

הסיוע למסייעים בראי מלחמת 7 באוקטובר 2023:

השפעות החשיפה לטראומה על צוותים מטפלים וההתמודדות עימה ברמה האישית, המקצועית והמערכתית

נתן לב, יפעת בן דוד-דרור, הדס גולדבלט, דפנה ערמון, שי קרונטל, גיא תבורי ונדב דוידוביץ'

מי מטפל במטפל? | כמה שיר

אִישׁ יוֹשֵׁב עַל בֶּרֶסָה
וּלְפָנָיו מִתְחַלְפִּים סְפוּרִים
וְהוּא זֹכֵר
עֵינָיו הַכְּחָלוֹת מִקְשִׁיבוֹת
פָּנָיו מֵאֲדִימוֹת בְּמִבּוּכָה (כְּשֶׁמִּתְאַיֵּם).

אִישׁ יוֹשֵׁב עַל בֶּרֶסָה
וּלְפָנָיו אֲנָשִׁים מִתְחַלְפִּים
כְּמוֹ שְׁעוֹן
וְהוּא מִחְזִיק עוֹלָמוֹת
וְהוּא מִחְזִיק לֵב.

אִישׁ יוֹשֵׁב עַל בֶּרֶסָה
וּבְסוֹף יוֹם מְקַפֵּל אֶת לְבוֹ פְּנִימָה
סוֹגֵר אֶת הַדֵּלֶת
וְנִשְׁאַר לְבַד.¹

* נתן לב, חוקר אורח במרכז טאוב ודוקטורנט בבית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת בן-גוריון בנגב; יפעת בן דוד-דרור, MSW, מנכ"לית היפ"ם, יו"ר משותפת בפורום לקידום מערכת בריאות מותאמת טראומה ומנהלת אשפוז אינטנסיבי וטיפול יום במרכז עוגן – טיפול יום לנפגעי טראומה מינית, המרכז הרפואי לבריאות הנפש, לב השרון; הדס גולדבלט, פרופסור אמריטה ועובדת סוציאלית, החוג לסייעות, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה; ד"ר דפנה ערמון, פסיכיאטרית, מנהלת מחלקת "בדרכי" לטיפול בפוסט-טראומה מורכבת, מרחבים באר יעקב ויו"ר משותפת בפורום לקידום מערכת בריאות מותאמת טראומה; שי קרונטל, רופא משפחה מומחה ופסיכותרפיסט, יו"ר חוג הבאלינט הישראלי, החוג לרפואת משפחה, הפקולטה למדעי הרפואה והבריאות, אוניברסיטת תל אביב; גיא תבורי, עובד סוציאלי, יו"ר עמותת שלומות, אוניברסיטת תל אביב, איכילוב; פרופ' נדב דוידוביץ', חוקר ראשי וראש תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל ומנהל בית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

מסמך זה עוסק בהתמודדות עם השפעות החשיפה לטראומה בקרב צוותים מטפלים באופן כללי ולא רק בהתמודדות עם אירועי המלחמה הנוכחית. המלחמה מובאת כמקרה בוחן מרכזי לעיסוק בנושא.

¹ מתוך: אישה – ילדה, גבר – אישה ושירים אחרים, הוצאה עצמית הוצאה לאור, 2020, עמ' 86.

הקדמה

תמונת מצב

טראומה קולקטיבית היא תגובה לאירוע טראומטי אשר מנפץ את המרקם החברתי הבסיסי ויש לו השלכות פסיכולוגיות נרחבות על הכלל ולא רק על הפרט (Hirschberger, 2018). המאורע משאיר רושם עמוק בתודעה והזיכרון הקבוצתיים, ולזיכרון הקולקטיבי שלו יש השפעה רבה על הצורה שבה הטראומה מעובדת ועל אפשרויות השיקום (גוטמן ואחרים, 2024). אירועי 7 באוקטובר 2023 השליכו את כלל אזרחי ישראל אל תוך מציאות חדשה של חוויות מטלטלות שלא ידעו כמותן מאז קום המדינה. האירועים המזעזעים – פלישת מחבלים המונית, רצח אזרחים וחיילים ומעשי התעללות שטניים בבני אדם חסרי הגנה, היו תחילתה של מלחמה על קיומה של מדינת ישראל ועל ביטחונם האישי של אזרחיה. ההשלכות של אירועי 7 באוקטובר ניכרות בהשפעותיהן החמורות על מצבם הנפשי של תושבי ישראל מכל רובדי החברה. ההערכה היא שכבר בחודשים הראשונים סבלו יותר מ-30% מהאוכלוסייה היהודית מתסמינים פוסט-טראומטיים (שמואלי ואחרים, 2023).²

נוסף על מי שחוו בעצמם את האירועים הקשים ואת הפינוי של יישובים שלמים הולך וגדל גם מספר האנשים שנחשפו ונחשפים לאירועים בעקיפין. צוותי מקצועות הבריאות, המצויים במגעל הראשון של המטפלים בנפגעי טראומה, נקלעים למציאות טראומטית משותפת (shared traumatic reality) וחווים יחד עם הנפגעים את השלכות האסון (Saakvitne, 2002). אנשי המקצוע שנמנים עם הקהילות הנפגעות חווים חשיפה כפולה, הן כמי שנפגעו בעצמם והן כמי שמטפלים בנפגעי האסון או מצב החירום (Baum, 2014; Saakvitne, 2002). הם נדרשים להמשיך לעבוד גם אם חברים לעבודה נהרגו או נחטפו, גם אם בני משפחה או מכרים שלהם נפגעו, גם אם יש במשפחתם הקרובה חיילים או חיילות בשירות סדיר או מילואים.

מצב זה מזכיר את המצב בימי מגפת הקורונה, כאשר הצוותים הרפואיים ובני משפחותיהם היו חשופים להשפעות המחלה כמו כלל האוכלוסייה ואף יותר ממנה. בהקשר זה חשוב לציין כי ההשלכות הנפשיות של מגפת הקורונה על האוכלוסייה בכלל ועל הצוותים המטפלים בפרט, ובהן דיכאון, חרדה, דחק ושחיקה מוגברת בקרב צוותים מטפלים, עדיין לא קיבלו מענה מספק, וכי מדינת ישראל הגיעה ל-7 באוקטובר כשמערכת הבריאות שלה – ומערכת בריאות הנפש בפרט – מערכת החינוך ומערכת הרווחה כבר מורעבות (Trotzky et al., 2023).

עדים ונפגעים כאחד נתונים לדיאלקטיקה של הטראומה (הרמן, 1992), הנעה בין הרצון לדעת ובין הרצון שלא לדעת, בין הרצון לתאר ובין החשש שלא יאמינו להם. אירועי 7 באוקטובר הפכו כל שומע בכל מרחב לעד: הרופאה בחדר המיון, העובד הסוציאלי במלון המפונים, המורה בבית הספר, המתנדב או המתנדבת בגן הילדים וכיוצא באלה אנשי מקצוע ומסייעים ממגוון תחומים – כולם עדים ועדות לזוועות שהאוזן והנפש מתקשות לעכל. גם שאלות אתיות ומקצועיות קשות שאנשי

² לפי הגדרות שאלון PCL-5.

מקצוע נדרשו להתמודד איתן בעת המפגש הטיפולי הותירו בהם את חותמן. מטפלים שנחשפים לסיפורי הנפגעים עלולים לחוות טראומה משנית בעקבות ספיגת מטענים טראומטיים העולים במפגש הטיפולי. בתוך כך, שגרת החירום המתמשכת שחווים כל אזרחי מדינת ישראל עלולה לפגוע במשאבי ההתמודדות ולהביא לידי שחיקה של אנשי מקצוע ושל מסייעים דוגמת מתנדבים לא-מקצועיים, בני נוער בשנת שירות וכו'.

בנסיבות אלו השמירה העצמית (self-care) של אנשי המקצוע עצמם חשובה מאוד לשימור רווחתם ולהבטחת חוסנם האישי והמקצועי. כפי שיוצג בהמשך, **מעורבות ארגונית היא תנאי הכרחי לשמירה עצמית של אנשי המקצוע ולהבטחת שלומם ורווחתם באירועי משבר כגון אלו**. ואולם ארגונים רבים מתקשים להבטיח מעטפת לשמירה עצמית של אנשי המקצוע ולהמשך מתן שירות איכותי למקבלי השירות בזמן משבר. דוגמה בולטת לכך היא מערכת בריאות הנפש, אשר אמורה לספק מענה לקשיים של כלל האוכלוסייה (מטפלים ומטופלים גם יחד) בעיתות מצוקה. מערכת זו נתונה במשבר עמוק. דוח חדש שהתפרסם מטעם קואליציית ארגוני בריאות הנפש מצביע על הזנחה המתבטאת בין היתר בשיעור ההוצאה הציבורית על בריאות הנפש – 5.8% בלבד מההוצאה הציבורית, לעומת שיעור ממוצע של 11% במדינות ה-OECD; במחסור במענים בקהילה; במחסור בכוח אדם; ובזמני המתנה חריגים באורכם, שפירושם שההמתנה למפגש ראשון עם איש מקצוע עלולה להימשך בממוצע 12-16 חודשים (רוזנטל ואחרים, 2023). נוסף על כך, במגוון של מקצועות במערכת בריאות הנפש מספר אנשי המקצוע קטן יחסית לגודל האוכלוסייה. מספר הפסיכיאטרים לנפש עומד על 9.9 ל-100 אלף נפשות. במדינת ישראל ישנם 1,420 פסיכיאטרים בסך הכול, ורק 800 מהם עובדים בשירות הציבורי. היחס עומד אפוא על כ-11,750 תושבים לפסיכיאטר אחד בשירות הציבורי, ועל כ-6,590 תושבים לפסיכיאטר באופן כללי. מספר הפסיכולוגים במדינה עומד על 8,864, מהם 56% מומחים. לפיכך יש רק פסיכולוג מומחה אחד לכ-1,056 תושבים; בחישוב של פסיכולוגים מומחים ולא-מומחים גם יחד יש פסיכולוג אחד לכ-596 תושבים. בתחום העבודה הסוציאלית יש 40,657 עובדות ועובדים סוציאליים מורשים, ולא ידוע לכמה מהם יש הכשרה פסיכותרפית; היחס עומד אפוא על עובד סוציאלי אחד לכ-250 תושבים (לוי, 2023). מצב עניינים זה ממחיש את האתגרים המערכתיים הכרוכים בהתמודדות עם צורכי השעה, ונשאלת השאלה כיצד אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש (כדוגמה מרכזית, אך גם בתחומים אחרים) יכולים לשמר את רווחתם שלהם לנוכח מצבה של המערכת ומה המענה הארגוני שהם צריכים לקבל לשם כך.

המחסור באנשי מקצוע בשגרה מביא לידי שחיקה מתמדת של המטפלים. ב-7 באוקטובר התנדבו אלפי אנשי מקצוע, הן מהמגזר הפרטי הן מהמגזר הציבורי, לטפל מייד בנפגעים הקשים ביותר, לא פעם בתנאים קשים ובמקומות לא מתאימים כמו בתי חולים, מלונות מפונים, בתי עלמין ועוד, והכול בלי מערכת מסודרת שקיבלה עליה אחריות כלפיהם, דאגה לרווחתם או סיפקה להם מקום לפרוק את חוויותיהם. בשל המחסור במטפלים הרגישו רבים שמחובתם להתייצב ולטפל בנזקקים לטיפול, שמספרם גדל והלך. כמו שאר האוכלוסייה, התקשו גם הם למצוא מי שיטפל בהם עצמם ובבני משפחותיהם בשעת הצורך. חילוקי הדעות בין הגורמים המקצועיים ובין הדרג הניהולי והדרג

המדיני העמיקו את תחושות חוסר הוודאות של המטפלים והקשו עליהם את התפקוד.³ בעיה נוספת שהתעוררה ביתר שאת לאחר 7 באוקטובר ופוגעת בחוסן של הצוותים היא המתח בין היהודים לערבים, שניכר בביטויי גזענות וחשדנות ואף בפחד. במקומות מסוימים פחדו מטפלים, ערבים כיהודים, לצאת מהבית או להגיע לעבודה בכוחות עצמם, ועובדים יהודים הביעו חשש או מורת רוח מהצורך להמשיך ולעבוד כתף אל כתף עם אנשי צוות ערבים. ואכן, מערכת הבריאות סימנה את נושא מרקם החיים המשותפים כאחד האתגרים החשובים ביותר שלה, הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך.⁴

הטיפול במטפלים

מטפלים חשופים להתפתחות מצבי פוסט-טראומה (PTSD),⁵ טראומטיזציה חליפית ופגיעות מנטליות וקוגניטיביות בעקבות עבודתם. במחקר המקיף על השפעתם ארוכת הטווח של אירועי 9/11 על אוכלוסיית המטפלים והמגיבים הראשונים נמצאו אצלם פגיעות קוגניטיביות כגון דמנציה (Clouston et al., 2016) ושכיחות מוגברת של הפרעות נפשיות (Diab et al., 2020). פגיעות מעין אלו נמצאו אצל בעלי תפקידים כאלה גם במקרים אחרים בעולם, ורצוי למנוע אותן. נוסף על השפעות הטראומה על המטפלים חשוב להתייחס גם למגוון החסמים המונעים מהם קבלת טיפול: לדוגמה, מגיבים ראשונים נרתעו לפעמים מפנייה לקבלת טיפול בגלל החשש שבקשה לעזרה נפשית תסכן את קידומם המקצועי. אחרים דיווחו שהם מתקשים למצוא זמן לטיפול, או שאינם יודעים אל מי עליהם לפנות כדי לקבל לטיפול (Haugen et al., 2017).

מטפלים שבהיעדר טיפול מתאים אינם מסוגלים לעמוד בעומס עלולים לתת למטופלים יחס מנותק ולא מספק, ושני הצדדים יצאו ניזוקים (Menzies, 1960). לעומת זאת, כאשר מטפלים ומטופלים מצליחים להכיל את הטראומה, יש פוטנציאל לרווח ולצמיחה בעקבותיה והזדמנות להסתגלות מחדש ולפיתוח פתרונות יצירתיים באופן שתורם להגברת הערך העצמי והחוסן (גרינולד ולביא, 2023).

ההתמודדות עם השלכות הטראומה הקולקטיבית של 7 באוקטובר ומצב החירום המתמשך מאז מחייבת אפוא שינוי של הגישה המערכתית והתרבות הארגונית, כדי לחזק את החוסן של עובדים ושל מקבלי שירות ולאפשר רציפות תפקודית של המטפלים לאורך זמן. חשוב לציין שגישת הטיפול במטפלים מוטמעת בפרופסיות דוגמת עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה ופסיכיאטריה, ואפשר ללמוד מהן שיטות להתמודדות עם השפעות משניות של טראומה.

³ בערוצי התקשורת התפרסמו דוגמאות רבות לסוגיות ומתחים כאלו אשר הקשו על המטפלים. ראו למשל איזבורק, 2023; גיל-עד וינקו, 2023; דוקטורס אונלי, 2024.1.3; דוקטורס אונלי, 2024.7.2; ינקו, 2023.

⁴ בערוצי התקשורת התפרסמו שלל עדויות של אנשי צוותי הטיפול על מאורעות 7 באוקטובר. עדויותיהם מדגימות את עומק הזוועות שאליו נחשפו ואת הקשיים שעיינום התמודדו. ראו למשל אפרתי, 2024; וייזנברג, 2024; לינדר, 2024; רוזנבלום, 2024; שליטא, 2024.

⁵ תסמונת הנגרמת מחשיפה לאירוע אשר נחוזה כמסכן חיים או כמסכן את הביטחון הפיזי של החווה או של אחרים. תסמינים אופייניים הם חוויית האירוע הטראומטי מחדש, הימנעות ממעשים ומקומות המזכירים את האירוע הטראומטי, חוסר עניין בפעילויות שגרתיות משמעותיות, הימנעות מפעילויות כאלה ועוררות יתר פסיכולוגית (APA, 2023).

נוסף על הקמת מנגנונים לתמיכה בצוותים בעת משבר, חשוב לטפח את החוסן שלהם בשגרה. "חוסן" הכוונה לפוטנציאל להתגברות על קשיים, ההתמודדות ואף היכולת להיבנות מן ההסתגלות לשינויים ולמצבי משבר. החוסן מושג בעזרת גורמים כמו סביבה חברתית תומכת, תחושת קבלה ויחסים בין-אישיים חמים ודואגים (APA, 2022). יש קשר הדוק בין טיפוח החוסן של הצוותים המטפלים בשגרה ובין כושר ההתמודדות שלהם בזמן משבר (Joyce et al., 2018). הנסיבות החדשות מספקות לנו הזדמנות לבנייה מחדש, ואנחנו נקראים לתכנן את התגובה לטווח הקצר, הבינוני והארוך כדי לאפשר לנו לא רק לחזור למצב שלפני 7 באוקטובר, אלא גם להגיע למצב טוב יותר (building back better).

מושגי יסוד

הדיון בהשפעת הטראומה על מטפלים מחייב היכרות עם מושגי היסוד בתחום. הבהרת המושגים הללו חשובה בייחוד משום שלעיתים קרובות משתמשים בספרות במונחים שונים כאילו הם מונחים נרדפים או בעלי אותה משמעות (לדוגמה טראומה משנית וטראומטיזציה חליפית). לפיכך, קודם שפונים להנעת שינוי כלל-מערכתי בתחום הטיפול במטפלים, יש להבהיר את המושגים המשמשים אותנו בקטגוריות המרכזיות שלו.

הסיכונים שבחשיפה של מטפלים לתכנים טראומטיים

1. תשישות חמלה | Compassion Fatigue

תשישות ואפתיה המופיעות אצל אנשי מקצוע בעקבות דאגה למטופלים הסובלים מכאב רגשי וחמלה עליהם. ההזדהות עם המטופלים ועם חוויית הטראומה שלהם יוצרת לחץ וניסיון להדחיק תחושות וגורמים המשויכים למטופל ומזכירים אותו (Figley, 1995; 2002).

2. לחץ טראומטי משני | Secondary Traumatic Stress (STS)

תופעת לחץ בקרב אנשי מקצוע או קרובי משפחה המטפלים בקורבנות ישירים של טראומה. טיפול ממושך בקורבנות הטראומה גורם להם לחוות בעצמם סטרס ומצוקה שגורמים להם להיעשות נפגעים משניים של הטראומה (Figley, 1998).

3. טראומטיזציה חליפית | Vicarious Trauma

תהליך שבו חווייתם הפנימית של אנשי המקצוע ותפיסות עולמם משתנות באופן שלילי בעקבות אמפתיה כלפי המטופלים שלהם, נפגעי הטראומה. החשיפה הממושכת לחוויות הטראומטיות של המטופלים בזמן הטיפול יכולה לגרום לפגיעה באמונות, בציפיות ובהנחות המובנות של המטפלים בנוגע למציאות ובנוגע לעצמם. השילוב של ערעור תפיסת המציאות והפנמת הרשמים והחויות של המטופלים יכול לגרום להופעת תסמינים טראומטיים אצל המטפלים ולפגיעה קשה באיכות חייהם (McCann & Pearlman, 1990).

4. מצוקה מוסרית | Moral Distress

ההשלכות הנפשיות של מתח מוסרי ואתי על אנשי מקצוע בעקבות התנהגות בניגוד לקוד האתי שלהם, בין שמדובר בהימנעות מעשיית הדבר הנכון או בעשיית מעשה המנוגד לערכים שלהם, ובין שמדובר בנשיאת עדות לאירוע כזה שלא הצליחו למנוע. גם מטפלים שלמרות מאמציהם לא הצליחו להושיט עזרה או להציל את המטופלים יכולים לחוות את הכישלון הזה כפגיעה מוסרית (Jameton, 1984; 2013).

5. שחיקה | Burnout

תגובה לדחק ארוך טווח שנגרם לאנשי מקצוע בעקבות מאפיינים של סביבת העבודה וטיב העבודה, המביאים לידי תשישות פיזית, רגשית או מנטלית, לירידה בביצועים ולעמדות שליליות כלפי עצמם או כלפי אחרים. תופעה זו עלולה לגרום להסתגרות רגשית, לאפתיה כלפי מטופלים ולדה-פרסונליזציה שלהם (APA, 2018; Hunsaker et al., 2015).

6. רה-טראומטיזציה, חוויית טראומה מחדש | Retraumatization

חווייה מחדש של רגעי טראומה בעקבות חשיפה למצב או סביבה אשר אינם בהכרח טראומטיים כשלעצמם, אך מזכירים לחווים אותם טראומה קודמת ומעוררים אצלם רגשות ותגובות המקושרות לטראומה זו. לרוב טראומה נחוות מחדש לא מתוך רצון מכוון לעורר אותה. זו תופעה שיכולה להתרחש אצל אנשי צוות ואצל מקבלי שירות כאחד, בכל מסגרת, והיא מסוכנת בגלל הפוטנציאל שלה לגרום להחמרת תסמיני הטרומה של הנפגעים ולהיענות נמוכה להשתתפות בטיפול (SAMHSA, 2014a).

7. טראומה מקצועית קולקטיבית | Collective Occupational Trauma

מצב שבו אנשי המקצוע חווים את המציאות הטרומטית שחווים המטופלים שלהם ומי שמשתייכים למערכות התמיכה השונות שלהם (כגון בני משפחה). מצב זה מטשטש את הגבולות המקצועיים, מגביר את הפגיעות הרגשית ומגדיל את הסיכון לפגיעה פסיכופתולוגית בקרב המטפלים (Fink-Samnick, 2022).

צמיחה והתפתחות בעקבות המפגש עם הטרומה

1. צמיחה פוסט-טראומטית | Post Traumatic Growth (PTG)

צמיחה פוסט-טראומטית חליפית | Vicarious Posttraumatic Growth (VPTG)

צמיחה פסיכולוגית והתנהגותית בעקבות ההתמודדות עם טראומה ישירה או חשיפה לטראומה משנית. צמיחה זו יכולה להתפתח באופן ישיר מן החוויה הטרומטית או בהשפעתם של גורמים עקיפים כגון הערכה עצמית, תמיכה חברתית, מציאת משמעות בעבודה ושינויים בדימוי העצמי, במערכות יחסים בין-אישיות, ובפילוסופיית החיים האישית (Arnold et al., 2005).

2. סיפוק חמלה | Compassion Satisfaction

חוויית הסיפוק מהגשת עזרה למי שחוו אירוע טראומטי. חוויה זו מגינה מתשישות חמלה ומשחיקה ותורמת לשיפור איכות החיים של המטפלים (Sacco et al., 2015).

3. חוסן חליפי | Vicarious Resilience

אפקט חיובי הנובע מהעבודה עם המטופלים וההתרשמות מהתמודדותם עם קושי וטראומה. ההזדהות האמפתית עם המטען הטראומטי של המטופלים ויכולת ההתמודדות שלהם גורמת לשינוי חיובי בעולם הפנימי של המטפלים ומקלה עליהם את ההתמודדות עם הקשיים (Hernández et al., 2007).

4. חמלה עצמית | Self-Compassion

יחס עצמי חיובי של אנשי מקצוע לעצמם המאפשר התמודדות עם חוויות ותחושות שליליות. יחס כזה כולל טוב לב של האדם כלפי עצמו וקבלה עצמית ללא ביקורתיות, הרגשת קשר לכלל ויחס חומל לזולת וכלפי העצמי, ואיזון מודע בנוגע למקומם של מחשבות ורגשות כאובים באופן שמונע שקיעה בהזדהות יתר עם רגשות הכאב והקושי (Neff, 2003).

תחומים שמוטמע בהם העיסוק בשלומות העובד ובצמצום השפעת

החשיפה לתכנים טראומטיים

בעולם הארגוני המקצועי יש כמה תחומים שיש בהם עיסוק מקיף במניעת השחיקה של ההון האנושי ובצמצום השפעות החשיפה לתכנים טראומטיים בקרב בעלי המקצוע. חשוב להכיר את גוף הידע שבנמצא, את גישות ההתמודדות השונות ואת האתגרים שמזמן העיסוק בתחום זה.

ניהול משאבי אנוש

אנשי המקצוע העוסקים בניהול משאבי אנוש בכל ארגון שהוא אמונים על טיפוח כוח האדם, פיתוח החוסן של העובדים ומתן מענה מתאים לעובדים החווים קושי. יש בתחום זה שיטות פעולה אחדות אשר מאפשרות לבעלי המקצוע להקל על העובדים את ההתמודדות עם אירועים קשים. המפגש הראשון בין הארגון לפרט שחווה אובדן או טראומה מתקיים בדרך כלל באמצעות עובדי משאבי אנוש, ולכן חשוב שהעובדים בניהול משאבי אנוש יקבלו הכשרות ייעודיות למתן מענה מהיר ורגיש לעובדים שחוו טראומה.

ברמה האסטרטגית, ארגונים שידאגו לבניית תוכניות לחיזוק החוסן ולהפחתת השחיקה של העובדים יהיו בריאים יותר גם בהתמודדותם בעת משבר. חיוני לבנות תוכנית להתמודדות ארגונית עם אירועים טראומטיים ולעידוד החלמת העובדים, ויש לשים דגש מיוחד על הנגשה של גופי בריאות הנפש ומידע על מטפלים רלוונטיים. מכיוון שעובד שחווה טראומה לא יהיה בתפקוד מיטבי ויתקשה אולי בקליטת פרטים נחוצים, חשוב שהצוות יסביר לעובדים את זכויותיהם ואת השירותים שעומדים לרשותם בעת משבר, ושיפרסם פרטים אלו פעמים רבות גם בעיתות שגרה.

אנשי ניהול משאבי אנוש אחראים גם על העשרה ופיתוח של כוח האדם וחשוב לקיים הכשרות לעובדים בכל הדרגים העוסקים בעידוד אמפתיה במקום העבודה. בסופו של דבר, אנשי המקצוע מלווים את העובדים בארגון משלב המיון שלפני ההעסקה ועד סיום ההעסקה, והם חשופים לקשיים שהעובדים חווים בכל טווח הזמן הזה. משום כך, כדי ליצור סביבת עבודה בטוחה ותומכת, העוזרת למועמדים לעבודה ולעובדים חדשים להתמודד עם חרדה וחששות ומפחיתה את מצוקת העובדים בכל שלב בפעילותם, חשוב לשלב בנהלים עקרונות פעולה של גישה מותאמת טראומה⁶ בהתאם לצורכי הארגון. מדובר בפעולות כגון קידום תקשורת ברורה ושקופה בין העובד למעביד, כיבוד הזמן הפרטי של העובדים, יצירת תהליך סיום העסקה בטוח ומכבד, ועוד (Lytle, 2023; Missouri Trauma Roundtable, 2017).

טיפול בחולים ונפגעים ובנוטים למות

בקרב אנשי מקצוע המטפלים בחולים ונפגעים ובנוטים למות עלולות להיווצר מטבע הדברים תגובות אבלות קשות הפוגעות בתפקוד ובאיכות החיים שלהם. במקצועות שונים המתמודדים עם אתגר זה התפתחו צורות התמודדות שונות. בתחום האונקולוגיה לדוגמה נוצרו פרוטוקולים, רשמיים ובלתי רשמיים, המכתיבים את ההתנהגות המקצועית סביב האובדן ואת דרכי התמודדות עימו. ההתנהגות המקצועית המקובלת סביב אובדן ומוות של מטופל כוללת בין היתר יצירת קשר עם משפחות הנפטרים והשתתפות בטקסי אבלות. דרכי ההתמודדות מגוונות, והן כוללות בין היתר בקשת תמיכה חברתית, עיסוק בתחביבים או בספורט, בילוי זמן עם המשפחה, הישענות על אמונה דתית או רוחנית, מידור החיים המקצועיים והפרדתם מהחיים האישיים ושמירה על מרחק רגשי מסוים מהמטופלים (Granek et al., 2013).

התמודדות צוותי חירום ומגיבים ראשוניים באסונות

מגיבים ראשוניים, מעצם הגדרת תפקידם, צפויים להיחשף דרך קבע לאירועים טראומטיים והם מפתחים אסטרטגיות שונות להתמודדות עם אירועים אלו קודם להגעתם אליהם, במהלכם ואחריהם. שליטה מנטלית ותפקודית במצב החירום, המושגת על ידי הכנה עצמית קודמת דרך דיאלוג פנימי והדמיית ההתמודדות הצפויה לפני ההגעה לאירוע, מאפשרת לחוות את האירועים כאירועים מעצימים וחיוביים למרות הקושי. שמירת מרחק רגשי מהמטופלים וממשפחותיהם בזמן האירוע מאפשרת תפקוד מיטבי ללא עומס רגשי שלילי. לאחר האירוע, בקשת תמיכה חברתית ושיח עם גורם אשר יכול לעזור בהכלת הרגשות שעשויים להציף את אנשי הצוות, יכולים לסייע בהפנמת החוויה הטראומטית ובהתמודדות עם זיכרונות קשים ולצמצם את הסיכון להתפתחות מצוקה פוסט-טראומטית ודיכאון. נוסף על כך, פעולות פיצוי כמו השתתפות בהלוויה, ביקור ניחומים אצל המשפחה האבלה או ביקור המטופלים בבתי חולים עוזרות לטיפול רגשות חיוביים בקרב אנשי הצוות (Avraham et al., 2014).

⁶ להרחבה בנוגע לעקרונות של גישה מותאמת טראומה ראו להלן "יישום גישה מותאמת טראומה בדיסציפלינות ובארגונים", בפרק "הטמעה: הצעות מדיניות ושינויים ארגוניים".

קשר ההדרכה וקשר טיפולי במקצועות הבריאות

הקשר הטיפולי שבין מטפלים במקצועות הבריאות ובין המטופלים מושפע מהרכיבים הנפשיים של המטפל והמטופל גם יחד ונבנה מהאינטראקציה ביניהם. האינטראקציה הנפשית שבקשר משפיעה הן על המטופל והן על המטפל, וחשוב להבין את משמעותו של תהליך קבלת ההחלטות המשותפות ואת השפעת הקשר הטיפולי על רווחתו של המטפל. הדרכה (supervision, mentoring) של מדריך כחלק בלתי נפרד מההכשרה וההתפתחות המקצועית במקצועות הבריאות היא מערכת יחסים שיוצרת מפגש עוצמתי בין שני אנשי מקצוע. נוסף על התוכן המקצועי המועבר, מתייחסים בפגישות בין המדריך למטפל גם לעולם הרגשות של המטפל. בעולם הפסיכותרפיה ההדרכה מכילה רכיבים טיפוליים כמו תמיכה רגשית, הזדהות והבנה, והיא משמשת אמצעי לעיבוד המתרחש בחוויות הטיפוליות של המודרך על ידי דיון פתוח באתגרים שלו כמטפל ובהתמודדות שלו עימם. הקשר והאווירה הנוצרים במהלך ההדרכה מעצבים את המשמעות אשר המודרך מייחס לחוויותיו כמטפל, ועצם הקשר מאפשר למודרך לפרוק את המטענים הרגשיים שלו ועוזר לו להתמודד עם הלחצים הכרוכים בעבודת הטיפול (ירושלמי, 2012).

כאשר ההתמודדות עם טראומה היא חלק מהעבודה, ההדרכה מספקת מרחב חשוב לעיבוד ההיבטים הטראומטיים של העבודה ולהגנה מפני טראומה משנית (יצחקי ואחרים, 2017). במקרים כאלו נדרשים פיתוח והרחבה של היכולת הרפלקטיבית של המודרכים כך שתאפשר להם לנתח ולהבין את התנהגויותיהם וחוויותיהם ולתת להן משמעות. ההדרכה מכוונת לעזור למודרכים למצוא מילים להתמודדותם עם הטראומה ולמצוא מידה של רגיעה ונחמה שתאפשר התבוננות רפלקטיבית וצמיחה (זאבי-סלע, 2017). חשוב לציין שההדרכה צריכה להיות מותאמת באופייה למודרך גם באופן הדיבור על המקרים והחשיפה לתכנים טראומטיים במהלכה. כשמדברים על טראומה בהדרכה חשוב שלא לחשוף פרטים טראומטיים שאינם קשורים ישירות לנושא ההדרכה, כדי שלא לגרום טראומטיזציה חליפית.

כל בתי הספר לרפואה ובתי הספר לסיעוד בארץ מספקים הכשרה ממושכת ב"חלקים הרכים" של מקצועות אלו, כלומר החלקים שאינם מחייבים ידע טהור או מיומנות ביצוע, אלא כרוכים בהבנת המשמעות של הקשר הטיפולי לשיפור בריאות המטופלים ורווחת הרופאות והאחים גם יחד. במקצוע הרפואה תהליך זה הוא בגדר חידוש. בפרדיגמה הישנה היה הרופא מקור הידע היחיד, נהג בפטרנליזם כלפי המטופל וקיבל החלטות בעצמו, והתמקד בעיקר במנגנונים הביולוגיים בגופו של המטופל. לגישה החדשה, המנוגדת, יש חשיבות רבה גם לפיתוח החוסן הנפשי של המטפל וליכולת להכיר בפגיעות שלו בעבודתו הטיפולית. העבודה הטיפולית נעשית בעומס כבד ובתנאי לחץ והיא כרוכה בקבלת החלטות בחוסר ודאות ובהתמודדות עם טראומטיזציה חליפית, טעויות רפואיות או אלימות כלפי צוותי הרפואה והאחים. הגישה החדשה מכירה אפוא בצורך של המטפל לקבל מענה הולם לצרכיו בכל שלבי עבודתו – לפני המגע עם מטופלים, במהלכו או אחריו (Wright & Richmond, 2019).

ההתמחות ברפואה משפחה משלבת הדרכה למתמחים במהלך ההתמחות ולאחר מכן. רפואת המשפחה מבוססת על קשר מתמשך עם המטופל ומלווה אותו בשלבי בריאות וחולי שונים ובהתייחסות למערכות גוף שונות, בגילים שונים ובמצבי חיים שונים. הלמידה על טיב הקשר

הטיפול מתקיימת מתוך קשר הדרכה שבו המתמחה יכול ללמוד על המשמעות של הימצאות בקשר מיטיב. בקשר ההדרכה יש מטרה לימודית המקבילה לקשר הטיפולי, שמטרתו שיפור הבריאות. הליווי הצמוד מאפשר למתמחה לשים לב להיבטים רגשיים של התפתחותו בתהליך ההכשרה, ויכול לסייע במורכבויות וקשיים במהלך ההכשרה, אך גם בהתמודדות עם תסמינים שאין להם הסבר ברור ועם מערכות יחסים מורכבות עם מטופלים. מקובל שבמסגרת קשרי הדרכה אלו עוסקים גם בהיבטים הרגשיים של העיסוק ברפואת המשפחה ובחוויות המקצועיות היומיומיות ובעול המצטבר. דוגמה למסגרת הכשרה כזאת בארץ היא החוג למורים ברפואת המשפחה (חימ"ר) של איגוד רופאי המשפחה והחברה לחינוך רפואי בהסתדרות הרפואית בישראל.

למפגשים הקליניים עם מטופלים ברפואת משפחה יש פוטנציאל להשפיע על הרופא בצורות מגוונות ומפתיעות, שנמשכות גם אחרי סיום המפגש. בשנות החמישים של המאה הקודמת פיתח באנגליה הפסיכואנליטיקאי מיכאל באלנט שיטה לעיבוד משותף ובטוח של מפגשים מהסוג הזה. רופאי המשפחה התמודדו בעת ההיא עם מטופלים שחזרו ממלחמת העולם השנייה במצבים שההכשרה המקצועית שלהם לא הכינה אותם לקראת מורכבותם. מפגשים של קבוצות באלנט מתקיימים בקביעות עם מנחה בעל הכשרה מתאימה, ומדברים בהם על כל נושא המעסיק את המשתתפים מעבר לעיסוקם הקליני השגרתי. הקבוצות מיועדות לפיתוח הבנה של מהות היחסים הרגשיים בקשר הטיפולי, וכערך מוסף הן גם מעודדות חוסן ומפחיתות שחיקה (Roberts, 2012). כל מפגש כולל הצגת מקרה קצרה ואחריה דיון ארוך בין חברי הקבוצה. קבוצות באלנט מתכנסות בישראל וברחבי העולם, אך הן מוכרות בעיקר לרופאי משפחה ואינן נפוצות מאוד. עם זאת, בשנים האחרונות החלו לפעול קבוצות כאלה בבתי חולים בארץ. לדוגמה, במרכז הרפואי על שם סוראסקי בתל אביב החל לפני עשר שנים פיילוט של קבוצת באלנט כדי להכשיר מנהיגי קבוצות חדשות. קבוצה זו, המשלבת בשלב זה פסיכולוגים ורופאים, עדיין קיימת ובוגריה יצרו והובילו כ-20 קבוצות באלנט חדשות במחלקות בית החולים (Krontal, 2019).

מיפוי תוכניות ושיטות לצמצום והתמודדות עם הפגיעה הטראומטית

באנשי צוות מטפלים

בארץ ובעולם יש תוכניות ושיטות עבודה אשר מיועדות לתת מענה אישי וארגוני להתמודדות של אנשי צוות מטפלים עם החשיפה לתכנים ולאירועים טראומטיים. הכוונה לאנשי מקצוע מתחומים טיפוליים כגון בריאות הנפש, רפואה, חירום והצלה, וממקצועות שונים בתחום הבריאות, החינוך והרווחה, שאמנם אינם מוגדרים בהכרח טיפוליים כשלעצמם, אך מובנה בהם רכיב טיפולי ובין-אישי. חשוב לזכור כי תוכניות אלו מיועדות לבניית יכולות התמודדות וליישומן לא רק בשעת חירום אלא גם בעיתות שגרה, שהרי בהיעדר תפקוד תקין בשגרה, יהיה קשה אף יותר לתפקד בשעת חירום.

תוכניות אלו שואפות לצמצם את הופעתן של השלכות רגשיות כמו טראומטיזציה חליפית ושחיקה בקרב הצוותים המטפלים, לעודד חוסן וצמיחה פוסט-טראומטית ולשמר את כוח האדם בארגון

לטווח הארוך. עם זאת, המימוש של תוכניות אלו כרוך באתגרים לא מעטים המהייבים התייחסות. ההתמודדות עם טראומה היא ייחודית ומחייבת משנה זהירות למניעת פגיעה בצוות. הטיפול והעיסוק בטראומה של האחר יכולים לעורר אצל אנשי הצוות המטפל תהליכים הקשורים לשינויים בתפיסת העולם ותסמינים פוסט-טראומטיים משניים. לכן חשוב להתייחס לסיכון זה מראש.

כאשר ארגון נכשל בהתמודדות עם הטראומה, נשקפת סכנה למטופלים ולמטופלים כאחד. כאשר אנשי צוות ומקבלי שירות שנחשפו לטראומה פונים אל הארגון שלהם לתמיכה אך אינם מקבלים מענה מתאים, הטראומה עלולה להחמיר. במקרים כאלו יכולות להופיע התנהגויות שליליות דוגמת תוקפנות של מטופלים כלפי אנשי הצוות וההפך. אם הארגון אינו דואג לוויסות עומס העבודה של עובדיו, העבודה עלולה להיעשות קשה מנשוא, והצוות עלול לאמץ שיטות התמודדות שמגבירות את הניתוק הרגשי מן המטופלים.

להצלחת תוכניות התערבות חשוב ליצור אחידות ושיתוף פעולה בין אנשי המקצועות השונים החברים בארגון, ולא לקבע היררכיה של מקצועות מסוימים אשר ראויים למענה אל מול מקצועות אחרים שאינם ראויים לו כביכול. אם תוכנית התערבות מתמקדת רק בבעלי מקצועות מסוימים בתוך הארגון, ואילו בעלי מקצועות אחרים שנפגעו גם הם מחשיפה לטראומה אינם מקבלים מענה כזה, הדבר עלול לגרום למתחים פנימיים בארגון או להחמיר מתחים שהיו בו מלכתחילה.

תוכניות מניעה: מסגרת קונספטואלית

ניתן ליישם תוכניות מניעה בזמנים ובשלבים שונים בהתאם למצב שמנסים להתמודד איתו. מניעה ראשונית מטרתה למנוע מראש את הפגיעה, או למצער לצמצם אותה, על ידי תכנון ופעולה מוקדמת, לפני התרחשות האירוע הטראומטי או החשיפה אליו (המועצות הלאומיות לבריאות, 2023). בהתמודדות מקדימה עם חשיפה טראומטית של אנשי צוות חשוב לדאוג לשלומם ולרווחתם בעיתות שגרה ולהכין לשעת חירום. כאשר הצוות מגיע עייף, מותש ושחוק להתמודדות עם מקרים מורכבים, המחיר וההשפעות השליליות יהיו גדולים יותר. מערכת שאינה מקבלת את המשאבים המתאימים לפעילותה ומסתמכת על מחויבות העובדים והשקעתם מעל ומעבר ליכולותיהם, גם על חשבון חייהם הפרטיים ושעות הפנאי שלהם, עלולה להגיע למצבי משבר עם צוות שאינו מסוגל להתמודד איתם.

מניעה שניונית היא התערבות לאחר החשיפה לגורם הסיכון ולתכנים הטראומטיים, והיא מתרכזת במניעה של החמרת המצב ובמניעת ההתקבעות של הפרעות פוסט-טראומטיות מתמשכות (המועצות הלאומיות לבריאות, 2023). תרבות ארגונית אשר מעודדת זיהוי מהיר ופעולה בעיתית הנכון מאפשרת לשמור על בריאותם ורווחתם של העובדים למרות החשיפה.

במניעה שלישונית מבקשים לצמצם את הנזקים לאחר הופעת הפגיעה, כלומר כשסימניה של הטראומטיזציה החליפית כבר ניכרים. מניעה זו היא המסובכת והקשה ביותר לביצוע.

אסטרטגיות לפיתוח יכולת ההתמודדות האישית

מספר שיטות התמודדות נמצאו יעילות בטיפול יכולת ההתמודדות האישית של מטפלים. שיטות אלו כוללות טיפול אישי דוגמת מיינדפולנס, טיפול קוגניטיבי התנהגותי, עיסוק בספורט ושמירה על אורח חיים בריא, שהות בטבע, הגברת המודעות העצמית או ייעוד זמן עצמי; בקשת תמיכה חברתית; הצבת גבולות בין החיים האישיים ובין העבודה; המשך למידה ופיתוח יכולות מקצועיות, ועוד (Barrington & Shakespeare-Finch, 2014; Melnyk et al., 2020). מעבר למגוון שיטות הפעולה הקיימות, חשוב להצביע על היכולות אשר פיתוחן תורם מאוד להתמודדות האישית:

1. **חוסן המטפלים.** יכולת זו מאפשרת התאוששות לאחר משבר. חוסן חליפי הוא רכיב מרכזי בחוסן של אנשי מקצוע העוסקים בטרומה. חשוב להגביר את המודעות לעוצמות הטמונות בתהליך הטיפול ולפתח את מודעות הצוות למשאב זה. העמקה בנוגע לדרכים שבהן טראומה וחוסן מעוצבים על ידי זהות מגדרית, מוצא, נטייה מינית, מעמד וסמנים חברתיים אחרים, יוצרת תהליך חקירה מודע בנוגע ליצירת משמעות חדשה לעבודתם של אנשי הצוות (Hernandez-Wolfe et al., 2015). נדבך נוסף בבניית החוסן של הצוות המטפל קשור בשימור ופיתוח התקווה בנוגע לתהליך הטיפול. צמיחה מחדש בעקבות טראומה קשורה בקיום מרחב המאפשר תקווה של המטפל והמטופל בתוך התהליך הטיפולי, תקווה הקשורה ביחסי האמון המתבססים בטיפול ומעניקה משמעות גם למטפל אשר בחר לעסוק בתחום זה (לוי, 2012). יש גם התערבויות ממוקדות לפיתוח חוסן שניתן להציע לצוותים, כגון תוכניות SMART (Stress Management and Resiliency Training) אשר מלמדות מגוון שיטות לטיפול עצמי בסדרת מפגשים לאורך מספר שבועות, מודולים של הדרכה מקוונת לפיתוח רפלקסיה עצמית בנוגע לסטרס, חוסן ותגובת הרפיה, סדנאות פיתוח מקצועי וסדנאות חינוכיות, אימון מיומנויות פסיכו-סוציאליות, מיינדפולנס, ועוד. ככל שההתערבות ממושכת יותר וכוללת זמן רב יותר לכל מפגש, הסיכוי שתהיה אפקטיבית גובר (Cleary, 2018). רכיב מרכזי בחוסן הפסיכולוגי הוא תחושת הקוהרנטיות, המבטאת את יכולת הפרט לראות את החיים כבעלי מבנה רציונלי, ניתנים לניהול ובעלי משמעות. לאנשים המפתחים תחושת קוהרנטיות תהיה גישה חיובית שתאפשר להם להצליח בהתמודדותם עם אתגרים מורכבים. לדוגמה, במשבר הקורונה הובלטה החשיבות של תחושת הקוהרנטיות לתפקוד ולהתמודדות של מנהלי צוותי תגובה ראשוניים (Gabay et al., 2022).

2. **מודעות עצמית ושליטה עצמית ביחסים שבין המטפל למטופל ויחסות אמפתי נכון.** בהכשרת צוותים רפואיים מדגישים לפעמים יותר מדי את הניתוק המקצועי מהמטופלים לשם שימור תפקוד הצוות בעת אסון, אך אסור לזנוח את הדאגה והאמפתיה למטופלים ויש להביא בחשבון שגם הם יכולים לעזור בהכלת הקושי (Fox, 2006). מומלץ לקיים תוכניות הכשרה המפתחות את מודעות הצוותים לעמדותיהם ורגשותיהם כלפי המטופלים (Goldblatt et al., 2020). חשוב לזכור שתגובות קשות בעקבות חשיפה לתכנים טראומטיים הן טבעיות, והן מבטאות את התגובה הרגשית לחוויות הקשות שעברו מי שחוו את הטרומה בעצמם. לדוגמה, טראומטיזציה חליפית היא תגובה טבעית לחשיפה לחוויות הקשות של מטופלים, שיכולה להיות עול רגשי כבד למטפלים שלא הוכשרו להתמודדות עימה. ניתן להתכונן לתגובות

טבעיות אלו וללמוד לווסת אותן על ידי אימוץ עקרונות של פיתוח היכולות האמפתיות: טיפוח היכולת להרגיש החמלה, הכרה במגבלות הסיוע שיש ביכולת אנשי המקצוע להגיש וההבנה שלתמיכה שהם מעניקים יכול להיות כוח מרפא (U.S. Department of Health and Human Services, 2020).

אסטרטגיות לפיתוח יכולת ההתמודדות הארגונית

בארגונים המספקים לאוכלוסייה שירותים בתחומים החברתיים – מקופות חולים, דרך מוסדות חינוך ועד רשויות מקומיות – יש חשיבות רבה לפיתוח מערך מקיף לתמיכה במטפלים המועסקים בארגון. נמצא כי שינויים מסוימים בתרבות הארגון עשויים לתרום תרומה יעילה להתמודדות עם טראומטיזציה. מדובר לדוגמה בנגישות של הדרג הניהולי לעובדים, בקיבוע קיומו של שיח עמיתים על נושאים קשים כחלק מהאג'נדה הארגונית, בנקיטת גישה המטפחת את כוח האדם ומעודדת התקדמות מקצועית ובעיצוב סביבת עבודה חיובית (Barrington & Shakespeare-Finch, 2014). בהקשר זה אפשר למנות כמה שיטות עבודה ארגוניות עיקריות:

1. **מערכות מותאמות טראומה (Trauma Informed Organizations)** – יצירת תרבות ארגונית אשר מודעת להשפעה הרחבה של טראומה ומגיבה לטראומה בכל הרמות, כולל לטראומטיזציה חליפית של המטפלים, לשם יצירת מרחבים בטוחים ומבריאיים למטופלים ולמניעת רה-טראומטיזציה. רווחת המטפלים היא גם לטובת המטופלים. היא מונעת תופעות כגון תשישות חמלה וטראומטיזציה חליפית ומשפרת את איכות הטיפול (SAMHSA, 2014).
ב"טיפול מותאם טראומה" מביאים בחשבון שאירועים שאנשים חוו במהלך חייהם ישפיעו על התפתחותם, על התנהגותם, על מערכת האמונות שלהם, על האופן שבו הם יוצרים קשרים ועל בריאותם הנפשית והפיזית. בגישה זו שמים דגש על האירועים שהובילו את האדם למצבו, לעומת ההתמקדות הצרה במצבו הנוכחי בלבד. מתוך עקרונות גישה זו, ומתוך הבנה שהמפגש הטיפולי על כל גווניו עלול להוביל לרה-טראומטיזציה אצל מטופלים ומטופלות ולטראומטיזציה חליפית אצל הצוות, מערכת מותאמת טראומה נוקטת צעדים אקטיביים כדי למנוע זאת ופועלת ליצירת סביבה בטוחה לכל מי שבתוכה. לא מדובר רק בדאגה לטיפול בתסמיני הטראומה אצל עובדי הארגון, אלא גם ביצירת סביבה בטוחה מתוך שאיפה למנוע את ההשפעות השליליות של החוויות הטראומטיות על הצוות ומקבלי השירות בהווה ובעתיד, או למצער לצמצם אותן. עקרונות אלו רלוונטיים בין שמדובר בארגונים העוסקים בטיפול הישיר (כגון מערכת הבריאות) או ארגונים המציעים שירותי תמיכה (כגון מתנדבים ועובדי משרד), ובין שמדובר בארגונים שבהם העובדים נחשפים לסיפורים קשים (כגון מערכות המשפט והרווחה) (קני-פז, 2022).

המפגש עם הטראומה עלול ליצור תופעות התגוננות בקרב העובדים בדמות קהות חושים או ריחוק מהמטופלים, וחובה על הארגון להקים מנגנונים מתאימים להתמודדות עם תופעות אלו. חשוב שהארגון ועובדיו יראו בעצמם נושאי מסר ותפקיד חברתי, אנשי מקצוע הנותנים תוקף לפגיעה שעברו המטופלים על ידי ההכרה בטראומה ומפיצי מסר של תקווה שהטיפול הוא הזדמנות לסייע למטופל ולמנוע הישנות פגיעות דומות (Keni-Paz & Cohen, 2021). אירועי

7 באוקטובר יצרו עומס אישי ומקצועי חושי ורגשי בממדים שאנשי המקצוע לא היו מורגלים אליהם. בהתאם, נדרש להכיר בעשייה המשמעותית שלהם מאותו יום ואילך ולתת לה תוקף, לבדוק את מצבם הרגשי, לעודד אותם ולבנות תוכניות עבודה מותאמת למקרה שאירוע כזה יישנה. חשוב שהארגון יפעל להאיר רגעי הצלחה ורגעים משמעותיים כדי להבליט שלעשייה של העובדים נודעת חשיבות חברתית (קני-פז, 2022).

על פי NCTSN (National Child Traumatic Stress Network), הכשרות מעשיות מקצועיות בנוגע לכלים לטיפול בטרומה והשפעות הטרומה הן הכלי הארגוני החשוב ביותר בהתמודדות של עובדים בארגונים מותאמי טראומה עם הטרומה (David, 2022). ההכשרות תורמות לחיזוק תחושת המסוגלות של העובדים, הן מאפשרות לעובד להרגיש משמעותי לארגון ומסייעות לחיזוק תחושת השליחות שלו ולשיכון תחושות התשישות. הדרכות רפלקטיביות הן כלי מצוין להתמודדות עם תשישות חמלה, שחיקה וטראומטיזציה חליפית. הן מאפשרות למטפל לזהות את חוסר האונים והיאוש שהוא מרגיש ולהתייחס לרגשות שמעוררים בו התיאורים הקשים שהוא שומע, ועל ידי כך לעצב את התנהלותו מול המטופלים.

קידום מנהיגות ארגונית מותאמת טראומה הוא צעד חשוב להעצמת העובדים ולהגנה עליהם בזמנים קשים. גורמים רבים אשר נתונים להשפעת הדרג הניהולי במקום העבודה משפיעים על חומרת הפגיעה של החשיפה לאירועים טראומטיים. לכן חשוב שהמנהיגות תתייחס לצרכים של אנשי הצוות, תתמוך בהם ותספק להם סביבת עבודה אשר מגינה עליהם ככל האפשר. יש לפעול ליצירת מערכת יחסים הדדית ותומכת ולנקוט גם צעדים מעשיים: עידוד העובדים לצאת להפסקות לאורור נפשי, ארגון ימי גיבוש, דאגה לתזונה בריאה, התייחסות לבריאות ורווחת העובדים על ידי פעולות כגון מעקב אחרי רמות סטרס, קיום תקשורת דו-כיוונית הכוללת מתן הסברים ורציונליזציה להנחיות, ועוד (Fink-Samnick, 2022). מנהיגים בארגונים מותאמי טראומה אמורים לדעת להכיל ביטויי כעס או קושי נפשי של אנשי צוות ומקבלי שירות באירועי משבר, ולא לראות בהם חולשה אלא צעד בדרך להתחזקות ותחנה בדרך לשיפור המקצועיות של העובד והארגון. חשוב שהם יתאימו את עומס העבודה למצבו של העובד, יכבדו את זמנו הפרטי ויעודדו עובדים לעסוק בפעילות פנאי ולבלות עם המשפחה כדי לצבור כוחות ולהקל עליהם את מעמסת המפגש הבלתי פוסק עם הטרומה. ישיבות צוות הן כלי מרכזי לשיתוף ולתמיכה והן מאפשרות למידה משותפת והדגשת הצלחות. מפגשי הווי וגיבוש תורמים ליצירת מרחב נוסף של היכרות וקרבה המחזק את הצוות. את עקרונות הטיפול בנפגעי טראומה ישירה – הקניית חוויה של נראות ויצירת קשר ומשמעות – יש ליישם גם בארגון מותאם טראומה, לצורך חיזוק העובדים, העברת המסר שהם חיוניים להצלחתו בשירות מטופליו, ושיש חשיבות להם, לדעותיהם ולחיהם הפרטיים (קני-פז, 2022).

גישה מותאמת טראומה ניתנת ליישום בכלל המערכות השונות. בארצות הברית, לדוגמה, נחקק ב-2018 החוק למאבק בשימוש בחומרים ממכרים ובמגפת האופיואידים (The Support for Patients and Communities Act), המיישם גישה מותאמת טראומה במדיניות ממשלתית ובחקיקה. החוק כולל התחייבות לתמוך בילדים ובמשפחות שחוו טראומה וחוויות ילדות שליליות, כולל טראומה הנובעת משימוש לרעה בחומרים ממכרים. החוק כולל סעיף

בדבר הקמת כוח משימה בין-משרדי לטיפול מודע טראומה, שתפקידו לבחון את השפעת הטראומה על התפתחות הילד ולגבש המלצות לפעולה. המלצות כוח המשימה פורסמו במסגרת אסטרטגיה ותוכנית פעולה לאומית לטיפול מותאם טראומה בתחום.⁷ דוגמה אחרת היא יישום גישה מותאמת טראומה במשטרת קיימברידג', מסצ'וסטס. אנשי המשטרה הם מגיבים ראשוניים המטפלים במקרים מורכבים באופן שגרתי, ותפקודם מול הלחץ והטראומה באירועים אלו מכתוב את רמת ההשפעה עליהם ועל המעורבים האחרים. משטרת קיימברידג' פעלה לניסוח מדיניות וליצירת תרבות ארגונית שמטרתן שימור בריאות העובדים ורווחתם ומניעת רה-טראומטיזציה, הרחבת הידע של השוטרים ופיתוח היכולות שלהם להגיש עזרה לאנשים שחוו טראומה, ושיפור האינטראקציה עם הציבור הרחב על ידי הטמעת תקשורת מותאמת טראומה.⁸ דוגמה נוספת היא תהליך הסבתו של בית הספר היסודי Fall-Hamilton בנאשוויל, טנסי, לבית ספר מותאם טראומה. התהליך התמקד במעבר מגישה חינוכית הדוגלת בציות ומשמעת לגישה המטפחת את התלמידים, תומכת בהם ומקנה להם הרגשת ביטחון.⁹

2. **גישת שלומות העובד, ניהול סיכונים פסיכו-סוציאליים – אימוץ תקן בין-לאומי לניהול סיכונים פסיכו-סוציאליים ברמה הארגונית.** מדובר בסדרת הנחיות להטמעת מערכת ניהול בטיחות ובריאות תעסוקתית ברמה הארגונית במטרה לזהות גורמי סיכון פסיכו-סוציאליים המסכנים את הבריאות ואת השלומות (well-being) של עובדי הארגון. גורמי הסיכון האלו קשורים למבנה הארגוני, לגורמים החברתיים בעבודה ולהיבטים של סביבת העבודה, כגון הציוד המשמש את העובדים והפעילויות הנדרשות מהם, אשר יכולים להשפיע לרעה על בריאות הגוף והנפש של העובדים וגם על העלויות הכלכליות לארגון ולחברה בכלל. מתוך מחויבות הארגון לבריאות העובד ושלומותו מצופה ממנו להעריך את הסיכונים הטמונים בסביבת העבודה ולהיערך בהתאם.¹⁰ תפיסה ארגונית זו, השואפת להעריך סיכונים לבריאות הגוף והנפש של העובדים ולפעול לצמצומם היא כלי עוצמתי לשמירה על העובדים בשגרה ובחירום. הטמעה של תקן זה כוללת מדדים לניטור ובקרה של שלומות העובד ברמת הפרט וברמת המחלקה ופעילויות מניעה ברמות שונות. תקן זה חדש יחסית ועדיין לא הוטמע בהיקף נרחב בחברות וארגונים בארץ ובעולם. אחת החברות שהטמיעה את התקן היא ICTS, חברה בריטית המתמחה בשירותי אבטחה.¹¹ בארץ מוצעת במכללה האקדמית תל אביב-יפו תוכנית הכשרה לפסיכולוגים לליווי התהליך של יישום התקן בארגונים שונים.¹²

⁷ ראו תוכנית הפעולה שפרסם המינהל לענייני שימוש לרעה בחומרים ממכרים ובריאות הנפש במשרד הבריאות האמריקאי (SAMHSA), [National Strategy for Trauma-Informed Care Operating Plan](#).

⁸ בעקבות תהליך זה פרסמה משטרת קיימברידג' מדריך ובו מידע על המיזם, יישומו והערכתו ועל לקחים שהופקו ממנו; ראו [Guide for a Trauma-Informed Law Enforcement Initiative](#).

⁹ ראו באתר Edutopia, [Fall Hamilton Elementary](#).

¹⁰ ראו באתר המוסד לבטיחות ולגהות, [מדריך לניהול סיכונים פסיכולוגיים במקומות עבודה](#).

¹¹ ראו אתר החברה, [A Security Solution Provider Driven by Innovation - ICTS UK](#).

¹² ראו אתר המכללה האקדמית תל אביב-יפו, [Training program \(mta.ac.il\)](#).

3. **מינוי אחראי שלומות (Chief Wellness Officer – CWO)** – מינוי של בעל תפקיד בדרג בכיר לריכוז הטיפול בחוסן העובדים בארגון ולדאוג ליישומם במבנה הארגוני בכללותו. אחראי השלומות מופקד, בין השאר, על זיהוי גורמי חרדה בקרב העובדים, הפעלת תשתיות לתמיכה בעובדים החווים קושי, הערכת השלומות של העובדים וקידום מיזמים מערכתיים לשיפורה. הוא עוסק אך ורק בקידום החוסן, הבריאות והשלומות של העובדים בארגון והוא אמור לקיים קשר ישיר עם הנהלת הארגון. הקשר הישיר ביניהם תורם לשיפור מהיר של התגובה הארגונית בזמן משבר; מאפשר לעדכן את ההנהלה בזמן אמת במצב שירותי התמיכה בארגון ובשיפורים הנדרשים; מחזק את התקשורת בין ההנהלה לעובדים ותורם לשקיפותה; מאפשר תכלול וביצוע של האינטגרציה של שירותי התמיכה המוצעים על ידי גורמים שונים בארגון; מאפשר ההתאוששות והבניה מחדש בסוף המשבר; ועוד (Brower et al., 2021). בשנת 2017 העסיק המרכז הרפואי בסטנפורד את אחראי השלומות הראשון בארגון ופיתח קורס להכשרת בעלי תפקיד נוספים (Walia et al., 2024).¹³

הטמעה: הצעות מדיניות ושינויים ארגוניים

יישום גישה מותאמת טראומה בדיסציפלינות ובארגונים

יישום גישה מותאמת טראומה בארגונים ומגזרי שירות שונים הוא כלי מרכזי בשמירה על בריאות העובדים ושלומותם במקצועות שונים, ולקידום יישומה יש חשיבות מכרעת להתמודדות עם תופעות כגון טראומטיזציה חליפית, שחיקה ושאר השפעות המשבר הנוכחי על אוכלוסיית המסייעים. חשוב לעודד ארגונים לבחון את התועלת שביישום גישה זו לכל בעלי העניין בארגון (נותני שירות ומקבלי שירות), מכל הדיסציפלינות ומכל רמות המעורבות, גם אם השירותים המוצעים אינם קשורים בהכרח באופן ישיר לעולם הטיפולי. הפנמת ההשפעות הנרחבות של טראומה על תפקוד העובדים והיתרונות שבאימוץ גישה מותאמת טראומה יכולים לעזור לכל ארגון ומערכת לעמוד במטרות וביעדים שלהם (SAMHSA, 2014b).

יישום גישה מותאמת טראומה בארגונים ומערכות שונות דורש אימוץ של עקרונות היסוד של הגישה ברמה הארגונית וביצוע שינויים מערכתיים. אין צורת יישום אחת אשר מתאימה לכל המערכות, אך ניתן להצביע על הנחות היסוד ועקרונות המפתח שיאפשרו לכל ארגון ליישם באופן עצמאי גישה ארגונית מותאמת טראומה בהתאם לצרכיו (SAMHSA, 2014b).

ששת עקרונות הפעולה המרכזיים בבסיס הגישה המודעת לטראומה הם אלה: (1) דאגה לביטחון הגוף והנפש בסביבת העבודה; (2) התנהלות ארגונית המאופיינת בשקיפות ובניית אמון; (3) תמיכת עמיתים; (4) שותפות והדדיות בסביבת העבודה; (5) העצמת הפרט; (6) הימנעות מסטריאוטיפים והטיות תרבותיות (SAMHSA, 2014b; 2023). לצורך יישומם, על מערכת מודעת

¹³ על הקורס להכשרת אחראי שלומות ראו [Chief Wellness Officer \(CWO\) Course | WellMD & WellPhD | Stanford Medicine](#).

טראומה לכלול ארבעה מאפיינים יסודיים: (1) מודעות להשפעות הנרחבות של טראומה; (2) יכולת זיהוי של סימני טראומה; (3) קיומם של החלטות מדיניות, נהלים ושיטות עבודה בנוגע לדרך התגובה בעת זיהוי סימני טראומה; (4) פעילות למניעת רה-טראומטיזציה בסביבת העבודה.

יש בנמצא מקורות רבים המתווים את תהליך היישום של גישה מותאמת טראומה ברמה הארגונית והמערכתית (לדוגמה, TSI, 2019; Trauma Informed Oregon, 2018; CCTIC, 2009; Air, 2016), ולכולם יש כמה תמות ותהליכים משותפים. השלב הראשון הוא הערכה ארגונית ותכנון מקדים ליישום הגישה. חשוב להקדים ולשלב באופן מובנה תהליכי הערכה ארגוניים הכוללים הערכה של צרכים ומוכנות כדי לזהות זרזים וחסמים ולהגיב בהתאם. לשם כך יש לגבש צוות הערכה, לעודד מוכנות ארגונית, לזהות ולקדם אפשרויות לשיתופי פעולה חוצי מערכות, לבחור את כלי ההערכה המתאים ואת צורת איסוף וניתוח המידע ולגבש את תוכנית ההערכה. לאחר הערכת המוכנות והיכולת הארגונית ליישום הגישה, ניתן לעבור לשלב היישום עצמו, אשר מצריך עשייה בתחומי פעולה ארגוניים שונים (SAMHSA, 2023):

1. **מנהיגות ארגונית.** יש לשלב בתפקידי מנהיגות אנשים בעלי ניסיון בהתמודדות עם טראומה, וחשוב לבנות אמון בין העובדים להנהלה ולעודד שקיפות בתקשורת ביניהם.
2. **הכשרה ופיתוח כוח אדם.** יש לזהות יכולות ולעודד תהליכי הכשרה מתמשכים להקניית כישורים מותאמי טראומה ולמניעת שחיקה וטראומטיזציה חליפית.
3. **שיתוף פעולה בין מגזרי.** יש לחבר ולתאם בין כלל השירותים הניתנים על ידי ארגונים ונותני שירות אשר משפיעים על בריאותם ורווחתם של אנשי הצוות ומקבלי השירות, לדוגמה – על ידי הקמת רשת תמיכה של נותני שירות מגוונים.
4. **מימון.** יש לוודא שיש מקורות מימון מתאימים ובני קיימא לתהליך היישום.
5. **סביבה פיזית.** מקום מושבו של הארגון וסביבת העבודה בו צריכים לתמוך בביטחון הגוף והנפש של הצוות ושל מקבלי השירות. חשוב לקבל משוב מאנשים בעלי ניסיון בהתמודדות עם טראומה בנוגע להזדמנויות לשיפור ושינוי הסביבה.
6. **מעורבות ושותפות של כלל בעלי העניין.** למעורבותם של אנשי מקצוע ושל אנשים בעלי ניסיון בהתמודדות עם טראומה בכל רמות הארגון יש חשיבות מכרעת להצלחת תהליך היישום.
7. **סקירה, הערכה וטיפול בטרומה.** יש להציע סקירה אוניברסלית לזיהוי חשיפה לטרומה לכלל העובדים ומקבלי השירות, לבצע הערכת עומק בנוגע להשפעת הטרומה למי שזוהתה אצלם חשיפה, ולהציע שירותי טיפול מקצועיים, נגישים ומותאמי תרבות.
8. **ניטור התקדמות והבטחת איכות.** תהליך היישום הוא תהליך מתמשך הכולל שינוי בידע המקצועי, בעמדות האישיות ובמיומנות של חברי הארגון. לכן חשוב לנטר מדדים המעידים על השפעת התהליך על הארגון ולבצע תהליכי שיפור איכות במידת הצורך.
9. **הערכה.** חשוב שהארגון יעריך את יישום הגישה בעת ההטמעה ולאורך זמן וילמד הצלחות ארגוניות וישכפל אותן, כדי לאפשר את קיימות התהליך.

10. **מדיניות ארגונית.** יש להתוות מדיניות הכוללת שילוב גישה מותאמת טראומה בתהליכי התפעול, בחוקי העזר ובחזון הארגון. למדיניות מעין זו יש חשיבות מכרעת לשימור התהליך ולקיימותו גם אל מול שינויים ארגוניים אשר יתרחשו בהמשך.

יישום תקן ISO בארגונים

תקן ISO-45003 הוא תקן בין-לאומי העוסק בניהול סיכונים פסיכו-סוציאליים ברמה הארגונית, אשר יישומו דורש פעולה במישורים אחדים. במישור התכנון הארגון צריך לפתח נוהל בריאות פסיכולוגית ושלומות עובדים, להגדיר בו יעדים בנוגע לבריאות העובדים ורווחתם ולהתוות אסטרטגיית פעולה להשגתם. הנוהל ידגים את מחויבות הארגון לשיפור מתמיד של בטיחות העובדים. נוהל זה צריך להתחשב בהקשר הספציפי של הארגון, יכולותיו, תחום העיסוק שלו, צורכי העובדים בו ועוד. במישור הזיהוי על הארגון לפעול לאיתור גורמי סיכון במגוון שיטות (תצפיות, שאלונים, ראיונות, סקירות ספרות).

במישור המניעה ניתן לפעול בשלוש רמות לצמצום הפגיעה בעובדים. ברמה הראשונית ניתן לבצע שינויים ארגוניים להטמעת שיטות עבודה המצמצמות את הסיכון שבעבודה: הקפדה על מנוחה, חלוקת עבודה נכונה, יחסי ניהול משתפים, צמצום הבירוקרטיה, אספקת ציוד מתאים, יצירת אקלים ארגוני בטוח וכדומה. ברמה השניונית ניתן להגדיל את כמות המשאבים המוקצים להתמודדות של עובדים עם גורמי הסיכון ולקידום המודעות בנוגע לגורמי סיכון אלו – לדוגמה, באמצעות מתן מידע על סיכונים ועל זכויות וקיום הדרכות על סימני אזהרה ודרכי התמודדות. ברמה השלישונית ניתן לזהות עובדים שנפגעו, לתת להם מענה ולתמוך בשיקומם.

במישור הניטור והבקרה על הארגון לפעול לזיהוי מוקדים של בעיות המצריכות התערבות ארגונית ולזהות עובדים אשר נפגעו. פעילות הניטור מתבצעת לפי מדדים שונים המעידים על קיום בעיה ברמה של ביצועי העובד כפרט או ברמת ביצועי הצוותים והמחלקות – כגון ירידה בתפוקה, היעדרויות, ריבוי תקלות, שינוי התנהגותי שלילי, ועוד.¹⁴

יישום המלצות המועצה הלאומית לפוסט-טראומה להפחתת המצוקה בצוותי התערבות

המועצה הלאומית לפוסט-טראומה הוקמה ב-2021 על ידי מנכ"ל משרד הבריאות דאז והיא מאגדת אנשי מקצוע מומחים ופעילים בתחום הטיפול בפוסט-טראומה. מאז אותה שנה המועצה פועלת לקביעת הנחיות לטיפול ומניעה בקרב נפגעי פוסט-טראומה.¹⁵ בעקבות אירועי 7 באוקטובר פרסמה המועצה שורת המלצות לשמירה על צוותי המסייעים. המלצות אלו כוללות הנחיות ברורות ונגישות אשר ניתן ליישם בזמן אירועי אסון ובמצבי דחק מתמשך כדי לצמצם את השפעות החשיפה לטראומה ולאפשר את המשך התפקוד של צוותי המסייעים.

¹⁴ ראו באתר המוסד לבטיחות ולגהות, [מדריך לניהול סיכונים פסיכולוגיים במקומות עבודה](#).

¹⁵ ראו באתר משרד הבריאות, [כינוס ראשון של המועצה הלאומית לפוסט טראומה במשרד הבריאות](#).

המלצות אלו נחלקות לשני תחומים עיקריים. התחום הראשון הוא תחום הגהות בעבודה והדאגה של הצוותים לעצמם במסגרת עומס העבודה. חשוב שהצוותים ידאגו לצרכים הבסיסיים שלהם ויאכלו וישנו באופן קבוע ומספק ככל האפשר. הפסקות והפוגה הן כלי חשוב לטיפול עצמי. יש חשיבות רבה להפוגה בטיפול באחרים ולהקדשת חלק מהזמן למשפחה ולעיסוקים כמו ספורט, או תחביבים. לא רצוי להישאר לבד עם הקושי, וחשוב לשתף ולהיוועץ עם עמיתים. המלצות חשובות נוספות הן שמירה על גבולות והימנעות מהזדהות יתר במפגש הטיפולי וכן הצבת גבולות מתאימים לדרישות העבודה. כדאי לחזור ולהיזכר בשליחות שבעזרה לאחר, למצוא משמעות בעבודה, ולדעת לזהות סימני שחיקה ותשישות חמלה אצל המטפל עצמו ואצל אחרים (משרד הבריאות, 2023).

תחום הפעולה השני הוא תפקוד הצוותים המטפלים. מומלץ לקיים מפגשים צוותיים קבועים, לפחות פעם בשבוע, לשם למידה הדדית ושיתוף בהתנסויות. בתכנון מבנה העבודה בצוות מומלץ להטמיע עבודה עם הדרכה והנחיה. המדריכים, שאינם מטפלים ישירות בנפגעים, נחשפים פחות ויכולים לעזור לאנשי הצוות לאוורר את חוויותיהם, לשמור על מרחק נפשי מהמתרחש ולהמשיך להיות במגע עם מטופלים. חשוב שחברי הצוות ישמרו זה על זה, יזהו סימני שחיקה בצוות, יתמכו זה בזה ויקיימו פעילות הווי צוותית. בסיום משמרת מומלץ לקיים התכנסות קצרה לשיתוף הקשיים והדברים הטובים והמועילים שנחוו. לראשי הצוותים יש השפעה רבה על תפקוד הצוות שלהם, וחשוב שהם יפעלו לשמירה על גיבושן, לחלוקת עבודה מותאמת, לניטור הקשיים של חברי הצוות ולמתן מענים בהתאם (משרד הבריאות, 2023).

סיכום

ההיסטוריה של מדינת ישראל משופעת טראומות מאז הקמתה. במרחבים רפואיים ופרא-רפואיים, בשירותי החירום, במערכת הרווחה, במערכת החינוך ועוד, מטפלים נחשפים לטראומה בכל אינטראקציה טיפולית עם אנשים ונשים שחוו טראומה.

אירועי 7 באוקטובר הוסיפו נדבך לחוויות הטראומטיות שמטפלים ומסייעים נחשפים אליהן במרחבים אלו ויצרו מפגש שבו הטראומה הייתה מנת חלקם לא רק של הנפגעים והנפגעות הישירים, אלא גם של אנשי ונשות המקצוע. הטראומה הקולקטיבית והטראומה האישית נוכחות במרחב, אך ישנם המסייעות והמסייעים, שתפקידם להכיל, וישנם הנפגעות והנפגעים הזקוקים להכלה. הצורך להיות עד נוכח, לטפל בפצעים ובפגיעות בהקשבה נפשית ולהחזיק את הבלתי נסבל ואת תוצאות הרוע האנושי, מחייב חוסן אישי ותעסוקתי. מסגרות התעסוקה של אנשי המקצוע המסייעים אינן יכולות להסתמך רק על חוסנם האישי, כיוון שלא תמיד יהיה למסייעים הכוח להכיל לבדם את התכנים שאליהם הם נחשפים במהלך הענקת סיוע. לעיתים הם אינם יכולים להכיל עוד; אנשי מקצוע מתחומים שונים מעידים שחוויותיהם, רגשותיהם, התנהגותם וצורת החשיבה שלהם נעשים דומים לאלו של אנשים ונשים המתמודדים עם פוסט-טראומה, כלומר הם סובלים כנראה מטראומטיזציה חליפית.

כדי למנוע מצבים כאלה, הארגונים המעסיקים את אנשי המקצוע המסייעים צריכים ליצור מרחבים מותאמי טראומה שיכילו את הקושי של העובדים ויציעו להם מענה רגשי-נפשי, ויעודדו עיבוד של המפגשים עם הטראומה במסגרות כמו קבוצות עמיתים, הדרכה קבוצתית, הדרכה פרטנית או ליווי, אשר יסייעו למסייעים להרגיש שאינם לבד במצוקתם. חשוב שארגונים יכירו בחשיבות התמיכה ויהפכו אותה לחלק אינהרנטי מעבודתם של אנשי המקצוע בדמותה של פעילות הסדירה שתתקיים פעם בשבוע או שבועיים במסגרות ברורות (פרטניות, קבוצתיות או אחרות). הדרכה וליווי מעין אלו תורמים לפיתוח ושימור יכולת ההתבוננות הרפלקטיבית של אנשי המקצוע בחוויותיהם, עמדותיהם ותובנותיהם מאירועים שונים בעבודתם וממפגשים עם מטופלים, לקוחות ועמיתים לעבודה. על ההנהלה והממונים על משאבי האנוש בארגון להטמיע בו אקלים ארגוני של שיתוף ותמיכה הדדית בין אנשי צוות בהתמודדות עם אתגרים שונים בעבודה. נוסף על כך, חשוב שהארגון יעודד תקווה בקרב אנשי הצוות ומקבלי השירות בנוגע לתהליך הטיפול. תקווה מאפשרת למטופלים ומטפלים כאחד לצמוח מתוך החשיפה לטראומה, והדגשת עוצמתו ומשמעותו של התהליך הטיפולי גם מחזקת את תחושת השליחות של אנשי הצוות. לשינוי התרבות הארגונית נודעת חשיבות רבה להפחתת הסיכון לתופעות דוגמת תשישות חמלה, טראומטיזציה חליפית, מצוקה מוסרית ושחיקה.

בתכנון שינוי מערכתי זה יש להביא בחשבון את הידע שנצבר בעולמות תוכן שונים ובפרופסיות שונות בנושא שמירה על בריאות העובדים ורווחתם. חשוב להכיר את הידע הקיים בכל תחום, לנצל את הפלטפורמות הקיימות כדי שלא לייצר כפילויות ובזבוז משאבים, וליצור שפה אחידה משותפת. המעורבות והמחויבות של הדרג הניהולי לשינוי המערכתי היא קריטית להצלחתו. ללא קשב ניהולי מתמשך, הפתרונות המוצעים לא ייתנו אלא מענה זמני בלבד; בטווח הארוך נושא בריאות המסייעים ורווחתם יזנח שוב, ובמשבר הבא הם שוב יהיו פגיעים וחשופים.

נוכח אירועי 7 באוקטובר והשפעתם על אוכלוסיית המסייעים נדרש תהליך מערכתי של בנייה מחדש ושל תכנון ושיפור התשתיות הקיימות לתמיכה במטפלים, כדי שיושג מצב טוב יותר מהמצב ששרר ערב המלחמה. בטווח הקצר והבינוני התכנון צריך לתת מענה לחוויות המטפלים בהשפעת אירועי 7 באוקטובר, ובטווח הארוך עליו לדאוג למניעת או צמצום הפגיעה וההשפעות הטראומטיות על מטפלים בשגרה ובאירועי משבר עתידיים.

חשוב מאוד להבין את היחס הנכון בין ההתנהלות בזמני שגרה להתנהלות בחירום. ללא עיסוק בנושא בעיתות שגרה, לא ייתכן מענה ראוי לצורכי המסייעים בשעת חירום. למתן המענה הראוי יש לעצב תהליכים להתמודדות עם השחיקה והטראומטיזציה של מטפלים בעיתות שגרה, ותהליכים אלו יהיו גם הבסיס למענה בעיתות חירום ומשבר. זאת ועוד: חשוב להתייחס לפן המבני הכרוך ביישום מקיף של השינוי ולהתמודדות עם הדרישות הנוספות מהמערכת, לרבות תקצוב מתאים לביצוע השינויים הארגוניים ודאגה לתקנים ולכוח אדם שיספיקו לביצוע העבודה ולפיזור מאוזן של העומס. בו בזמן חשוב להיזהר שהתהליך שיתבצע לא יעמיק את פערי יכולות הטיפול והיכולות הארגוניות שיש בין תחומי טיפול שונים ובין אזורים גיאוגרפיים שונים. בחלוקת המשאבים יש להביא בחשבון את הצרכים השונים והיכולות השונות של כל אזור ושל כל תחום מקצועי, בלי להשקיע במקצועות ובאזורים מסוימים ולהזניח את האחרים. השינוי צריך להיעשות

מתוך תפיסה הוליסטית של בריאות ושלומות העובדים, המזהה את הקשר ההדוק שבין בריאותם ובין סביבתם ואת החובה להתייחס לשיקולי בריאות העובד בעת עיצוב התרבות הארגונית וסביבת העבודה.

מקורות

- איזבורן, ד' (19.12.2023). [דילמת 2 מיליארד השקלים: איך לשקם את מערך בריאות הנפש אחרי שנים של הזנחה. דבר.](#)
- אפרתי, ע' (4.2.2024). [הילדים הגיעו ממש אחרי ששלפו אותם מתחת לאדמה. זה היה אגרוף בבטן. הארץ.](#)
- גוטמן, מ"א, יבלברג, י', רביבו, ג', ולנר, ג', ון-אסן, י"א, קרן, מ', קנת, ר', רום, ע', שחורי, נ', שירי, מ', ותמיר, ג' (2024). [אבני דרך בגיבוש מדיניות שיבת התושבים לבתיהם עם שוך הקרבות](#). מוסד שמואל נאמן למחקר מדיניות לאומית, צוות קבוצת המחקר "הביתה".
- גיל-עד, ה', וינקו, א' (19.10.2023). [דרישה ממשרד הבריאות: גייסו אלפי פסיכולוגים בתוכנית חירום. ynet.](#)
- גרינולד, נ', ולביא, ת' (2023). משמעותה של עבודה טיפולית בתנאי טראומה קיצונית. בתוך נ' גרינולד (עורכת), [מדריך להתערבויות טיפוליות בילדים, בני נוער ומשפחותיהם במצבי טראומה מורכבת, משותפת ומתמשכת](#) (עמ' 5–11). השירות הפסיכולוגי שער הנגב ועמותת נט"ל.
- דוקטורס אונלי (3.1.2024). [להנהלות בתי החולים יש קשר ישיר לשחיקה של רופאים בכירים. DoctorsOnly.](#)
- דוקטורס אונלי (7.2.2024). [ההסתדרות הרפואית דורשת להכיר בפסיכיאטריה כמקצוע במצוקה. DoctorsOnly.](#)
- המועצות הלאומיות לבריאות (2023). [המועצה הלאומית לפוסט טראומה: המלצות הוועדות 2023](#). משרד הבריאות.
- הרמן-לואיס, ג' (1992). [טראומה והחלמה](#). עם עובד.
- וייזנברג, מ' (2.2.2024). [הצוותים הרפואיים על הקצה: מתקשים לעמוד במראות של הפצועים". גלובס.](#)
- זאבי-סלע, ה' (2017). מודל הדרכה למטפלים המתמודדים עם טראומטיזציה משנית ועקיפה: מקושי לחוסן אישי. [חברה ורווחה, לז\(3\)](#), 474–451.
- ינקו, א' (13.12.2023). [הושג הסכם: מענקים של עשרות אלפי שקלים לפסיכולוגים בשירות הציבורי. ynet.](#)
- יצחקי, ח', וייס-דגן, ש', ובן פורת, ע' (2017). האם הדרכה אפקטיבית מסייעת להתמודדות עם טראומטיזציה משנית של עובדים סוציאליים לחוק נוער ועובדים סוציאליים למשפחות? [חברה ורווחה, לז\(3\)](#), 490–475.
- ירושלמי, ח' (2012). [הדרכה כמרחב של השפעה הדדית. פסיכולוגיה עברית.](#)

לוי, א' (2012). [תפקיד התקווה בטיפול דינמי עם נפגע פוסט-טראומה כרונית ומורכבת](#). מארג: כתב עת ישראלי לפסיכואנליזה, ג, 91–112.

לוי, מ' (11.12.2023). [מי יטפל בטראומה הלאומית? כמה פסיכיאטרים ופסיכולוגים יש בישראל](#). שומרים.

לינדר, ר' (12.1.2024). "כשמתרגלים אירוע רב-נפגעים עוצרים ב-80 פצועים כי זה כבר מוגזם – פה הגיעו כמעט 700". *TheMarker*.

משרד הבריאות (2023). [הפחתת מצוקה בצוותי התערבות – המועצה הלאומית לפוסט טראומה](#).

קני-פז, ס' (2022). [ארגון מודע טראומה וקשר: עקרונות מנחים ליצירת בסיס בטוח למטופלים ולמטפלים](#). נקודת מפגש, 23, 22–29.

רוזנבלום, ש' (2.1.2024). [המראות שאחות חדר הניתוח לא תשכח: "כמות אדירה של איברים שנכרתו"](#). *ynet*.

רוזנטל, ג', צוק, ר', הדס, ה' וטסלר-לזוביק, ס' (2023). [כלכלת בריאות הנפש בישראל: תמונת מצב, השוואה בינלאומית, היקף והרכב רצויים, אתגרים והמלצות](#). נייר עמדה. קואליציית ארגוני בריאות הנפש.

שליטא, ח' (1.2.2024). [הרופאים של ה-7 באוקטובר: "יבוא היום שכולנו נתמוטט, עכשיו זה לא הזמן"](#). שומרים.

שמואלי, א', ימין, ד', מופז, מ', ואליאס, ר' (2023). [השפעת אירועי ה-7.10 על המדדים הנפשיים והפיזיולוגיים של אוכלוסיית ישראל](#). דו"ח מחקר. אוניברסיטת תל אביב.

American Institutes for Research (AIR) (2016). [AIR's Framework for Building Trauma-Informed Organizations and Systems](#).

APA Dictionary of Psychology (2018). [Burnout](#).

APA Dictionary of Psychology (2022). [Resilience](#).

APA Dictionary of Psychology (2023). [Posttraumatic stress disorder \(PTSD\)](#).

Arnold, D., Calhoun, L., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). [Vicarious posttraumatic growth in psychotherapists](#). *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239–263.

Avraham, N., Goldblatt, H., & Yafe, E. (2014). [Paramedics' experiences and coping strategies when encountering critical incidents](#). *Qualitative Health Research*, 24(2), 194–208.

Barrington, A. J., & Shakespeare–Finch, J. (2014). [Giving voice to service providers who work with survivors of torture and trauma](#). *Qualitative Health Research*, 24(12), 1686–1699.

- Baum, N. (2014). [Professionals' double exposure in the shared traumatic reality of wartime: Contributions to professional growth and stress](#). *British Journal of Social Work*, 44(8), 2113–2134.
- Brower, K. J., Brazeau, C. M. L. R., Kiely, S. C., Lawrence, E. C., Farley, H., Berliner, J. I., Bird, S. B., Ripp, J., & Shanafelt, T. (2021). [The evolving role of the chief wellness officer in the management of crises by health care systems: Lessons from the Covid-19 pandemic](#). *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 2(5).
- Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S., & Visentin, D. (2018). [The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review](#). *Nurse education today*, 71, 247–263.
- Clouston, S. A. P., Kotov, R., Pietrzak, R. H., Luft, B. J., Gonzalez, A., Richards, M., Ruggero, C. J., Spiro, A. III, & Bromet, E. J. (2016). [Cognitive impairment among World Trade Center responders: Long-term implications of re-experiencing the 9/11 terrorist attacks](#). *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 4, 67–75.
- Creating Cultures of Trauma-Informed Care (CCTIC) (2009). [A self-assessment and planning protocol](#).
- David, P. (2022). [Teaching professionals about trauma-informed practice for children and their families: A toolkit for practitioners](#). *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*. Advance online publication.
- Diab, O., DePierro, J., Cancelmo, L., Schaffer, J., Schechter, C., Dasaro, C. R., Todd, A., Crane, M., Udasin, I., Harrison, D., Moline, J., Luft, B., Southwick, S. M., Feder, A., & Pietrzak, R. H. (2020). [Mental healthcare needs in World Trade Center responders: Results from a large, population-based health monitoring cohort](#). *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47(3), 427–434.
- Figley, C. R. (Ed.) (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1998). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. CRC Press
- Figley C. R. (2002). [Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care](#). *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441.
- Fink-Samnick, E. (2022). [Collective occupational trauma, health care quality, and trauma-informed leadership: Intersections and implications](#). *Professional Case Management*, 27(3), 107–123.
- Fox J. (2006). ["Notice how you feel:" An alternative to detached concern among hospice volunteers](#). *Qualitative Health Research*, 16(7), 944–961.

- Gabay, G., Naamati-Schneider, L., & Pikkel, D. (2022). [Cultivating psychological resilience of Israeli medical directors of COVID-19 Divisions: The dynamic spheres of salutogenics](#). *Frontiers in Public Health*, 10(801297).
- Goldblatt, H., Freund, A., Drach-Zahavy, A., Enosh, G., Peterfreund, I., & Edlis, N. (2020). [Providing health care in the shadow of violence: Does emotion regulation vary among hospital workers from different professions?](#) *Journal of Interpersonal Violence*, 35(9-10), 1908–1933.
- Granek, L., Mazzotta, P., Tozer, R., & Krzyzanowska, M. K. (2013). [Oncologists' protocol and coping strategies in dealing with patient loss](#). *Death Studies*, 37(10), 937–952.
- Haugen, P. T., McCrillis, A. M., Smid, G. E., & Nijdam, M. J. (2017). [Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis](#). *Journal of Psychiatric Research*, 94, 218–229.
- Hernández, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. (2007). [Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma](#). *Family Process*, 46(2), 229–241.
- Hernandez-Wolfe, P., Killian, K., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2015). [Vicarious resilience, vicarious trauma, and awareness of equity in trauma work](#). *Journal of Humanistic Psychology*, 55(2), 153–172.
- Hirschberger, G. (2018). [Collective trauma and the social construction of meaning](#). *Frontiers in Psychology*, 9, 1441.
- Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). [Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses](#). *Journal of Nursing Scholarship*, 7(2), 186–194.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Prentice Hall
- Jameton, A. (2013). [A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept](#). *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(3), 297–308.
- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). [Road to resilience: A systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions](#). *BMJ Open*, 8(6), 1–9.
- Knei-Paz, C., & Cohen, E. (2021). [Moral Development in Young Children Exposed to Domestic Violence: The Case for the Proactive Role of the Therapist](#). *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 20(4), 425–438.
- Krontal, S. (2019). [Balint infrastructure in a large tertiary hospital In Israel](#) [Paper presentation]. 21st International Balint Congress, Portugal.
- Lytle, T. (March 15, 2023). [How to create a trauma-informed workplace: In the aftermath of a violent incident or sudden death in the workplace, HR professionals can help employees heal](#). SHRM.

- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). [Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims](#). *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149.
- Melnyk, B. M., Kelly, S. A., Stephens, J., Dhakal, K., McGovern, C., Tucker, S., Hoying, J., McRae, K., Ault, S., Spurlock, E., & Bird, S. B. (2020). [Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: A systematic review](#). *American Journal of Health Promotion*, 34(8), 929–941.
- Menzies I.E.P. (1960). [A case-study in the functioning of social systems as a defence against anxiety: A report on a study of the nursing service of a general hospital](#). *Human Relations*, 13(2), 95–121.
- Missouri Trauma Roundtable through the Department of Mental Health (2017). [Policy Guidance for Trauma Informed Human Resources Practices](#).
- Neff, K. D. (2003). [Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself](#). *Self and identity*, 2(2), 85–101.
- Roberts, M. (2012). [Balint groups: A tool for personal and professional resilience](#). *Canadian Family Physician*, 58(3), 245–247.
- Saakvitne, K. W. (2002). [Shared trauma: The therapist's increased vulnerability](#). *Psychoanalytic Dialogues*, 12(3), 443–449.
- 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), 32–43.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014a). [Trauma-informed care in behavioral health services](#) (Treatment Improvement Protocol (TIP), Series 57. HHS Publication No. (SMA) 13-4801).
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014b). [SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach](#) (HHS Publication No. (SMA) 14-4884).
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2023). [Practical guide for implementing a trauma-informed approach](#) (SAMHSA Publication No. PEP23-06-05-005).
- Trauma Informed Oregon (2018). [Roadmap to Trauma Informed Care](#).
- Traumatic Stress Institute (TSI) (2019). [Whole-System Change Model to Trauma-Informed Care](#).
- Trotzky, D., Aizik, U., Mosery, J., Carady, N., Tavori, G., Cohen, A., Pachys, G., Avraham, M., Levzion-Korach, O., & Tal, O. (2023). [Resilience of hospital staff facing COVID-19 pandemic: Lessons from Israel](#). *Frontiers in public health*, 11, 1050261.

U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Head Start, National Center on Parent, Family, and Community Engagement. (2020). *Understanding trauma and healing in adults: Brief 2: Caring for ourselves as we care for others.*

Walia, S., Nordenholz, K. E., Krywko, D., Norvell, J. G., Hewitt, K. V., Parmele, K. T., Levin, R. M., Kennedy, J., & Manfredi, R. A. (2024). [The chief wellness officer: A long overdue catalyst for systemic change in emergency medicine.](#) *The International Journal of Health Planning and Management*, 39(1), 141–151.

Wright, B., & Richmond Mynett, J. (2019). [Training medical students to manage difficult circumstances- a curriculum for resilience and resourcefulness?](#) *BMC Medical Education*, 19, 280.