

דוח מחקר

לראות את המטפל

על רווחתם של המטפלים

בילדים בסיכון בזמן מלחמה

דבורה ברדה
מנהלת ידע ופיתוח, עמותת בית לכל ילד




דוח מחקר

לראות את המטפל

על רווחתם של המטפלים

בילדים בסיכון בזמן מלחמה



דבורה ברדה
מנהלת ידע ופיתוח, עמותת בית לכל ילד

עמותת בית לכל ילד

רח' יד חרוצים 4, ת"ד 53355, ירושלים
טלפון: 02-6333345 | פקס: 02-6719650 | דוא"ל: office@bily.org.il | אתר: bily.org.il

עריכת לשון: שריי דייץ'
גרפיקה והכנה לדפוס: סטודיו אלי דייץ'

תוכן עניינים

7	מבוא
8	רקע מדעי
8	איכות החיים המקצועיים של אנשי מקצועות הטיפול – בין סיפוק לתשישות חמלה
11	השפעת אירועי משבר על איכות החיים המקצועיים של אנשי מקצועות הטיפול
13	שיטת המחקר
13	משתתפי המחקר
13	כלי המחקר והמשתנים
14	דרך איסוף הנתונים
14	ניתוח הנתונים
15	תוצאות
15	מאפייני המשתתפים
15	השפעת המלחמה
19	שכיחות סיפוק ותשישות חמלה בקרב עובדי מקצועות הטיפול
25	דיון
29	מגבלות המחקר
30	מסקנות
31	רשימת מקורות

ב־7 באוקטובר 2023 תקף ארגון חמאס את מדינת ישראל בהתקפת פתע רצחנית. תחת ירי טילים כבד חדרו אלפי מחבלים לשטח עוטף עזה, ובמשך שעות ארוכות טבחו באכזריות ב־1,400 אזרחים וחיללים. באתה תקיפה פצעו המחבלים אלפים וחטפו לעזה יותר מ־200 בני ערובה, ובהם ילדים, נשים וקשישים ישראליים. כלל אזרחי המדינה חשו את ההלם, החששות והכאב בעקבות אירוע טרור חסר תקדים זה.

ישראל הגיבה במלחמה שזכתה לשם "חרבות ברזל". בעת כתיבת חוברת זו לא היה ידוע מתי היא צפויה להסתיים. מאז ההתקפה על ישראל ב־7 באוקטובר 2023 התווספו נרצחים ונפגעים רבים בגוף ובנפש. מאות אלפי אנשי מילואים גויסו ומאות אלפי תושבים פונו מבתיהם בדרום ובצפון ישראל. ילדים רבים ובני משפחותיהם ברחבי הארץ מצאו עצמם במצוקה נפשית הדורשת טיפול ומענה.

עוד טרם פרוץ המלחמה הייתה מערכת בריאות הנפש הציבורית בישראל במצב של חסר קשה, שהתבטא בין השאר בחוסר תקציבי, במחסור בכוח אדם ובזמני המתנה ארוכים (בלנק, 2023). בצל המלחמה המתמשכת בישראל גדל באופן ניכר הביקוש לסיוע נפשי בקרב הנפגעים במישרין ובעקיפין. פריצת המלחמה עוררה צורך דחוף ומקיף לטפל באלה שנפגעו ב"קו הראשון" (ילדים ומשפחות מעוטף עזה, משפחות הנפגעים, משפחות הנרצחים, כוחות ההצלה והביטחון) ולתת את המענים הנדרשים ל"קו השני" בעורף. בעקבות זאת נחשפו אנשי מקצוע בתחומי הטיפול ובריאות הנפש לאתגרים רבים, כמו הצורך המיידי לטפל בטראומה הלאומית בקרב המטופלים שלהם.

עמותת בית לכל ילד היא עמותת חברתית המטפלת הן בילדים בסיכון ובמצבי מצוקה, הסובלים מטראומה, מהזנחה ומהתעללות, והן במשפחותיהם. לילדים המטופלים יש קשר טיפולי עמוק עם המטפלים המומחים המועסקים בעמותה. בעלי מקצוע מתחומי הטיפול השונים – פסיכולוגים קליניים, עובדים סוציאליים, קרימינולוגים, ומטפלים בהבעה וביצירה שעברו הכשרות מיוחדות לטיפול בילדים במצבי סיכון ופגיעה – מעניקים לילדים טיפולים, ליווי וסיוע, לצד מדריכים אשר עובדים בצמוד לילדים. המטפלים נדרשים להפגין מומחיות ספציפית לטיפול בטראומה ולהשתתף בהכשרות ובהדרכות מקצועיות. במרכזים השונים של עמותת בית לכל ילד מטופלים מדי שנה כ־2,500 ילדים ומשפחותיהם (ברדה, 2024). המטפלים המועסקים בעמותה נמצאים בקשר בכל עת עם כ־1,000 ילדים ועם הורה אחד לפחות של כל ילד, והם מספקים להם טיפול ותמיכה רגשית. הטיפול בטראומה של ילדים ונוער במצבי פגיעה וסכנה דורש מהמטפלים ידע, מומחיות ומיומנות לצד סיבולת רגשית גבוהה, יכולת הכלה ופתיחות רגשית. עבודתם דורשת הפגנת אמפתיה, חמלה וקרבה למטופלים (Ortega-Galán et al., 2019).

איכות החיים המקצועיים של אנשי מקצועות הטיפול – בין סיפוק לתשישות חמלה

מדי יום אנשי מקצועות הטיפול מתמודדים עם אינספור מצוקות. הלחץ הנגרם מהמפגשים עם המטופלים ומהחשיפה לסיפור הקשה שלהם הוא תוצר לוואי צפוי של עבודתם. מתח אידיאלי הוא מתח חיובי המוביל להתרגשות, למוטיבציה גבוהה, לערנות מנטאלית, לאנרגיה גבוהה ולחדות. עם זאת, לעיתים קרובות רמות גבוהות של לחץ עלולות לפגוע במסוגלות העצמית של איש המקצוע. מקובל לחשוב כי הסיוע והתמיכה של אנשי מקצועות הטיפול למטופלים אשר חוו טראומה עלולים להשפיע על איכות החיים המקצועיים שלהם בהיבטים שליליים וחיוביים כאחד (Stamm, 2010). הפסיכולוגים ריצ'רד לזרוס וסוזן פולקמן מגדירים לחץ כתגובה פנימית של הגוף לכל גירוי חיצוני שהאדם תופס כמזיק. הם מסבירים כי מתח נגרם מ"מערכת יחסים" לא מאוזנת בין האדם לבין הסביבה, כאשר האדם מעריך כי הלחץ גובר על משאביו ומסכן את שלומו (Lazarus & Folkman, 1984). לאנשי מקצועות הטיפול המומחים בטיפול בטרומה, מתח מוגזם עלול לגרום שחיקה או טראומה משנית ולהתבטא במצב המכונה "תשישות חמלה" (compassion fatigue). תשישות חמלה עלולה להשפיע לרעה על רווחתו הנפשית של האדם ועל יכולתו לספק למטופל טיפול מיטבי. במקביל נמצא כי בקרב אנשי מקצועות הטיפול יש שחווים צמיחה ותחושות רווחה הקשורות לעבודת הטיפול שלהם. היבט חיובי זה מכונה "סיפוק חמלה" (compassion satisfaction) (Stamm, 2010).

בהיבט השלילי, חשיפה ראשונית ו/או משנית לטרומה הקשורה לעבודות הטיפול מגדילה את הסיכון של אנשי המקצוע לפתח תשישות חמלה (Craig & Sprang, 2010; Stamm, 2010). תשישות חמלה היא מונח שטבע צ'ארלס פיגלי, פרופסור לפסיכולוגיה מומחה בטרומה ובוגר מלחמת וייטנאם, כדי להגדיר את ההצפה הרגשית שחש בהדרגה בעבודתו הקלינית עם חיילים משוחררים. הוא תיאר אותה כ"מחיר של הטיפול באלה שסובלים" (Figley, 1995b). תשישות חמלה מוגדרת כתגובה טבעית של המטפל להיחשפות לחוויות הטרומטיות של המטופל וללחץ הנובע מהצורך לעזור לו (Figley, 1995a, 2002). למעשה, האמפתיה העמוקה של המטפל כלפי המטופל עלולה לגרום לו תסמיני טראומה הדומים לאלו של המטופל (Figley, 1995b). תשישות החמלה מכילה את כל הרגשות הלא רצויים הנובעים מחשיפה תכופה לטרומה המטופלים, מסביבת עבודה מלחיצה ומנתינה עצמית מוגברת (Peters, 2018; Stamm, 2010). סימני תשישות החמלה יכולים להיות פייזים (למשל עייפות, נדודי שינה, כאבי ראש), פסיכולוגיים (כגון

עצבנות, עצבות, ייאוש), קשורים למערכות יחסים עם האחר (כגון אטימות רגשית או האשמת מטופלים), או שיתבטאו כהפרעות קוגניטיביות (לדוגמה חוסר ארגון או קושי להתמקד) (Mendenhall, 2006). בקרב אחיות אונקולוגיות לדוגמה, הוכח כי לתשישות חמלה יש השפעות שליליות על מערכות היחסים שלהן עם אחרים, ובסופו של דבר חלקן אפילו שקלו לעזוב את המקצוע (Perry et al., 2011). תשישות חמלה עלולה גם לגרום לתקשורת לקויה או חסרה עם מטופלים, עם בני משפחה או עם עמיתים (Nolte et al., 2017), והיא נתפסת כמנגנון הימנעות בתגובה לסבלם של המטופלים ומשפחותיהם (Babineau et al., 2019).

במחקר הנוכחי אנו מתייחסים לתשישות חמלה כפי שהגדיר אותה סטאם, כלומר כ"מתפצלת" לשני גורמים, לטראומה משנית (Secondary Traumatic Stress) ולשחיקה (Burnout) (Stamm, 2010). טראומה משנית נגרמת בעקבות עבודה עם מטופלים הסובלים מטראומות או מאירועים מלחיצים באופן קיצוני. ההשפעות השליליות של טראומה משנית כוללות תחושת פחד הגורמת נדודי שינה, תמונות חודרניות או הימנעות מזיכרונות של החוויות הטראומטיות של המטופל. למעשה, טראומה משנית גורמת תסמינים פיזיולוגיים, קוגניטיביים ורגשיים הדומים לאלו של המטופל (Boscarino et al., 2004; Figley, 1995b). התסמינים של טראומה משנית הם בדרך כלל פתאומיים, מתפתחים במהירות וקשורים לרוב לאירוע מסוים. אשר ל"תסמונת השחיקה", פרוידנברג תיאר אותה לראשונה ב-1974 (Freudenberger, 1974) כתחושה של כישלון ותשישות, הנובעת מדרישות מוגזמות מהמטפל לצד חסר במשאבים אישיים או נפשיים שלו, ומונעת ממנו לספק טיפול ולסייע למטופלים שלו. למעשה שחיקה כוללת שלושה ממדים: תשישות רגשית, דה-פרסונליזציה, וחוסר הגשמה אישית בעבודה, בעקבות חשיפה מתמשכת לגורמי לחץ (Lim et al., 2020; Maslach & Jackson, 2020). סימני השחיקה כוללים עמדות שליליות בנוגע לעבודה, תחושה של חוסר תמיכה, ייאוש, חוסר מוטיבציה ושביעות רצון, ואדישות מסוימת ביחס לבעיות הקשורות לעבודה (Stamm, 2010). פינס וארונסון מציינים כי שחיקה מתרחשת בעקבות ניסיונות המטפלים ליצור ריחוק פיזי, קוגניטיבי, או רגשי בינם לבין המטופלים שלהם על מנת להגן על עצמם (Pines & Aronson, 1988). בניגוד לטראומה משנית שיכולה להופיע בפתאומיות, תסמיני השחיקה יכולים להתגלות בהדרגה בעקבות תשישות רגשית (Pearlman & Saakvitne, 1995).

ההיבט החיובי והיתרונות בעבודה התובענית של צוותי מקצועות הטיפול מתבטאים בסיפוק החמלה. סיפוק חמלה הוא מונח שטבע סטאם (2002) (Stamm, 2010) כהמשגה הפוכה למצב של תשישות חמלה. סיפוק חמלה מתייחס לשביעות הרצון של אנשי מקצועות הטיפול מהתפקיד שלהם ולתחושת ההצלחה בעבודתם. אלמנט זה מתייחס גם לתחושת התמיכה מצד עמיתיהם. סיפוק חמלה מאפשר לאנשי מקצועות הטיפול להפיק מעבודתם המתגרת תחושה של ערך ומשמעות, והוכח שהוא גורם מגן

מפני הופעת תסמיני תשישות החמלה בקרב עובדי מקצועות הטיפול (Tyson, 2007). סלוקום-גורי ושות' הציגו זאת כ"תגמול רגשי עבור הדאגה לאחרים" (Slocum-Gori et al., 2013), וזהו למעשה הסיפוק הנובע ממתן שירות לאחר (Sacco & Copel, 2018; Stamm, 2010). לסיפוק החמלה יש השפעה חיובית מובהקת על הרווחה הרגשית, החברתית והרוחנית של המטפלים (Dunn, & Rivas, 2014; Radey & Figley, 2007; Sacco & Copel, 2018).

מחקר שבחן את גורמי הסיכון לתשישות חמלה וסיפוק חמלה בקרב עובדי רווחה המועסקים בבתי חירום ובפנימיות לילדים בסיכון (Eastwood & Ecklund, 2008) הצביע על שחיקה כגורם מנבא לטראומה משנית. הופעת שחיקה הייתה קשורה לתחושות של מתח "שלילי", להרגשה של "הצפה" (עומס יתר) בעבודה, לחסר בפעילות לטיפול עצמי כגון מפגשים חברתיים ומשפחתיים, או לתפיסת הטיפול העצמי כבלתי מניב. גורמי סיכון נוספים לשחיקה כללו תחומי עיסוק מרובים בעבודה או עבודה במשמרות (בייחוד בלילה) (Molina-Praena et al., 2018). נוסף על כך, מגע רציף עם הסבל של המטופל נמצא בין גורמי הסיכון העיקריים שעלולים להשפיע על התפתחות שחיקה אצל אנשי מקצוע בתחום הטיפול (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). ביחס לטראומה משנית, בין גורמי הסיכון נמצאו (חוסר) תמיכה חברתית לפי תפיסת המשתתפים במחקר או (חוסר) המחויבות של המנהל הישיר. במישור האישי, ככל שעובד חש יותר מסוגלות עצמית ותחושת קוהרנטיות, כך פחת הסיכוי שלו לפתח טראומה משנית (Ortlepp & Friedman, 2002). לעומת זאת, סיפוק חמלה היה קשור לתחושת מתח "חיובי" או לתחושה של עומס מבורך בעבודה, לצד פעולות של טיפול עצמי וארוחות מיזנות (Eastwood & Ecklund, 2008).

"חזית חדשה" היא מושג חדש שבשארם טבע במאמרו, כאשר התייחס לקבוצות החשופות לקורבנות טראומה ולהעברת הטראומה מהקורבנות לסביבתן המיידית. נראה כי יש להעלות מודעות למצב קבוצות דוגמת המטפלים של הקורבנות (Basham, 2008). בדומה לכך העלו מחקרים קודמים חששות למצב הבריאות הנפשית של עובדים סוציאליים המטפלים במגוון אוכלוסיות בסיכון (B. E. Bride et al., 2004; Deighton et al., 2007) ושל אנשי מקצוע העובדים עם אוכלוסיות במצוקה, כגון חולי איידס (Wade et al., 1996), חולי אונקולוגיה (Simon et al., 2005), קשישים (Leon et al., 1999), ילדי רווחה (B. E. Bride et al., 2003; Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Daley, 1979; Rycraft, 1994; Jayaratne et al., 1986; Dane, 2000). כאמור, עובדים סוציאליים קליניים חשופים לתשישות חמלה בעקבות עבודתם עם אוכלוסיות שעברו טראומה, ועל פי מחקרים קודמים חלקם ככל הנראה עומדים בקריטריונים לאבחון הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) (כ-15%) (B. E. Bride, 2007) או דיכאון (כ-19%) (Siebert, 2004).

השפעת אירועי משבר על איכות החיים המקצועיים של אנשי מקצועות הטיפול

חשוב ביותר לבחון את ההשפעה של אירועי משבר על הנפש, על הבריאות ועל הרווחה הרגשית והנפשית של עובדי בריאות ורווחה (Taylor & Krystal & McNeil, 2020; Blackford, 2020), שכן אלה כבר בסיכון לשחיקה ולטראומה משנית (Shanafelt et al., 2017; Sinclair et al., 2016; al., 2016). מגפת הקורונה לדוגמה היוותה משבר כלל עולמי, והוא נחקר רבות בהקשר להשפעתו על צוותי הבריאות והרווחה. עדויות להשפעה של משבר הקורונה על עובדי שירותי הבריאות כוללים מחקרים רבים שמצביעים על רמות גבוהות של דיכאון, חרדה, נדודי שינה ומצוקה כללית בקרב עובדים אלו (Dewey et al., 2020; Eysenck, 1985; Krystal & McNeil, 2020; Lai et al., 2020; Lu et al., 2020; Taylor & Blackford, 2020). מחקרים נוספים שבחנו את ההשפעה של אירועי משבר על צוותי הטיפול מראים מגוון של השפעות פסיכולוגיות טיפוסיות, וביניהן ליקויים בתפקוד העובד, תחושה של אובדן משאבים אישיים ושימוש באסטרטגיות התמודדות כדי למתן את השפעת האסון (Freedly et al., 1992; Makwana, 2019).

לעניין מלחמה וטרור, מחקרים מסביב לעולם מצביעים על השפעתם השלילית על המצב הנפשי של האזרחים, כולל פיתוח תסמינים של דחק פוסט-טראומטי (Rubin et al., 2002; Silver et al., 2007; et al., 2007), חרדה ודיכאון (Hobfoll et al., 2006), וכן בעיות תפקודיות (Miguel-Tobal et al., 2006; Silver et al., 2002). בעולם גדוש סכסוכים וטרור, מספר גדל והולך של אנשים מתמודד עם טראומות למיניהן וזקוק לעזרה. הן אלו שעברו את המתקפה במישרין (Bleich et al., 2003) והן אלו שעברו זאת בעקיפין (Schlenger et al., 2002) יחוו רמות גבוהות של מצוקה וירידה בתחושת הביטחון, והם עלולים לסבול ממחלות שונות. ההשפעות השליליות של מלחמה וטרור אינן מוגבלות רק לאוכלוסייה הבוגרת, אלא יפגעו גם במתבגרים (Gil-Rivas et al., 2004), בילדים (Koplewicz et al., 2002; Pfefferbaum et al., 2003; Chemtob et al., 2008). כאמור ולמרבה הצער, ההשפעה של חוויה טראומטית אינה נוגעת רק לאלו שחווים אותה. העובדה שהמטפלים מסייעים למטופליהם הטרואומטיים לשאת את כאבם בזמני משבר קולקטיביים עלולה לגבות מחיר כבד גם מהמטפלים. בתקופות של פיגועי טרור רבים ובזמן מלחמה, רבים מאנשי מקצועות הטיפול עשויים למצוא עצמם מזדהים עם הקורבנות (Herman, 1997), חשים חוסר ביטחון ביחס לעתיד (Shamai, 1998), חוסר יכולת לתפקד מקצועית (Wee & Myers, 2002) או חוסר מוכנות ברמה המקצועית (Raphael & Tyndall, 1987; Raphael & Wilson, 1994). כמו כן, עדויות מהספרות מראות כי בייחוד בזמני משבר ובכל העולם, עובדי מקצועות הטיפול שבאינטראקציה עם אוכלוסיות בטראומה נמצאים בסיכון יתר לפתח תסמינים של טראומה משנית ושחיקה (Collins & Long, 2003; Eidelson et al., 2003; Sabin-)

השפעת הטרור והמלחמה על צוותי מקצועות הטיפול, נמצא סיכוי גבוה יותר בקרב צוותים אלו לפתח תסמינים של טראומה משנית (Ben-Ezra et al., 2007; Palgi et al., 2009). מחקר שנערך בקרב עובדים סוציאליים העובדים בבתי חולים בישראל וחולקים את מציאות המלחמה עם החולים, מצא בקרבם שיעורים גדולים של טראומה משנית (Lev-Wiesel et al., 2009). מחקרים אלו מנו את המרכיבים הקשורים להתפתחות של טראומה משנית בקרב אנשי מקצועות הטיפול והזכירו שחיקה (burnout), תשישות חמלה (compassion fatigue) וירידה בסיפוק חמלה (compassion satisfaction).

מטרת מחקר תיאורי זה היא להעריך את איכות החיים המקצועיים של אנשי מקצועות הטיפול בעמותת בית לכל ילד, המטפלים בילדים בסיכון ומלווים אותם בזמן מלחמה. המחקר מתבסס על שני המדדים, סיפוק חמלה ותשישות חמלה, ובוחן את ההשפעות של גורמים אישיים ומקצועיים על משתנים אלו.

שיטת המחקר

משתתפי המחקר

מחקר זה הוא מחקר חתך מבוסס סקר שנערך בחודשים פברואר ומרץ 2024, בזמן מלחמת חרבות ברזל בישראל. המחקר מבוסס על מדגם נוחות של עובדי עמותת בית לכל ילד שמילאו סקר מקוון באופן וולונטארי ואנונימי. הקישור לסקר נשלח במייל או בקבוצות וואטסאפ ארגוניות לעובדי מקצועות הטיפול והמדריכים של העמותה. קריטריון ההכללה למחקר היה עבודה כאיש/ת מקצועות הטיפול ו/או מדריך/ה הנמצא/ת במגע ישיר עם הילדים והנוער המטופלים בעמותה. אנשי מקצוע העובדים במטה בניהול ובתפקידים שאין בהם מגע ישיר עם מטופלים לא הוזמנו להשתתף במחקר. הסקר בן 46 שאלות, והוא נוצר ונוהל בעזרת גוגל פורמס על פי כללי האתיקה המקובלים.

כלי המחקר והמשתנים

במחקר זה נבחנה איכות החיים המקצועיים באמצעות שאלון ProQOL. שאלון ProQOL הוא פיתוח של סטאם שמודד את ההיבטים החיוביים והשליליים של החמלה. השאלון נכתב במקור באנגלית אך תורגם לשפות רבות, תוקף בהן (כולל בעברית), והיה בשימוש במחקרים רבים (Stamm, 2010). שאלון זה מאפשר הערכה כמותית של רמות תשיות וסיפוק חמלה. באופן לא מפתיע, האיזון ביניהם הוא שקובע את רמת איכות החיים המקצועיים (Sacco et al., 2015). שאלון איכות החיים המקצועיים ProQOL הוא מדד נפוץ להשפעות חיוביות ושליליות של עבודה עם אנשים שחוו אירועים טראומטיים.

השאלון מורכב מ־30 פריטים (10 פריטים לכל ממד) ומכמת שלושה ממדים: (1) סיפוק חמלה (למשל בשאלה: "אני מוצא/ת סיפוק ביכולתי לעזור לאנשים") (2) שחיקה (למשל, "אני חש/ה 'תקוע/ה' בעבודתי כעוזר/ת לאנשים"); ו־3) טראומה משנית (למשל, "אני טרוד/ה במחשבות על האנשים שאני עוזר/ת להם"). השאלון נבדק ואומת (באנגלית) עם אמינות אלפא גבוהה של 0.87 לסיפוק חמלה, 0.72 עבור שחיקה ו־0.80 עבור טראומה משנית (Spirczak et al., 2022; Stamm, 2010).

דרך איסוף הנתונים

עבור כל שאלה התבקשו המשיבים לציין באיזו מידה האמירה הייתה נכונה מבחינתם מאז תחילת מלחמת חרבות ברזל. כלומר, באיזו תדירות חוו סיטואציות אלו על פי סולם לייקרט בן 5 רמות, מ־1 "אף פעם" עד 5 "לעיתים קרובות מאוד". קנה המידה הכולל של שאלון איכות החיים המקצועיים עבור כל ממד (סיפוק חמלה, שחיקה וטראומה משנית) הוגדר מ־10 נקודות (ציון מינימאלי לכל ממד) ועד ל־50 נקודות (ציון מקסימאלי). סטאם הגדיר לכל ממד מה נחשב רמה גבוהה (ציונים מ־42 ומעלה), רמה בינונית (ציונים שבין 23 ל־41) ורמה נמוכה (ציונים מ־22 ומטה).

נוסף על ProQOL נאסף גם מידע דמוגרפי ומקצועי על המשתתפים (מין, גיל, מצב משפחתי, תפקיד, מסגרת ותק). נאסף גם מידע על אודות קרובי משפחה מגויסים, על השפעת המלחמה על הטיפול בילדים, ועל הפעילות המקצועית ומקורות התמיכה הארגוניים.

ניתוח הנתונים

המשתתפים הקטגוריאליים מוצגים באופן תיאורי (מספרים אבסולוטיים ואחוזים). משתנים רציפים מוצגים כממוצעים \pm סטיית תקן (Standard Deviation). ההבדלים בממוצעי מרכיבי ה־ProQOL על פי מאפייני המשתתפים נבחנו בעזרת מבחן t למדגמים בלתי תלויים או מבחן אי־פרמטרי מאן־וויטני (כאשר לא הייתה התפלגות נורמאלית). ההבדלים בממוצעי מרכיבי ה־ProQOL בין משתנים רב־קטגוריאליים נבחנו באמצעות בדיקות ANOVA ו־Kruskal-Wallis. במידת הצורך בוצע ניתוח הפוסט־הוק באמצעות מבחן Tukey עבור ANOVA ובאמצעות שיטת Bonferroni post-hoc עבור Kruskal-Wallis. ההתפלגות על פי קריטריון הנורמאליות נבדקה באמצעות מבחני קולמוגורוב־סמירנוב ושפירו. מובהקות סטטיסטית נקבעה על פי ערך של $p < 0.05$. כל הניתוחים בוצעו באמצעות תוכנה סטטיסטית SPSS, גרסה 29.

תוצאות

מאפייני המשתתפים

מחקר תיאורי זה נערך על מדגם של 56 עובדי מקצועות טיפול ומדריכים מעמותת בית לכל ילד, שהם כ־40% מכלל עובדי מקצועות הטיפול והמדריכים בעמותה. התפלגות מאפייני המשתתפים מופיעה בטבלה 1. אפשר לראות שרוב המשיבים היו נשים (95%) ומעל גיל 35 (79%). הגיל הממוצע של המשתתפים היה 40, כאשר המשתתף הצעיר ביותר היה בן 20 והמבוגר ביותר בן 59. מרביתם היו נשואים או בזוגיות (78%) ולהם ילדים (79%). חלק גדול מהמשתתפים היו עו"סים (39%) או מטפלים באומנויות (36%).

כאשר המשתתפים נשאלו אם קרוב משפחה מגויס, 50% ענו בחיוב. רוב המשיבים בחיוב (89%) דיווחו כי תקופת הגיוס אורכת שלושה חודשים ויותר.

השפעת המלחמה

בנוגע לשאלות הקשורות להשפעת המלחמה על הפעילות המקצועית של המשתתפים ענו 74% כי המלחמה השפיעה על עבודתם כמטפל. רובם המוחלט של המשתתפים בסקר (96%) ענו כי מאז פרוץ המלחמה, הם התייחסו למצב החירום הלאומי בטיפול שלהם בילדים. כאשר נשאלו המשתתפים האם ובאיזה היקף להערכתם הטראומה הלאומית השפיעה על הילדים שבטיפולם, 91% ענו בחיוב (במידה כזו או אחרת): 18% ענו שהטראומה הלאומית השפיעה להערכתם על כל הילדים שהם מטפלים בהם, 30% ענו שעל רובם ו־43% ענו שרק על חלקם. 7% ענו שההשפעה נגעה למעטים מהילדים ו־2% שהטראומה הלאומית לא השפיעה כלל על מטופליהם.

ביחס למקורות התמיכה הארגוניים (איור 1) נשאלו המשתתפים בסקר על שישה גורמים שונים, אם אלו היו עבורם מקור לתמיכה ומשענת מאז פרוץ המלחמה. 20% ענו שיש להם פחות משלושה מקורות תמיכה (הוגדר כתמיכה נמוכה), 24% ענו שיש להם שלושה מקורות תמיכה (הוגדר כתמיכה בינונית) ו־56% ענו שיש להם יותר משלושה מקורות תמיכה (תמיכה גבוהה). מבין מקורות התמיכה, ההדרכה הפרטנית הקבועה הייתה המשמעותית ביותר (מקור לתמיכה עבור 89% מהמשיבים), לצד תמיכת המנהל הישיר (83%) ועצם היציאה מהבית לעבודה (85%). גם הקולגות (עבור 72% מהמשיבים) וההדרכה הקבוצתית הקבועה (61%) היו מקורות תמיכה חשובים. 41% מהמשתתפים הגדירו את ימי ההפוגה כמקור "לא רלוונטי" לתמיכה.

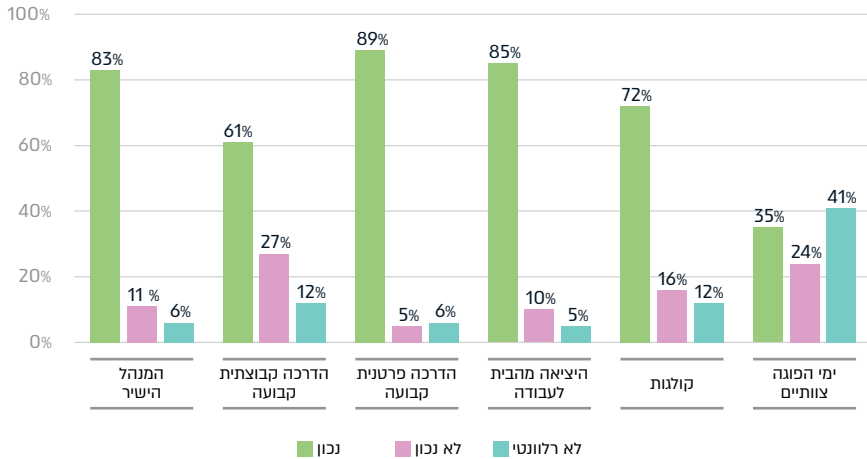
כאשר המשתתפים נשאלו על התחושה שלהם בנוגע לעבודתם כמטפל בזמן מלחמת חרבות ברזל, 43% ענו "חיוביות" ו-21% בחרו ב"אופטימיות". 18% הביעו "חשש" ו-2% "מוצפות". 2% בחרו בתחושת ה"שליליות" ו-3% ב"אדישות" (איור 2).

טבלה 1 | מאפייני המשתתפים

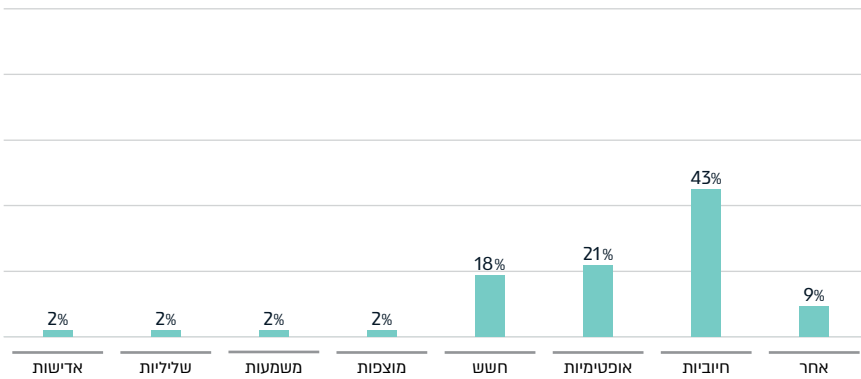
משתנים	מספר מטפלים (אחוזים)
מין	
זכר	3 (5%)
נקבה	53 (95%)
גיל	
18-35	12 (21%)
36-59	44 (79%)
מצב משפחתי	
רווק/גרוש/פרוד	12 (22%)
נשואים/בזוגיות	43 (78%)
ילדים	
כן	44 (79%)
לא	12 (21%)
שנות ותק	
כחות מ-5 שנות ותק	46 (82%)
בין 5 ל-15 שנות ותק	10 (18%)
תפקיד	
מדריכים	2 (4%)
מטפלים באומנויות	20 (36%)
מנהלים/ראשי צוותים	8 (14%)
עו"סים	22 (39%)
פסיכולוגים/קרימינולוגים	4 (7%)
קרוב משפחה מגויס	
כן	28 (50%)
לא	28 (50%)
התייחסות למלחמה בטיפול	
כן	53 (96%)
לא	2 (4%)

	השפעת המלחמה על העבודה כמטפל	
כן	40 (74%)	
לא	14 (26%)	
	מספר מקורות תמיכה בארגון	
נמוך (>3)	11 (20%)	
בינוני (=3)	13 (24%)	
גבוה (<3)	31 (56%)	
	מנהל ישיר כמקור תמיכה	
נכון	44 (83%)	
לא נכון / לא רלוונטי	9 (7%)	
	הדרכה קבוצתית כמקור תמיכה	
נכון	31 (61%)	
לא נכון / לא רלוונטי	20 (39%)	
	הדרכה פרטנית כמקור תמיכה	
נכון	48 (89%)	
לא נכון / לא רלוונטי	6 (11%)	
	קולגות כמקור תמיכה	
נכון	37 (72%)	
לא נכון / לא רלוונטי	14 (28%)	
	ימי הפוגה צוותיים כמקור תמיכה	
נכון	13 (35%)	
לא נכון / לא רלוונטי	24 (65%)	
	שגרת העבודה כמקור תמיכה	
נכון	34 (85%)	
לא נכון / לא רלוונטי	6 (15%)	

איור 1 | מקורות תמיכה ארגוניים ("האם גורמים אלו היו עבורכם מקורות תמיכה?")



איור 2 | תחושת המשתתפים כלפי העבודה שלהם כמטפלת במלחמת חרבות ברזל ("אנא בחר/י את התחושה שמתארת הכי נכון את התחושה שלך כלפי העבודה שלך כמטפלת/ת במלחמת חרבות ברזל")



שכיחות סיפוק ותשישות חמלה בקרב עובדי מקצועות הטיפול

אשר לממצאי ה־proQOL של כלל המשתתפים, ממוצע סיפוק חמלה בקרב עובדי מקצועות הטיפול של עמותת בית לכל ילד נמצא בטווח הרמות הבינוניות, על גבול הגבוהות (ממוצע של 40.1); אלמנט השחיקה נמצא בטווח הרמות הבינוניות (ממוצע של 24.1) וטראומה משנית בטווח הרמות הנמוכות (ממוצע של 18.5) (טבלה 2).

רמת סיפוק החמלה הכללית הייתה בינונית עד גבוהה עבור הרוב המוחלט של המשתתפים (98%): רמה בינונית ל־55% ורמה גבוהה ל־43%. עבור 2% בלבד מהמשתתפים, רמת סיפוק החמלה הייתה נמוכה. בנוגע לשחיקה, מרבית המשתתפים (98%) נמצאו בטווח הבינוני־נמוך: רמה בינונית אצל 68% ורמה נמוכה אצל 30% מהמשתתפים. רמת השחיקה הוגדרה גבוהה אצל 2% בלבד מהמשתתפים. טראומה משנית הייתה בטווח הבינוני־נמוך עבור כל המשתתפים. 29% היו ברמה בינונית והרוב (71%) ברמה נמוכה. אף משתתף לא נמצא בטווח הרמות הגבוהות של טראומה משנית (טבלה 3, איור 3).

נמצאו רמות גבוהות יותר של סיפוק חמלה בקרב המשתתפים הרווקים/הגרשים/הפרודים לעומת הנשואים/שבזוגיות. בקרב הרווקים נמצא ממוצע סיפוק החמלה ברמות הגבוהות של הממד (43.1) לעומת הנשואים, שאצלם הממוצע היה נמוך יותר (39.2) ונמצא ברמות הבינוניות של סיפוק החמלה. הבדלים אלו נמצאו מובהקים סטטיסטית ($p\text{-value}=0.045$).

הבדלים מובהקים נוספים נמצאו ברמות הטרומה המשנית של אלו שדיווחו כי התייחסו לטרומה הלאומית בטיפול שלהם בילדים לעומת אלו שלא. בקרב אלו שהתייחסו למלחמה בטיפול נמצאו רמות נמוכות של טראומה משנית (ממוצע של 18.1), לעומת אלו שלא התייחסו למלחמה בטיפול – אצלם רמות הטרומה המשנית היו גבוהות יותר (ממוצע של 28) ונמצאו בטווח הבינוני ($p\text{-value}<0.001$).

בקרב אלו שדיווחו כי המלחמה השפיעה על עבודתם כמטפל נמצאו רמות גבוהות יותר של טראומה משנית (ממוצע של 19.8), לעומת אלו שדיווחו כי המלחמה לא השפיעה על עבודתם (ממוצע של 14.4). עם זאת, עבור שתי הקבוצות נשאו רמות הטרומה המשנית בטווח הנמוך של הסקאלה. הבדלים אלו נמצאו מובהקים סטטיסטית. כמו כן, רמות השחיקה בקרב אלו שדיווחו כי המלחמה השפיעה על עבודתם כמטפל נמצאו

בטווח הבינוני (ממוצע 24.8), לעומת אלו שדיווחו שלא, ורמות שחיקתם נמצאו בטווח הנמוך (ממוצע 21.2). הבדלים אלו נמצאו כמעט מובהקים ($p\text{-value}=0.064$).

נמצאו הבדלים נוספים בין קבוצות שונות של משתתפים אם כי לא היו מובהקים סטטיסטית. לדוגמה, רמות השחיקה היו גבוהות יותר בקרב הנשים לעומת הגברים. ממוצע רמות השחיקה של הנשים נמצא בטווח הבינוני (ממוצע של 24.2) לעומת הגברים, שרמות השחיקה שלהם נמצאו בטווח הנמוך (ממוצע של 21.3). כך גם רמות הטרואמה המשנית היו מעט גבוהות יותר בקרב הנשים (ממוצע של 18.7) לעומת הגברים (ממוצע של 16). נוסף על כך, בקרב המשתתפים שיש להם ילדים נמצאו רמות שחיקה בטווח הבינוני (ממוצע 24.9) לעומת אלו שאין להם ילדים, ואצלם רמות השחיקה נמצאו בטווח הנמוך (ממוצע של 21).

בקרב משתתפים שלהם שנות ותק רבות יותר בעמותה (בין 5 ל-15 שנים) נמצאו רמות סיפוק חמלה מעט גבוהות יותר לעומת אלה עם ותק של עד 5 שנים (ממוצע של 41.7 לעומת 39.5, בהתאמה). כמו כן, בקרב ה"וותיקים" יותר נמצאו רמות טראומה משנית נמוכות יותר (ממוצע של 16.1 לעומת 19.1), אם כי שתי הקבוצות נמצאו על הסקאלה הנמוכה של הממד. בנוסף, אנשי צוות בכירים הציגו רמות גבוהות יותר של סיפוק חמלה (ממוצע של 41.8) לעומת העובדים האחרים (ממוצע של 39.8 אצל העו"סים, 40.2 אצל הפסיכולוגים/קרימינולוגים ו-39.5 אצל המטפלים באומנויות).

אשר לממצאי איכות החיים המקצועיים בהתאם למספר מקורות התמיכה הארגוניים של העובדים, לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית, אך יש לציין כי בקרב אלה שהוגדרו כמקבלים תמיכה גבוהה (מעל שלושה מקורות תמיכה) נצפו הרמות הגבוהות ביותר של סיפוק חמלה (ממוצע של 40.6), והרמות הנמוכות ביותר של שחיקה (ממוצע של 23.5) וטראומה משנית (17.8), (איור 4).

בהסתכלות פרטנית על כל אחד ממקורות התמיכה, ההבדלים הניכרים ביותר היו בין אלה שדיווחו על הדרכה קבוצתית כמקור של תמיכה לבין אלה שדיווחו כי ההדרכה הקבוצתית לא הייתה עבורם מקור של תמיכה או שסימנו כי לא הייתה רלוונטית עבורם. ההבדלים נגעו גם לרמות סיפוק החמלה (ממוצע סיפוק חמלה של 41.2 אצל ה"נתמכים" בהדרכה קבוצתית לעומת 38.2 אצל ה"לא נתמכים"), להבדלי רמות השחיקה ביניהם (23.5 לעומת 26.1) ולרמות הטרואמה המשנית (17.6 לעומת 20.3). נצפו גם הבדלים גדולים בין אלה שדיווחו על הדרכה פרטנית כמקור תמיכה לבין אלו שלא, ברמות סיפוק החמלה (ממוצע של 40.5 לעומת 35.3 בהתאמה) וברמות השחיקה ביניהם (ממוצע של 23.6 לעומת 27.5 בהתאמה).

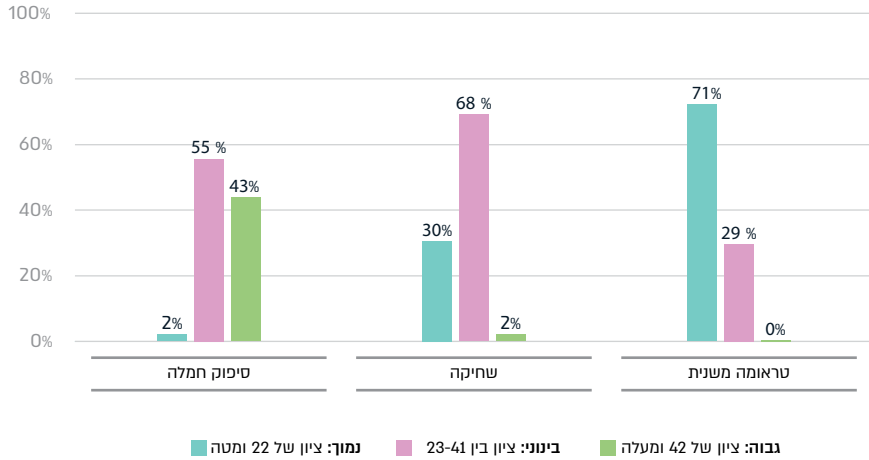
טבלה 2 | ממצאי ה-proQOL

משתנה	ממוצע	סטיית תקן	טווח	מתאר
סיפוק חמלה (Compassion Satisfaction)	40.1	5.9	17-49	בינוני
שחיקה (Burnout)	24.1	5.8	8-42	בינוני
טראומה משנית (Secondary Traumatic Stress)	18.5	6.8	4-34	נמוך

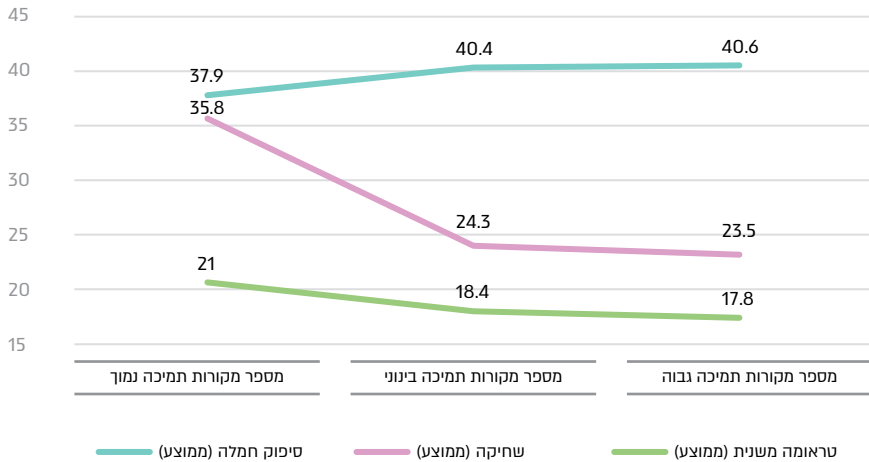
טבלה 3 | שכיחות סיפוק ותשישות חמלה בקרב עובדי מקצועות הטיפול

משתנים	מספר מטפלים (אחוזים)
סיפוק חמלה Compassion Satisfaction	
נמוך (<22)	1 (2%)
בינוני (23-41)	31 (55%)
גבוה (>42)	24 (43%)
שחיקה Burnout	
נמוך (<22)	17 (30%)
בינוני (23-41)	38 (68%)
גבוה (>42)	1 (2%)
טראומה משנית Secondary Traumatic Stress	
נמוך (<22)	40 (71%)
בינוני (23-41)	16 (29%)
גבוה (>42)	0

איור 3 | שכיחות סיפוק ותשישות חמלה בקרב עובדי מקצועות הטיפול



איור 4 | ממצאי ה-proQOL לפי מספר מקורות תמיכה



טבלה 4 | ממצאי ה-proQOL על פי גורמים סוציו-דמוגרפיים, מקצועיים ואישיים

טראומה משנית Secondary Traumatic Stress		שחיקה Burnout		סיפוק חמלה Compassion Satisfaction		משתנים
P	ממוצע (סטיית תקן)	P	ממוצע (סטיית תקן)	P	ממוצע (סטיית תקן)	
מין						
0.513	16 (3.5)	0.182	21.3 (3)	0.927	40.6 (4)	מין
	18.7 (6.9)		24.2 (5.9)		40.1 (6)	זכר
						נקבה
גיל						
0.492	19.7 (6)	0.624	24.8 (6.1)	0.732	39.5 (5.5)	18-35
	18.2 (7)		23.8 (5.8)		40.2 (6.1)	36-59
מצב משפחתי						
0.983	18.41	0.581	22.5 (6.9)	0.045	43.1 (5)	רווק/גרוש/כרווד
	18.46		24.3 (5.5)		39.2 (5.9)	נשואים/בזוגיות
ילדים						
0.334	19 (6.5)	0.158	24.9 (4.9)	0.275	39.6 (5.8)	כן
	16.8 (7.6)		21 (7.8)		41.7 (5.8)	לא
שנות ותק						
0.216	19.1 (6.8)	0.446	24.3 (5.8)	0.368	39.7 (5.9)	כחות מ-5
	16.1 (6.7)		23 (6.2)		41.7 (5.5)	בין 5 ל-15
תפקיד						
0.989	19.5 (0.7)	0.78	21.5 (3.5)	0.889	42 (7.07)	מדריכים
	18.8 (6.3)		24.1 (6.5)		39.5 (7.7)	מטפלים באומנויות
	18.8 (6.2)		24 (5.2)		41.8 (4.8)	מנהלים/ ראשי צוותים
	18.3 (8.06)		24.7 (6.1)		39.8 (4.2)	עו"סים
	17 (6.9)		27.5 (3)		40.2 (6.6)	פסיכולוגים/קרימינולוגים
קרוב משפחה מגויס						
0.908	18.6 (7)	0.392	24.6 (4.3)	0.7	40.3 (4.7)	כן
	18.4 (6.7)		23.5 (7.1)		39.8 (6.9)	לא

טרואמה משנית Secondary Traumatic Stress		שחיקה Burnout		סיפוק חמלה Compassion Satisfaction		משתנים
P	ממוצע (סטיית תקן)	P	ממוצע (סטיית תקן)	P	ממוצע (סטיית תקן)	
<0.001		0.228		0.681		התייחסות למלחמה בטיפול
	(6.7) 18.1		(5.9) 23.8		(6.06) 40.1	כן
	(0) 28		(0.7) 27.5		(0.7) 39.5	לא
0.006		0.064		0.141		השפעת המלחמה על העבודה כמטפל
	(6.3) 19.8		(5.5) 24.8		(6.3) 40.5	כן
	(5) 14.4		(6.1) 21.2		(4.6) 38.7	לא
0.422		0.539		0.415		מספר מקורות תמיכה בארגון
	(6.7) 21		(6.9) 25.8		(8.8) 37.9	נמוך (>3)
	(6.3) 18.4		(5) 24.3		(4.5) 40.4	בינוני (=3)
	(7.1) 17.8		(5.8) 23.5		(5.2) 40.6	גבוה (<3)
0.680		0.483		0.877		מנהל ישיר כמקור תמיכה
	(6.9) 18.4		(5.3) 23.7		(5.3) 40.3	נכון
	(6.3) 19.4		(5.6) 24.8		(3.9) 41.1	לא נכון / לא רלוונטי
0.184		0.237		0.141		הדרכה קבוצתית כמקור תמיכה
	(7.2) 17.6		(5.5) 23.5		(4.5) 41.2	נכון
	(5.9) 20.3		(5.2) 26.1		(7.3) 38.2	לא נכון / לא רלוונטי
0.727		0.340		0.241		הדרכה פרטנית כמקור תמיכה
	(6.5) 18.2		(5.6) 23.6		(5) 40.5	נכון
	(9.1) 19.3		(7.2) 27.5		(10.5) 35.3	לא נכון / לא רלוונטי
0.607		0.907		0.068		קולגות כמקור תמיכה
	(6.7) 18.8		(5.8) 23.8		(5.2) 40.3	נכון
	(6.2) 17.7		(6.7) 24.9		(8) 40.07	לא נכון / לא רלוונטי
0.941		0.936		0.911		ימי הפוגה צוותיים כמקור תמיכה
	(7.6) 19.1		(5.6) 24.9		(5) 40.3	נכון
	(6.6) 19.3		(6.1) 25.04		(6.9) 39.2	לא נכון / לא רלוונטי
0.560		0.894		1.0		שגרת העבודה כמקור תמיכה
	(7.4) 18.9		(6) 24.9		(6.4) 39.8	נכון
	(5.4) 20.8		(4.3) 25		(5.6) 40.3	לא נכון / לא רלוונטי

על פי ממצאי המחקר הנוכחי נמצאו רוב המשתתפים בטווח הבינוני עד גבוה של סיפוק חמלה (98% מהמשתתפים) ובטווח הנמוך עד בינוני של שחיקה (98% מהמשתתפים) ושל טראומה משנית (100%). גורמים כגון חוסר ההתייחסות למלחמה בטיפול ודיווח המטפל כי המלחמה השפיעה על עבודתו, השפיעו באופן מובהק על רמות השחיקה של המטפלים. כמו כן, מטפלים רווקים או גרושים הראו רמות גבוהות יותר של סיפוק חמלה. גורמים אחרים כגון מין, שנות ותק, עיסוק בארגון או מקורות תמיכה ארגוניים גם השפיעו על רמות סיפוק ותשישות החמלה, אם כי לא באופן מובהק.

ציונים גבוהים של סיפוק חמלה (מעל 42) מעידים כי העובד ככל הנראה חש סיפוק רב מהעיסוק שלו ולכן ביכולתו להיות מטפל טוב ויעיל. בנוגע לשחיקה, לרוב האנשים יש מושג אינטואיטיבי מהי, אך מנקודת המבט המחקרית היא קשורה לתחושות של ייאוש ולקשיים בהתמודדות בעבודה או בביצוע העבודה בעילות. ציונים גבוהים בממד זה (מעל 42) פירושם כי העובד נמצא בסיכון גבוה יותר לשחיקה, והם עלולים להעיד על חוסר יעילות בתפקידו המקצועי. לעומת זאת, ציונים נמוכים (מתחת ל-22) משקפים ככל הנראה תחושות חיוביות ביחס ליכולת העובד להיות יעיל בעבודה שלו. יש לציין כי הציון עשוי לשקף את מצב הרוח של העובד ופשוט להצביע על "יום רע" או על הצורך שלו לעשות הפסקה מעבודתו (למשל לצאת לחופשה). אם הציון נשאר גבוה בניטור ממושך, מצב זה דורש התייחסות. בנוגע לטראומה משנית, ציון גבוה יכול לרמז כי על העובד לפנות לממונה עליו או לאיש מקצוע. התפתחות בעיות נפשיות בעקבות חשיפה לטראומה של אחרים היא אומנם נדירה יחסית אך עדיין אפשרית, בייחוד במקצועות המציבים את העובדים ישירות ב"נתיב הסכנה" (Stamm, 2010).

מחקר חתך זה זיהה רמות מתונות של סיפוק חמלה ושחיקה לצד רמות נמוכות של טראומה משנית בקרב עובדי מקצועות הטיפול של עמותה המטפלת בילדים ונוער בסיכון, וזאת בזמן אחת המלחמות הקשות שמדינת ישראל ידעה. ממצאים אלה מצביעים על רמות גבוהות יותר של סיפוק חמלה ורמות נמוכות יותר של תשישות חמלה ביחס למחקרים אחרים שבוצעו בקרב אוכלוסיות דומות (B. E. Bride, 2007; Craig & Sprang, 2010; Meldrum et al., 2002). בהשוואת הממצאים שלנו לנורמות המקובלות של מדדי איכות החיים המקצועיים בקרב פסיכולוגים לדוגמה, נמצאו ערכי סיפוק חמלה גבוהים יותר במחקר הנוכחי (ממוצע של 40.1+5.9 לעומת 37+6) וערכי תשישות חמלה נמוכים יותר (ממוצע ערכי השחיקה היה 24.1+5.8 לעומת 26.2+5.6 וממוצע ערכי הטראומה המשנית היה 18.5+6.8 לעומת 22.4+5.9) (Hegarty, 2021). אף על פי שקשה להשוות בין נורמות מוגדרות ממחקרים שונים, התוצאות שלנו מראות כי מדגם עובדי מקצועות הטיפול שהשתתף במחקר ככל הנראה פגיע פחות לתסמיני

תשישות החמלה ומרגיש סיפוק חמלה גבוה יותר גם בזמן מלחמה. אפשר לייחס תוצאות אלה להבדלים בהיקף ובאופי החשיפה הישירה והמתמשכת של טראומת המטופלים ולעבודה באזורים החשופים לאיום ישיר/עקיף בזמן מלחמה.

ממצאי המחקר הנוכחי אפשר ללמוד כי 98% מהמשתתפים נמצאו בטווח הבינוני עד גבוה של רמת סיפוק חמלה. הדבר מראה כי למטופלים אלה יכולת גבוהה להתקשר התקשרות מיטבית, להכיל, להקשיב, להביע רגישות ואמפתיה כלפי מטופליהם ולחווה תחושת חיבור גבוהה מאוד כלפיהם. רוב הארגונים מעוניינים בעובדים בעלי מוטיבציה גבוהה כדי לשכר את מצבם של מקבלי השירות, את שביעות רצונם מהשירות, ואת הרווחיות ושימור העובדים (Simpson, 2009; Tullar et al., 2016). נוסף על כך, בין 98% ל-100% מהמשתתפים נמצאו בטווח הנמוך עד בינוני של תשישות חמלה. תשישות חמלה משפיעה על יכולתו של המטפל לעבוד ביעילות, ורמות גבוהות במדד זה יובילו לעלייה בטעויות מקצועיות וברשלנות, לירידה בשביעות הרצון ובבטיחות המטופלים, להגדלת עלויות השירותים הציבוריים ולסיכון מוגבר להפרעות נפשיות (Patel et al., 2018). כאמור, הממצאים האופטימיים של המחקר הנוכחי אינם מבטלים את הצורך בניטור רציף של ממדי ה-ProQOL בקרב עובדי מקצועות הטיפול ובהערכת ההשפעה של גורמים פנים וחץ-ארגוניים. עובדים אלה ינועו לאורך הרצף של ממדי סיפוק ותשישות החמלה בהתאם למצבים ומאפיינים שונים, אישיים, מקצועיים או סביבתיים.

מעניין כי לפי ממצאי המחקר הנוכחי, רמות השחיקה היו נמוכות יותר באופן מובהק בקרב אלה שדיווחו כי מאז פרוץ המלחמה התייחסו למצב החירום הלאומי בטיפול שלהם בילדים. ייתכן כי ההתייחסות למלחמה בטיפול היא חשובה לא רק למטופלים אלא גם למטפלים ועלולה להיות גורם מגן מפני תשישות חמלה. מלבד זאת נצפו רמות גבוהות של שחיקה וטראומה משנית בקרב אלה שדיווחו כי המלחמה השפיעה על עבודתם כמטפל. מחקרים קודמים הציגו כי שינויים ארגוניים משפיעים על רמות תשישות חמלה. במחקרים אלו נצפו רמות גבוהות יותר של תשישות חמלה בקרב מי שהעריכו כי שינויים ארגוניים השפיעו על עבודתם. בזמן משבר הצורך להתאים את שגרת העבודה ושיטות הטיפול לגורמים שונים (כגון חרדות הקשורות לחיים האישיים או חוויות עבר סביב משברים קודמים) עלול לעודד הופעה של תסמיני דיכאון או להגביר את רמות החרדה (da Costa et al., 2018). מהבחינה הארגונית או הטיפולית, השפעת המלחמה על העבודה כמטפל (למשל עבודה בזום בעקבות המצב הבטחוני, היעדרויות מרובות של מטופלים, עבודה תחת אזהרות ומטחי טילים, כולל ריצה עם מטופלים לממ"ד באמצע הטיפול) עלולה להוביל לשינויים ברמות של תשישות חמלה.

ממצא מעניין נוסף של מחקר זה הוא השפעת מקורות התמיכה הארגוניים על ערכי סיפוק ותשישות החמלה. יש לציין כי נדירים הם המחקרים המתייחסים להשפעת מקורות תמיכה ארגוניים ספציפיים לרווחת העובדים במקצועות הטיפול. במחקר הנוכחי נמצא כי ממוצעי סיפוק החמלה עלו ככל שמספר מקורות התמיכה היה גבוה יותר, ובמקביל ירדו ממוצעי תשישות החמלה ככל שעלה מספר מקורות התמיכה הארגוניים המדווחים. ארגונים המעניקים השראה לעובדיהם קשורים לפרודוקטיביות וביצועים טובים יותר לצד שביעות רצון גבוהה יותר של מקבלי השירות (Robert J. Vance, 2006). עובד מרוצה ירצה להחזיר את ההשקעה בו כדי לעזור לארגון להצליח. האחוז הגבוה של מטפלים שדיווחו במחקר זה על מקורות תמיכה רבים ומגוונים בארגון מלמד על המשאבים הרבים שהושקעו בעמותה לשם פיתוח ותמיכה באנשי הצוות, באמצעות הכשרות מקצועיות, הדרכות פרטניות וקבוצתיות, קבוצות קריאה, ימי הפוגה ועוד.

ממצאי המחקר הנוכחי מחזקים את ההנחה כי בארגונים המסייעים לעובדים להתמודד עם שחיקה ומתח נראה רמות סיפוק חמלה גבוהות יותר ורמות שחיקה נמוכות יותר אצל העובדים. כך, גורמים כגון הדרכות פרטניות וקבוצתיות קבועות וכן תמיכה מצד המנהל הישיר והקולגות עשויים להיות הכרחיים על מנת לקדם את רווחתם הרגשית של המטפלים, להגביר סיפוק חמלה ולהפחית תשישות חמלה בקרב אלה המתמודדים יום-יום עם חשיפה לטראומה ועם הטיפול בה.

ממצאי המחקר מחזקים את העובדה כי הכשרת צוותים אשר עובדים עם ילדים שעברו טראומה ואשר בעצמם עלולים להיות תחת איום של מלחמה וטרור, היא חיונית לשיפור התפקוד המקצועי שלהם ולהפחתת הפגיעות ותשישות החמלה בקרבם. יתרה מזו, עובדים שהודרכו על שחיקה או על טראומה משנית מסוגלים לנקוט צעדים חיוביים מוקדמים כדי להתמודד עם הבעיה לפני הופעת השלכותיה החמורות יותר (Perry et al., 2011). המחקר של ספרנג (Sprang et al., 2007) מראה כי הכשרה מיוחדת לטיפול בטראומה קשורה לרמות גבוהות יותר של סיפוק חמלה, ומכאן המסקנה היא שיש להתמקד במיומנויות הקשורות לטראומה ובהתערבויות להפחתת טראומה משנית בקרב עובדי מקצועות הטיפול המומחים לטראומה (Gates & Gillespie, 2008); (Sprang et al., 2007). גישה זו מבוססת על ההנחה כי רוב האנשים יכולים להשתמש במשאבים אישיים ומקצועיים ובמקביל לרכוש מיומנויות התמודדות חדשות כדי לשפר את החוסן שלהם, וכך להיות יעילים יותר במקצוע שלהם.

המחקר הנוכחי מצביע על רמות גבוהות יותר של סיפוק חמלה ורמות נמוכות יותר של תשישות חמלה בקרב אלה שדיווחו על הדרכה פרטנית וקבוצתית כמקור של תמיכה. במחקרים קודמים כבר הדגישו את החשיבות של תמיכה קבוצתית במניעה ובהפחתה של תסמיני טראומה משנית (Catherall, 1995; Figley, 1990). בייחוד בזמן מלחמה,

מנהלים, עמיתים והאחראים להדרכה צריכים להכיר במסירות ובמחויבות שהמטפלים מפגינים, לפעמים במצבים אישיים מורכבים (כגון קרוב מגויס, קרוב שנרצח), כדי שהעובדים יהיו מודעים וגאים יותר בכוח ובמשאבים שלהם ובתרומתם למטופלים, וכך תעלה רמת סיפוק החמלה שלהם.

בנוגע לגורמים האישיים המשפיעים על איכות החיים המקצועיים, מחקרים קודמים הראו שבקרב אנשי מקצוע צעירים ומנוסים פחות, השחיקה גבוהה יותר וסיפוק החמלה נמוך יותר (Bhutani et al., 2012). המחקר שלנו מראה תוצאות דומות אם כי לא מובהקות. שחיקה נוטה להצטמצם עם ניסיון מקצועי מוגבר, שכן לאנשי מקצוע מנוסים יש הבנה טובה יותר של תפקידיהם וגבולותיהם המקצועיים, ויש להם מנגנוני התמודדות המסייעים בבניית חוסן ללחץ רגשי כרוני במקום העבודה (Aiken et al., 2002; Dasan et al., 2015). מחקרים קודמים דיווחו גם על תשישות חמלה גבוהה יותר בקרב נשים (Dirik et al., 2021; Erickson & Grove, 2007), בדומה לממצאים (הלא מובהקים) של המחקר הנוכחי. אפשר לייחס ממצא זה לאמפתיות המוגברת של הנשים לעומת הגברים ולחיבור הטבעי יותר שיש להן למטופליהן, משום שהן חשות את הפחדים שלהם (Borges et al., 2019; Erickson & Grove, 2007). אשר למצב המשפחתי של אנשי מקצועות הטיפול, תוצאות מחקר זה מראות כי סטטוס רווק, גרוש או פרוד יכול לנבא רמת סיפוק חמלה גבוהה יותר. חייק ושות' (Haik et al., 2017) מצאו שלהיות גרוש משפיע על ציוני סיפוק חמלה לטובה – הם היו גבוהים יותר באופן מובהק – אך מחקר זה התמקד רק בצוותים רפואיים. נדמה כי לאנשי מקצוע בתחום הטיפול, תמיכה מעמיתים לעבודה היא משמעותית יותר מאשר תמיכה מיחסים אישיים (Van Der Heijden et al., 2017). נוסף על כך, הדאגה לבני המשפחה בזמני משבר עבור מי שנמצא בזוגיות ו/או בעל משפחה היא מקור נוסף לחרדה. מחקרים שבוצעו בזמן משבר הקורונה לדוגמה הראו כי אנשי מקצוע רבים בתחום הבריאות חששו מהידבקות לא רק שלהם אלא בעיקר של בני משפחתם וכך גבר הלחץ שחשו בעבודה (Demartini et al., 2020).

מגבלות המחקר

אף שמחקר זה מאפשר הבנה טובה יותר של רמת איכות החיים המקצועיים של אנשי צוות המטפלים בילדים ונוער בסיכון בזמן מלחמת חרבות ברזל בישראל, יש לו מגבלות מסוימות.

המגבלה הראשונה למחקר הנוכחי היא גודלו הקטן של המדגם. גודל המדגם עשוי להגביל את יכולתנו לזהות השפעה מובהקת סטטיסטית של הגורמים שנבחנו על סיפוק ותשישות חמלה. מגבלה נוספת נוגעת לאופי המחקר כמחקר חתך, שלא מאפשר הסקת מסקנות ביחס לסיבתיות, אלא רק תיאור של המצב הנוכחי ולא לאורך זמן.

כמו בכל סקר קיים סיכון להטיה בגלל אלה שלא ענו. ייתכן שהטיית בחירה גרמה לכך שאלה שחוו שחיקה או לחלופין סיפוק גבוה מהעבודה בזמן מילוי הסקר נטו למלא את הסקר בעקבות רגישות לנושא זה. הסקר שלנו מייצג תמונת מצב מסוימת של האופי המשתנה של המלחמה, לכן יש לפרש את הנתונים בזהירות.

שאלון ה־proQOL הוא למעשה שאלון לדיווח עצמי ואנשים עשויים להגיב אליו אחרת בהתאם למצבם הנפשי והרגשי. עובדי מקצועות הטיפול מתמודדים עם מצבים מורכבים בתדירות יומיומית, כך שרמות סיפוק ותשישות החמלה עשויות להשתנות גם על בסיס יומי. עובד שחווה שביעות רצון מטיפול מוצלח שבדיוק הסתיים ירגיש אחרת מעובד שיממה קודם לכן נחשף לאירועים הטראומטיים הקיצוניים שהמטופל שלו שיתף.

בסיכומו של דבר חשוב להדגיש כי שאלון ה־ProQOL מאפשר הערכה בלבד ואינו כלי אבחון. ברור שסביבת העבודה ה"אידיאלית" מבחינת ניהול גורמי מתח בעבודה היא כזו המשלבת סיפוק חמלה גבוה עם רמות שחיקה וטראומה משנית נמוכות, אך עדויות מהספרות מתארות סביבות עבודה פחות "אידיאליות" במציאות. ייתכן למשל שאלה שיש להם רמות גבוהות של טראומה משנית אך גם סיפוק חמלה גבוה, ימשיכו להיות יעילים בעבודתם ולעיתים קרובות יגיבו היטב להתערבות קצרה וממוקדת. אחד היתרונות של ה־ProQOL הוא בסיפוק פלטפורמה להערכה ולהתערבות.

מסקנות

המחקר שלנו הוא מחקר תיאורי שבוחן סיפוק חמלה, שחיקה וטראומה משנית בקרב צוות עובדי עמותה המטפלים בילדים ונוער בסיכון בזמן מלחמה. עבור עמותת בית לכל ילד, הוא נועד לבחון את מצבם של אנשי הצוות בזמן המלחמה, כדי להבין כיצד לתמוך בהם בזמן משבר לאומי, אילו מקורות תמיכה יהיו יעילים יותר מאחרים, ואיך לנתב נכון את המשאבים הרלוונטיים לשיפור המצב – כל זאת על מנת לתת את הטיפול המיטבי לילדים המטופלים בעמותה ולמשפחותיהם. הנתונים שלנו הם אופטימיים ביחס למחקרים קודמים ומצביעים על היכולת של המטפלים להיות קשובים הן למטופל והן לתחושות ולרגשות שלהם בינם לבין עצמם. המחקר הנוכחי מאפשר לנו לאפיין את אוכלוסיית המטפלים הנמצאים בסיכון יתר לתשישות חמלה, לעומת אלו החווים סיפוק חמלה גבוה, ולהבין אילו גורמים משפיעים על רווחתם. מחקר זה מבקש לעודד את מערכות הרווחה להמשיך לנטר גורמי לחץ של העובדים שלהן, הן בעבודה והן מחוץ לעבודה. מחקרים עתידיים צריכים להעמיק בגורמים הספציפיים המשפיעים על איכות חייהם המקצועיים של עובדי מקצועות הטיפול המומחים לטראומה, ועליהם להתמקד בתכנון התערבויות ייחודיות לתמיכה בהם.

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987–1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Babineau, T., Thomas, A., & Wu, V. (2019). Physician Burnout and Compassion Fatigue: Individual and Institutional Response to an Emerging Crisis. In *Current Treatment Options in Pediatrics*. <https://doi.org/10.1007/s40746-019-00146-7>
- Basham, K. (2008). Homecoming as safe haven or the new front: Attachment and detachment in military couples. *Clinical Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0138-9>
- Ben-Ezra, M., Palgi, Y., & Essar, N. (2007). Impact of war stress on posttraumatic stress symptoms in hospital personnel. *General Hospital Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.03.001>
- Bhutani, J., Bhutani, S., Balhara, Y. P. S., & Kalra, S. (2012). Compassion fatigue and burnout amongst clinicians: A medical exploratory study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 332–337. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.108206>
- Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to Terrorism, Stress-Related Mental Health Symptoms, and Coping Behaviors among a Nationally Representative Sample in Israel. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.290.5.612>
- Borges, E. M. D. N., Fonseca, C. I. N. da S., Baptista, P. C. P., Queirós, C. M. L., Baldonado-Mosteiro, M., & Mosteiro-Díaz, M. P. (2019). Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>
- Boscarino, J. A., Figley, C. R., & Adams, R. E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. *International Journal of Emergency Mental Health*.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Bride, B., Jones, J. L., MacMaster, S. A., & Shatila, S. (2003). The Tennessee Child Protective Services Supervisors Development Project: Evaluating Process, Outcome, and the Role of Secondary Traumatic Stress and Burnout. *Professional Development* (10974911).
- Catherall, D. R. (1995). Coping with secondary traumatic stress: The importance of the therapist's professional peer group. In *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. (pp. 80–92). <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=1996-97172-006>

- Chemtob, C. M., Nomura, Y., & Abramovitz, R. A. (2008). Impact of conjoined exposure to the world trade center attacks and to other traumatic events on the behavioral problems of preschool children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2007.36>
- Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers - A literature review. In *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00620.x>
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse and Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.009>
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress and Coping*. <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>
- da Costa, D. B., Ramos, D., Gabriel, C. S., & Bernardes, A. (2018). Patient safety culture: Evaluation by nursing professionals. *Texto e Contexto Enfermagem*, 27(3). <https://doi.org/10.1590/0104-070220180002670016>
- Daley, M. (1979). 'Burnout': smoldering problem in protective services. *Social Work*. <https://doi.org/10.1093/sw/24.5.375>
- Dane, B. (2000). Child welfare workers: An innovative approach for interacting with secondary trauma. *Journal of Social Work Education*. <https://doi.org/10.1080/10437797.2000.10778987>
- Dasan, S., Gohil, P., Cornelius, V., & Taylor, C. (2015). Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: A mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emergency Medicine Journal*, 32(8), 588–594. <https://doi.org/10.1136/emered-2014-203671>
- Deighton, R. M. K., Gurriss, N., & Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1002/jts.20180>
- Demartini, K., Konzen, V. de M., Siqueira, M. de O., Garcia, G., Jorge, M. S. G., Batista, J. S., & Wibelinger, L. M. (2020). Care for frontline health care workers in times of covid-19. *Revista Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 53, 1–3. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0358-2020>
- Dewey, C., Hingle, S., Goelz, E., & Linzer, M. (2020). Supporting clinicians during the COVID-19 pandemic. In *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/M20-1334>
- Dirik, D., Sak, R., & Şahin-Sak, İ. T. (2021). Compassion fatigue among obstetricians and gynecologists. *Current Psychology*, 40(9), 4247–4254. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02022-w>

- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.002>
- Dunn, D. J., & Rivas, D. (2014). Transforming Compassion Satisfaction. *International Journal of Human Caring*. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.18.1.45>
- Eastwood, C. D., & Ecklund, K. (2008). Compassion fatigue risk and self-care practices among residential treatment center childcare workers. *Residential Treatment for Children and Youth*. <https://doi.org/10.1080/08865710802309972>
- Eidelson, R. J., D'Alessio, G. R., & Eidelson, J. I. (2003). The impact of September 11 on psychologists. In *Professional Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.2.144>
- Erickson, R., & Grove, W. (2007). Why Emotions Matter: Age, Agitation, and Burnout Among Registered Nurses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1). <https://doi.org/10.3912/ojin.vol13no01ppt01>
- Eysenck, H. J. (1985). Stress, appraisal, and coping: R.S. Lazarus and S. Folkman: Springer, New York (1984). 445 pages. \$31.95. *Behaviour Research and Therapy*.
- Figley, C. R. (1990). Helping Traumatized Families. *Family Relations*, 39(2), 230. <https://doi.org/10.2307/585730>
- Figley, C. R. (1995a). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*.
- Figley, C. R. (1995b). Compassion fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. *BrunnerMazel Psychosocial Stress Series*.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. In *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Freedy, J. R., Shaw, D. L., Jarrell, M. P., & Masters, C. R. (1992). Towards an understanding of the psychological impact of natural disasters: An application of the conservation resources stress model. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1007/BF00977238>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gates, D. M., & Gillespie, G. L. (2008). Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(2), 243–249. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00228.x>
- Gil-Rivas, V., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2004). Adolescent vulnerability following the september 11th terrorist attacks: A study of parents and their children. *Applied Developmental Science*. https://doi.org/10.1207/s1532480xads0803_3

- Haik, J., Brown, S., Liran, A., Visentin, D., Sokolov, A., Zilinsky, I., & Kornhaber, R. (2017). Burnout and compassion fatigue: Prevalence and associations among Israeli burn clinicians. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *13*, 1533–1540. <https://doi.org/10.2147/NDT.S133181>
- Hegarty, D. (2021). *Psychologist Norms for the Professional Quality of Life Scale (ProQOL)*. <https://novopsych.com.au/news/psychologist-norms-for-the-professional-quality-of-life-scale-proqol/>
- Herman, J. L. (1997). *The Aftermath of Violence - From Domestic Abuse to Political Terror. Trauma and Recovery*.
- Hobfoll, S. E., Tracy, M., & Galea, S. (2006). The impact of resource loss and traumatic growth on probable PTSD and depression following terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1002/its.20166>
- Jayaratne, S., Chess, W. A., & Kunkel, D. A. (1986). Burnout: Its impact on child welfare workers and their spouses. *Social Work (United States)*. <https://doi.org/10.1093/sw/31.1.53>
- Kassam-Adams, N. (1995). The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. In *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*, .
- Koplewicz, H. S., Vogel, J. M., Solanto, M. V., Morrissey, R. F., Alonso, C. M., Abikoff, H., Gallagher, R., & Novick, R. M. (2002). Child and parent response to the 1993 World Trade Center bombing. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1023/A:1014339513128>
- Krystal, J. H., & McNeil, R. L. (2020). Responding to the hidden pandemic for healthcare workers: stress. *Nature Medicine*. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0878-4>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lazarus, R. ., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. In *Springer*.
- Leon, A. M., Altholz, J. A. S., & Dziegielewska, S. F. (1999). Compassion Fatigue: Considerations for Working with the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*. https://doi.org/10.1300/J083v32n01_04
- Lev-Wiesel, R., Goldblatt, H., Eisikovits, Z., & Admi, H. (2009). Growth in the shadow of war: The case of social workers and nurses working in a shared war reality. *British Journal of Social Work*. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcn021>
- Lim, W. Y., Ong, J., Ong, S., Hao, Y., Abdullah, H. R., Koh, D. L. K., & Mok, U. S. M. (2020). The abbreviated maslach burnout inventory can overestimate burnout: A study of anesthesiology residents. *Journal of Clinical Medicine*. <https://doi.org/10.3390/jcm9010061>

- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Makwana, N. (2019). Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. https://doi.org/10.4103/jfmfc.jfmfc.893_19
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (2020). Burnout in Health Professions: A Social Psychological Analysis. In *Social Psychology of Health and Illness*. <https://doi.org/10.4324/9780203762967-14>
- Meldrum, L., King, R., & Spooner, D. (2002). Secondary traumatic stress in case managers working in community mental health services. *Treating Compassion Fatigue*, 85–106.
- Mendenhall, T. J. (2006). Trauma-response teams: Inherent challenges and practical strategies in interdisciplinary fieldwork. *Families, Systems and Health*. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.24.3.357>
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Gonzalez-Ordi, H., Iruarrizaga, I., Rudenstine, S., Vlahov, D., & Galea, S. (2006). PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1002/jts.20091>
- Molina-Praena, J., Ramirez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Levels of burnout and risk factors in medical area nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122800>
- Nolte, A. G. W., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.13766>
- Ortega-Galán, Á. M., Ruiz-Fernández, M. D., Carmona-Rega, M. I., Cabrera-Troya, J., Ortiz-Amo, R., & Ibáñez-Masero, O. (2019). Competence and Compassion: Key Elements of Professional Care at the End of Life From Caregiver's Perspective. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1177/1049909118816662>
- Ortlepp, K., & Friedman, M. (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1023/A:1015203327767>
- Palgi, Y., Ben-Ezra, M., Langer, S., & Essar, N. (2009). The effect of prolonged exposure to war stress on the comorbidity of PTSD and depression among hospital personnel. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.003>
- Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors related to physician burnout and its consequences: A review. In *Behavioral Sciences* (Vol. 8, Issue 11). <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*.

- Perry, B., Toffner, G., Merrick, T., & Dalton, J. (2011). An exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne de Nursing Oncologique*. <https://doi.org/10.5737/1181912x2129197>
- Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*. <https://doi.org/10.1111/nuf.12274>
- Pfefferbaum, B., North, C. S., Doughty, D. E., Gurwitch, 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*. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.2.133>
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). Career burnout: causes and cures. *Choice Reviews Online*. <https://doi.org/10.5860/choice.26-1580>
- Radey, M., & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0087-3>
- Raphael, B., & Tyndall, N. (1987). Reviews When Disaster Strikes: A Handbook for the caring professions. In *Bereavement Care*. <https://doi.org/10.1080/02682628708657181>
- Raphael, B., & Wilson, J. P. (1994). When disaster strikes: Managing emotional reactions in rescue workers. In *Countertransference in the treatment of PTSD. BT - Countertransference in the treatment of PTSD*.
- Robert J. Vance, P. D. (2006). Engagement and Commitment. *SHRM Foundation's Effective Practice Guidelines*, 1–45. <https://www.shrm.org/hr-today/trends-and-forecasting/special-reports-and-expert-views/Documents/Employee-Engagement-Commitment.pdf>
- Rubin, G. J., Brewin, C. R., Greenberg, N., Hughes, J. H., Simpson, J., & Wessely, S. (2007). Enduring consequences of terrorism: 7-month follow-up survey of reactions to the bombings in London on 7 July 2005. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.029785>
- Rycraft, J. R. (1994). The party isn't over: The agency role in the retention of public child welfare caseworkers. *Social Work (United States)*. <https://doi.org/10.1093/sw/39.1.75>
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers? In *Clinical Psychology Review*. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00030-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00030-8)
- Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., & Ingersoll, G. L. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32–42. <https://doi.org/10.4037/ccn2015392>
- Sacco, T. L., & Copel, L. C. (2018). Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. *Nursing Forum*. <https://doi.org/10.1111/nuf.12213>

- Schlenger, W. E., Caddell, J. M., & Ebert, L. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: Findings from the national study of Americans' reactions to September 11. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*.
- Shamai, M. (1998). Therapist in Distress: Team-Supervision of Social Workers and Family Therapists Who Work and Live under Political Uncertainty. *Family Process*. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1998.00245.x>
- Shanafelt, T. D., Mungo, M., Schmitgen, J., Storz, K. A., Reeves, D., Hayes, S. N., Sloan, J. A., Swensen, S. J., & Buskirk, S. J. (2016). Longitudinal Study Evaluating the Association between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. *Mayo Clinic Proceedings*. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.02.001>
- Siebert, D. C. (2004). Depression in North Carolina social workers: Implications for practice and research. *Social Work Research*. <https://doi.org/10.1093/swr/28.1.30>
- Silver, R. C., Alison Holman, E., McIntosh, D. N., Poulin, M., & Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.288.10.1235>
- Simon, C. E., Pryce, J. G., Roff, L. L., & Klemmack, D. (2005). Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of Psychosocial Oncology*. https://doi.org/10.1300/J077v23n04_01
- Simpson, M. R. (2009). Engagement at work: A review of the literature. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 46, Issue 7, pp. 1012–1024). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.003>
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. In *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W. Y., Carson, A., & Kazanjian, A. (2013). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. In *Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1177/0269216311431311>
- Spirczak, A., Kaur, R., & Vines, D. L. (2022). Burnout among respiratory therapists during COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Respiratory Therapy*, 58, 191–198. <https://doi.org/10.29390/cjrt-2022-049>
- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259–280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>
- Stamm, B. H. (2010). The Concise ProQOL manual 2nd Edition. *Pocatello, ID: ProQOL. Org*.
- Taylor, W. D., & Blackford, J. U. (2020). Mental health treatment for front-line clinicians during and after the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: A plea to the medical community. In *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/M20-2440>

- Tullar, J. M., Amick, B. C., Brewer, S., Diamond, P. M., Kelder, S. H., & Mikhail, O. (2016). Improve employee engagement to retain your workforce. *Health Care Management Review, 41*(4), 316–324. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000079>
- Tyson, J. (2007). Compassion fatigue in the treatment of combat-related trauma during wartime. *Clinical Social Work Journal. https://doi.org/10.1007/s10615-007-0095-3*
- Van Der Heijden, B. I. J. M., Mulder, R. H., König, C., & Anselmann, V. (2017). Toward a mediation model for nurses' well-being and psychological distress effects of quality of leadership and social support at work. *Medicine (United States), 96*(15). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000006505>
- Wade, K., Beckerman, N., & Stein, E. J. (1996). Risk of post traumatic stress disorder among aids social workers: Implications for organizational response. *Clinical Supervisor. https://doi.org/10.1300/J001v14n02_07*
- Wee, D. F., & Myers, D. (2002). Stress responses of mental health workers following disaster: The Oklahoma City bombing. *Treating Compassion Fatigue. Psychosocial Stress Series, No. 24. New York, NY, US: Brunner-Routledge.*

בלנק, ה. (3202). סוגיית תכנון הסיוע הנפשי הנדרש בעקבות מלחמת חרבות ברזל: תמונת מצב ושאלות לדיון. מרכז המידע והמחקר של הכנסת.
https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/2c79076e-0878-ee11-815f-005056aac6c3/2_2c79076e-0878-ee11-815f-005056aac6c3_11_20279.pdf

ברדה, ד. (2024). שנתון ססטיסטי 2023. עמותת בית לכל ילד.
<https://bily.org.il/he/שנתון-דוח/2023/>

עמותת בית לכל ילד

רח' יד חרוצים 4, ת"ד 53355, ירושלים

טלפון: 02-6333345 | פקס: 02-6719650 | דוא"ל: office@bily.org.il | אתר: bily.org.il