

**השפעות נפשיות של חשיפה למלחמה וטרור  
על אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית.**

**דו"ח סופי**

**מוגש למוסד לביטוח לאומי**

**ד"ר כרמית-נעה שפיגלמן ופרופ' מרק גלקופף**

**החוג לבריאות נפש קהילתית**

**הפקולטה למדעי הרווחה ובריאות**

**אוניברסיטת חיפה**

**יוני 2016**

## **דברי תודה**

אנו מודים למוסד לביטוח לאומי אשר מימן את ביצוע המחקר ובכך אפשר את הוצאתו מהכוח אל הפועל.

אנו מודים מקרב לב לעוזרות המחקר אשר ליוו את תהליך המחקר בשלביו השונים.

תודתנו המיוחדת נתונה למשתתפים אשר לקחו חלק במחקר, שיתפו מניסיונם האישי ותרמו להעמקה והרחבה של הידע בתחום חשוב זה.

## תקציר

אנשים עם מוגבלות עשויים לפתח סימפטומטולוגיה, כמו תסמינים פוסט-טראומטיים, הפרעת פוסט-טראומה ודיכאון, נוסף לקשיי תפקוד, משאבים מועטים ואובדן משאבים, ירידה בתחושת החוסן האישי וגורמי תמיכה ולחץ רבים. על מנת להעריך תופעות אלה ראינו 438 משתתפים: 151 אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית אשר התגוררו בארץ בעשר השנים האחרונות באזור גאוגרפי שהיה תחת התקפת טילים או טרור מאסיבית, 149 אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית שאינם נחשפו לאיום הביטחוני, ו- 138 אנשים ללא מוגבלות אשר נחשפו לאיום הביטחוני. הממצאים הצביעו על כך כי אנשים עם מוגבלות נמצאים בסיכון גבוה יותר לפתח תגובות דחק מסוג תסמינים פוסט-טראומטיים, הפרעת פוסט-טראומה ודיכאון. כמו כן, הם חוו מצוקה פסיכולוגית אשר באה לידי ביטוי בקושי רגשי בהתמודדות עם המצב הביטחוני הכרוני ואובדן תחושה של חוסן אישי.

למרות שנמצא כי אנשים עם מוגבלות נוטים לפתח סימפטומטולוגיה, בדומה לכלל האוכלוסייה, הם דיווחו על מצב חיים מורכב אשר עשוי להגביר את עוצמת תגובות הדחק, למשל הם נזקקים לתמיכה רבה בשעת חירום אך מתקשים לבקש תמיכה בשל שאיפתם לחיות חיים עצמאיים והצורך שלהם להיראות בחברה כאנשים עצמאיים. מעבר לכך, בין גורמי הסיכון עבור אנשים עם מוגבלות הנחשפים לאיום ביטחוני כרוני נמצא תחושה או אובדן מוחשי של משאבים אישיים ובינאישיים. במצב חירום בו רמת הלחץ עולה, המשאבים עשויים להידלדל אף יותר, מה שעשוי להשפיע לשלילה על תפקודם הפיזי והרגשי.

ממצאי המחקר מחדדים את הצורך בפיתוח תכניות ייעודיות לאנשי מקצוע על מנת שיכולו לזהות סימנים של מצוקה ולתת מענה הולם לאנשים עם מוגבלות בשעת חירום. בנוסף, מומלץ לפתח תוכניות תמיכה והכשרה לאנשים עם מוגבלות עצמם בהתבסס על פרקטיקות מוצלחות שהם פיתחו או רכשו מניסיונם האישי לאורך השנים, וכן לספק להם מידע אודות נהלי חירום וגופי חירום אליהם הם יכולים לפנות בעת הצורך. תוכניות ייעודיות עבור אנשים עם מוגבלות צריכות להתמקד גם בשיפור תחושת החוסן האישי שלהם והפחתת הסימפטומטולוגיה. באופן כללי, תוכניות אלה צריכות לספק משאבים הולמים, נגישים וזמינים שיענו על צרכי אוכלוסייה זאת ויסייעו להם להתמודד עם הלחץ והמצוקה במצב של איום ביטחוני, כפי שמתרחש לעתים תכופות בארץ.

## תוכן עניינים

9	הקדמה
11	1. רקע מדעי
11	1.1 טראומה
12	1.2 תגובות לאירועים טראומטיים : הפרעת דחק פוסט-טראומתית, דיכאון, בעיות בתפקוד
14	1.3 גורמי פגיעות וחוסן לתגובות דחק
16	1.4 מלחמה בעורף כגורם פגיעות לתגובות דחק
17	1.5 תגובות דחק בקרב אנשים עם מוגבלות
20	1.6 ייחודיות המחקר וחשיבותו
20	1.7 שאלות המחקר
20	2. שיטת המחקר
21	2.1 אוכלוסיית המחקר
21	2.2 הליך המחקר
23	2.3 משתני המחקר
23	2.4 כלי המחקר
23	2.4.1 כלים איכותניים
23	2.5.2 כלים כמותיים
27	2.5 ניתוח הנתונים
27	2.5.1 ניתוח איכותני
27	2.5.2 ניתוח כמותי
28	2.6 אתיקה
28	3. ממצאים
28	א. ממצאים איכותניים
29	3.1 גורמי לחץ חיצוניים
29	3.1.1 העדר נגישות של הסביבה הפיזית
30	3.1.2 העדר מידע
30	3.2 דאגה לאחרים
31	3.3 תגובות לגורמי לחץ
31	3.3.1 תגובות רגשיות

31	3.3.2 תגובות התנהגותיות
35	3.4 המלצות עתידיות
35	3.4.1 המלצות ברמה הארגונית
36	3.4.2 המלצות ברמה האישית
36	סיכום הממצאים האיכותניים
37	ב. ממצאים כמותיים
37	3.5 אפיון קבוצות המחקר
39	3.6 חשיפה לאירועי חיים טראומטיים ולמלחמה בעורף
42	3.7 תגובות דחק - PTSD, PTS ודיכאון – בעקבות חשיפה לאירועי מלחמה וטרור
43	3.7.1 שכיחות PTSD (כולל PTS) בקרב קבוצות המחקר
45	3.7.2 שכיחות דיכאון בקרב קבוצות המחקר
47	3.8 ההשלכות של תגובות דחק על גורמי פגיעות וחוסן של משתתפי המחקר
47	3.8.1 תפקוד יומיומי
50	3.8.2 וויסות קוגניטיבי-רגשי
51	3.8.3 חוסן אישי
52	3.8.4 חוסן פסיכולוגי
53	3.8.5 מקורות תמיכה ולחץ בשעת חירום
54	3.8.6 רווח והפסד של משאבים
55	3.9 ממצאי הרגרסיות
56	4. דיון
	4.1 שכיחות תגובות דחק (PTSD, PTS ודיכאון) בקרב אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית אשר נחשפו לאיום ביטחוני כרוני
57	
59	4.2 גורמי הפגיעות והחוסן של אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית בעת המלחמה או טרור
64	4.3 סיכום, מסקנות והמלצות
66	רשימת מקורות
87	נספחים
88	נספח 1 - לוח טעינות גורמים עם רוטציית VARIMAX בפריטי שאלון ויסות קוגניטיבי-רגשי (N=432)
89	נספח 2 - ממצאי רגרסיה לניבוי עוצמה של סימפטומטולוגיה פוסט-טראומתית (PTS)
94	נספח 4 - ממצאי רגרסיה לוגיסטית לניבוי פוסט-טראומה (PTSD)



## רשימת טבלאות

- טבלה 1. תיאור נתוני הרקע של המשתתפים במחקר (N=440)
- טבלה 2. תיאור נתוני רקע של קבוצות המחקר (משתתפים עם מוגבלות)
- טבלה 3. השוואת סך החשיפות לאירועים טראומטיים בשלוש קבוצות המחקר.
- טבלה 4. שכיחות חשיפה לאירועי חיים טראומטיים ולמלחמה בעורף בקרב שלוש קבוצות המחקר
- טבלה 5. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות להשוואה בין שלוש קבוצות ובחשיפה למלחמה בעורף
- טבלה 6. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות להשוואה בין הקבוצות ביחס ל- PTSD ו-PTS
- טבלה 7. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות ביחס לרמת הדכאון של שלוש קבוצות המחקר
- טבלה 8. ממוצעים וסטיות תקן של רמת דכאון בשתי קבוצות המחקר לפי סוג מוגבלות
- טבלה 9. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות להשוואה בין קבוצות המחקר בתפקוד יומיומי
- טבלה 10. תפקוד יומיומי בחתך שתי קבוצות המחקר וסוג מוגבלות
- טבלה 11. התפלגות תפקוד יומיומי בקבוצות המחקר
- טבלה 12. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות רב משתני להשוואה בין קבוצות המחקר  
בשאלון ויסות קוגניטיבי- רגשי
- טבלה 13. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות להשוואה בין שלוש קבוצות המחקר בחוסן
- טבלה 14. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות להשוואה בין שלוש קבוצות המחקר  
ביחס לשלושת הממדים של חוסן פסיכולוגי
- טבלה 15. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות להשוואה בין שלוש קבוצות המחקר  
ביחס למקורות התמיכה והלחץ בשעת חירום
- טבלה 16. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות להשוואה בין שלוש קבוצות המחקר  
ביחס לרווח או הפסד של משאבים אישיים ובינאישיים

## רשימת איורים

1. איור 1. ממוצעי אירועי חשיפה למלחמה בעורף
2. איור 2. ממוצעי תסמיני PTS בשלוש קבוצות המחקר
3. איור 3. התפלגות התשובה לשאלה: "באיזו מידה (בחודש האחרון) הפריעו לך התסמינים המוזכרים או גרמו לך קשיים בתחום החיים השונים, לרבות מגע עם אנשים, לימודים, עבודה או כל פעילות יומיומית אחרת?"
4. איור 4. ממוצע של רמת דכאון בקרב שלוש קבוצות המחקר
5. איור 5. ממוצע רמת דכאון בקרב שתי קבוצות המחקר לפי סוג מוגבלות
6. איור 6. ממוצע תפקוד יומיומי של שלוש קבוצות המחקר
7. איור 7. ממוצעי הגורמים של וויסות קוגניטיבי- בשלוש קבוצות המחקר
8. איור 8. שלושת הממדים של חוסן פסיכולוגי לפי שלוש קבוצות המחקר
9. איור 9. מספר מקורות תמיכה ולחץ בחתך שלוש קבוצות המחקר



## הקדמה

מאז מלחמת המפרץ הראשונה שהתרחשה בשנת 1990, אזרחי ישראל חשופים לאירועי מלחמה וטרור רבים. מחקרים שנערכו לאחרונה חשפו את ההשפעות הנפשיות השליליות מסוג פוסט-טראומה, חרדה, דיכאון וקשיי תפקוד, של חשיפה לאירועי טרור (Gelkopf, Solomon, Bleich, Gelkopf, Melamed, & Solomon, 2006; Gelkopf, Solomon, Hobfoll, Lomranz, Bridges, Eyal, & Berger, 2008; Shalev et al., 1998), מלחמה (Hobfoll, Lomranz, Bridges, Eyal, & Berger, 2008; Shalev et al., 1998), ירי מרגמות והתקפות מאסיביות של טילים (Dekel & Tzemach, 1989; Cohen & Yahav, 2008), על כלל האוכלוסייה, מילדים ובני-נוער ועד למבוגרים (Gelkopf, Berger, Bleich, Cohen Silver, 2012; Nuttman-Shwatz, 2009; Besser & Neria, 2009; Gelkopf, Berger, Bleich, Cohen Silver, 2012; Berger, Pat-Horenczyk, & Gelkopf, 2007; Gelkopf, 2005; Solomon & Lavi, 2005; Sagy & Braun-Lewensohn, 2009; Berger, 2009). עוד נמצא כי אירועים אלה משפיעים על נפש האדם בין אם הם נחו באופן ישיר או עקיף, למשל באמצעות דיווח של כלי התקשורת פסיכולוגיים ובריאות הנפש ברמה לאומית, הנותנים מענה לאזרחים המתמודדים עם טראומה בעקבות מלחמה וטרור (Baum, 2005; Ben-Gershon, Grinshpoon, & Ponizovsky, 2005; Berger, 2005; Laor, 2005; Weiner, Spirman, & Wolmer, 2005).

מחקרים שונים בחנו את התגובות לאירועים טראומטיים מסוג מלחמה וטרור תוך התייחסות לקבוצות אוכלוסייה שונות כמו בני מיעוטים (Gelkopf et al., 2008), עובדים שעוסקים בשירותי הצלה (Perrin et al., 2007), ילדים ובני נוער (Gelkopf & Berger, 2009; Gil-Rivas, Holman, & Cohen Silver, 2003; Pfefferbaum et al., 2004), מהגרים (Mousa Thabet, Abed, & Vostanis, 2004), מאושפזים בבתי-חולים פסיכיאטריים (Gelkopf, Ben-Dor, Abu-Zarkah, & Sigal, 1995), מטפלים למיניהם כמו אחיות טיפת-חלב (Berger & Gelkopf, 2011). יחד עם זאת, אוכלוסיות עם מוגבלויות, ובפרט לקויות פיזיות וחושיות, עד כה זכו לתשומת לב מעטה בהקשר של התמודדות עם אירועים טראומטיים.

למרות שאנשים עם מוגבלות עשויים להיות פגיעים במצבי לחץ ומצוקה יותר מאשר אנשים ללא מוגבלות, מעט מחקרים התייחסו לאופן בו הם חווים ומתמודדים עם אירועי טראומטיים מסוג מלחמה וטרור

(Hamanaka et al., 2006; Martz & Cook, 2001; McFarlane, 1988; Schild & Dalenberg, 2012).  
המחקר הנוכחי נתן מענה לצורך זה באמצעות הערכת שכיחות התסמינים של תגובות דחק (פוסט-טראומה ודיכאון) בקרב אזרחי ישראל עם מוגבלות פיזית או חושית (ראייה, שמיעה). כמו כן, מטרת המחקר הייתה להעריך את גורמי הפגיעות והחוסן של אנשים עם מוגבלות באירועי מלחמה וטרור לקראת הנגשה עתידית של שירותי תמיכה קהילתיים לשעת חירום עבור אוכלוסייה זאת.

## 1. רקע מדעי

### 1.1 טראומה

מחקרים אפידמיולוגיים מראים כי רוב האנשים חווים במהלך חייהם לפחות התרחשות אחת (בדרך-כלל מספר התרחשויות) שיש בה פוטנציאל לטראומה עקב איום על חיי אדם או פגיעה קשה. שיעור החשיפה לטראומה אחת לפחות במהלך החיים באוכלוסייה הכללית עומד על 56% (Martz, Birks, & Blackwell, 1995; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 2005). ניתוח של לברס (Levers, 2011) העלה כי אירועים טראומטיים משפיעים באופן ניכר על ההתמודדות של אנשים עם מוגבלות. הספרות התיאורטית והמחקרית העוסקת בנושא של טראומה ומוגבלות התמקדה עד כה בטרומה של אנשים עם מוגבלות נרכשת קרי, מוגבלות כתוצאה מתאונות דרכים, אירועי אלימות, מלחמה וטרור, וכן בטרומה של אנשים אשר חוו הולדת בן משפחה עם מוגבלות (Franich-Ray et al., 2013; Johnson et al., 2012). טרם נחקרו לעומק בעולם ובארץ ההשפעות הנפשיות של החיים בצל של טראומת מלחמה וטרור על אנשים עם מוגבלות, ובפרט אנשים עם מוגבלות מולדת. נדרש מחקר שיעריך את השכיחות של תגובות הדחק, כולל פוסט-טראומה ודיכאון, ועוצמתן בקרב אנשים עם מוגבלות החשופים לאירועים טראומטיים מסוג מלחמה וטרור.

בין השנים 2000-2009 נעשה סקר בארץ אשר העריך את פגיעות הטרומה בקרב האוכלוסייה הכללית כתוצאה מאירועי אלימות, נפילות, תאונות דרכים, כוויות, מלחמה וטרור. נמצא כי שיעור האשפוזים בבתי-החולים עקב טראומה עומד על 4.7 ל-1000 נפש בשנה. בתקופות של טרור ומלחמה שיעור המאושפזים בעקבות טראומה גדל בצורה משמעותית. למשל, מאז תחילת האינתיפאדה השנייה (אינתיפאדת אל-אקצה בשנת 2000) 3,786 אנשים אושפזו בארץ בשל אירועי טרור ומלחמה. כשנתיים לאחר מכן, בשנת 2002, 915 פצועים אושפזו בבתי-החולים (4.5% מכלל הפצועים בשנה זו ברישום הטרומה). שנת 2006, בה אירעה מלחמת לבנון השנייה, הסתמנה כשנת "שיא" נוספת (3.2% מכלל הרישום בשנה זו, בהשוואה ל-0.7% בשנת 2009). נתונים אלה מחדדים את הצורך באבחון של תגובות דחק לאירועים טראומטיים על מנת להציע דרכי התערבות ומניעה ברמת הפרט והקהילה (המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, 2011).

אירועים טראומטיים, כגון מלחמות בחזית ובעורף, מתקפות טרור, פגיעות מיניות, תאונות דרכים, אסונות טבע (רעידות אדמה, שריפות ענק וסופות) עשויים להשפיע באופן שלילי על נפש האדם הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך (Gelkopf et al., 2008; Norris et al., 2002). אירועי מלחמה וטרור נחשבים לאירועים

טראומטיים בעלי מאפיינים ייחודיים. ייחודם של אירועי מלחמה וטרור נובע מהסיבה שאירועים אלו הם תוצר של מניעים פוליטיים, ומבוצעים על ידי אויב (לעתים חסר פנים), המחפש ליצור בהלה ופחד בקרב כלל האוכלוסייה (Silver-cohen, Poulin, Holman, McIntosh, Gilrivas & Pizarro, 2005). נמצא כי ההשלכות הנפוצות ביותר של חשיפה למלחמה וטרור הן לחץ, חרדה, דיכאון ותסמינים פוסט-טראומטיים (Post-Traumatic Stress - PTSD) עד כדי הפרעה פוסט-טראומטית (Post-Traumatic Symptomatology - PTSD) (Shalev & Freedman, 2005; Cohen-Silver, Poulin, Holman, McIntosh, Gil- (Disorder - PTSD Rivas & Pizarro, 2005). קבוצות מיעוט שונות, כגון: מהגרים (Bleich, Gelkopf, Melamed & Solomon, 2006), מיעוטים (Gelkopf, Solomon, Berger & Bleich, 2008) או אנשים עם מוגבלות (Berger, Gelkopf, 2015), נמצאות בקבוצת סיכון גבוהה יותר לפתח תסמינים אלו לעומת קבוצות אוכלוסייה אחרות. יחד עם זאת, ההשלכות של אירועים טראומטיים מסוג מלחמה וטרור על אנשים עם מוגבלות מולדת או מוגבלות שנגרמה סמוך ללידה או בילדות המוקדמת, טרם נחקרו לעומק.

## **1.2 תגובות לאירועים טראומטיים: הפרעת דחק פוסט-טראומטית, דיכאון, בעיות בתפקוד**

תגובות הדחק הנחקרות ביותר בהקשר של אירועים טראומטיים מסוג מלחמה וטרור הן תסמינים פוסט-טראומטיים (PTSD) והפרעה פוסט-טראומטית (PTSD). פרי (2002, עמ' 22) מתאר PTSD כ"הפרעה שכיחה המתפתחת בעקבות חשיפה לאירועים טראומטיים. שיעור גבוה של הנחשפים סובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) בשבועות שלאחר האירוע. שיעור ניכר מן הנפגעים, מפתח תסמונת פוסט-טראומטית כרונית, העלולה להמשך שנים רבות." פוסט-טראומה (PTSD) מסווגת כהפרעת חרדה המתאפיינת בארבע קבוצות של תסמינים: חוויה מחדש, הימנעות, עוררות ושינוי שלילי בקוגניציה ובמצב הרוח (American Psychiatric Association, 2013). הקבוצה הראשונה של התסמינים – חוויה מחדש (Re-) (Experiencing) - מאופיינת בחוויה פולשנית של הטראומה או חלקים ממנה, בדריכות פיזיולוגית לגירויים המסמלים את החוויה הטראומטית. הקבוצה השנייה - הימנעות (Avoidance and Numbing) - כוללת הימנעות מרגשות, משיחות, ממחשבות על האירוע, כמו גם ממצבים ומאנשים הקשורים לאירוע הטראומטי. הקבוצה השלישית של התסמינים מתייחסת לעוררות יתר (Hyper-Arousal) וכוללת דריכות מתמדת לסכנה,

רגישות יתר לגירויים, תגובת בהלה מוגזמת, קשיי שינה, אי-שקט פסיכולוגי ופיזיולוגי. הקבוצה הרביעית (Negative cognitions and mood) כוללת שינוי שלילי בקוגניציה ובמצב הרוח.

ספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקאי ( Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5 ) קובע מספר קריטריונים לאבחון PTSD תוך התייחסות לארבע הקבוצות הנ"ל (American Psychiatric Association, 2013). מחקרים שונים בחנו את האינטראקציה בין ארבע קבוצות התסמינים של PTSD בקרב כלל האוכלוסייה ( McFarlane & Yehuda, 2000; Schell, Marshall & Jaycox, 2004; Yehuda & McFarlane, 1995), אך טרם נעשה מחקר שהעריך את השכיחות של התסמינים הנ"ל בקרב אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית. יש לציין בהקשר זה כי האבחון של PTSD נעשה החל מחודש לאחר האירוע ועד למספר שנים לאחר האירוע (Yehuda & McFarlane, 1995). באופן כללי נמצא כי שיעור האנשים המפתחים PTSD במהלך חייהם בעקבות חשיפה לאירועים שיש בהם פוטנציאל לטראומה מוערך בכ- 6.8% מהאוכלוסייה הכללית (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005).

תגובת דחק שכיחה נוספת, שיכולה להיות נלוות או נפרדת מ- PTSD, היא דיכאון (Depression) (Franklin & Zimmerman, 2001; Sledjeski, Speisman, & Dierker, 2008). לדיכאון תסמינים רבים במישור הפיזיולוגי (כמו הפרעות שינה, הפרעות אכילה), הרגשי (כמו מצבי רוח קיצוניים, תחושת חוסר אונים, עצבות), הקוגניטיבי (כמו ירידה בריכוז, בזיכרון, תפיסת עולם פסימית, מחשבות אובדניות) והנוירולוגי (שינוי בפעילות המוחית). הופעת תסמינים אלה מופיעים למעלה משבועיים עשויה להעיד על דיכאון ( American Psychiatric Association, 2013).

ההשלכות של התסמינים הפסיכולוגיים של PTSD ודיכאון עשויות לבוא לידי ביטוי בתפקוד היומיומי ברמה אישית, בינאישית-חברתית ומקצועית. ישנם אנשים החווים זאת בקושי לשמר קשרים עם חברים ובני משפחה, אחרים חווים זאת בקושי להיות יציבים ויעילים בעבודה או בלימודים ( Erbes, Meis, Polusny & Compton, 2012; Hirschfeld et al., 2000; Matthews & Chinnery, 2005; Rosen, Tiet, Cavella, Finney, & Lee, 2005). לעיתים הליקוי בתפקוד עשוי להימשך גם לאחר ההחלמה מההפרעה

הנפשית (Weissman, Klerman, Prusoff, Sholomskas & Padian, 1981). בין השנים 2003-2004 נעשה בארץ סקר בריאות אשר דיווח על קשר בין סימפטומים של דיכאון וחרדה לבין תחלואה גופנית ממושכת (לוינסון, 2010). בקרב המתמודדים עם הפרעות דיכאון וחרדה נמצאה שכיחות גבוהה מובהקת של כאבים פיזיים (66%) בהשוואה לאנשים ללא הפרעות דיכאון וחרדה (46%). כאמור, בתקופות של אירועים טראומטיים עולה השכיחות של תסמינים פוסט-טראומטיים ודיכאון. בנוסף על כך, נמצא כי קיים קשר חיובי בין אי-תפקוד של הפרט במצב של חשיפה למלחמה לבין חולשתו האישית (Jones et al., 2002; McKeever & Huff, 2003).

לסיכום, חשיפה לאירועי מלחמה וטרור מעלה את הסיכוי לחוות תגובות דחק. יחד עם זאת, לא כל האנשים מגיבים לאירועים טראומטיים בתגובות דחק (Silver, Bleich et al., 2003; Bonanno, 2004; Cohen et al., 2005). אם כן, נשאלת השאלה אלו גורמים משפיעים על מצב פגיעות או חוסן, בקרב האוכלוסייה הכללית ובפרט, בקרב אנשים עם מוגבלות.

### **1.3 גורמי פגיעות וחוסן לתגובות דחק**

אנשים עשויים להגיב בצורה שונה לחשיפה לאירועים טראומטיים ואופן התגובה יכול להשתנות מאדם לאדם על בסיס גורמי הסיכון הבאים: התנסויות קודמות באירועי חיים שיש להם פוטנציאל לטראומה (Breslau, Chilcoat, Kessler, & Davis, 1999; Seery, Holman, & Cohen Silver, 2010; Robinson et al., 1994); זמינות של משאבים כלכליים (כמו מצב סוציאקונומי ותעסוקה), משאבים פסיכולוגיים (כמו הערכה עצמית, תפיסת חיים אופטימית מול פסימית, ויכולת התמודדות עם לחץ), ומשאבים חברתיים (Ai, 1989; Evans-Campbell, Santangelo, Cascio, 2006; Bleich et al., 2006; Hobfoll, 1989).

על פי תיאוריית שימור משאבים של הובפול (Conservation of resources (COR) theory), אירועים טראומטיים משפיעים על הפרט בהתאם להפסד נתפס או מוחשי של משאביו (Hobfoll, 1989, 1991). מחקרים שונים מראים שאנשים בעלי משאבים פחות מושפעים מחשיפה לאירועי חיים טראומטיים (Hobfoll, Johnson, Ennis & Jackson, 2003; Hobfoll, Spielberger, Breznitz et al, 1991). מעבר למשאבים כלכליים (רכוש והון כספי), משאבים אישיים המתייחסים למאפיינים הפסיכולוגיים של האדם,

כמו למשל תכונות אופי ומבנה אישיות, משפיעים על אופן ההתמודדות עם אירועים טראומטיים (Desmond & Maclachlan, 2006). למשל, נמצא כי לתפיסת חיים אופטימית יש השפעה חיובית על יכולת התמודדות עם לחץ בעת חשיפה לאירועים טראומטיים (Ai, Evans-Campbell, Santangelo, Cascio, 2006). תפיסת חיים אופטימית יכולה לסייע בהתמודדות עם מצבים שונים, ליצור חשיבה בונה וקבלה של סיטואציות שאינן בשליטתנו. בנוסף, הערכה עצמית גבוהה ויכולת התמודדות עם לחץ עלולים להשפיע לחיוב על תגובתו של אדם לאירוע טראומטי (Gil, 2005; Lazarus & Folkman, 1984).

כמו כן, אנשים המתגוררים בחברה המערבית המודרנית, בה קיימים גופי סיוע שונים, עשויים להתמודד טוב יותר אירוע טראומטי. למשל, בחברה המערבית קיימת נגישות למערכות תמיכה הומוגניות כגון, בני משפחה וחברים (הון חברתי מלכד), למערכות תמיכה הטרוגניות כמו אנשי מקצוע (הון חברתי מגשר), ולאנשי מפתח כמו קובעי המדיניות (הון חברתי מקשר) – כל אלה עשויים לסייע לאוכלוסייה בשעת חירום (Putnam, 2000).

חוסן אישי הוא גורם נוסף המגן על הפרט בעת אירוע טראומטי. חוסן אישי הוא "היכולת לשמור על תפקוד פיזי וקוגניטיבי בעת חשיפה לאירועים טראומטיים" (Bonnano, 2004, pp. 20-21). במחקר הנוכחי חוסן הוגדר כהערכת יכולתו של הפרט לצמוח לאחר משבר או אירוע טראומטי (McFarlane & Yehuda, 1996). מחקרים שונים שבחנו תסמינים פוסט-טראומטיים לאחר חשיפה לאירוע טראומטי מצאו ש-78.2% בקרב אנשים בעלי חוסן לא חוו כלל תסמינים פוסט-טראומטיים לאחר חשיפה לאירוע טראומטי מסוג אירוע טרור, מלחמה או אירועי חיים טראומטיים (כגון: מוות פתאומי או תאונות דרכים) (Galea, Ahern, Resnick, Kilpatrick, Kilpatrick, Bucuvalas, Gold & Vlahov, 2002; Hanson, Kilpatrick, Freedy & Saunders, 1995; Bryant, Harvey, Guthry & Moulds, 2002; Sutker, Davis, Uddo & Ditta, 1995; Bonanno, Rennie & Dekel, 2005).

מחקרים מצביעים על כך שמגדר הוא גורם נוסף העלול להשפיע על מידת הפגיעות והחוסן של האוכלוסייה (Tolin & Foa, 2006). נמצא כי נשים וילדות בסיכון גבוה יותר לחוות תסמינים פוסט-טראומטיים (PTS) לאחר חשיפה לאירוע טראומטי (Holbrook, Hoyt, Stein & Sieber, 2002; Olf, 2002).

(Langeland, Draijer & Gersons, 2007; Tolin & Foa, 2006). בהקשר זה, נמצא כי גברים ונשים נחשפים לרוב לסוג טראומה שונה. גברים נמצאים בדרך-כלל בתפקידים מסוכנים יותר למשל, תפקידים בצבא, במשטרה ובאבטחה, לעומת נשים (תפקידים מנהליים יותר) ולכן נחשפים לאירועים טראומטיים קשים יותר מסוג אירועי מלחמה וטרור, פציעות קשות, תקיפות פיזיות וצפייה במוות של אחר (Tolin & Foa, 2006).

#### 1.4 מלחמה בעורף כגורם פגיעות לתגובות דחק

אחד המצבים המאיימים באופן ישיר או עקיף על חיי בני-האדם ולפיכך עשוי להוביל ל- PTSD, PTS ודיכאון, הוא מלחמה, ובפרט מלחמה בעורף. עם התפתחות מחקרים בתחומי הפיזיולוגיה והרפואה, גברה הסברה כי אירועי לחץ קיצוניים כשלעצמם יכולים להיות מקור עיקרי לטראומה פסיכולוגית (Keegan, 1976). אישוש לכך נמצא במחקרים שהעריכו את השכיחות של תגובות הדחק בקרב אזרחים שנחשפו למלחמה. נמצא כי אזרחים שנחשפו למלחמה פיתחו תגובות דחק רבות יותר ובעוצמה גבוהה יותר מאשר אזרחים שאינם נחשפו למלחמה (Almedon & Summerfield, 2004; Morina, Ford, Risch, Morina, & Stangier, 2010; Priebe et al., 2010).

המושג "מלחמה עורף" קיבל משנה תוקף במלחמת העולם השנייה (Goodwin, 1994). בישראל התפתח מושג זה מאז מלחמת השחרור בעקבות פגיעה באזרחים (קמחי ויחזקאלי, 2007). למרות זאת, רק לאחר מלחמת המפרץ הראשונה, בעקבות ירי טילי סקאד על יישובי הארץ, התחזקה התפיסה שהעורף עשוי להיפגע במלחמה. לאורך השנים תושבי יישובי הצפון ובמיוחד תושבי יישובי הדרום, ובפרט זה יישובי עוטף עזה, נאלצו לספוג ירי רקטות וטילים במשך תקופות ארוכות (כולל מלחמת לבנון השנייה בשנת 2006, מבצעים צבאיים כמו "עמוד ענן" בנובמבר 2012 או "צוק איתן" ביולי 2014). האוכלוסייה האזרחית בישראל חיה במצב של איום ביטחוני מתמשך של ירי רקטות וטילים מארצות שכנות וטילים בליסטיים ממדינות רחוקות יותר (אריאן, 1999; רובין, 2011; שהם, 1999; Rubin, 2007), מה שעשוי להעלות את השכיחות של תגובות דחק וכתוצאה מכך את הצורך בטיפול בשלבים מקדימים של התסמינים (Boehm, 2009; Klingman, 2002).



הנתונים בארץ מצביעים על רמות גבוהות של חשיפה למלחמה בעורף (ירי רקטות וטילים והתקפות טרור) הן באופן ישיר (פציעה אישית או נפילת רקטה במקום בו שהה הפרט או בקרבתו) והן באופן עקיף (פציעה או מוות של אדם קרוב) (המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, 2011). לאחר החשיפה לאינתיפאדה השנייה דווח בארץ על 9.4% מקרי PTSD (Bleich et al., 2003). מחקר נוסף שהעריך את רמת החשיפה לירי קסאמים בשדרות ואת שכיחות ה-PTSD מצא כי 91.9% מתושבי שדרות נחשפו לירי קסאמים באופן ישיר ו- 28.4% מתושבי שדרות אובחנו עם תסמינים של PTSD, כולל תפקוד לקוי (Gelkopf et al., 2012).

מחקרים מראים כי חשיפה למלחמה בעורף מלווה בתגובות דחק גם שנים לאחר האירוע (Solomon & Ginzburg, 2009). במחקר שנעשה בעיר ניו-יורק בארה"ב מספר שנים לאחר התקפת הטרור (11.9.2001), הוערך השיעור של PTSD בקרב העובדים שעסקו באופן ישיר בהצלה של אזרחים. ממצאי המחקר הצביעו על כך שלאחר 4 שנים מהאירוע 8.4% אנשים שעבדו באופן ישיר בהצלת אזרחים דיווחו על PTSD ו- 8.9% מהם דיווחו על PTSD חלקי. עוד נמצא כי לאורך השנים שכיחות התסמינים פחתה אך לא נעלמה, כלומר לאחר 6 שנים מהאירוע, השיעור ירד ל- PTSD 5.8% מלא ו- PTSD 8.9% חלקי (Cukor et al., 2011). נתונים אלה מצביעים על ההשפעה ארוכת הטווח של תסמינים פוסט-טראומטיים (PTS), מה שמחייב התייחסות הן ברמת הפרט והן ברמת הקהילה. ברמת הקהילה חשוב להתייחס לאוכלוסיות שהם ברמת סיכון גבוהה, כגון אנשים עם מוגבלות.

### **1.5 תגובות דחק בקרב אנשים עם מוגבלות**

בישראל חיים כ- 1.6 מיליון אנשים עם מוגבלות, המהווים כ- 22% מהאוכלוסייה (נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, 2015). משנת 2002 גדל מספר האנשים עם מוגבלות המקבלים קצבת נכות כללית מהביטוח הלאומי בשיעור נומינלי ממוצע של כ- 4% בשנה והגיע ל- 214,749 אנשים בסוף שנת 2011, המהווים כ- 4.6% מהאוכלוסייה בגיל הזכאות (מעל גיל 18). כ- 21% ממקבלי קצבת נכות כללית מאובחנים עם לקויות פיזיות (בעיות נוירולוגיות ולוקומוטוריות) וכ- 7% מאובחנים עם לקויות חושיות (ראייה ושמיעה) (פינטו, 2012).

מעט מחקרים העריכו את ההשפעות הנפשיות של אירועים טראומטיים על אנשים עם מוגבלות, ובפרט לקויות פיזיות וחושיות (Kuch, Cox, & Evans, 1996; Mayou, Bryant, & Ehlers, 2001). בין מחקרים אלה ניתן למצוא את מחקרו של מקפארן (McFarlane, 1988) שניתח מקרים של אנשים עיוורים שאובחנו עם PTSD בעקבות אירועים טראומטיים מסוג חטיפה, תאונת דרכים ותקיפה מינית. ניתוחו העלה כי אנשים עיוורים מתקשים לעבד מידע הקשור לאירוע הטראומטי שכן הם אינם יכולים לבנות ייצוג ויזואלי של האירוע, מה שמעלה את הסיכון לחוות תסמינים של תגובות דחק. במחקר אחר (Schild & Dalenberg, 2012) רואיינו 79 אנשים חירשים אודות אירועים טראומטיים שחוו במהלך החיים. אוכלוסיית החירשים כמעט ולא נחקרה בתחום ה-PTSD. נמצא כי כל אחד מהנחקרים חווה בממוצע כ-6 אירועים טראומטיים במהלך חייו (כמו תאונת דרכים, מוות פתאומי של אדם קרוב, הטרדה פיזית, אסון טבע). כמו כן, נמצא קשר חיובי בין רמות גבוהות של חשיפה לאירוע הטראומטי לתגובות דחק שונות, כגון: דיכאון, כעס, נרגנות, בעיות התמכרות (Schild & Dalenberg, 2012).

מחקר אחר שנעשה ביפן העריך את השכיחות של PTSD בקרב אנשים שאושפזו עקב פציעה קשה בתאונת דרכים. החוקרים העריכו את התסמינים של תגובות הדחק חודש לאחר הפציעה ושוב לאחר שישה חודשים. נמצא כי רוב התסמינים הראשוניים של תגובות הדחק פחתו עם הזמן. יחד עם זאת, נמצא כי אבחון מוקדם של התסמינים בשילוב עם מוגבלות פיזית בעקבות התאונה מנבאים PTSD בשלב מאוחר יותר. המחקר מחדד את הצורך בהתערבות מוקדמת כדי למנוע התפתחות של PTSD בקרב אנשים עם מוגבלות פיזית (Hamanaka et al., 2006). מרץ וקוק (Martz & Cook, 2001) בדקו את השכיחות של PTSD בקרב חיילים עם לקויות פיזיות שאירעו במהלך השירות הצבאי: קטיעה, התקף לב, פגיעה קשה בחזה, דום לב, כוויות נרחבות ופגיעות בעמוד השדרה. הממצאים העלו כי רוב הלקויות הפיזיות (4 מתוך 6: קטיעה, התקף לב, כוויות נרחבות ופגיעות בעמוד השדרה) מהוות גורמי סיכון ל-PTSD.

בשנת 2012 נערך בארה"ב סקר לאומי (The National Comorbidity Survey Replication – NCSR) שמטרתו הייתה לבחון את השכיחות, הקורלציות והסיכונים של בעיות בריאותיות בקרב אנשים עם מוגבלות פיזית (Anderson, Ziedonis & Najavits, 2014). ממצאי הסקר הראו שבקרב אנשים עם מוגבלות

פיזית שיעור ה- PTSD גבוה יותר (22%-44%, תלוי בסוג המוגבלות) (Martz & Cook, 2001) לעומת שיעור ה- PTSD באוכלוסייה הכללית (6%-13.6%) (Norris, 1992). בניגוד למחקרים אחרים, לא נמצאו בסקר זה הבדלים מגדריים בשיעור ה-PTSD בקרב אנשים עם מוגבלות (Anderson, Ziedonis & Najavits, 2014).

מסקירת המחקרים הנ"ל עולה כי קיים מחסור בהערכת ההתמודדות הנפשית של אנשים עם מוגבלות פיזית וחושית עם אירועים טראומטיים מסוג מלחמה וטרור. נושא זה חשוב במיוחד בארץ שכן האזרחים, וביניהם אחוז לא מבוטל (כ- 22%) של אנשים עם מוגבלות, נאלצים להתמודד עם איום ביטחוני מתמשך המעלה את הסבירות לתגובות דחק (בן משה, רופמן והבר, 2011; גילבר ובן צור, 2010; Gelkopf et al., 2010; Morina et al., 2012). אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית, הנאלצים להתמודד בחיי היומיום עם קשיי נייודות, פערים בהשכלה, בתעסוקה ובמצב הכלכלי (נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, 2015), עשויים לחוות יותר לחץ ומצוקה במצבי חירום מסוג מלחמה וטרור. כמו כן, אוכלוסיית האנשים עם המוגבלות נחשבת כקבוצת מיעוט באוכלוסייה הכללית, מה שמהווה גורם סיכון נוסף לחוות תסמינים של תגובות דחק (Brewin et al., 2000; Norris et al., 2002).

מעבר להערכת השכיחות של תגובות דחק בקרב אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית, חשוב לבחון את גורמי הפגיעות והחוסן הרלבנטיים לאוכלוסייה זאת. אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית עשויים לחוות קושי להתנייד ממקום אחד לאחר או לתפוס מחסה במהירות בעת מלחמה או טרור. חלקם אף תלויים באדם מקצועי המסייע להם בתפקוד היומיומי (תזונה, היגיינה, נייודות), מה שעשוי להקשות עליהם לצאת מהבית במצבי חירום מסוג מלחמה וטרור. מצב זה של העדר עצמאות או שהות ארוכה בבית עשוי להגביר את הסיכון לתגובות דחק. בנוסף, במקרים בהם המוגבלות נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים, אלימות או מחלה, החשיפה למלחמה או לטרור עלולה לעורר את הטראומה מחדש (Robinson, et al., 1994). לאור זאת, נשאלת השאלה האם החשיפה מחדש לטראומה שוחקת או מחזקת את החוסן של אנשים עם מוגבלות (Seery et al., 2010). במקרים אחרים, בהם המוגבלות נגרמה כתוצאה מהתעללות בילדות, הלחץ הנלווה למלחמה וטרור עשוי להוביל לכך שהקורבן יבקש את קרבת האדם המתעלל ויחווה שוב את הטראומה (Cuevas, Finkelhor, ) (Clifford, Ormrod, & Turner, 2010). מצבים אלה מעלים את הצורך להעריך גורמי פגיעות וחוסן הרלבנטיים לאנשים עם מוגבלות פיזית או חושית.

## 1.6 ייחודיות המחקר וחשיבותו

המחקר הנוכחי בחן לראשונה תגובות דחק מסוג, תסמינים פוסט-טראומטיים (PTS), PTSD ודיכאון, כולל גורמי פגיעות וחוסן, של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פיזית או חושית (ראייה, שמיעה) וחוו לאורך השנים אירועי מלחמה וטרור בארץ. בנוסף, רוב המחקרים שנעשו ביחס למצבם של אוכלוסיות עם מוגבלות בארץ התבססו ברובם על דיווח מפי אנשי מקצוע. ייחודיות המחקר טמונה גם בשיתוף אנשים עם מוגבלות בשלבי המחקר השונים. אנשים עם מוגבלות דיווחו בעצמם כיצד הם חווים אירועי מלחמה וטרור, וזאת בהתאם לתפיסה מכילה של "Nothing about us without us" (Charlton, 1988). באמצעות המחקר מעלה למודעות את ההתמודדות והצרכים של אנשים עם מוגבלות במצבי לחץ ומצוקה מתוך רצון לעודד הנגשה של שירותי תמיכה קהילתיים בשעת חירום עבור אוכלוסייה זאת.

## 1.7 שאלות המחקר

**שאלת המחקר הראשית:** מהן ההשפעות הנפשיות של חשיפה למלחמה וטרור על אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית?

**השאלה הראשית כללה שלוש תתי-שאלות:**

- א. מהי השכיחות של תגובות דחק מסוג PTSD, PTS ודיכאון בקרב אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית אשר נחשפו בעשר השנים האחרונות לאירועי מלחמה וטרור בארץ?
- ב. מהי השכיחות של כל אחד מארבע קבוצות התסמינים של PTSD בקרב אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית אשר נחשפו בעשר השנים האחרונות לאירועי מלחמה וטרור בארץ?
- ג. מהם גורמי הפגיעות והחוסן של אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית ביחס לאירועים טראומטיים מסוג מלחמה וטרור?

## 2. שיטת המחקר

המחקר כלל שיטות איכותניות וכמותיות (mixed-methods) במטרה להגיע להבנה כוללת של התופעה, במיוחד לאור מיעוט המחקרים בנושא זה - ההשפעות הנפשיות של חשיפה למלחמה ולטרור על אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית (Patton, 2002).

## 2.1 אוכלוסיית המחקר

אנשים מבוגרים (גילאי 18 ומעלה) עם מוגבלות פיזית או חושית (ראייה, שמיעה). מוגבלות מוגדרת בהקשר זה כליקוי גופני הנובע ממחלה, מתאונה או ממום מלידה ומגביל את תפקודו של האדם באחד או יותר מתחומי החיים העיקריים (חוק הביטוח הלאומי, 1995; חוק שיוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, 1998).

## 2.2 הליך המחקר

בשלב הראשון של המחקר נערכו שלוש קבוצות מיקוד: האחת כללה אנשים עם לקות פיזית, השנייה כללה אנשים עם לקות ראייה והשלישית כללה אנשים עם לקות שמיעה. מטרת קבוצות המיקוד הייתה לשמוע את קולם של האנשים עצמם ביחס לשתי שאלות מרכזיות: כיצד אנשים עם מוגבלות חווים ומתמודדים עם אירועי מלחמה וטרור בארץ? מה עשויים להיות גורמי הפגיעות והחוסן של אוכלוסייה זאת? קבוצות מיקוד אפשרו איסוף מידע בנושאים שטרם נחקרו לעומק, כאשר הבסיס לדיון היה המכנה המשותף של חברי הקבוצה (במקרה זה הלקות). כל קבוצה כללה 5-7 אנשים וקיום מפגש פנים אל פנים באופן חד-פעמי למשך כשעתיים (Krueger & Casey, 2000). גורמי הפגיעות והחוסן שהועלו בקבוצות המיקוד שולבו בשאלונים הכמותיים אשר הועברו בשלב הבא למשתתפים.

השלב השני של המחקר כלל איסוף שאלונים כמותיים להערכת תגובות הדחק, כולל גורמי פגיעות וחוסן ומשתנים דמוגרפיים, של אוכלוסיית המחקר, כפי שיפורט בהמשך. בשלב זה בוצעה השוואה בין שלוש קבוצות:

1. קבוצת ניסוי – קבוצה זאת כללה 151 אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית אשר התגוררו בעשר השנים האחרונות באזור גאוגרפי שהיה תחת התקפת טילים או טרור מאסיבית (חשיפה ישירה – פגיעה באדם, חשיפה עקיפה – פגיעה באדם קרוב, הפסד משאבים – הון כלכלי, עצמאות פיזית). מתוכם 56 אנשים עם מוגבלות פיזית (כמו שיתוק מוחין, פגיעות בעמוד השדרה), 43 אנשים עם מוגבלות חושית מסוג ראייה (כמו עיוורון, כבדי ראייה או ליקויי ראייה) ו-52 אנשים עם מוגבלות חושית מסוג שמיעה (חירשות, כבדי שמיעה או ליקויי שמיעה).

2. קבוצת ביקורת ראשונה – קבוצה זאת כללה 149 אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית (49 אנשים עם מוגבלות פיזית/מוטורית, 50 אנשים עם מוגבלות חושית – ראייה, 50 אנשים עם מוגבלות חושית - שמיעה) אשר לא התגוררו בעשר השנים האחרונות באזור גאוגרפי שהיה תחת התקפת טילים או טרור מאסיבית.

3. קבוצת ביקורת שנייה – קבוצה זאת כללה 138 אנשים ללא מוגבלות אשר התגוררו בעשר השנים האחרונות באזור גאוגרפי שהיה תחת התקפת טילים או טרור מאסיבית.

ראוי לציין, כי למעשה כלל המשתתפים במחקר נחשפו במידה זו או אחרת לאירוע טרור או מלחמה בארץ, אך ההבחנה בין שלוש הקבוצות שלעיל נעשתה על בסיס מידת החשיפה בהתאם לזמן ההתראה בעת אירוע של נפילת טילים, בהתאם לחלוקה הבאה:

1. קבוצת ניסוי - אנשים עם מוגבלות שנחשפו לאיום ביטחוני באופן אינטנסיבי וניתנה להם התרעה של עד דקה להגיע למרחב מוגן, למשל משתתפים מצפון ודרום הארץ. קבוצה זאת תוגדר בהמשך כמשתתפים ש"נחשפו לאיום ביטחוני".

2. קבוצת ביקורת ראשונה - אנשים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום ביטחוני באופן אינטנסיבי וניתנה להם התרעה של למעלה מדקה וחצי להגיע למרחב מוגן, למשל אזור העמקים, השרון, ערבה וירושלים. קבוצה זאת תוגדר בהמשך כמשתתפים ש"לא נחשפו לאיום ביטחוני".

3. קבוצת ביקורת שנייה - אנשים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום ביטחוני באופן אינטנסיבי וניתנה להם התרעה של עד דקה להגיע למרחב מוגן, למשל משתתפים מצפון ודרום הארץ. קבוצה זאת תוגדר בהמשך כמשתתפים ש"נחשפו לאיום ביטחוני".

גיוס המשתתפים למחקר נעשה באמצעות ארגונים ומרכזים המספקים שירותים קהילתיים לאנשים עם מוגבלות כגון: מרכזים לחיים עצמאיים, נגישות ישראל, קהילות נגישות, המרכז לעיוור בישראל, אגודת החירשים בישראל, אחווה - איגוד רב-תחומי לאנשים עם מוגבלות. כמו כן, גיוס משתתפי המחקר נעשה באמצעות פרסום ברשת האינטרנט: רשימות תפוצה, פורומים וקבוצות של אנשים עם מוגבלות ברשתות חברתיות.

### 2.3 משתני המחקר

**משתני רקע דמוגרפי** כגון: גיל, מגדר, לאום, השכלה, תעסוקה, מצב משפחתי. כמו כן, המשתתפים עם המוגבלות נשאלו אודות סוג המוגבלות (מולד או נרכש).

**גורמי פגיעות וחוסן** הרלבנטיים לכלל האוכלוסייה ובפרט לאוכלוסיית המחקר (אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית), כפי שעלה בקבוצות המיקוד על-ידי האנשים עצמם, למשל: חשיפה למלחמה בעורף וחשיפה לאירועים טראומטיים, תפקוד יומיומי, וויסות קוגניטיבי-רגשי, אבחנה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD), גורמים מסייעים ומלחיצים בשעת חירום, משאבים, חוסן אישי וחוסן פסיכולוגי.

**משתני תוצאה**: תגובות דחק מסוג PTSD, PTS ודיכאון.

### 2.4 כלי המחקר

#### 2.4.1 כלים איכותניים

קבוצות מיקוד - כאמור, בשלב הראשון הופעלו שלוש קבוצות מיקוד במטרה להעריך את אופן ההתמודדות של אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית עם אירועי מלחמה וטרור ולזהות גורמי פגיעות וחוסן הרלבנטיים לאוכלוסייה זאת (מעבר למה שנמצא בספרות המתייחס בעיקר לאוכלוסיות ללא מוגבלות). הקריטריונים להשתתפות בקבוצות המיקוד היו:

- אדם עם מוגבלות פיזית (מוטורית) או מוגבלות חושית (ראייה, שמיעה).
- מעל גיל 18.
- אדם אשר חווה באופן מאסיבי אירועי מלחמה וטרור שאירעו בארץ בעשר השנים האחרונות (כמו למשל מבצעים צבאיים בעזה, כולל ירי טילים על תושבי ישראל, בשנים 2004, 2008, 2012 או מלחמת לבנון השנייה בשנת 2006).

#### 2.5.2 כלים כמותיים

1. שאלון דמוגרפי: שאלון זה כלל שאלות המתייחסות למשתני הרקע הדמוגרפיים (כמו גיל, מגדר, השכלה, תעסוקה) ולמשתנים הקשורים למוגבלות (כמו סוג המוגבלות, מקור המוגבלות).

2. שאלון חשיפה למלחמה בעורף: השאלון פותח במקור לאירוע טרור (Somer et al., 2008). השאלון כלל 16 שאלות אשר בחנו את מידת החשיפה של המשתתף (סולם בן שתי דרגות: 0- לא, 1- כן) לאירועים ביטחוניים מסוג מבצעים צבאיים ומלחמות אשר התרחשו בארץ בעשור האחרון, כולל חשיפה להיבטים הקשורים למלחמה בעורף (ישירה – פגיעה עקב נפילת טילים, עקיפה - היכרות עם אדם שנהרג או נפגע פיזית או נפשית, הפסד משאבים - פגיעה ברכוש כלכלי).

3. שאלון להערכת הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PCL – PTSD Checklist): השאלון הועבר לשלוש קבוצות המחקר (ראה סעיף 'הליך המחקר'). השאלון כלל 20 פריטים המעריכים את התסמינים של PTSD על פני סולם Likert (מ-0 בכלל לא, עד 4- במידה רבה מאד). השאלון מדד הן PTS והן קיום של PTSD. רמת המהימנות הפנימית המדווחת של ארבע קבוצות התסמינים נעה בטווח של  $.92 - .89$  (Weathers, Litz,  $\alpha = .89$ ). במחקר הנוכחי נמצאה רמת מהימנות פנימית גבוהה של כלל השאלון ( $\alpha=.95$ ). כמו כן, רמת המהימנות הפנימית של הקטגוריה "חוויה מחדש של האירוע" הייתה גבוהה ( $\alpha=.91$ ). מתאם פירסון בין ההיגדים בקטגוריה "הימנעות" היה בינוני-חזק ( $r=0.47$ ). מהימנות פנימית גבוהה נמצאה גם בין ההיגדים בקטגוריה "שינוי שלילי בקוגניציה ובמצב רוח" ( $\alpha=.87$ ) ובקטגוריה "עוררות יתר" ( $\alpha=.81$ ).

4. שאלון לאבחון דיכאון (BDI FS – Beck Depression Inventory Fast Screening): השאלון המקורי פותח על ידי Beck (1967), כאשר במחקר הנוכחי נבחרה הגרסה המקוצרת של 9 מתוך 21 הפריטים (Beck, 2000). רמת המהימנות הפנימית המדווחת של השאלון גבוהה ( $\alpha = .85$ ) (Golden, Steer, & Brown, 2007). רמה זאת נמצאה גם במחקר הנוכחי. השאלון התמקד בתסמינים קוגניטיביים ורגשיים של הדיכאון. המשתתפים במחקר התבקשו לדרג על סולם בן 4 דרגות את הרגשתם בשבועיים האחרונים (מ-0 כלל לא, עד 3-כמעט כל יום).

5. שאלון להערכת התפקוד היומיומי: השאלון העריך חמישה תחומי תפקוד: עבודה או לימודים, הורות, זוגיות, חברות ואינטימיות. המשתתפים התבקשו לדרג כיצד הם מעריכים את רמת התפקוד שלהם בחודש האחרון בכל אחד מהתחומים על פני סולם בן 5 דרגות (מ-0 מאד לא טוב, עד ל-4 טוב מאד). במחקר מקדים



דווחה רמת מהימנות פנימית גבוהה ( $\alpha = .88$ ) (Gelkopf et al., 2012). במחקר הנוכחי נמצאה רמת מהימנות פנימית גבוהה גם כן ( $\alpha=.76$ ).

6. שאלון חשיפה לאירועי חיים טראומטיים (Major lifetime traumatic events): כפי שנמצא בספרות, חשיפה לאירועי חיים טראומטיים עשויה להשפיע על הופעת תגובות הדחק. המשתתפים דיווחו ב"כן" או "לא" האם נחשפו לאירועי חיים טראומטיים מסוגים שונים: מלחמה, מבצע צבאי או טרור, שריפה, תאונת עבודה חמורה, תקיפה מינית או אונס, אסון טבע קשה (למשל קריסת מבנה בעקבות רעידת אדמה), אלימות פיזית, התעללות פיזית או מילולית מצד בן או בת הזוג, התעללות פיזית או מינית בילדות, עדות לאדם שנפגע קשה או נהרג בעקבות אירוע אלים, מוות בלתי-צפוי של אדם קרוב, אירועים שיש בהם סכנת חיים, אירועים אחרים, "לא רוצה/יכול להגיד" (Vrana & Lauterbach, 2006). השאלון כלל 16 היגדים, כאשר המשתתפים התבקשו לציין האם נחשפו או לא נחשפו לכל אירוע חיים טראומטי.

7. שאלון גורמים מסייעים ומלחיצים בשעת חירום: שאלון זה התייחס לגורמי פגיעות וחוסן של כלל האוכלוסייה (כמו משאבים כלכליים, פסיכולוגיים וחברתיים) וגורמי פגיעות וחוסן של אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית (כמו סוג המוגבלות, מידת העצמאות בתפקוד היומיומי), כפי שעלה בקבוצות המיקוד. שאלון זה כלל 12 שאלות המתייחסות לגורמים שמסייעים למשתתף להפחית באופן משמעותי את תחושת הלחץ והחרדה בשעת חירום (למשל, בן/בת זוג לחיים, עוזר אישי/מלווה/חונך, בני משפחה, כלב נחייה או חיית מחמד, אנשי טיפול, חברים/מכרים). בנוסף, שאלון זה כלל 17 שאלות המתייחסות לגורמים המגבירים באופן משמעותי את הלחץ והחרדה שהמשתתף חווה במצב חירום (למשל: קשיים כלכליים, בעיות רפואיות, היעדר מידע נגיש). משתתפי המחקר התבקשו לדרג את השפעתו של הגורם להפחתת/הגברת הלחץ והחרדה על פני סולם בן 4 דרגות (0- בכלל לא, עד ל-3 – במידה רבה).

8. שאלון משאבים: השאלון פותח על-ידי הובפול (Hobfoll, 1989, 1991) על בסיס התיאוריה של שימור משאבים (Conservation of resources (COR) theory), לפיה אירועים טראומטיים משפיעים על הפרט בהתאם להפסד נתפס או מוחשי של משאביו. השאלון כלל 20 משאבים אישיים ובינאישיים, כאשר המשתתפים התבקשו לדרג רווח או הפסד של כל משאב על פני סולם בן 4 דרגות (מ-0 – כלל לא, עד 3- במידה

רבה מאוד). במחקר הנוכחי נמצאה מהימנות פנימית גבוהה של ההיגדים המתייחסים להפסד משאבים ( $\alpha=.89$ ) ולרווח של משאבים ( $\alpha=.91$ ).

9. שאלון וויסות קוגניטיבי-רגשי: השאלון (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - CERQ), כולל 18 פריטים על פני 9 גורמים: אשמה עצמית, קטסטרופיזציה, התייחסות לדברים בפרופורציה, קבלה, תכנון, הערכה מחדש באופן חיובי, האשמת האחר, הרהור ומיקוד מחדש באופן שלילי (Garnefski & Kraaij, 2002). במחקר נוכחי נעשה ניתוח גורמים עבור השאלון תוך שימוש ברוטציית VARIMAX, והתקבלו חמישה גורמים מרכזיים: 1. האשמת האחר וקטסטרופיזציה – רמת המהימנות הפנימית שנמצאה עבור גורם זה במחקר הייתה גבוהה ( $\alpha=.79$ ). 2. הרהור, מיקוד מחדש באופן שלילי – רמת המהימנות הפנימית שנמצאה עבור גורם זה במחקר גבוהה ( $\alpha=.79$ ). 3. תכנון, הערכה מחדש באופן חיובי- רמת המהימנות הפנימית שנמצאה עבור גורם זה במחקר הנוכחי הייתה גבוהה ( $\alpha=.72$ ). 4. קבלה והתייחסות לדברים בפרופורציה - רמת המהימנות פנימית שנמצאה עבור גורם זה במחקר הנוכחי הייתה גבוהה ( $\alpha=.71$ ). 5. אשמה עצמית – רמת המהימנות הפנימית שנמצאה עבור גורם זה במחקר הייתה בינונית-גבוהה לשני פריטים ( $r=.47$ ) (ראה נספח 1).

10. שאלון חוסן: שאלון זה בחן את הערכת יכולתו של הפרט לצמוח לאחר משבר או אירוע טראומטי. השאלון התבסס על שאלון Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) שכלל 25 היגדים (Connor & Davidson, 2003). השאלון המקוצר (CD-RISC2) כולל 2 פריטים שנמדדו על סולם בן 5 דרגות (0-לא נכון, עד 4-נכון כמעט תמיד). מחקר קודם נמצא כי שני ההיגדים היו בעלי קורלציה מובהקת סטטיסטית, והטווח של מתאם פירסון בין שני ההיגדים נע בין בינוני לגבוה ( $r=.27$  ל- $r=.66$ ) (Vaishnavi, Connor & Davidson, 2007).

11. שאלון חוסן פסיכולוגי: השאלון העריך חוסן פסיכולוגי של פרט על פני ממדים של הערכה עצמית (היגדים 1-8), שליטה בינאישית (היגדים 9-13) ומסוגלות אישית (היגדים 14-19) (Windle, Markland & Woods, 1998).

2014). ההיגדים דורגו על סולם מ-0 (כלל לא מסכים) עד 3 (מסכים מאוד). במחקר הנוכחי נמצאה רמת מהימנות גבוהה בכל הממדים: הערכה עצמית ( $\alpha=.87$ ), שליטה בינאישית ( $\alpha=.74$ ), ומסוגלות אישית ( $\alpha=.84$ ).

12. שאלון קבלת המוגבלות: שאלון קבלת מוגבלות (Acceptance of Disability - AD), עליו השיבו משתתפים עם מוגבלות, פותח על-ידי לינקובסקי (Linkowski, 1971) על מנת להעריך את תפיסת המוגבלות של האדם עצמו. השאלון המקורי כלל 50 היגדים אשר דורגו על סולם ליקרט 7-1. במחקר הנוכחי נעשה שימוש בגרסה קצרה של השאלון (Li & Moore, 1998) אשר כללה 10 היגדים שנמדדו על סולם בן 4 דרגות (0-כלל לא מסכים, עד 3-מסכים מאוד). במחקר הנוכחי נמצאה רמת מהימנות פנימית גבוהה ( $\alpha=.91$ ) עבור שאלון זה.

## 2.5 ניתוח הנתונים

**2.5.1. ניתוח איכותני:** בוצע ניתוח תוכן איכותני של תמלילי קבוצת המיקוד במטרה לזהות גורמי פגיעות וחוסן הרלבנטיים לאוכלוסיית המחקר קרי, אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית (גורמים אלה נוסחו כשאלות בשאלונים הכמותיים). התמלילים קודדו למשפטים, לקטגוריות ולבסוף לתמות מרכזיות על פני ארבעה שלבים עיקריים (שקדי, 2003; Strauss & Corbin, 1990):

1. ניתוח ראשוני – קידוד פתוח של הנתונים לידי תמות ראשוניות.
2. ניתוח ממפה – סידור התמות על ציר אנכי וציר אופקי כלומר, בניית "עץ" תמות באמצעות מציאת קשרים בין התמות הראשוניות, קיבוץ וארגון תמות קרובות והגדרת תמות חדשות.
3. ניתוח ממוקד – ארגון תמות ראשיות ותמות משניות והיחסים ביניהן.
4. ניתוח תיאורטי – הבניית הסברים מושגיים-תיאורטיים אודות התופעה הנחקרת.

**2.5.2. ניתוח כמותי:** העיבודים הסטטיסטיים של הנתונים אשר נאספו במחקר נעשו באמצעות שימוש בתוכנה SPSS (1: סטטיסטיקה תיאורית - תיאור המשתתפים במחקר (משתני רקע דמוגרפיים) (2) סטטיסטיקה הסקתית - מבחנים סטטיסטיים ( $t$ ,  $F$ ) שימשו לבחינת הקשרים בין משתני הרקע הדמוגרפיים ומשתנים הקשורים למוגבלות לבין משתני התוצאה (תגובות הדחק) תוך בחינת ההשפעה של גורמי הפגיעות והחוסן על

קשרים אלה. ההבדלים בין שלוש קבוצות המחקר נבחנו על-ידי ניתוחי שונות (MANOVA). כמו כן, נעשו מבחני רגרסיה מרובה לניבוי מידת הפגיעות והחוסן של אנשים עם מוגבלות באירועי מלחמה וטרור. על מנת לבצע את הניתוחים הסטטיסטיים שפורטו לעיל, נעשה שימוש במספר שאלונים. להלן מפורטים כל כלי המחקר הרלבנטיים.

## **2.6 אתיקה**

מחקר זה קיבל אישור מועדת האתיקה של הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות באוניברסיטת חיפה. בחלקו האיכותני של המחקר, אנשים עם מוגבלות אשר התנדבו להשתתף במחקר חתמו על טופס הסכמה מדעת טרם השתתפותם בקבוצות המיקוד. בנוסף, לכל המשתתפים ניתנו שמות בדויים בדיווח הממצאים על מנת להגן על זהותם ולשמור על אנונימיות וסודיות. כמו כן, בחלקו הכמותי של המחקר השאלונים שנאספו לצרכי הניתוחים הסטטיסטיים מולאו על-ידי המשתתפים באופן אנונימי.

## **3. ממצאים**

### **א. ממצאים איכותניים**

כאמור, בחלק האיכותני נערכו שלוש קבוצות מיקוד לפי סוג המוגבלות (פיזית, ראייה, שמיעה) מתוך רצון לשמוע את קולם של המשתתפים עם מוגבלות ביחס לשתי שאלות המחקר המרכזיות: כיצד אנשים עם מוגבלות חווים ומתמודדים עם אירועי מלחמה וטרור בארץ? מה עשויים להיות גורמי הפגיעות והחוסן של אוכלוסייה זאת? גורמי הפגיעות והחוסן שעלו בקבוצות המיקוד שולבו בשאלון "גורמים מסייעים ומלחיצים בשעת חירום".

קבוצות המיקוד כללו אנשים עם מוגבלות שתיארו את התמודדותם עם אירועי מלחמה וטרור בארץ:

1) קבוצת מוגבלות פיזית – שישה אנשים (2 גברים ו-4 נשים) עם מוגבלות פיזית, בעיקר שיתוק מוחין בדרגות שונות. אחד מהמשתתפים היה מהמגזר הערבי. הדיון הונגש באמצעות מתמללת (תיעוד בכתב של הנאמר).

2) קבוצת כבדי ראייה – חמישה אנשים (2 גברים ו-3 נשים) עם לקויות ראייה ועיוורון השתתפו בקבוצה זאת, כאשר שניים מהם היו מהמגזר הערבי.

3) קבוצת כבדי שמיעה – שבעה אנשים (2 גברים ו- 5 נשים) עם לקויות שמיעה וחירשות השתתפו בקבוצה זאת; כולם היו מהמגזר היהודי. הדיון הונגש באמצעות מתרגמת לשפת הסימנים ומתמללת (תיעוד בכתב של הנאמר).

ניתוח התוכן האיכותני של תמלילי שלוש קבוצות המיקוד הניב שלוש תמות מרכזיות בנוגע לחוויות של המשתתפים (אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית), כולל הצרכים והאתגרים, בשעת חירום (אירועי מלחמה וטרור). התמות שעלו מניתוח התוכן היו: גורמי לחץ חיצוניים, תגובות לגורמי הלחץ, והמלצות עתידיות אודות התאמת הסביבה והשירותים בשעת חירום עבור אנשים עם מוגבלות.

### 3.1 גורמי לחץ חיצוניים

המשתתפים דיווחו כי חוו לחץ ברמה גבוהה בתקופות של מלחמה וטרור כתוצאה מתנאים סביבתיים אשר הגבילו את יכולתם להתמודד באופן יעיל עם האירועים הביטחוניים. גורמי הלחץ החיצוניים כללו תנאים סביבתיים ישירים (סביבה פיזית לא נגישה וחוסר במידע זמין ונגיש) ותנאים סביבתיים עקיפים (דאגה לאחרים).

#### 3.1.1 העדר נגישות של הסביבה הפיזית

המשתתפים בשלוש קבוצות המיקוד דיווחו על תחושת לחץ כתוצאה מהיעדר נגישות של סביבתם הפיזית, כולל קושי במציאת סביבה מוגנת, כמו למשל איתור מקלט בזמן אזעקה ולבישת ציוד מגן מתאים (מסכות מגן כימיות): "צריך לרדת למקלט, למטה בבניין, מאוד לא פשוט, לא קל..." (גף, מוגבלות ראייה); "אם תהיה אזעקה באמצע הלילה, אני שואלת את עצמי- אגיע או לא אגיע? אני לא יכולה לקום ולרוץ [משתמשת בכיסא גלגלים]" (שרון, מוגבלות פיזית); "הערכות [מגן] שהיינו צריכים לשים במלחמת המפרץ הראשונה, למי שיש בעיה של ראייה, לא יכול לשים משקפיים מתחת. אם לא שומע [את האזעקה]... יש בעיה עם זה" (סוזן, מוגבלות שמיעה); "בכיסא גלגלים נתקעים יותר בקירות" (שרון, מוגבלות פיזית). מרבית המשתתפים התייחסו לקושי למצוא ולהגיע למקלט תוך זמן קצרה, בעוד אחרים, דיווחו על קושי להיכנס למקלט שפתח הכניסה שלו לא היה מספיק רחב ולא התאים לכיסא הגלגלים שלהם; "בנינו חדר ביטחון, הפכנו את המחסן כמו חדר ביטחון [כדי להגיע מהר עם כיסא הגלגלים]". (שרון, מוגבלות פיזית); "אני גרה בבניין ישן, אין שם מקלט. אני שואלת את עצמי אם בכלל לצאת מהבית, לא לצאת מהבית. זה דבר הכרחי" (הלן, מוגבלות ראייה).

### 3.1.2 העדר מידע

משתתפים מהקבוצות של אנשים עם מוגבלות חושית (ראייה ושמיעה) דיווחו על רמות גבוהות של חרדה, חוסר אונים, חוסר שליטה וחוסר התמצאות לנוכח העדר מידע זמין והעדר נגישות של טכנולוגיות מידע ותקשורת (ICT). חלק מהמשתתפים דיווחו שטכנולוגיות המידע והתקשורת לא היו זמינות או שהציוד הטכני לא פעל כשורה במצבי חירום: "במלחמת לבנון לא היה ביפרים, עד היום לא קיבלתי [ביפר], עדיין תלוי בחדשות, אינטרנט" (ג'ון, מוגבלות שמיעה); "ימה שמחזיק אנשים במצבי לחץ זה הצעצוע הזה [מרים את הפלאפון] אבל הרשתות נפלות. אנחנו חסרי אונים. גם זה מלחיץ את כולם. תקשורת זה חובה" (ג'ף, מוגבלות ראייה). למשתתפים אחרים הייתה נגישות לטכנולוגיות מידע ותקשורת, אך המידע שהועבר באמצעותן לא היה נגיש, למשל העדר תרגום לשפת הסימנים או היעדר כתוביות. בנוסף, העיכוב בקבלת המידע, ערער את תחושת הביטחון והשליטה במצב והשפיע לשלילה על רמת המצוקה שחוו המשתתפים, כפי שהם תיארו זאת: "לחץ. לא אומרת פחד, אבל לחץ. שנשמע את האזעקה, לא נשמע.. הביפר לא נותן תשובה אמיתית, לפעמים מצלצל אחרי, או בכלל לא" (שריל, מוגבלות שמיעה); "יכתוב למטה כותרות [תרגום] על המסך, אז הייתי בעניינים. אבל בכל זאת זה מידע לא שלם.. אנחנו יודעים שמה שמרגיע אותנו, שמקבלים את המידע, מה שכולנו יודעים, גם אנחנו רוצים לדעת" (ליסה, מוגבלות שמיעה); "הייתה תאונה ברכבת והיא לא המשיכה לנסוע, רואה כולם יורדים, לא יודעת למה, מאוד מלחיץ. אם זה היה כתוב אז יודעת שהייתה תאונה וכולם עוברים למקום אחר" (שריל, מוגבלות שמיעה).

### 3.2 דאגה לאחרים

חלק מהמשתתפים דיווחו שהאחריות לטפל באחרים, כגון: הורים, ילדים, חיות מחמד וכלבי נחיה, העלתה את רמת המצוקה שחוו. המשתתפים תיארו זאת באופן הבא: "לי היה את אימא שלי, יותר פחדתי עליה, אישה מאוד מבוגרת, צריכה להלביש את המסכות, היה פחד, הרבה פעמים קרה בלילה" (לינדה, מוגבלות שמיעה); "הייתה לי כלבה, גם היא נלחצה [בעת אזעקה], לא רצתה לרדת במדרגות" (ג'ף, מוגבלות ראייה); "יכשהייתי בדרום שלחו מיילים, אתה צריך לדאוג לאוכל ומים, ומקום לעשות צרכים. אתה חייב לדאוג לשניים [הוא וכלב הנחייה], לא רק לאחד" (קוין, מוגבלות ראייה); "ימה עושה אדם לקוי ראייה בזמן צפירה אם הכלב נכנס לחרדה? או צריך לצאת? לי יש חבר שסיפר שהיה ממש קשה לכלב בזמן המלחמה"

(הלך, מוגבלות ראייה); "כשיש ילדים בבית הלחץ הרבה יותר חזק. כשאין ילדים לא כל כך" (שריל, מוגבלות שמיעה).

### 3.3.3 תגובות לגורמי לחץ

המשתתפים תיארו שני סוגים של תגובות ללחץ שחוו בשעת חירום: תגובות רגשיות ותגובות התנהגותיות. חלק מהתגובות סייעו למשתתפים להתגבר על גורמי הלחץ שהוזכרו לעיל ולהתמודד בצורה מוצלחת עם האיום הביטחוני הכרוני, בעוד שתגובות אחרות העלו את רמת המצוקה של המשתתפים.

#### 3.3.1 תגובות רגשיות

המשתתפים שבו והדגישו כי חוו רמות גבוהות של חרדה, תחושת חוסר אונים ופחד בעת התמודדות עם חשיפה להתקפות הטילים: "במלחמת לבנון השנייה הטילים נחתו על ידינו, אפילו לפני האזעקה, וזה היה קצת קשה... הטילים ממש התקרבו, הטיל הכי קרוב נפל ליד המאגר מים של הכפר, זה ממש הפחיד אותי" (בריאן, מוגבלות פיזית); "הטיל הראשון שנפל היה ממש קרוב אלינו, הייתי בסערת רגשות. אין כוח נפשי. הרגשתי שאני צריכה להיות חזקה" (מרגרט, מוגבלות פיזית); "אני במקום שלי, דואגת לעצמי, בתור כבדת שמיעה, מה אני אעשה במקרה חירום" (לינדה, מוגבלות שמיעה).

#### 3.3.2 תגובות התנהגותיות

המשתתפים תיארו תגובות שבאופן לא מכוון העלו את רמת הלחץ (תלות באחרים, הגנת היתר של המשפחה על המשתתף, ורגישות חושית מוגברת), ומאידך תגובות שהורידו את רמת הלחץ (הימנעות, התפתחות של שגרת חירום, ומתן עזרה לאנשים אחרים).

3.3.2.1 תלות באחרים: כתוצאה מסביבה פיזית לא נגישה וחוסר במידע, חלק מהמשתתפים הפכו לתלויים באנשים אחרים ובציוד פיזי במהלך תקופת החירום. מצב זה של תלות באחרים לא רק הוביל לרמת לחץ גבוהה בקרב המשתתפים אלא גם אילץ אותם להתמודד מבחינה רגשית עם סוגיית התלות לעומת העצמאות. מחד, המשתתפים העידו כי הם תלויים באחרים שסייעו להם בעת הצורך לאתר, להגיע ולהיכנס או לצאת מהמקלט(בהתאם להכרזה באמצעי התקשורת). מאידך, המשתתפים חוו קושי מהותי להתגבר על מחסום בקשה וקבלה של עזרה מאחרים משום שהם רצו להרגיש ולהיראות כעצמאיים. הם תיארו זאת במילים הבאות: "משתדל לצמצם תלות בזולת עד כמה שאפשר. אוהב להיות עצמאי. זה אני אישית" (גיף, מוגבלות

ראייה); "יהבנתי שאני חייב להיות בבית, ליד מישו" (קוין, מוגבלות ראייה); "יכל תקופת המלחמה, כל מקום שרוצה לנסוע, לא נוסע לבד כי פוחד שיקרה משהו, מעדיף לנסוע עם אח שלי, שומע, יזהיר אותי עם יבוא משהו" (דוד, מוגבלות שמיעה); "ינשארתי תקוע בבית, לא היה לי לאן ללכת" (בריאן, מוגבלות פיזית); "יהייתי צריכה להגיע לרופא, לא היה אפשר" (ננסי, מוגבלות פיזית); "יאני יצאתי למקומות שהם סואנים יותר, איפה שיש אנשים שיכולים להכווין אותך למקום מוגן" (גיף, מוגבלות ראייה). יתרה מזאת, התלות של המשתתפים בקבלת עזרה מבני משפחתם אילצה אותם להיות מאופקים מבחינה רגשית במהלך האירוע (אזעקה בשעת מלחמה) על מנת לא להוות מעמסה על אחרים כפי שביטאה זאת מרגרט, אישה עם מוגבלות פיזית:

הטיל הראשון שנפל בחיפה (ליד מחסני הרכבת) היה ממש קרוב אלינו, הייתי בסערת רגשות. אין כוח נפשי. אני בת 27, הרגשתי שאני צריכה להיות חזקה. כל הדברים בבית מתחילים ממני, צריכים להיות קשובים אלי, הכל מתחיל ממני, הכל צריך להתאים למצב שלי.

חלק מהמשתתפים חשו תחושת לחץ גבוהה בשל היותם תלויים בילדים: "זה מחזיר אותנו, עשרות שנים אחורה, כשילדים שומעים היו אלה שתפקדו בתור הורים להורים החרשים. ילדים שומעים להורים חרשים" (שריל, מוגבלות שמיעה); "לי ברור שבמלחמה הבאה שלא תהיה... ברור לי שהילדים שלי, במיוחד הגדול, הוא זה שיקבל את העול. הוא יצטרך לקבל אחריות. יש לי ילד בן 8.. הוא שומע.. הוא יצטרך להגיד לנו מתי יש אזעקה, מתי נגמר.. יצטרך להגיד אם יש בעיה.. הוא יקבל את העול, זה נורא ואיום" (אמבר, מוגבלות שמיעה).

משתתפים מקבוצת המוגבלות החושית דיברו גם על הקושי להיות תלויים בעזרים טכנולוגיים, כגון: מכשיר שמיעה, שתלים ומשקפיים, על מנת להישאר מעודכנים בשעת חירום: "יבזמן מלחמה, לא הורדתי את המכשיר שמיעה, ואת השתל. הייתי ישנה איתם. לא מורידה [את מכשיר השמיעה ואת השתל]... בלעדיהם אנחנו נהפכים לחרשים מוחלטים" (לינדה, מוגבלות שמיעה); "יאני באופן אישי, הגשתי בקשה לקבל ערכת מגן עם מפוח.. שלא יהיה מצב של מסיכה שלוחצת על השתל. גם בלי שתלים, גם בלי משקפיים..." (סוזן, מוגבלות שמיעה); "יאני חשבתי לעצמי, דבר ראשון, אם יהיה רעידת אדמה, מה אני חוטפת קודם.. שתל, סוללות.. אם לוקחת את המטען לאן אחבר.. דברים שכאלה. קניתי סוללות חד פעמיות, שיהיה. ידעתי שאולי לא יהיה חשמל" (שריל, מוגבלות שמיעה).



3.3.2.2 הגנת יתר של בני המשפחה: למרות שחלק מהמשתתפים היו רגילים להיות תלויים מבחינת תפקוד פיזי בבני משפחותיהם באופן יומיומי, בשעת מלחמה הם חשו לחץ רב לנוכח הגנת היתר ורמת החרדה של בני משפחותיהם כלפיהם. המשתתפים דיווחו כי בשעת חירום בני משפחותיהם עוקבים אחר פעילותם באופן צמוד ולא מאפשרים להם להתנהל באופן חופשי ועצמאי.. מצב זה השפיע לשלילה על רמת הלחץ שהמשתתפים חוו: "ב- 2006 למדתי באוניברסיטה, אמא הייתה בפתח. שאלה כל הזמן "מתי את חוזרת הביתה?!", היא הייתה בחרדה. יש חוסר אונים" (מריה, מוגבלות ראייה); "הלכנו מההורים שלי לאחי, הייתה אזעקה. נכנסו לשכנים- שכבנו על הרצפה. התנפלו [בני המשפחה] עלינו- יש מלחמה, למה הלכתם ברגל?!!" (הלך, מוגבלות ראייה).

3.3.2.3 רגישות חושית מוגברת: משתתפים, במיוחד מהקבוצות של המוגבלות החושית, העידו כי בתקופת מלחמה וטרור הם היו רגישים יותר למידע אשר נקלט באמצעות החוש הדומיננטי שלהם. בנוסף, לעתים המשתתפים לא היו מסוגלים לפרש את המידע בצורה נכונה, מה שהוביל לתגובות רגשיות שליליות. למשל, משתתפים עם מוגבלות ראייה תיארו זאת באופן הבא: "במצבים כאלה כל הזמן צריך להסתכל מה קורה מסביב" (ליסה, מוגבלות שמיעה); "במלחמה אני יותר דרוכה, כל אמבולנס שעובר. גם כשאני ישנה- היו כמה פעמים שכבר ירדתי למקלט, יוצאת מהבית- חשבתי שזו אזעקה וזה בעצם היה אמבולנס" (הלך, מוגבלות ראייה). לינדה, אישה עם מוגבלות שמיעה אמרה: "יש לי בעיה, כשאני נוהגת, לפעמים לא שומעת אופנוע, גם לא מאיפה מגיע, ונבהלת מאיפה מגיע".

משתתפים עם עזרי שמיעה השתמשו בחוש הראייה שלהם ועקבו מקרוב אחר התנהגויות של אחרים (חיקו אחרים) על מנת לדעת כיצד להתנהג. הם תיארו זאת במילים הבאות: "הסתכלתי ועקבתי אחרי נהגים אחרים בכביש [לא יכלה לשמוע את האזעקה]" (לינדה, מוגבלות שמיעה); "כל הזמן מסתכלת, יש אזעקה.. צריכה להסתכל.. מה שאנשים אחרים עושים" (ליסה, מוגבלות שמיעה).

3.3.2.4 הימנעות: חלק מהמשתתפים, במיוחד מהקבוצות של המוגבלות החושית, בחרו באופן פעיל להימנע מסיטואציות מלחיצות על מנת להגן על עצמם מבחינה רגשית: "עזר לי לא לשמוע רדיי, זה רק הלחיץ אותי" (הלך, מוגבלות ראייה). אחרים דיווחו כי המשיכו בעיסוקם, כאילו כלום לא קרה: "אני זוכרת את עצמי, בלילות של מלחמת המפרץ הראשונה, אימא שלי כבר ישנה.. העולם בשקט.. אני יושבת, פותרת תשבצים.. מחכה לאזעקה..... כאילו היה בי מנגנון שרצה להכחיש שיהיה משהו" (סוזן, מוגבלות שמיעה). חלקם נמנעו

להיות ליד אנשים ללא מוגבלות משום שסיטואציה זאת גרמה להם לתחושה של העדר שייכות: "אני לא אוהב לרדת למקלט, אין עם מי לדבר [שכנים ובני משפחה אחרים], כולם שומעים, מעדיף להישאר בבית. אני חרש יחיד במשפחה" (ג'ון, מוגבלות שמיעה).

3.3.2.5 הבניה של שגרת חירום: ההתמודדות עם מצב הלחץ הובילה את חלקם לנקוט בפעולה אקטיבית. רבים מהם, במיוחד מהקבוצות של מוגבלות פיזית ומוגבלות ראייה, דיווחו על "פיתוח שגרת חירום." למשל, הם דאגו להישאר בקרבת מקלט או "מקום בטוח", לרוב דירת מגוריהם, להיות עם מישהו אחר ו/או לתכנן כל פעולה מראש: "אני מסודרת- התארגנתי מראש" (ננסי, מוגבלות פיזית); "בנינו חדר ביטחון, הפכנו את המחסן כמו חדר ביטחון. היום בנינו עם שירותים נגישים לגמרי, תופסים רבע [משטח] מהממ"ד" (שרון, מוגבלות פיזית); "להבין שאין מה לחפש בחוץ, להכין את הסביבה הנגישה שלך" (קרן, מוגבלות ראייה); "אמרתי שבזמן המלחמה אכן משנים הרגלים, לא ללכת לסופר, דוחים את הקניות. גם סידורים כמובן, דחיתי, יש שינוי בשגרה" (ג'ון, מוגבלות שמיעה). למרות שרוב המשתתפים פיתחו באופן אקטיבי שגרת חירום, נראה שאירועי המלחמה והטרור הובילו לירידה בפעילויות היומיומיות שלהם. במובן זה, למרות שחלקם דיווחו כי לא פיתחו שגרת חירום ובחרו לשמר את השגרה היומיומית שלהם, כגון יציאה לעבודה, הם אכן נמנעו מפעילויות חוץ לאחר שעות העבודה.

חלק מהמשתתפים, במיוחד מהקבוצה של המוגבלות הפיזית, שינו בפועל את השגרה שלהם על ידי מעבר למקום מגורים בטוח יותר: "התקשרתי למנהלת של בית הגלגלים בצפון, הסברתי שאני נלחץ. ברגע שהטילים התחילו להתקרב נכנסתי ללחץ, ואז היא סידרה לי את הסעה להרצלייה [למקום מוגן מפני התקפות הטילים]" (בריאן, מוגבלות פיזית); "אימא שלי נורא נבהלה, החלטנו שירדדים לאילת." (מרגרט, מוגבלות פיזית).

3.3.2.6 מתן עזרה לאנשים אחרים: תגובה התנהגותית נוספת ששייעה למשתתפים להוריד את רמת הלחץ בשעת חירום הייתה מתן עזרה לאחרים. חלק מהמשתתפים בחרו לאמץ את תפקיד המטפל ולהעניק עזרה לאחרים במקום להיות אלה שמקבלים עזרה: "אני מאוד מודעת לעצמי, פחות דואגת לעצמי, יותר למי שמסביבי, היה חשוב לי שכולם יהיו בסדר" (מרגרט, מוגבלות פיזית); "לפעול לפי ההנחיות, תפסתי מישהו, דחפתי אותו. זה היה הטיל הראשון שלו. תוך כדי אני מוודא שאף אחד לא נשאר מאחורה, אסור להשאיר אף

אחד מאחור" (סטיבן, מוגבלות פיזית); "שלא יהיו נפגעים, והאם יש משהו שאני יכול לעשות בנידון" (בריאן, מוגבלות פיזית).

### 3.4 המלצות עתידיות

במסגרת הדיונים בקבוצות המיקוד המשתתפים התבקשו להמליץ כיצד לדעתם יש להתאים את הסביבה והשירותים על מנת שיתמכו בצרכיהם בשעת חירום. המשתתפים תיארו המלצות ברמה הארגונית וברמה האישית, כפי שיפורט להלן.

#### 3.4.1 המלצות ברמה הארגונית

לאור החוויות השליליות של המשתתפים כתוצאה מהעדר נגישות הסביבה הפיזית והמידע אשר הועבר בתקשורת ההמונים ובאינטרנט, הם הדגישו את הצורך במקלטים ציבוריים נגישים ובטכנולוגיות מידע ותקשורת נגישות. כמו כן, הם הציעו לפתח מוקד אחד אשר ירכז את הטיפול וייתן מענה כולל לצרכיהם של באנשים עם מוגבלות בשעת חירום. המשתתפים תיארו זאת באופן הבא: "הצעתי שיהיה מספר [מספר טלפון], שאנשים עם מוגבלות יוכלו להתקשר, אנשים עם בעיות שמיעה" (שריל, מוגבלות שמיעה); "שתהיה רשות אחת שתהיה אחראית על הכל. שיהיה הכל במקום אחד, ואז יהיה מקום להדרכות, רגשיות, טכניות, איזה אביזרים צריכים, מה מבקשים, שיהיה כתובת אחת לדבר איתה" (ליסה, מוגבלות שמיעה); "שירותים זו הבעיה, לרוב האנשים אין את זה" (שרון, מוגבלות פיזית); "אני רוצה מוקד אחד. כפתור אחד, שישאלו אותי מה קרה, אני לא מדברת על לבוא בלי לשאול.. שישאלו. בהודעה, אנחנו היום לא זזים בלי זה [פלאפון], תנצלו אותו" (ליסה, מוגבלות שמיעה).

בנוסף, המשתתפים המליצו לבנות תכניות הכשרה לספקי השירותים על מנת שידעו כיצד לתמוך בצרכים של אנשים עם מוגבלות בשעת חירום: "ספקי שירותים צריכים לעשות מיפוי איפה יש אנשים עם מוגבלות, בשביל לדעת לאן לבוא לעזור" (בריאן, מוגבלות פיזית); "אחד הדברים היותר חשובים, כל אלה שנותנים שירות בשעת חירום יקבלו הרצאות והדרכות מה הם אנשים עם מוגבלות, במקרה שלנו שמיעה, ראייה, מה שלא יהיה, יראו אותנו, יבינו את הבעיות שלנו, כדי שמה שיהיה חשוב, גם אם ברגע אמת אם שכחו פרטים טכניים, לא ישכחו את הפרט הרגשי" (סוזן, מוגבלות שמיעה). באופן כללי, המשתתפים עם מוגבלות פיזית התמקדו בעיקר בצורך להתאים את הסביבה הפיזית והשירותים, בעוד שהמשתתפים עם המוגבלות החושית התמקדו בעיקר בצורך להנגיש את טכנולוגיות המידע והתקשורת.

### 3.4.2 המלצות ברמה האישית

ברמה האישית, המשתתפים תיארו פרקטיקות שאנשים עם מוגבלות יכולים לאמץ באופן עצמאי, כגון: להישאר במקום בטוח, להתכונן מראש ולהשתמש ביישומים טקסטואליים בטלפון הנייד או ברשתות החברתיות על מנת לתקשר עם אחרים בשעת חירום: "אני במקום שלי, דואגת לעצמי, בתור כבודת שמיעה, מה אני אעשה במקרה חירום. מראש להכין הכל" (לינדה, מוגבלות שמיעה); דוד, אדם עם מוגבלות שמיעה, תיאר זאת:

*אני זוכר, במלחמה אחרונה, היה הרבה כבדי שמיעה התלוננו על הביפרים, מודיעים לא בזמן. הייתה מישהי, שומעת, חברה של כבודת שמיעה, החליטה לעשות מעשה, פתחה קבוצה בפייסבוק, הזמינה את כל כבדי השמיעה להצטרף, פתחה גם קבוצה בווטסאפ, שיהיה אזעקה אפשר להודיע לכולם במהירות... אני לא הייתי, אבל עבד. ברגע ששמעה אזעקה שלחה הודעה, היו הרבה כבדי שמיעה, עבר מפה לאוזן, היה יותר יעיל מביפר.*

בנוסף, המשתתפים המליצו לבנות תכניות הכשרה לאנשים עם מוגבלות על מנת להדריך אותם כיצד להתמודד עם אירועי מלחמה וטרור וכיצד להתנהל בזמנים אלו: "אף אחד לא יודע מה לעשות בשעת חירום" (אמבר, מוגבלות שמיעה); "הכשרה, ערבי עיון לבעלי מוגבלות- שפיקוד העורף רואה ופוגש אותם, וגם אותו אדם שחווה את האירוע, שתהיה הרגשה שיש למי לפנות" (סטיבן, מוגבלות פיזית). סוזן, אישה עם מוגבלות שמיעה הציעה שיהיה מידע זמין על זכויותיהם כאנשים עם מוגבלות: "בשגרה, להכניס, להטמיע... לחזור, לעשות ריענון אחת לשנה, יש חובה בתקנות נגישות שירות".

### סיכום הממצאים האיכותניים

מרבית המשתתפים בקבוצות המיקוד דיווחו על רמות גבוהות של לחץ וחרדה במצבי חירום מסוג מלחמה וטרור. המשתתפים הדגישו את חוסר הנגישות של הסביבה הפיזית, במיוחד העדר נגישות למקלטים וציוד מגן (כדוגמת מסכות מגן), כגורמים חיצוניים המשפיעים לשלילה על יכולתם להתמודד עם הלחץ בשעת חירום. גורם סביבתי נוסף שמשתתפי המחקר תפסו כגורם לחץ הוא חוסר במידע עדכני, זמין ונגיש. יתרה מזאת, התלות של חלק מהמשתתפים בבני משפחה וכן הטיפול והאחריות על בני משפחה אחרים, כולל טיפול בבעלי חיים (למשל, כלבי נחיה בקרב אנשים עם מוגבלות ראייה), הגבירו את המעמסה הרגשית שהם חוו בשעת חירום.

רוב המשתתפים הגיבו לגורמי הלחץ השונים בחרדה, בתחושת חוסר אונים ובפחד. המשתתפים העידו כי השתמשו במגוון דרכים על מנת להתמודד עם תגובות הדחק שנלוו למצב החירום. חלקם נעזרו באחרים, בעוד אחרים הסתייעו בעזרים טכנולוגיים שונים, כגון מכשירי שמיעה, שתלים ומשקפיים. בנוסף, המשתתפים התמודדו עם הלחץ בזמן מלחמה או טרור על-ידי פיתוח שגרת חירום שכללה ביצוע פעולות הכרחיות והפחתת מספר הפעילויות החוץ ביתיות.

לבסוף, ממצאי ניתוח התוכן של קבוצות המיקוד הניבו רשימת המלצות לקובעי מדיניות ונותני שירותים כיצד להתאים את השירותים הקיימים לשעת חירום או פיתוח שירותים חדשים עבור אנשים עם מוגבלות. ההמלצות היו ברמה הארגונית, למשל הנגשה של מקלטים ציבוריים והנגשת המידע, וברמה האישית, למשל הישארות במקום בטוח או בקרבת מקלט ותכנון פעילויות מראש.

### **ב. ממצאים כמותיים**

להלן יוצגו הממצאים הכמותיים אשר נתנו מענה לשאלות המחקר בתת פרק זה נציג במפורט את הממצאים הכמותיים שהתקבלו בנוגע לשאלות המחקר (ראה עמוד 18).

### **3.5 אפיון קבוצות המחקר**

כפי שניתן לראות בטבלה 1, מחצית מהמשתתפים היו נשים ומחציתם גברים. הגיל הממוצע בשלוש קבוצות המחקר היה 39 שנים, כאשר מרבית המשתתפים היו נשואים (53%), עובדים (59%) ובעלי השכלה אקדמית (57%). בנוסף, רוב משתתפי המחקר היו יהודים (79%). מרבית מהמשתתפים עם המוגבלות דיווחו שמוגבלותם היא מולדת – 76% מהמשתתפים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני ו- 78% מאלה שאינם נחשפו לאיום הביטחוני. השוואה סטטיסטית בין קבוצות המחקר מצאה כי בקרב אנשים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני אחוז יותר גבוה של נשואים מאשר בקרב אנשים ללא מוגבלות, וכן בקרב אנשים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני אחוז יותר גבוה של נשואים מאשר בקרב שתי הקבוצות האחרות. כמו כן, נמצא כי בקרב אנשים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני אחוז גבוה של תעסוקה באופן מובהק יותר מאשר בשתי הקבוצות האחרות. בין שתי קבוצות המוגבלות לא נמצאו הבדלים מובהקים ( $\chi^2=2.24$ , ) (p=ns).

טבלה 1. תיאור נתוני הרקע של המשתתפים במחקר (N=438)<sup>1</sup>

$\chi^2$	קבוצה								גבר	מין
	כולם		עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום		עם מוגבלות ונחשפו לאיום		ללא מוגבלות ונחשפו לאיום			
	%	n	%	n	%	n	%	N		
0.27	49%	213	49%	73	50%	75	47%	65	גבר	
	51%	225	51%	76	50%	76	53%	73	אישה	
11.20**	47%	204	37%	55	46%	69	57%	79	לא נשוי	מצב משפחתי
	53%	234	63%	93	54%	82	43%	59	נשוי	
7.06*	41%	181	33%	49	44%	67	47%	65	לא עובד	מצב תעסוקתי
	59%	256	67%	100	56%	84	53%	72	עובד	
4.34	43%	188	49%	73	43%	65	37%	50	לא	השכלה
	57%	248	51%	76	57%	86	63%	86	אקדמית	
0.89	21%	93	19%	28	23%	35	22%	30	לא יהודי	לאום
	79%	345	81%	121	77%	116	78%	108	יהודי	
F=2.78		39.45 (14.00)		40.59 (14.28)		40.43 (13.33)		37.24 (14.23)	ממוצע (ס"ת)	גיל

\*\*p<.01; \*\*\*p<.001

עוד נמצא כי 35% מכלל המשתתפים עם המוגבלות (שתיים מתוך שלוש קבוצות המחקר) ציינו שהמוגבלות העיקרית שלהם היא מוגבלות פיזית, בעוד ש- 34% ציינו שהמוגבלות העיקרית שלהם היא מוגבלות חושית מסוג לקות שמיעה ו- 31% ציינו שהמוגבלות העיקרית שלהם היא מוגבלות חושית מסוג לקות ראייה (ראה טבלה 2). בקבוצת הניסוי (אנשים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני) 37% מהמשתתפים דיווחו על מוגבלות פיזית כמוגבלות עיקרית, 28% דיווחו שהמוגבלות העיקרית שלהם היא מוגבלות חושית מסוג לקות ראייה ו- 34% דיווחו שהמוגבלות העיקרית שלהם היא מוגבלות חושית מסוג לקות שמיעה. בקבוצת הביקורת הראשונה (אנשים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני), 33% דיווחו שהמוגבלות העיקרית שלהם היא מוגבלות פיזית, 34% דיווחו שהמוגבלות העיקרית שלהם היא מוגבלות חושית מסוג לקות ראייה ו- 34% דיווחו שהמוגבלות העיקרית שלהם היא מוגבלות חושית מסוג לקות שמיעה. בנוסף, לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין הקבוצות מבחינת המוגבלות העיקרית עליה דיווחו המשתתפים.

<sup>1</sup> הערות לטבלה 1: 1. בהתאם לתיקון בונפרוני לריבו ניתוחים (0.05/6). המובהקות הוגדרה כ-0.01. 2. מובהקות המבחנים: \*\*p<.001; \*p<.01. 3. קיימים הבדלים בגדלי המדגמים השונים של כל משתנה כתוצאה מערכים חסרים בנתונים.

## טבלה 2. תיאור נתוני רקע של המשתתפים עם המוגבלות

$\chi^2$	קבוצה						פיזית/מוטורית	מהי המוגבלות, הנכות או הבעיה הבריאותית העיקרית שלך?
	כולם		עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני		עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני			
	%	n	%	n	%	n		
1.01	35%	105	33%	49	37%	56	פיזית/מוטורית	
	31%	93	34%	50	28%	43	חושית - ראייה	
	34%	102	34%	50	34%	52	חושית - שמיעה	

## 3.6 חשיפה לאירועי חיים טראומטיים ולמלחמה בעורף

טבלה 3 משווה את סך החשיפות לאירועי חיים טראומטיים (Major lifetime traumatic events) בין שלוש קבוצות המחקר. סוגי אירועי החיים כללו מגוון רחב של תחומים, כגון: מלחמה, מבצע צבאי או טרור, שריפה, תאונת עבודה חמורה, תקיפה מינית או אונס, אסון טבע קשה (למשל קריסת מבנה בעקבות רעידת אדמה), אלימות פיזית, התעללות פיזית או מילולית מצד בן או בת הזוג, התעללות פיזית או מינית בילדות, עדות לאדם שנפגע קשה או נהרג בעקבות אירוע אלים, מוות בלתי-צפוי של אדם קרוב, ואירועים שיש בהם סכנת חיים (Vrana & Lauterbach, 2006). ניתן לראות בטבלה 3 שנמצא הבדל מובהק בין שלוש הקבוצות בסך החשיפות, כאשר בקרב משתתפים עם מוגבלות שנחשפו או לא נחשפו לאיום הביטחוני, ממוצע החשיפות לאירועי חיים טראומטיים היה נמוך יותר לעומת משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני.

## טבלה 3. השוואת סך החשיפות לאירועי חיים טראומטיים בין שלוש קבוצות המחקר<sup>2</sup>

	קבוצה			ממוצע (ס"ת)	חשיפה לאירועי חיים טראומטיים
	ללא מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני	עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני	עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני		
F=15.11***	4.19 B (2.11)	3.05 A (2.36)	3.10 A (1.29)		

\*\*\*p<.001

הבדלים מובהקים נמצאו בין שלוש קבוצות המחקר בנוגע לאירועי החיים הבאים: כפייה של מגע מיני, כילד, התקפה באמצעות כלי נשק, אקדח או סכין, צפייה במשהו איום או תחושת פחד במהלך השירות הצבאי,

<sup>2</sup> הערה לטבלה 3: האותיות באנגלית ליד הממוצעים מציינות אילו שתי קבוצות שונות זו מזו באופן מובהק. כאשר שתי קבוצות סומנו באותה אות, הן אינן שונות. קבוצות שסומנו באות שונה, שונות זו מזו.

חשיפה לאירוע טרור או מלחמה כאזרח, מחלה מסכנת חיים של המשתתף או של אדם קרוב אליו, מוות פתאומי של אדם הקרוב למשתתף (ראה טבלה 4). בקרב משתתפים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני, 98% ציינו שנחשפו לאירוע בו הותקפו באמצעות כלי נשק, אקדח או סכין. ממצא זה שונה באופן מובהק סטטיסטית לעומת משתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני ולעומת משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני. בקרב משתתפים עם מוגבלות שנחשפו לאיום ביטחוני, 32% חוו תאונה קשה, 28% היו עדים למוות פתאומי, הריגה או פציעה של אדם אחר ו- 17% חוו מחלה מסכנת חיים שלהם או של אדם קרוב להם. בקרב משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני, 65% חוו מוות פתאומי של אדם קרוב (או חיית מחמד), 55% חוו מחלה מסכנת חיים שלהם או של אדם קרוב להם ו-30% חוו תאונה קשה והיו עדים למוות פתאומי, הריגה או פציעה של אדם אחר. בקרב משתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני, 44% חוו מחלה מסכנת חיים שלהם או של אדם קרוב להם, 33% חוו תאונה קשה ו-32% חוו מוות פתאומי של אדם קרוב (או חיית מחמד). לסיכום, נמצא הבדל מובהק סטטיסטית במידת החשיפה לאירועי חיים טראומטיים בין משתתפים עם מוגבלות (שנחשפו או שלא נחשפו לאיום הביטחוני) לעומת משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני. בהקשר זה של חשיפה לאירועי חיים טראומטיים, חשוב לציין כי מרבית המשתתפים משלוש הקבוצות (97%) העידו כי לא אובחנו בעבר עם מחלת נפש (למעט פוסט-טראומה בעקבות אירוע ביטחוני – משתנה תלוי במחקר הנוכחי).

#### טבלה 4. שכיחות חשיפה לאירועי חיים טראומטיים ולמלחמה בעורף בקרב שלוש קבוצות המחקר

$\chi^2$	קבוצה						
	עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני		עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני		ללא מוגבלות		
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
0.388	33%	67%	32%	68%	30%	70%	חווית תאונה קשה (תאונת- דרכים, עבודה או ביתית)
0.753	8%	92%	6%	94%	6%	94%	חווית פגיעה בעקבות אסון טבע (הוריקן, טורנדו, הצפה, רעידת אדמה או שריפה)
2.195	15%	85%	11%	89%	16%	84%	הכו אותך או בעטו בך בחוזקה עד כדי פגיעה – כילד
1.376	8%	92%	5%	95%	5%	95%	הכו אותך או בעטו בך בחוזקה עד כדי פגיעה - כמבוגר
**12.94	0%	100%	8%	91%	4%	96%	כפו עליך לקיים מגע מיני – כילד
2.819	11%	87%	6%	91%	8%	92%	כפו עליך לקיים מגע מיני – כמבוגר
***15.86	15%	85%	2%	98%	12%	88%	הותקפת באמצעות כלי נשק, אקדח או סכין
***19.42	16%	84%	7%	92%	27%	73%	במהלך שירות צבאי, צפית במשהו איום או חשת פחד רב
***198.47	34%	66%	100%	0%	91%	9%	נחשפת לאירוע טרור או מלחמה כאזרח (למשל, היית עד לפיגוע, מתקפת טרור, נפילת טילים וכד')



***46.38	44%	56%	17%	83%	55%	45%	חוויית מחלה מסכנת חיים שלך או של אדם קרוב לך
***113.73	32%	68%	6%	94%	65%	35%	חוויית מוות פתאומי של אדם קרוב לך (כולל חיית מחמד)
3.677	1%	99%	4%	96%	2%	98%	חוויית מוות פתאומי של כלב נחייה
2.965	21%	79%	28%	72%	30%	70%	צפית במוות פתאומי, הריגה או פציעה חמורה של אדם אחר
0.330	12%	88%	13%	87%	11%	89%	חוויית מעבר או אובדן פתאומי של בית ורכוש
4.033	9%	91%	16%	84%	17%	83%	ננטשת באופן פתאומי על ידי בן הזוג, הורה או בן משפחה
0.606	44%	56%	48%	52%	43%	57%	חוויית אירוע אחר אשר גרם לך לתחושה של פחד, חוסר אונים או אימה

\*p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001

בנוסף לחשיפה לאירועי חיים טראומטיים, משתתפי המחקר ענו על שאלון חשיפה למלחמה בעורף

(Somer et al., 2008). טבלה 5 (ראה עמ' 38) משווה בין מידת החשיפה למלחמה בעורף בקרב שתי קבוצות

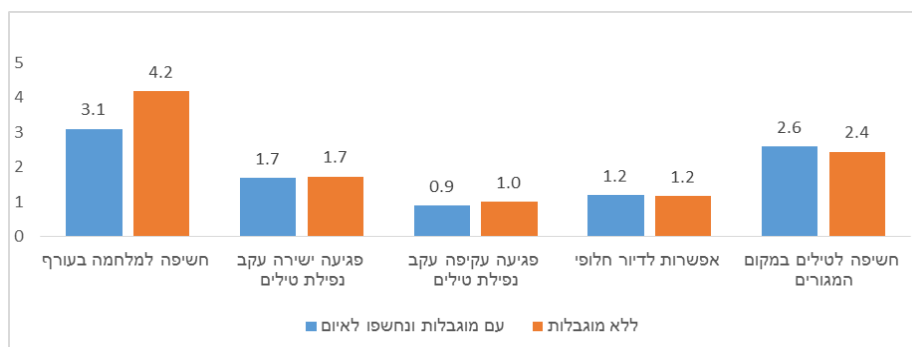
המחקר.

### טבלה 5. השוואת סוגי החשיפה למלחמה בעורף

t	קבוצה		ממוצע (ס"ת)	פגיעה ישירה עקב נפילת טילים
	ללא מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני	עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני		
0.59	1.73 (0.60)	1.69 (.63)	ממוצע (ס"ת)	פגיעה עקיפה עקב נפילת טילים
0.80	1.01 (1.12)	0.90 (1.15)	ממוצע (ס"ת)	
0.56	1.17 (.60)	1.21 (.58)	ממוצע (ס"ת)	אפשרות לדיור חלופי
0.93	2.44 (1.45)	2.60 (1.35)	ממוצע (ס"ת)	

כפי שניתן לראות בטבלה 5, לא נמצא הבדל מובהק במידת החשיפה של משתתפים עם מוגבלות וללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני. איור 1 ממחיש את ההבדלים בסוגי החשיפה למלחמה בעורף בין שתי קבוצות המשתתפים אשר נחשפו לאיום הביטחוני (עם וללא מוגבלות).

#### איור 1. ממוצעי אירועי חשיפה למלחמה בעורף



חשוב לציין כי מרבית המשתתפים (כ- 89%) מהקבוצות שנחשפו לאיום הביטחוני (משתתפים עם וללא מוגבלות) העידו כי לא אובחנו עם PTSD בעקבות החשיפה למלחמה בעורף.

#### 3.7 תגובות דחק - PTSD, PTS ודיכאון – בעקבות חשיפה לאירועי מלחמה וטרור.

ההשפעות הנפשיות של חשיפה לאירועי מלחמה וטרור כוללות תגובות דחק למיניהן, כפי שתואר ברקע המדעי. להלן יוצגו הממצאים בנוגע לשכיחות תגובות הדחק בקרב קבוצות המחקר (מענה לשאלות המחקר הראשונה והשנייה).

### 3.7.1 שכיחות PTSD (כולל PTS) בקרב קבוצות המחקר.

טבלה 6 מציגה את תוצאות הניתוח ההשוואתי בין שלוש קבוצות המחקר ביחס ל- PTSD ו- PTSD (כולל ארבעת קבוצות התסמינים). נמצאו הבדלים מובהקים בכל המשתנים: PTSD ו- PTSD (כולל ארבעת קבוצות התסמינים) בין שלוש קבוצות המחקר. נערכו מבחני השוואה Post Hoc מסוג Tukey בכל המשתנים בהם נמצא הבדל מובהק כללי במטרה לבחון את מקור ההבדלים.

### טבלה 6. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות ביחס ל- PTSD ו- PTSD<sup>3</sup>

F	קבוצה			ממוצע (ס"ת)	תסמינים פוסט- טראומטיים (PTS)
	ללא מוגבלות ונחשפו לאיום הביטחוני	עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני	עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני		
17.81***	12.09 B	13.77 B	22.85 A	ממוצע	הווייה מחדש של האירוע
	(13.42)	(14.18)	(21.03)	(ס"ת)	
25.53***	.55 B	.59 B	1.24 A	ממוצע	הימנעות
	(.73)	(.76)	(1.23)	(ס"ת)	
8.13***	.85 B	.81 B	1.28 A	ממוצע	שינוי שלילי בקוגניציה ובמצב הרוח
	(1.06)	(1.07)	(1.23)	(ס"ת)	
10.65***	.46 B	.60 B	.91 A	ממוצע	עוררות יתר
	(.69)	(.74)	(1.08)	(ס"ת)	
15.62***	.74 B	.84 B	1.28 A	ממוצע	PTSD diagnosis
	(.80)	(.81)	(1.02)	(ס"ת)	
$\chi^2=27.20^{***}$	11	16	43	N	PTSD-F <sup>#</sup>
	(8%)	(11%)	(28%)	(%)	
$\chi^2=1.6^*$	6	9	12	N	
	(4.3%)	(6%)	(8%)	(%)	

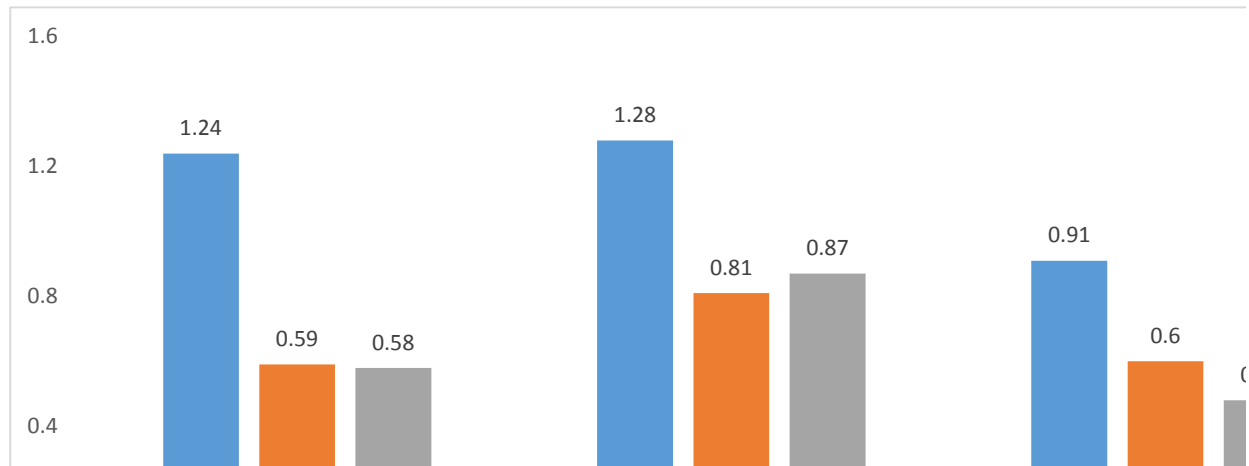
\*p<.05; \*\*\*p<.001; Multivariate F(8,868) = 7.30, p < .001

כפי שניתן לראות בטבלה לעיל, נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בשכיחות התסמינים הפוסט-טראומטיים (PTS) וקבוצות התסמינים של PTSD בקרב קבוצת המשתתפים עם מוגבלות שנחשפו לאירוע הביטחוני לעומת שתי קבוצות המשתתפים האחרות (משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאירוע הביטחוני ומשתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני). עוד נמצא כי בקרב קבוצת הניסוי (אנשים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני) 28% מהמשתתפים אובחנו עם PTSD כתוצאה מהחשיפה לאירועי מלחמה וטרור. בקרב משתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום ביטחוני (קבוצת ביקורת ראשונה), 11% מהם אובחנו עם PTSD, ואילו בקרב המשתתפים ללא מוגבלות 8% אובחנו עם PTSD בעקבות החשיפה למלחמה ולטרור.

<sup>3</sup> הערה לטבלה 6: האותיות באנגלית ליד הממוצעים מציינות אילו שתי קבוצות שונות זו מזו באופן מובהק. כאשר שתי קבוצות סומנו באותה אות, הן אינן שונות. קבוצות שסומנו באות שונה, שונות זו מזו.

הבדל זה באבחון PTSD נמצא מובהק. ניתן לראות שגם במשתנה PTSD-F, המתייחס להגדרה הקלינית של PTSD בשילוב עם בעיית תפקוד משמעותית, נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין שלוש קבוצות המחקר. איור 2 ממחיש את ההבדלים בין הקבוצות, כפי שהם מתוארים בטבלה שלעיל.

**איור 2. ממוצעי קבוצות התסמינים של PTSD בקרב שלוש קבוצות המחקר**

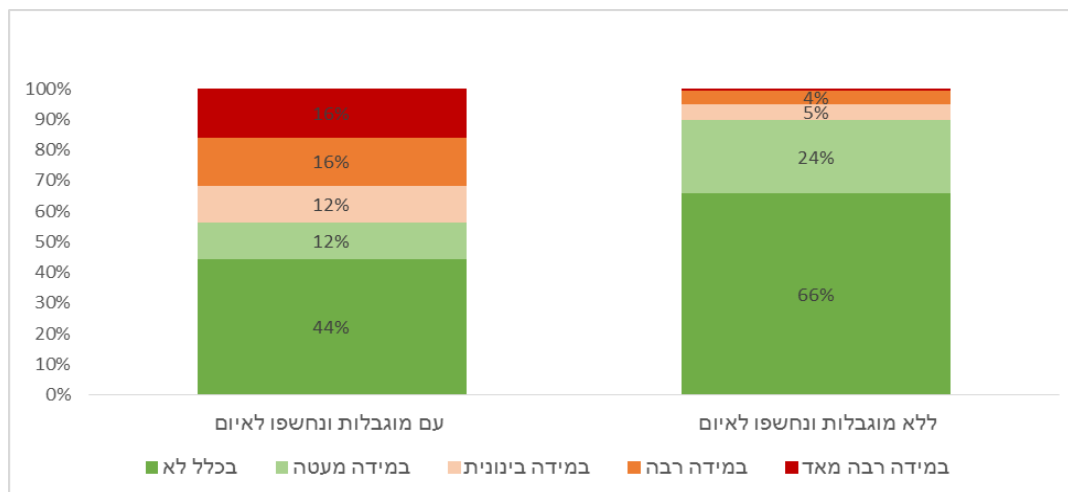


איור 3 (ראה עמ' 41) ממחיש את המידה בה התסמינים הפוסט-טראומטיים גרמו למשתתפים קושי בתחומי חיים שונים, לרבות מגע עם אנשים, לימודים, עבודה או כל פעילות יומיומית אחרת. השוואה בין שתי הקבוצות אשר נחשפו לאיום הביטחוני העלתה כי משתתפים עם מוגבלות דווחו על מידה רבה יותר של פגיעה בתפקוד היומיומי מאשר משתתפים ללא מוגבלות ( $t=6.46, p<.001$ ).

**איור 3. התפלגות התשובה לשאלה: "באיזו מידה (בחודש האחרון) הפריעו לך התסמינים**

**המוזכרים או גרמו לך קשיים בתחום החיים השונים, לרבות מגע עם אנשים,**

**לימודים, עבודה או כל פעילות יומיומית אחרת?"**



**3.7.2 שכיחות דיכאון בקרב קבוצות המחקר.**

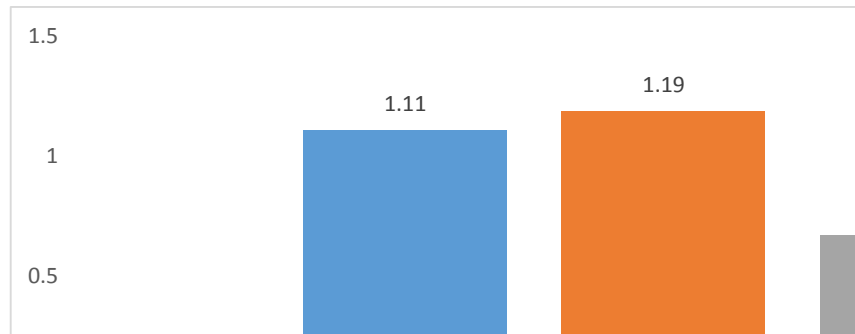
כפי שניתן לראות בטבלה 7, נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ברמת הדיכאון של שלוש קבוצות המחקר. קבוצות המשתתפים עם מוגבלות אשר נחשפו או לא נחשפו לאיום הביטחוני היו בעלות רמת דיכאון זהה. רמת הדיכאון בקרב משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום ביטחוני הייתה הנמוכה ביותר בהשוואה לשתי הקבוצות האחרות (הקבוצות עם משתתפים עם מוגבלות). מבחן Post Hoc מסוג Tukey הראה כי רמת הדיכאון המדווחת על ידי משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני הייתה נמוכה באופן מובהק מרמת הדיכאון אשר דווחה על ידי משתתפים עם מוגבלות שנחשפו או שלא נחשפו לאיום ביטחוני. איור 4 ממחיש את ההבדלים ברמת הדיכאון הממוצעת של שלוש קבוצות המחקר.

**טבלה 7. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות ביחס לרמת הדיכאון**

F	קבוצה			ממוצע	דיכאון
	ללא מוגבלות	עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני	עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני		
35.53***	.66	1.19	1.11		
	(.59)	(.50)	(.61)	(ס"ת)	

\*\*\*p<.001

#### איור 4. ממוצע של רמת הדיכאון בקרב שלוש קבוצות המחקר



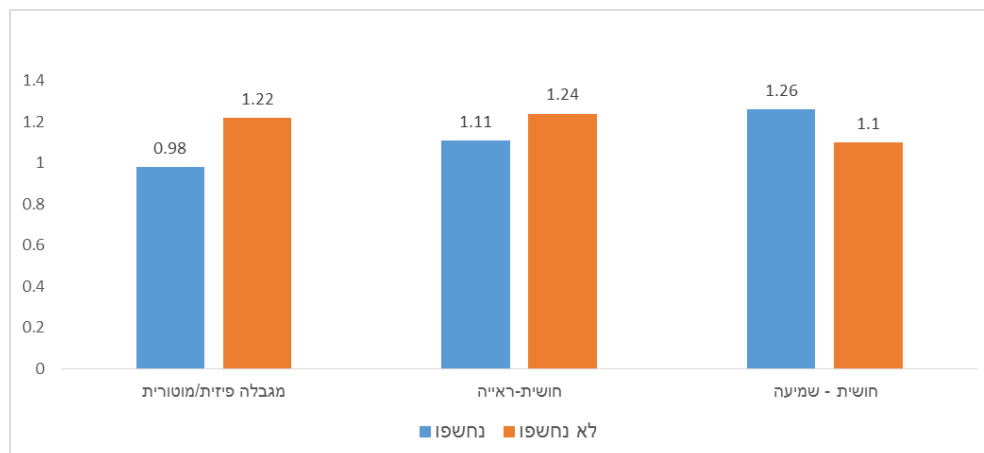
כמו כן, טבלה 8 מציגה את ההבדלים ברמת הדיכאון בהתאם לסוג המוגבלות של המשתתפים בקרב המשתתפים משתי קבוצות המחקר (אנשים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני ואלה שלא נחשפו לאיום הביטחוני). ממצאי ניתוח השונות הדו-כווני הצביעו על אפקט אינטראקציה מובהק בין סוג המוגבלות ומידת החשיפה לאיום הביטחוני ( $F(2,291) = 3.45, p < .05$ ).

#### טבלה 8. ממוצעים וסטיות תקן של רמת הדיכאון בשתי קבוצות המחקר לפי סוג מוגבלות

קבוצה												
סה"כ				עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני				עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני				
סה"כ	חושית-שמיעה	חושית-ראייה	פיזית/מוטורית	סה"כ	חושית-שמיעה	חושית-ראייה	פיזית/מוטורית	סה"כ	חושית-שמיעה	חושית-ראייה	פיזית/מוטורית	סוג המוגבלות
1.15	1.18	1.18	1.09	1.19	1.10	1.24	1.22	1.11	1.26	1.11	.98	ממוצע
.56	.63	.53	.51	.50	.53	.51	.45	.61	.72	.55	.54	ס"ת
297	99	93	105	149	50	50	49	148	49	43	56	N

ממצאי האינטראקציה בין סוג המוגבלות ומידת החשיפה לאיום הביטחוני מומחשים באיור 5. כפי שניתן לראות באיור, בקרב משתתפים עם מוגבלות אשר נחשפו לאיום הביטחוני, רמת הדיכאון הייתה גבוהה בקרב משתתפים כבדי שמיעה יותר מאשר משתתפים כבדי ראייה, והאחרונים יותר מאשר בקרב משתתפים עם מוגבלות פיזית. לעומת זאת, בקרב משתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני, ההבדלים היו בעיקר בין משתתפים כבדי ראייה לשאר המוגבלויות. מעבר לכך, לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ברמת הדיכאון בין משתתפים עם מוגבלויות שונות, אלה שנחשפו לאיום הביטחוני ואלה שלא נחשפו לאיום הביטחוני ( $F=2.76, p = ns; F=1.11, p = ns$ , בהתאמה).

**איור 5. ממוצע רמת הדיכאון בקרב שתי קבוצות המחקר לפי סוג מוגבלות**



### **3.8 ההשלכות של תגובות דחק על גורמי פגיעות וחוסן של משתתפי המחקר.**

תגובות הדחק (PTSD, PTSD ודיכאון), שתוארו לעיל, עשויות להשפיע על תפקוד הפרט. פרק זה יכלול את הממצאים ביחס לשאלת המחקר השלישית, קרי גורמי הפגיעות והחוסן של אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית כתוצאה מחשיפה לאירועי מלחמה וטרור. להלן יתוארו הממצאים ביחס לכל אחד מהגורמים הבאים: תפקוד יומיומי, וויסות קוגניטיבי-רגשי, חוסן אישי, חוסן פסיכולוגי, מקורות תמיכה ולחץ, ומשאבים.

#### **3.8.1 תפקוד יומיומי**

המשתתפים נשאלו על תפקודם בחודש האחרון במספר תחומי חיים: עבודה או לימודים, הורות, זוגיות, חברות ואינטימיות. המשתתפים התבקשו לדרג כיצד ראוי לציין כי המשתתפים דירגו את התחומים הרלבנטיים להם, למשל משתתף שאינו הורה לא דירג את תחום ההורות. טבלה 9 מציגה את פירוט תפקוד יומיומי לפי תחומי החיים שונים. נמצא כי התפקוד בעבודה/לימודים של משתתפים עם מוגבלות אשר נחשפו לאיום הביטחוני, דורג כפחות טוב באופן מובהק מאשר התפקוד של משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני או משתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני. משתתפים ללא מוגבלות אשר נחשפו לאיום הביטחוני דווחו על תפקוד טוב יותר כבני זוג ותפקוד טוב יותר בתחום האינטימי מאשר משתתפים עם מוגבלות שנחשפו או שלא נחשפו לאיום הביטחוני. לסיכום, במרבית מתחומי החיים, משתתפים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני דירגו את תפקודם כנמוך יותר לעומת משתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני ומשתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני.

טבלה 9. התפלגות תפקוד יומיומי בקבוצות המחקר

$\chi^2$	כולם		ללא מוגבלות		עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני		עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני			
	%	n	%	n	%	n	%	n		
41.09***	5%	22	3%	4	3%	5	9%	13	מאד לא טוב	תפקוד בעבודה או בלימודים
	7%	31	8%	10	2%	3	12%	18	לא טוב	
	10%	41	8%	10	4%	6	17%	25	בינוני	
	25%	104	26%	33	24%	35	24%	36	טוב	
	53%	226	56%	72	66%	97	38%	56	טוב מאוד	
7.25	1%	4	1%	1	0%	0	3%	3	מאד לא טוב	תפקוד כהורה
	3%	8	1%	1	4%	4	3%	3	לא טוב	
	14%	38	16%	11	11%	11	16%	16	בינוני	
	31%	84	30%	20	29%	30	34%	34	טוב	
	50%	134	51%	34	56%	57	43%	43	טוב מאוד	
29.36***	3%	10	2%	2	3%	3	5%	5	מאד לא טוב	תפקוד כבן/בת זוג
	9%	26	6%	6	11%	11	10%	9	לא טוב	
	11%	33	5%	5	18%	17	12%	11	בינוני	
	32%	93	24%	25	34%	33	38%	35	טוב	
	45%	131	64%	68	33%	32	34%	31	טוב מאוד	
8.73	4%	17	4%	5	5%	8	3%	4	מאד לא טוב	תפקוד כחבר
	3%	13	1%	1	3%	5	5%	7	לא טוב	
	16%	67	12%	16	14%	21	20%	30	בינוני	
	29%	127	34%	45	27%	40	28%	42	טוב	
	48%	208	50%	66	50%	73	45%	68	טוב מאוד	
31.14***	6%	20	3%	3	5%	5	13%	12	מאד לא טוב	תפקוד בתחום האינטימי
	7%	23	6%	7	9%	10	6%	6	לא טוב	
	14%	46	5%	6	19%	21	20%	19	בינוני	
	32%	105	34%	41	39%	43	22%	21	טוב	
	40%	130	52%	62	28%	30	39%	37	טוב מאוד	

\*\*\*p<.001



כמו כן, נעשתה השוואה בין שלוש קבוצות המחקר ביחס למדד כולל של תפקוד יומיומי (ראה טבלה 10). נמצא הבדל מובהק בתפקוד היומיומי בין שלוש הקבוצות. במבחן Post Hoc מסוג Tukey נמצא כי מקור המובהקות היה בין משתתפים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני, אשר העריכו את תפקודם פחות טוב מאשר משתתפים בשתי הקבוצות האחרות (אנשים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני ואנשים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני).

**טבלה 10. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות של תפקוד יומיומי**

F	קבוצה			ממוצע	תפקוד יומיומי
	ללא מוגבלות	עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני	עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני		
16.53***	3.27	3.19	2.80	ס"ת	
	(.71)	(.49)	(.97)		

\*\*\*p<.001

איור 6 ממחיש את ההבדלים בממוצעים בתפקוד היומיומי של המשתתפים משלוש קבוצות המחקר. ניתן לראות שמשתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום ביטחוני דירגו את תפקודם כגבוה ביותר, לאחריהם משתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני ולבסוף, משתתפים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני.

**איור 6. ממוצע תפקוד יומיומי בקרב שלוש קבוצות המחקר**



בנוסף, תפקוד יומיומי נבחן בחתך של קבוצת המחקר (חשיפה או העדר חשיפה לאיום הביטחוני) וסוג המוגבלות. טבלה 11 (ראה עמ' 46) כוללת את ממצאי הסטטיסטיקה התיאורית של שתי קבוצות משתתפים עם מוגבלות ביחס לתפקוד יומיומי.

### טבלה 11. תפקוד יומיומי בחתך שתי קבוצות המחקר וסוג מוגבלות

קבוצה												
סה"כ				עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני				עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני				
סה"כ	חושית- שמיעה	חושית- ראייה	פיזית/ מוטורית	סה"כ	חושית- שמיעה	חושית- ראייה	פיזית/ מוטורית	סה"כ	חושית- שמיעה	חושית- ראייה	פיזית/ מוטורית	סוג המוגבלות
2.99	3.02	3.02	2.95	3.19	3.16	3.20	3.21	2.80	2.89	2.81	2.72	ממוצע
.79	.83	.72	.82	.49	.52	.50	.46	.97	1.04	.86	.98	ס"ת
300	102	93	105	149	50	50	49	151	52	43	56	N

ממצאי הניתוח השוונות הדו-כיווני הראה שלא נמצא הבדל בתפקוד היומיומי לפי סוג המוגבלות.

### 3.8.2 וויסות קוגניטיבי-רגשי

שאלון הוויסות הקוגניטיבי-רגשי (CERQ18) (Garnefski & Kraaij, 2002) כלל במחקר הנוכחי חמישה גורמים מרכזיים: (1) האשמת האחר וקטסטרופיזציה (2), הרהור ומיקוד מחדש באופן שלילי (3) תכנון והערכה מחדש באופן חיובי (4) קבלה והתייחסות לדברים בפרופורציה (5) אשמה עצמית. טבלה 12 (ראה עמ' 47) מציגה ממוצעים של חמשת הגורמים הנ"ל בקרב שלוש קבוצות המחקר. ניתן לראות כי משתתפים עם מוגבלות אשר נחשפו לאיום הביטחוני דיווחו על רמה גבוהה יותר של האשמת האחר וקטסטרופיזציה מאשר משתתפים עם מוגבלות וללא מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני. משתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני דיווחו על רמה גבוהה יותר של תכנון והערכה מחדש באופן חיובי מאשר משתתפים ללא מוגבלות או עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני. למשתתפים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני אשמה עצמית רבה יותר מאשר משתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני או משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני. ממצאים אלה היו מובהקים סטטיסטית.

## טבלה 12. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות רב משתני

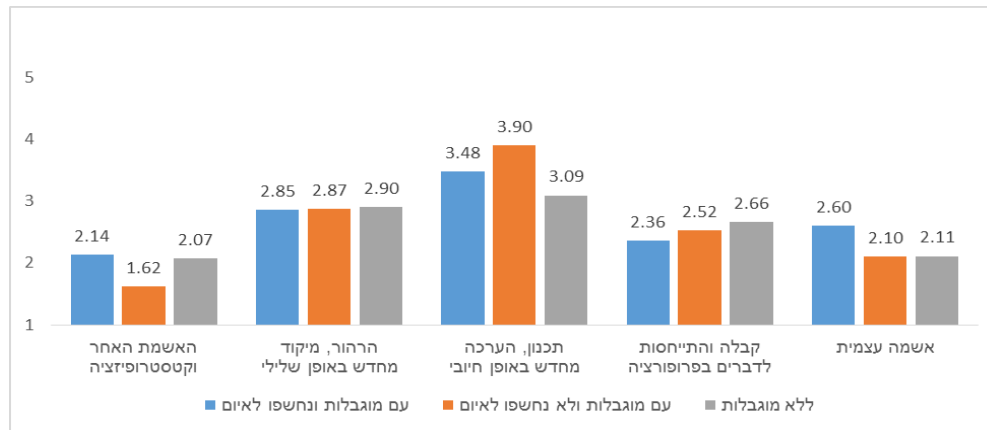
### בשאלון ויסות קוגניטיבי-רגשי<sup>4</sup>

F	ללא מוגבלות		עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני		עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני		
	ממוצע	(ס"ת)	ממוצע	(ס"ת)	ממוצע	(ס"ת)	
18.88***	2.07B	(0.83)	1.62B	(0.36)	2.14A	(1.03)	האשמת האחר וקטסטרופיזציה
0.06	2.90	(.95)	2.87	(1.30)	2.85	(1.22)	הרהור, מיקוד מחדש באופן שלילי
45.84***	3.03A	(1.07)	4.06C	(.98)	3.44B	(.68)	תכנון, הערכה מחדש באופן חיובי
2.67	2.87	(.90)	2.59	(1.29)	2.68	(.86)	קבלה והתייחסות לדברים בפרופורציה
14.63***	2.11A	(1.02)	2.10A	(.71)	2.60B	(1.00)	אשמה עצמית

\*\*\* $p < .001$ ; Multivariate  $F(10,862) = 19.12$ ,  $p < .001$

איור 7 מציג את ממוצעי הגורמים השונים של ויסות קוגניטיבי-רגשי בקרב שלוש קבוצות המחקר.

### איור 7. ממוצעי הגורמים של ויסות קוגניטיבי-רגשי בשלוש קבוצות המחקר



### 3.8.3 חוסן אישי

שאלון זה כלל שני היגדים המתארים את רמת החוסן של המשתתף, קרי הערכת יכולתו של הפרט לצמוח לאחר משבר או אירוע טראומטי (Vaishnavi, Connor & Davidson, 2007). כפי שניתן לראות בטבלה 13, הקבוצה שדיווחה על רמת חוסן הגבוהה ביותר היא קבוצת המשתתפים ללא מוגבלות שנחשפו

<sup>4</sup> הסבר לסימונים בטבלה 12: האותיות באנגלית ליד הממוצעים מציינות אילו שתי קבוצות שונות זו מזו באופן מובהק. כאשר שתי קבוצות סומנו באותה אות, הן אינן שונות. קבוצות שסומנו באות שונה, שונות זו מזו.

לאיום הביטחוני. בנוסף, נמצא כי החוסן האישי של משתתפים ללא מוגבלות גבוה באופן מובהק מהחוסן של משתתפים עם מוגבלות (אלה שנחשפו או שלא נחשפו לאיום הביטחוני).

#### טבלה 13. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות ביחס לחוסן המשתתפים<sup>5</sup>

F	קבוצה			ממוצע (ס"ת)
	ללא מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני	עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני	עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני	
14.88***	2.91 A (0.93)	2.39 B (0.88)	2.47 B (0.82)	

\*\*\* $p < .001$

#### 3.8.4 חוסן פסיכולוגי

חוסן פסיכולוגי כלל במחקר הנוכחי שלושה ממדים: הערכה עצמית, שליטה בינאישית ומסוגלות אישית (Windle, Markland & Woods, 2014). מטבלה 14 ניתן לראות שלא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בממוצע הערכה עצמית ובמסוגלות אישית בין שלוש קבוצות המחקר. הבדל מובהק סטטיסטית נמצא בממוצע שליטה בינאישית בין אנשים ללא מוגבלות לאנשים עם מוגבלות, כלומר הממוצע הגבוה ביותר היה בקרב משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני.

#### טבלה 14. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות

##### ביחס לשלושת הממדים של חוסן פסיכולוגי

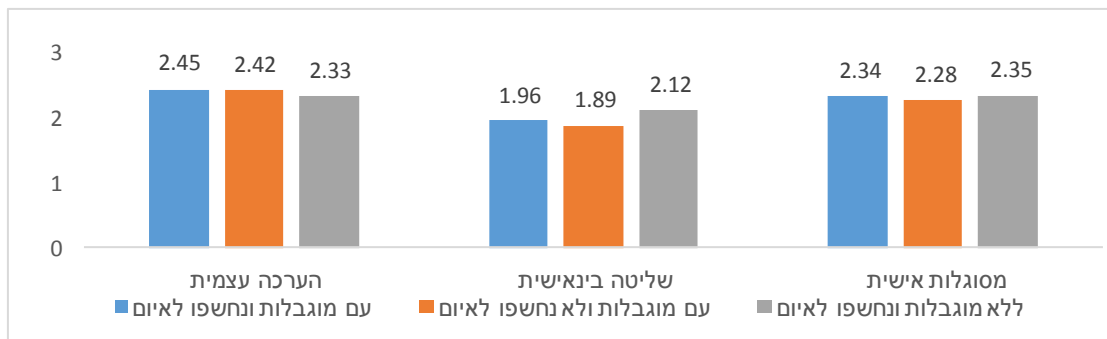
F	קבוצה			ממוצע (ס"ת)	הערכה עצמית
	ללא מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני	עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני	עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני		
2.4	2.33 (0.50)	2.42 (0.53)	2.45 (0.50)		
6.08**	2.12 B (0.50)	1.89 A (0.62)	1.96 A (0.6)		שליטה בינאישית
0.92	2.35 (0.41)	2.28 (0.51)	2.34 (0.48)		מסוגלות אישית

\*\* $p < .001$ ; Multivariate  $F(6,866) = 9.30$ ,  $p < .001$

איור 8 (ראה עמ' 49) מציג את ממוצעי הממדים של חוסן פסיכולוגי בהשוואה של שלוש קבוצות המחקר.

<sup>5</sup> הסבר לסימונים בטבלה 13: האותיות באנגלית ליד הממוצעים מציינות אילו שתי קבוצות שונות זו מזו באופן מובהק. כאשר שתי קבוצות סומנו באותה אות, הן אינן שונות. קבוצות שסומנו באות שונה, שונות זו מזו.

### איור 8. ממוצעי שלושת הממדים של חוסן פסיכולוגי בקרב שלוש קבוצות המחקר



### 3.8.5 מקורות תמיכה ולחץ בשעת חירום

כפי שניתן לראות בטבלה 15, נמצא הבדל כללי בין שלוש קבוצות המחקר בתפיסת מקורות התמיכה והלחץ בשעת חירום. מבחן המשך Post Hoc מסוג Tukey הצביע על ההבדלים הבאים: (1) מידת התמיכה של המקורות בשעת חירום - משתתפים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני סבורים שיש להם יותר תמיכה בשעת חירום מאשר שתי קבוצות האחרות (2) מספר מקורות לחץ בשעת חירום - משתתפים עם מוגבלות שנחשפו או לא נחשפו לאיום הביטחוני דיווחו על מקורות לחץ רבים יותר בשעת חירום מאשר משתתפים ללא מוגבלות. איור 9 ממחיש את הממצאים באופן גרפי.

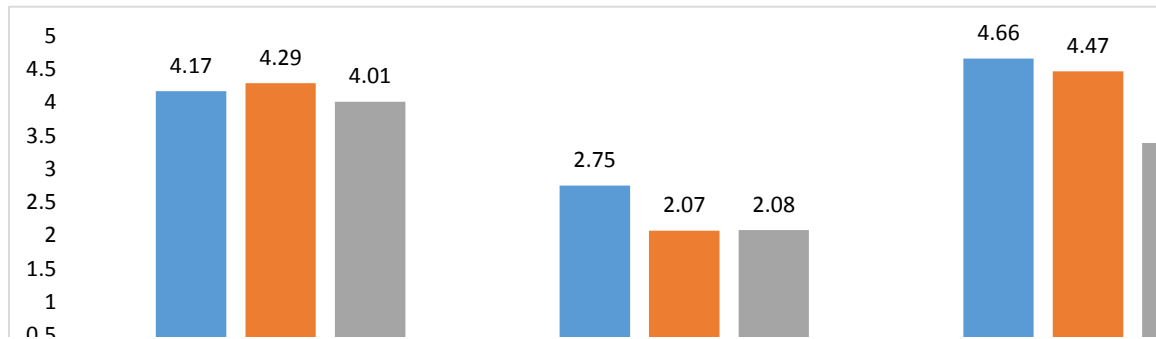
### טבלה 15. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות

#### ביחס למקורות התמיכה והלחץ בשעת חירום

F	קבוצה			ממוצע (ס"ת)	מספר מקורות תמיכה בשעת חירום
	ללא מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני	עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני	עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני		
1.48	4.01 (1.31)	4.29 (1.36)	4.17 (1.38)	ממוצע (ס"ת)	מידת התמיכה של המקורות בשעת חירום
8.18***	2.08 B (0.65)	2.07 B (0.59)	2.75 A (2.73)	ממוצע (ס"ת)	
8.09***	3.39 B (2.99)	4.47 A (3.11)	4.66 A (2.48)	ממוצע (ס"ת)	מספר מקורות לחץ בשעת חירום
2.41	1.68 (0.92)	2.23 (2.65)	2.33 (3.06)	ממוצע (ס"ת)	

\*p<.05; \*\*\*p<.001; Multivariate F(8,778) = 3.64, p < .001

**איור 9. ממוצעי מקורות תמיכה ולחץ בקרב שלוש קבוצות המחקר**



**3.8.6 רווח והפסד של משאבים**

נמצא כי משתתפים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני העריכו כי הם הפסידו משאבים אישיים ובינאישיים (כגון: תחושת משמעות, שליטה בחיים, תקווה, קרבה לבן משפחה, וקרבה לחבר) ברמה גבוהה לעומת משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני ומשתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני. לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטי בין שלוש קבוצות המחקר בנוגע לרווח של משאבים (ראה טבלה 16).

**טבלה 16. ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוח שונות**

**ביחס לרווח או הפסד של משאבים אישיים ובינאישיים<sup>6</sup>**

F	קבוצה			ממוצע (ס"ת)	רווח משאבים
	ללא מוגבלות ביטחוני	עם מוגבלות ולא נחשפו לאיום ביטחוני	עם מוגבלות ונחשפו לאיום ביטחוני		
1.27	0.73 (0.77)	0.79 (0.65)	0.86 (0.71)		
3.07*	0.61 B (0.57)	0.66 AB (0.51)	0.77 A (0.53)		הפסד משאבים

\*p<.05; Multivariate F(4,868) = 1.65, p = ns.

<sup>6</sup> הערה לטבלה 16: האותיות באנגלית ליד הממוצעים מציינות אילו שתי קבוצות שונות זו מזו באופן מובהק. כאשר שתי קבוצות סומנו באותה אות, הן אינן שונות. קבוצות שסומנו באות שונה, שונות זו מזו.

### 3.9 ממצאי הרגרסיות

במסגרת הניתוחים הסטטיסטיים שבוצעו להבנת הקשר בין חשיפה לאיום ביטחוני לבין תגובות דחק (PTSD, ודיכאון), בוצעו מספר רגרסיות. להלן הממצאים המרכזיים של ניתוחים אלו:

א. על מנת לזהות מודל לניבוי תגובות דחק מסוג תסמינים פוסט-טראומטיים (PTS) בקרב המשתתפים, נערכה רגרסיה ליניארית אשר בה הוכנסו משתני המחקר הבלתי-תלויים וכן משתנה בינארי של חשיפה לאיום ביטחוני ומשתנה בינארי של מוגבלות. בנוסף, נכללו במודל אינטראקציות של חשיפה לאיום ביטחוני ומוגבלות יחד עם משתני המחקר האחרים (ראה נספח 2). ממצאי הרגרסיה הראו כי ככל שרמת התפקוד טובה יותר, כך רמת תסמינים פוסט-טראומטיים (PTS) יורדת. רמת התפקוד נמצאה מובהקת גם באינטראקציה עם מוגבלות. כלומר, כאשר קיימת מוגבלות ורמת התפקוד נמוכה, רמת התסמינים הפוסט-טראומטיים (PTS) עולה.

במטרה לבחון את מהות האינטראקציות, חושבו מקדמי מתאם בין המשתנים המסבירים לבין תסמינים פוסט-טראומטיים (PTS) בכל קבוצה בנפרד. ממצאי הקורלציות הראו כי בקרב משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני, ככל שיש יותר גורמי לחץ, כך רמת התסמינים הפוסט-טראומטיים עולה ( $r=0.46, p<.001$ ), בעוד שבקרב משתתפים עם מוגבלות שנחשפו או שלא נחשפו לאיום הביטחוני לא נמצא קשר בין גורמי לחץ לבין תסמינים פוסט-טראומטיים ( $r=0.05, p = ns; r=-0.10, p = ns$ ). בהתאמה). כמו כן, ככל שהתפקוד היומיומי של משתתפים ללא מוגבלות הוא טוב יותר, כך רמת התסמינים הפוסט-טראומטיים יורדת ( $r=-0.44, p<.001$ ), ואילו בקרב משתתפים עם מוגבלות שנחשפו או לא נחשפו לאיום הביטחוני, לא נמצא קשר בין התפקוד לבין רמת התסמינים הפוסט-טראומטיים ( $r=-0.08, p = ns; r=.11, p = ns$ ). בהתאמה). ניתן לראות כי כ- 18% מהשונות של התסמינים הפוסט-טראומטיים (PTS) מוסברת על ידי המשתנים הבלתי תלויים שבמודל, כגון: חשיפה לאיום הביטחוני (כן/לא), רמת תמיכה בשעת חירום, מספר גורמי לחץ, תפקוד ואינטראקציה של מספר גורמי לחץ או תפקוד עם מוגבלות (ראה נספח 2).

ב. לבחינת ניבוי של דיכאון בקרב המשתתפים בוצעה רגרסיה נוספת. בנוסף, נכללו אינטראקציות בין שלושת הממדים של חוסן פסיכולוגי וויסות קוגניטיבי-רגשי עם מוגבלות (ראה נספח 3). ממצאי הרגרסיה לניבוי דיכאון הראו כי למשתתפים עם מוגבלות ממוצע גבוה יותר של דיכאון לעומת משתתפים ללא מוגבלות (ראה

צעד 2). חוסן פסיכולוגי נמוך נמצא קשור לרמה גבוהה יותר של דיכאון. כמו כן, הרהור ומיקוד מחדש באופן שלילי (גורם של וויסות קוגניטיבי-רגשי) ותפקוד נמצאו באינטראקציה עם מוגבלות. ממצאי האינטראקציות הראו כי ככל שהמשתתף ללא מוגבלות מדווח על רמת הרהור ומיקוד מחדש באופן שלילי (גורם של וויסות קוגניטיבי-רגשי) באיום הביטחוני כך רמת הדיכאון עולה ( $r=.28, p<.001$ ), בעוד שבקרב משתתפים עם מוגבלות לא נמצא קשר זה ( $r=-0.10, p = ns; r=-0.08, p = ns$ ). בהתאמה).

במטרה לבחון את מהות האינטראקציות, חושבו מקדמי מתאם בין המשתנים המסבירים לבין דיכאון בכל קבוצה בנפרד. ממצאי הקורלציות הראו כי בקרב משתתפים ללא מוגבלות, ככל שרמת התפקוד גבוהה יותר כך רמת הדיכאון נמוכה יותר ( $r=-0.58, p<.001$ ). בקרב משתתפים עם מוגבלות, לא נמצא קשר בין תפקוד לבין דיכאון ( $r=0.06, r=-0.06$ ), בקרב משתתפים שנחשפו ושלא נחשפו, בהתאמה) (ראה נספח 3).  
ג. נערכה רגרסיה לוגיסטית לניבוי פוסט-טראומה (PTSD) כמשתנה בינארי (קיום או העדר של אבחנת פוסט-טראומה). גורמי לחץ ותפקוד (רווח משאבים, שלושת הממדים של חוסן פסיכולוגי, מספר גורמי לחץ, וויסות קוגניטיבי-רגשי) נמצאו כמנבאים באופן מובהק את הסיכוי לפוסט-טראומה באינטראקציה עם המוגבלות. ממצאי הרגרסיה הלוגיסטית הראו כי בקרב משתתפים עם מוגבלות, חשיפה לאיום הביטחוני מגבירה את הסיכוי ל- PTSD פי 2. עוד נמצא כי ככל שיש יותר גורמי לחץ, גובר הסיכוי ל- PTSD. רמת תפקוד גבוהה נמצאה כגורם המקטין את הסיכוי לפוסט-טראומה (ראה נספח 4). במטרה לבחון את מהות האינטראקציות, חושבו מקדמי מתאם פירסון בין המשתנים המסבירים לבין PTSD בקרב כל קבוצה בנפרד. נמצא כי בקרב משתתפים ללא מוגבלות גורמי לחץ ותפקוד קשורים לפוסט-טראומה, אך לא בקרב משתתפים עם מוגבלות.

#### 4. דיון

לחשיפה לאירוע חיים טראומטי, מסוג מלחמה או טרור, עלולות להיות השלכות נפשיות, כגון: פוסט-טראומה, חרדה, דיכאון, וקשיי תפקוד (Bleich, Gelkopf, Melamed, & Solomon, 2006; Gelkopf, ).  
(Solomon, Berger, & Bleich, 2008; Shalev et al., 1998). השלכות אלו נחקרו עד כה בקרב האוכלוסייה הכללית ופחות בקבוצות מודרות בחברה, כדוגמת אנשים עם מוגבלות. המחקר הנוכחי ענה על צורך זה באמצעות הערכת השכיחות של תגובות דחק (PTSD, PTS), ודיכאון) וגורמי פגיעות וחוסן של אנשים עם



מוגבלות פיזית או חושית אשר נחשפו בארץ לאיום ביטחוני. להלן נדון בממצאים הנותנים מענה לשאלות המחקר.

#### **4.1 שכיחות תגובות דחק (PTSD, PTSD ודיכאון) בקרב אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית אשר נחשפו לאיום ביטחוני כרוני.**

במחקר הנוכחי נמצא כי משתתפים עם מוגבלות אשר נחשפו לאיום הביטחוני דיווחו על רמת דיכאון גבוהה יותר, שכיחות גבוהה יותר של תסמינים פוסט-טראומטיים (PTSD) וכן דיווחו על שיעור גבוה יותר של PTSD בהשוואה למשתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני ולמשתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני. נמצא כי 28% מהמשתתפים עם מוגבלות אשר נחשפו לאיום הביטחוני (קבוצת הניסוי) אובחנו במחקר הנוכחי עם PTSD כתוצאה מהחשיפה לאירועי מלחמה וטרור. ממצאי המחקר מצביעים על סיכון של פי שתיים לחוות PTSD עקב חשיפה לאיום ביטחוני בקרב אנשים עם מוגבלות. ממצאים אלו תומכים בממצאי מחקרים אחרים (Bleich et al., 2003; Bonanno, 2004) אשר הראו כי חיים בצל אירועי מלחמה וטרור מעלים את הסיכון לחוות תסמינים פוסט-טראומטיים ודיכאון.

בהקשר זה, חשוב לציין כי משתתפים אלו לא אובחנו עם PTSD קודם לכן, כלומר מתוך דיווחם במחקר הנוכחי עולה כי הם חוו תסמינים של תגובות דחק עקב החשיפה הממושכת לאירועי מלחמה וטרור בארץ. ממצא זה מעיד על תת-אבחון של תסמינים של תגובות דחק בקרב אוכלוסייה זאת (אנשים עם מוגבלות). הסבר אפשרי לכך הוא הצללה בתהליך האבחון (diagnostic overshadowing), קרי קושי לאבחן תגובות דחק כתוצאה מחשיפה למלחמה או לטרור בקרב אנשים עם מוגבלות בשל קשיים רגשיים ונפשיים הנלווים לעתים לחיים עם המוגבלות (Barnhill, 2008). מצב זה של תת אבחון של תגובות דחק בקרב אנשים עם מוגבלות אשר נחשפו לאירוע ביטחוני עשוי להיגרם גם כתוצאה מהעדר מודעות לאוכלוסייה זאת מעצם היותה קבוצה מודרת בחברה. ייתכן אף שאינטרסים כלכליים של חברות הביטוח הרפואי מונעים את המודעות והטיפול בתגובות דחק של אנשים עם מוגבלות כתוצאה מחשיפה אינטנסיבית לאירועים ביטחוניים.

ממצאי המחקר הנוכחי תומכים במחקרים אחרים אשר הראו כי אנשים עם מוגבלות נמצאים בסיכון מוגבר יותר לחוות תגובות דחק בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Berger et al., 2015, Bleich et al., 2003, )

מוגבלות הוא חשיפתם המוגברת לאירועי חיים טראומטיים, מה שעשוי להשפיע על שכיחות תגובות הדחק שהם חווים (Schild & Dalenberg, 2012; Anderson et al., 2014). יחד עם זאת, במחקר הנוכחי לא נמצא כי אנשים עם מוגבלות חוו יותר אירועי חיים טראומטיים, אלא להיפך, נמצא כי אנשים ללא מוגבלות חוו יותר אירועי חיים טראומטיים. ייתכן ואנשים עם מוגבלות פיזית או חושית נמנעים מסיטואציות מאתגרות או מסכנות חיים בשל הלכות הגופנית, אך יש לבחון השערה זאת במחקר עתידי.

בנוסף, ממצאי המחקר הנוכחי הצביעו על רמת דיכאון גבוהה יותר בקרב המשתתפים עם המוגבלות בהשוואה למשתתפים ללא מוגבלות. בניגוד להשערה כי המשתתפים עם המוגבלות אשר נחשפו לאיום הביטחוני יחוו דיכאון ברמה גבוהה יותר משתי הקבוצות האחרות, נמצא כי לא היה הבדל ברמת הדיכאון בין המשתתפים עם המוגבלות – אלה שנחשפו לאיום הביטחוני לעומת אלה שלא נחשפו לאיום הביטחוני. כאמור, שתי קבוצות אלה של המשתתפים עם המוגבלות דיווחו על דיכאון ברמה גבוהה בהשוואה למשתתפים ללא מוגבלות. הסבר אפשרי לממצא זה הוא שאנשים עם וללא מוגבלות מגיבים בדפוסים שונים בהתמודדותם עם אירוע טראומטי מסוג איום ביטחוני כרוני. ייתכן ואנשים עם מוגבלות נוטים פחות להגיב לאירוע מלחמה או טרור בתחושות שליליות מסוג של דכדוך. לעומת זאת, הם נוטים יותר להאשים אחרים ולהאשים את עצמם במצב, וכן הם מאמצים אסטרטגיה של תכנון מראש, כפי שניכר בממצאי המחקר הנוכחי. דפוס זה של התמודדות עשוי להגן מפני דיכאון במצבי משבר מסוג אירועים טראומטיים (Ledoux & Gorman, 2001). מאידך, העומס והלחץ המתמשכים בצל ההתמודדות הכרונית עם המוגבלות עשויים לאורך זמן להוביל לתגובה של דכדוך כרוני או לפחות מצב רוח שלילי, כפי שנראה ברמה הגבוהה של דיכאון בקרב שתי הקבוצות של האנשים עם המוגבלות.

חשוב לציין כי לא נמצאו הבדלים בשיעור הדיכאון בין סוגי המוגבלויות השונים. יחד עם זאת, ממוצעי רמת הדיכאון בין סוגי המוגבלויות וממצאי קבוצות המיקוד העידו על כך שאנשים עם מוגבלויות שונות מגיבים באופן שונה לאיום הביטחוני הממושך. למשל, המשתתפים בקבוצות המיקוד של המוגבלויות החושיות (ראייה ושמיעה) דיווחו על תגובה התנהגותית מסוג רגישות חושית מוגברת, קרי רגישות למידע אשר נקלט באמצעות החוש הדומיננטי שלהם, מה שהגביר בהם את רמת הלחץ (Shpigelman & Gelkopf, 2016).

עוררות יתר מבחינה חושית מהווה תסמין פוסט-טראומטי ולאורך זמן אף עשויה להוביל לפסיכופתולוגיה (Schell, Marshall & Jaycox, 2004).

עוד נמצא במחקר הנוכחי, בדומה לנמצא בספרות המחקרית, כי חשיפה לגורם לחץ מסוג אירוע טרור עשויה להשפיע לשלילה על תחושת הלחץ והתפקוד היומיומי של הפרט (Almedon & Summerfield, 2004; Morina, Ford, Risch, Morina, & Stangier, 2010; Priebe et al., 2010). במחקר הנוכחי נמצא כי החשיפה למלחמה ולטרור גרמו למשתתפים קושי בתחומי החיים שונים, לרבות מגע עם אנשים, לימודים, עבודה או כל פעילות יומיומית אחרת. בפרט, משתתפים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני דיווחו על מידה רבה יותר של פגיעה בתפקוד היומיומי לעומת משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני. ממצא זה מרמז על כך שאנשים עם מוגבלות נמצאים בסיכון לפגיעה בתפקודם בשעת חירום. למעשה, בזמן מלחמה, אנשים עם מוגבלות עשויים להתקל בקשיים טכניים, המונעים או מעכבים את שגרת היומיום שלהם, למשל כאשר המלווה אינו יכול להגיע פיזית לאדם עם המוגבלות, אותו אדם עם מוגבלות ימנע מפעילויות חוץ ביתיות. חוסר תפקוד זה לכשעצמו עשוי להוות גורם סיכון לסימפטומטולוגיה.

#### **4.2 גורמי הפגיעות והחוסן של אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית בעת המלחמה או טרור.**

מחקרים אשר בחנו פגיעות וחוסן של האוכלוסייה החשופה באופן אינטנסיבי לאיום ביטחוני מצאו מספר גורמים שעשויים להשפיע על הפגיעות ו/או החוסן של האוכלוסייה, כגון: חשיפה לאירועי חיים טראומטיים, זמינות של משאבים כלכליים, פסיכולוגיים וחברתיים, וחוסן פסיכולוגי (Ai et al., 2006; Bonanno et al., 2005; Chipman, Palmieri, Canetti, Johnson, & Hobfoll, 2011; Hobfoll et al., 2003, 2009; Seery et al., 2010). גורמים אלה נבחנו כאמור בקרב כלל האוכלוסייה ופחות בקרב אנשים עם מוגבלות. במחקר הנוכחי נבחנו גורמי הפגיעות והחוסן הבאים: תפקוד יומיומי, וויסות קוגניטיבי-רגשי, חוסן אישי, חוסן פסיכולוגי, מקורות תמיכה ולחץ, רווח והפסד של משאבים.

**תפקוד יומיומי:** נמצא הבדל מובהק בתפקוד היומיומי הכולל בין שלוש קבוצות המחקר. במרבית מתחומי החיים (עבודה או לימודים, זוגיות, ואינטימיות), המשתתפים עם המוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני דירגו את תפקודם כנמוך, לאחריהם משתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני ולבסוף, משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום ביטחוני. ממצא זה עולה בקנה אחד עם הספרות המחקרית הטוענת שחשיפה

לאיום ביטחוני עלולה להשפיע באופן שלילי על רמת התפקוד של האדם ( Erbes, Meis, Polusny & Compton, 2012; Hirschfeld et al., 2000; Matthews & Chinnery, 2005; Rosen, Tiet, Cavella, Finney, & Lee, 2005). דו"ח של נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (2015) מראה ש-36% מאנשים עם מוגבלות מדווחים על קושי בביצוע פעולות יומיומיות במצב שגרה, כך שניתן להניח כי בעת מלחמה או טרור קשיים עשויים להחריף. עדות לכך נמצא בממצאים האיכותניים של המחקר הנוכחי ( Shpigelman & Gelkopf, 2016), לפיהם המשתתפים עם המוגבלות דיווחו על קושי לתפקד בשעת חירום, מה שהוביל אותם לאמץ תגובה התנהגותית של הימנעות אשר סייעה להם להפחית את רמת הלחץ. למרות זאת, רבים מהמשתתפים דיווחו על תגובות דחק בשל קשיי התפקוד בתוך הקשר של תנאים סביבתיים מגבילים. מצב זה אילץ אותם להיות תלויים בעזרתם של אחרים בשעת חירום, מה שהגביר בקרבם את תחושת הלחץ, במיוחד לאור הצורך של אנשים עם מוגבלות בעצמאות והאמביוולנטיות והקושי הרגשי הנלווה לתלות באנשים קרובים (Bogart, 2015; Fine & Glendinning, 2005).

מעבר לכך, נמצא שככל שרמת התפקוד טובה יותר, כך רמת התסמינים הפוסט-טראומטיים (PTSD) יורדת. במקביל, כאשר קיימת מוגבלות ורמת התפקוד נמוכה, רמת התסמינים הפוסט-טראומטיים (PTSD) עולה. ממצאים אלה תואמים את הספרות המחקרית ( Bleich et al., 2003; Bonanno, 2004; Gelkopf et al., 2010; Priebe et al., 2012). לעומת זאת, קשר מובהק בין תפקוד לרמת הדיכאון נמצא רק עבור משתתפים ללא מוגבלות. ממצאים אלה מרמזים על כך כי פגיעה בתפקוד בשעת בחירום עשויה להוות גורם סיכון עבור אנשים עם מוגבלות מבחינת רמת הלחץ אך לא מבחינה נפשית שלילית כמו דיכאון. בהקשר זה חוסנו של האדם יכול לבוא לידי ביטוי בחלק מתגובות הדחק, למשל החוסן יכול להתבטא מבחינת רמת דיכאון נמוכה, אך לא מבחינת התסמינים הפוסט-טראומטיים (PTSD). הביטוי של חוסנו של אדם מושפע מהמנגנון הפסיכולוגי שלו, הכולל גורמי פגיעות. מכאן, ממצאי המחקר הנוכחי מרמזים על כך כי עבור אנשים עם תפקוד גבוה יחסית (לרוב אנשים ללא מוגבלות) פגיעה פתאומית בתפקוד עשויה להיות חוויה מדכאת, בעוד שאנשים עם מוגבלות שתפקודם מוגבל בדרך-כלל בשל הלקות, עשויים לחוות לחץ (אך לא דיכאון) בשל קושי להתמודד באופן אקטיבי ועצמאי עם המצב.

**וויסות קוגניטיבי-רגשי:** הספרות המחקרית מראה שמאפיינים פסיכולוגיים שונים, כמו למשל,

תכונות אופי ומבנה אישיות, משפיעים על אופן ההתמודדות עם אירועים טראומטיים (Desmond & Maclachlan, 2006). יכולת לוויסות עצמי נמצאה אף היא כמשתנה משמעותי בהתמודדות עם רמות גבוהות של לחץ (Badour & Feldner, 2013). במחקר הנוכחי נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בשלושה מתוך חמשת הממדים של וויסות קוגניטיבי-רגשי בין קבוצות המחקר. משתתפים עם מוגבלות (אלה שנחשפו ואלה שלא נחשפו לאיום הביטחוני) דיווחו על רמה גבוהה יותר של האשמת האחר וקטסטרופיזציה, תכנון והערכה מחדש באופן חיובי ואשמה עצמית לעומת משתתפים ללא מוגבלות אשר נחשפו לאיום הביטחוני. ממצאים אלה מעניינים משום שהם מדגישים את הגמישות בהתמודדות של האדם בהתאם לנסיבות חייו. אנשים עם מוגבלות נאלצים להתמודד בחיי היומיום עם חסמים חברתיים וכלכליים ולא פעם צריכים להילחם על זכויותיהם (Pendo, 2016; Shakespeare, 2013). מצב זה עשוי להוביל לדפוס של האשמה (למשל האשמת רשויות אשר אינן מקיימות גישה זמינה, נגישה ושווה לכלל האוכלוסייה) וכן לתחושה של קטסטרופה בשל העדר סיוע ותמיכה הולמים; אלה עלולים להחריף את תחושת העדר השליטה במצב וחוסר ביטחון ולהעלות את רמת המצוקה, במיוחד בשעת חירום. במקביל, על מנת להתמודד עם מצבי שגרה מגבילים ועם מצבי חירום מלחיצים, אנשים עם מוגבלות עשויים לפתח אסטרטגיות קוגניטיביות בונות חיוביות, כמו תכנון והערכה מחדש באופן חיובי, כפי שבא לידי ביטוי גם בקבוצות המיקוד (Shpigelman & Gelkopf, 2016). מעבר לכך, החיים עם המוגבלות מלווים לעתים באשמה עצמית בשל ההתמודדות היומיומית עם הלקות ועם תנאי הסביבה המגבילים (Bordieri & Kilbury, 1991), מצב שעשוי להחריף בשעת חירום כאשר הלחץ גובר.

**חוסן אישי וחוסן פסיכולוגי:** במחקר הנוכחי נמצא כי המשתתפים עם המוגבלות, הן אלה שנחשפו

והן אלה שלא נחשפו לאיום הביטחוני, דיווחו על תחושת חוסן אישי ברמה נמוכה באופן מובהק בהשוואה לחוסן של משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני. כלומר, משתתפים עם מוגבלות העריכו את יכולתם לצמוח לאחר משבר או אירוע טראומטי כנמוכה. תחושה זאת נמצאה ברמה גבולית ( $p < .06$ ), מה שעשוי לתרום לסימפטומטולוגיה בקרב אנשים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני. ממצא זה תומך במחקרים אחרים שהראו כי חוסן פסיכולוגי מהווה גורם מגן מפני תגובות דחק לאחר חשיפה לאירוע טראומטי (Galea et al., 2002; Bonanno et al., 2005; Bryant et al., 2002). המחקר הנוכחי מדגיש את ההערכה המופחתת של אנשים עם מוגבלות אודות יכולתם לעמוד איתנים ולהתאושש ממצבי לחץ ומצוקה

בהשוואה לכלל האוכלוסייה (אנשים ללא מוגבלות). כאשר המצב מחריף ויוצא מכלל שליטה, כמו במקרה של אירוע מלחמה או טרור, תחושה זאת של רמה נמוכה של חוסן, עשויה להוביל לתחושה של קטסטרופה. מכאן, חשוב לחזק את תחושת החוסן של אנשים עם מוגבלות על מנת לסייע להם להתמודד ביעילות עם מצבי חירום. בנוסף, מבין שלושת הממדים של חוסן פסיכולוגי, קרי הערכה עצמית, שליטה בינאישית ומסוגלות אישית (Windle, Markland & Woods, 2014), הבדל מובהק סטטיסטית נמצא רק במוצע המימד של שליטה בינאישית, וזאת בין אנשים ללא מוגבלות לאנשים עם מוגבלות. כלומר, הממוצע הגבוה ביותר של שליטה בינאישית היה בקרב משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני. ממצא זה מדגיש את הצורך לפתח מיומנויות חברתיות בקרב אנשים עם מוגבלות כמשאב פסיכולוגי חשוב לבלימת ההתפתחות של פסיכופתולוגיה לאחר חשיפה לאירוע טראומטי (Norris & Kaniasty, 1996). אנשים עם מוגבלות עשויים לחוות רמה נמוכה של שליטה בינאישית בשל התלות שלהם בעזרתו של האחר, בפרט במצב חירום, בו הם מתארים סיטואציה של הגנת יתר. הקושי לאזן בין תלות והגנה אל מול הרצון שלהם לעצמאות עשוי להגביר את רמת הלחץ. הדרך להתמודד עם חוסר איזון זה היא הפנמת התפיסה של תלות הדדית (Interdependence), קרי היכולת של אדם עם מוגבלות להנחות ולתפעל את נותני השירותים באופן יעני צרכיו (Gill, 1997).

**מקורות תמיכה ולחץ בשעת חירום:** משתתפים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני העריכו כי יש להם יותר תחושת תמיכה בשעת חירום מאשר שתי קבוצות האחרות (משתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני ומשתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני). ממצא זה תומך בספרות המטא-אנליטית, לפיה אנשים המתמודדים עם קושי רפואי נוטים להשתמש בתמיכה חברתית רבה (King, Taft, 2006; King, Hammond, & Stone, 2006). מכאן, אנשים עם מוגבלות הנחשפים באופן תדיר לאיום ביטחוני עשויים לדעת טוב יותר מאחרים כיצד לגייס תמיכה חברתית מוחשית. מאידך, לעתים תמיכה זאת עוברת את המידה הראויה, קרי הגנת יתר מבני המשפחה (Shpigelman & Gelkopf, 2016). בעוד שמחקרים (Ozbay, 2005; Southwick, Vythilingam, & Charney, 2007; et al., 2007) הראו כי תמיכה עשויה להפחית את רמת הלחץ של האוכלוסייה, ממצאי המחקר הנוכחי תומכים במחקרים אחרים (Bokszczanin, 2008; Hullmann, 2010; et al., 2010) אשר הראו כי הקשר אינו חד-כיווני, תמיכה רבה מדי של בני המשפחה, הבאה לידי ביטוי בצורה של הגנת יתר, עשויה להגביר את רמת הלחץ של האדם, בפרט במצבי חירום.

במקביל ולמרות מקורות התמיכה, המשתתפים עם המוגבלות, אלה שנחשפו ואלה שלא נחשפו לאיום הביטחוני, דיווחו על מקורות לחץ רבים יותר בשעת חירום מאשר משתתפים ללא מוגבלות. ממצא זה עשוי להסביר את רמת הלחץ של המשתתפים עם המוגבלות אשר נחשפו לאיום הביטחוני, כפי שהם דיווחו במחקר (בשני חלקיו- האיכותני והכמותי). מעבר לגורמי לחץ שיש להם פוטנציאל להגביר תגובות דחק בקרב כלל האוכלוסייה (Brewin et al., 2000; Gelkopf et al., 2012), כמו למשל אובדן או דאגה מבחינה כלכלית או העדר רשתות חברתיות המספקות תמיכה רגשית זמינה (בניגוד לתמיכה מעשית שאכן נמצא באוכלוסייה זאת), המשתתפים עם המוגבלות ציינו במחקר הנוכחי כי תלות באחרים, חוסר מידע נגיש ודאגה לכלב נחיה או חיית מחמד הגבירו בהם את תחושת הלחץ וחוסר האונים.

יחד עם זאת, גורמי הלחץ לא היוו גורמי פגיעות לפיתוח סימפטומטולוגיה עבור אנשים עם מוגבלות. נמצא כי כמות גורמי הלחץ בשעת חירום (כגון: קשיים כלכליים, בעיות רפואיות כרוניות, העדר תמיכה מהסביבה) מנבאת תסמינים פוסט-טראומטיים רק עבור אנשים ללא מוגבלות אשר נחשפו לאיום הביטחוני. הסבר אפשרי לכך הוא שאנשים עם מוגבלות התרגלו להתמודד עם גורמי הלחץ עליהם הם דיווחו בקבוצות המיקוד ובשאלונים, כגון: העדר נגישות הסביבה הפיזית, העדר מידע נגיש וזמין, תלות באחרים, והגנת יתר של בני המשפחה (Shpigelman & Gelkopf, 2016). גורמי לחץ אלה מדווחים פעמים רבות על-ידי אנשים עם מוגבלות גם במצב שגרה וזאת בשל העדר נגישות הסביבה (Hemingway & Priestley, 2006; Swain, French, Barnes, & Thomas, 2014). ייתכן שתהליכי ההתרגלות למצב (habituation) הינם שונים עבור אנשים עם מוגבלות.

**רווח והפסד של משאבים:** עוד נמצא במחקר הנוכחי כי משתתפים עם מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני העריכו כי הם הפסידו משאבים אישיים ובינאישיים (כגון: תחושת משמעות, שליטה בחיים, תקווה, קרבה לבן משפחה, וקרבה לחבר) ברמה גבוהה לעומת שתי קבוצות המחקר האחרות (משתתפים עם מוגבלות שלא נחשפו לאיום הביטחוני ומשתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני). ממצא זה תומך במחקרים קודמים (Hobfoll et al., 2009; Hobfoll, Canetti-Nisim, & Johnson, 2006) אשר הראו כי קבוצות מיעוט, הנמצאות בעמדת נחיתות בחברה, חוות יותר אובדן משאבים בעת מלחמה או טרור וכתוצאה מכך נמצאות בסיכון לחוות יותר תסמינים של תגובות דחק. לפי התיאוריה של שימור משאבים, קבוצות עם מעט משאבים עשויות לחוות במצבי משבר הידלדלות מהירה של המשאבים המוגבלים שלהם לעומת קבוצות

נורמטיביות או כאלה שחוו פחות טראומה (Hobfoll et al., 2006). יחד עם זאת, מחקרים אלה התמקדו עד כה בקבוצות מיעוט אתניות ואילו המחקר הנוכחי מדגיש את הסיכון לחוות הפסד משאבים ותגובות דחק בקרב קבוצת מיעוט נוספת – אנשים עם מוגבלות (נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, 2015).

### 4.3 סיכום, מסקנות והמלצות

המחקר הנוכחי בחן לראשונה תגובות דחק בקרב אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית אשר נחשפו לאיום ביטחוני ממושך בארץ. ממצאי המחקר מצביעים על שכיחות גבוהה יותר של תסמינים פוסט-טראומטיים ודיכאון וכן סיכון כפול לחוות PTSD בקרב אנשים עם מוגבלות אשר נחשפו לאיום הביטחוני. הממצאים גם מצביעים על כך כי אנשים עם המוגבלות אשר נחשפו לאיום הביטחוני לא רק שחוו יותר סימפטומטולוגיה, אך הם נמצאים בסיכון להתמודדות לקויה, יותר לחץ, יותר אובדן של משאבים ופגיעה בתפקוד.

ממצאי המחקר מחדדים את ההבדלים בהתמודדות של אנשים עם מוגבלות עם אירועים טראומטיים מסוג מלחמה וטרור בהשוואה לכלל האוכלוסייה. אופן תגובתם לאירועים אלה שונה מבחינת שכיחות התסמינים של תגובות הדחק ופיתוח אסטרטגיות התמודדות המותאמות לצרכיהם, כמו למשל הימנעות מפעילויות חוץ-ביתיות ופיתוח שגרת חירום, וזאת עקב תנאי הסביבה הלא מונגשים לאוכלוסייה זאת בשעת חירום. מעבר לכך, אנשים עם מוגבלות ארוכת טווח נאלצים להתמודד לעתים עם קונפליקטים משפחתיים, ארגוניים וחברתיים. ברמה המשפחתית, הם זקוקים לעזרה ולרוב מקבלים עזרה, אך בשעת חירום המצב של תלות יחד עם הגנת יתר עשוי ליצור דינמיקה מורכבת. ברמה הארגונית, תנאים סביבתיים מגבילים, כגון העדר נגישות לאנשים המתניידים בכיסא גלגלים או העדר מידע זמין, עשויים ליצור תחושה של קטסטרופה והאשמת החברה או נציגי הארגונים האמורים לתת שירות בשעת חירום לכלל האוכלוסייה. מאידך, היכולת לגייס תמיכה חברתית, להעריך דברים מחדש מנקודת מבט חיובית, ולתכנן מראש עשויים לסייע לאנשים עם מוגבלות להתמודד עם מצבי משבר בהצלחה (רמה נורמטיבית של תסמינים של פוסט-טראומה). יחד עם זאת בשעת מלחמה או טרור, בו הלחץ על האוכלוסייה גובר, משאבים אלה של אנשים עם מוגבלות מדלדלים.

מעבר לכך, הממצאים תומכים בתפיסה הבסיסית של חוסן אישי, קרי בזמן אירוע טראומטי החוסן של האדם מחוזק על-ידי גורמים אובייקטיביים (שמירה על שגרת היומיום) ופחות על-ידי גורמים פסיכולוגיים –



סובייקטיביים. יחד עם זאת, חשוב לספק מידע זמין ונגיש ולאפשר תקשורת נגישה על מנת לספק ביטחון לאנשים עם מוגבלות ובכלל לחזק את חוסנם הפסיכולוגי.

בהתאם לממצאים הנ"ל, קובעי מדיניות ונותני שירותים צריכים לפתח תכניות תמיכה והכשרות לאנשי מקצוע על מנת שיכולו לתת מענה הולם לאנשים עם מוגבלות בשעת חירום. כמו כן, המשתתפים במחקר המליצו לפתח תוכניות תמיכה והכשרה לאנשים עם מוגבלות עצמם בהתבסס על פרקטיקות מוצלחות שהם פיתחו או רכשו מניסיונם האישי לאורך השנים, כמו למשל היערכות מראש או שימוש ביישומים חברתיים נגישים בטלפון הנייד. כמו כן, יש ליידע את האנשים עם המוגבלות אודות נהלי החירום וגופי חירום אליהם ניתן לפנות בעת הצורך. מעבר לכך, יש להנגיש הן את הסביבה הפיזית והן את המידע המועבר בטכנולוגיות מידע ותקשורת לאנשים עם מוגבלות, כך שהם יחוו בטוחים בשעת חירום, מה שעשוי להפחית את רמת הלחץ שהם חווים בזמנים אלו. לבסוף, המשתתפים הציעו לפתח מוקד חירום אחד אשר ירכז את הטיפול וייתן מענה כולל לצרכיהם. בהקשר זה, חשוב לציין כי המחקר הנוכחי התבצע טרם כניסתן לתוקף של תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (התאמות נגישות לשירות) – תשע"ג (2013). תקנות אלה מחייבות הנגשה של כלל השירותים הניתנים לאזרחים וביניהם אנשים עם מוגבלות, כולל שירותי החירום, וזאת עד לשנת 2018. ההנגשה מתייחסת הן למבנה בו ניתן השירות והן לתוכן השירות (תקשורת ומידע). תקנות אלה מהוות צעד משמעותי וחשוב עבור התמודדות מוצלחת של אנשים עם מוגבלות בעת מלחמה או טרור.

## רשימת מקורות

- אריאן, א' (2007). בל נפנה עורף לחזית האזרחית. *עדכן אסטרטגי*, י"ז (1), 4-10.
- בן משה, א., רופמן, ל., והבר, י. (2011). *אנשים עם מוגבלות בישראל 2011: מוגבלות והשתלבות בחיי החברה בישראל - מבט השוואתי רב שנתי*. נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, משרד המשפטים, מדינת ישראל.
- גילבר, א' ובן צור, ח' (2010). גורמי חוסן ותסמינים פוסט טראומטיים: כיצד הגיבו ישראלים למלחמת לבנון השנייה, בתוך, פ' עזאיזה, נ' נחמיאס ומ' כהן (עורכים), *שירותי רווחה, בריאות וחינוך בשעת חירום: לקחים ממלחמת לבנון השנייה* (עמ' 95-116). חיפה: פרדס.
- המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה (2011). *עשור של פגיעות טראומה בישראל 2009-200: דו"ח לאומה 2011*. מכון גרנטר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, משרד הבריאות, ישראל.
- חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995.
- חוק שיוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, התשנ"ח-1998.
- לוינסון, ד' (2010). *הפרעות דכאון וחרדה בישראל: סקירת ממצאים מסקר בריאות לאומי 2003-2004*. שרותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ישראל.
- נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (2015). *אנשים עם מוגבלות בישראל 2015*. משרד המשפטים, מדינת ישראל.
- פינטו, א' (2012). *מקבלי קצבת נכות בשנת 2011: מאפיינים דמוגרפיים, רפואיים ותעסוקתיים*. מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, ישראל.
- פרי, ט' (2002). שיקום הנרטיב באמצעות שחזור היסטורי של הטראומה, *שיחות*, י"ז (1), 20-26.
- קמחי, י' ויחזקאלי, פ' (2007). *תפיסת ביטחון הפנים של המשרד לביטחון הפנים: האם היא ריאלית במציאות הישראלית?* תל אביב: המרכז למחקר אסטרטגי ולמדיניות, המכללה לביטחון לאומי, צבא ההגנה לישראל.

רובין, עי' (2011). , ממטרד לאיום אסטרטגי : מתקפת הרקטות מרצועת עזה על דרום מדינת ישראל. עיונים  
בביטחון המזרח-התיכון , 87 , מרכז בגין-סאדאת למחקרים אסטרטגיים, אוניברסיטת בר-אילן.  
שהם, ד' (1999). נשק כימי וביולוגי בידי ארצות ערב ואירן - איום קיומי כלפי ישראל? עיונים בביטחון המזרח-  
התיכון , 83 , מרכז בגין סאדאת למחקרים אסטרטגיים, רמת-גן : אוניברסיטת בר אילן.  
שקדי, אי' (2003). מילים מנסות לגעת : מחקר איכותני – תיאוריה ויישום. תל-אביב : הוצאת רמות –  
אוניברסיטת תל-אביב.

Ai, A. L., Evans-Campbell, T., Santangelo, L. K., & Cascio, T. (2006). The traumatic impact of  
the September 11, 2001 terrorist attacks and the potential protection of optimism.  
*Journal of Interpersonal Violence, 21*(5), 689-700.

Almedon, M., & Summerfield, D. (2004). Mental well-being in settings of complex emergency:  
An overview. *Journal of Biosocial Science, 36*, 381-388.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental  
disorders: **DSM-5**. (5th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric  
Association Press.

Anderson, M.L., Ziedonis, D.M., & Najavits, L.M. (2014). Posttraumatic Stress Disorder and  
Substance Use Disorder Comorbidity among Individuals with Physical Disabilities:  
Findings from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Traumatic  
Stress, 27*, 182-191.

Badour, C. L., & Feldner, M. T. (2013). Trauma-related reactivity and regulation of emotion:  
Associations with posttraumatic stress symptoms. *Journal of Behavior Therapy and  
Experimental Psychiatry, 44*(1), 69-76. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.07.007.

- Barnhill, L. (2008). The diagnosis and treatment of individuals with mental illness and developmental disabilities: an overview. *Psychiatric Quarterly*, 79(3), 157-170.
- Barton, L. (1989). *Disability and dependency*. London, New York: Routledge.
- Baum, N. L. (2005). Building resilience: A school-based intervention. In Y. Danieli, D. Brom, & J. Sills (Eds.), *The Trauma of Terrorism: Sharing Knowledge and Shared Care: An International Handbook* (pp. 487–498). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Bordieri, J. E., & Kilbury, R. (1991). Self-blame attributions for disability and perceived rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 34(4), 320-331.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *BDI-Fast Screen for medical patients manual*. The Psychological Corporation, San Antonio, Tx
- Ben-Gershon, B., Grinshpoon, A., & Ponizovsky, A. (2005). Mental-health services preparing for psychological consequences of. In Y. Danieli, D. Brom, & J. Sills (Eds.), *The Trauma of Terrorism: Sharing Knowledge and Shared Care: An International Handbook* (pp. 743-754). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Berger, R. (2005). An ecological community-based approach for dealing with traumatic stress: a case of terror attack on a kibbutz. In Y. Danieli, D. Brom, & J. Sills (Eds.), *The Trauma of Terrorism: Sharing Knowledge and Shared Care: An International Handbook* (pp. 513-526). Binghamton, NY: Haworth Press.

- Bogart, K. R. (2015). Disability Identity Predicts Lower Anxiety and Depression in Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology, 60*(1), 105-109. doi:10.1037/rep0000029
- 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., Versano-Mor, K., & Shpigelman, C.N. (2015). Impact of Exposure to Potentially Traumatic Events on Individuals with Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 120*(2), 176-188.
- Berger, R., Pat-Horenczyk, R., & Gelkopf, M. (2007). School-based intervention for prevention and treatment of elementary-Pupils' terror-related distress in Israel: A quasi-randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress, 20*(1), 541-551.
- Besser, A., & Neria, Y. (2009). PTSD symptoms, satisfactions with life and prejudicial attitudes toward the adversary among Israeli civilians exposed to ongoing missile attacks. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 268-275.
- 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 Medicine, 4*, 21-32.
- 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. *Journal of American Medical Association, 290*(5), 612-620.

- Boehm, A. (2009). The functions of social service workers employed by municipal organizations at a time of war against a civilian population. *Disasters*, 34(1), 261-286.
- Bokszczanin, A. (2008). Parental support, family conflict, and overprotectiveness: predicting PTSD symptom levels of adolescents 28 months after a natural disaster. *Anxiety Stress Coping*, 21(4), 325-335. doi: 10.1080/10615800801950584.
- Bonnano, G.A.. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, G.A., Rennie, C., Dekel, S. (2005). Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment?. *Journal of Personality & Social Psychology*, 88, 984-998.
- Brashers, D.E. (2001). Communication and uncertainty management. *Journal of Communication*, 51, 477-497.
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit area survey of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-907.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brody, E. M. (1985). The Donald P. Kent Memorial Lecture. Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25, 19-29.
- Bryant, R.A., Harvey, A.G., Guthry, R.M., Moulds, M.L. (2002). A prospective study on

- psychophysiological arousal, acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 341-344.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Charlton, J. I. (1988). *Nothing about us without us: Disability oppression and empowerment*. USA: University of California Press.
- Chipman, K. J., Palmieri, P. A., Canetti, D., Johnson, J. R. , & Hobfoll, E. S. (2011). Predictors of posttraumatic stress-related impairment in victims of terrorism and ongoing conflict in Israel. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(3), 255-271.
- Chu, T. Q., Seery, M. D., Ence, W. A., Holman, A., & Cohen Silver, R. (2006). Ethnicity and gender in the face of a terrorist attack: A national longitudinal study of immediate responses and outcomes two years after September 11. *Basic and Applied Social Psychology*, 28, 200–224.
- Cohen, M., & Yahav, R. (2008). Acute stress symptoms during the second Lebanon war in a random sample of Israeli citizens. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 118-121.
- Cohen-Silver, R., Poulin, M., Holman, E.A., McIntosh, D.N., Gil-Rivas, V., & Pizarro, J. (2005). Exploring the Myths of Coping with a National Trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 9: 1, 129 — 141.
- Connor, K., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.

- Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Clifford, C., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2010). Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. *Child Abuse & Neglect, 34*, 235–243.
- Cukor, J., Wyka, K., Mello, B., Olden, M., Jayasinghe, N., Roberts, J., Giosan, C., Crane, M., & Difede, J. (2011). The longitudinal course of PTSD among disaster workers deployed to the World Trade Center following the attacks of September 11th. *Journal of Traumatic Stress, 24*(5), 506-514.
- Dekel, R., & Nuttman-Shwartz, O. (2009). Posttraumatic stress and growth: The contribution of cognitive appraisal and sense of belonging to the country. *Health and Social Work, 34*, 87-96.
- Desmond, D.M., & Maclachlan, M. (2006). Coping strategies as predictors of psychological adaptation of elderly veterans with acquired lower limb amputation. *Social Science & Medicine, 62*, 206-216.
- Erbes, C. R., Meis, L. A., Polusny, M. A., & Compton, J. S. (2012). An examination of PTSD symptoms and relationship functioning in U.S. soldiers of the Iraq War over time. *Journal of Traumatic Stress, 25*(2), 187-190.
- Fine, M., & Glendinning, C. (2005). Dependence, independence or interdependence? Revisiting the concepts of ‘care’ and ‘dependency’. *Aging & Society, 25*, 601–622.
- Fischer, P., & Ai, A. L. (2008). International terrorism and mental health: recent research and future directions. [Review]. *J Interpers Violence, 23*(3).



Franklin, C. L. & Zimmerman, M. (2001). Posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: Investigating the role of overlapping symptoms in diagnostic comorbidity.

*Journal of Nervous and Mental Disease, 189*, 548-551.

Franich-Ray, C., Bright, M. A., Anderson, V., Northam, E., Cochrane, A., Menahem, S., &

Jordan, B. (2013). Trauma reactions in mothers and fathers after their infant's cardiac surgery. *Journal of Pediatric Psychology, 1-12*.

Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., &

Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New Engl J Med, 346*(13), 982-987.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2002). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of

a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences, 41*, 1045–1053.

Gelkopf, M., & Berger, R. (2009). A school-based, teacher-mediated prevention program

(ERASE-Stress) for reducing terror related traumatic reactions in Israeli youth: A quasi-randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 50*(8), 962–971.

Gelkopf, M., Ben-Dor, A., Abu-Zarkah, S., & Sigal, M. (1995). Hospital at war: Treatment

changes in mental patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 30*, 256-260.

Gelkopf, M., Berger, R., Bleich, A., & Cohen Silver, R. (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 & Medicine, 74*, 757-766.

- Gelkopf, M., Solomon, Z., Berger, R., & Bleich, A. (2008). The mental health impact of terrorism on the Arab minority in Israel. A repeat cross-sectional study of Arabs and Jews. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *117*, 369-380.
- Gil, S. (2005). Coping style in predicting posttraumatic stress disorder among Israeli students. *Anxiety, Stress & Coping*, *18*, 351-359.
- Gill, C. J. (1997). Four types of integration in disability identity development. *Journal of Vocational Rehabilitation*, *9*, 39-46.
- Gil-Rivas, V., Holman, A., & Cohen Silver, R. (2004). Adolescent vulnerability following the September 11th terrorist attacks: a study of parents and their children. *Applied Developmental Science*, *8*, 130-142.
- Golden, J., Conroy, R. M., O'Dwyer, A. M. (2007). Reliability and validity of the hospital anxiety and depression scale and the beck depression inventory (full and fast screen scales) in detecting depression in persons with hepatitis C. *Journal of Affective Disorders*, *100*(1-3), 265-259.
- Goodwin, D. K. (1994). *No ordinary time: Franklin and Eleanor Roosevelt - The home front in World War II*. New York, NY: Simon Schuster.
- Gudykunst, W.B. (1993). Toward a theory of effective interpersonal and intergroup communication: an anxiety/uncertainty management (AUM) perspective. In Wiseman RL., Koester J. editors. *Intercultural communication competence*. Newbury Park, CA: Sage. p. 33-71.

- Hamanaka, S., Asukai, N., Kamijo, Y., Hatta, K., Kishimoto, J., & Miyaoka, H. (2006). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms among patients severely injured in motor vehicle accidents in Japan. *General Hospital Psychiatry, 28*, 234–241.
- Hanson, R.F., Kilpatrick, D.G., Freedy, J.R., & Saunders, B.E. (1995). Los Angeles County after the 1992 civil disturbance: Degree of exposure and impact on mental health. *Journal of Consultant Clinical Psychology, 63*, 987-996.
- Hemingway, L., & Priestley, M. (2006). Natural Hazards, Human Vulnerability and Disabling Societies: A Disaster for Disabled People? *The Review of Disability Studies: An International Journal, 2*(3), 50-57.
- Hirschfeld, R. M. A., Montgomery, S. A., Keller, M. B., Kasper, S., Schatzberg, A. F., Möller, H.-J., Healy, D., Baldwin, D., Humble, M., Versiani, M., Montenegro, R., & Bourgeois, M. (2000). Social functioning in depression: A review. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*(4), 268-275.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*, 513–524.
- Hobfoll, S. E. (1991). Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Research, 4*, 187–197.
- Hobfoll, S. E., Lomranz, J., Bridges, A., Eyal, N., & Tzemach, M. (1989). Pulse of a nation: Depressive mood reactions of Israelis to the Israel–Lebanon War. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 1002–1112.
- Hobfoll, S.E., Spielberger, C.D., Breznitz, S., et al. (1991). War-related stress. Addressing the

- stress of war and other traumatic events. *Am Psychol*, 46, 848.
- Hobfoll, S.E., Johnson, R.J., Ennis, N., & Jackson, A.P. (2003). Resource Loss, Resource Gain and Emotional Outcomes among Inner City Women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 632-643.
- Hobfoll, E. S., Canetti-Nisim, D., & Johnson, R. J. (2006). Exposure to Terrorism, Stress-Related Mental Health Symptoms, and Defensive Coping Among Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 207–218.
- Hobfoll, E. S., Palmieri, A. P., Johnson, R. J., Canetti-Nisim, D., Brian, H. J., & Galea, S. (2009). Trajectories of Resilience, Resistance and Distress during Ongoing Terrorism: The Case of Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1): 138-148.
- Holbrook , T.L., Hoyt, D.B., Stein, M.B., & Sieber, W.J. (2002). Gender Differences in Long-Term Posttraumatic Stress Disorder Outcomes after Major Trauma: Women Are At Higher Risk of Adverse Outcomes than Men. *Journal of Trauma*, 53(5), 882-888.
- Holmbeck, G.N., Johnson, S.Z., Wills, K.E., et al. (2002). Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical disability: the mediational role of behavioral autonomy. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 70-96.
- Hullmann, S.E., Wolfe-Christensen, C., Ryan, J.L., Fedele, D.A., Rambo, P.L., Chaney, J.M., & Mullins, L.L. (2010). Parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress: a cross-illness comparison. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 357–365.

Johnson, E. T., Brooks, J. M., Mpofu, E. Anwer, J. Brock, K., Ngazimbi, E., & Magweva, F. I. (2012). Trauma survivorship and disability. In L.L. Levers (Ed.), *Trauma counseling: Interventions and Theories* (pp. 98-115). New York, NY: Springer Publishing.

Jones, E., Hodgins-Vermaas, R., McCartney, H., Everitt, B., Beech, C., Poynter, D., Palmer, I. Hyams, K., & Wessely, S. (2002). Post-combat syndromes from the Boer War to the Gulf war: A cluster analysis of their nature and attribution. *British Medical Journal*, *324*, 321-324.

Keegan, J. (1976). *The face of battle*. Harmondsworth, UK: Penguin.

Kennedy, P., & Evans, M. (2001). Evaluation of Post Traumatic Distress in the first 6 months following SCI. *Spinal Cord*, *39*(7), 381–386.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 617-627.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, *52*(12), 1048-1060.

King, D. W., Taft, C., King, L. A., Hammond, C., & Stone, E. R. (2006). Directionality of the Association between Social Support and Posttraumatic Stress Disorder: A Longitudinal Investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, *36*(12), 2980–2992.

- Klingman, A. (2002). Children under severe stress of war. In A. La Greca, W. Silverman, E. Silverman, & M. Roberts (Eds.), *Helping children cope with disasters and terrorism* (pp. 359-380). Washington, DC: American Psychological Association.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied research* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publication.
- Kuch, K., Cox, B. J., & Evans, R. J. (1996). Posttraumatic stress disorder and motor vehicle accidents: A multidisciplinary overview. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 429–434.
- Laor, N., Weiner, Z., Spirman, S., & Wolmer, L. (2005). Community mental health in emergencies and mass disasters: The Tel-Aviv model. In Y. Danieli, D. Brom, & J. Sills (Eds.), *The Trauma of Terrorism: Sharing Knowledge and Shared Care: An International Handbook* (pp. 681-694). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, Publishing.
- Ledoux, J.E., & Gorman, J. M. (2001). A Call to Action: Overcoming Anxiety Through Active Coping. *The American Journal of Psychiatry, 158*(12), 1953-1955.
- Levers, L. L. (2011). Disabilities issues and the role of rehabilitation counselors in a global context. In D. R. Maki, & V. Tarvydas (Eds.), *The professional practice of rehabilitation counseling* (pp. 165-190). New York, NY: Springer Publishing.
- Li, L., & Moore, D. (1998). Acceptance of disability and its correlates. *The journal of Social Psychology, 138*(1), 13-25.

- Linkowski, D.C. (1971). A scale to measure acceptance of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 4, 236-244.
- Martz, E., & Cook, D. W. (2001). Physical impairments as Risk Factors for the development of posttraumatic stress disorder. *Journal of Molecular Cell Biology*, 44(4), 217-221.
- Martz, E., Birks, K., & Blackwell, T. L. (2005). The prediction of levels of posttraumatic stress levels by depression among veterans with disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 56–61.
- Matthews L. R, & Chinnery D. L. (2005). Prediction of work functioning following accidental injury: The contribution of PTSD symptom severity and other established risk factors. *International Journal of Psychology*, 40(5), 339-348.
- Mayou, R., Bryant, B., & Ehlers, A. (2001). Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1231–1238.
- McFarlane, A. C. (1988). Posttraumatic stress disorder and blindness. *Comprehensive Psychiatry*, 29(6), 558-560.
- McFarlane, A. C., & Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress* (pp. 155–181). New York: Guilford Press.
- McFarlane, A. C., & Yehuda, R. (2000). Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: Conceptual challenges raised by recent research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 940–953.

- McKeever, V. M., & Huff, M. E. (2003). A diathesis–stress model of posttraumatic stress disorder: Ecological, biological, and residual stress pathways. *Review of General Psychology, 7*(3), 237-250.
- Morina, N., Ford, J. D., Risch, A. K., Morina, B. & Stangier, S. (2010). Somatic distress among Kosovar civilian war survivors: Relationship to trauma exposure and the mediating role of experiential avoidance. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 45*(12), 1167-1177.
- Mousa Thabet, A. A., Abed, Y., & Vostanis, P., (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(3), 533–542.
- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(3), 409-418.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: part I. An empirical review of the empirical literature 1981-2001. *Psychiatry, 65*, 207-239.
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and Perceived Social Support in Times of Stress: A Test of the Social Support Deterioration Deterrence Model. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(3), 498-511.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B.P.R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin, 133*(2), 183-204.



- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social Support and Resilience to Stress. *Psychiatry*, 4(5), 35–40.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Peled, D. (2013). *Needs of physically disabled persons living in the community, under ongoing security emergency situation*. Unpublished Thesis, Department of Emergency Medicine, Ben-Gurion University of the Negev, Israel.
- Pendo, E. (2016). Collecting Disability Health Inequities. *The Hastings Center report*, 46(2), 7-8.
- Perrin, M.A., DiGrande, L., Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M., & Brackbill, R. (2007). Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *American Journal of Psychiatry* 164, 1385-1394.
- Pfefferbaum, B., North, C.S., Doughty, D.E., Gurwitsch, R.H., Fullerton, C.S., Kyula, J. (2003). Posttraumatic stress and functional impairment in Kenyan children following the 1998 American embassy bombing. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(2), 133–140.
- Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Schützwohl, M. (2010). Mental disorders following war in the Balkans: A study in 5 countries. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 518-528.
- Putnam, D. R. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Ramot, A., Levi, R., & Sever, R. (2009). Survey of physical protection accessible to people with

- disabilities in the North. In: Eshel-Joint Israel. *Physical protection accessible to people with disabilities* (pp. 7-34). Jerusalem, Israel.
- Robinson, S., Hemmendinger, J., Netanel, R., Rapaport, M., Zilberman, L., & Gal, A. (1994). Retraumatization of Holocaust survivors during the Gulf war and SCUD missile attacks on Israel. *British Journal of Medical Psychology*, *67*, 353-362.
- Rosen, C., Tiet, Q., Cavella, S., Finney, J., & Lee, T. (2005). Chronic PTSD patients' functioning before and after the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress*, *18*, 781-784.
- Rubin, J., Brewin, C. R., Greenberg, N., Simpson, J., & Wesseley, S. (2005). Psychological and behavioral reactions to the bombings in London on 7 July 2005: Cross sectional survey of a representative sample of Londoners. *British Medical Journal*, *331*, 606–613.
- Rubin, U., (2007). The rocket campaign against Israel during the 2006 Lebanon War. *Mideast Security and Policy Studies*, *71*, The Begin-Sadat Center for Strategic Studies, Bar-Ilan University, Israel.
- Sagy, S., & Braun-Lewensohn, O. (2009). Adolescents under rocket fire: When are coping resources significant in reducing emotional distress? *Global Health Promotion*, *16*, 5–15.
- Schell, T. L., Marshall, G. N., & Jaycox, L. H. (2004). All symptoms are not created equal: The prominent role of hyperarousal in the natural course of posttraumatic psychological distress. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*(2), 189–197.
- Schild, S., & Dalenberg, C. J. (2012) Trauma exposure and traumatic symptoms in deaf adults. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(1), 117–127.

- Schlenger, W. E., Caddell, J. M., Ebert, L., Jordan, K., Rourke, K. M., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, M., Fairbank, J. A., & Kulka, R. A. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the national study of Americans' reactions to September 11. *Journal of American Medical Association, 288*, 581-588.
- Seery, M. D., Holamn, E. A., & Cohen Silver, R. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology, 99*(6), 1025–1041.
- Shalev, A.Y., & Freedman, S. (2005). PTSD following terrorists attack: A prospective evaluation. *The American Journal of Psychiatry, 162*, 1188-1191.
- Shalev, A.Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S.P., & Pitman, R.K., (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry, 155*, 630–637.
- Shakespeare, T. (2013). *Disability rights and wrongs revisited*. London: Routledge
- Shpigelman, C.N., & Gelkopf, M. (2016). The experiences and needs of individuals with disabilities exposed to chronic political violence. *Disability and Rehabilitation, 1-13*. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2016.1138557>.
- Silver-cohen, R., Poulin, M., Holman, E. A., McIntosh, D. N, .Gilrivas, V. & Pizarro, J. . (2005). Exploring the Myths of Coping with a National Trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 9*(1), 129-141 .

- Sledjeski, E. M., Speisman, B., & Dierker, L.C. (2008). Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the national comorbidity survey replication. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 341-349.
- Solomon, Z., & Ginzburg, K. (2009). The epistemology of combat-induced post-traumatic stress disorders (PTSD). In Levav, I. (Ed.), *Psychiatric and behavioral disorders in Israel: From epidemiology to mental health action* (pp. 212-231). Jerusalem, Israel: Gefen.
- Solomon, Z., & Lavi, T. (2005). Israeli youth in the second intifada: PTSD and future orientation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 1167–1175.
- Somer, E., Maguen, S., Moin, V., Boehm, A., Metzler, T.J., & Litz, B. T. (2008). The effects of perceived community cohesion on stress symptoms following a terrorist attack. *Journal of Psychological Trauma, 7*, 73–90.
- Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 255–291.
- Stein, B. D., Elliott, M. N., Jaycox, L. H., Collins, R. L., Berry, S. H., Klein, D. J., & Schuster, M. A. (2004). A national longitudinal study of the psychological consequences of the September 11, 2001 terrorist attacks: Reactions, impairment, and self-help. *Psychiatry, 67*(2), 105–117.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.

- Sutker, P.B., Davis, J.M., Uddo, M., Ditta, S.R. (1995). War zone stress, personal resources, and PTSD in Persian Gulf War returnees. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 444-452.
- Swain, J., French, S., Barnes, C., & Thomas, C. (2014). *Disabling Barriers - Enabling Environments* (3<sup>rd</sup> ed.). UK: Sage.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull*, 132(6), 959-992.
- Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson, J.R.T. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152, 293-297.
- Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic stress and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289-302.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist: Reliability, validity and diagnostic utility. *Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*, San Antonio, TX.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., Prusoff, B. A., Sholomskas, D., & Padian, N. (1981). Depressed outpatients: results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 38, 51-55.
- Whitmarsh, L. (2005). *The benefits of guide dog ownership*. *VisImpair Res*, 7, 27–42.
- Wiggett-Barnard, C., & Steel, H. (2008). The experience of owning a guide dog. *Disability and Rehabilitation*, 30, 1014–1026.

- Windle, G., Markland, D.A., & Woods, R.T. (2014). Examination of a theoretical model of Psychological resilience in older age. *Aging & Mental Health*, 12:3, 285-292.
- Wooding, S., & Raphael, B. (2004). Psychological impact of disasters and terrorism on children and adolescents: experiences from Australia. *Prehospital Disaster*, 19:10-20.
- Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1705-1713.

# נספחים

נספח 1 - לוח טעינות גורמים עם רוטציית VARIMAX בפריטי שאלון ויסות קוגניטיבי-רגשי (N=432).

טעינות גורמים					מספר	פריט
אשמה עצמית	קבלה והתייחסות לדברים בפרופורציה	תכנון והערכה מחדש באופן חיובי	הרהור ונקודת מבט שלילית	האשמת האחר וקטסטרופיזציה		
				.815	18	אני סבור כי הסיבה למתרחש נמצאת אצל אחרים
				.807	10	אני סבור כי אחרים הם האחראים למה שקרה
				.728	9	אני ממשיך לחשוב כמה נורא האירוע שחוויתי
				.567	17	אני כל הזמן חושב לעצמי כמה נוראה הייתה הסיטואציה
			.863		6	אני טרוד ממחשבותיי ורגשותיי בקשר לאירוע
			.833		2	לעתים קרובות אני חושב על הדרך בה הרגשתי בקשר למה שחוויתי
			-.644		7	אני חושב על דברים נעימים שאינם קשורים לאירוע
		.743			15	אני חושב על תכנית שתוציא לפועל את מה שאני יודע לעשות בצורה הטובה ביותר
		.722			12	אני חושב כיצד לשנות את המצב
		.688			8	אני סבור כי אני אהפוך לאדם חזק יותר בגלל האירוע
		.630			3	אני סבור כי אני יכול ללמוד משהו מהמצב
	.449				16	אני אומר לעצמי כי יש דברים גרועים יותר בחיים
	.873				1	אני חושב שאני צריך לקבל את מה שאירע
	.835				5	אני סבור שאני צריך לקבל את המצב כמו שהוא
	.543				13	אני סבור כי זה לא היה כל כך נורא בהשוואה לדברים אחרים
			-.463		11	אני חושב על משהו נחמד במקום על מה שחוויתי
.791					14	אני סבור כי הסיבה למתרחש טמונה בתוכי
.718					4	אני מרגיש כי אני אחראי למה שאירע
1.248	1.677	2.240	2.933	4.308		EigenValue
8.096	13.761	14.774	15.173	17.116		אחוז שונות



נספח 2 - ממצאי רגרסיה לניבוי עוצמה של סימפטומטולוגיה פוסט-טראומתית (PTS)

R <sup>2</sup> מצטבר	p	t	Beta	B SE	B	צעד
0.01	0.844	0.20	0.01	1.67	0.33	1 מין
	0.751	0.32	0.02	0.06	0.02	גיל
	0.139	-1.48	-0.07	1.74	-2.58	מצב משפחתי (נשוי = 1)
0.08	0.790	0.27	0.01	1.60	0.43	2 מין
	0.983	-0.02	0.00	0.06	0.00	גיל
	0.097	-1.66	-0.08	1.69	-2.81	מצב משפחתי (נשוי = 1)
	0.000	4.59	0.24	1.93	8.86	חשיפה לאיום ביטחוני (כן = 1)
0.15	0.000	5.61	0.30	1.98	11.11	מוגבלות (כן = 1)
	0.827	0.22	0.01	1.57	0.34	3 מין
	0.724	-0.35	-0.02	0.06	-0.02	גיל
0.16	0.218	-1.23	-0.06	1.74	-2.14	מצב משפחתי (נשוי = 1)
	0.000	4.21	0.22	1.92	8.08	חשיפה לאיום ביטחוני (כן = 1)
	0.028	-2.20	-0.52	8.85	-19.48	מוגבלות (כן = 1)
	0.026	-2.24	-0.11	0.93	-2.07	חוסן
	0.195	1.30	0.06	0.61	0.79	מספר גורמי תמיכה בשעת חירום
	0.009	2.61	0.12	0.47	1.23	רמת תמיכה בשעת חירום
	0.955	0.06	0.00	1.85	0.10	רווח של משאבים
	0.400	0.84	0.08	2.33	1.96	אינטראקציה: רווח משאבים X מוגבלות
	0.307	-1.02	-0.13	3.90	-3.99	שליטה בינאישית
	0.079	-1.76	-0.20	3.95	-6.96	הערכה עצמית
	0.551	0.60	0.04	2.55	1.52	מסוגלות עצמית
	0.099	1.65	0.57	4.92	8.13	אינטראקציה: הערכה עצמית X מוגבלות
	0.406	0.83	0.22	4.48	3.73	אינטראקציה: שליטה בינאישית X מוגבלות
	0.16	0.954	0.06	0.00	1.57	0.09
0.768		-0.30	-0.01	0.06	-0.02	גיל
0.302		-1.03	-0.05	1.73	-1.79	מצב משפחתי (נשוי = 1)
0.000		4.26	0.22	1.91	8.12	חשיפה לאיום ביטחוני (כן = 1)
0.602		-0.52	-0.14	10.07	-5.26	מוגבלות (כן = 1)
0.042		-2.04	-0.10	0.92	-1.88	חוסן
0.333		0.97	0.05	0.63	0.61	מספר גורמי תמיכה במצבי לחץ
0.009		2.62	0.12	0.47	1.22	רמת תמיכה בשעת חירום
0.765		0.30	0.02	1.84	0.55	רווח של משאבים

צעד	B	B SE	Beta	t	p	R <sup>2</sup> מצטבר
אינטראקציה : רווח משאבים X מוגבלות	1.51	2.32	0.06	0.65	0.517	
שליטה בינאישית	-4.00	3.87	-0.14	-1.04	0.301	
הערכה עצמית	-4.00	4.05	-0.12	-0.99	0.323	
מסוגלות עצמית	1.92	2.54	0.05	0.76	0.449	
אינטראקציה : הערכה עצמית X מוגבלות	4.90	5.00	0.34	0.98	0.328	
אינטראקציה : שליטה בינאישית X מוגבלות	3.60	4.45	0.21	0.81	0.419	
מספר גורמי לחץ	1.46	0.51	0.25	2.85	0.005	
אינטראקציה : מספר גורמי לחץ X מוגבלות	-1.69	0.61	-0.31	-2.77	0.006	
מין	0.61	1.58	0.02	0.39	0.698	0.18
גיל	-0.01	0.06	0.00	-0.10	0.918	
מצב משפחתי (נשוי = 1)	-1.45	1.75	-0.04	-0.83	0.409	
חשיפה לאיום ביטחוני (כן = 1)	8.48	2.02	0.23	4.20	0.000	
מוגבלות (כן = 1)	-11.08	14.27	-0.30	-0.78	0.438	
חוסן	-1.74	0.93	-0.09	-1.87	0.062	
מספר גורמי תמיכה במצבי לחץ	0.57	0.63	0.04	0.90	0.371	
רמת תמיכה בשעת חירום	1.26	0.47	0.12	2.67	0.008	
רווח של משאבים	0.80	1.84	0.03	0.43	0.665	
אינטראקציה : רווח משאבים X מוגבלות	1.27	2.31	0.05	0.55	0.583	
שליטה בינאישית	-2.60	3.89	-0.09	-0.67	0.504	
הערכה עצמית	-1.60	4.15	-0.05	-0.39	0.700	
מסוגלות עצמית	2.12	2.54	0.06	0.83	0.406	
אינטראקציה : הערכה עצמית X מוגבלות	2.23	5.09	0.16	0.44	0.662	
אינטראקציה : שליטה בינאישית X מוגבלות	2.32	4.48	0.14	0.52	0.605	
מספר גורמי לחץ	1.32	0.51	0.22	2.57	0.010	
אינטראקציה : מספר גורמי לחץ X מוגבלות	-1.53	0.61	-0.28	-2.51	0.013	
הרהור ונקודת מבט שלילית	1.99	1.74	0.13	1.14	0.254	
אינטראקציה : הרהור ונקודת מבט שלילית X מוגבלות	-2.28	1.90	-0.22	-1.20	0.231	
אשמה עצמית	0.73	1.59	0.04	0.46	0.646	
אינטראקציה : אשמה עצמית X מוגבלות	-0.41	1.94	-0.03	-0.21	0.832	

<b>R<sup>2</sup></b> <b>מצטבר</b>	<b>p</b>	<b>t</b>	<b>Beta</b>	<b>B SE</b>	<b>B</b>	<b>צעד</b>
	0.010	-2.58	-0.24	2.10	-5.43	תפקוד
	0.006	2.79	0.61	2.45	6.84	אינטראקציה : תפקוד X מוגבלות

נספח 3 - ממצאי רגרסיה ליניארית לניבוי דיכאון

R <sup>2</sup> מצטבר	p	t	Beta	B SE	B	צעד	
0.01	.84	-.20	-.01	.06	-.01	מין	1
	.26	1.14	.06	.00	.00	גיל	
	.45	.76	.04	.06	.05	מצב משפחתי (נשוי = 1)	
0.15	.85	-.18	-.01	.06	-.01	מין	2
	.53	.64	.03	.00	.00	גיל	
	.81	-.24	-.01	.06	-.01	מצב משפחתי (נשוי = 1)	
	.24	-1.19	-.06	.07	-.08	חשיפה לאיום ביטחוני	
0.22	.000	6.73	.35	.07	.46	מוגבלות	3
	.97	-.04	.00	.05	.00	מין	
	.63	.48	.02	.00	.00	גיל	
	.75	.31	.02	.06	.02	מצב משפחתי (נשוי = 1)	
	.29	-1.07	-.05	.07	-.07	חשיפה לאיום ביטחוני	
	0.00	-3.13	-.71	.30	-.94	מוגבלות	
	.03	-2.19	-.10	.03	-.07	חוסן	
	.69	.39	.02	.02	.01	מספר גורמי תמיכה במצבי לחץ	
	.89	-.14	-.01	.02	.00	רמת תמיכה בשעת חירום	
	.45	.76	.06	.06	.05	רווח של משאבים	
	.60	-.53	-.05	.08	-.04	אינטראקציה : רווח משאבים X מוגבלות	
0.23	.97	-.03	.00	.13	.00	שליטה בינאישית	
	.002	-3.11	-.35	.13	-.42	הערכה עצמית	
	.11	-1.62	-.11	.09	-.14	מסוגלות עצמית	
	.002	3.17	1.04	.17	.53	אינטראקציה : הערכה עצמית X מוגבלות	
	.62	.49	.13	.15	.07	אינטראקציה : שליטה בינאישית X מוגבלות	
	.83	-.22	-.01	.05	-.01	מין	
	.60	.52	.02	.00	.00	גיל	
	.65	.46	.02	.06	.03	מצב משפחתי (נשוי = 1)	
0.30	.30	-1.04	-.05	.07	-.07	חשיפה לאיום ביטחוני	
	.14	-1.49	-.39	.34	-.51	מוגבלות	
	.044	-2.02	-.09	.03	-.06	חוסן	
	.79	.26	.01	.02	.01	מספר גורמי תמיכה במצבי לחץ	
	.88	-.15	-.01	.02	.00	רמת תמיכה בשעת חירום	

R <sup>2</sup> מצטבר	p	t	Beta	B SE	B	צעד
	.34	.95	.07	.06	.06	רווח של משאבים
	.50	-.67	-.06	.08	-.05	אינטראקציה : רווח משאבים X מוגבלות
	.97	-.04	.00	.13	-.01	שליטה
	.016	-2.42	-.28	.14	-.33	הערכה עצמית
	.141	-1.47	-.10	.09	-.13	מסוגלות עצמית
	.011	2.55	.86	.17	.43	אינטראקציה : הערכה עצמית X מוגבלות
	.63	.48	.12	.15	.07	אינטראקציה : שליטה X מוגבלות
	.021	2.31	.19	.02	.04	מספר גורמי לחץ
	.012	-2.51	-.27	.02	-.05	אינטראקציה : מספר גורמי לחץ X מוגבלות
0.30	.68	.42	.02	.05	.02	מין
	.48	.71	.03	.00	.00	גיל
	.65	.45	.02	.06	.03	מצב משפחתי (נשוי = 1)
	.33	-.98	-.05	.07	-.06	חשיפה לאיום ביטחוני
	.017	-2.41	-.86	.47	-1.13	מוגבלות (כן=1)
	.13	-1.51	-.07	.03	-.05	חוסן
	.89	.14	.01	.02	.00	מספר גורמי תמיכה במצבי לחץ
	.94	-.08	.00	.02	.00	רמת תמיכה בשעת חירום
	.34	.96	.07	.06	.06	רווח של משאבים
	.49	-.70	-.06	.08	-.05	אינטראקציה : רווח משאבים X מוגבלות
	.68	.41	.05	.13	.05	שליטה
	.13	-1.52	-.17	.14	-.21	הערכה עצמית
	.29	-1.05	-.07	.08	-.09	מסוגלות עצמית
	.09	1.67	.55	.17	.28	אינטראקציה : הערכה עצמית X מוגבלות
	.89	.13	.03	.15	.02	אינטראקציה : שליטה X מוגבלות
	.08	1.74	.14	.02	.03	מספר גורמי לחץ
	.05	-1.95	-.20	.02	-.04	אינטראקציה : מספר גורמי לחץ X מוגבלות
	.030	2.18	.24	.06	.13	הרהור ונקודת מבט שלילית
	.008	-2.68	-.46	.06	-.17	אינטראקציה : הרהור ונקודת מבט שלילית X מוגבלות
	.14	-1.49	-.12	.05	-.08	אשמה עצמית
	.20	1.29	.18	.06	.08	אינטראקציה : אשמה עצמית X מוגבלות
	.000	-5.69	-.50	.07	-.39	תפקוד
	.000	5.20	1.05	.08	.42	אינטראקציה : תפקוד X מוגבלות

נספח 4 - ממצאי רגרסיה לוגיסטית לניבוי פוסט-טראומה (PTSD)

Exp(B)	Sig.	df	Wald	S.E.	B	
0.71	0.31	1	1.03	0.34	-0.35	מין
1.00	0.73	1	0.12	0.01	0.00	גיל
1.62	0.19	1	1.73	0.37	0.48	מצב משפחתי (נשוי=1)
1.96	0.08	1	3.08	0.38	0.67	חשיפה לאיום ביטחוני
0.00	0.08	1	3.07	4.02	-7.04	מוגבלות
0.74	0.15	1	2.05	0.21	-0.30	חוסן
1.06	0.44	1	0.60	0.08	0.06	רמת תמיכה בשעת חירום
2.90	0.17	1	1.87	0.78	1.06	רווח משאבים
0.48	0.38	1	0.79	0.82	-0.72	אינטראקציה : רווח משאבים X מוגבלות
0.08	0.07	1	3.22	1.44	-2.59	שליטה בינאישית
0.08	0.05	1	3.83	1.27	-2.48	הערכה עצמית
0.65	0.42	1	0.65	0.52	-0.42	מסוגלות עצמית
10.95	0.09	1	2.80	1.43	2.39	אינטראקציה : מסוגלות עצמית X מוגבלות
20.91	0.04	1	4.09	1.50	3.04	אינטראקציה : שליטה בינאישית X מוגבלות
1.30	0.09	1	2.95	0.15	0.26	מספר גורמי לחץ
0.81	0.20	1	1.65	0.17	-0.21	אינטראקציה : מספר גורמי לחץ X מוגבלות
0.56	0.37	1	0.82	0.63	-0.57	הרהור ונקודת מבט שלילית
1.45	0.57	1	0.32	0.65	0.37	אינטראקציה : הרהור ונקודת מבט שלילית X מוגבלות
1.86	0.25	1	1.35	0.54	0.62	אשמה עצמית
0.44	0.16	1	2.01	0.58	-0.82	אינטראקציה : אשמה עצמית X מוגבלות