלא בשחיקה מתמשכת והולכת. חשוב מכך, להערכתם, התמונה הקלינית המוגדרת של ההפרעה הפוסט-טראומטית כלל אינה מתאימה לתיאור התגובות של האוכלוסייה בדרום ישראל. למשל, הם לא צפו בסימפטומים של התנסות חוזרת ונשנית בתכנים טראומטיים חודרניים אלא בתגובות של פחד מוכלל. בדומה, הם לא אבחנו עוררות יתר אלא ציפייה דרוכה למטחי טילים. בנוסף, וחשוב מכל להערכתנו, הם העריכו כי התגובות הללו הן מותאמות ואף יעילות כתגובות התמודדות במצב המיוחד בו חיים התושבים. כלומר, בניגוד למחקרים שנסקרו למעלה, להערכת קלינאים אלה, התגובות שנצפו הן נורמטיביות ומותאמות.

תפיסה זו עולה בקנה אחד עם הממצאים שנצפו ותוארו בהרחבה במלחמת המפרץ הראשונה (סולומון 1995). תושבי ישראל שהיו נתונים במשך שישה שבועות למטחי טילים מעירק הציגו תמונה מורכבת שגילתה תחלואה מועטת. שיעור זעיר יחסית פנה לטיפול נפשי, בודדים קיפחו את חייהם כתוצאה מפאניקה שגררה שימוש בלתי מותאם במסכות המגן שגרם למוות בחניקה, מאות אחדות הזריקו לעצמם אטרופין שלא לצורך, אנשים רבים עזבו את בתיהם לאזורים שנתפסו בעיניהם כבטוחים יותר, ועשרות אף הגיעו בלילות למסדרונות בתי החולים מתוך ציפייה שאלו ממוגנים ושעזרה רפואית תהיה זמינה ובהישג יד אם יזדקקו לה. עם זאת, מרבית תושבי ישראל הגיבו בקונסטלציה של תגובות חרדה וגילו לאורך זמן הסתגלות (habituation) או הביטואציה. דהיינו, ככל שנקף הזמן הסתמנה התמתנות או הסתגלות למצב הדחק. בעיתות סכנה כמו מיד לאחר נפילת טיל – בדרך כלל בקרבת מקום או בלילה (הזמן בו נפלו מרבית הטילים) – הסתמנה עלייה בדריכות ובחרדה מטרימה. אך לאחר "שוך הסכנה", קרי שעות היום וימים ספורים בהם לא נפלו טילים, התמעטו סימפטומים של חרדה. המנגנון של קשיבות ודריכות לקולות מאיימים היה האחרון ששרד ואף הוא דעך אחרי חודשים אחדים. מחקר שיטתי שבחן לאורך זמן שינויים בקבוצת סיכון גבוה – מי שבתיהם נפגעו מהטילים והם פונו מהם – העלה כי בעוד ש-90% מהנבדקים הראו סימפטומים פוסט-טראומטיים בעת המלחמה והפינוי, תוך זמן קצר יחסית הסימפטומים חלפו והם שבו לאיתנם (סולומון, 1995).

בדומה, גם מחקרים שבוצעו בישראל בעת האינתיפאדה השנייה, שגם בה היו אזרחים רבים חשופים לפיגועי התאבדות תכופים, העלה דפוס דומה. אמנם כ-9% דיווחו על סימפטומטולוגיה פוסט-טראומטית

(בלייד, גלופ וסולומון, 2004) אך מעקב לאורך זמן גילה עמידות חוסן והסתגלות (בלייד ועמיתיו, 2004; תובל-משיח ושלו, 2005) ודעיכה של הסימפטומים.

אין להתעלם מהאפשרות שתגובות דחק במהלך החשיפה לאירועים טראומטיים הן תגובות צפויות אך גם פונקציונאליות. תגובות אלה הינן בשירות ההישרדות. למשל, תחושת דריכות בזמן ובאזור אסון היא תגובה פונקציונאלית שעשויה להגביר את סיכויי ההישרדות, שכן האדם קשוב וער לאיומים ועל כן יכול לפעול באופן שישמור על חייו וחיי אחרים. כך למשל לחיילים בשדה הקרב שהינם ערניים ודורכים סיכויי הישרדות גבוהים יותר מחבריהם שאינם מתאימים את תפקודם לתנאים המאיימים בהם הם שרויים (סולומון 1993). הקושי מסתמן כאשר האירועים הטראומטיים חולפים אך השורדים ממשיכים להרגיש ולהגיב כאילו הם עדיין באזור אסון. זוהי למעשה המהות של ההפרעה הפוסט-טראומטית. השורדים מצויים בתחושת דריכות מתמדת מחד, מוצפים בתכנים המאיימים, ובה בעת מנסים להתרחק מהם. כל התגובות הללו, שבעת אסון הן טבעיות ופונקציונאליות, הופכות לאחר תום החשיפה לדיס-פונקציונאליות, גובות מחיר נפשי וגופני כבד ומוגדרות כסימפטומים.

ככלל המחקרים שנסקרו עסקו בפסיכופתולוגיה ובעיות תפקוד. אף לא אחד מהמחקרים אחז בתגובה סלוטוגנית ולא המשיג או העריך חוסן, אם כי אחדים מהם בחנו צמיחה פוסט טראומטית. החסר או הליקוי הזה בולט במיוחד מאחר ומרבית שורדי אירועים טראומטיים אינם מפתחים פסיכופתולוגיה. לפיכך, יש חשיבות עליונה להערכה ולהתערבויות שמכוונות להעצים פרטים וקהילות ולהעלות את חוסנם. בעיקר נודעת לחוסן משמעות במצבים של חשיפה חוזרת. ברחבי הארץ ובדרום נבנו והופעלו מרכזי חוסן שפעלם החשוב גם ינחה את המשגה והמדידה כאן. יתר על כן, הספרות מורה שבין ההיבטים הסלוטוגניים של טראומה מזוהים גם צמיחה פוסט-טראומטית, לכידות, תחושת שייכות, אומץ, וגאווה (בוננו, 2006; לאופר וסולומון 2006). לפיכך, אנו מבקשים להעריך גם את סמני החוסן בעוטף עזה ולבחון קורלטים של העצמת חוסן התושבים והקהילות.

בדרום הארץ האיומים נמשכים כאמור שנים רבות, אך גם במהלך שנים אלו אין אחידות ויציבות באיומים. יש תקופות סוערות בהן מטחי הטילים תכופים והם מסבים נזק ותקופות שקטות יותר. השאלה שעולה, אם כן, היא מהן התגובות הייחודיות שמתפתחות ואיזה מהתרחישים הבאים או מהשילובים שלהם מסתמן: דו קיום של חרדה והביטואציה? מצב מתמיד של חרדה מטרימה? חרדה לצד משקעים פוסט-טראומטיים? שינויים קרקטריוולוגיים כגון DESNOS? או הביטואציה? או אולי עליה בתגובות דחק בעת איום וירידה שהאיום חולף?

להבנה מהותית באשר לתגובות ולשכיחותן היחסית בקרב מגזרי אוכלוסיה שונים נודעת כמובן משמעות רבה ביותר משום שעל פיהם, ניתן לגזור מדיניות ולהחליט באופן מושכל לגבי התערבות, טיפול, שיקום ופיצוי/תמיכה.

המחקר הנוכחי מבקש באופן שיטתי לזהות ולאחר את התגובות הייחודיות של תושבי שדרות ועוטף עזה לסיטואציה המיוחדת והמורכבת שאליה נקלעו.

1.2.2 מגבלות מתודולוגיות

סקירת הספרות הרלוונטית העלתה גם מספר מגבלות מתודולוגיות מהותיות שמן הראוי לעסוק בהן. בעיקר אמורים הדברים בכך שבמצב בו נמשכה החשיפה למציאות אלימה ומאיימת לאורך מספר רב כל כך של שנים, אין בנמצא מחקרים לונגטודינאלים שיטתיים, מתוחכמים מתודולוגית. המחקרים האפידמיולוגיים צריכים להציג את שיטת הדגימה / גודל המדגם, קריטריונים של בחירת המשתתפים ואחרים (הנייקנס ועמיתים 1987). רבים מהמחקרים שנסקרו (לוח 1) אינם כוללים פרטים מהותיים אלה,

אין מידע על שיטת הדגימה, אחוז המשתתפים, קריטריונים להכללה או לדחיית משיבים. בחלק מהמחקרים אין בכלל דיווח על שיטת הדגימה וברבים מהם השתמשו במדגם נוחות לא מייצג. כאמור, מרבית המחקרים שנסקרו הם בד-בבדיים. המצב בו מחקר "מקפיא" מצב במדידה אחת ועל פיה נקבעות השכיחויות המדווחות איננו מתאים כלל למציאות שבה אירועים טראומטיים חוזרים ונשנים מתרחשים ובהכרח משפיעים על המשתתפים הנחקרים. במצב כזה גם לעיתוי המדידה השפעה מהותית על התוצאות, דבר שאינו מאפשר הכללה. לשון אחר, המתודולוגיה במחקרים אלה לוקה באשר לתקפות הפנימית והחיצונית של הממצאים. לאור הנאמר, יש מקום וחשיבות למחקר שיטתי שיבחן בשיטות מותאמות ומגוונות, לאורך זמן ובכלים רגישים ומותאמים, את תגובות האוכלוסייה ויזהה את צרכי התושבים, ובהם את שיעורי הנזקקים לסעד נפשי, רפואי וחברתי. זוהי כאמור אחת המטרות המרכזיות של המחקר המוצע.

1.3 מחקרים שבחנו התערבויות

מצבם של תושבי שדרות ועוטף עזה הניע כאמור ארגונים ואנשי בריאות נפש, הן ברמה הלאומית והן בעמותות וארגונים וולונטריים, להושיט עזרה וסעד. מספר לא מבוטל של אזרחים - בוגרים וילדים, השתתפו בתכניות טיפוליות שכללו שיטות התערבות רבות ושונות, הן שיטות שמקובלות להתערבות אקוטית והן התערבויות שמקובלות במצבים פוסט-טראומטיים. בפועל, התערבויות בשלוש רמות – ראשוניות, שניוניות ושלישוניות, הוגשו לתושבים.

לנוכח ההשקעה העצומה מפתיע מאד לגלות כי רק מחקרים מעטים ביותר העריכו את התאמת ההתערבויות לצרכי התושבים ואת היעילות של ההתערבויות הללו בהשגת המטרות בהן הציבו לעצמן.

סקירת הספרות שלנו הניבה ארבעה מחקרים המציגים הערכה של ארבע התערבויות, שתיאורן מופיע בלוח 2. המאמרים מתארים התערבות שהוגשה לקבוצות שונות של אנשים שחיים בדרום המותקף. מטרות ההתערבויות הללו הייתה להפחית תסמינים פוסט-טראומטיים ולהעלות חוסן. ברגר וגלקופ (2011) בדקו את יעילות העזרה שהוגשה לאחיות "טיפת חלב", ברגר ועמיתיו העריכו התערבות שיועדה לתלמידי חטיבת ביניים בגילאי 11-13 (ברגר ועמיתים 2012), ופרחי וגדרון (2010) דיווחו על התערבות שניתנה לאוכלוסייה המבוגרת בשדרות. וולמר חמיאל ולאור (2011) דיווחו על תוכנית התערבות בונה חוסן על ידי מורה הכיתה. כל ארבעת המחקרים כללו קבוצת ביקורת מותאמת.

שלושה מהמחקרים מדווחים כי הערכת ההתערבות העלתה תוצאות מעודדות. קבוצת האחיות-המטפלות דיווחה על פחות טראומטיזציה משנית ויעילות מקצועית נתפסת גבוהה יותר בהשוואה לקבוצה דומה של אחיות שלא נחשפו להתערבות. בהתערבות שהוגשה לתלמידי חטיבת הביניים בבית ספר דתי, ברגר ועמיתיו (2012) הדגימו שיפור משמעותי בהורדת סימפטומים פוסט-טראומטיים, חרדת פרידה, תלונות סומטיות וחרדה כללית בקרב מי שזכו לטיפול בהשוואה לתלמידים דומים שלא קיבלו טיפול. גם במחקרם של וולמר ועמיתיו (2011) עלה כי שכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית בקרב תלמידים שעברו את ההתערבות היה נמוך משמעותית מזה של אלו שלא עברו את ההתערבות. במחקר של פרחי וגדרון (2010) דיווחו כי מי שקיבלו טיפול לא נבדלו ממי שלא קיבלו טיפול.

יש לציין בתמיהה ובצער את מיעוט מחקרי ההערכה הנדרשים כדי שאפשר יהיה לקבל החלטות קרדינליות על הגשת טיפול ואיזה סוג של טיפול ולמי. לאור העובדה שכל-כך הרבה משאבים הושקעו ומושקעים בהכנה, במניעה, בטיפול ובחיזוק האוכלוסייה, ולנוכח הידיעה שהמצב בדרום הארץ עלול לפקוד גם חבלי ארץ אחרים, מיעוט ואיכות המחקרים אומרים דרשני ומחייבים הערכות שיטתיות מוקדם ככל האפשר.

לאור ההשגות הקונספטואליות והמתודולוגיות שהצגנו למעלה ייתכן שהגישה בהתערבות לוקה בחסר. ההתוויות וההנחיות בנושא מחקרי ההערכה כפי שהם מוצעים על-ידי הרשות למחקר רפואי *Medical Research Council (MRC) 2000, שכותרתן Framework for Trial of Complex Intervention* מציגות הנחיות ברורות לפיתוח התערבות. בשלבים הראשונים מוצע שכל התערבות תתבסס על תיאוריה מחד והערכת צרכים אפידמיולוגית מאידך. בשלב שני יפותח פרוטוקול התערבות שמתאם לצרכים שזוהו. לאחר שמחקרים שיטתיים יוכיחו את התאמת שיטות ההתערבות הן תיושמה. בהנתן מיעוט משאבים, ואולי העדר דרישה של קובעי מדיניות ומממני התערבות, במצב שבו יורים טילים תשומת הלב המקצועית מופנית להתערבות ולא להעברת התערבות. לכן, למרות החשיבות הגדולה והצורך האימננטי לדעת האם ההתערבויות משיגות את יעדיהן מחקרים אלה עדיין חסרים. מאחר ובשדרות ובעוטף עזה עדיין מנשבות רוחות מלחמה והטילים ממשיכים לאיים על התושבים, מחקר זה כולל (1) בדיקה שיטתית רב-שכבתית של הצרכים (2) התערבות והערכה במרכזי חוסן על סמך נתונים שנאספו על ידי המטפלים בתחילת הטיפול ובסיומו, יעילות הטיפול בשלוש קבוצות מטופלים: מבוגרים, מתבגרים וילדים מוערכת בחלקו האחרון של דוח זה.

מיקום	תאריכים	תוצאות	תוצאות ראשוניות	סוג ההתערבות	אוכלוסיית המחקר	מערך המחקר	מטרות	מחברים
שישה בתי ספר בעיר בדרום (לא מצויין איזו)	תוכנית ההתערבות התקיימה תשעה חודשים לפני עמוד ענן.	סוציודמוגרפיים בנים דיווחו על פחות PTSD ופחות תסמיני דחק/מצב רוח. נבדקים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך דיווחו על פחות PTSD ופחות תסמיני דחק/מצב רוח. ילדים צעירים יותר (בכתה ד') דיווחו על יותר תסמיני PTSD, דחק/מצב רוח מאשר תלמידי כיתה ה'. פסיכולוגיים נמצא קשר בין התערבות מונעת בהובלת מורה לפני ההסלמה לבין רמות נמוכות יותר של PTSD ותסמיני דחק/מצב רוח.	מדדי חשיפה כל הנבדקים היו בטווח הטילים והוגדרו כחשופים. קבוצת ההתערבות המונעת סבירות ל- PTSD = 7.2% קבוצה ללא התערבות מונעת סבירות ל- PTSD = 11.3%	14 שיעורים של 45 דקות בהם מתקיימת למידה של שליטה קוגניטיבית, טכניקות של הבנייה מחדש של קוגניציות לויסות רגש ומחשבות טורדניות. כמו גם, טכניקות של הרפייה וויסות.	ילדים יהודים המתגוררים בעיר, תלמידי כותות ד' -ה' N=1488 (748 מהם השתתפו בהתערבות מונעת לפני איסוף הנתונים).	מחקר בד-בבדי. דגימת נוחות. 3 חודשים לאחר מבצע עופרת יצוקה	בחינת טכניקת התערבות על ידי מורה במסגרת בית ספרית, בקרב אוכלוסיית תלמידים הנחשפים לירי מתמשך בישראל.	וולמר ועמיתים (2011)
שדרות ויישובים בצפון הארץ	פברואר עד מאי 2007	ההתערבות העלתה באופן משמעותי את העילות המקצועית והפחיתה טראומטיזציה	שחיקה, טראומטיזציה משנית, חוסר סיפוק מקצועי, אופטימיזם, תחושת שליטה,	מפגשים דו-שבועיים שנמשכו כל-אחד 6 שעות, במשך שלושה חודשים, שכללו הקניית ידע	אחיות טיפת חלב N=42 קבוצת השוואה	מערך קוואזי אקספרימנטלי	בדקו את היעילות של התערבות פסיכו-חינוכית להפחתת טראומטיזציה	ברגר וגלקופ, 2011

		משנית בהשוואה לקבוצת הביקורת.	יעילות עצמית נתפסת בעבודה.	ומיומנות עיבוד חוויות אישיות ומקצועיות. עם סיום ההתערבות היו מפגשי מעקב.	(המתנה) N=38		משנית בקרב אחיות	
בית-ספר תיכון בשדרות	נובמבר 2007 עד מרץ 2008	הסתמנה הטבה בכל משתני התוצאה בקבוצת המחקר. המשתתפים היו בסיכון גבוה פי 2.7 להחלמה מ-PTSD. אצל קבוצת ההשוואה הסתמנה עלייה סימפטומטית בשיעור של 10%.	סימפטומים פוסט-טראומטיים, בעיות תפקוד, בעיות סומטיות, חרדה וחרדת פרידה.	16 מפגשים בני 90 דקות כל אחד לאורך 5 חודשים, שהועברו על-ידי מורים שעברו הכשרה מיוחדת. הסדנאות כללו הקניית ידע, מיומנויות ותרגול ולוו במטלות.	תלמידי כיתות ז' וח' התערבות N= 107 קבוצת השוואה (המתנה) N=47	בדיקת התערבות בשיטה קוואזי אקספרימנטלית	בדקו יעילות התערבות בהפחתת סימפטומים פוסט-טראומטיים	ברגר, גלקופ והינברג, 2012
שדרות	לא מדווח	לא נמצאו כל שינויים באף לא אחת מ-2 שיטות ההתערבות לאורך זמן.	חוסן הוגדר כהיעדר חרדה, חוסר אונים, פסימיות ותפקוד.	"חיסון" פסיכולוגי, או התערבות שמתוארת כשחרור/ביטוי רגשי, שניתנו בטלפון.	אין מידע על שיטת דגימה וגודל המדגם. הנבדקים בוגרים מעל גיל 18 ואותרו דרך ספר הטלפונים.	מדגם אקראי	השוו את יעילות "חיסון" פסיכולוגי והתערבות שכללה שחרור רגשי – ובדקו חוסן בתנאי מלחמה	פרחי וגדרון, 2010

1.4 מטרת הפרויקט הינן:

(1) לאתר, לזהות ולאפיין את תגובות התושבים בעוטף עזה. בחינה זו תכלול היבטים פסיכופתולוגיים (מצוקה, תחלואה) והיבטים סלוטוגניים (חוסן, צמיחה פוסט-טראומטית), להעריך את רמת התפקוד ולבחון באופן שיטתי את הזיקה בין תגובות לתפקוד.

(2) לבצע סקר צרכים שיטתי שיבחן את צרכי התושבים במגזרים השונים לאורך 4 נקודות זמן. כדי לאמוד את שיעור הנזקים לסעד נפשי.

(3) לבחון התערבות במסגרת מרכזי חוסן בקבוצות גיל שונות – מבוגרים מתבגרים וילדים.

2. זיהוי ואיפיון התגובות הרגשיות של תושבי הדרום לירי טילים

2.1 שיטה

2.1.1 מהלך המחקר ונבדקים

מחקר האורך באוכלוסייה הכללית של תושבי הדרום הורכב מארבעה גלי מדידה. נתונים נאספו באמצעות סקר טלפוני. המדידה הראשונה התקיימה במהלך 2010, השניה ב- 2014 - לפני מבצע "צוק איתן", המדידה השלישית התקיימה במהלך מבצע "צוק איתן" והמדידה הרביעית לאחריו, בינואר 2015. ראיונות טלפוניים התקיימו על ידי סוקרים מנוסים, עובדי חברת סקרים, בשפה העברית או הרוסית תוך שימוש במדריך ראיון מובנה. נעשו חמישה ניסיונות על מנת ליצור קשר עם נבדק ממס' טלפון מסויים. מספר הנבדקים הצטמצם משמעותית בין גל המדידה הראשון והשני בעיקר משום שמספרי הטלפון השתנו והיה קושי ליצור עם הנבדקים קשר. הסכמה מדעת התקבלה בעל פה בתחילת הראיון. בגל הראשון, מודל המחקר והפרוצדורה המחקרית אושרו על ידי ועדת ההלסינקי של בית חולים לבריאות הנפש לב השרון. את הגל השני, השלישי והרביעי אישרה ועדת האתיקה של אוניברסיטת תל אביב.

גל ראשון – שנת 2010 - הגל הראשון של המחקר כלל 735 נבדקים. בקבוצת הנבדקים החשופים לרמה גבוהה של ירי טילים נכללו תושבי העיר שדרות ותושבי ישובים קהילתיים מעוטף עזה, שכן תושבי ישובים אלו נחשפו לירי ממושך ולא צפוי החל משנת 2001. במהלך הגל הראשון של איסוף הנתונים (שנת 2010) נורו 150 רקטות ו- 215 פצצות מרגמה לעבר שדרות ועוטף עזה. טווח הירי הקצר השאיר לתושבי ישובים אלו 15 שניות על מנת להגיע לאזור בטוח. מדגם של קבוצת השוואה הדומה מבחינה דמוגרפית נאסף מתושבים המתגוררים בעיר אופקים ובישובים הקהילתיים של חבל לכיש. ישובים אלו לא היו חשופים ישירות לירי רקטות או פצצות מרגמה מאז 2001 ועד לאיסוף הנתונים, אם כי תושביהם נחשפו בעקיפין לאיום - דרך התקשורת ומשום שישובים אלו נמצאים במרחק של 30-50 ק"מ ממקור הירי.

גל שני – מאי 2014 - בתקופה שבין גל המדידה הראשון והשני התרחב ירי הרקטות לאזורים נוספים בדרום הארץ. באופן ספציפי, עד לשנת 2012 טווח הירי התרחב ל- 75 קילומטר מרצועת עזה ובהדרגה, עד ליוני 2014 התרחב ל- 160 קילומטר מרצועת עזה. עד ליוני 2014 נורו 550 רקטות ו- 300 פצצות מרגמה לעבר שטחים בדרום ישראל. כתוצאה מקירבתם לגבול עם עזה, חשיפתם של תושבי שדרות ועוטף עזה לירי המשכה להיות גבוהה. אופקים וחבל-לכיש, שבגל הראשון לא היו חשופים לירי ישיר החלו בתקופה זו לספוג גם כן ירי טילים, אך במידה פחותה מתושבי שדרות ועוטף עזה. לתושבי אזורים אלו ניתנו 45 שניות כדי להגיע לאזורים

בטוחים. בגל השני השתתפו 132 נבדקים שהתגוררו באזורי החשיפה הגבוהה (80 משדרות ו-52 מעוטף עזה), ו-44 נבדקים מאזורי חשיפה בינונית (34 מאופקים ו-10 מחבל-לכיש).

גל שלישי – במהלך "צוק איתן" - יולי-אוגוסט 2014 - איסוף הנתונים בגל השלישי התקיים במהלך מבצע "צוק איתן" בחודשים יולי-אוגוסט 2014. במהלך מבצע זה התגבר הירי לשטח ישראל ונעשו ניסיונות של כניסת מחבלים דרך הים ודרך מנהרות לתוך ישראל, מה שהחמיר את האיום על תושבי הדרום. במהלך המבצע נורו 3356 פצמרים ורקטות על ישראל. בגל זה השתתפו 103 נבדקים (46 משדרות, 26 מעוטף עזה, 25 מאופקים ו-6 נבדקים מחבל לכיש).

גל רביעי – לאחר "צוק איתן" – דצמבר 2014 - ינואר 2015 - הגל הרביעי של איסוף הנתונים התקיים לאחר סיום מבצע "צוק איתן". הנבדקים נדגמו מתוך רשימת המשתתפים בגל השני מאזורי חשיפה בינונית וגבוהה. סך כל הנבדקים שהשתתפו בגל זה היה 77 (41 משדרות, 21 מעוטף עזה, 14 מאופקים ו-1 מחבל לכיש). איפיון דמוגרפי של הנבדקים יוצג בהמשך בכל גל בנפרד.

2.1.2 כלים

נתונים דמוגרפיים - נתונים דמוגרפיים שנאספו כללו מין, גיל, מצב משפחתי, השכלה, דת (חילוני, מסורתית, דתי או חרדי), הכנסה נמדדה בסולם ליקרט 1-5 מ (1) - נמוכה בהרבה מההכנסה המשפחתית הממוצעת בישראל ל (5) - גבוהה בהרבה מההכנסה המשפחתית הממוצעת בישראל. כמו כן, נאספו פרטים לגבי מסי שנים בהם הנבדק מתגורר במקום, מקום לידתו, שואה ברקע המשפחתי ומספר הילדים.

בריאות נפשית ושימוש בשרותי רפואה:

תסמינים של הפרעה פוסט טראומטית נמדדו באמצעות שאלון ה PTSD Checklist; Weathers, PCL (Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993), הכולל 17 פריטים המודדים את תסמיני כל אחד משלושת האשכולות המרכיבים את ההפרעה: חודרנות, הימנעות ועוררות, באמצעות סולם ליקרט בעל 5 רמות. בשל האופי המתמשך והכרוני של החשיפה ללחץ במדגם זה הנבדקים התבקשו לענות על הפריטים ביחס ל"מצב הבטחוני" ולדווח על תסמינים שנחו בחודש האחרון. מדד של עוצמת התסמינים חושב על ידי סיכום הדירוג בכל הפריטים. כפי שהוצע על ידי מפתחי השאלון, דירוג פריט על ידי הנבדק כ 3 – 5 סווג כתסמין חיובי (נוכח). אבחנה של PTSD ניתנה על פי הקריטריונים של DSM-IV (איגוד הפסיכיאטרי האמריקאי (APA), 1994) – דווח תסמין אחד או יותר של חודרנות, שלושה או יותר תסמינים של הימנעות, שניים או יותר של עוררות

ופגיעה תפקודית בתחום אחד לפחות. מהימנות הכלי בכל ארבעת הגלים של המחקר היתה מצוינת (Chronbach $\alpha = 0.89-0.96$ לציון הכולל ולתתי הסולמות).

תסמינים של מצוקה רגשית נמדדו באמצעות BSI-18 (Brief Symptom Inventory; Derogatis, 2001), שאלון סטנדרטי ומקובל בארץ ובעולם. הנבדקים התבקשו לדווח על רמת המצוקה והתסמינים שחוו בחודש האחרון ולדרג אותם על סולם ליקרט בעל 5 רמות. לשאלון זה 3 תתי סולמות – סומטיזציה, דיכאון וחרדה. נבדקים שעברו את החתך הקליני לציון הכללי של מצוקה כללית ולכל אחד מתתי הסולמות היו אלה שציונם הכללי ובכל אחד מתתי הסולמות שלו היה ברבעון העליון של ציוני הנבדקים. מהימנות הכלי בכל ארבעת גלי המחקר היתה מצוינת (Chronbach's $\alpha = .84 - .95$).

שימוש בשרותי רפואה נמדד במספר דרכים. בגל 1 נמדדה שכיחות השימוש בשירותים הרפואיים (ביקור אצל רופא), שכיחות השימוש בתרופות למחלות גופניות (לחץ דם, כאבי ראש) ושכיחות השימוש בתרופות לבעיות פסיכיאטריות (תרופות הרגעה, תרופות לשינה). הנבדקים התבקשו לדווח על סולם שנע בין 'כלל לא', 'פעם או פעמיים בחודש האחרון', 'שלוש פעמים או יותר בחודש האחרון'. הנבדקים נשאלו גם האם השתמשו בקו חרום לעזרה נפשית (כן/לא) והאם פנו לייעוץ פסיכולוגי בחודש האחרון (כן/לא). באופן דומה, בגל 2, 3 ו-4, נבדקים התבקשו לדווח על שכיחות הביקור אצל רופא, שימוש בתרופות (ללא הבחנה בין תרופות לבעיות פיזיות או רגשיות) וייעוץ פסיכולוגי מקצועי בעקבות המצב הבטחוני.

הערכה סובייקטיבית של בריאות [Self-rated health (SRH)] נמדדה על ידי שאלה אחת על סולם ליקרט בעל 5 רמות מ 1 = 'רע' ל 5 = 'מצויין'. מדד זה תוקף בעבר במחקרים רבים ונמצא כמנבא מדדי בריאות לאורך זמן ותמותה (Idler & Benyamini, 1997). במדד זה השתמשנו בגלי המדידה השני, השלישי והרביעי.

תיפקוד נמדד בגל 1 בחמישה תחומים (מקצועי, זוגי, הורי, חברתי, אינטימי) ובגלים ה-2, 3 וה-4 נמדד התיפקוד בתחום המקצועי ובתחום המשפחתי. בכל הגלים המדד חושב על סולם ליקרט בעל 5 רמות שנע בין (0) - לא מספק ועד (4) - מספק מאוד. מדד תיפקוד חושב כסכום הציונים בפריטים השונים (Cronbach's $\alpha=.88$ at T1).

משאבים אישיים וחברתיים:

תמיכה בשעת משבר נמדד על ידי ה *Crisis Support Scale* (CSS; Joseph, Yule, Williams, & Hodgkinson, 1994). מדד זה, המכיל 7 פריטים, מודד תמיכה חברתית לאחר טראומה, תוך שימוש בסולם ליקרט בעל 5 רמות הנע בין (1) - אף פעם ל (5) - לעיתים תכופות. מחקרים קודמים מראים עקביות פנימית

גבוהה (Cronbach's alpha=0.80) (Joseph et al., 1992) ומהימנות פנימית גבוהה (Cronbach's alpha = 0.82) (Elkit, Pedersen, & Jind, 2001). בגל 2, 3 ו-4 הועברה גרסה מקוצרת של השאלון, המורכבת מ-4 פריטים (Cronbach's α =.69, .75, .81, .83 בגל 1, 2, 3, 4 בהתאמה).

חוסן קהילתי חושב על ידי מיצוע של שלושת המדדים הבאים: תחושה של שייכות לקהילה - מדד זה חושב על ידי ממוצע של 4 פריטים על סולם ליקרט בעל 5 רמות מ(0) - "כלל לא" עד (4) - "במידה רבה" (בגל 1 Chronbach alpha =.60). מחויבות לקהילה נמדדה על ידי פריט שהתייחס לאפשרות שהנבדק יעזוב את הישוב במידה ותתעורר האפשרות (כן/לא). אמונה ביכולת הקהילה להתמודד עם המצב הבטחוני נמדדה על ידי שאלה אחת על סולם ליקרט בעל 5 רמות מ (0) - "כלל לא" עד (4) - "במידה רבה". שלושת המדדים הללו פותחו לצורך המחקר הנוכחי.

חוסן אישי חושב על ידי מיצוע של שתי שאלות הנוגעות להערכת היכולת להסתגל לשינוי ולהערכת יכולת התמודדות.

אמונה במנהיגים נמדדה תוך שימוש בסולם ליקרט בעל 5 רמות מ(0) - "כלל לא" עד (4) - "במידה רבה". אמונה בצבא (סביב המצב הבטחוני) נמדדה על סולם ליקרט בעל 5 רמות מ (0) - "כלל לא" עד (4) - "במידה רבה".

יכולת נתפסת להתמודד עם טראומה נמדדה רק בגל 4 על ידי ה Perceived Ability to Cope with Trauma Scale (PACT; Bonanno & Pat-Horenczyk, 2011). השאלון מכיל 2 תתי שאלונים המתייחסים להתמודדות ממוקדת טראומה ולהתמודדות המתמקדת מעבר לטראומה (קדימה). במחקר הנוכחי הועבר תת השאלון המתייחס להתמודדות ממוקדת עתיד המכיל 20 פריטים, על סולם ליקרט מ (1) - 'כלל לא' ל(7) - 'במידה רבה מאוד'. לדוגמא: 'אני אוכל לדאוג לאחרים או לדאוג לצרכיהם' במחקר זה תת השאלון השיג מהימנות פנימית גבוהה (בגל 4 Cronbach alpha =.92).

חשיפה:

חשיפה לירי טילים נמדדה על ידי 8 שאלות. שלושה מדדים של חומרה חושבו בגל 1 ובגל 2: 1) חשיפה אישית (0) - לא נחשף, (1) - שמע או ראה נפילה של טיל, (2) - טיל נפל קרוב אליי, (3) - הבית שלי נפגע, (4) - נפצעתי פיזית]. 2) קירבה לטיל (0) - לא היתה, (1) מכר נפצע פיזית (2) בן משפחה נפצע פיזית]. 3) אובדן של אדם קרוב (0) לא היה אובדן, (1) מכר נהרג, (2) בן משפחה נהרג]. בגל ה-2, משום שהשתנה טווח הירי וקבוצות החשיפה השתנו שונה גם משתנה החשיפה האישית - הורדו שתי הרמות הנמוכות. בגל 3 ובגל 4 הועברה גרסה

קצרה של חשיפה לירי טילים, בה נכללו רק שני פריטים – אחד המודד חשיפה אישית (נפצתי פיזית) ושני המודד קרבה לירי טילים (בן משפחה נפצע פיזית).

אובדן כלכלי נמדד בגל 1 על ידי שאלות המתייחסות לאובדן רכוש ולאובדן הכנסה כתוצאה מהמצב הבטחוני (כן/לא). בגל 2, 3 ו-4 נשאלה שאלה אחת כללית הנוגעת לאובדן כלכלי בעקבות המצב הבטחוני.

אירועי חיים טראומטיים נמדדו על ידי גרסה מותאמת של שאלון ה Traumatic Event Questionnaire (Vrana & Lauterbach, 1994). הנבדקים נתבקשו לדווח אם חוו אחד משבעה אירועים טראומטיים שאינם קשורים למצב הבטחוני (לדוגמא, אבדן של קרוב, תאונת דרכים).

תפיסת איום (Bleich et al., 2003; 2006) נמדדה על ידי שני פריטים שהתייחסו לתפיסה של הנבדק את האירועים כמאיימים על חייו ועל חיי בני משפחתו, על סולם ליקרט בעל 4 רמות מ (1) – 'כלל לא' ועד ל (4) - 'במידה רבה מאוד' (בגל 1 $\alpha = .88$ Cronbach).

תוויית חוסר אונים ואובדן של שליטה על הגוף נמדדה על ידי שני פריטים שמדדו (1) את תחושת חוסר האונים של הנבדק בשל המצב הבטחוני (2) אובדן של שליטה על הגוף בזמן האזעקה דורג על סולם ליקרט בעל 4 רמות מ (1) – 'כלל לא' ועד ל (4) - 'במידה רבה מאוד' (בגל 1 $\alpha = .87$ Cronbach).

2.1.3 שיטת הניתוח:

בוצעו ניתוחים בתוכנת SPSS על מנת למדוד את האפקט של רמת החשיפה לירי טילים על ידי השוואה של רמות הסימפטומים של הפרעת פוסט טראומטית, מצוקה כללית, תפקוד, תפיסה של איום, חוסר אונים במהלך האזעקה, שליטה בגוף במהלך האזעקה, הערכת בריאות נתפסת ושימוש בשירותי בריאות בין ישובים ברמת חשיפה שונה. בנוסף, על מנת לבדוק את השפעת ההקשר החברתי הבאה לידי ביטוי בסוג הישוב – קהילתי מול עירוני נעשתה השוואה על מדדים אלה בין צורות התיישבות שונות (קהילתי מול עירוני). בתחילה השוואות אלו נעשו בכל מדידה בנפרד ולאחר מכן לאורך זמן. בנוסף, נבדקה ההשפעה של משתני חוסן ופגיעות הנ"ל על מדדי בריאות נפשית בקבוצות החשיפה השונות, בכל אחד מהזמנים ולאורך זמן.

2.2 תוצאות

2.2.1 גל I – שנת 2010

השוואות דמוגרפיות

התפלגות של המשתנים הדמוגרפיים לפי ישוב מוצגת בלוח 3. להלן השוואות דמוגרפיות לאיפיון אוכלוסיות המחקר השונות - ההשוואות מוצגות בין (1) תושבי ערים (2) תושבי ישובים קהילתיים (3) תושבים ברמת חשיפה גבוהה ו - (4) תושבים ברמת חשיפה בינונית.

(1) בהשוואה בין תושבי הערים שדרות ואופקים נמצאו הבדלים בצביון הדתי בלבד, כשבשדרות אחוזים גבוהים יותר של אוכלוסיה מסורתית וחילונית מאשר באופקים, בה האוכלוסיה חרדית יותר; $\chi^2(3)=38.73$; $p<.001$). לא נמצאו הבדלים בין תושבי הערים בגיל ($t(497)=1.31$, $p=.19$), במצב משפחתי ($\chi^2(1)=2.22$; $p=.14$), במקום לידה ($\chi^2(1)=1.74$; $p=.19$), בהשכלה ($t(492)=.7$, $p=.46$), במין ($\chi^2(1)=2.04$; $p=.15$) ובהכנסה ($\chi^2(2)=.78$; $p=.68$).

(2) בהשוואה בין תושבי הישובים הקהילתיים עוטף עזה וחבל לכיש נמצאו גם כן הבדלים בצביון הדתי בלבד כשבועוטף עזה יותר תושבים חילוניים ($\chi^2(3)=14.33$; $p=.002$) יחסית לחבל לכיש. לא נמצאו הבדלים בין תושבי הישובים הקהילתיים בגיל ($t(234)=.69$, $p=.49$), במצב משפחתי, ($\chi^2(1)=7.94$ $p=.16$), במקום לידה ($\chi^2(1)=1.03$; $p=.31$), בהשכלה ($t(234)=1.758$ $p=.11$), במין ($\chi^2(1)=.99$; $p=.32$) ובהכנסה ($\chi^2(2)=2.29$; $p=.32$).

(3) בהשוואה בין תושבי ישובים ברמת חשיפה גבוהה – שדרות מול עוטף עזה, נמצא כי בקרב תושבי שדרות רמת השכלה נמוכה יותר ($t(451)=6.65$, $p<.001$), שכיחות גבוהה יותר של אנשים עם הכנסה נמוכה מהממוצע ($\chi^2(2)=34.78$; $p<.001$), שכיחות גבוהה יותר של תושבים דתיים ($\chi^2(3)=68.24$; $p<.001$) ושכיחות גבוהה יותר של תושבים שאינם ילידי הארץ ($\chi^2(2)=34.78$; $p<.001$). לא נמצאו הבדלים במצב המשפחתי ($\chi^2(1)=.09$; $p=.77$) וגם לא נמצאו הבדלים ברמת חשיפה ($\chi^2(1)=1.95$; $p=.16$).

(4) באופן דומה, בהשוואה בין תושבי ישובים ברמת חשיפה בינונית – אופקים מול חבל לכיש, נמצא כי תושבי אופקים דיווחו על גיל צעיר יותר ($t(275)=2.07$, $p=.04$), רמת השכלה נמוכה יותר ($t(275)=3.03$, $p=.003$),

שכיחות גבוהה יותר של אנשים עם הכנסה נמוכה מהממוצע ($\chi^2(2)=11.67$; $p=.003$), שכיחות גבוהה יותר של תושבים חרדים, דתיים ומסורתיים ($\chi^2(3)=35.8$; $p<.001$) ושכיחות גבוהה יותר של תושבים שאינם ילידי הארץ ($\chi^2(1)=8.16$; $p=.004$). לא נמצאו הבדלים במצב המשפחתי ($\chi^2(1)=2.97$; $p=.08$) וגם לא נמצאו הבדלים ברמת חשיפה ($\chi^2(1)=.96$; $p=.32$).

השוואות דמוגרפיות אלו מראות על כך שמבין מרכיבי הרקע שנבדקו, אלו שמבדילים בין תושבי הערים עצמם ובנפרד, בין תושבי הישובים הקהילתיים, הם עוצמת החשיפה והצביון הדתי. לעומת זאת, מרכיבי הרקע שמבדילים בין ישוב קהילתי וישוב עירוני באותה רמת חשיפה הם מרכיבים חברתיים – כלכליים, כך שתושבי הערים נמצאים במצב חברתי-כלכלי נמוך מתושבי הישובים הקהילתיים.

לוח 3. התפלגות דמוגרפית של אוכלוסיית המחקר על פי ישוב בגל 1

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=302		אופקים N=197		עוטף עזה N=156		חבל לכיש N=80		
44.25 (15.3)		42.43 (15.14)		45.2 (15.03)		46.97 (15.97)		גיל
13.15 (3.14)		13.3 (2.77)		15.1 (2.61)		14.5 (3.06)		השכלה
N	%	N	%	N	%	N	%	
								מין
117	39	89	45	71	46	31	38	זכר
185	61	108	55	85	54	49	62	נקבה
								סטטוס משפחתי
97	32	51	26	48	31	13	16	רווק/ה
205	68	146	74	108	69	67	84	נשוי/אה
								דת
12	4	40	20	0	0	1	1	חרדית
42	14	36	18	26	17	10	13	דתי/ה
144	49	81	42	22	14	27	34	מסורתית
97	33	40	20	106	69	42	52	חילונית
								מקום לידה
254	84	174	88	132	85	62	76	ישראל
48	16	23	12	24	15	18	24	אחר
								הכנסה
146	52	97	53	32	28	22	31	נמוכה מהממוצע
68	24	48	24	38	28	22	31	ממוצעת
68	24	38	23	66	44	27	38	גבוהה מהממוצע

חשיפה לירי טילים ונגזרותיו

על מנת לבחון את רמת החשיפה של קבוצות המחקר (גבוהה ובינונית) נערך ניתוח שונות חד כיווני שהראה כי תושבי ישובים החשופים ברמה גבוהה לירי טילים (שדרות ועוטף עזה) דיווחו על יותר חשיפה באופן מובהק יחסית לתושבי הישובים ברמת חשיפה בינונית (אופקים וחבל לכיש) - במדדים של חשיפה אישית

(F(1,733)=360.79, p<.001), קירבה לטילים (F(1,733)=99.06, p<.001) ואובדן בנפש כתוצאה מהמצב הבטחוני (F(1,733)=125.09, p<.001).

קרבה לירי, פגיעות אישיות ופגיעות בקרובים

על מנת להשוות את החשיפה הישירה לירי ואת החשיפה לנגזרות הירי, בין תושבים בישובים ברמות חשיפה שונות ובין תושבים מסוגי ישובים שונים (קהילתי מול עירוני) באותה רמת חשיפה, נעשו השוואות בין (1) תושבי ערים, (2) תושבי ישובים קהילתיים (3) תושבים ברמת חשיפה גבוהה ו - (4) תושבים ברמת חשיפה בינונית. התפלגויות רמות החשיפה בכל ישוב מוצגות בלוח 4.

(1) בקרב תושבי שדרות, שנחשפו לירי רב של טילים, נמצאה שכיחות גבוהה יותר של פגיעה בבית (16.5; $\chi^2(2)$ p<.001) ופגיעות אישיות (32.69; $\chi^2(3)$ p<.001) בהשוואה לתושבי אופקים, שחשיפתם באותה עת לירי טילים היתה בינונית. כמו כן, תושבי שדרות דיווחו על שכיחות גבוהה יותר של קרבה לירי (20.15; $\chi^2(2)$ p<.001) ושל אובדן (8.55; $\chi^2(2)$ p<.001) בהשוואה לתושבי אופקים.

(2) בקרב תושבי עוטף עזה, שנחשפו לירי רב של טילים, נמצאה שכיחות גבוהה יותר של קרבה לירי (100.38; $\chi^2(4)$ p<.001), פגיעה בבית (67.4; $\chi^2(3)$ p<.001) בהשוואה לתושבי חבל לכיש, שחשיפתם באותה עת לירי טילים היתה בינונית. לא נמצאו הבדלים מובהקים בהתפלגות שיעורי הפגיעה האישית בקרב תושבים מעוטף עזה וחבל לכיש, (5; $\chi^2(2)$ p=.78).

(3) בהשוואה בין תושבי ישובים ברמת חשיפה גבוהה – שדרות מול עוטף עזה; תושבי שדרות דיווחו על רמות גבוהות יותר של חשיפה אישית (30.77; $\chi^2(4)$ p<.001), קירבה לטילים (46.39; $\chi^2(2)$ p<.001), ואובדן בנפש (10.62; $\chi^2(2)$ p=.005) יחסית לתושבי עוטף עזה.

(4) בהשוואה בין תושבי ישובים ברמת חשיפה בינונית – אופקים מול חבל לכיש נמצא כי תושבי אופקים דיווחו על רמה גבוהה יותר של חשיפה אישית (16.57; $\chi^2(4)$ p=.002) אך רמה דומה של קירבה לטילים (9; $\chi^2(2)$ p=.64) ושל אובדן בנפש (1.31; $\chi^2(2)$ p=.52) בהשוואה לתושבי חבל לכיש.

מההשוואות הנ"ל ניתן לראות כי החשיפה הישירה לירי היתה כצפוי גבוהה יותר בקרב תושבים שיישובם נמצא באזור בו היה ירי רב יותר וכי תושבי הערים מדווחים על יותר חשיפה אישית מתושבי הישובים הקהילתיים שהוגדרו כנמצאים באותה רמת חשיפה.

אובדן כלכלי

על מנת להעריך את היקף האובדן הכלכלי בעקבות המצב הבטחוני חושבו התפלגויות של מדדים אלו לפי ישוב (מוצגות בלוח 4). השוואת האובדן הכלכלי בעקבות המצב הבטחוני בין תושבים בישובים ברמת חשיפה שונות ובין תושבים מסוג אחר של ישוב (קהילתי מול עירוני) באותה רמת חשיפה נערכו בין (1) תושבי ערים ברמת חשיפה שונות (2) תושבי ישובים קהילתיים ברמת חשיפה שונות (3) תושבים ברמת חשיפה גבוהה ו (4) תושבים ברמת חשיפה בינונית.

(1) בהשוואה בין תושבי ערים נמצא כי אובדן הכנסה מעבודה ($\chi^2(1)=32.8, p<.001$) ואובדן כלכלי בעקבות נזק לרכוש ($\chi^2(1)=43.3, p<.001$) היו גבוהים יותר בקרב תושבי שדרות לעומת תושבי אופקים.

(2) בהשוואה בין תושבי ישובים קהילתיים נמצא כי תושבי עוטף עזה ותושבי חבל לכיש דיווחו על רמות דומות של אובדן הכנסה מעבודה ($\chi^2(1)=.03, p=.87$) ואובדן כלכלי בעקבות נזק לרכוש ($\chi^2(1)=2.2, p=.14$).

(3) בהשוואה בין תושבי ישובים ברמת חשיפה גבוהה – שדרות מול עוטף עזה, נמצא כי תושבי שדרות דיווחו על יותר אובדן הכנסה מעבודה ($\chi^2(1)=26.68, p<.001$) ויותר אובדן כלכלי בעקבות נזק לרכוש ($\chi^2(1)=17.73, p<.001$) מאשר תושבי עוטף עזה.

(4) בהשוואה בין תושבי ישובים ברמת חשיפה בינונית – אופקים מול חבל לכיש – לא נמצאו הבדלים בדיווח על אובדן הכנסה מעבודה ($\chi^2(1)=.07, p=.79$) או בדיווח על אובדן כלכלי בעקבות נזק לרכוש ($\chi^2(1)=.01, p=.92$).

מתוך ההשוואות ברמת האובדן הכלכלי ניתן לראות כי בשנת 2010 תושבי שדרות הנמצאים ברמת חשיפה גבוהה ובמצב חברתי-כלכלי נמוך סבלו מיותר אובדן כלכלי בעקבות הירי מתושבים מרקע חברתי-כלכלי וצורת התיישבות דומה ומתושבים הנחשפים לירי ברמה דומה.

לוח 4. התפלגות הדיווח על חשיפה לירי, פגיעה, ואובדן כלכלי לפי ישוב בגל 1

ערים				ישובים קהילתיים				
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=302		אופקים N=197		עוטף עזה N=156		חבל לכיש N=80		
N	%	N	%	N	%	N	%	
חשיפה אישית								
לא								
5	2	44	22	5	3	31	39	
ראו או שמעו נפילה של רקטה								
10	3	55	28	11	7	28	35	
רקטה נפלה קרוב								
56	18	72	36	51	33	18	23	
הבית נפגע								
185	62	26	13	86	55	2	2	
נפצעו								
46	15	1	0.5	3	2	1	1	
קרבה לירי								
לא								
55	18	116	59	70	45	51	64	
מכר נפצע								
189	63	69	35	80	51	26	32	
בן משפחה נפצע								
58	19	12	6	6	4	3	4	
אובדן								
לא								
121	40	171	87	83	53	73	91	
מכר נהרג								
172	57	24	12	73	47	6	8	
בן משפחה נהרג								
9	3	2	1	0	0	1	1	
אובדן הכנסה								
לא								
165	56	159	81	125	81	63	80	
כן								
129	44	37	19	30	19	16	20	
אובדן רכוש								
לא								
198	68	182	93	134	86	74	92.5	
כן								
95	32	14	7	22	14	6	7.5	

חויית איום – תחושת חוסר אונים ואובדן של שליטה בגוף בזמן "צבע אדום"

על מנת לבחון את חויית האיום וחוסר האונים בזמן הודעת "צבע אדום" חושבו ממוצעים וסטיות תקן של דירוג התושבים הנחשפים לצבע אדום את חוייתם (לוח 5). בהשוואה בין תושבי שדרות ועוטף עזה נמצא כי

חויית חוסר האונים בקרב תושבי שני הישובים דומה ($t(456)=.74, p=.46$) וגבוהה ואין הבדלים בין הישובים גם בחויית אובדן שליטה בגוף ($t(456)=1.5, p=.13$) במהלך הישמע "צבע אדום".

חויית איום - תחושה של איום אישי ואיום על המשפחה

על מנת לבחון את עוצמת תחושת האיום האישי והאיום על חיי המשפחה חושבו ממוצעים וסטיות תקן, המוצגים בלוח 5. על מנת לבחון את ההשפעה של עוצמת החשיפה וסוג הישוב לתחושת האיום נעשתה השוואה בין (1) תושבי ערים (2) תושבי ישובים קהילתיים (3) תושבים ברמת חשיפה גבוהה ו - (4) תושבים ברמת חשיפה בינונית.

(1) תושבי שדרות, שנחשפו לרמה גבוהה יותר של ירי דיווחו על רמה גבוהה יותר של תחושת איום אישית ($t(485)=5.38, p<.001$) ועל רמה גבוהה יותר של תחושת איום על חיי המשפחה ($t(491)=3.43, p<.001$), בהשוואה לתושבי אופקים.

(2) לא נמצאו הבדלים בין תושבי עוטף עזה ותושבי חבל לכיש בתחושת האיום האישית ($t(231)=.45, p=.66$) או בתחושת האיום על חיי המשפחה ($t(231)=1.3, p=.2$).

(3) בהשוואה בין תושבי ישובים ברמת חשיפה גבוהה – שדרות מול עוטף עזה נמצא כי תושבי שדרות דיווחו על יותר תחושת איום אישית ($t(450)=4.68, p<.001$) ויותר תחושה של איום על חיי המשפחה ($t(451)=5.95, p<.001$) מתושבי עוטף עזה.

(4) בהשוואה בין תושבי ישובים ברמת חשיפה בינונית – אופקים מול חבל לכיש לא נמצאו הבדלים בתחושת איום אישית ($t(266)=.85, p=.39$) או בתחושת איום על חיי המשפחה ($t(271)=.38, p=.7$).

מתוך ההשוואות בתחושת האיום האישית ובתחושת האיום על חיי המשפחה ניתן לראות כי בשנת 2010 תושבי שדרות חשו ביותר איום אישי ומשפחתי בעקבות הירי מאשר תושבים מרקע חברתי-כלכלי וסוג התיישבות דומה ומאשר תושבים הנחשפים לירי ברמה דומה.

לוח 5. חוסר אונים, אובדן שליטה בגוף, תחושת סכנה לעצמי ותחושת איום למשפחה בגל 1

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=302		אופקים N=197		עוטף עזה N=156		חבל לכיש N=80		
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
2.6	1.49			3.21	10.81			חוסר אונים
2.82	9.74			1.42	7.78			אובדן שליטה בגוף
1.56	1.49	.88	1.25	.95	1.2	1.03	1.34	תחושת סכנה אישית
1.66	1.61	1.16	1.54	.88	1.14	1.09	1.25	תחושת איום על המשפחה

בריאות נפשית ושימוש בשירותי בריאות

שכיחות מדדי המצוקה בחלוקה לישובים

על מנת להעריך את המצוקה בקבוצות המחקר השונות מתוך האבחנות המקובלות של הפרעה פוסט טראומטית, סומטיזציה, חרדה ודכאון חושבו שכיחויות הדיווחים שעוברים את החתך הקליני של הפרעות אלו. בנוסף, נערכו השוואות בין השכיחויות בישובים השונים על פי החלוקה הבאה:

(1) תושבי ערים (2) תושבי ישובים קהילתיים (3) תושבים ברמת חשיפה גבוהה ו - (4) תושבים ברמת חשיפה בינונית.

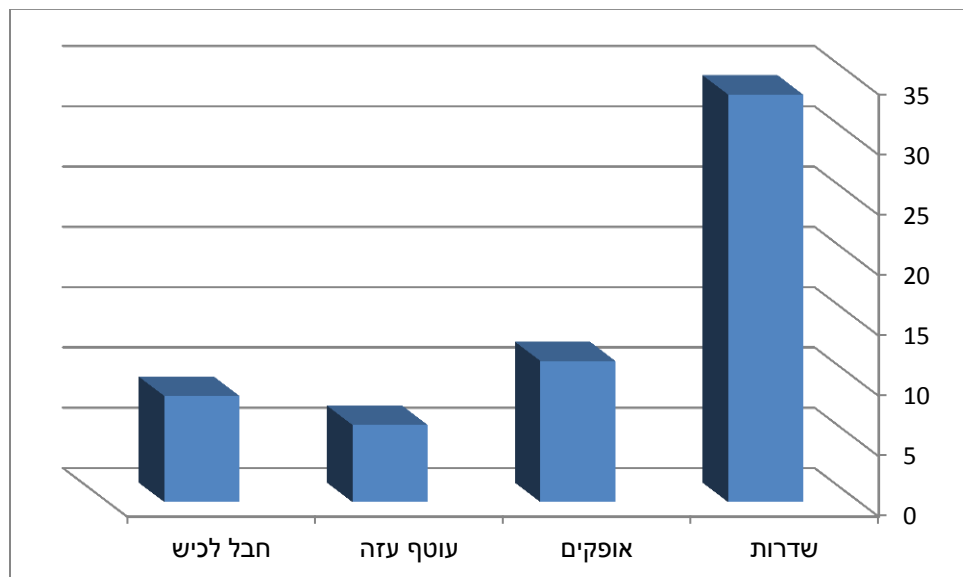
שכיחות של הפרעה פוסט טראומטית (עם קריטריון תפקוד)

בקרב תושבי שדרות 14.6% ענו על הקריטריונים לאבחון הפרעה פוסט טראומטית (עם קריטריון תפקוד), בקרב תושבי עוטף עזה 3.2%, בקרב תושבי אופקים 3.6% ובקרב תושבי חבל לכיש 3.8% ענו על הקריטריונים לאבחון הפרעה זו. בניתוחי השוואות עלה כי (1) בקרב תושבי שדרות יש שכיחות גבוהה יותר באופן מובהק של הפרעה פוסט טראומטית עם קריטריון תפקוד יחסית לתושבי אופקים ($\chi^2(1)=15.77$; $p<.001$) ו(2) יחסית לתושבי עוטף עזה ($\chi^2(1)=13.9$; $p<.001$). (3) לא נמצאו הבדלים בשכיחות אבחנה זו בין תושבי עוטף עזה ותושבי חבל לכיש ($\chi^2(1)=.05$; $p=.83$) או (4) בין תושבי אופקים ותושבי חבל לכיש ($\chi^2(1)=.01$; $p=.94$).

שכיחות של הפרעה פוסט טראומטית ללא קריטריון תפקוד

שכיחות של הפרעה פוסט טראומטית ללא קריטריון התפקוד מוצגת בתרשים 1. כפי שניתן לראות בגרף, 33.8% מתושבי שדרות ענו על הקריטריונים להפרעה זו, 6.4% מתושבי עוטף עזה, 11.7% מתושבי אופקים ו-8.8% בתושבי חבל לכיש. מתוך ניתוחי השוואות עלה כי (1) שכיחות הפרעה זו גבוהה בקרב תושבי שדרות יחסית לתושבי אופקים ($\chi^2(1)=31.01$; $p<.001$) ו (2) יחסית לתושבי עוטף עזה ($\chi^2(1)=41.69$; $p<.001$). (3) לא נמצאו הבדלים בשכיחות האבחנה בין תושבי עוטף עזה ותושבי חבל לכיש ($\chi^2(1)=.43$; $p=.51$) או (4) בין תושבי אופקים ותושבי חבל לכיש ($\chi^2(1)=.5$; $p=.48$).

תרשים 1. שכיחויות של הפרעה פוסט טראומטית (ללא קריטריון תפקוד) לפי ישוב בגל 1



שכיחות של מצוקה כללית, סומטיזציה, דיכאון וחרדה

שכיחות הנבדקים שעברו את החתך הקליני של מצוקה כללית, סומטיזציה, דיכאון וחרדה מוצגת בלוח 6. בניתוחי השוואות בין הקבוצות נמצא כי (1) תושבי שדרות, שנחשפו לרמה גבוהה יותר של ירי דיווחו על שכיחות גבוהה יותר של מצוקה כללית ($\chi^2(1)=32.01$; $p<.001$) ועל שכיחות גבוהה יותר של סומטיזציה ($\chi^2(1)=39.16$; $p<.001$), דיכאון ($\chi^2(1)=33.06$; $p<.001$) וחרדה ($\chi^2(1)=26.09$; $p<.001$) בהשוואה לאופקים.

(2) לא נמצאו הבדלים בין תושבי עוטף עזה ותושבי חבל לכיש בשכיחות המצוקה הכללית ($\chi^2(1)=.81$; $p=.37$), הסומאטיזציה ($\chi^2(1)=.6$; $p=.44$), דיכאון ($\chi^2(1)=.55$; $p=.46$) וחרדה ($\chi^2(1)=.02$; $p=.88$).

(3) בהשוואה בין תושבי ישובים ברמת חשיפה גבוהה – שדרות מול עוטף עזה נמצא כי תושבי שדרות דיווחו על שכיחות גבוהה יותר של מצוקה כללית ($\chi^2(1)=23.69$; $p<.001$), סומאטיזציה ($\chi^2(1)=37.14$; $p<.001$), דיכאון ($\chi^2(1)=28.31$; $p<.001$) וחרדה ($\chi^2(1)=33.3$; $p<.001$) מתושבי עוטף עזה.

(4) בהשוואה בין תושבי ישובים ברמת חשיפה בינונית – אופקים מול חבל לכיש לא נמצאו הבדלים בשכיחות המצוקה הכללית ($\chi^2(1)=.46$; $p=.5$), הסומאטיזציה ($\chi^2(1)=.22$; $p=.64$), הדיכאון ($\chi^2(1)=.66$; $p=.42$) והחרדה ($\chi^2(1)=.04$; $p=.85$).

לוח 6. שכיחות מצוקה כללית, סומטיזציה, דיכאון וחרדה מדווחת מעל החתך הקליני בגל 1

ערים				ישובים קהילתיים				
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=302		אופקים N=197		עוטף עזה N=156		חבל לכיש N=80		
N	%	N	%	N	%	N	%	
117	39	32	16	27	17	10	13	מצוקה כללית
120	40	38	19.3	20	12.8	16	16.3	סומטיזציה
131	44	39	19.8	30	19.3	12	15	דיכאון
122	40.3	30	15.3	23	14.8	11	13.8	חרדה

לסיכום פרק זה, מתוך ההשוואות במדדים של הפרעה פוסט טראומטית, עם ובלי קריטריון תפקוד, מצוקה כללית, סומטיזציה, דיכאון וחרדה, ניתן לראות כי בשנת 2010 שכיחות הפרעות רגשיות אלה בקרב תושבי שדרות גבוהה הן מזו של תושבי אופקים, הדומים להם מבחינה חברתית-כלכלית והן מזו של תושבי עוטף עזה הדומים להם מבחינת עוצמת החשיפה לטראומה.

חומרת התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית, מצוקה כללית, סומטיזציה, דכאון וחרדה

ממוצעים וסטיות תקן לפי ישוב של מדדי הפרעות רגשיות מוצגים בלוח 7. השוואות במדדים אלו מוצגות בין (1) תושבי ערים, (2) תושבי ישובים קהילתיים (3) תושבים ברמת חשיפה גבוהה ו (4) תושבים ברמת חשיפה בינונית. השוואות אלו נערכו על רמת התסמינים הכללית של הפרעה פוסט טראומטית, כמו גם על אשכולות התסמינים השונים של הפרעה זו (חוייה מחדש, עוררות יתר והימנעות), על תסמינים של דיסוציאציה, של מצוקה רגשית ועל תסמינים ספציפיים של סומטיזציה, חרדה ודיכאון.

(1) בהשוואה בין תושבי שדרות ואופקים, נמצא כי תושבי שדרות דיווחו על חומרה גבוהה יותר של הפרעה פוסט טראומטית ($F(3,494)=62.74, p<.001$), של תסמיני חודרנות ($F(1,496)=58.75, p<.001, \text{partial } \eta^2=.11$), של תסמיני המנעות ($F(1,496)=35.47, p<.001, \text{partial } \eta^2=.07$) ושל תסמיני עוררות ($F(1,496)=59.78, p<.001, \text{partial } \eta^2=.11$) בנוסף, תושבי שדרות דיווחו על חומרה גבוהה יותר של תסמיני דיסוציאציה ($F(1,496)=17.51, p=.006, \text{partial } \eta^2=.01$).

בהשוואה בין תושבי שדרות ואופקים, תושבי שדרות דיווחו על חומרה רבה יותר של תסמיני מצוקה כללית ($F(1,496)=44.14, p<.001, \text{partial } \eta^2=.08$), של תסמיני סומטיזציה ($F(1,496)=33.77, p<.001, \text{partial } \eta^2=.06$), של תסמיני דכאון ($F(1,496)=31.5, p<.001, \text{partial } \eta^2=.06$) ושל תסמיני חרדה ($F(1,496)=47.95, p<.001, \text{partial } \eta^2=.09$).

(2) בהשוואה בין תושבי עוטף עזה ותושבי חבל לכיש לא נמצאו הבדלים בחומרת תסמיני ההפרעה הפוסט טראומטית ($F(1,233)=.02, p=.88, \text{partial } \eta^2=.00$), חומרת התסמינים של חודרנות ($F(1,233)=.41, p=.29, \text{partial } \eta^2=.00$), חומרת התסמינים של המנעות ($F(1,233)=1.11, p=.29, \text{partial } \eta^2=.00$), חומרת התסמינים של עוררות ($F(1,233)=.41, p=.41, \text{partial } \eta^2=.00$). כן נמצאו הבדלים בתסמיני דיסוציאציה ($F(1,243)=5.93, p=.01, \text{partial } \eta^2=.01$), כאשר תושבי חבל לכיש דיווחו על חומרה גבוהה יותר של דיסוציאציה, לעומת תושבי עוטף עזה.

בהשוואה בין תושבי עוטף עזה וחבל לכיש לא נמצאו הבדלים בחומרת המצוקה כללית ($F(1,233)=.16, p=.26, \text{partial } \eta^2=.00$), סומטיזציה ($F(1,233)=1.28, p=.26, \text{partial } \eta^2=.00$), דכאון ($F(1,233)=.2, p=.65, \text{partial } \eta^2=.00$) וחרדה ($F(1,233)=.06, p=.8, \text{partial } \eta^2=.00$).

(3) בהשוואה בין תושבי שדרות ותושבי עוטף עזה נמצא כי תושבי שדרות דיווחו על יותר תסמינים של הפרעה פוסט טראומטית ($F(3,453)=23.24, p<.001, \text{partial Eta}^2=.13$), על רמה גבוהה יותר של תסמינים של חודרנות ($F(1,455)=48.38, p<.001, \text{partial Eta}^2=.09$), של תסמינים של המנעות ($F(1,455)=67.18, p<.001, \text{partial Eta}^2=.13$), ועל יותר תסמינים של עוררות ($F(1,455)=43.49, \text{partial Eta}^2=.09, p<.001$). דפוס דומה הסתמן גם בהשוואה של תסמיני דיסוציאציה ($F(1,455)=16.18, p<.001$).

בהשוואה בין תושבי שדרות ועוטף עזה נמצא כי תושבי שדרות דיווחו על יותר תסמינים של מצוקה כללית ($F(1,455)=46.38, p<.001, \text{partial Eta}^2=.09$), יותר תסמינים של סומטיזציה ($F(1,455)=45.59, p<.001$), יותר תסמינים של דכאון ($F(1,455)=35.46, p<.001, \text{partial Eta}^2=.07, \text{Eta}^2=.06$), ויותר תסמינים של חרדה ($F(1,455)=41.29, p<.001, \text{partial Eta}^2=.08$).

(4) בהשוואה בין תושבי אופקים ותושבי חבל לכיש לא נמצאו הבדלים ברמה הכללית של תסמיני הפרעה פוסט טראומטית ($F(1,274)=.38, p=.54, \text{partial Eta}^2=.00$), ברמת התסמינים של חודרנות ($F(1,274)=2.48, p=.12, \text{partial Eta}^2=.00$), ברמת התסמינים של המנעות ($F(1,274)=.47, p=.5, \text{partial Eta}^2=.00$), ברמת התסמינים של עוררות ($F(1,274)=.56, p=.46, \text{partial Eta}^2=.00, \text{Eta}^2=.01$), וכך גם לגבי רמת התסמינים של דיסוציאציה ($F(1,274)=.51, p=.6, \text{partial Eta}^2=.01$).

בהשוואה בין תושבי אופקים וחבל לכיש ברמה הכללית של תסמינים של מצוקה, לא נמצאו הבדלים בתסמיני מצוקה כללית ($F(1,289)=.02, p=.87, \text{partial Eta}^2=.00$), סומטיזציה ($F(1,289)=.01, p=.94, \text{partial Eta}^2=.00$), דכאון ($F(1,289)=.02, p=.89, \text{partial Eta}^2=.00, \text{Eta}^2=.00$), וחרדה ($F(1,289)=.11, p=.74, \text{partial Eta}^2=.00, \text{Eta}^2=.00$).

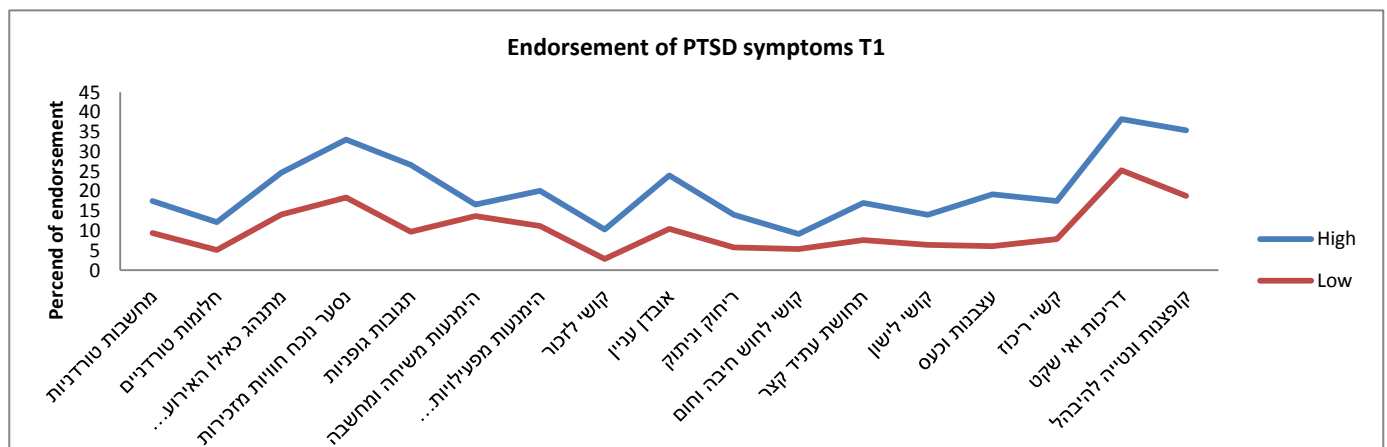
כפי שניתן לראות בהשוואות אלו גם מבחינת מספר תסמיני ההפרעות הרגשיות – הפרעה פוסט טראומטית, מצוקה כללית, סומטיזציה, דכאון וחרדה, מצבם של תושבי שדרות ב-2010 היה חמור ביותר – הן בהשוואה לתושבי עוטף עזה והן בהשוואה לתושבי אופקים.

לוח 7. ממוצעים וסטיות תקן של תסמיני הפרעות רגשיות לפי ישוב בגל 1

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=302		אופקים N=197		עוטף עזה N=156		חבל לכיש N=80		
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
39.41	17.5	28.16	11.8	27.13	10.79	27.37	13.13	הפרעה פוסט טראומטית
7.38	6	3.55	4.24	3.76	4.13	4.1	4.65	חודרנות
6.23	6.24	3.12	4.25	1.97	2.98	2.46	4.03	המנעות
8.7	7.11	4.19	4.72	4.61	5.15	4.9	6.05	עוררות
1.8	2.28	.93	1.59	.47	1.17	.96	1.89	דיסוציאציה
15.51	17.9	6.06	9.31	5.43	8.85	5.55	12.24	תסמינים מצוקה
4.4	6.1	1.57	3.1	1.13	2.5	1.65	4.41	סומטיזציה
4.54	5.8	1.88	3.32	1.68	3.0	1.89	3.88	דכאון
6.62	7.32	2.55	4.13	2.63	4.24	2.49	4.82	חרדה

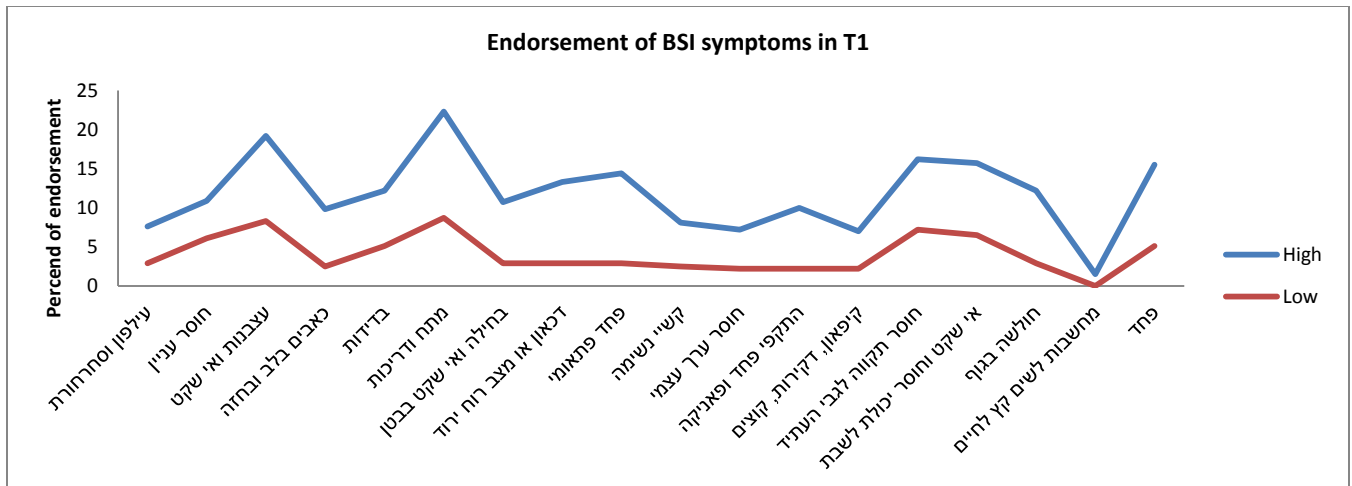
בתרשים 2, ניתן לראות את התפלגות התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית בקרב תושבי ישובים בהם החשיפה לירי טילים גבוהה ובקרב תושבי ישובים בהם החשיפה לירי טילים בינונית. כפי שניתן לראות בגרף תושבים החשופים ברמה גבוהה סובלים מעוצמה חמורה יותר של כל אחד מ-17 התסמינים.

תרשים 2. התפלגות של תסמינים של הפרעה פוסט טראומטית באזורי חשיפה בינונית מול גבוהה בגל 1



בטרשים 3, מוצגת התפלגות התסמינים של מצוקה כללית בקרב תושבי ישובים בהם החשיפה לירי טילים גבוהה ובקרב תושבי ישובים בהם החשיפה לירי טילים בינונית. כפי שניתן לראות בגרף **תושבים מישוים בחשיפה גבוהה סובלים מעוצמה חמורה יותר של כל אחד מ-18 התסמינים של מצוקה רגשית יחסית לתושבים מישוים בהם החשיפה בינונית.**

תרשים 3. התפלגות תסמיני מצוקה רגשית בקרב תושבים מישוים בחשיפה גבוהה מול בינונית בגל ה-1



שימוש בשירותי בריאות

על מנת להעריך את השימוש בשירותי בריאות של תושבי הדרום חושבו ממוצעים וסטיות תקן לפי ישוב המוצגים בלוח 8. בנוסף, נערכו השוואות במדדי שימוש בשירותי בריאות בין (1) תושבי ערים, (2) תושבי ישובים קהילתיים (3) תושבים ברמת חשיפה גבוהה ו (4) תושבים ברמת חשיפה בינונית. השוואות אלו נעשו באשר לביקור רופא, שימוש בתרופות ותרופות פסיכיאטריות, שימוש בקו חרום למצוקה רגשית וטיפול פסיכולוגי.

(1) בהשוואה בין תושבי שדרות ואופקים נמצא כי תושבי שדרות דיווחו על יותר ביקורי רופא ($F(1,484)=17.99$), השתמשו ביותר תרופות לבעיות גופניות ($F(1,484)=20.76, p<.001, \text{partial } \eta^2=.04$), ביותר תרופות פסיכיאטריות ($F(1,484)=17.18, p<.001, \text{partial } \eta^2=.04$), ביותר פנייה לייעוץ פסיכולוגי ($F(1,484)=23.03, p<.001, \text{partial } \eta^2=.04$). לא נמצאו הבדלים בשימוש בקו חרום למצוקה רגשית ($F(1,484)=1.8, p=.18, \text{partial } \eta^2=.00$).

(2) בהשוואה בין תושבי עוטף עזה ותושבי חבל לכיש לא נמצאו הבדלים בביקורי רופא ($F(1,231)=.06, p=.8,$)
שימוש בתרופות (partial $Eta^2=.00$), שימוש בתרופות ($F(1,231)=.4, p=.53,$ partial $Eta^2=.00$),
פסיכיאטריות ($F(1,231)=.81, p=.35,$ partial $Eta^2=.00$), פנייה לייעוץ פסיכולוגי ($F(1,231)=1.74, p=.18,$)
או שימוש בקו חרום למצוקה רגשית (partial $Eta^2=.01$) ($F(1,231)=.7, p=.21,$ partial $Eta^2=.00$).

(3) בהשוואה בין תושבי שדרות ועוטף עזה נמצא כי תושבי שדרות דיווחו על יותר ביקורי רופא
($F(1,445)=19.79,$) ($F(1,445)=24.11, p<.001,$ partial $Eta^2=.05$), השתמשו ביותר תרופות לבעיות פיזיות ($F(1,445)=25.65, p<.001$ partial)
($p<.001,$ partial $Eta^2=.04$), השתמשו ביותר תרופות פסיכיאטריות ($F(1,445)=9.61, p=.002,$ partial $Eta^2=.02$) מתושבי עוטף
עזה. לא נמצאו הבדלים בפנייה לייעוץ פסיכולוגי בין שדרות ועוטף עזה ($F(1,484)=23.03, p<.001,$ partial)
($Eta^2=.04$).

(4) בהשוואה בין תושבי אופקים ותושבי חבל לכיש נמצאו הבדלים משמעותיים בשימוש בקו חרום למצוקה
רגשית ($F(1,274)=3.42, p=.06,$ partial $Eta^2=.01$) ובפנייה לייעוץ פסיכולוגי ($F(1,231)=5.04, p=.03,$)
(partial $Eta^2=.02$) - תושבי אופקים דיווחו על יותר שימוש בקו המצוקה אך פחות פנייה לייעוץ פסיכולוגי
מתושבי חבל לכיש. לא נמצאו הבדלים בין תושבי אופקים ותושבי חבל-לכיש בביקורי רופא ($F(1,274)=1.3,$)
($p=.26,$ partial $Eta^2=.00$), ובשימוש בתרופות לבעיות פיזיות ($F(1,274)=1.25, p=.15,$ partial $Eta^2=.00$)
או תרופות הרגעה, ($F(1,274)=.11,$) $p=.69,$ partial $Eta^2=.00$.

**מתוך השוואות אלו ניתן לראות כי תושבי שדרות השתמשו ב-2010 ביותר שירותי בריאות מתושבי אופקים
הדומים להם מבחינה חברתית-כלכלית ומתושבי עוטף עזה, הדומים להם מבחינת עוצמת החשיפה. עוד
נראים הבדלים בהעדפה שונה של מסגרת של עזרה רגשית - תושבי אופקים נוטים לפנות יותר לקו החם
ואילו תושבי חבל לכיש, שמצבם החברתי-כלכלי גבוה יותר נוטים לפנות ליותר טיפול פסיכולוגי.**

לוח 8. שימוש בשירותי בריאות לפי ישובים בגל 1

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=302		אופקים N=197		עוטף עזה N=156		חבל לכיש N=80		
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
.46	1.01	.12	.39	.05	.3	.06	.29	ביקורי רופא
1	1.63	.43	1.15	.36	1.02	.28	.84	תרופות
.71	1.42	.24	.91	.11	.54	.19	.73	תרופות פסיכיאטריות
.16	.65	.09	.44	.00	.00	.00	.00	קו מצוקה
.32	.88	.02	.12	.22	.69	.10	.41	טיפול פסיכולוגי

גורמים המשפיעים על חומרת התסמינים הרגשיים

על מנת לזהות גורמים המשפיעים על מדדי הבריאות הנפשית – על חומרת התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית כמו גם על חומרת התסמינים של מצוקה כללית בוצעו שני ניתוחי רגרסיה היררכית נפרדים. האחד לבחינת התסמונת הפוסט טראומטית והשני למדד המצוקה הרגשית (GSI). הגורמים שנבדקו הם (1) משתנים דמוגרפיים – מין, גיל, השכלה (2) סוג ישוב (חשיפה בינונית מול גבוהה) (4) אירועי חיים שליליים (5) מדדי חשיפה (אישית וקרבה לירי טילים, אובדן בנפש) (6) חוסן קהילתי (7) אובדן כלכלי בעקבות המצב הבטחוני (8) חוסן אישי.

גורמים המשפיעים על חומרת התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית

כפי שניתן לראות בלוח 9, המודל הסופי (מודל 5) הסביר 40% מהשונות המוסברת. המשתנים שנמצאו במודל זה כגורמי פגיעות לתסמינים של הפרעה פוסט טראומטית היו מין (נשים), גיל (גיל גבוה יותר בשנים מנבא יותר תסמינים פוסט טראומטיים), השכלה (השכלה פחותה מנבאת יותר תסמינים פוסט טראומטיים), חשיפה אישית, קרבה לטילים ואובדן חיים. כמו כן, אובדן כלכלי נמצא כמנבא מובהק (יותר אובדן כלכלי מנבא יותר תסמינים פוסט טראומטיים). משתנה האמונה בחוסן אישי עלה במודל זה כגורם חוסן משמעותי מול תסמיני הפרעה פוסט טראומטית.

לוח 9. מודל רגרסיה לתסמינים של הפרעה פוסט טראומטית בגל 1

מודל 1	מודל 2	מודל 3	מודל 4	מודל 5	
b(SE)	b(SE)	b(SE)	b(SE)	b(SE)	
5.29 (1.2)***	5.17 (1.2)***	5.45 (1.02)***	5.52 (1.03) ***	5.02 (1.03)***	מין
.12 (.04)***	.11 (.04)***	.08 (.03)*	.08 (.03)*	.08 (.03)*	גיל
-1.36 (.2)***	-1.42 (.2)***	-1.01 (.17)***	-1.02 (.17)***	-.94 (.17)***	השכלה
	-7.15 (1.2)***	.97 (1.36)	.88 (1.37)	.66 (1.36)	ישוב (חשיפה)
		2.12 (.6)**	2.07 (.6)**	2.13 (.6)***	חשיפה אישית
		2.63 (.91)**	2.6 (.9)**	2.53 (.9)**	קרבה לטייל
		3.09 (1.11)**	3.04 (1.11)**	3.13 (1.11)**	אובדן
		2.55 (.25)***	2.54 (.25)**	2.44 (.25)***	אובדן כלכלי
			.19 (.31)	.25 (.31)	אירועי חיים
				-1.2 (.76)	חוסן קהילתי
				-1.24 (.4)**	חוסן אישי
11%	5%	22%	0%	1%	R ² change
24.47***	35.99***	53.71***	.38	7.31*	F change

הערות: *p<.05 **p<.01 ***p<.001 המודל הסופי מובהק (F(11,588)=35.58, p<.001, R² =40%). מין ומקום חשיפה קודדו כמשתנים דיכוטומיים – במין: גברים = 0 ונשים = 1. בסוג ישוב: חשיפה גבוהה = 1 וחשיפה בינונית = -1.

גורמים המשפיעים על חומרת התסמינים של מצוקה כללית

כפי שניתן לראות בלוח 10, המודל הסופי (מודל 5) הסביר 35% מהשונות המוסברת. המשתנים התורמים לניבוי מצוקה כללית ברמת מובהקות סטטיסטית הם מין (נשים), גיל (גיל גבוה יותר בשנים מנבא יותר תסמינים מצוקה), השכלה, חשיפה אישית ואובדן בנפש. אובדן כלכלי נמצא גם הוא כמנבא מובהק. גורמי החוסן שתורמו באופן מובהק למודל זה הם האמונה בחוסן האישי וגם האמונה בחוסן הקהילתי (יותר חוסן ניבא פחות תסמיני מצוקה).

לוח 10. מודל גרסיה לניבוי מצוקה רגשית (BSI-18) בגל 1

מודל 1	מודל 2	מודל 3	מודל 4	מודל 5	
b(SE)	b(SE)	b(SE)	b(SE)	b(SE)	
.32 (.06)***	.32 (.06)***	.33 (.06)***	.35 (.06)***	.3 (.05)***	מין
.01 (.00)***	.01 (.00)**	.01 (.00)**	.01 (.00)***	.01 (.00)**	גיל
-.06 (.01)***	-.06 (.01)***	-.05 (.01)***	-.05 (.07)***	-.04 (.01)***	השכלה
	-.32 (.06)***	.01 (.07)	-.00 (.07)***	-.03 (.07)	ישוב (חשיפה)
		.08 (.03)**	.07 (.03)	.08 (.03)*	חשיפה אישית
		.08 (.05)	.07 (.05)*	.07 (.05)	קרבה לטיל
		.16 (.06)*	.14 (.06)	.16 (.06)**	אובדן
		.11 (.01)**	.11 (.01)*	.1 (.01)**	אובדן כלכלי
			.04 (.02)***	.05 (.02)**	אירועי חיים
				-.17 (.04)***	חוסן קהילתי
				-.08 (.02)**	חוסן אישי
11%	4%	15%	1%	4%	R ² change
24.59***	26.86***	30.73***	6.82*	19.9***	F change

הערות: *p<.05 **p<.01 ***p<.001

המודל הסופי מובהק (F(11,588)=28.46, p<.001, R²=35%).

מין ומקום חשיפה קודדו כמשתנים דיכוטומיים – במין: גברים = 0 ונשים = 1. בסוג ישוב: חשיפה גבוהה = 1 וחשיפה בינונית = -1.

הערכת משאבים אישיים

איכות חיים, שביעות רצון ממשפחה ולכידות משפחתית, הסתגלות לשינוי והחלמה לאחר טראומה

על מנת להעריך את רמת המשאבים האישיים בקרב תושבי הדרום חושבו ממוצעים וסטיות תקן (לוח 11) ונערכו השוואות על מדדים אלו בין (1) תושבי ערים (2) תושבי ישובים קהילתיים (3) תושבים ברמת חשיפה גבוהה ו (4) תושבים ברמת חשיפה בינונית.

(1) תושבי שדרות דיווחו על איכות חיים בינונית יותר (t(497)=2.96, p=.004), פחות סיפוק מחיי המשפחה (t(495)=2.67, p=.001) ופחות לכידות משפחתית (t(496)=2.41, p=.002) יחסית לתושבי אופקים. עם זאת, לא נמצאו הבדלים בין תושבי הערים בהערכת היכולת האישית להסתגל לשינוי (t(473)=.83, p=.41) ובהערכת היכולת האישית להחלמה מאירוע טראומטי (t(435)=1.04, p=.3).

(2) בהשוואה בין הישובים הקהילתיים נמצא כי תושבי חבל לכיש דיווחו על יותר סיפוק מחיי המשפחה מתושבי עוטף עזה ($t(232)=2.7, p=.02$). עם זאת, לא נמצאו הבדלים בין תושבי ישובים אלו במדדים של איכות חיים ($t(234)=.49, p=.63$), לכידות משפחתית ($t(234)=.14, p=.89$) בהערכת היכולת האישית להסתגל לשינוי ($t(222)=.69, p=.49$) ובהערכת היכולת האישית להחלמה מאירוע טראומטי ($t(207)=.41, p=.68$).

(3) בהשוואה בין שני הישובים הנחשפים ברמה גבוהה לירי טילים נמצא כי תושבי שדרות דיווחו על רמה נמוכה יותר של יכולת הסתגלות לשינוי ($t(435)=3.19, p=.003$), של יכולת החלמה מטרומה ($t(405)=2.83, p=.005$) ועל רמה נמוכה יותר של איכות חיים ($t(456)=4.17, p<.001$) ושל לכידות משפחתית ($t(456)=2.09, p=.04$). יחסית לתושבים מעוטף עזה. לא נמצאו הבדלים ברמת הסיפוק מחיי המשפחה ($t(453)=1.72, p=.11$).

(4) בהשוואה בין שני הישובים בהם החשיפה לירי נמוכה נמצא כי תושבי אופקים מדווחים על פחות יכולת להחלמה מטרומה ($t(237)=3.23, p<.001$), ופחות תחושת סיפוק מהחיים ($t(274)=2.14, p=.03$) יחסית לתושבי חבל לכיש. עם זאת, לא נמצאו הבדלים ביכולת ההסתגלות לשינוי ($t(260)=.92, p=.36$), איכות חיים ($t(275)=.41, p=.68$), ולכידות משפחתית ($t(274)=.38, p=.7$).

מהשוואות אלו ניתן לראות כי ב-2010 מצבם של תושבי שדרות גרוע מזה של תושבי אופקים, הדומים להם מבחינה חברתית-כלכלית ונבדלים בעוצמת החשיפה לירי מבחינת איכות החיים, סיפוק מחיי המשפחה ולכידות משפחתית. תושבי חבל לכיש מדווחים על יותר סיפוק מחיי המשפחה יחסית לתושבי עוטף עזה הדומים להם מבחינת סוג הישוב ושונים מבחינת הצביון הדתי ורמת החשיפה. שתי קבוצות הערים מדווחים על משאבים נמוכים יותר מתושבי הישובים הקהילתיים, מבחינת הערכתם את יכולתם להחלים מטרומה (בשתי הקבוצות) יכולתם להסתגל לשינוי, איכות החיים והלכידות המשפחתית שלהם (שדרות מול עוטף עזה) ופחות שביעות רצון מהחיים (אופקים מול חבל לכיש).

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=302		אופקים N=197		עוטף עזה N=156		חבל לכיש N=80		
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
2.55	1.4	2.66	1.36	2.95	1.14	2.83	1.26	הסגלות לשינוי
1.72	1.64	1.55	1.65	2.21	1.67	2.31	1.66	החלמה לאחר אירוע טראומטי
2.59	1.18	2.89	1.06	3.01	.94	2.95	1.02	איכות חיים
3.52	.97	3.73	.73	3.67	.77	3.88	.41	סיפוק מהמשפחה
2.68	.77	2.83	.65	2.81	.62	2.8	.7	לכידות משפחתית

ניתוח גורמים לבחינת התמונה הקלינית של התושבים

מאחר וחשיפה חוזרת ונשנית, שנמשכת גם בעת המחקר, עלולה לגרום להפרעות שטיבן איננו ידוע ואיננו בהכרח תואם את התסמונת הפוסט טראומטית, בקשנו לחשוף את התמונה הקלינית של תושבי הדרום החשופים לירי מתמשך. לשם כך נערך ניתוח גורמים שכלל את כל תסמיני ההפרעה הפוסט טראומטית ותסמיני המצוקה הכללית. לוח 12 כוללת את ארבעת הגורמים ואת טעינות כל הפריטים על כל אחד מן הגורמים. $KMO=.97, p<.001$.

כפי שניתן לראות בלוח 12, הגורם ראשון הוא גורם המשקף תחושת מתח רגשי ועוררות, הוא מורכב מתסמינים של חודרנות ועוררות מתוך ה-PCL ומתסמיני חרדה מה-BSI. הגורם השני הוא גורם המשקף חווייה של מצוקה סומאטית, הוא מורכב מפריטי תת סולם סומאטיזציה ודכאון מה-BSI וחלק מתסמיני החרדה. הגורם השלישי משקף חווייה של נסיגה והתכנסות, הוא מורכב מתסמיני המנעות מה-PCL ומתסמינים של נסיגה מתת סולם הדכאון של ה-BSI. הגורם הרביעי בעל הטעינות הנמוכה ביותר מתייחס לאובדנות והמנעות מאירועים המזכירים את האירועים הטראומטיים.

לוח 12. ניתוח גורמים עם רוטציית ורימקס בפריטי שאלון הפרעה פוסט טראומטית ושאלון מצוקה (BSI)

בגל 1 (N = 740)

טעינות בגורמים				פריט	שאלון
4	3	2	1		
1.19	1.54	2.03	18.82	Eigenvalue	
3.04%	3.95%	5.22%	48.27%	אחוז שונות	
.14	.22	.17	.75	האם אתה חש נסער כאשר אתה נפגש בחוויות שמזכירות לך את האירועים הביטחוניים	PTSD חודרנות
.04	.15	.26	.72	האם אתה חש קופצני ונבהל בקלות	PTSD עוררות
.07	.33	.29	.68	האם אתה חש מצוקה גדולה עקב האירועים הביטחוניים	PTSD
.24	.27	.19	.66	באיזו מידה אתה סובל בחודשיים האחרונים מזיכרונות, מחשבות או תמונות קשות או מטרידות של האירועים הביטחוניים	PTSD חודרנות
.26	.13	.36	.65	האם אתה חש בתגובות גופניות (כגון: דופק מואץ, קשיי נשימה או הזעה מוגברת) כאשר אתה נתקל במצבים שמזכירים לך את האירועים	PTSD חודרנות
.15	.31	.12	.63	האם אתה חיי אותם מחדש אתה או מתנהג ומרגיש כאילו האירועים הביטחוניים מתרחשים שנית	PTSD חודרנות
.00	.23	.25	.62	האם אתה חש בדריכות ובערנות-יתר, כאילו נשאר על המשמר	PTSD עוררות
.42	.19	.11	.62	האם אתה נמנע ממצבים או מפעילויות שמזכירים לך את האירועים	PTSD המנעות
.01	.18	.49	.61	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל הרגשה של פחד	חרדה BSI
.1	.32	.51	.58	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל הרגשה של מתח או דריכות פנימית	BSI חרדה
.47	.2	.34	.49	באיזו מידה אתה סובל מחלומות טורדניים חוזרים ונשנים על האירועים הביטחוניים	PTSD חודרנות
.17	.37	.46	.49	האם אתה חש בעצבנות ונוטה להתפרצויות זעם	PTSD עוררות
.22	.33	.26	.46	האם אתה חש כאילו העתיד שלך עלול להסתיים בטרם עת	PTSD המנעות
.17	.19	.72	.21	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל כאבים בלב או בחזה	BSI סומטיזציה
.22	.11	.72	.18	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל קושי בנשימה	BSI סומטיזציה
.13	.31	.7	.19	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם	BSI

				בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל הרגשה של בחילה או אי שקט בבטן	סומטיזציה
.21	.14	.7	.18	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל הרגשת עילפון או סחרחורת	BSI סומטיזציה
.12	.29	.7	.3	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל הרגשת חולשה בחלקים שונים בגוף	BSI סומטיזציה
.24	.28	.62	.21	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל תחושה של קיפאון, דקירות או קוצים בחלקים שונים בגוף	BSI סומטיזציה
.06	.48	.6	.37	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל הרגשה של דיכאון או חוסר מצב רוח	BSI דכאון
.07	.54	.57	.16	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל הרגשה של חוסר ערך עצמי	BSI דכאון
.09	.23	.57	.53	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל הרגשה של פחד פתאומי ללא סיבה	BSI חרדה
.16	.11	.56	.51	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל התקפי פחד או פאניקה	BSI חרדה
.15	.31	.55	.42	האם יש לך קשיים בהירדמות או בשינה רצופה	PTSD עוררות
.01	.48	.54	.45	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל תחושה של עצבנות או חוסר שקט בתוך	BSI חרדה
.02	.44	.52	.39	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל חוסר שקט ותחושה שאינך יכול לשבת במקום אחד	BSI חרדה
.25	.72	.11	.25	האם אתה חש בריחוק או בחוסר חיבור לאנשים אחרים	PTSD המנעות
.33	.7	.24	.16	האם איבדת מעוצמת רגשותיך ואתה מתקשה להרגיש חיבה כלפי אנשים קרובים אליך	PTSD המנעות
.33	.6	.33	.21	האם אתה מרגיש מנותק מהרגשות שלך	PTSD המנעות
.03	.57	.51	.2	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל הרגשה של בדידות	BSI דכאון
.16	.56	.24	.34	האם אתה לא מכיר את האדם שנהיית	PTSD המנעות
.24	.53	.27	.44	האם איבדת עניין בפעילויות מהן נהנית בעבר	PTSD המנעות

.08	.52	.25	.4	האם דברים נראים לך אחרת מכפי שאתה יודע שהם במציאות	PTSD המנעות
.15	.52	.5	.27	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל תחושה של חוסר עניין בדברים	BSI דכאון
.13	.47	.44	.41	האם יש לך קשיי ריכוז	PTSD עוררות
.05	.46	.41	.36	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל חוסר תקווה לגבי העתיד	BSI דכאון
.59	.1	.31	.06	בחודשיים האחרונים באיזו מידה, אם בכלל, סבלת או שעדיין אתה סובל מחשבות לשים קץ לחיך	BSI דכאון
.57	.31	.09	.23	האם אתה מתקשה לזכור חלקים חשובים מהאירועים הביטחוניים	PTSD המנעות
.56	.17	.07	.47	האם אתה נמנע מלשוחח או לחשוב על האירועים הביטחוניים או לחוות רגשות הקשורים להם	PTSD המנעות

הערה. לגבי כל פריט מוצגת הטעינה הגבוהה ביותר.

2.2.2 גל II - שנת 2014 (לפני מבצע "צוק איתן")

בדומה לנתוני הגל הראשון גם בסעיף זה יוצגו הנתונים הדמוגרפיים, נתוני החשיפה ומדדי בריאות הנפש תפקוד ופניה לשירותי בריאות. גם בסעיף זה כמו בקודם תוצג התרומה היחודית והמשולבת של גורמי סיכון להתפתחות הפרעות רגשיות ונתונים לגבי המשאבים האישיים.

השוואות דמוגרפיות

התפלגויות המשתנים הדמוגרפיים לפי ישוב מוצגות בלוח 13. משום שבגל זה השתנה הרכב קבוצות המחקר בשל שינויים במספר הנבדקים בקבוצות השונות השוואות במדדים הדמוגרפיים מוצגות בין (1) תושבי שדרות ותושבי עוטף עזה החשופים במידה דומה לירי טילים (2) ישובים ברמות חשיפה שונות – חשיפה גבוהה (שדרות ועוטף עזה) וחשיפה בינונית (אופקים וחבל לכיש).

(1) בהשוואה בין תושבי שדרות ועוטף עזה החשופים במידה דומה לירי טילים נמצא הבדל בדת ($\chi^2(4)=24.17$; $p<.001$) – בשדרות יותר נבדקים דתיים מבעוטף עזה. לא נמצאו הבדלים במין ($\chi^2(1)=.02$; $p=.9$), במצב משפחתי ($\chi^2(3)=2.39$; $p=.5$), בהכנסה ($\chi^2(4)=5.77$; $p=.22$), בגיל ($t(99)=1.6$, $p=.11$) ובהשכלה ($t(99)=.93$, $p=.35$).

(2) בהשוואה בין תושבים משתי רמות החשיפה נמצאו הבדלים בדת ($\chi^2(4)=27.41$; $p<.001$) כאשר, באיזור החשיפה הגבוהה יותר נבדקים דיווחו על מסורתיות וחילוניות לעומת הנבדקים מאיזורי החשיפה הבינונית. כמו כן נמצאו הבדלים בגיל המשתתפים ($F(1,175)=5.08$, $p=.02$) כאשר משתתפים באיזור החשיפה הגבוהה מבוגרים יותר ממשתתפים מאיזורי החשיפה הבינונית. לא נמצאו הבדלים במין ($\chi^2(1)=.07$, $p=.79$), במצב משפחתי ($\chi^2(1)=1.18$; $p=.28$), בהכנסה ($\chi^2(6)=2.32$; $p=.89$), בהשכלה ($F(1,175)=.17$, $p=.68$) ובארץ לידה ($\chi^2(1)=2.17$; $p=.14$).

מהשוואות אלה עולה כי ההבדל המרכזי בין הישובים שבחנו הוא הצביון הדתי, כשהישובים החשופים במידה גבוהה יותר חילוניים ומסורתיים לעומת אזור החשיפה הבינונית ובתוך הישובים החשופים במידה גבוהה תושבי שדרות יותר דתיים.

לוח 13. הבדלים במשתנים דמוגרפיים לפי ישוב בגל 2

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=77		אופקים N=34		עוטף עזה N=60		חבל לכיש N=6		
15.15 (11.16)		13.15 (3.36)		17.62 (15.05)		13 (2.24)		השכלה
53 (11.9)		49.4 (13.2)		56.1 (11.7)		49.3 (14.9)		גיל M (SD)
N	%	N	%	N	%	N	%	
מין								
33	42.9	13	38.2	25	41.7	3	50	זכר
44	57.1	21	61.8	35	58.3	3	50	נקבה
סטטוס משפחתי								
30	37	10	29.4	29	55.7	3	50	רווק
50	63	24	70.5	23	44.3	3	50	בזוגיות
צביון דתי								
4	5	5	14.7	2	3.7	0	0	חרדי
8	10	8	23.5	16	30.7	0	0	דתי
30	37.5	16	47	18	34.6	5	83	מסורתי
38	47.5	5	14.7	16	30.7	1	17	חילוני
מקום לידה								
53	66.2	27	79.4	36	69.2	6	100	ישראל
27	33.8	7	20.5	16	30.8	0	0	אחר
הכנסה								
34	42.5	26	76.4	26	50	2	34	פחות מהממוצע
21	26.2	8	23.5	8	11.5	4	66	ממוצע
25	31.2	0	0	20	38.5	0	0	גבוה מהממוצע

חשיפה לירי טילים ונגזרותיו – פגיעות אישיות, של קרובים ואובדן כלכלי

על מנת להשוות את החשיפה הישירה לירי ואת החשיפה לנגזרות הירי בין תושבים בישובים ברמות חשיפה שונות ובין תושבים מסוג אחר של ישוב (קהילתי מול עירוני) באותה רמת חשיפה נערכו השוואות בין (1) תושבי שדרות ותושבי עוטף עזה החשופים במידה דומה לירי טילים (2) ישובים ברמות חשיפה שונות – חשיפה גבוהה (שדרות ועוטף עזה), חשיפה בינונית (אופקים וחבל לכיש). התפלגות מדדי החשיפה מוצגת בלוח 14.

(1) תושבי שדרות דיווחו על יותר פגיעה אישית ($\chi^2(2)=15.33$; $p=.004$), יותר בני משפחה שנפגעו ($\chi^2(2)=16.86$; $p<.001$), יותר מכרים שנהרגו ($\chi^2(2)=28.91$; $p<.001$) היו יותר פגיעות בבתי הנבדקים ($\chi^2(4)=11.92$; $p=.02$). אך לא נמצא הבדל באשר לבני משפחה שנהרגו ($\chi^2(1)=2.92$; $p=.23$) או באובדן כלכלי ($\chi^2(5)=3.438$; $p=.63$).

(2) ניתוחים הראו הבדלים בין הקבוצות בשתי רמות החשיפה. קבוצת החשיפה הגבוהה דיווחה על רמה גבוהה במובהק של חשיפה אישית ($\chi^2(1)=6.96$, $p=.008$), על בן משפחה שנפגע ($\chi^2(3)=6.58$, $p=.08$), על מכרים שנהרגו ($\chi^2(4)=16.8$, $p=.002$), על בתים שנפגעו ($\chi^2(2)=8.11$, $p=.01$) בהשוואה לקבוצת החשיפה הבינונית. לא נמצא הבדל בין הקבוצות בשכיחות קרובי משפחה שנהרגו כתוצאה מהירי ($\chi^2(1)=.02$, $P=.88$). ובאובדן כלכלי ($\chi^2(5)=1.97$, $p=.8$).

מתוך השוואות אלו עולה כי גם ב- 2014, לפני "צוק איתן" ועם התרחבות מעגל הירי, תושבי החשיפה הגבוהה דיווחו עדיין על יותר חשיפה ישירה ואובדן כלכלי מתושבי אזור החשיפה הבינונית וכי בתוך אזור החשיפה הגבוהה תושבי שדרות דיווחו על יותר חשיפה ישירה לירי מתושבי עוטף עזה.

לוח 14. התפלגות מדדי החשיפה על פי ישוב בגל 2

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=77		אופקים N=34		עוטף עזה N=60		חבל לכיש N=6		
N	%	N	%	N	%	N	%	
								חשיפה אישית
64	83.1	34	100	59	98.3	5	83.3	לא נחשף
17	23.1	0	0	7	13.5	0	33.3	פגיעה בבית
13	16.9	0	0	1	1.7	1	16.7	פגיעה אישית
								קרבה לירי
60	77.5	34	100	57	95	3	50	לא היתה
17	20	0	0	3	5	0	0	בן משפחה נפגע
48	28.9	6	17.6	1	1.7	3	50	מכר נהרג
3	3.9	1	2.9	1	1.7	0	0	בן משפחה נהרג
32	41.6	12	35.3	21	35	3	50	אובדן כלכלי

חויית איום – תחושת חוסר אונים ואובדן של שליטה בגוף בזמן "צבע אדום"

על מנת להעריך את תחושת חוסר האונים ואובדן השליטה בגוף בזמן צבע אדום חושבו ממוצעים וסטיות תקן (לוח 15) ונערכה השוואה בין תושבי החשיפה הגבוהה לירי טילים - שדרות ותושבי עוטף עזה. בהשוואה בין תושבי ישובים אלה נמצאו הבדלים בחויית אובדן שליטה על הגוף – תושבי שדרות דיווחו על יותר תחושה של אובדן שליטה על הגוף בזמן צבע אדום ($F(1,135)=4.11, p=.04$). לא נמצאו הבדלים בחויית חוסר האונים ($F(1,135)=.21, p=.65$).

חויית איום – תחושת איום אישית ואיום על חיי המשפחה

על מנת להעריך את תחושת האיום חושבו ממוצעים וסטיות תקן (לוח 15) ונערכו השוואות בין (1) תושבי שדרות ותושבי עוטף עזה החשופים במידה דומה לירי טילים ו-(2) ישובים ברמות חשיפה שונות – חשיפה גבוהה (שדרות ועוטף עזה) וחשיפה בינונית (אופקים וחבל לכיש).

(1) לא נמצאו הבדלים בין תושבי שדרות ועוטף עזה בתחושת איום על חיי המשפחה ($F(1,135)=.00, p=.96$) ובתחושה של איום אישי ($F(1,135)=.02, p=.9$).

(2) בהשוואה בין הישובים ברמות החשיפה השונות לא נמצאו הבדלים בתחושת איום אישי ($F(1,175)=.63, p=.43$) או בתחושה של איום על חיי המשפחה ($F(1,175)=.61, p=.43$).

בהשוואה של הבדלים בעוצמת החוויה לא נמצאו הבדלים בין תושבים מרמות חשיפה ומסוגי התיישבות שונים. ההבדל היחיד שעלה בחוויה היה חווייה גבוהה יותר של אובדן שליטה על הגוף בזמן צבע אדום בקרב תושבי שדרות.

לוח 15. חוסר אונים, אובדן שליטה בגוף ותחושת איום אישי ואיום על חיי המשפחה לפי ישוב בגל 2

חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=77		אופקים N=34		עוטף עזה N=60		חבל לכיש N=6		
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
4.6	15.6	0	0	3.48	2.6	0	0	חוסר אונים
1.4	1.7	0	0	.85	1.5	0	0	אובדן שליטה בגוף
2.77	11.2	1.15	1.6	2.67	12.7	1.7	1.6	איום אישי
2.9	11.2	1.3	1.6	2.67	12.7	1.5	1.5	איום על חיי המשפחה

בריאות נפשית ושימוש בשירותי בריאות

שכיחות מדדי המצוקה בחלוקה לישובים

על מנת להעריך את התמונה הקלינית בקבוצות המחקר השונות מתוך המדדים הבאים: הפרעה פוסט טראומטית, מצוקה כללית, סומטיזציה, חרדה ודכאון חושבו השכיחויות של דיווחים שעוברים את החתך הקליני של הפרעות אלו. בנוסף, נערכו השוואות בין השכיחויות בערים השונות על פי (1) תושבי שדרות ותושבי עוטף עזה החשופים במידה דומה לירי טילים (3) ישובים ברמות חשיפה שונות – חשיפה גבוהה (שדרות ועוטף עזה) וחשיפה בינונית (אופקים וחבל לכיש).

שכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית (עם קריטריון תפקוד)

לא היו נבדקים מהישובים הקהילתיים, עוטף עזה וחבל לכיש, שעברו את הסף הקליני להפרעה הפוסט טראומטית עם קריטריון תפקוד. לעומת זאת, 5.9% מהנבדקים מאופקים ענו על הקריטריונים להפרעה זו ו-3.9% מתושבי שדרות.

(1) בהשוואה בין תושבי שדרות ועוטף עזה נמצא בקרב תושבי שדרות התפלגות דומה של שכיחות גבוהה יותר של ההפרעה הפוסט טראומטית עם קריטריון תפקוד ($\chi^2_{(1)}=2.39, p=.12$).

(2) בהשוואה בין ישובים ברמות חשיפה שונות לא נמצאו הבדלים בשכיחויות ההפרעה הפוסט טראומטית עם קריטריון תפקוד ($\chi^2_{(1)}=.89, p=.34$).

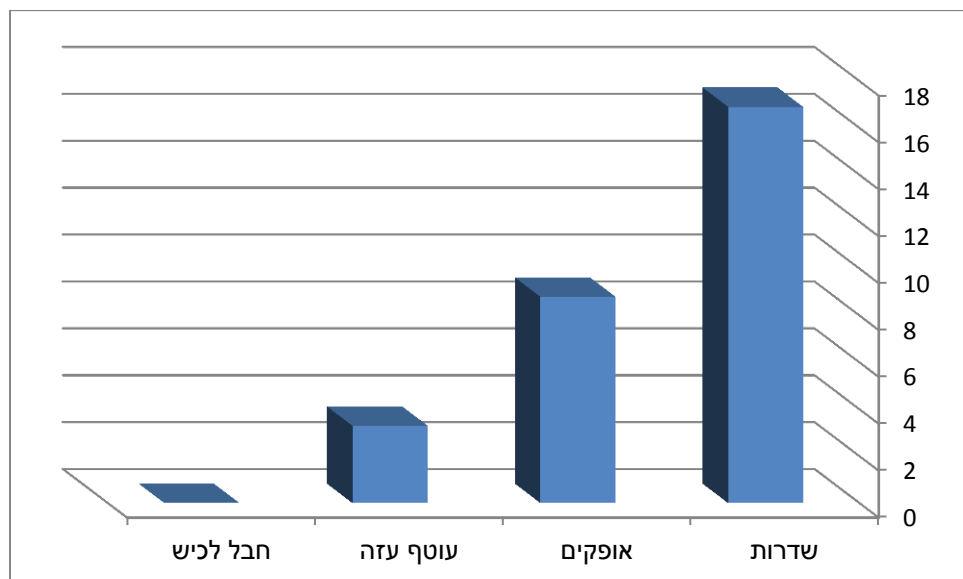
שכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית ללא קריטריון תפקוד

שכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית ללא קריטריון תפקוד, מוצגת בתרשים 4. שכיחות ההפרעה בקרב תושבי שדרות הגיעה ל-16.9%, בקרב תושבי אופקים הגיעה ל-8.8%, בקרב תושבי עוטף עזה שכיחות ההפרעה היתה 3.3% ובקרב תושבי חבל לכיש לא היו נבדקים שעברו את הסף הקליני להפרעה.

(1) בהשוואה בין תושבי שדרות ועוטף עזה נמצא כי לתושבי שדרות שכיחות גבוהה יותר של הפרעה פוסט טראומטית מאשר לתושבי עוטף עזה ($\chi^2_{(1)}=6.35, p=.01$). כמו כן, נמצאו הבדלים בהתפלגות שיעורי החתך הקליני של אשכולות הפרעה זו בין תושבי שדרות ועוטף עזה עבור חודרנות ($\chi^2_{(1)}=5.89, p=.01$), הימנעות ($\chi^2_{(1)}=7.03, p=.008$) ועוררות יתר ($\chi^2_{(1)}=5.51, p=.02$). תושבי שדרות מדווחים על שיעורים משמעותיים יותר של חודרנות, הימנעות ועוררות בהשוואה לתושבי עוטף עזה.

(2) בהשוואה בין ישובים ברמות חשיפה שונות לא נמצאו הבדלים בשכיחויות הפרעה פוסט טראומטית ($\chi^2_{(1)}=4, p=.52$). לא נמצאו הבדלים בהתפלגות אשכולות ההפרעה הפוסט טראומטית בין תושבי איזורי החשיפה הגבוהה והבינונית, עבור חודרנות ($\chi^2_{(1)}=.41, p=.5$), הימנעות ($\chi^2_{(1)}=.05, p=.8$) ועוררות יתר ($\chi^2_{(1)}=.94, p=.33$).

תרשים 4. שכיחות הפרעה פוסט טראומטית ללא קריטריון תפקוד לפי ישוב בגל 2



שכיחות של מצוקה כללית, סומטיזציה, דיכאון וחרדה

שכיחות של נבדקים שהציון שלהם בסולם המצוקה כללית ובתת סולם סומטיזציה, דיכאון וחרדה עברו את החתך הקליני להפרעות אלו מוצגות בלוח 16. בהשוואות נמצא כי (1) בהשוואה בין תושבי עוטף עזה ושדרות נמצא כי בקרב תושבי שדרות שכיחות גבוהה יותר של מצוקה כללית ($\chi^2_{(1)}=4.06, p=.04$), של סומטיזציה ($\chi^2_{(1)}=4.6, p=.03$) ושל דיכאון ($\chi^2_{(1)}=3.1, p=.05$), אך לא נמצאו הבדלים בשכיחות חרדה ($\chi^2_{(1)}=2.6, p=.1$). (2) בהשוואה בין תושבים ברמות החשיפה לא נמצאו הבדלים במצוקה רגשית ($\chi^2_{(1)}=.27, p=.6$), סומטיזציה ($\chi^2_{(1)}=2.84, p=.09$) דיכאון ($\chi^2_{(1)}=.52, p=.47$) וחרדה ($\chi^2_{(1)}=.46, p=.5$).

לוח 16. שכיחויות של נבדקים שעברו את החתך הקליני של מצוקה רגשית, סומטיזציה, דיכאון וחרדה בגל 2

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=77		אופקים N=34		עוטף עזה N=60		חבל לכיש N=6		
N	%	N	%	N	%	N	%	
29	37.7	12	35.3	13	21.7	2	33.3	מצוקה כללית
22	28.6	12	35.3	8	13.3	2	33.3	סומטיזציה
29	37.7	13	38.2	14	23.3	2	33.3	דיכאון
25	32.5	11	32.4	12	20	2	33.3	חרדה

מהשוואות אלו, בשכיחויות של ההפרעות הרגשיות השונות, עולה כי גם ב-2014, עם האסקלציה בירי לפני מבצע "צוק איתן", מצבם של תושבי שדרות גרוע מזה של תושבי עוטף עזה החשופים במידה דומה לירי, מבחינת שכיחות הפרעה פוסט טראומטית עם וללא קריטריון תפקוד ומבחינת שכיחות כל אחד מהאשכולות של הפרעה זו. מצבם של תושבי שדרות גרוע יותר מתושבי עוטף עזה גם מבחינת שכיחות הנבדקים שעברו את החתך הקליני של מצוקה כללית, סומטיזציה ודיכאון.

חומרת תסמינים פוסט טראומטיים, מצוקה כללית, סומטיזציה, דיכאון וחרדה

גם כאן השווינו בין (1) תושבים ברמת חשיפה גבוהה – תושבי שדרות מול תושבי עוטף עזה ו-(2) תושבים ברמות החשיפה השונות – בינונית וגבוהה במדדי בריאות הנפש. השוואות אלו נעשו על חומרת התסמינים

הכללית של הפרעה פוסט טראומטית, כמו גם על חומרת אשכולות התסמינים השונים של הפרעה זאת (חוויה מחדש, עוררות יתר והימנעות), על סימפטומים כלליים של מצוקה ותסמינים ספציפיים של סומטיזציה, חרדה ודיכאון (לוח 17).

(1) בהשוואה בין שדרות ועוטף עזה לא נמצאו הבדלים בחומרת התסמינים הפוסט טראומטיים הכלליים ($F(1,135)=.97, p=.33$). בתסמינים של עוררות ($F(1,135)=.2, p=.65$) או המנעות ($F(1,135)=.66, p=.42$). נמצאו הבדלים משמעותיים בתסמינים של חודרנות – כשתושבי שדרות מדווחים על יותר תסמינים מאשכול זה יחסית לתושבי עוטף עזה ($F(1,135)=4.51, p=.03$).

לא נמצאו הבדלים בחומרת התסמיני מצוקה כללית בין תושבי שדרות ועוטף עזה ($F(1,135)=1, p=.76$), כמו גם בכל אחד מקבוצות התסמינים בנפרד – סומטיזציה ($F(1,135)=.00, p=.99$), דיכאון ($F(1,135)=.1, p=.79$) וחרדה ($F(1,135)=.06, p=.8$).

(2) בהשוואה בין ישובים ברמת חשיפה גבוהה ובינונית לא נמצאו הבדלים בתסמינים פוסט טראומטיים ($F(1,175)=.34, p=.56$). דפוס דומה נמצא גם בסימפטומים של חודרנות ($F(1,175)=.07, p=.79$), המנעות ($F(1,175)=.43, p=.51$) ועוררות ($F(1,175)=1.84, p=.18$). כמו כן, לא נמצאו הבדלים ברמת המצוקה הכללית ($F(1,175)=.00, p=.95$), כמו גם באף לא אחת מקבוצות התסמינים – סומטיזציה ($F(1,175)=.01, p=.93$), דיכאון ($F(1,175)=.24, p=.62$) וחרדה ($F(1,175)=.73, p=.39$).

מתוך השוואות אלה עולה כי אין הבדלים במספר התסמינים עליהם מדווחים נבדקים מהישובים השונים ב-2014, לפני מבצע "צוק איתן", למעט תושבי שדרות שמדווחים על יותר תסמינים של חודרנות ביחס לתושבי עוטף עזה החשופים במידה דומה לירי.

לוח 17. ממוצעים וסטיות תקן של סכום תסמיני ההפרעות הרגשיות לפי ישוב בגל 2

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=77		אופקים N=34		עוטף עזה N=60		חבל לכיש N=6		
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
40.9	53.4	34.5	40.5	32.3	47.2	18.5	15.3	תסמיני הפרעה פוסט טראומטית
1.57	1.8	1.4	1.7	.88	1.5	1.2	1.2	חודרנות
1.2	1.6	1.1	1.8	.6	1.1	1.3	1.9	המנעות
1.2	1.6	1.3	1.7	.73	1.3	1.7	1.7	עוררות
1.45	2.9	1.6	2.8	1.6	3.54	.98	1.1	תסמיני מצוקה
.83	2.2	.82	1.2	.82	3.1	1.1	1.6	סומטיזציה
2.3	6.6	2.09	5.3	2.71	8.1	.75	.78	דכאון
1.2	2.1	1.9	3.9	1.34	3.7	1.08	1	חרדה

בריאות ושימוש בשרותי בריאות

השוואות במדד בריאות נתפסת ושימוש בשרותי בריאות מוצגות בין (1) תושבים ברמת חשיפה גבוהה – תושבי שדרות מול תושבי עוטף עזה ו-(2) תושבים ברמות החשיפה השונות – בינונית וגבוהה. השוואות נעשו באשר לביקור רופא, שימוש בתרופות, ופנייה לייעוץ פסיכולוגי. ממוצעים וסטיות תקן מוצגים בלוח 18.

(1) בהשוואה בין תושבי שדרות ועוטף עזה לא נמצאו הבדלים בהערכה סובייקטיבית של בריאות (F(1,135)=3.07, p=.08), בבקורי רופא (F(1,135)=1.77, p=.18), בשימוש בתרופות (F(1,135)=.26, p=.61) ובפנייה לייעוץ פסיכולוגי (F(1,135)=2.61, p=.11).

(2) בהשוואה בין ישובים ברמת חשיפה גבוהה ובינונית לא נמצאו הבדלים בין תושבי האזורים השונים בהערכה סובייקטיבית של בריאות (F(1,175)=.71, p=.4). כמו כן, לא נמצאו הבדלים בבקורי רופא (F(1,175)=.66, p=.42), שימוש בתרופות (F(1,175)=.97, p=.32) או בייעוץ פסיכולוגי (F(1,175)=.94, p=.33).

לוח 18. ממוצעים וסטיות תקן של מדדי בריאות לפי ישוב בגל 2

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית				
שדרות N=77		אופקים N=34		עוטף עזה N=60		חבל לכיש N=6		
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
2.9	15.8	.18	.6	.2	.6	.33	.8	ביקור רופא
3.6	15.8	.7	1.5	2.3	12.8	1	1.6	תרופות
4.2	19.2	.12	.41	.15	.55	.5	.84	ייעוץ פסיכולוגי
2.75	1.1	2.76	1.3	6.2	17.3	2.5	1	הערכת בריאות סובייקטיבית

מהשוואות אלה עולה כי בשונה משנמצא בשנת 2010, בשנת 2014, לפני מבצע "צוק איתן" אין הבדלים בין הקבוצות בשימוש בשירותי בריאות או בהערכת בריאות סובייקטיבית.

משאבים אישיים

על מנת להעריך את רמת המשאבים האישיים של תושבי הדרום לפי ישוב חושבו ממוצעים וסטיות תקן (מוצגים בלוח 19) ונערכו השוואות על מדדים אלו בין (1) תושבים ברמת חשיפה גבוהה – תושבי שדרות מול תושבי עוטף עזה ו- (2) תושבים ברמות החשיפה השונות – בינונית וגבוהה.

תחושת סיפוק מהחיים, חוסן אישי וחוסן קהילתי

(1) בהשוואה בין תושבי שדרות ועוטף עזה לא נמצאו הבדלים בהערכת החוסן הקהילתי ($F(1,135)=1.89$, $p=.6$) או בהערכת החוסן האישי ($F(1,135)=.02$, $p=.1$). עם זאת, נמצאו הבדלים בתחושת סיפוק מהחיים ($F(1,135)=5.7$, $p=.01$). תושבי עוטף עזה דיווחו על תחושת סיפוק גבוהה יותר מהחיים בהשוואה לתושבי שדרות.

(2) בהשוואה בין תושבים מאזורי חשיפה שונים – בינונית וגבוהה לא נמצאו הבדלים בחוסן קהילתי ($F(1,175)=.74$, $p=.39$) ובחוסן אישי ($F(1,175)=2.78$, $p=.09$). כמו כן לא נמצאו הבדלים בסיפוק מהחיים ($F(1,175)=.06$, $p=.8$).

עוטף עזה		שדרות		
M	SD	M	SD	
6.7	11.4	4.5	7.2	חוסן קהילתי
5.62	10.5	5.28	13.3	חוסן אישי
9.97	24	3.45	.77	סיפוק מהחיים

מהשוואות אלה עולה כי בשנת 2014, לפני מבצע "צוק איתן" אין הבדלים מובהקים בין תושבי הקבוצות למעט תחושת שביעות הרצון מהחיים הגבוהה משמעותית בקרב תושבי עוטף עזה אל מול תושבי שדרות.

2.2.3 גל III - יולי-אוגוסט 2014 - (מבצע "צוק איתן")

בסעיף זה, בדומה לסעיפים הקודמים, יוצגו הנתונים הדמוגרפיים, נתונים לגבי החשיפה לירי ולנגזרותיו, מדדי בריאות נפש ופניה לשירותי בריאות, כמו גם נתונים לגבי המשאבים האישיים.

מבצע "צוק איתן" החל ביולי 2014 ונמשך כ-50 ימים. קדם לו ירי על ישובי עוטף עזה ועד ל-40 ק"מ מהגבול. במהלך המבצע נורו אלפי טילים ורקטות וסוכלו מספר נסיונות חדירה של מחבלים. רבים מתושבי האזור (שבטוח של עד כ-7 ק"מ מהרצועה) התפנו במהלך המבצע אל יישובים בצפון הארץ. עם זאת היו מספר יישובים מהם לא התפנו התושבים, יישובים מהם התפנו בעיקר הילדים ואמהותיהם ויישובים שהתפנו ברובם אך נשארו עובדים חיוניים, צוותי החרום ותושבים שסירבו להתפנות (אלרון, ישראלי, פדן ואלטשולר, 2015). לפיכך, יתכן כי הקבוצה שנדגמה בגל זה, מתוך התושבים שנשארו באזור הלחימה, מייצגת קבוצה ייחודית בתוך יישובים אלו.

השוואות דמוגרפיות

התפלגויות המשתנים הדמוגרפיים לפי ישוב מוצגות בלוח 20. השוואות במשתנים דמוגרפיים מוצגות בין (1) תושבים ברמת חשיפה גבוהה – תושבי שדרות מול תושבי עוטף עזה ו-(2) תושבים ברמות החשיפה השונות – בינונית מול גבוהה.

(1) בהשוואה בין תושבי שדרות ועוטף עזה לא נמצאו הבדלים בין תושבי איזורים אלו מבחינת מין ($\chi^2(1)=.01$), $p=.92$, צביון דתי ($\chi^2(3)=1.17$, $p=.76$), סטטוס משפחתי ($\chi^2(1)=3.09$, $p=.08$), מקום לידה, ($\chi^2(1)=3.32$), $p=.07$ וגיל ($F(1,72)=2.03$, $p=.16$).

(2) לא נמצאו הבדלים בין תושבים מאזורי חשיפה בינונית ותושבים מאזורי חשיפה גבוהה מבחינת מין ($\chi^2(1)=.37$, $p=.54$), צביון דתי ($\chi^2(6)=9.55$, $p=.34$), סטטוס משפחתי ($\chi^2(1)=.06$, $p=.8$), מקום לידה, ($\chi^2(3)=3.63$, $p=.63$) וגיל ($F(1,100)=1.56$, $p=.21$).

כפי שניתן לראות מהשוואות הנ"ל לא היו הבדלים דמוגרפיים משמעותיים בין הנבדקים מהישובים השונים שהשתתפו בגל מדידה זה.

לוח 20. הבדלים במשתנים דמוגרפיים לפי ישוב בגל 3

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=45		אופקים N=20		עוטף עזה N=29		חבל לכיש N=8		
N	%	N	%	N	%	N	%	
								מין
19	42.2	8	40	15	51.7	3	37.5	זכר
26	57.8	12	60	14	48.3	5	62.5	נקבה
								סטטוס משפחתי
10	22	7	35	11	37.9	2	25	רווקה
35	78	13	65	18	62.1	6	75	בזוגיות
								מקום לידה
23	51.5	11	55	21	72.4	4	50	ישראל
22	48.9	9	45	8	27.6	4	50	אחר
								דת
17	39.5	7	35	12	41.4	6	75	חילוני
20	46.5	11	55	12	41.4	2	25	מסורתית
2	4.7	2	10	3	10.3	0	0	דתי
4	9.3	0	0	2	6.9	0	0	חרדי
								מצב כלכלי
21	50	9	47.3	14	53.8	1	12.5	מתחת לממוצע
5	11.9	5	26.3	5	19.2	3	37.5	בממוצע
16	38.1	5	26.3	7	26.9	4	50	מעל הממוצע
53.27 (10.6)		49.8 (14.9)		56.7 (9.47)		55.5 (10.8)		גיל

חשיפה לירי טילים ונגזרותיו – פגיעות אישיות, של קרובים ואובדן כלכלי

על מנת להשוות את החשיפה הישירה לירי ואת החשיפה לנגזרות הירי בין תושבים מסוג אחר של ישוב (קהילתי מול עירוני) באותה רמת חשיפה ובין תושבים בישובים ברמות חשיפה שונות נעשו השוואות בין (1)

תושבים ברמת חשיפה גבוהה - שדרות מול עוטף עזה ו- (2) תושבים ברמת חשיפה בינונית מול גבוהה. התפלגויות רמות החשיפה בכל ישוב מוצגות בלוח 21.

(1) תושבי עוטף עזה ושדרות לא נבדלו בדיווחיהם באשר לפציעה אישית ($\chi^2(1)=.65$; $p=.42$), פציעה של בן משפחה ($\chi^2(3)=4.14$; $p=.25$) ואובדן כלכלי ($\chi^2(5)=3.84$; $p=.57$).

(3) לא נמצאו הבדלים בין תושבים מאזורי חשיפה בינונית וגבוהה מבחינת פציעה אישית ($\chi^2(1)=.38$; $p=.54$), בן משפחה שנפצע ($\chi^2(3)=5.69$; $p=.13$) ואובדן כלכלי ($\chi^2(5)=1.35$; $p=.93$).

מתוך ההשוואות עולה כי במהלך מבצע "צוק איתן" לא היו הבדלים מובהקים בין הישובים במדדי החשיפה לירי ובנגזרותיו.

לוח 21. התפלגות מדדי החשיפה על פי ישוב בגל 3

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=45		אופקים N=20		עוטף עזה N=29		חבל לכיש N=8		
N	%	N	%	N	%	N	%	
								חשיפה אישית
44	97.8	20	100	26	100	8	100	לא נחשף
1	2.2	0	0	0	0	0	0	פציעה אישית
								קרבה לטיל
34	75.6	20	100	27	93.1	8	100	לא נחשף
11	24.4	0	0	20	6.9	0	0	בן משפחה נפצע
12	12.1	0	0	7	11.1	2	25	אובדן כלכלי

חויית איום – תחושת חוסר האונים ואובדן של שליטה בגוף בזמן "אזעקה"

על מנת להעריך את תחושת חוסר האונים ואובדן השליטה בגוף בזמן בגל זה חושבו ממוצעים וסטיות תקן (לוח 22) ונערכו השוואות בין (1) תושבים ברמת חשיפה גבוהה - שדרות מול עוטף עזה ו- (2) תושבים ברמת חשיפה בינונית מול גבוהה.

(1) לא נמצאו הבדלים בין תושבי שדרות ותושבי עוטף עזה בתחושת חוסר האונים ($t(72)=.33$, $p=.74$) ובאובדן שליטה על הגוף בזמן אזעקה ($t(51)=2.09$, $p=.04$).

(3) בהשוואה בין תושבים מישובים ברמות חשיפה גבוהה מול בינונית נמצא לא נמצאו הבדלים בחויית חוסר האונים ($t(100)=.45$, $p=.66$) או בתחושת אובדן שליטה על הגוף בזמן אזעקה ($t(79)=.39$, $p=.7$).

חווית איום - תחושה של איום אישי ואיום על המשפחה

על מנת להעריך את תחושת האיום האישי והאיום על חיי המשפחה חושבו ממוצעים וסטיות תקן (לוח 22) ונערכו השוואות בין (1) תושבים ברמת חשיפה גבוהה - שדרות מול עוטף עזה ו (2) תושבים ברמת חשיפה בינונית מול גבוהה.

(1) לא נמצאו הבדלים בין תושבי עוטף עזה ושדרות בתחושת האיום האישי ($t(72)=-.2, p=.8$) או בתחושת האיום על חיי משפחה ($t(72)=1.52, p=.14$).

(2) לא נמצאו הבדלים בין התושבים מרמת חשיפה בינונית וגבוהה מבחינת תחושת איום אישי ($t(100)=1.77, p=.28$) ומבחינת תחושת האיום על חיי המשפחה ($t(100)=.93, p=.36$).

מתוך ההשוואות עולה כי במהלך מבצע "צוק איתן" לא היו הבדלים מובהקים בין הישובים בחוויית אובדן השליטה בגוף וחוסר אונים בזמן אזעקה ובחווית האיום האישי והאיום לחיי המשפחה.

לוח 22. תחושת חוסר אונים, אובדן שליטה על הגוף ותחושת איום לפי ישוב בגל 3

	ערים		ישובים קהילתיים						
	חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
F(3,98)	שדרות N=45		אופקים N=20		עוטף עזה N=29		חבל לכיש N=8		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
.19	6.38	20.5	6.38	21.8	8.14	25.2	1.6	1.6	תחושת חוסר אונים
1.4	1.19	1.35	1	1.45	.5	.9	.88	1.35	אובדן שליטה על הגוף
.47	4.49	14.47	1.45	1.09	5.24	18.07	1.6	1.5	איום אישי
.96	6.62	20.19	1.9	1.2	2.03	1.24	2.38	1.5	איום על חיי המשפחה

בריאות נפשית ושימוש בשירותי בריאות

שכיחות מדדי המצוקה בחלוקה לישובים

על מנת להעריך את ההבדלים בקבוצות המחקר השונות באשר להפרעות הבאות: הפרעת פוסט טראומטית, מצוקה קלינית, סומטיזציה, חרדה ודכאון חושבו שכיחויות הדיווחים (לחתך הקליני). בנוסף, נערכו השוואות בין השכיחויות בישובים על פי (1) סוג הישובים (שדרות מול עוטף עזה) (2) חשיפה בינונית מול גבוהה.

שכיחות של הפרעה פוסט טראומטית עם קריטריון תפקוד

לא היו נבדקים שענו על הקריטריונים להפרעה זו.

שכיחות של הפרעה פוסט טראומטית ללא קריטריון תפקוד

לא היו נבדקים שענו לקריטריונים של הפרעה זו. השוואות נעשו על שכיחות אשכולות התסמינים (לוח 23).

(1) בבחינת ההבדלים ברמת האשכולות של הפרעה זו נמצא כי אין הבדלים בשכיחות העוררות ($\chi^2(1)=2.53$; $p=.11$) בין תושבי ישובים אלו. לעומת זאת, ההבדלים בשכיחות אשכול החודרנות ($\chi^2(1)=3.32$; $p=.07$) ובשכיחות אשכול ההימנעות ($\chi^2(1)=3.05$; $p=.08$) היו קרובים למובהקות - בשדרות שכיחות החודרנות וההימנעות גבוהה מאלו שנצפו בעוטף עזה.

(2) לא נמצאו הבדלים בשכיחות האשכולות השונים - חודרנות ($\chi^2(1)=2.12$; $p=.12$), הימנעות ($\chi^2(1)=1.03$; $p=.31$) ועוררות ($\chi^2(1)=.00$; $p=.96$), בישובים מאזורי רמת חשיפה שונה.

שכיחות של מצוקה רגשית, סומטיזציה, דכאון וחרדה

שכיחות הנבדקים שעברו את החתך הקליני של מצוקה כללית, סומטיזציה, דכאון וחרדה לפי ישוב מוצגות בלוח 23.

(1) נמצאו הבדלים בין תושבי עוטף עזה ושדרות מבחינת שכיחות (החתך הקליני) המצוקה הכללית ($\chi^2(1)=4.9$; $p=.02$), סומטיזציה ($\chi^2(1)=8.58$; $p=.003$). תושבי שדרות דיווחו על שכיחויות גבוהות יותר של מצוקה כללית וסומטיזציה. לא נמצאו הבדלים בדיכאון ($\chi^2(1)=1.78$; $p=.12$) וחרדה ($\chi^2(1)=.2$; $p=.65$).

(2) לא נמצאו הבדלים בין קבוצת החשיפה הגבוהה והבינונית (החתך הקליני) באף לא אחד מהמדדים הבאים: המצוקה הכללית ($\chi^2(1)=.52$; $p=.47$), סומטיזציה ($\chi^2(1)=.85$; $p=.36$), דיכאון ($\chi^2(1)=.43$; $p=.5$), וחרדה ($\chi^2(1)=.33$; $p=.56$).

בהשוואה בין השכיחויות של ההפרעות השונות עולה כי במהלך מבצע "צוק איתן" לא היו נבדקים שעברו את הקריטריון להפרעה פוסט טראומטית. חשוב לציין כי במהלך מבצע "צוק איתן", שעה שתושבים רבים עזבו את בתיהם ועברו לאזורים שלא נחשפו לטילים, קבוצת המדגם כללה רק את התושבים שנשארו באזור הלחימה, כך שכנראה מדובר על קבוצה ייחודית וחסונה במיוחד, שאינה מייצגת את תושבי האזור. עם זאת, נמצא כי שכיחות התושבים שעברו את הסף הקליני של תסמיני אשכול החודרנות וההימנעות ואת הסף הקליני של תסמיני מצוקה כללית ותסמיני סומטיזציה גבוהה בשדרות לעומת בעוטף עזה.

לוח 23. שכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית (חתך קליני), מצוקה רגשית, סומטיזציה, דכאון וחרדה לפי ישוב

בגל 3

ערים				ישובים קהילתיים				
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=45		אופקים N=20		עוטף עזה N=29		חבל לכיש N=8		
n	%	n	%	N	%	N	%	
22	48.9	6	30	8	27.6	1	12.5	חודרנות
10	22.2	3	15	2	6.9	4	50	המנעות
19	42.2	6	30	7	24.1	4	50	עוררות
17	37.8	7	35	4	13.8	3	37.5	מצוקה כללית
19	42.2	8	40	3	10.3	3	37.5	סומטיזציה
14	31.1	6	30	5	17.2	3	37.5	דכאון
13	28.9	5	25	7	24.1	1	12.5	חרדה

רמות תסמינים של הפרעה פוסט טראומטית, מצוקה כללית, סומטיזציה, דכאון וחרדה

השוואות במדדי בריאות הנפש מוצגות בין (1) תושבים ברמת חשיפה גבוהה - שדרות מול עוטף עזה ו-(2) תושבים ברמת חשיפה בינונית מול גבוהה. השוואות אלו נעשו על רמת התסמינים הכללית של הפרעה פוסט טראומטית, כמו גם על אשכולות התסמינים השונים של הפרעה זאת (חוייה מחדש, עוררות יתר והימנעות), תסמינים גלובליים של מצוקה ותסמינים ספציפיים של סומטיזציה, חרדה ודיכאון. ממוצעים וסטיות תקן מוצגים בלוח 24.

(1) בהשוואה בין תושבי שדרות ועוטף עזה לא נמצאו הבדלים בחומרת התסמינים של הפרעה הפוסט טראומטית ($t(79)=.51, p=.6$) ובאף לא אחד מאשכולות התסמינים בנפרד - חודרנות ($t(72)=.22, p=.82$), המנעות ($t(72)=.89, p=.38$) ועוררות ($t(72)=.19, p=.85$).

בדומה, לא נמצא גם הבדל בין תושבי ישובים אלה בחומרת התסמינים של מצוקה כללית ($t(72)=.99, p=.33$), או ברמת תסמיני הדכאון ($t(72)=.18, p=.86$), והחרדה ($t(72)=.8, p=.42$). עם זאת נמצא כי תושבי שדרות דיווחו על יותר סומטיזציה ($t(72)=3.32, p=.001$) מתושבי עוטף עזה.

(2) בהשוואה בין ישובים ברמות חשיפה בינונית וגבוהה לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות ברמת התסמינים של הפרעה הפוסט טראומטית ($t(100)=-.1, p=.92$) או באשכול תסמיני החודרנות ($t(100)=-.32, p=.75$) ובאשכול תסמיני ההמנעות ($p=.8, t(100)=-.26$). הבדלים משמעותיים בין הקבוצות נמצאו בתסמינים של עוררות ($p=.03, t(100)=2.14$), כשתושבי ישובים בחשיפה גבוהה דיווחו על יותר עוררות בהשוואה לתושבי ישובים בחשיפה בינונית.

נמצאו הבדלים ברמת תסמיני המצוקה הכללית ($p=.02, t(100)=2.31$) כך שתושבים מרמת חשפה בינונית דיווחו על יותר תסמינים של מצוקה כללית מאשר תושבי החשיפה הגבוהה. תמונה דומה עלתה בנוגע לתסמיני סומטיזציה ($p=.05, t(100)=2.05$). לא נמצאו הבדלים ברמת הדכאון ($p=.35, t(100)=-.94$) וברמת החרדה ($p=.45, t(100)=-.76$) בין תושבי ישובים אלו.

מההשוואות של רמת התסמינים בין ישובי החשיפה הגבוהה במהלך מבצע "צוק איתן" לא נמצאו הבדלים למעט יותר תסמיני סומטיזציה בקרב תושבי שדרות לעומת תושבי עוטף עזה. בהשוואה בין קבוצות החשיפה נמצאה יותר עוררות בקרב תושבי החשיפה הגבוהה אך יותר מצוקה כללית וסומטיזציה בקרב תושבי החשיפה הבינונית במהלך המבצע.

לוח 24. ממוצעים וסטיות תקן של תסמיני הפרעות רגשיות לפי ישוב בגל 3

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=45		אופקים N=20		עוטף עזה N=29		חבל לכיש N=8		
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
49.5	71.	49.7	66.4	41.2	62.6	32.6	49.2	תסמיני הפרעה פוסט טראומטית
9.5	16.7	9.8	24.2	10.6	25	16	38.8	חודרנות
27.7	50	33.9	59.6	17.3	46.5	8.2	6.6	המנעות
2.3	20.5	6	5.1	13.3	25.15	8.37	6.89	עוררות
1.03	1.43	2.8	5.2	.73	1.1	.87	.93	מצוקה כללית
.79	1.89	3.7	6.73	.18	.48	.71	1.06	סומטיזציה
1.09	2.7	2.9	8.12	.98	3.02	.73	.73	דכאון
1.2	1.2	1.75	3.57	1.02	.83	1.18	1.14	חרדה

בריאות נתפסת ושימוש בשרותי בריאות

ממוצעים וסטיות תקן של מדד בריאות ושימוש בשרותי בריאות מוצגים בלוח 25.

(1) בהשוואה בין תושבי שדרות ועוטף עזה לא נמצאו הבדלים בביקור רופא ($t(72)=-.88, p=.39$), בשימוש בתרופות ($t(72)=1.17, p=.17$), ובייעוץ פסיכולוגי ($t(72)=1.31, p=.19$). לא נמצאו הבדלים בבריאות נתפסת, $t(72)=1.57, p=.12$.

(2) בהשוואה בין ישובים ברמות חשיפה בינונית וגבוהה לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בשימוש בשירותי בריאות - בביקור רופא ($t(100)=1.12, p=.27$), שימוש בתרופות ($t(100)=.71, p=.48$) ובייעוץ פסיכולוגי ($t(100)=1.4, p=.16$). לא נמצאו הבדלים בבריאות נתפסת ($t(100)=.37, p=.71$).

מתוך ההשוואות עולה כי במהלך מבצע "צוק איתן" לא היו הבדלים מובהקים בין הישובים בהערכה סובייקטיבית של בריאות או בשימוש בשירותי בריאות

לוח 25. ממוצעים וסטיות תקן של מדדי הבריאות ושימוש בשירותי רפואה לפי ישוב בגל 3

ערים		ישובים קהילתיים						
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=45		אופקים N=20		עוטף עזה N=29		חבל לכיש N=8		
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
.56	1	10.3	30.3	3.5	18.4	.25	.46	ביקור רופא
1.13	7.8	5.6	22	4.3	18.2	2	2.14	תרופות
.31	.97	.05	.22	.07	.26	.13	.35	טיפול פסיכולוגי
2.89	1	3.1	1.2	3.24	.83	3.13	.64	הערכת בריאות

משאבים אישיים

על מנת להעריך משאבים אישיים של תושבי הדרום לפי עיר חושבו ממוצעים וסטיות תקן (מוצגים בלוח 26) ונערכו השוואות על מדדים אלו בין (1) תושבים ברמת חשיפה גבוהה – תושבי שדרות מול תושבי עוטף עזה ו (2) תושבים ברמות החשיפה השונות – בינונית וגבוהה.

(1) בהשוואה בין תושבי שדרות ותושבי עוטף עזה לא נמצאו הבדלים בחוסן אישי ($t(72)=1.58, p=.21$), חוסן קהילתי ($t(72)=.61, p=.54$) ובתחושת סיפוק מהחיים ($t(72)=1.16, p=.25$).

(3) בהשוואה בין ישובים ברמות חשיפה שונות לא נמצאו הבדלים בחוסן אישי ($t(100)=1.18, p=.24$), חוסן קהילתי ($t(100)=.33, p=.74$) ובתחושת סיפוק מהחיים ($t(100)=1.51, p=.13$).

מתוך ההשוואות עולה כי במהלך מבצע "צוק איתן" לא היו הבדלים מובהקים בין הישובים במשאבים האישיים שנמדדו.

לוח 26. משאבים אישיים לפי ישוב בגל 3

ערים				ישובים קהילתיים				
חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה		חשיפה בינונית		
שדרות N=45		אופקים N=20		עוטף עזה N=29		חבל לכיש N=8		
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
3.87	5.18	9.15	2.9	4.7	6.3	2.4	.9	חוסן קהילתי
6.27	12	5.42	10.8	3.41	.8	8.94	17	חוסן אישי
3.07	1.37	3.3	1.17	3.38	.94	3.38	.74	סיפוק מהחיים

2.2.4 גל IV – ינואר 2015 - (לאחר מבצע "צוק איתן")

משום שבגל זה הסכים להשתתף רק נבדק אחד מישובי חבל לכיש ומשום שמספר הנבדקים בגל זה ירד, השוואות נעשו בין (1) אזורים המאופיינים ברמת חשיפה שונה (2) בין תושבי אזורי החשיפה הגבוהה - שדרות ועוטף עזה.

השוואות דמוגרפיות

התפלגות דמוגרפית לפי ישוב מוצגת בלוח 27.

(1) בהשוואה בין תושבי אזורי החשיפה הגבוהה (עוטף עזה ושדרות) והחשיפה הבינונית (אופקים) לא נמצאו הבדלים במין ($\chi^2(2)=4.08, p=.25$), במצב משפחתי ($\chi^2(3)=2.881; p=.41$), בהשכלה ($F(2,315)=2.51, p=.08$) ובגיל ($t(75)=1.41, p=.16$).

(2) בהשוואה בין תושבי עזה ושדרות, לא נמצאו הבדלים במין ($\chi^2(1)=.42, p=.5$), במצב משפחתי ($\chi^2(3)=2.39$); $F(1,135)=.2, p=.66$ ובגיל ($F(1,135)=.2, p=.66$).

לוח 27. התפלגות דמוגרפית על פי ישוב בגל 4

חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה				
אופקים N=14		שדרות N=41		עוטף עזה N=21		
N	%	N	%	N	%	
						מין
5	35.7	16	51.6	10	47.6	נקבה
9	64.3	25	48.4	11	52.4	זכר
						מצב משפחתי
7	50	13	32	9	43	רווק
7	50	28	68	12	57	בזוגיות
14.1 (2.77)		13.6 (2.9)		15.1 (2.8)		השכלה
56.1 (11.8)		56.1 (9.3)		48.3 (11.9)		גיל

כפי שניתן לראות, בגל זה אין הבדלים דמוגרפיים מובהקים בין קבוצות ההשוואה.

פינוי מהבית במהלך צוק איתן

33.7% מהנבדקים בגל זה דיווחו כי עזבו את הבית במהלך "צוק איתן" (26/77) בעוד 66.3% נשארו בבתיהם (51/77). לא היו הבדלים בין שלושת הישובים מבחינת שכיחות הנבדקים שעזבו את ביתם במהלך המבצע ($\chi^2(1)=4.07, p=.24$).

חשיפה לירי טילים ונגזרותיו – פגיעות אישיות, של קרובים ואובדן כלכלי

התפלגות החשיפה לירי טילים ונגזרותיו מוצגת בלוח 28. בהשוואות (1) לא נמצאו הבדלים בין רמות חשיפה גבוהות ונמוכות בפגיעה אישית ($\chi^2(1)=.38; p=.54$), פגיעה בבן משפחה ($\chi^2(1)=.07; p=.79$) ואובדן כלכלי

($\chi^2(4)=6.34$; $p=.17$). יחד עם זאת, חישוב של סיכון יחסי הראה כי בקרב תושבי החשיפה הגבוהה יש סיכוי פי 4.3 לפגיעה בבן משפחה לעומת חשיפה בינונית.

(2) התפלגות החשיפה לירי טילים ונגזרותיו לפי איזורי החשיפה הגבוהה (שדרות מול עוטף עזה) מוצגת בלוח 28. נמצאו הבדלים מובהקים בהתפלגות של רמות נמוכות וגבוהות של פגיעה אישית ($\chi^2(1)=.07$; $p=.79$), כך שבעוטף עזה פרופורציית אלו שדיווחו על פגיעה אישית גבוהה יותר מדיווחי תושבי שדרות. לא נמצאו הבדלים פגיעה בבן משפחה ($\chi^2(1)=1.02$; $p=.3$) ואובדן כלכלי ($\chi^2(4)=1.5$; $p=.83$).

מתוך השוואות אלה עולה כי אין הבדלים מובהקים בין תושבי אזורי החשיפה הגבוהה והבינונית מבחינת החשיפה האישית ונגזרותיה. יחד עם זאת עולה הבדל מובהק בשיעורי החשיפה האישית בין תושבי שדרות ועוטף עזה. אין הבדלים בשיעורי הפגיעה בבן משפחה ואובדן כלכלי.

לוח 28. התפלגות החשיפה לירי ונגזרותיו בגל 4

חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה				
אופקים N=15		עוטף עזה N=21		שדרות N=41		
N	%	N	%	N	%	
						חשיפה אישית
19	90.5	14	93.3	41	100	לא נחשף
2	9.5	1	6.7	0	0	פגיעה אישית
						קרבה לירי
19	90.5	13	97.3	33	80.5	לא היתה קרבה
2	9.5	2	2.6	8	19.5	בן משפחה נפצע
7	33	15	87	17	41	אובדן כלכלי

חויית איום – תחושת חוסר אונים ואובדן של שליטה על הגוף בזמן אזעקה

(1) על מנת לבחון את התחושות בזמן אזעקה חושבו ממוצעים וסטיות תקן של דירוג התושבים את תחושותיהם על פי אזור חשיפה. בהשוואה בין תושבי ישובים באזור חשיפה גבוהה (שדרות ועוטף עזה) ובין תושבי אופקים החשופים ברמה בינונית לא נמצאו הבדלים בחויית חוסר האונים ($F(1,75)=1.13$, $p=.29$) או בחויית אובדן שליטה על הגוף ($F(1,75)=.82$, $p=.37$). ממוצעים וסטיות תקן מוצגים בלוח 29.

(2) על מנת לבחון את התחושות בזמן אזעקה חושבו ממוצעים וסטיות תקן של דירוג התושבים את תחושותיהם על פי אזורי חשיפה הגבוהה (בין שדרות ועוטף עזה). בהשוואה בין תושבי שדרות ועוטף עזה לא נמצאו הבדלים בחוויית חוסר האונים ($F(1,60)= 1.47, p=.23$) או בחוויית אובדן שליטה על הגוף ($F(1,60)=.22, p=.64$).

חוויית איום - תחושה של איום אישי ואיום על חיי המשפחה

(1) על מנת לבחון את עוצמת תחושת האיום האישי והאיום על חיי המשפחה חושבו ממוצעים וסטיות תקן, המוצגים בלוח 29. לא נמצאו הבדלים בין איזורי חשיפה גבוהה ובינונית בתחושת איום על חיי המשפחה ($F(1,75)=2.3, p=.13$) ובתחושה של איום אישית ($F(1,75)=2.09, p=.15$).

(2) על מנת לבחון את עוצמת תחושת האיום האישי והאיום על חיי המשפחה חושבו ממוצעים וסטיות תקן, המוצגים בלוח 29. לא נמצאו הבדלים בין תושבי שדרות ועוטף עזה בתחושת איום על חיי המשפחה ($F(1,60)=.35, p=.56$) ובתחושה של איום אישית ($F(1,60)=.22, p=.6$). עם זאת ייתכן וניתן לייחס את אי המובהקות לגודל המדגם – כפי שניתן לראות בטבלה ההבדלים בין תושבי עוטף עזה ושדרות – בעיקר בתחושת חוסר האונים, גבוהים בהרבה בקרב תושבי עוטף עזה מאשר בקרב תושבי שדרות לאחר "צוק איתן".

כפי שניתן לראות מתוך השוואות אלו, בבחינת ההבדלים בחוויית התושבים לא נמצאו הבדלים מובהקים למעט הבדל לא מובהק סטטיסטית אך משמעותי בחוויית חוסר אונים גבוהה של תושבי עוטף עזה לעומת תושבי שדרות בתקופה שלאחר מבצע "צוק איתן".

לוח 29. חוסר אונים, אובדן שליטה בגוף ותחושת איום אישי ואיום על חיי המשפחה לפי רמת חשיפה בגל 4

חשיפה בינונית	חשיפה גבוהה		
	עוטף עזה N=21	שדרות N=41	
אופקים N=15			
1 (1.5)	1.2 (1.4)	1.02 (1.2)	איום אישי
.93 (1.3)	1.6 (1.5)	3.56 (15.3)	איום על חיי המשפחה
1.33 (1.4)	10.67 (29.4)	3.8 (15.3)	חוסר אונים
.93 (1.2)	5.5 (21.4)	3.29 (15.4)	אובדן שליטה בגוף

שכיחות הפרעה פוסט טראומטית (עם קריטריון תפקוד)

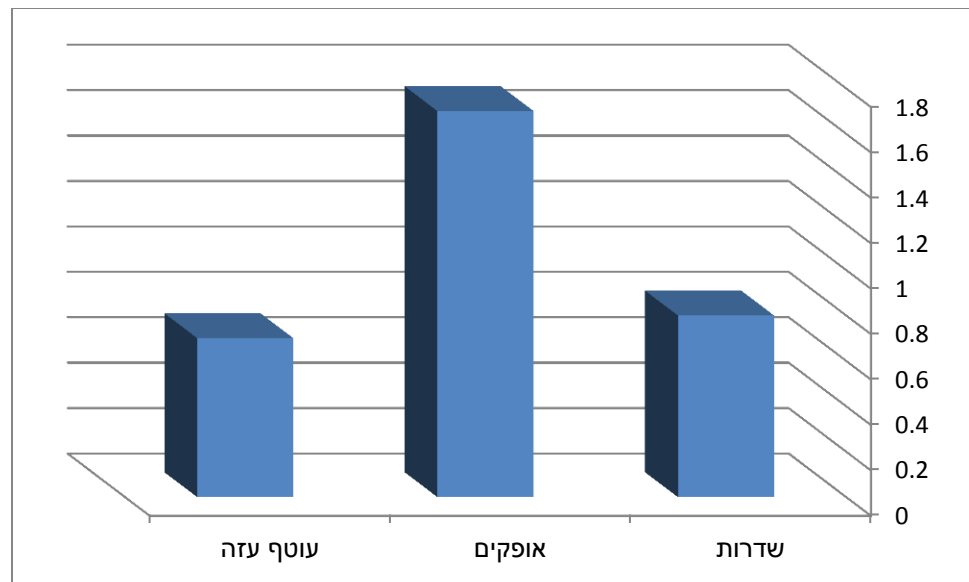
אף לא אחד מהנבדקים ענה על הקריטריונים להפרעה פוסט טראומטית עם קריטריון תפקוד הן באזור החשיפה הגבוהה והן באזור החשיפה הבינונית.

שכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית ללא קריטריון תפקוד בגל 4

(1) בתרשים 5 מוצגות שכיחויות ההפרעה הפוסט טראומטית ללא קריטריון תפקוד. כפי שניתן לראות בגרף שכיחות הנבדקים שדיווחם עבר את החתך הקליני להפרעה בקרב תושבי החשיפה הבינונית היה 33.7% ובקרב תושבי החשיפה הגבוהה היה 11.3%. למרות חוסר המובהקות חושב הסיכון היחסי בין החשיפה הגבוהה והנמוכה ונמצא שבאיזור החשיפה הבינונית פי 2.8% יותר סיכון לעבור את החתך הקליני. שכיחויות הנבדקים שענו על הקריטריונים של האשכולות השונים של ההפרעה מוצגים בלוח 30. בניתוח השוואות בין תושבים מחשיפה גבוהה לעומת תושבים מחשיפה בינונית לא נמצאו הבדלים בשכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית ללא קריטריון תפקוד ($\chi^2(1)=1.77$; $p=.14$), לא נמצאו הבדלים משמעותיים עבור שכיחות הנבדקים שעברו את החתך הקליני של אשכולות ההפרעה - חודרנות ($\chi^2(1)=.15$; $p=.7$) והימנעות ($\chi^2(1)=1.85$; $p=.17$). אך, נמצאו הבדלים מובהקים עבור עוררות ($\chi^2(1)=.38$; $p=.54$), כאשר בקרב תושבי החשיפה הבינונית שכיחות גבוהה יותר של עוררות לעומת תושבי החשיפה הגבוהה (33.7% לעומת 11.3%).

(2) שכיחות הנבדקים שדיווחם עבר את החתך הקליני להפרעה ללא קריטריון תפקוד בקרב תושבי שדרות היה 3.9% ובקרב תושבי עוטף עזה היה 4.8%. שכיחויות הנבדקים שענו על הקריטריונים של האשכולות השונים של ההפרעה מוצגים בלוח 30. בניתוח השוואות בין תושבים מחשיפה גבוהה לעומת תושבים מחשיפה בינונית לא נמצאו הבדלים בשכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית ללא קריטריון תפקוד ($\chi^2(1)=2.59$; $p=.12$), לא נמצאו הבדלים משמעותיים עבור שכיחות הנבדקים שעברו את החתך הקליני של אשכולות ההפרעה - חודרנות ($\chi^2(1)=.17$; $p=.68$), הימנעות ($\chi^2(1)=.47$; $p=.49$) ועוררות ($\chi^2(1)=.1$; $p=.75$).

תרשים 5. שכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית ללא קריטריון תפקוד בגל 4



שכיחות של מצוקה כללית, סומטיזציה, דכאון וחרדה

(1) שכיחויות של נבדקים מתושבי חשיפה גבוהה ובינונית שדיווחם עבר את החתך הקליני של מצוקה כללית, סומטיזציה, דכאון וחרדה מוצגות בלוח 30. בניתוחי השוואות לא נמצאו הבדלים בין תושבים מאזורי חשיפה גבוהה לבין תושבים מאזורי חשיפה בינונית בשכיחות מצוקה כללית ($\chi^2(1)=.9$; $p=.34$) סומטיזציה ($\chi^2(1)=1.03$; $p=.3$) דיכאון ($\chi^2(1)=1.27$; $p=.26$) או חרדה ($\chi^2(1)=.17$; $p=.68$).

(2) שכיחויות של נבדקים תושבי שדרות ועוטף עזה שדיווחם עבר את החתך הקליני של מצוקה כללית, סומטיזציה, דכאון וחרדה מוצגות בלוח 30. בניתוחי השוואות לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בשכיחות מצוקה כללית ($\chi^2(1)=.08$; $p=.78$) סומטיזציה ($\chi^2(1)=.07$; $p=.79$) דיכאון ($\chi^2(1)=.00$; $p=.99$) או חרדה ($\chi^2(1)=.88$; $p=.35$).

חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה				
אופקים N=15		שדרות N=41		עוטף עזה N=21		
N	%	N	%	N	%	
16	39	5	33.3	8	38.1	חודרנות
4	9.8	3	20	1	4.8	הימנעות
5	12.2	5	33.3	2	9.5	עוררות
7	17.1	4	26.7	3	14.3	מצוקה כללית
9	22	5	33.3	4	19	סומטיזציה
6	14.6	4	26.7	3	14.3	דיכאון
5	12.2	2	13.3	1	4.8	חרדה

מתוך השוואות אלה עולה כי אין הבדלים מובהקים בין תושבי אזורי החשיפה הגבוהה והבינונית, והן בין תושבי שדרות ועוטף עזה, מבחינת שכיחות ההפרעות הרגשיות למעט שכיחות גבוהה יותר של תושבים מרמת החשיפה הבינונית (אופקים) המדווחים על תסמיני עוררות העוברים את הסף הקליני לעומת תושבי החשיפה הגבוהה לאחר מבצע "צוק איתן".

רמות תסמיני הפרעה הפוסט טראומטית, מצוקה כללית, סומטיזציה, דכאון וחרדה

השוואות במדדי בריאות הנפש בין תושבים ברמות חשיפה בינונית וגבוהה והן בין שדרות ועוטף עזה, נערכו על רמת התסמינים הכללית של הפרעה הפוסט טראומטית, כמו גם על אשכולות התסמינים השונים של הפרעה זאת (חוייה מחדש, עוררות יתר והימנעות), מצוקה, סומטיזציה, חרדה ודיכאון. ממוצעים וסטיות תקן מוצגים בלוח 31.

(1) בהשוואה בין ישובים ברמת חשיפה גבוהה (שדרות ועוטף עזה) ובינונית (אופקים) לא נראו הבדלים ברמת התסמינים הכללית של הפרעה הפוסט טראומטית ($F(4,72)=1.81, p=.14$). בתסמינים של חודרנות ($F(1,75)=.87, p=.35$) של עוררות ($F(1,75)=1.12, p=.29$) או של הימנעות ($F(1,75)=.73, p=.39$).

בהשוואה בין רמת התסמינים של מצוקה כללית בין תושבים מרמת חשיפה גבוהה ותושבים מרמת חשיפה בינונית לא נמצאו הבדלים ברמת תסמיני מצוקה ($F(3,73)=.46, p=.7$), כמו גם בכל אחת מקבוצות התסמינים – סומטיזציה ($F(3,73)=.37, p=.8$), דכאון ($F(3,73)=.37, p=.8$) וחרדה ($F(3,73)=.56, p=.6$).

(2) בהשוואה בין שדרות ועוטף עזה לא נראו הבדלים ברמת התסמינים הכללית של ההפרעה הפוסט טראומטית ($F(1,60)=.21, p=.65$). בתסמינים של חודרנות ($F(1,60)=.29, p=.59$) של עוררות ($F(1,60)=.02, p=.88$) או של המנעות ($F(1,60)=1.35, p=.25$).

בהשוואה בין שדרות ועוטף עזה ברמת התסמינים של מצוקה כללית לא נמצאו הבדלים ברמת תסמיני מצוקה ($F(1,60)=.99, p=.32$), כמו גם בכל אחת מקבוצות התסמינים – סומטיזציה ($F(1,60)=.45, p=.5$), דכאון ($F(1,60)=.83, p=.36$) וחרדה ($F(1,60)=1.14, p=.29$).

מתוך השוואות אלו עולה כי לאחר "צוק איתן" לא נמצאו הבדלים ברמת התסמינים של ההפרעות השונות בין תושבי אזורי החשיפה השונים ובין שדרות ועוטף עזה.

לוח 31. ממוצעים וסטיות תקן של תסמיני הפרעות רגשיות בגל 4

חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה				
אופקים N=15		שדרות N=41		עוטף עזה N=21		
M	SD	M	SD	M	SD	
28	56.5	59.1	77.9	21.8	32.2	תסמיני הפרעה פוסט טראומטית
6.9	16.1	3.8	4.62	5.04	3.77	חודרנות
9.34	21.3	2.15	2.58	3.8	4.8	המנעות
11.7	3.4	23.75	50.6	12.9	29.5	עוררות
1.3	3.2	.77	.86	.6	1.26	תסמיני מצוקה
1.8	4.9	.67	.99	1.02	3.6	סומטיזציה
.8	2.6	.79	.94	.28	.42	דכאון
1.34	3.58	.84	.91	.5	.79	חרדה

בריאות נתפסת ושימוש בשרותי בריאות

(1) השוואות במדד בריאות ושרותי בריאות בין תושבים ברמות החשיפה השונות – בינונית וגבוהה נערכו על הערכה סוביקטיבית של בריאות, ביקור רופא, שימוש בתרופות, ופנייה ליעוץ פסיכולוגי. ממוצעים וסטיות תקן מוצגים בלוח 32. בהשוואה זו לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בשימוש בשירותי בריאות - בביקור רופא ($t(75)=1.05, p=.3$) ובשימוש בתרופות ($t(75)=.27, p=.79$). עם זאת, נמצאו הבדלים ביעוץ פסיכולוגי ($t(75)=2.27, p=.03$) ובבריאות נתפסת, ($t(75)=2.15, p=.03$), כך שתושבים מאזור חשיפה בינונית משתמשים פנו יותר ליעוץ הפסיכולוגי. כמו כן, תושבי החשיפה הגבוהה מדווחים על בריאות נתפסת טובה יותר לעומת תושבי החשיפה הבינונית.

(2) השוואות במדד בריאות ושרותי בריאות בין תושבי שדרות ועוטף עזה נערכו על הערכה סוביקטיבית של בריאות, ביקור רופא, שימוש בתרופות, ופנייה ליעוץ פסיכולוגי. ממוצעים וסטיות תקן מוצגים בלוח 32. בהשוואה זו לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בשימוש בשירותי בריאות - בביקור רופא ($F(1,60)=.45, p=.5$) בשימוש בתרופות ($F(1,60)=.00, p=.97$), ביעוץ פסיכולוגי ($F(1,60)=.00, p=.95$) ובבריאות נתפסת, ($F(1,60)=.14, p=.71$).

מתוך השוואה זו עולה כי תושבי החשיפה הבינונית מעריכים את בריאותם כפחות טובה מתושבי החשיפה הגבוהה ופונים יותר ליעוץ פסיכולוגי. לא קיימים הבדלים בין שדות ועוטף עזה בשימוש בשירותי בריאות או בבריאות נתפסת.

לוח 32. ממוצעים וסטיות תקן של מדדי בריאות בגל 4

חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה				
אופקים N=15		שדרות N=41		עוטף עזה N=21		
M	SD	M	SD	M	SD	
2.57	14.56	10.02	29.6	5.14	21.5	ביקור רופא
2.99	14.52	10.7	29.4	10.5	29.5	תרופות
.29	.96	5.07	21.5	4.7	21.6	יעוץ פסיכולוגי
2.4	1.18	3.05	.89	2.9	1.07	הערכת בריאות

משאבים אישיים

על מנת להעריך את מידת החוסן של תושבי הדרום בפרמטרים השונים, מיד לאחר "צוק איתן" חושבו ממוצעים וסטיות תקן מוצגים בלוח 33 ונערכו השוואות על מדדים אלו בין (1) תושבים ברמות החשיפה השונות – בינונית וגבוהה ו(2) בין שדרות ועוטף עזה.

(1) בהשוואה לא נמצאו הבדלים בשביעות רצון מהחיים ($F(2,313)=1.6, p=.21$), חוסן קהילתי ($F(1,75)=.51, p=.48$), עם זאת, בהשוואה נפרדת בין תושבי שדרות, עוטף עזה ואופקים נמצא כי קיימים הבדלים ברמת החוסן האישי ($F(3,72)=3.75, p=.01$), כאשר תושבי עוטף עזה דיווחו על חוסן אישי גבוה יותר לעומת קבוצות שדרות ואופקים.

(2) בהשוואה בין שדרות ועוטף עזה לא נמצאו הבדלים בשביעות רצון מהחיים ($F(1,60)=1.36, p=.25$), חוסן קהילתי ($F(1,60)=.68, p=.41$), חוסן אישי ($F(1,60)=.00, p=.97$) ובהתמודדות ממוקדת עתיד ($F(1,60)=.55, p=.46$).

מתוך השוואה זו עולה כי אין הבדלים בין קבוצות החשיפה ברמת המשאבים האישיים שנבדקו לאחר מבצע "צוק איתן", אך כאשר משווים את הישובים בחשיפה גבוהה רואים כי תושבי עוטף עזה מדווחים על חוסן אישי גבוה יותר יחסית לתושבי שדרות.

לוח 33. ממוצעים וסטיות תקן של משאבים אישיים בגל 4

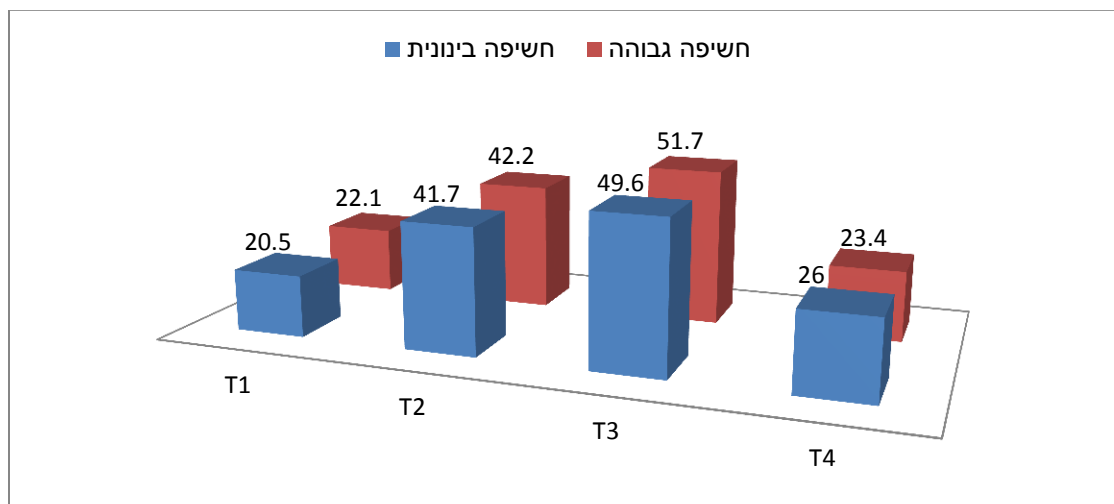
חשיפה בינונית		חשיפה גבוהה				
אופקים N=15		שדרות N=41		עוטף עזה N=21		
M	SD	M	SD	M	SD	
5.6	15.2	3.66	.66	3.43	.87	שביעות רצון מהחיים
5.14	8.5	14.6	20.5	14.4	21.3	חוסן אישי
30.5	54	15.7	21.5	21.14	29.1	חוסן קהילתי
5.5	1	5.63	1.1	5.84	.93	התמודדות ממוקדת עתיד

מצב בריאות רגשית לאורך זמן

על מנת לבדוק את ההשתנות ברמות התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית, כמו גם את ההשתנות של תסמיני מצוקה כללית, סומטיזציה, דכאון וחרדה לאורך ארבעת גלי המחקר נערכו השוואות בין (1) תושבים ברמות חשיפה בינונית וגבוהה (2) בין ארבעת הישובים.

רמת תסמינים של הפרעה פוסט טראומטית

(1) בניתוח ANOVA של רמת התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית בשתי קבוצות החשיפה ולאורך ארבעת גלי המחקר (T1, T2, T3, T4) כגורמים נמצא אפקט עיקרי לזמן ($F(3,225) = 3.88, p = .01, \text{Partial } \eta^2 = .05$). כפי שניתן לראות בתרשים 6 ובלוח 34, רמת התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית בגל השלישי (מהלך "צוק איתן") היתה גבוהה מרמת התסמינים של הפרעה זו בגל הראשון והרביעי. בנוסף, רמת התסמינים בגל השני (עם ההסלמה לפני "צוק איתן") היתה גבוהה מזה שבגל הראשון. הניתוח לא העלה אפקט לקבוצה ($F(1,75) = .00, p = .9, \text{Partial } \eta^2 = .00$) או לאינטרקציה בין זמן וקבוצה ($F(3,225) = .02, p = .9, \text{Partial } \eta^2 = .00$).

תרשים 6. רמת התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית לפי אזור חשיפה לאורך ארבעת הגלים

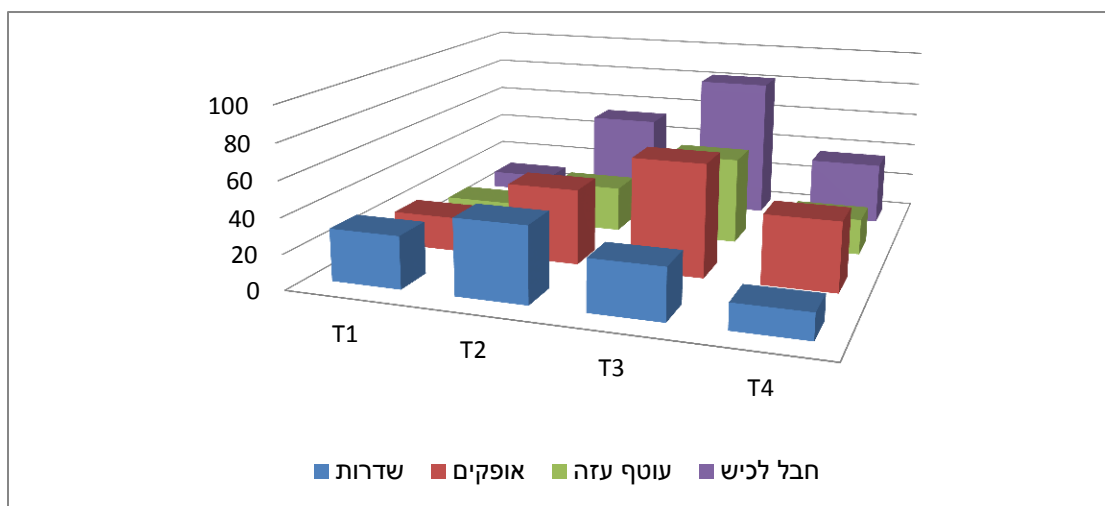
לוח 34. ניתוח שונות חד כיווני עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני הפרעה הפוסט טראומטית, בין

שתי קבוצות החשיפה לאורך זמן

חשיפה גבוהה (n = 54)				חשיפה בינונית (n = 23)				
T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
22.1 (20.3)	42.2 (48.6)	51.7 (61.8)	23.4 (28.2)	20.5 (18.6)	41.7 (51.9)	49.6 (73.9)	25.9 (49.4)	הפרעה פוסט טראומטית

(2) כפי שניתן לראות בתרשים 7 ובלוח 35 בניתוח שונות מעורב דו כיווני של רמת התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית עם גורם קבוע (יישוב) ומדידות חוזרות (לאורך ארבעת גלי המחקר) (T1, T2, T3, T4), נמצא אפקט עיקרי לזמן, $(F(3,219)=8.02, p<.001, \text{partial Eta}^2=.1)$. לא נמצאה אינטראקציה מובהקת $(F(3,73)=1.98, p=.12, \text{partial Eta}^2=.06)$. לא נמצא אפקט עיקרי לקבוצה $(F(9,219)=1.56, p=.13, \text{partial Eta}^2=.07)$. ניתוחי המשך להבנת מקור המובהקות של משתנה הזמן הראו כי בנקודת הזמן הראשונה רמת התסמינים של הפרעה הפוסט טראומטית הייתה נמוכה יותר באופן מובהק בהשוואה לנקודת הזמן השנייה והשלישית.

תרשים 7. רמת התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית, בין הישובים לאורך זמן



לוח 35. ניתוח שונות מעורב עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני הפרעה הפוסט טראומטית.

בין הישובים לאורך זמן

שדרות N=32	אופקים N=20	עוטף עזה N=13	חבל לכיש N=12	
29.68 (20.9)	19.7 (15.6)	10.2 (10.7)	10.2 (13.8)	T1
42.9 (51.4)	43.1 (63.8)	26.2 (26.7)	53.5 (47.8)	T2
29.16 (34.3)	64.2 (89.6)	49.9 (58.8)	82.17 (106.9)	T3
14.62 (21.5)	39.5 (65.9)	20.6 (30.6)	36 (62.3)	T4

רמות תסמינים של מצוקה כללית, סומטיזציה, דכאון וחרדה

(1) כפי שניתן לראות בלוח 36 בניתוח ANOVA של רמת התסמינים של מצוקה רגשית בשתי קבוצות החשיפה ולאורך ארבעת גלי המחקר (T1, T2, T3, T4) כגורמים נמצא אפקט עיקרי לזמן על גבול המובהקות הסטטיסטית ($F(3,225) = 2.41, p = .06, \text{Partial Eta}^2 = .03$). ניתוח המשך העלה כי בנקודת הזמן הראשונה נבדקים דיווחו על מצוקה רגשית נמוכה יותר באופן מובהק לעומת נקודת הזמן השנייה והשלישית. הניתוח לא העלה אפקט לקבוצה ($F(1,75) = .68, p = .42, \text{Partial Eta}^2 = .01$) או לאינטרקציה בין זמן וקבוצה ($F(3,225) = .02, p = .9, \text{Partial Eta}^2 = .00$).

בניתוח ANOVA של רמת התסמינים של דכאון בשתי קבוצות החשיפה ולאורך ארבעת גלי המחקר (T1, T2, T3, T4) כגורמים לא נמצא אפקט עיקרי לזמן ($F(3,225) = 2.3, p = .08, \text{Partial Eta}^2 = .03$). הניתוח לא העלה אפקט לקבוצה ($F(1,75) = .04, p = .8, \text{Partial Eta}^2 = .00$) או לאינטרקציה בין זמן וקבוצה ($F(3,225) = 1.2, p = .3, \text{Partial Eta}^2 = .02$).

בניתוח ANOVA של רמת התסמינים של סומטיזציה בשתי קבוצות החשיפה ולאורך ארבעת גלי המחקר (T1, T2, T3, T4) כגורמים לא נמצא אפקט עיקרי לזמן ($F(3,225) = .77, p = .51, \text{Partial Eta}^2 = .01$). הניתוח לא העלה אפקט לקבוצה ($F(1,75) = 1.36, p = .25, \text{Partial Eta}^2 = .02$) או לאינטרקציה בין זמן וקבוצה ($F(3,225) = 1.08, p = .36, \text{Partial Eta}^2 = .01$).

בניתוח ANOVA של רמת התסמינים של חרדה בשתי קבוצות החשיפה ולאורך ארבעת גלי המחקר (T1, T2, T3, T4) כגורמים לא נמצא אפקט עיקרי לזמן ($F(3,225) = 1.6, p = .2, \text{Partial Eta}^2 = .02$). הניתוח לא העלה אפקט לקבוצה ($F(1,75) = .15, p = .7, \text{Partial Eta}^2 = .00$) או לאינטרקציה בין זמן וקבוצה ($F(3,225) = .47, p = .71, \text{Partial Eta}^2 = .01$).

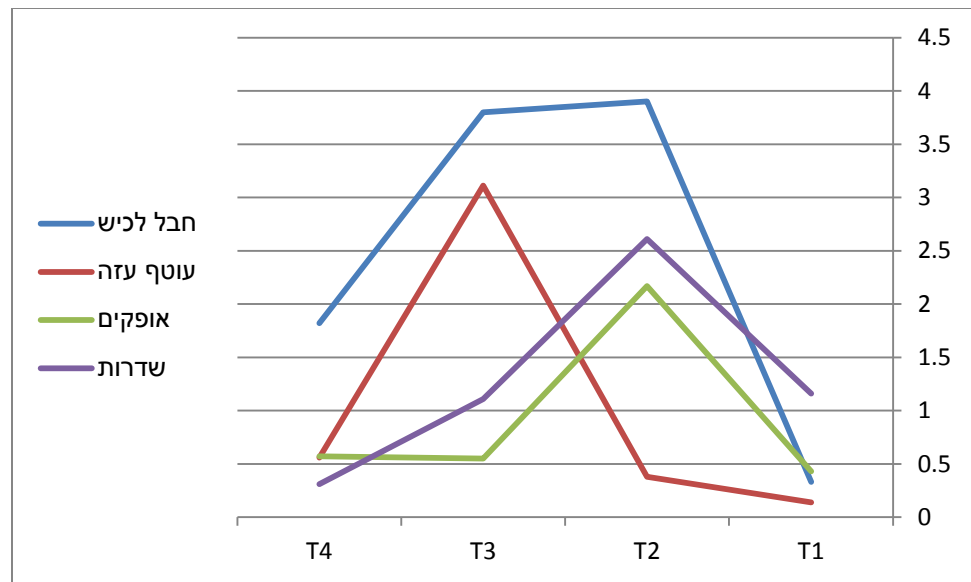
לוח 36. ניתוח שונות חד כיווני עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני מצוקה כללית, סומטיזציה,

דכאון וחרדה בין שתי קבוצות החשיפה לאורך זמן

חשיפה גבוהה (n = 54)				חשיפה בינונית (n = 23)				
T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
.66 (.95)	2.15 (3.39)	2.1 (5.5)	.77 (.86)	.73 (1)	1.4 (2.8)	1.2 (1.7)	1.09 (2.7)	מצוקה רגשית
.69 (1.15)	1.3 (3.8)	1.9 (4.8)	1.1 (3.5)	.65 (1)	.76 (1.1)	.65 (1.01)	1.5 (4.4)	סומטיזציה
.58 (.9)	1.3 (3.4)	2.7 (7.6)	.53 (.97)	.7 (.1)	2.7 (7.6)	1.3 (3.2)	.71 (2.3)	דכאון
.85 (1.2)	1.7 (3.6)	1.7 (3.4)	.73 (1.2)	.83 (1.05)	1.33 (2.4)	1.3 (1.1)	1.2 (3.1)	חרדה

(2) כפי שניתן לראות בתרשים 8 ובלוח 37 בניתוח שונות מעורב דו כיווני של רמת התסמינים של מצוקה כללית עם גורם קבוע (יישוב) ומדידות חוזרות (לאורך ארבעת גלי המחקר) (T1, T2, T3, T4), נמצא אפקט עיקרי לזמן, $F(9,219) = 1.53, p = .14, \text{partial Eta}^2 = .04$. לא נמצאה אינטראקציה מובהקת, $F(3,219) = 2.83, p = .04, \text{partial Eta}^2 = .06$. לא נמצא אפקט עיקרי לקבוצה, $F(3,73) = 1.4, p = .25, \text{partial Eta}^2 = .05$. ניתוחי המשך להבנת מקור המובהקות של משתנה הזמן הראו כי בנקודת הזמן הראשונה רמת המצוקה הכללית הייתה נמוכה יותר באופן מובהק בהשוואה לנקודת הזמן השנייה והשלישית.

תרשים 8. רמות תסמיני מצוקה כללית, בין הישובים לאורך זמן



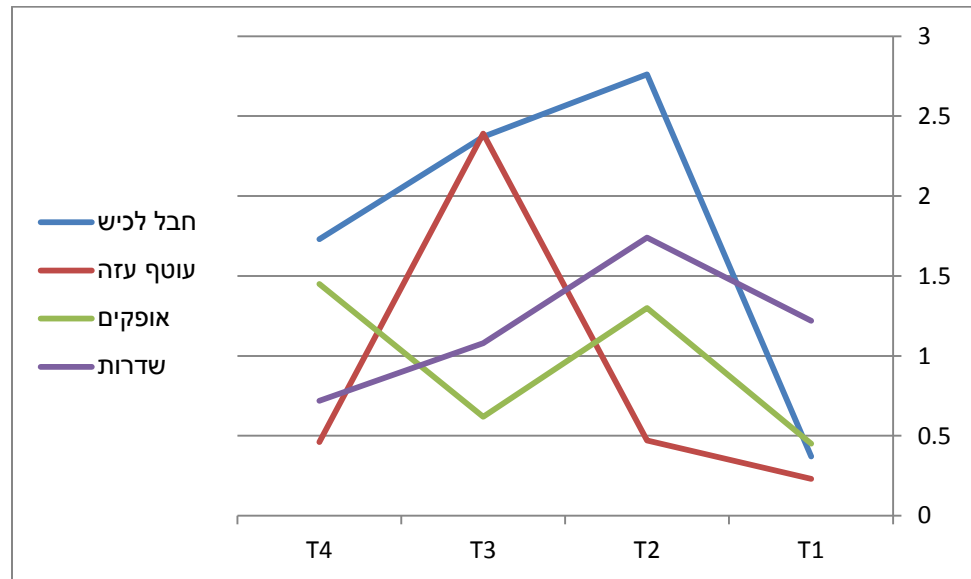
לוח 37. ניתוח שונות מעורב עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני מצוקה כללית, בין הישובים לאורך

זמן

שדרות N=32	אופקים N=20	עוטף עזה N=13	חבל לכיש N=12	
1.22 (1.16)	.45 (.73)	.23 (.32)	.37 (.82)	T1
1.74 (2.9)	1.3 (3.05)	.47 (.45)	2.76 (3.67)	T2
1.08 (1.54)	.62 (.8)	2.39 (5.9)	2.37 (2.71)	T3
.72 (1.4)	1.45 (2.74)	.46 (.81)	1.73 (4.72)	T4

כפי שניתן לראות בתרשים 9 ובלוח 38, בניתוח שונות מעורב זו כיווני של רמת הדיכאון עם גורם קבוע (יישוב) ומדידות חוזרות (לאורך ארבעת גלי המחקר) (T1, T2, T3, T4), נמצא אפקט עיקרי לזמן, $F(3,219)=2.98$, $p=.03$, $\text{partial Eta}^2=.04$. לא נמצאה אינטראקציה מובהקת, $F(9,219)=.96$, $p=.48$, $\text{partial Eta}^2=.04$. לא נמצא אפקט עיקרי לקבוצה, $F(3,73)=1.35$, $p=.26$, $\text{partial Eta}^2=.05$. ניתוחי המשך להבנת מקור המובהקות של משתנה הזמן הראו כי בנקודת הזמן הראשונה רמת הדיכאון הייתה נמוכה יותר באופן מובהק בהשוואה לנקודת הזמן השלישית.

תרשים 9. רמות תסמיני דכאון, בין הישובים לאורך זמן

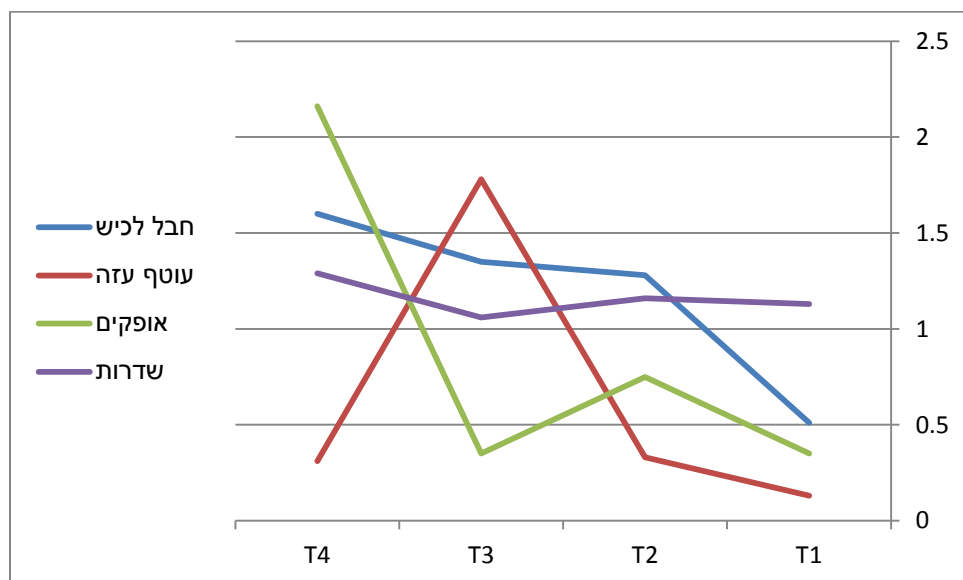


לוח 38. ניתוח שונות מעורב עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני דכאון, בין הישובים לאורך זמן

שדרות N=32	אופקים N=20	עוטף עזה N=13	חבל לכיש N=12	
1.16 (1.16)	.43 (.75)	.14 (.21)	.33 (.68)	T1
2.61 (7.08)	2.17 (7.87)	.38 (.42)	3.9 (6.8)	T2
1.11 (2.9)	.55 (.75)	3.11 (9)	3.8 (6.73)	T3
.31 (.5)	.57 (.85)	.56 (.85)	1.82 (4.7)	T4

כפי שניתן לראות בתרשים 10 ובלוח 39, בניתוח שונות מעורב דו כיווני של רמת תסמיני סומטיזציה עם גורם קבוע (סוג יישוב) ומדידות חוזרות (לאורך ארבעת גלי המחקר) (T1, T2, T3, T4), לא נמצא אפקט עיקרי לזמן, $F(9,219)=.77$, $p=.65$, $\text{partial Eta}^2=.01$. לא נמצאה אינטראקציה מובהקת, $F(3,219)=1.01$, $p=.39$, $\text{partial Eta}^2=.02$. לא נמצא אפקט עיקרי לקבוצה, $F(3,73)=.55$, $p=.65$, $\text{partial Eta}^2=.03$.

תרשים 10. רמות תסמיני סומטיזציה, בין הישובים לאורך זמן



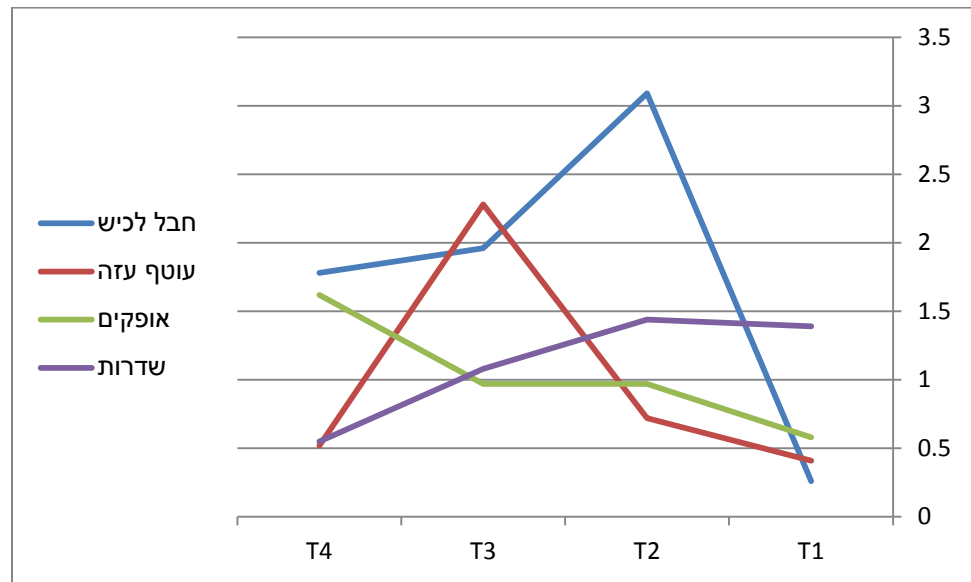
לוח 39. ניתוח שונות מעורב עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני סומטיזציה, בין הישובים לאורך זמן

שדרות N=32	אופקים N=20	עוטף עזה N=13	חבל לכיש N=12	
1.13 (1.22)	.35 (.65)	.13 (.29)	.51 (1.18)	T1
1.16 (3.26)	.75 (1.14)	.33 (.66)	1.28 (1.5)	T2
1.06 (3.07)	.35 (.77)	1.78 (4.5)	1.35 (1.13)	T3
1.29 (4.1)	2.16 (5.07)	.31 (.7)	1.6 (4.76)	T4

כפי שניתן לראות בתרשים 11 ובלוח 40, בניתוח שונות מעורב דו כיווני של רמת החרדה עם גורם קבוע (סוג יישוב) ומדידות חוזרות (לאורך ארבעת גלי המחקר) (T1, T2, T3, T4), נמצא אפקט עיקרי לזמן, $F(9,219)=1.9, p=.05$, $F(3,219)=2.48, p=.06, \text{partial } \eta^2=.03$, כמו כן, נמצאה אינטראקציה מובהקת, $F(3,73)=1.44, p=.24, \text{partial } \eta^2=.06$. לא נמצא אפקט עיקרי לקבוצה, $F(3,73)=1.44, p=.24, \text{partial } \eta^2=.06$. ניתוחי המשך להבנת מקור המובהקות של משתנה הזמן הראו כי בנקודת הזמן הראשונה רמת החרדה הייתה נמוכה יותר באופן מובהק בהשוואה לנקודת הזמן השלישית. ניתוח מקור המובהקות של האינטראקציה הראה כי בקרב תושבי שדרות רמת החרדה בנקודת הזמן הרביעית הייתה נמוכה משמעותית בהשוואה לנקודת הזמן

הראשונה (mean difference=.84, p=.03). לעומת זאת, בקרב תושבי שאר היישובים לא נמצא הבדל כזה. בנוסף, בקרב תושבי חבל לכיש בנקודת הזמן השלישית נמצאה רמת חרדה גבוהה משמעותית ביחס לנקודת הזמן הראשונה (mean difference=1.69, p=.004). בקרב שאר היישובים לא נמצא הבדל כזה.

תרשים 11. רמת תסמיני חרדה, בין היישובים לאורך זמן



לוח 40. ניתוח שונות מעורב עם מדידות חוזרות להבדלים ברמות תסמיני חרדה, בין היישובים לאורך זמן

שדרות N=32	אופקים N=20	עוטף עזה N=13	חבל לכיש N=12	
1.39 (1.27)	.58 (.94)	.41 (.55)	.26 (.68)	T1
1.44 (3.11)	.97 (1.19)	.72 (.65)	3.09 (4.5)	T2
1.08 (.93)	.97 (1.04)	2.28 (4.4)	1.96 (1.3)	T3
.55 (.75)	1.62 (3.64)	.52 (.93)	1.78 (4.7)	T4

מניתוחי אורך אלה ניתן לראות כי באשר לתסמיני הפרעה פוסט טראומטית הרמה הכללית של התסמינים (מספר התסמינים) היתה נמוכה בשנת 2010 לעומת שנת 2014 לפני מבצע "צוק איתן" ובמהלך "צוק איתן". לא היו הבדלים לאורך זמן בין תושבים מהישובים השונים או בין תושבים מרמות חשיפה שונות. תמונה דומה עלתה גם בבחינת השתנות המצוקה הכללית והדכאון. לגבי חרדה, עלה כי רמת החרדה ב-2010 היתה גם כן נמוכה מזו שלפני ובמהלך "צוק איתן", מעבר לישוב. עם זאת, נמצא כי רק בקרב תושבי שדרות רמת החרדה לאחר "צוק איתן" היתה נמוכה משמעותית מזו שבשנת 2010.

חוויה אישית

על מנת לבדוק את ההשתנות בחווייה האישית של תושבי שדרות ועוטף עזה בוצעו ארבעה ניתוחים ל: רמת חוסר האונים הנתפס, תחושת אובדן השליטה על הגוף, תחושת האיום האישי ותחושת האיום על בני משפחה לאורך ארבעת גלי המחקר. ניתוחים אלו מוצגים בגרף 12-15.

כאשר נבדקה רמת חוסר האונים לא נמצא אפקט לזמן ($F(3,99)=1.08, p=.36$), לקבוצה ($F(1,33)=.25$), כי בעוד רמת חוסר האונים ירדה בקרב תושבי שדרות לאחר מבצע "צוק איתן", רמת חוסר האונים עלתה בקרב תושבי עוטף עזה לאחר מבצע זה. $p=.62$ או לאינטראקציה ביניהן ($F(3,99)=.11, p=.95$). עם זאת, ניתן לראות בגרף 12, כי בעוד רמת חוסר האונים ירדה בקרב תושבי שדרות לאחר מבצע "צוק איתן", רמת חוסר האונים עלתה בקרב תושבי עוטף עזה לאחר מבצע זה.

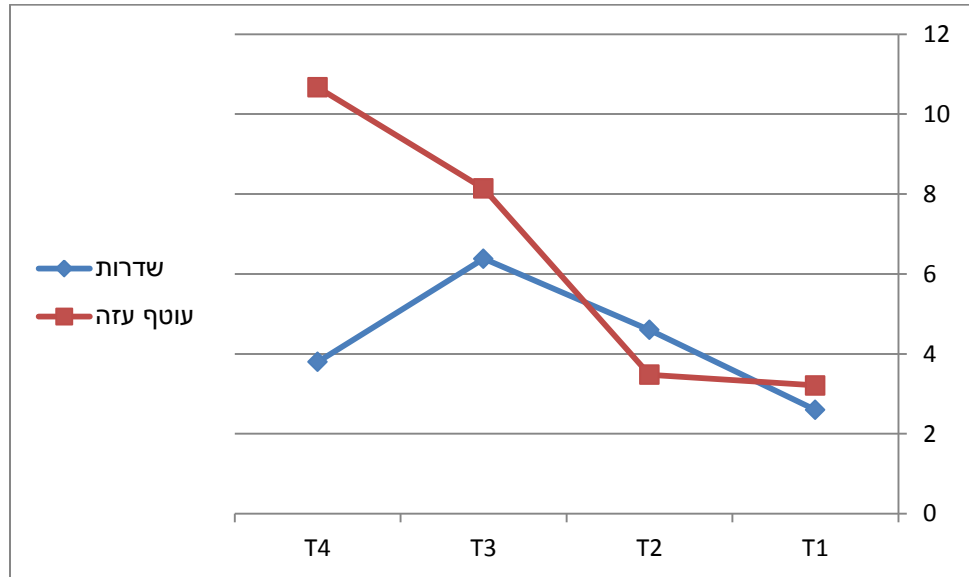
כאשר נבדקה חווית אובדן השליטה בגוף בזמן צבע אדום לא נמצא אפקט לזמן ($F(3,78)=1.27, p=.3$), לקבוצה ($F(1,26)=1.27, p=.27$) או לאינטראקציה ביניהם ($F(3,78)=1.69, p=.17$).

כאשר נבדקה תחושת האיום האישי לא נמצא אפקט לזמן ($F(3,174)=1.3, p=.27$), לקבוצה ($F(1,58)=.6$), $p=.44$ או לאינטראקציה ביניהן ($F(3,174)=.86, p=.46$).

כאשר נבדקה תחושת האיום על חיי בן משפחה לא נמצא אפקט לזמן ($F(3,174)=.2, p=.9$), לקבוצה ($F(1,58)=1.69, p=.21$) או לאינטראקציה ביניהן ($F(3,174)=.23, p=.88$).

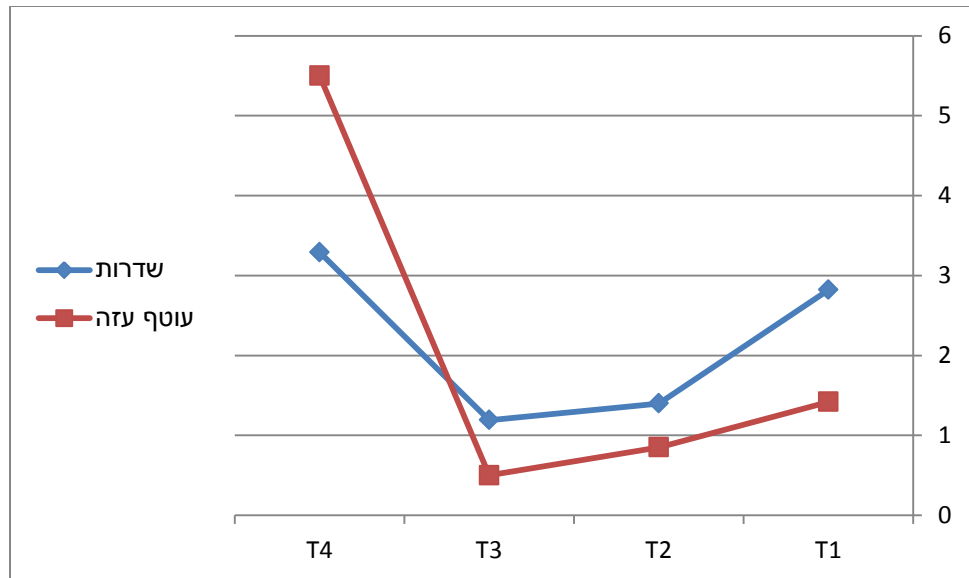
מתוך הגרפים ניתן לראות כי לעומת הדמיון הרב ברמות ודפוס תחושת האיום האישי לאורך זמן בין תושבי שדרות ועוטף עזה, נבדלים תושבים אלו בחוויית האיום על חיי בן משפחה, בעיקר במהלך "צוק איתן" – כשחווית האיום של תושבי שדרות עלתה במיוחד בתקופה זו בעוד חווייה זו בקרב תושבי עוטף עזה נשארה יציבה יחסית.

תרשים 12. השוואות לאורך זמן של רמת חוסר האונים בין תושבי שדרות ועוטף עזה

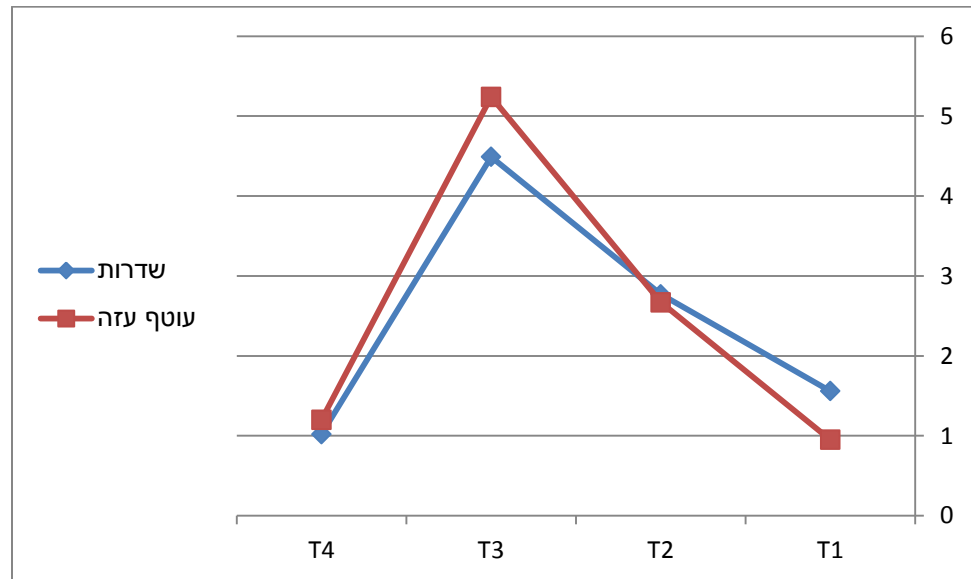


תרשים 13. השוואות לאורך זמן בחוויית אובדן שליטה על הגוף בזמן "צבע אדום" בין תושבי שדרות ועוטף

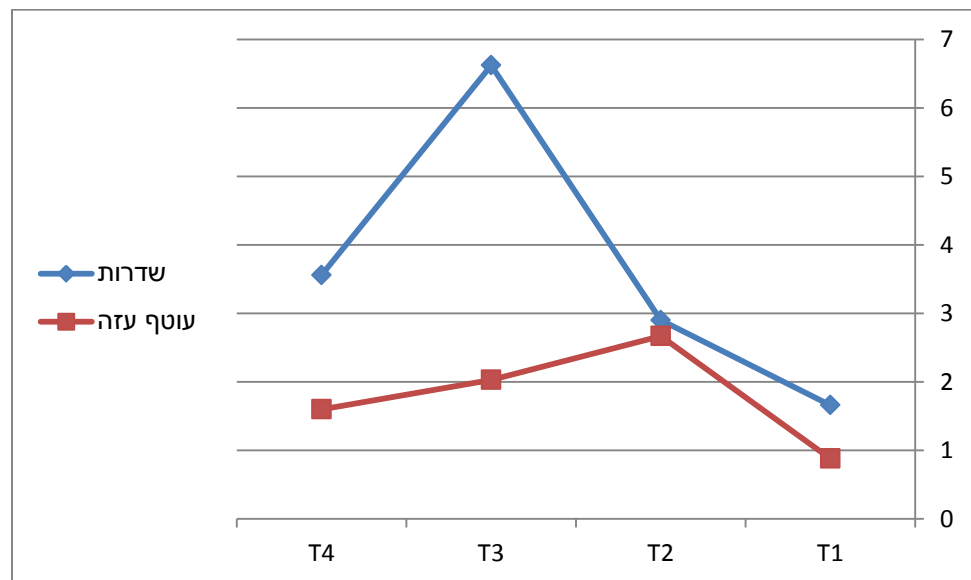
עזה



תרשים 14. השוואות לאורך זמן בתפיסת איום בין תושבי שדרות ועוטף עזה



תרשים 15. השוואות לאורך זמן בתפיסת איום על חיי משפחה בין תושבי שדרות ועוטף עזה



3. בחינת מאפייני הפונים לטיפול במרכזי חוסן ובחינת השפעת הטיפול תחת חשיפה לטראומה

במהלך מלחמת לבנון השנייה החליט המוסד לביטוח לאומי על שינוי בטיפול בנפגעי חרדה על בסיס הפרדה בין פיצוי לטיפול, על מנת להעניק טיפול מידי וקרוב לאירוע ולנסות להקטין נזקים נפשיים בעתיד. לימים נוהל הטיפול אושר על ידי המועצה לבריאות הנפש ואף הורחב לאזורים נוספים כאשקלון, שדרות והמועצה האזורית בדרום באמצעות הקואליציה הישראלית לטראומה ובית חולים ברזילי.

הטיפול המוצע הוא טיפול קצר מועד הניתן על ידי מי שהתמחה במתן טיפול קצר מועד. מתן טיפול זה מיועד גם לילדים ובני נוער אשר מטופלים על ידי מומחים לילדים ונוער בתחום בריאות הנפש. נפגעי חרדה המגיעים למרפאות או למרכזי חוסן זכאים על פי המלצת אנשי מקצוע לקבלת טיפולים נפשיים לתגובת דחק עד 12 טיפולים פרטניים. מרכזי החוסן הקהילתיים מפעילים מרכזים טיפוליים להמשך הטיפול בנפגעי הדחק במגוון טיפולים רגשיים פרטניים, משפחתיים וקבוצתיים, בגישות טיפוליות מקובלות כטיפול קוגניטיבי-התנהגותי, משפחתי ופרמקולוגי. המטפלים במרפאות אלה הינם עו"סים קליניים, פסיכולוגים קליניים ופסיכיאטרים, אשר עברו הכשרה מלאה לטיפול קצר מועד בטראומה.

3.1 שיטה

3.1.1 מהלך המחקר

איסוף הנתונים לחלק זה של המחקר התבצע בשנים 2012-2014 ב"מרכזי חוסן" בשער הנגב, שדרות, אשקלון ושדות נגב במהלך פגישת הראיון הראשוני, עם פנייתם של הנבדקים לטיפול. חשוב לציין כי במהלך תקופה זו הירי נמשך ברמה משתנה, עם החמרה סביב תקופת שני מבצעים צבאיים – "עמוד ענן" ו"צוק איתן". השאלונים מולאו ונאספו על ידי צוות המרפאה לצרכי מחקר. הפונים שהסכימו להשתתף במחקר חתמו על טפסי ההסכמה מדעת ומילאו את השאלונים. במקרה של ילדים מתחת לגיל 18 ההורים חתמו על טפסי ההסכמה ובמקרה של ילדים צעירים ההורים גם ענו על השאלון ביחס לילדיהם. במחקר זה היו שני סוגי שאלונים שהותאמו לגיל הנבדק: שאלונים למבוגרים מעל גיל 18 ושאלונים לגילאי 6-18 - כלי המחקר בשאלונים השונים היו דומים למעט הבדלים שיצוינו בהמשך, תחת הכלי הרלבנטי. מדידה שנייה התקיימה בחלק (אקראי) מהמקרים עם סיום הטיפול וכללה נוסח מקוצר יותר של השאלון, כפי שיפורט גם כן בהמשך.

3.1.2 כלים

שאלוני התחלת טיפול:

נתונים דמוגרפיים - נתונים דמוגרפיים שנאספו בקרב מבוגרים כללו מין, תאריך לידה, תאריך עליה, מצב משפחתי, עיסוק, הכנסה נמדדה בסולם ליקרט 1-5 מ-1) - נמוכה בהרבה מההכנסה המשפחתית הממוצעת בישראל ל-5) - גבוהה בהרבה מההכנסה המשפחתית הממוצעת בישראל. כמו כן נאסף מידע על מספר הילדים של הפונה והאם סובל ממחלה כרונית (כן/לא). נתונים דמוגרפיים שנאספו בקרב ילדים ובני נוער כללו מין, תאריך לידה, שם בית ספר, פרטים של ההורים ושל האחים והאם הילד סובל ממחלה כרונית (כן/לא).

הערכה סובייקטיבית של בריאות [Self-rated health (SRH)] נמדדה על ידי שאלה אחת על סולם ליקרט בעל 5 רמות מ-1) - 'טוב מאוד' ל-5) - 'גרוע מאוד'. מדד זה תוקף בעבר במחקרים רבים ונמצא כמנבא ממדי בריאות לאורך זמן ותמותה (Idler & Benyamini, 1997). בשאלוני הילדים ובני נוער הפריט נמדד על ידי הערכת הבריאות של הילד על ידי ההורה.

רמת חרדה/מצוקה - נמדדה על ידי שאלה אחת על סולם ליקרט בעל 5 רמות מ-0) - 'בכלל לא חרד' ל-4) - 'חרדה גבוהה ביותר'. מצוקה סביב סיבת הפנייה - נמדדה גם היא על סולם ליקרט בן 5 רמות מ-0) - 'בכלל לא' ועד 4) - 'מעט מאוד'.

שביעות רצון מהחיים - נמדדה רק באוכלוסיית המבוגרים על ידי שאלה אחת על סולם הנע מ-0) - 'החיים הגרועים ביותר' ועד 10) - 'החיים הטובים ביותר'.

אירועי חיים שליליים אחרים - הנבדק התבקש לדווח על אירועי חיים שליליים שחווה ושאינם קשורים למצב הבטחוני מתוך רשימה של תשעה אירועים: כאסון טבע, תאונה ועוד. כמו כן, הנבדק נתבקש לציין לפני כמה שנים התרחש האירוע עליו דיווח.

טיפול - הנבדק נתבקש לתאר האם היה בטיפול קודם (כן/לא), מתי ובאיזה מסגרת (מתוך רשימת מסגרות). כמו כן, נתבקש לדווח האם בן משפחה נוסף נמצא בטיפול ולדרג על סולם ליקרט בעל 5 רמות עד כמה מאמין כי הטיפול יעזור.

חשיפה לאירועים בטחוניים נמדדה על ידי חמישה פריטים שהנבדק נדרש לסמן אם (1) חווה אירוע טראומטי שקשור במצב הבטחוני (2) נגרם לו נזק לרכוש בעקבות המצב הבטחוני (3) נהרג אדם קרוב כתוצאה מהמצב הבטחוני, (4) נפצע קרוב כתוצאה מהמצב הבטחוני ו-5) האם נאלץ לעזוב את ביתו ועם מי.

בנוסף, נתבקש הנבדק לענות על מספר שאלות ביחס לאירוע בטחוני טראומטי שחוה, ביניהן: תיאור מהות האירוע, תחושת סכנת חיים במהלכו, האם היתה פגיעה אישית, האם היו פצועים אחרים, האם ביתו נפגע. החוויה במהלך האירוע נמדדה על ידי חמישה פריטים שכללו תחושות של אימה, חוסר אונים, חוסר שליטה וסכנה לקרובים במהלך האירוע על סולם ליקרט בעל 5 פריטים מ-0 = בכלל לא ועד 4 = תמיד. בנוסף, נשאל הנבדק האם הוא נזקק להתערבות רפואית באירוע זה, האם פונה מהמקום והאם היה שימוש בתרופות בעקבות האירוע.

תסמינים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSS) נמדדו בקרב אוכלוסית המבוגרים באמצעות שאלון ה-PCL (PTSD Checklist; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993), המכיל 17 פריטים המודדים את תסמיני כל אחד משלושת האשכולות המרכיבים את ההפרעה: חודרנות, הימנעות ועוררות, באמצעות סולם ליקרט בעל 5 רמות. בשל האופי המתמשך והכרוני של החשיפה ללחץ במדגם זה הנבדקים התבקשו לענות על הפריטים ביחס ל"מצב הבטחוני" ולדווח על תסמינים שנחו בחודש הקודם. מדד של עוצמת התסמינים חושב על ידי סיכום הדירוג בכל הפריטים. כפי שהוצע על ידי מפתח השאלון, דירוג פריט על ידי הנבדק כ-3 – 5 סווג כתסמין חיובי (נוכח). אבחנה של PTSD ניתנה על פי הקריטריונים של DSM-IV (איגוד הפסיכיאטרי האמריקאי (APA), 1994) – כשהתקיים תסמין אחד או יותר של חודרנות, שלושה או יותר תסמינים של הימנעות, שניים או יותר של עוררות ופגיעה תפקודית בתחום אחד לפחות.

בקרב אוכלוסיית הילדים נעשה שימוש ב- *Children's Post Traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI)* (Fredrick, Pynoos, & Nader, 1992). שאלון זה כולל 22 פריטים, המבוססים על תסמיני הפרעה פוסט טראומטית עפ"י DSM-IV. הציון הכללי מורכב מסכום הציונים בכל הפריטים.

רמת המנעות – נמדדה באוכלוסיית המבוגרים על ידי שאלון המורכב מ-9 פריטים הכוללים פעילויות שונות כספורט, נסיעות, בילויים ותחביבים. הנבדק מתבקש לדרג את מידת המנעותו מפעילויות אלה בעקבות המצב על סולם ליקרט בעל 5 רמות מ-0 = בכלל לא נמנע ועד 4 = תמיד נמנע. באוכלוסיית הילדים והנוער כלל השאלון 6 פריטים כ"להשתתף בנסיעות משפחתיות", "להנות ממשחק בתוך הבית" ועוד.

רמת פגיעה בתפקוד – נמדדה על ידי שאלון המורכב מ-8 פריטים הכוללים תחומים שונים של תפקוד. הנבדק התבקש לדרג האם היתה פגיעה בתפקודו בתחומים אלו בעקבות המצב על סולם ליקרט בעל 5 רמות מ-0 = בכלל לא ועד 4 = הרבה מאוד. באוכלוסיית הילדים והנוער כלל השאלון 6 פריטים כ"קשרים עם חברים", "בבית הספר ובשיעורי בית" ועוד.

תסמיני מצוקה – הנבדקים נתבקשו לדווח על קיומם של תסמינים מתוך רשימה בת 30 תסמינים המותאמת לגיל המשיב. פריטים לדוגמא של הילדים היו 'היצמדות יתר/קשיי פרידה', 'קשיים בקשב וריכוז', פריטים לדוגמא אצל המבוגרים היו 'הפרעות שינה', 'התקפי זעם'. רשימה זו פותחה על ידי המטפלים במרפאות.

שאלוני סיום טיפול:

מצוקה סביב סיבת הפנייה, שביעות רצון מהחיים, הפרעה פוסט טראומטית, רמת המנעות ורמת הפגיעה בתפקוד נבחנו שנית בסיום הטיפול, כמו כן הם נשאלו שאלה פתוחה הבודקת חשיפה לירי במהלך תקופת הטיפול. בנוסף, נמדדה הערכת המטופל את הטיפול על ידי שלוש שאלות: (1) האם הציפיות מהטיפול מולאו – התשובה דורגה מ-0=בכלל לא ועד 10 = ציפיותיי התגשמו במלואן. (2) מה תרם במידה הרבה ביותר לשינוי – הנבדק נתבקש לסמן מבין אפשרויות שכללו: הקשר עם המטפל, פגישות עם בני משפחה נוספים, אי אפשר לדעת או כל הגורמים ביחד. (3) שאלה פתוחה המתייחסת לרצון המטופל להוסיף דבר מה לטיפול.

3.2 תוצאות

3.2.1 אוכלוסייה קלינית - מבוגרים

בקבוצה זו נכללו 167 נבדקים (75% נשים ו-25% גברים), בגילאים 19-70 ($M=37$, $Sd=12.53$). 26% מהנבדקים היו רווקים, 49.7% נשואים, 15.4% גרושים, 1% אלמנים ו-2.4% אחר. 71% מהנבדקים נולדו בישראל, 13% ברוסיה, 12% באפריקה ו-1.8% בארץ אחרת. 74% עובדים ו-16% מובטלים. התפלגות מצבם הכלכלי של הנבדקים כדלהלן: 15.4% נמוך, 24.9% מתחת לממוצע, 45.6% ממוצע, 5.9% גבוה מהממוצע, 6% גבוה. 43.8% מהנבדקים דיווחו כי הם מקבלים קצבה מביטוח לאומי. במדגם סיום הטיפול נכללו 37 מבוגרים.

איפיון האוכלוסייה ומצבם הרגשי של הנבדקים בזמן פנייתם לטיפול רגשי

הערכה סובייקטיבית של בריאות: 10% דיווחו כי בריאותם לא טובה, 20% כי בריאותם בינונית ו-64% דיווחו על בריאות טובה.

עוצמת החרדה בעת הפנייה: 67.5% דיווחו על חרדה גבוהה, 18.3% על חרדה בינונית ו-4.8% על חרדה נמוכה.

אבחנה בעת הפנייה: 11.2% דיווחו כי סובלים מ-PTSD, 3.6% כי סובלים מדכאון, 6% כי סובלים מלקות למידה, 4.1% כי סובלים מ-ADHD, 46.2% דיווחו כי לא ניתנה להם אבחנה, 4.1% אבחנה אחרת ו-10.7% דיווחו כי אינם יודעים מה האבחנה. 9% מהנבדקים דיווחו על נטילת תרופות פסיכיאטריות. אירועי חיים שליליים: 10.1% מהנבדקים דיווחו כי חוו תאונה קשה במהלך חייהם, 6% שרדו שריפה, 1.8% עברו תקיפה, 4.7% עברו תקיפה מינית, 13% חוו אובדן טראומתי, 7.7% עברו מחלה קשה, 5.3% חוו אלימות במשפחה, 4.7% חוו אירוע טראומטי בשירות הצבאי ו-11.2% חוו אירוע חיים שלילי אחר. חשיפה לאירוע בטחוני ספציפי: 79.3% מהנבדקים דיווחו כי נחשפו לאירוע בטחוני. 68.6% נפצעו באירוע בטחוני. 17.8% דיווחו על קרוב משפחה שנפגע, 34.9% על חבר שנפגע. 35.5% דיווחו כי ביתם נפגע. 29.6% נאלצו לעזוב את ביתם בשל המצב הביטחוני, מהם 16.6% נאלצו לעזוב לבדם, 24.3% עם כל המשפחה ו-18.3% עם חלק מהמשפחה.

תחושות בעקבות האירוע: כשנתבקשו לתאר את תחושתיהם בעקבות החשיפה לאירוע הבטחוני תיארו 14.3% כי חשו ברמות נמוכות של אימה, 17.1% כי חשו ברמה בינונית ו- 68.5% כי חשו אימה ברמה גבוהה. 16.3% תיארו מעט חוסר אונים, 10.6% תיארו כי חוו חוסר אונים מסויים ו-73% חוו חוסר אונים גבוה. 30.15% מהנבדקים חשו חוסר שליטה במידה מעטה, 11.1% דיווחו על עוצמה בינונית ו-59% על עוצמה גבוהה. 11.2% תיארו כי חשו שהקרובים להם היו בסכנה נמוכה, 12% דיווחו על סכנה בינונית ו-77% על סכנה גבוהה. מבחינת חוויית האשמה תיארו 69.4% מהנבדקים חשו אשמה נמוכה, 11% אשמה בינונית ו-19% אשמה גבוהה.

טיפול

טיפול בעבר: 42% מהמשיבים דיווחו כי כבר היו בטיפול רגשי בעבר, 48% דיווחו כי זו הפעם הראשונה בה הם פונים לטיפול. באשר למסגרת הטיפול בעבר: 14.2% עברו טיפול במרכזי חוסן, 11.2% עברו טיפול פרטי, 4.1% במרפאות בריאות הנפש 3% דרך קופת חולים, ו-8.9% עברו טיפול במסגרת אחרת. 7.7% מהנבדקים דיווחו כי בנוסף לפנייתם לטיפול פרטני הם נמצאים בטיפול זוגי, 29% דיווחו כי ילדיהם נמצאים בטיפול ו-50.3% דיווחו כי הם המטופלים היחידים מבין בני משפחתם.

סיבת הפנייה: 51.5% דיווחו על פנייה לטיפול בעקבות חשיפה לטראומה, 15% בעקבות חרדה, 3% בעקבות דכאון, 8% בעקבות צורך בתמיכה ו-8.3% בעקבות סיבה אחרת.

מצוקה בעת הפנייה: 75.8% מהנבדקים דיווחו על מצוקה גבוהה, 11.2% על מצוקה בינונית, ו-3% על מצוקה נמוכה.

אמונה שהטיפול יעזור: 21.3% דיווחו כי הם מאמינים שהטיפול יעזור במידה רבה מאוד, 39.6% מאמינים כי הטיפול יעזור מאוד, 22% דיווחו כי הם מאמינים שהטיפול יעזור, 2.4% מאמינים שהטיפול יעזור מעט ו-2% מהפונים לטיפול דיווחו כי אינם מאמינים שהטיפול יעזור כלל.

איפיון האוכלוסייה בסיום טיפול ובחינת שינויים מתחילת לסיום הטיפול

מספר הפגישות בטיפול נע בין 5 ל 40 פגישות (M=15.5, Sd=7.76).

שיעורי הפרעה פוסט טראומטית לפני ואחרי הטיפול כפי שעלה מתוך שאלון ה-PCL: לפני טיפול 22.2% (נבדקים 37/167) דיווחו על תסמינים שעונים על הקריטריונים הסימפטומטיים להפרעה פוסט טראומטית. לאחר הטיפול רק 3% (נבדק 1/31) דיווח על תסמינים שעברו את הסף הקליני של הפרעה פוסט טראומטית.

שיעורי תסמינים של הפרעה פוסט טראומטית והאשכולות השונים של ההפרעה לפני ואחרי הטיפול: במבחני t למדגמים מזווגים לבחינת ההבדלים במדד כללי של תסמיני הפרעה פוסט טראומטית והאשכולות השונים של ההפרעה - הימנעות, חודרנות ועוררות יתר לפני ואחרי טיפול נמצא כי רמת התסמינים של ההפרעה וכל אחד מהאשכולות ירדה באופן מובהק מהמדידה בתחילת הטיפול למדידה בסיום. ממוצע התסמינים וסטיות התקן לפני ואחרי הטיפול מוצגים בלוח 41.

לוח 41. תסמיני הפרעה פוסט טראומטית לפני ואחרי טיפול

R	p value	סטטיסטי	אחרי M(SD)	לפני M(SD)	
.46	P<.001	T(23)=4.29	(12.4) 15.9	(10.4) 26.4	הפרעה פוסט טראומטית
.53	P<.001	T (21)=5.17	(1.2) .68	(9.8) 10.9	הימנעות
.56	P<.001	T(23)=5.56	(.92) .37	(1.5) 1.8	חודרנות
.3	P=.003	T(23)=3.34	(1.1) .71	(1.6) 1.8	עוררות-יתר

שיעורי פגיעה בתפקוד והימנעות כללית לפני ואחרי הטיפול: במבחני t למדגמים מזווגים לבחינת ההבדלים במדד כללי של הימנעות ופגיעה בתפקוד לפני ואחרי טיפול נמצא כי רמת ההימנעות והפגיעה בתפקוד בסוף הטיפול השתפרו לעומת הרמה המדווחת טרום הטיפול. ממוצעים וסטיות תקן של רמות ההמנעות והפגיעה בתפקוד מוצגים בלוח 42.

לוח 42. המנעות ופגיעה בתפקוד לפני ואחרי הטיפול

R	p value	סטטיסטי	M(Sd) אחרי	M(Sd) לפני	
.22	P=.031	T (20)=2.24	(6.7) 5.04	(8.7) 9.8	הימנעות
.22	P=.002	T(23)=3.43	(92.4) 10.2	(8.2) 19	תפקוד

דיווח הנבדקים על מצבם לפני ואחרי הטיפול: בלוח 43 מוצגים שיעורי התסמינים עליהם דיווחו הנבדקים לפני ואחרי הטיפול. כפי שניתן לראות בטבלה, השיעור המדווח לגבי כל אחד מהתסמינים היה נמוך בסוף הטיפול לעומת לפניו. כלומר הטיפול השיג את היעד של הפחתת תסמינים ומיתון תגובות רגשיות.

לוח 43. שיעורי דיווח על תסמינים לפני ואחרי טיפול

אחרי (31 נבדקים)	לפני (167 נבדקים)	
4.2%	35.5%	קשיי הרדמות/יקיצות רבות
3.6%	39.6%	פחד/חרדה
1.8%	21.9%	בדידות
1.2%	18.3%	בעיות אכילה
4.2%	31.4%	הפרעות שינה
1.8%	28.4%	התקפי זעם
0	5.9%	התנהגות אלימה
2.4%	29.6%	סימפטומים סומטיים
1.8%	9.5%	תחלואה רבה
1.2%	22.5%	הימנעות
3%	36.5%	עוררות/דריכות/בהלה
4.2%	39.1%	דחק תמידי
3%	29.6%	בעיות ריכוז
2.4%	18.9%	תפקוד לקוי בעבודה
1.8%	11.2%	הקצנה של דעות פוליטיות
2.4%	31.4%	דכאון
1.8%	14.8%	כפייתיות
1.2%	24.3%	אשמה
.6%	10.7%	הכחשה
.6%	23.1%	פגיעה ביחסים במסגרת המשפחה
1.2%	20.7%	חוסר תמיכה
.6%	3.6%	צריכת סמים/אלכוהול
.6%	18.3%	מחשבות שווא
3.6%	40.8%	הבעת צורך בטיפול
.6%	13.6%	עזיבת המקום
.6%	35.5%	אחר

מצוקה, בריאות נתפסת ושביעות רצון כללית מהחיים: במבחני t למדגמים מזווגים לבחינת ההבדלים במצוקה המדווחת, בבריאות הנתפסת ובשביעות הרצון מהחיים לפני ואחרי טיפול עלה כי הסתמנה ירידה מובהקת ברמת המצוקה ועליה מובהקת בשביעות הרצון מהחיים לאחר הטיפול. לא נמצא הבדל מובהק בבריאות נתפסת לפני ואחרי הטיפול. ממוצעים וסטיות תקן של מדדי המצוקה, בריאות נתפסת ושביעות רצון מוצגים בלוח 44.

לוח 44. מדדי מצוקה, בריאות נתפסת ושביעות רצון מהחיים לפני ואחרי הטיפול

R	p value	סטטיסטי	M(Sd) אחרי	M(Sd) לפני	
.09	P<.001	T(22)=5.9	(1.1) 1.56	(.78) 3.17	מצוקה
.35	P=.39	T (11)=.89	(1.5) 3.17	(1.3) 3.58	בריאות נתפסת
.3	P=.007	T(19)=2.99	(1.7) 7	(2.4) 5.3	שביעות רצון

מתוך השוואות אלו ניתן לראות בבירור כי מצב הנבדקים המבוגרים אחרי הטיפול השתנה לחיוב באופן מובהק, בכל המדדים שנבדקו: הפרעה פוסט-טראומטית, המנעות, פגיעה בתפקוד ומצוקה ושביעות הרצון מהחיים. בנוסף, שיעורם של כל אחד מהתסמינים עליהם דיווחו הנבדקים לפני הטיפול ירד לאחר הטיפול.

3.2.2 אוכלוסיה קלינית – ילדים ונוער

בקבוצה זו נכללו בתחילת הטיפול 340 ילדים ובני נוער 53% בנים ו- 45% בנות, בגילאי 5-19 (M=10.28, Sd=2.98). במדגם של סיום הטיפול נכללו 91 ילדים ובני נוער.

איפיון האוכלוסיה ומצבם הרגשי של הנבדקים בזמן פנייתם לטיפול רגשי

על פי דיווח הילד במקרה של ילדים בוגרים ובני נוער, ודיווח ההורה במקרה של ילדים צעירים עולה כי: בריאות: 19.4% מהנבדקים סובלים ממחלה כרונית. עוצמת חרדה: ל-67.1% עוצמת חרדה גבוהה, ל-24.4% עוצמת חרדה בינונית ול-6.8% עוצמת חרדה נמוכה. אבחנה בעת הפנייה: ל-6.5% אבחנה של הפרעת קשב וריכוז, ל-6% בעיות התנהגות, ל-6% לקות למידה ול-3.8% אין אבחנה. שינויים בתחום הלימודי כתוצאה מהמצב הבטחוני: אצל 42.4% שינוי לרעה, אצל 3.5% לטובה, אצל 35.6% לא היה שינוי.

אירועי חיים שליליים: בקרב 10.6% היתה חוויה של אובדן טראומטי, בקרב 7.4% מחלה, בקרב 3.2% תאונה, בקרב 3% תקיפה, בקרב 6% נכחו בשריפה, בקרב 6% אלימות במשפחה ובקרב 18.5% היה אירוע חיים שלילי אחר.

חשיפה לאירוע ספציפי: 66.8% נחשפו לאירוע בטחוני ספציפי ו-32.1% לא נחשפו ישירות אך חיים באזור סיכון גבוה. 2.4% דיווחו כי נפצעו באירוע זה, 30.9% דיווחו כי קרוב נפגע ו-14.7% דיווחו כי קרוב נהרג. 31.8% דיווחו כי ביתם נפגע.

תחושות בעקבות האירוע: 52.3% דיווחו על תחושת אימה גבוהה, 17.6% דיווחו על אימה בינונית, 19.6% דיווחו על רמה נמוכה. 44.4% דיווחו על תחושה גבוהה של חוסר אונים, 17.1% דיווחו על תחושה בינונית של חוסר אונים, 28.8% על רמה נמוכה של חוסר אונים. 70% דיווחו על תחושת סכנה גבוהה, 13.5% על תחושת סכנה בינונית ו-17.4% על תחושת סכנה נמוכה. 6.2% מהנבדקים דיווחו על תחושת אשמה נמוכה, 3.8% על תחושת אשמה בינונית ו-75% על תחושת אשמה נמוכה.

טיפול

על פי דיווח הילד במקרה של ילדים בוגרים ובני נוער, ודיווח ההורה במקרה של ילדים צעירים עולה כי: טיפול בעבר: 40.9% מהנבדקים היו בטיפול רגשי בעבר לעומת 57.1% שלא היו. מאלה שהיו בטיפול 46% קיבלו בעבר את הטיפול במרכזי חוסן, 6% דרך ביה"ס, 1% במרפאות בריאות הנפש ו-19% במקום אחר. מצוקה בעת הפניה: 75.8% חווים מצוקה גבוהה בעת הפניה, 11.2% מצוקה בינונית ו-3% מצוקה נמוכה. אמונה בטיפול: 34.7% מאמינים כי הטיפול יעזור במידה רבה, 39.4% מאמינים כי יעזור מאוד, 17.6% מאמינים כי יעזור, 3.5% כי יעזור קצת ו-1.5% כי כלל לא יעזור. 47.9% מהנבדקים נמצאים גם בטיפול משפחתי בנוסף לפנייה הנוכחית שלהם לטיפול, הורי 19.1% נמצאים בטיפול ואחיהם של 27.9% מהנבדקים נמצאים בטיפול.

איפיון האוכלוסייה בסיום טיפול ובחינת שינויים מתחילת לסיום הטיפול

על פי דיווח הילד במקרה של ילדים בוגרים ובני נוער, ודיווח ההורה במקרה של ילדים צעירים עולה כי: מספר הפגישות בטיפול נע בין 5 ל-50 פגישות ($M=19.55$, $Sd=9.24$). חשיפה לאירועים לאחר תחילת הטיפול: 51.6% מהנבדקים נחשפו לאירועים בטחוניים לאחר תחילת הטיפול. 13.5% עברו טראומה אחרת. בקרב 1.3% נוסף ממ"ד ובקרב 2.5% נוסף מיגון אחר. בקרב 11% חל שינוי כלכלי – 85.7% מתוכם דיווחו על שינוי לרעה ו-14.3% על שינוי לטובה.

דיווח הנבדק/ההורה על שינויים בהתנהגות ובלמודים בעקבות הטיפול: 67.8% דיווחו על שינוי התנהגותי לטובה, 3.3% דיווחו על שינוי התנהגותי לרעה ו-15.6% דיווחו כי אין שינוי התנהגותי. 37.1% דיווחו על שינוי לטובה בלימודים, 39.5% דיווחו כי אין שינוי בלימודים ו-2.2% דיווחו על שינוי לרעה.

שיעורי אבחנה של הפרעה פוסט טראומטית לפני ואחרי הטיפול כפי שעלה מתוך שאלון ה-CPTS-RI לפני טיפול 5.3% (נבדקים 18/340) דיווחו על תסמינים שעונים על הקריטריונים הסימפטומטיים להפרעה פוסט טראומטית. לאחר הטיפול רק 0.3% (נבדק 1/340) דיווח על תסמינים שעברו את הסף הקליני של הפרעה פוסט טראומטית.

רמת סימפטומים של הפרעה פוסט טראומטית לפני ואחרי טיפול: נערך מבחן t למדגמים מזווגים לבחינת ההבדלים במספר התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית לפני ואחרי טיפול. כפי שניתן לראות בלוח 45, אחרי הטיפול, מספר התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית ירדה באופן מובהק לעומת מספר התסמינים לפני הטיפול.

לוח 45. תסמיני הפרעה פוסט טראומטית לפני ואחרי טיפול

R	p value	סטטיסטי	אחרי	לפני	
.2	P<.001	T(78)=9.16	8.48 (6.75)	19.72 (10.02)	הפרעה פוסט טראומטית
.31	P<.001	T(78)=8.18	1.81 (2.91)	4.57 (2.89)	עוררות
.30	P<.001	T(78)=11.97	3.70 (2.44)	8.42 (5.28)	חודרנות
.23	P<.001	T(78)=7.64	1.90 (1.41)	6.96 (3.11)	המנעות

מצוקה רגשית: לבחינת ההבדלים ברמת המצוקה המדווחת לפני ואחרי טיפול נערך מבחן t למדגמים מזווגים. כפי שניתן לראות בלוח 46, רמת המצוקה המדווחת אחרי הטיפול ירדה באופן מובהק לעומת רמת המצוקה לפני הטיפול.

שביעות רצון מהחיים: נערך מבחן t למדגמים מזווגים לבחינת ההבדלים בשביעות רצון מהחיים לפני ואחרי טיפול. שביעות הרצון מהחיים השתפרה באופן מובהק לאחר הטיפול. לעומת זאת, בהשוואת ההבדלים ברמת הבריאות הנתפסת לפני ואחרי טיפול לא נמצאו הבדלים מובהקים (ראה לוח 46).

לוח 46. רמת המצוקה, שביעות רצון מהחיים ורמת הבריאות הנתפסת לפני ואחרי טיפול

	R	p value	סטטיסטי	אחרי	לפני	
מצוקה	.16	P<.001	T(28)=7.08	(.83) 1.52	(.94) 3.03	
שביעות רצון מהחיים	.15	P<.001	T (72)=4.67	(1.3) 8.07	(2.3) 6.73	
בריאות נתפסת	.46	P=.21	T(51)=1.26	(.7) 4.69	(.78) 4.56	

שיעורי פגיעה בתפקוד והימנעות כללית: על מנת לבחון את השינוי בנטייה להמנעות ובפגיעה בתפקוד נערכו מבחני t למדגמים מזווגים. כפי שניתן לראות בלוח 47. הן הנטייה להמנעות והן הפגיעה בתפקוד ירדו משמעותית לאחר הטיפול.

לוח 47. הנטייה להמנעות והפגיעה בתפקוד לפני ואחרי טיפול

	R	p value	סטטיסטי	אחרי	לפני	
הימנעות	.06	P<.001	T (71)=6.84	(6.01) 4.75	(8.06) 12.61	
פגיעה בתפקוד	.46	P<.001	T(75)=7.83	(5.1) 3.71	(6.23) 9.08	

דיווח הנבדקים על מצבם לפני ואחרי הטיפול: בלוח 48 מוצגים שיעורי התסמינים עליהם דיווחו הורי הנבדקים לפני ואחרי הטיפול. כפי שניתן לראות בטבלה, השיעור המדווח לגבי כל אחד מהתסמינים היה נמוך בסוף הטיפול לעומת לפניו, למעט תסמיני קשב וריכוז. כלומר הטיפול השיג את היעד של הפחתת תסמינים ומיתון תגובות רגשיות.

לוח 48. שיעורי דיווח על תסמינים לפני ואחרי טיפול

תסמינים	לפני	אחרי
היצמדות יתרוקשיי פרידה	68.6%	46.2%
בכי מרובה	51.7%	32.7%
התנהגות רגרסיבית	61.9%	24.5%
הפרעות בשינה	80.1%	56.6%
עיסוק יתר בנושא "צבע אדום"	42.6%	35.8%
סתימת אזניים למשמע "צבע אדום"	42%	25%
קושי להנות	30.7%	15.4%
פחד/חרדה	85.8%	64.2%
בדידות	38.1%	15.1%
הפרעות אכילה	36.4%	13.2%
התקפי זעם	76.1%	47.2%
התנהגות אלימה	41.5%	13.2%
הרטבות לילה	26.1%	13.2%
סימפטומים סומטיים	56.8%	22.6%
בעיות רפואיות	11.4%	7.5%
הימנעות	56.6%	28.3%
עוררות	68.8%	44.2%
קשיי ריכוז	59.4%	58.3%
השפעה על בציועים בבית הספר	48.6%	24.5%
דיכאון	49.4%	11.5%
התנהגות מסוכנת	22.1%	5.7%
כפייתיות	25.7%	15.1%
אשמה	28.6%	9.4%
הכחשה	40.8%	11.3%
השפעה על יחסים במשפחה	37.5%	13.2%
חוסר תמיכה	29.3%	1.9%
אלכוהול/סמים	0	0
הזיות	31.4%	19.2%
הבעת צורך בתמיכה	62.2%	23.5%
אחר	17.6%	0

* על מנת לבדוק את הגורמים המשפיעים על ההשתנות של רמת התסמינים הפוסט טראומטיים מלפני לאחרי הטיפול נערכה רגרסיה ליניארית מרובה לניבוי ההשתנות. בין הבלתי תלויים נכללו מין ומגדר, מס' פגישות, אמונה בטיפול וחשיפה לירי במהלך הטיפול. אף אחד מהבלתי תלויים לא עלה כמנבא מובהק של ההשתנות והמודל הכללי לא היה מובהק.

מתוך השוואות אלו ניתן לראות בבירור כי מצב הנבדקים בגילאי 6-18 אחרי הטיפול השתנה לחיוב באופן מובהק על כל אחד מהמדדים שנבדקו, ממצבו טרום הטיפול – מבחינת הפרעה פוסט-טראומטית, המנעות, פגיעה בתפקוד ומצוקה. כמו גם מבחינת שביעות הרצון מהחיים. בנוסף, שיעורם של כל אחד מהתסמינים עליהם דיווחו הנבדקים לפני הטיפול ירד לאחר הטיפול, למעט הפרעת קשב וריכוז.

4. סיכום: דיון, מסקנות והמלצות

בפרק זה נציג את עיקרי הממצאים באשר לזיהוי ואיפיון התגובות הרגשיות של תושבי הדרום לירי טילים לאורך זמן:

חשיפה אישית

בשנת 2010, שעה שתושבי שדרות ועוטף עזה נחשפו לירי טילים ברמה גבוהה ודומה ושתושבי אופקים וחבל לכיש לא נחשפו לירי ישיר ביישובם, עוצמת החשיפה באה לידי ביטוי גם בדיווחים של התושבים, כאשר תושבים מיישובים בחשיפה גבוהה דיווחו על יותר חשיפה אישית לעומת תושבים מחשיפה בינונית. בנוסף, תושבי הערים שדרות ואופקים דיווחו על יותר פגיעה אישית מאשר תושבי הישובים הקהילתיים הדומים להם מבחינת רמת החשיפה האובייקטיבית לירי טילים. מבחינת אובדן כלכלי בעקבות המצב הבטחוני באותה שנה, עלה כי תושבי שדרות, הנמצאים ברמת חשיפה גבוהה ובמצב חברתי-כלכלי נמוך, סבלו מיותר אובדן כלכלי בעקבות הירי מתושבים מרקע חברתי-כלכלי וצורת התיישבות דומה ומתושבים הנחשפים לירי ברמה דומה. ב- 2014, לפני "צוק איתן" ועם התרחבות מעגל הירי, תושבי החשיפה הגבוהה דיווחו עדיין על יותר חשיפה אישית ואובדן כלכלי מתושבי אזור החשיפה הבינונית. בנוסף, בהשוואה בין תושבי עוטף עזה ושדרות עלה כי תושבי שדרות דיווחו על יותר חשיפה אישית מתושבי עוטף עזה. המגמה הזו התהפכה עם הזמן. במהלך מבצע "צוק איתן" לא היו הבדלים מובהקים בין תושבי הישובים השונים במדדי החשיפה לירי ובנגזרותיו ולאחר "צוק איתן" לא היו הבדלים בין תושבי אזורי החשיפה השונים אך היו הבדלים בין תושבי עוטף עזה ושדרות – כשתושבי עוטף עזה דיווחו על יותר פגיעה אישית מתושבי שדרות.

חוויה אישית

בשנת 2010 דיווחו תושבי שדרות על תחושה גבוהה יותר של איום אישי ומשפחתי בעקבות הירי יחסית לתושבי עוטף עזה הדומים להם מבחינת רמת החשיפה ויחסית לתושבי אופקים הדומים להם מבחינת הרקע החברתי-כלכלי וסוג ההתיישבות – יתכן לפיכך כי גם רמת החשיפה וגם מצבם החברתי-כלכלי תרמו לעוצמת חוויית האיום של תושבים אלו. לעומת זאת, עם התרחבות הירי והתגברותו ב- 2014, לפני מבצע "צוק איתן", לא היו הבדלים משמעותיים בעוצמת תחושת האיום, אך תושבי שדרות דיווחו על חוויה גבוהה יותר של אובדן שליטה על הגוף בזמן "צבע אדום" לעומת תושבי עוטף עזה. במהלך מבצע "צוק איתן" לא היו הבדלים מובהקים בין תושבי כל הישובים בחוויית אובדן השליטה בגוף וחוסר אונים בזמן "צבע אדום" ובחוויית האיום האישי והאיום לחיי המשפחה. בתקופה שלאחר "צוק איתן" השתנתה התמונה וההבדל היחיד בחווייה, שעלה מתושבי הישובים השונים, היה חוויית חוסר אונים גבוהה בקרב תושבי עוטף עזה לעומת

תושבי שדרות. יתכנו מספר הסברים אפשריים לשינוי מגמה מפתיע זה: איום המנהרות שהתגלה במהלך "צוק איתן" והשאיר את התושבים בחווייה קשה הנוגעת לקושי להתגונן אל מול אפשרות של חדירת מחבל לישובם. בנוסף, יש לזכור כי הפינוי מישובי עוטף עזה היה גדול בהקפו לעומת שדרות. בהסתכלות לאורך 4 גלי המדידה ניתן לראות כי לעומת הדמיון הרב בעוצמת תחושת האיום האישי, כמו גם בדפוס ההשתנות של תחושה זו לאורך זמן בין תושבי שדרות ועוטף עזה, נבדלים תושבים שדרות ועוטף עזה בחוויית האיום על חיי בן משפחה - בעיקר במהלך "צוק איתן" - כשחוויית האיום של תושבי שדרות עלתה במיוחד בתקופה זו בעוד חווייה זו בקרב תושבי עוטף עזה נשארה יציבה יחסית. יתכן כי הבדלים אלו נובעים מההתפנות של רבים מתושבי עוטף עזה במהלך המבצע מאזור הירי.

שכיחות של הפרעות ברמה קלינית

הפרעה פוסט טראומטית - בשנת 2010 שכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית עם ובלי קריטריון התפקוד בקרב תושבי שדרות הגיעה ל- 14.6% ו- 33.8% (בהתאמה) והיתה גבוהה משמעותית הן משכיחות ההפרעה בקרב תושבי אופקים (3.6% ו- 11.7%), הדומים להם מבחינה חברתית-כלכלית והן מזו של תושבי עוטף עזה (3.2% ו- 6.4%) הדומים להם מבחינת עוצמת החשיפה לטראומה. דפוס דומה נמשך גם ב-2014, עם האסקלציה בירי לפני מבצע "צוק איתן" - כשמצבם של תושבי שדרות (3.9% ו- 16.9%) היה גרוע מזה של תושבי עוטף עזה (0% ו- 3.3%) מבחינת שכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית עם וללא קריטריון תפקוד ומבחינת שכיחות כל אחד מהאשכולות של הפרעה זו. באופן מעניין, בבחינת שיעורי התופעה בין תושבי אופקים ושדרות בשנת 2014 עלה כי שכיחות ההפרעה ללא קריטריון תפקוד היתה כפולה בשדרות מזו שבאופקים (16.9% ו- 8.8%, בהתאמה), אך שכיחות ההפרעה עם קריטריון תפקוד היתה כמעט כפולה באופקים לעומת תושבי שדרות (5.9% ו- 3.9% בהתאמה). יתכן כי התהפכות התמונה נובעת מהחשיפה הארוכה יותר של תושבי שדרות לירי, מהביטואציה ומדרישה לתפקד גם ברמת מצוקה פוסט טראומטית גבוהה. כך, הסתגלו תושבים אלו לתפקד למרות התסמינים החמורה.

במהלך מבצע "צוק איתן" לא היו נבדקים מאף אחד מהישובים שעברו את הקריטריון להפרעה פוסט טראומטית, יתכן כי ניתן להסביר זאת בהענות סלקטיבית של קבוצה ייחודית, החזקה יחסית מבחינה רגשית או על ידי כך שתוך כדי חשיפה גבוהה בלחימה התסמינים הפוסט טראומטיים לא נתפסו ככאלה אלא חלק מתגובה תוך כדי חשיפה משמעותית ללחימה. עם זאת, בבחינת האשכולות השונים של ההפרעה נמצא כי בקרב תושבי שדרות היתה רמה גבוהה יותר של המנעות ועוררות. לאחר המבצע לא היו נבדקים שעברו את הקריטריון להפרעה פוסט טראומטית עם קריטריון תפקוד אך כאשר נבדקה שכיחות הפרעה זו ללא קריטריון

התפקוד נמצא כי הסיכון היחסי להפרעה זו בקרב תושבים מאיזור החשיפה הבינונית (33.7%) היה פי 2.8 מאלו מאזור החשיפה הגבוהה (11.3%). בנוסף, יותר תושבים מרמת החשיפה הבינונית (אופקים) דיווחו על תסמיני עוררות העוברים את הסף הקליני לעומת תושבי החשיפה הגבוהה. יתכן כי תמונה זו משקפת הביטואציה לאירועים הטראומטיים של תושבים החשופים לאורך שנים רבות לירי לעומת התושבים החשופים פחות שנים ובעוצמה פחות גבוהה, או התפתחות של יכולת התאוששות מהירה יותר מהאירוע הטראומטי ("צוק איתן") בקרב תושבי החשיפה הגבוהה.

על מנת לבחון את האפשרות כי התסמינים הפוסט טראומטיים מהווים התנהגות אדפטיבית אל מול החשיפה לטראומה נעשתה בחינה של הקשר בין תסמיני העוררות וההמנעות עם מדדי התפקוד בכל הגלים. הניתוחים העלו כי כל אחד מהתסמינים הללו וקבוצת התסמינים קשורים בקשר מובהק עם פגיעה בתפקוד, בכל אחד מגלי המחקר.

רמת תסמיני ההפרעות הרגשיות

מבחינת רמת (מספר) תסמיני ההפרעות הרגשיות – הפרעה פוסט טראומטית, מצוקה כללית, סומטיזציה, דכאון וחרדה, מצבם של תושבי שדרות ב-2010 היה חמור ביותר – הן בהשוואה לתושבי עוטף עזה והן בהשוואה לתושבי אופקים. בנוסף, תושבים החשופים ברמה גבוהה באותה עת (תושבי שדרות ועוטף עזה) סבלו מעוצמה חמורה יותר של כל אחד מ-17 התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית ומרמה גבוהה יותר של כל אחד מהתסמינים של מצוקה כללית יחסית לתושבים מישובים בהם החשיפה בינונית. לעומת זאת, עם ההתרחבות של טווח הירי והאסקלציה בכמות הירי ב-2014, לפני מבצע "צוק איתן", הצטמצמו ההבדלים ברמת התסמינים עליהם דיווחו תושבי הישובים השונים למעט יותר תסמינים של חודרנות בקרב תושבי שדרות ביחס לתושבי עוטף עזה החשופים במידה דומה לירי. בשונה מהתמונה שהצטיירה בנוגע לשכיחות אפסית של הפרעה פוסט טראומטית במהלך "צוק איתן", ניכרו הבדלים משמעותיים ברמת התסמינים בין הישובים, כך שבהשוואה בין תושבי שדרות ותושבי עוטף עזה עלה כי הראשונים סובלים מיותר תסמיני סומטיזציה. בהשוואות בין קבוצות החשיפה נמצאו יותר תסמיני עוררות בקרב תושבי החשיפה הגבוהה, אך יותר מצוקה כללית וסומטיזציה בקרב תושבי החשיפה הבינונית. לאחר "צוק איתן" לא נמצאו הבדלים ברמת התסמינים של ההפרעות השונות בין תושבי אזורי החשיפה השונה ובין שדרות ועוטף עזה. יתכן כי הממצא הנוגע לרמות העוררות הגבוהות יותר בקרב תושבי החשיפה הגבוהה לעומת תושבי החשיפה הבינונית בזמן

מבצע "צוק איתן" משקפות תגובה פונקציונאלית אל מול ירי הטילים לצד הביטואציה (רמה דומה של יתר התסמינים).

מניתוחי אורך של רמות תסמיני ההפרעות השונות עלה כי רמת תסמיני ההפרעה הפוסט טראומטית היתה נמוכה משמעותית בשנת 2010 לעומת שנת 2014 לפני מבצע "צוק איתן" ובמהלך "צוק איתן" (מעבר לקבוצה). בנוסף, עלה כי רמת החרדה ב-2010 היתה גם כן נמוכה מזו שלפני ובמהלך "צוק איתן", מעבר לשוב. עם זאת, נמצא כי רק בקרב תושבי שדרות רמת החרדה לאחר "צוק איתן" היתה נמוכה משמעותית מזו שבשנת 2010. תמונה זו, של רמת תסמיני הפרעות רגשיות לאורך זמן ממחישה את התגובתיות המיידית של רמת החרדה לירי הטילים, כך שרמת החרדה ורמת התסמינים הפוסט טראומטיים מתגברת עם הירי ונחלשת משמעותית עם תקופות רגיעה. בנוסף, תמונת החרדה משקפת גם היא הביטואציה מסוימת של תושבי שדרות לירי הטילים, לפחות מבחינת עוצמת החרדה של תושבים אלו.

שרותי בריאות

בשנת 2010 תושבי שדרות השתמשו ביותר שירותי בריאות מתושבי אופקים הדומים להם מבחינה חברתית-כלכלית ומתושבי עוטף עזה, הדומים להם מבחינת עוצמת החשיפה. עוד נראים הבדלים בהעדפה שונה של מסגרת של עזרה רגשית - תושבי אופקים נוטים לפנות יותר לקו החם ואילו תושבי חבל לכיש, שנמצאים במצב חברתי-כלכלי גבוה יותר נוטים לפנות ליותר טיפול פסיכולוגי. בשונה מכך, בשנת 2014, לפני מבצע "צוק איתן" ובמהלך המבצע לא היו הבדלים בין הקבוצות בשימוש בשירותי בריאות. לאחר המבצע דיווחו תושבי החשיפה הבינונית על יותר פנייה לייעוץ פסיכולוגי.

בריאות סובייקטיבית

לפני ובמהלך מבצע "צוק איתן" לא היו הבדלים מובהקים בין הישובים בהערכה סובייקטיבית של בריאות. עם זאת, לאחר מבצע "צוק איתן" דיווחו תושבי אזור החשיפה הבינונית (אופקים) על הערכת בריאות גרועה מזו של תושבי החשיפה הגבוהה.

גורמים המשפיעים על רמת התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית

בבחינת גורמי הפגיעות לתסמינים של הפרעה פוסט טראומטית עלה כי נשים, גיל מבוגר יותר, רמה נמוכה של השכלה, חשיפה אישית, קרבה לטילים, אובדן חיים ואובדן כלכלי מהווים גורמים מובהקים המשפיעים על התפתחות ההפרעה. לעומת זאת, האמונה בחוסן אישי עלתה כגורם חוסן משמעותי מול התפתחות תסמיני הפרעה זו.

גורמים המשפיעים על רמת התסמינים של מצוקה כללית

בבחינת גורמי הפגיעות לתסמינים של מצוקה כללית עלה כי נשים, גיל מבוגר יותר, רמה נמוכה של השכלה, חשיפה אישית, אובדן חיים ואובדן כלכלי מהווים גורמים מובהקים המשפיעים על התפתחות הפרעה. לעומת זאת, האמונה בחוסן אישי והאמונה בחוסן הקהילתי עלו כגורמי חוסן משמעותיים מול התפתחות תסמיני הפרעה זו.

משאבים

בשנת 2010, לפני התרחבות הירי רמת המשאבים של תושבי הישובים ברמת חשיפה גבוהה היתה נמוכה מזו של התושבים מרמת חשיפה בינונית הדומים להם מבחינה חברתית-כלכלית ומבחינת סוג היישוב. תושבי שדרות דיווחו על רמה פחות גבוהה של איכות חיים, פחות סיפוק מחיי המשפחה ופחות לכידות משפחתית, ותושבי עוטף עזה דיווחו על פחות סיפוק מחיי המשפחה יחסית לתושבי חבל לכיש. בנוסף, שתי קבוצות הערים דיווחו על משאבים נמוכים יותר מתושבי הישובים הקהילתיים, מבחינת הערכתם את יכולתם להחלים מטראומה (בשתי הקבוצות) יכולתם להסתגל לשינוי, איכות החיים והלכידות המשפחתית שלהם (שדרות מול עוטף עזה) ופחות שביעות רצון מהחיים (אופקים מול חבל לכיש). לפני מבצע "צוק איתן" דיווחו תושבי הערים על רמה יחסית דומה של משאבים אישיים למעט תחושת שביעות רצון מהחיים, שהיתה גבוהה בעוטף עזה לעומת שדרות. במהלך "צוק איתן" לא היו הבדלים בין הקבוצות ברמת המשאבים ולאחר "צוק איתן" תושבי עוטף עזה דיווחו על חוסן אישי גבוה מהחוסן האישי עליו דיווחו תושבי שדרות. מתוך התמונה עולה כי באופן כמעט יציב ניכר פער בין תושבי שדרות ותושבי עוטף עזה מבחינת דיווחם על משאבים אישיים וחברתיים. אמנם בעת מלחמה הפער מצטמצם אך הוא בעיקרו יציב וקשור לגורמים חברתיים-כלכליים שאינם בטחוניים.

האם המצוקה הרגשית של תושבי הדרום הנחשפים לירי טילים ממושך מסתכמת בהפרעות המוכרות או

שמה מדובר על יישות שונה?

מתוך ניתוח הגורמים שנעשה על כלל התסמינים הרגשיים התכנסו ארבע קבוצות של תסמינים (ארבעה גורמים). הגורם ראשון הוא גורם המשקף תחושת מתח רגשי ועוררות, הוא מורכב מתסמינים של חודרנות ועוררות מתוך ה-PCL ומתסמיני חרדה מה-BSI. הגורם השני הוא גורם המשקף חווייה של מצוקה סומאטית ואי שקט פיזי, הוא מורכב מפריטי תת סולם סומאטיזציה ודכאון מה-BSI וחלק מתסמיני החרדה. הגורם השלישי משקף חווייה של נסיגה והתכנסות, הוא מורכב מתסמיני המנעות מה-PCL ומתסמינים של נסיגה את

האירועים הטראומטיים. הגורמים הראשון והשני משקפים שניהם מצב של מתח – הראשון, רגשי והשני פיזי, שיתכן ומהווים תגובה מיידית למצב הטראומטי ולצורך של התושבים להישאר דרוכים על מנת להציל מתת סולם הדכאון של ה-BSI. הגורם הרביעי בעל הטעינות הנמוכה ביותר מתייחס לאובדנות והמנעות מאירועים המזכירים את חייהם. הגורם השלישי, של ההמנעות וההתכנסות נבדל מקבוצת התסמינים של העוררות והחודרנות ונראה כי משקף מצב נפרד, של חוסר אונים ודכאון. הגורם הרביעי משקף תסמינים שאינם שכיחים בקרב אוכלוסיה זו – של מחשבות אובדניות וניסיון להימנע מאירועים המזכירים את המצב. נראה כי לצד שיעור מסויים של הפרעות פוסט טראומטיות התמונה הקלינית משקפת תגובה אדקוויטית למצבי איום.

בהמשך, נתאר את עיקרי הממצאים בנוגע למאפייני הפונים לטיפול במרכזי חוסן ובחינת השפעת הטיפול תחת חשיפה לטראומה:

איפיון האוכלוסיה

מתוך הנתונים שנאספו בתחילת טיפול עלה דיווח על מצוקה גבוהה ורמת תסמינים רגשיים גבוהה מאוד, הן בקרב המבוגרים והן בקרב הילדים שפונים בבקשת סעד נפשי. שכיחות הנבדקים שענו על הקריטריונים של הפרעה פוסט טראומטית עם הפנייה לטיפול היתה אף היא גבוהה, אך משקפת את שכיחות ההפרעה כפי שנצפתה אצל תושבי האזור שפונים לטיפול (22.2% אצל המבוגרים ו-5.3% בקרב הילדים ובני הנוער).

שינוי מלפני לאחרי הטיפול

השוואות של התמונה הקלינית לפני ואחרי הטיפול הראו כי מצב המטופלים (בכל קבוצות הגיל) אחרי הטיפול השתנה לחיוב באופן מובהק, בכל המדדים שנבדקו: בחינת הפרעה פוסט-טראומטית, המנעות, פגיעה בתפקוד ומצוקה ושביעות הרצון מהחיים. בנוסף, שיעורם של כל אחד מהתסמינים עליהם דיווחו הנבדקים לפני הטיפול ירד לאחר הטיפול (למעט הפרעת קשב אצל הילדים והמתבגרים), אלו ממצאים מעודדים המצביעים על יעילות הטיפולים. יש לסייג ולומר עם זאת כי נתונים לגבי סיום טיפול אצל המבוגרים היו מעטים ולכן ניתוחי ההשוואה נעשו על קבוצה קטנה יחסית.

בחינת הגורמים המשפיעים על השינוי

נערכו מספר ניתוחים לבחינת הגורמים התורמים להשתנות של רמת התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית, תפקוד והמנעות בקרב מבוגרים ובקרב ילדים ובני נוער מתוך המדדים שנאספו למחקר. מדדים אלו לא הניבו תוצאות משמעותיות.

סיכום והמלצות

במחקר זה עלה בדומה למחקרים קודמים כי תושבי הדרום, החשופים לירי טילים, סובלים מרמות גבוהות של תסמינים של הפרעות פסיכיאטריות ונראה כי חומרת התסמינים קשורה לשינויים באיום הממשי ולמשך החשיפה. כך, מצבם הרגשי של תושבי ישובים שנחשפו פרק זמן קצר יותר, חמור יותר. מעבר לכך, מצבם של תושבי עיירות הפיתוח – אופקים ושדרות, מבחינת תסמינים פסיכיאטריים ומבחינת משאבים רגשיים מדווחים, רע מזה של תושבי הישובים הקהילתיים החשופים לירי במידה דומה. בנוסף עלה כי באופן ספציפי, חווייתם של תושבי עוטף עזה, שנחשפו לאיום המנהרות, חוו אובדן של תושבי קהילתם והתפנו מבתיים במהלך מבצע 'צוק איתן', החמירה לעומת חווייתם בתקופות אחרות ולעומת תושבי שדרות.

עוד נראה כי שכיחות התסמינים הפוסט טראומטיים ללא קריטריון התפקוד גבוהים בהרבה משכיחותם עם קריטריון התפקוד. יתכן כי חיים לצד חשיפה ממושכת לאורך זמן כה רב מעמידים את הפרט במצב בו הוא נדרש לתפקד ולפיכך יש לאתר את הסובלים מהתסמינים בסיטואציה זו ולהעניק להם טיפול גם אם תפקודם נפגע ברמה פחות חמורה מהצפוי במצבים אחרים של חשיפה לטראומה.

נראה כי כל תושבי האזור ללא הבדל בין סוג ישוב יוכלו להיתרם מהתערבות פסיכולוגית. כמו כן, נראה כי תושבי עיירות הפיתוח יוכלו להיתרם מעבודה טיפולית קהילתית ומשיפור חוויית החוסן הקהילתי והאישי. בנוסף, מתוצאות המחקר עולה כי יתכן וקיימים הבדלים בין האוכלוסיות השונות בהעדפת קבלת עזרה בצורה שונה (בחבל לכיש ייעוץ פסיכולוגי אל מול הקו החם שהועדף על תושבי אופקים) – חשוב לאפשר מקורות עזרה שונים שיתאימו לאוכלוסיה.

מקורות

- אלרון, מ., ישראלי, צ., פדון, כ., ואלטשולר, א. (2015). חוסן חברתי בעוטף עזה במבצע "צוק איתן". *צבא ואסטרטגיה*, 7(2), 5-26.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (Revised 4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bar-Haim, Y., Holoshitz, Y., Eldar, S., Frenkel, T. I., Muller, D., Charney, D. S., . . . Wald, I. (2010). Life-threatening danger and suppression of attention bias to threat. *Life*, 167(6).
- Ben-Ezra, M., Palgi, Y., Hamama-Raz, Y., & Shrira, A. (2015). Factors Predicting Risk for PTSD Among Highly Exposed Civilians: Two Longitudinal Studies. *Psychiatric Quarterly*, 86(1), 19-32.
- Ben-Ezra, M., Palgi, Y., Shrira, A., & Hamama-Raz, Y. (2013). Somatization and psychiatric symptoms among hospital nurses exposed to war stressors. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 50(3), 182-187.
- Ben-Porat, A., Yablon, Y. B., & Itzhaky, H. (2013). Is the development of PTSD blind to differences in social resources? Evidence from high school students facing terrorism. *Journal of Community Psychology*, 41(2), 175-187.
- Berger, R., & Gelkopf, M. (2011). An Intervention for Reducing Secondary Traumatization and Improving Professional Self-Efficacy in Well Baby Clinic Nurses Following War and Terror: A Random Control Group Trial. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 601-610.
- Berger, R., Gelkopf, M., & Heineberg, Y. (2012). A Teacher-Delivered Intervention for Adolescents Exposed to Ongoing and Intense Traumatic War-Related Stress: A Quasi-Randomized Controlled Study. *Journal of Adolescent Health*, 51, 453-

- Besser, A., & Neria, Y. (2009). PTSD symptoms, satisfaction with life, and prejudicial attitudes toward the adversary among Israeli civilians exposed to ongoing missile attacks. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 268-275.
- Besser, A., & Neria, Y. (2010). The effects of insecure attachment orientations and perceived social support on posttraumatic stress and depressive symptoms among civilians exposed to the 2009 Israel–Gaza war: A follow-up Cross-Lagged panel design study. *Journal of Research in Personality, 44*(3), 335-341.
- Besser, A., & Neria, Y. (2012). When home isn't a safe haven: Insecure attachment orientations, perceived social support, and PTSD symptoms among Israeli evacuees under missile threat. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(1), 34-46.
- Besser, A., Neria, Y., & Haynes, M. (2009). Adult attachment, perceived stress, and PTSD among civilians exposed to ongoing terrorist attacks in Southern Israel. *Personality and Individual Differences, 47*(8), 851-857. doi: 10.1016/j.paid.2009.07.003
- Besser, A., & Priel, B. (2010). Personality vulnerability, low social support, and maladaptive cognitive emotion regulation under ongoing exposure to terrorist attacks. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(2), 166-201.
- Besser, A., Weinberg, M., Zeigler-Hill, V., & Neria, Y. (2014). Acute symptoms of posttraumatic stress and dissociative experiences among female Israeli civilians exposed to war: the roles of intrapersonal and interpersonal sources of resilience. *Journal of Clinical Psychology.*
- Besser, A., Zeigler-Hill, V., Pincus, A. L., & Neria, Y. (2013). Pathological narcissism and acute anxiety symptoms after trauma: A study of Israeli civilians exposed to war. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 76*(4), 381-397.

- Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *JAMA*, *290*(5), 612-620.
- Bleich A, Gelkopf M, Melamed, Y., & Solomon, Z. (2006). Mental health and resiliency following 44 months of terrorism: a survey of an Israeli national representative sample. *BMC Med* *4*, 1-11.
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(1), 74-83.
- Bonanno, G. A., Pat-Horenczyk, R., & Noll, J. (2011). Coping flexibility and trauma: The Perceived Ability to Cope With Trauma (PACT) scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *3*(2), 117.
- Braun-Lewensohn, O., Celestin-Westreich, S., Celestin, L.-P., Verté, D., & Ponjaert-Kristoffersen, I. (2009). Adolescents' mental health outcomes according to different types of exposure to ongoing terror attacks. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*(6), 850-862.
- Braun-Lewensohn, O., & Mosseri & Rubin, M. (2014). Personal and communal resilience in communities exposed to missile attacks: Does intensity of exposure matter? *The Journal of Positive Psychology*, *9*(2), 175-182.
- Braun-Lewensohn, O., & Sagy, S. (2014). Community resilience and sense of coherence as protective factors in explaining stress reactions: comparing cities and rural communities during missiles attacks. *Community Mental Health Journal*, *50*(2), 229-234.

- Braun-Lewensohn, O., Sagy, S., & Roth, G. (2010). Coping strategies among adolescents: Israeli Jews and Arabs facing missile attacks. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 23(1), 35-51.
- Braun-Lewensohn, O., Sagy, S., & Roth, G. (2011a). Brief report: Adolescents under missile attacks: Sense of coherence as a mediator between exposure and stress-related reactions. *Journal of Adolescence*, 34(1), 195-197.
- Braun-Lewensohn, O., Sagy, S., & Roth, G. (2011b). Coping strategies as mediators of the relationship between sense of coherence and stress reactions: Israeli adolescents under missile attacks. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 24(3), 327-341.
- Canetti, D., Russ, E., Luborsky, J., Gerhart, J. I., & Hobfoll, S. E. (2014). Inflamed by the flames? The impact of terrorism and war on immunity. *Journal of traumatic stress*, 27(3), 345-352.
- Chipman, K. J., Palmieri, P. A., Canetti, D., Johnson, R. J., & Hobfoll, S. E. (2011). Predictors of posttraumatic stress-related impairment in victims of terrorism and ongoing conflict in Israel. *Anxiety, Stress and Coping*, 24, 255- 271.
- Dekel, R., & Nuttman-Shwartz, O. (2009). Posttraumatic stress and growth: The contribution of cognitive appraisal and sense of belonging to the country. *Health & Social Work*, 34(2), 87-96.
- Derogatis, L. R. (2001). BSI 18, Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Diamond, G., Lipsitz, J., Fajerman, Z., & Rozenblat, O. (2010). Ongoing Traumatic Stress Response (OTSR) in Sderot, Israel. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41,(1) 19-25.

- Dickstein, B. D., Schorr, Y., Stein, N., Krantz, L. H., Solomon, Z., & Litz, B. T. (2012). Coping and mental health outcomes among israelis living with the chronic threat of terrorism. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 392-399.
- Eagle, G., & Kaminer, D. (2013). Continuous traumatic stress: Expanding the lexicon of traumatic stress. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19(2), 85.
- Elklit, A., Pedersen, S. S., & Jind, L. (2001). The crisis support scale: Psychometric qualities and further validation. *Personality and Individual Differences*, 31(8), 1291-1302.
- Farhi, E., Lauden, A., Ifergan, g., & Fariger, M. (2008). Impact of Continuous Terrorism Missile Attacks on the Emotional and Physical Strength of the Local Population in Sderot, Israel (Conference Abstract). *Epidemiology*, 19, S106-S107.
- Feldman, R., & Vengrober, A. (2011). Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 645-658.
- Feldman, R., Vengrober, A., & Ebstein, R. (2014). Affiliation buffers stress: cumulative genetic risk in oxytocin–vasopressin genes combines with early caregiving to predict PTSD in war-exposed young children. *Translational psychiatry*, 4(3), e370.
- Feldman, R., Vengrober, A., Eidelman-Rothman, M., & Zagoory-Sharon, O. (2013). Stress reactivity in war-exposed young children with and without posttraumatic stress disorder: Relations to maternal stress hormones, parenting, and child emotionality and regulation. *Development and Psychopathology*, 25(4pt1), 943-955.
- Finklestein, M., Stein, E., Greene, T., Bronstein, I., & Solomon, Z. (2015). Posttraumatic Stress Disorder and Vicarious Trauma in Mental Health Professionals. *Health & Social Work*, 40(2), e25-e31.

- Frederick, C., Pynoos, R. S., & Nader, K. (1992). Child post-traumatic stress reaction index. *Unpublished instrument.*
- Gelkopf, M., Berger, R., Bleich, A., & Silver, R. C. (2012). Protective factors and predictors of vulnerability to chronic stress: A comparative study of 4 communities after 7 years of continuous rocket fire. *Social Science and Medicine, 74*(5), 757-766.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress 5*, 377-391.
- Hennekens, C. H., Buring, J. E., & Mayrent, S. L. (1987). *Epidemiology in Medicine*, Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Henrich, C. C., & Shahar, G. (2008). Social support buffers the effects of terrorism on adolescent depression: Findings from Sderot, Israel. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(9), 1073-1076.
- Hobfoll, S. E., Canetti-Nisim, D., Johnson, R. J., Pamlieri, P. A., Varley, J. D., & Galea, S. (2008). The association of exposure, risk, and resiliency factors with PTSD among Jews and Arabs exposed to repeated acts of terrorism in Israel. *Journal of Traumatic Stress 21*, 9-21.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior, 21*-37.
- Israel-Cohen, Y., Kashy-Rosenbaum, G., & Kaplan, O. (2014). High Positive Affect Shortly After Missile Attacks and the Heightened Risk of Posttraumatic Stress Disorder Among Israeli Adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 27*(3), 375-378.

- Joseph, S., Andrews, B., Williams, R., & Yule, W. (1992). Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise ship disaster. *British Journal of Clinical Psychology, 31*(1), 63-73.
- Joseph, S., Yule, W., Williams, R., & Hodgkinson, P. (1994). Correlates of post-traumatic stress at 30 months: the Herald of Free Enterprise disaster. *Behaviour research and therapy, 32*(5), 521-524.
- Henrich, C. C., & Shahar, G. (2013). Effects of exposure to rocket attacks on adolescent distress and violence: A 4-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(6), 619-627.
- Israel-Cohen, Y., Uzefovsky, F., Kashy-Rosenbaum, G., & Kaplan, O. (2015). Gratitude and PTSD symptoms among Israeli youth exposed to missile attacks: examining the mediation of positive and negative affect and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology, 10*(2), 99-106.
- Kaufman-Shriqui, V., Werbeloff, N., Faroy, M., Meiri, G., Shahar, D. R., Fraser, D., . . . Harpaz-Rotem, I. (2013). Posttraumatic stress disorder among preschoolers exposed to ongoing missile attacks in the Gaza war. *Depression and Anxiety, 30*(5), 425-431.
- Kira, I. A., Ashby, J. S., Lewandowski, L., Alawneh, A. W. N., Mohanesh, J., & Odenat, L. (2013). Advances in continuous traumatic stress theory: Traumatogenic dynamics and consequences of intergroup conflict: The Palestinian adolescents case. *Psychology, 4*(04), 396-409.
- לאופר, א. וסולומון, ז. (2006). תגובות מתבגרים ישראלים בעקבות הטרור : סימנים של צמיחה וסימפטומים פוסט-טראומטיים. *מגמות, מ"ד* , 407-423 .

- Lassri, D., Soffer-Dudek, N., Lerman, S. F., Rudich, Z., & Shahar, G. (2013). Self-criticism confers vulnerability to psychopathology in the face of perceived stress related to missile attacks: Three longitudinal studies. *International Journal of Cognitive Therapy, 6*(3), 221-234.
- Lahad, M., & Leykin, D. (2010). Ongoing exposure versus intense periodic exposure to military conflict and terror attacks in Israel. *Journal of traumatic stress, 23*(6), 691-698.
- Lerman, S. F., Rudich, Z., & Shahar, G. (2013). Does war hurt? Effects of media exposure after missile attacks on chronic pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 20*(1), 56-63.
- Neria, Y., Besser, A., Kiper, D., & Westphal, M. (2010). A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in Israeli civilians exposed to war trauma. *Journal of Traumatic Stress, 23*(3), 322-330.
- Nuttman-Shwartz, O. (2014). Fear, Functioning, and Coping During Exposure to a Continuous Security Threat. *Journal of Loss and Trauma, 19*(3), 262-277.
- Nuttman-Shwartz, O., & Dekel, R. (2009). Ways of coping and sense of belonging in the face of a continuous threat. *Journal of Traumatic Stress, 22*(6), 667-670.
- Nuttman-Shwartz, O., Dekel, R., & Regev, I. (2015). Continuous exposure to life threats among different age groups in different types of communities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 7*(3), 269.
- Palmieri, P. A., Chipman, K. J., Canetti, D., Johnson, R. J., & Hobfoll, S. E. . (2010). Prevalence and correlates of sleep problems in adult Israeli Jews exposed to actual or threatened terrorist or rocket attacks. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 6*(6), 557-564.

- Pat-Horenczyk, R., Ziv, Y., Asulin-Peretz, L., Achituv, M., Cohen, S., & Brom, D. (2013). Relational trauma in times of political violence: Continuous versus past traumatic stress. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 19*(2), 125.
- Rosenboim, M., Benzion, U., Shahrabani, S., & Shavit, T. (2012). Emotions, risk perceptions, and precautionary behavior under the threat of terror attacks: A field study among Israeli college students. *Journal of Behavioral Decision Making, 25*(3), 248-256.
- Sagy, S., & Braun-Lewensohn, O. (2014). Coping resources and stress reactions among adolescents under rocket fire: Comparing chronic vs. acute stress situations. [Coping resources and stress reactions among adolescents under rocket fire: Comparing chronic vs. acute stress situations.]. *Megamot, 49*(4), 754-774.
- Shahrabani, S., Benzion, U., Rosenboim, M., & Shavit, T. (2012). Does moving from war zone change emotions and risk perceptions? A field study of Israeli students. *Judgment and Decision Making, 7*(5), 669-678.
- Soffer-Dudek, N., & Shahar, G. (2010). Effect of exposure to terrorism on sleep-related experiences in Israeli young adults. *Psychiatry, 73*(3), 264-276.
- Solomon, Z. (1993). *Combat stress reaction: The enduring toll of war*. Springer Science & Business Media.
- Solomon, Z. (1995). *Coping with War-Induced Stress: The Gulf War and the Israel Response (Springer Series on Stress and Coping)*. New York: Plenum Publishing Co.
- Stein, N. R., Schorr, Y., Krantz, L., Dickstein, B. D., Solomon, Z., Horesh, D., & Litz, B. T. (2013). The differential impact of terrorism on two Israeli communities. *Am J Orthopsychiatry, 83*(4), 528-535.

- Tuval-Mashiach, R., & Shalev, A. (2005). Epidemiology of Mental Health Reactions to on-going terror amongst adults in Israel [Hebrew]. In E. Somer & A. Bleich (Eds.), *Mental Health in Terror's Shadow: The Israeli Experience* (pp. 29-54). Tel Aviv, Israel: Ramot Publications - Tel Aviv University.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola J. (2005) Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress* 18, 389-399.
- Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of traumatic stress*, 7(2), 289-302.
- Wald, I., Shechner, T., Bitton, S., Holoshitz, Y., Charney, D. S., Muller, D., . . . Bar-Haim, Y. (2011). Attention bias away from threat during life threatening danger predicts PTSD symptoms at one-year follow-up. *Depression and Anxiety*, 28(5), 406-411.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In *Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies*. San Antonio: International Society for Traumatic Stress Studies.
- Weinberg, M., Besser, A., Zeigler-Hill, V., & Neria, Y. (2015). Dispositional optimism and self-esteem as competing predictors of acute symptoms of generalized anxiety disorders and dissociative experiences among civilians exposed to war trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(1), 34.

Wolmer, L., Hamiel, D., & Laor, N. (2011). Preventing children's posttraumatic stress after disaster with teacher-based intervention: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(4), 340-348.

Yablon, Y. B., Itzhaky, H., & Pagorek-Eshel, S. (2011). Positive and negative effects of long-term bombardment among Israeli adolescents: the role of gender and social environment. *Child and Adolescent Social Work Journal, 28*(3), 189-202.