

עתיד החוסן הנפשי והקהילתי בישראל

ספרינט חוסן נפשי וקהילתי



המעבדה לעתיד ישראל

פתח דבר – עתיד החוסן הנפשי והקהילתי בישראל

מיום הקמתה, מתנהלת מדינת ישראל ממשבר למשבר. משברים ביטחוניים, פוליטיים וכלכליים הפכו חלק בלתי נפרד מחיי תושבות ותושבי המדינה, המורגלים לחיות בצל דיווחים חדשותיים מסביב לשעון. ב-17 במרץ 2020 נכנסו תושבות ותושבי המדינה לסגר הראשון בעקבות התפרצות מגפת הקורונה וחוו טלטלה שלא ידעו כדוגמתה. המשבר הבריאותי האיץ תהליכים שליליים במשק הישראלי וגרר אחריו משבר תעסוקתי-כלכלי, משבר פוליטי, משבר במערכת החינוך ומשבר בטחוני. המשבר העמיק את הפערים בישראל והביא להקצנת דעות, לאובדן אמון במנהיגות ולשחיקה של האתוס המלכד שלנו. מצב החירום הלאומי חיזק את ההבנה, כי קיימת חשיבות ודחיפות ליצירת פתרונות זריזים, עסקיים-יזמיים-חברתיים, לאתגרים הלאומיים בכלל תחומי החיים, שביכולתם להוביל לשינויים אקספוננציאליים בפרק זמן קצר, לאור חזון משותף. על כן, בחודש אפריל 2020 נולד מיזם 'מדינה למופת' בהובלת גורמים בכירים במשק הישראלי: מייקל אייזנברג, פרופ' דן אריאלי, ישראל דנציגר, פרופ' גילה קורץ, דניאל שרייבר, רוני פלמר, אליאור בר ועשרות שותפים נוספים¹ ובניהולה של המעבדה לעתיד ישראל של תנועת אור, במטרה לצמוח מתוך המשבר ולבנות עתיד טוב יותר לכלל תושבי המדינה.

כבר מימי הראשונים של הסגר הראשון התעוררה דאגה באשר לתוצאות הנפשיות של המשבר בשל ההתמודדות של הציבור עם הגבלות, סגרים וריחוק חברתי, כל זאת בצל המצב הבטחוני הבלתי יציב במדינה, שהגיע לשיאו במהלך מבצע "שומר חומות". עם התמשכות המשבר, התבהר יותר ויותר, שלמגיפה יש השלכות חמורות על בריאות הנפש ועל המרקם החברתי של מדינת ישראל.

באוגוסט 2021 הזנקנו את ספרינט החוסן הנפשי והקהילתי בשותפות בין מיזם מדינה למופת והמעבדה לעתיד ישראל של תנועת אור, במטרה למצוא פתרונות פורצי דרך ל"מגפה שאחרי המגפה", פתרונות שיובילו לחיזוק החוסן הנפשי של תושבי ותושבות מדינת ישראל ולחיזוק הקהילות המקומיות, באופן שיאפשר להתמודד כראוי עם משברים בעתות חירום, לצלוח אותם, ואף לצמוח מתוכם. מטרות הספרינט הן לבנות את תמונת העתיד הרצוי בתחום; לקדם מדיניות ולהשפיע על החלטות ממשלתיות; לקרוא ליזמות פורצות דרך שיוכלו לייצר שינוי משמעותי בשטח, ולהוות דוגמה ותשתית לשינויים עתידיים נוספים ובכך לשנות את עתיד הקהילות בישראל.

¹ <https://israelmofet.org.il/>

תוכן העניינים

1	פתח דבר – עתיד החוסן הנפשי והקהילתי בישראל
2	תוכן העניינים
6	תקציר מנהלים
6	ישראל 2021 - אנו נמצאים בנקודת זמן היסטורית
16	פרק 1: רקע ומטרת העבודה
26	פרק 2: תמונת מצב ומגמות
26	חלק א' – חוסן נפשי וקהילתי בצל משבר הקורונה
29	א.1. שינויים בדפוסי השימוש באינטרנט
30	א.2. בריאות הנפש במקום העבודה בצל המשבר
33	א.3. התפוררות המרקם החברתי בצל המשבר
38	א.4. אוכלוסיית האזרחים הוותיקים
40	א.5. החברה הערבית
44	א.6. החברה החרדית
46	חלק ב' – אוכלוסיות רווחה
46	ב.1. נכויות ומוגבלות שכלית התפתחותית
47	ב.2. אלימות במשפחה
49	ב.3. ילדים ונוער בסיכון
52	ב.4. התמכרויות לסמים ולאלכוהול
54	ב.5. התמכרות דיגיטלית: שימוש דיגיטלי בעייתי

56	חלק ג' – בריאות הנפש
59	ג.1. הפרעות חרדה ודיכאון
63	ג.2. הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD)
67	ג.3. שכיחות הולכת וגוברת של תסמינים נפשיים ואבחנות פסיכיאטריות – מגמות בינלאומיות
69	ג.4. מגמות בתחום הטיפול בבריאות הנפש: "טיפול פסיכולוגי לא עולה כלום"
74	חלק ד' – מערך בריאות הנפש בישראל
78	פרק 3: חוסן נפשי וחוסן קהילתי – הגדרות
78	חלק א' – חוסן כתפיסה אוניברסלית רב-ממדית
84	חלק ב' – חוסן נפשי
84	ב.1. המודל הפתוגני לחוסן נפשי
87	ב.2. המודל הסלוטוגני לחוסן נפשי
90	ב.3. מסלולי חוסן, החלמה וטראומה
95	ב.4. מסוגלות עצמית ויכולת התמודדות – גישת ההעצמה
99	ב.5. תחושת קוהרנטיות, זהות ונרטיב חיים
102	ב.6. החיפוש אחר תחושת משמעותיות
104	חלק ג' – חוסן קהילתי
104	ג.1. מהי קהילה?
111	ג.2. חוסן חברתי, משאבים וקישוריות
116	ג.3. חוסן קהילתי
118	ג.4. חוסן חברתי ומוכנות לשעת חירום
123	ג.5. רכיבי החוסן הקהילתי – מודל CCRAM
125	ג.6. זהות, מסוגלות, קהילה – מודל חוסן אישי וחברתי

127	ג.7. רכיבי החוסן הקהילתי כפי שמופו במהלך הספרינט
131	חלק ד' – בין חוסן נפשי לחוסן קהילתי
131	ד.1. תמיכה חברתית וחוסן נפשי
135	ד.2. הון חברתי וחוסן קהילתי
139	פרק 4: תמונת עתיד רצוי לתחום החוסן הנפשי והקהילתי
145	פרק 5: אתגרים מרכזיים בתחום החוסן הנפשי והקהילתי
151	פרק 6: מדידה והערכה
154	רשימת מקורות
185	נספח א': חוסן - מיפוי מושגים
187	נספח ב': מדידה והערכה - שאלון חוסן נפשי וקהילתי
200	נספח ג': בריאות הנפש - הרחבות
205	נספח ד': עבודה קהילתית - משרד הרווחה והביטחון החברתי והחברה למתנ"סים
207	נספח ה': תמונת מצב חוסן - ישראל 2020

תקציר מנהלים



תקציר מנהלים

ישראל 2021 - אנו נמצאים בנקודת זמן היסטורית

- בעשור האחרון ישראל חווה שגשוג וצמיחה במדדי המאקרו, כשמנגד אוכלוסיות שלמות במדינה סובלות מאיכות חיים נמוכה.
- האתוס המלכד שלנו נשחק, אנו מקצינים דעות, המנהיגות במשבר והייאוש הולך גדל.
- מרכז הארץ המשמש כמנוע הצמיחה נשחק - מחירי דיור גבוהים, יוקר מחיה, זיהום, פקקים, היעדר תשתיות עתידיות.
- משבר הקורונה העמיק את הפערים בישראל ועתה אנו חווים משבר מנהיגותי, ערכי, כלכלי וניהולי. אנו במציאות של חוסר אמון בין אדם לחברו ובין העם לשלטון וקיים חשש רב שמגמה זו תלך ותקצין.
- בשנת 2048, אוכלוסיית ישראל, תוכפל ותמנה כ-17 מיליון תושבים, מתוכם רק 4 מיליון יתגוררו בנגב ובגליל.
- בהיעדר שינוי משמעותי, האוכלוסיות אשר יאכלסו את הנגב והגליל יהיו חלשות מבחינה סוציו-אקונומית לצד צפיפות רבה ועליית מחירים באזור גוש דן.

חישוב המגמות והתחזיות הדמוגרפיות לעשורים הבאים מצביעות על כך שבשנת 2048, שנת ה-100 למדינה, ישראל תמנה כ-17 מיליון תושבים. בהינתן המשך המגמות הנוכחיות - 13 מיליון תושבים צפויים לחיות במרכז הארץ ו-4 מיליון בלבד צפויים להתגורר בנגב ובגליל - 75% מתושבי המדינה יצטופפו ב-25% בלבד משטחה. המשמעות היא **המשך השחיקה של אזור המרכז הקיים** בעקבות מחירי דיור מרקיעי שחקים, צפיפות, פקקים, זיהום אויר והיעדר עתודות קרקע, לצד **דחיקה של אוכלוסיות חלשות מבחינה כלכלית-חברתית לנגב ולגליל**. על כן קיים סיכון אדיר כי **מדינת ישראל תהפוך למדינת עולם שלישי**.

על מנת למנוע את הפיכתה של מדינת ישראל למדינת עולם שלישי עלינו לקדם שינויי תפיסה והתנהגות בדפוסי הדמוגרפיה של ישראל ולהופכה ממדינה עם מרכז אחד ופריפריה מובחנים למדינה בעלת שלושה מרכזי חיים עצמאיים ומשגשגים, בנגב, בגליל ובמרכז הארץ. על כן, ב-5 השנים האחרונות 'תנועת אור' יזמה ומקדמת את מיזם 'ישראל 2048 – עתיד משותף' ליצירת איכות חיים וצמיחה כלכלית מבוססת נכסים תחרותיים, קהילות מחוברות וכלכלה מקומית משגשגת ופועלת להפיכת הנגב והגליל למנועי צמיחה לאומיים ומרכזי חיים עצמאיים. המרכזים החדשים בנגב ובגליל יהוו אבן שואבת לאוכלוסייה המחפשת איכות חיים והזדמנויות להגשמה עצמית וערכית בישראל.

מדינת ישראל זקוקה לחזון מאחד שיהיה הפרק הבא בסיפור המשותף שלנו. יחד עם שותפות ושותפים מובילים במגוון תחומים וממגוון סקטורים, ובאמצעות מחקר ופיתוח אסטרטגיה, המעבדה לעתיד ישראל, מבית תנועת אור, מייצרת פתרונות לאתגרים לאומיים, מחברת בין החזון ליישום בשטח, ומובילה לרתימת המערכות לתכנון והקצאת תקציבים.

על מיזם "מדינה למופת"

משבר הקורונה חיזק את ההבנה, כי לצד פיתוח מנועי צמיחה ברמה הלאומית, קיימת חשיבות ודחיפות ליצירת פתרונות זריזים, עסקיים-יזמיים-חברתיים, לאתגרים הלאומיים בכלל תחומי החיים, שביכולתם להוביל לשינויים אקספוננציאליים בפרק זמן קצר, לאור חזון משותף.

על כן, באפריל 2020 נולד מיזם 'מדינה למופת' בהובלת גורמים בכירים במשק הישראלי: מייקל אייזנברג, פרופ' דן אריאלי, ישראל דנציגר, פרופ' גילה קורץ, דניאל שרייבר, רוני פלמר, אליאור בר ועשרות שותפים נוספים² ובניהולה של המעבדה לעתיד ישראל מבית תנועת אור, במטרה לצמוח מתוך המשבר ולבנות עתיד טוב יותר לכלל תושבי המדינה.

במהלך חודש הפעילות הראשון, באפריל, הצטרפו לקהילת 'מדינה למופת' עשרות שותפים ושותפות שעבדו במרץ בארבעה צוותי עבודה בתחומים נבחרים – השכלה והכשרות, תעשייה, בריאות ותיירות. הקהילה גיבשה יחדיו אמנה חברתית הקוראת לאמון וערבות הדדית ומתודולוגיה למדד חוסן כלכלי-תעסוקתי של משקי הבית.³ בחודש אוגוסט 2020 יצא לדרך ספרינט התעסוקה, ובימים אלו 5 יוזמות נבחרות פועלות בשטח ליצירת 10xchange בשוק התעסוקה בישראל.

ספרינט חוסן נפשי וקהילתי

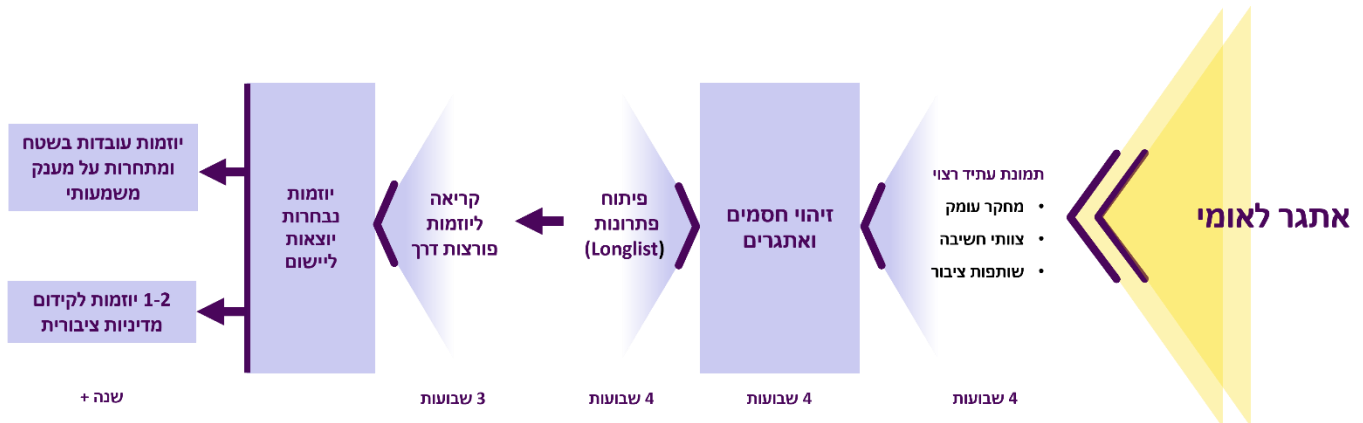
באוגוסט 2021 הזנקנו את ספרינט החוסן הנפשי והקהילתי בשותפות בין מיזם מדינה למופת והמעבדה לעתיד ישראל של תנועת אור, במטרה לחזק החוסן הנפשי של תושבי.ות מדינת ישראל ואת הקהילות המקומיות, באופן שיאפשר להתמודד כראוי עם משברים בעתות חירום, לצלוח אותם, ואף לצמוח מתוכם. מטרת הספרינט הן לבנות את תמונת העתיד הרצוי בתחום; לקדם מדיניות ולהשפיע על החלטות ממשלתיות; ולקרא ליוזמות פורצות דרך שיוכלו לייצר שינוי משמעותי בשטח, ולהוות דוגמא ופיילוט לשינויים עתידיים נוספים ובכך לשנות את עתיד הקהילות בישראל.

מתודולוגיה

מיזם מדינה למופת והמעבדה לעתיד ישראל פועלים במתודולוגיה ייחודית של ספרינטים – מחזורי פעילות מהירים בתחומי חיים נבחרים, על מנת לגבש פתרונות משני מציאות לאתגרים הלאומיים הנוכחיים.

² <https://israelmofet.org.il/>

³ כלל החומרים הרלוונטיים נמצאים באתר מדינה למופת



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 1: מתודולוגיית הספרינט

שלבי מתודולוגיית הספרינט:

1. בחינת המצב הקיים בתחום הנבחר ומחקר מעמיק של מגמות ותחזיות לאומיות ובינלאומיות
 2. ניפוץ פרדיגמות ותפיסות קיימות על מנת לייצר חשיבה משבשבת ורעיונות חדשים ופורצי דרך
 3. בניית תמונת עתיד משבשבת⁴ על בסיס הבנה וניתוח מעמיק של המגמות והתחזיות
 4. זיהוי האתגרים שפתרונם יוביל לעתיד הרצוי
 5. גיבוש רשימת יוזמות, שיישומן יפתור את האתגרים ויוביל לעתיד הרצוי
 6. קריאה ליוזמות משבשבות מציאות
 7. יציאה לפיילוט משותף בשטח ותחרות על מימון משמעותי (השקעה / מענק)
- ליוזמות שייבחרו להשתתף בתחרות מוצע:

- יציאה לפיילוט משותף במימון של עד 100,000 \$ ל-5 יוזמות הנבחרות
- מענק/השקעה של עד 500,000 \$ ל-1-2 יוזמות הזוכות בתחרות

⁴ תמונת עתיד משבשבת - עתיד רצוי, הפותר משבר ואתגר לאומי בכלים חדשניים, תוך בניית כיוון, רוח ועוצמה הנותנת מענה לציבור רחב ומשפיעה במכפלות לדורות.

• **ליווי אישי** של טובי המשקיעים והיזמים

• **סיוע ביישום:** חיבור היזמים לקהילות מקומיות ולרשת שותפים אסטרטגיים ועסקיים

8. קידום מדיניות – הנעת גורמי ממשל לפעולה, שינוי רגולציה, הקצאת תקציבים והסרת חסמים

הצורך: חוסן נפשי וקהילתי כאתגר לאומי



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 2: עיקרי תמונת המצב הקיים בצל משבר הקורונה⁵

ב-17 במרץ 2020 נכנסה מדינת ישראל לסגר הראשון בעקבות התפרצות מחלת הקורונה. כבר מימיו הראשונים של הסגר התעוררה דאגה באשר לתוצאות הנפשיות של המשבר בקרב אוכלוסיות בסיכון, כגון קשישים, בני נוער, מתמודדי נפש, אנשים הסובלים מהתמכרויות, ואפילו הצוותים הרפואיים, שהמראות הקשים של המגיפה הבריאותית השאירו את חותמם עמוק בנפשם. עם התמשכות המשבר, התבהר יותר ויותר, שלמגיפה יש השלכות חמורות על בריאות הנפש, שעלולות להיות ארוכות

⁵ אוניברסיטת תל אביב: ד"ר ברוריה עדיני: החוג לניהול מצבי חירום ואסון, וחוקרי המרכז לחקר הדחק והחוסן במכללה האקדמית תל-חי: פרופ' שאול קמחי, פרופ' יוחנן אשל וד"ר הדס מרציאנו. האוניברסיטה העברית: ד"ר מיטל בלמס מהמחלקה לתקשורת ועיתונאות ופרופ' עירן הלפרין מהמחלקה לפסיכולוגיה בשיתוף עם הדוקטורנטית טל אוריאן-הראל.

עמותת עלם, דו"ח משבר הקורונה, מרץ-מאי 2020. נתוני מוקד הסיוע של עמותת ער"ן, עזרה ראשונה נפשית.

טווח (Gruber et al., 2021), בעקבות גורמי הסטרס הפסיכו-סוציאליים שיצרה המגיפה (למשל, סיכונים בריאותיים, הפרעות לתפקוד היומיומי, חוסר וודאות, בידוד חברתי, קשיים כלכליים וכו') הידועים כמשפיעים לרעה על הבריאות הנפשית (ועל ידי כך גם על הבריאות הגופנית).

מעבר לכך שקשיים נפשיים כמו חרדות פוגעים באיכות החיים, יש להם גם השלכות על המרקם החברתי והכללי של האוכלוסייה, ובייחוד על היחסים שבין הקבוצות באוכלוסייה. מחקר של חוקרים מהאוניברסיטה העברית, מצא כי תקופת הקורונה גרמה למצוקות נפשיות שהגבירו את תחושת חוסר הסובלנות ואפילו העוינות בין אזרחים עם עמדות פוליטיות מנוגדות בישראל ובארצות הברית. ניתן לשער כי מצב זה, הוא אחד הגורמים המשמעותיים שהובילו לאלימות בערים המעורבות בתקופת מבצע שומר חומות.

הנתונים מישראל וממדינות אחרות, שנסקרו במהלך המחקר, מלמדים באופן ברור, שמגפת הקורונה כבר גרמה להתדרדרות במצב הנפשי של אחוז ניכר מהאוכלוסייה. המספרים, שכבר נמצאים בעליה – של דיכאון, לחץ וחרדה; של נטילת תרופות מרשם (תרופות הרגעה, נוגדי דיכאון וכדורי שינה), ושל שימוש בסמים ובאלכוהול, צפויים להמשיך ולעלות (מרכז אדוה, 2021). אך משבר הקורונה איננו הגורם הבלעדי לנתונים המדאיגים בתחום בריאות הנפש. מחקרים שנערכו בשנים האחרונות וכן בעקבות המשבר חשפו מגמות קיימות, המרכיבות תמונת מצב לא פשוטה בתחום בריאות הנפש בישראל. כך לדוגמה, נמצא כי **בין רבע לשליש מאוכלוסיית המדינה נזקקים לשירותי בריאות הנפש במהלך חייהם**,⁶ וכי כ-18% מהאוכלוסייה סובלים במהלך חייהם מדיכאון או חרדה.⁷ עוד טרם משבר הקורונה, נמצא כי 5-7% מהמבוגרים חשים בדידות חריפה או קבועה,⁸ וכי מדי שנה נרשמים כ-500 מקרי התאבדות בישראל.⁹ הנתונים הללו, מראים כי **משבר הקורונה היווה למעשה זרז לתהליכים שהחלו עוד קודם לכן**, ועל כן הם מעלים שאלה בנוגע לקיומה של 'שגרה' בתחום בריאות הנפש בישראל.

הגדרות: רכיבי החוסן הנפשי והקהילתי

במסגרת הספרינט מופו רכיבי החוסן הנפשי והקהילתי

⁶ מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל: שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסמים. סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית. ספטמבר 2017. אירית אלרועי ברוך רוזן עידו אלמקייס הדר סמואל.

⁷ דו"ח מבקר המדינה (2020), היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש.

⁸ דו"ח הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2019), רווחת האוכלוסייה, תעסוקה ורמת חיים.

⁹ גיל זלצמן, התאבדות: אפידמיולוגיה, אטיולוגיה, טיפול ומניעה, הרפואה 7/158, יולי 2019, עמ' 468.

תנאים אובייקטיביים
כגון גנטיקה מצב
בריאותי, כלכלי ועוד

גמישות	קשרים חברתיים	חשיבה מועילה
דפוס חשיבה גמיש	כישורים חברתיים	תחושת קוהרנטיות (משמעות, שליטה)
מגוון אסטרטגיות התמודדות	אמון במערכת החברתית	אופטימיות
גמישות ביישומן	תמיכה חברתית	תקווה
גמישות ביכולת הוויסות העצמי	תמיכה משפחתית	מטרות
גמישות בפרשנות הסובייקטיבית	תפיסת התמיכה החברתית	מסוגלות עצמית
	יכולת לבקש עזרה	יצירתיות
	אמון באחר	הערכה של האדם לייחודיות של עצמו (משמעותיות)
	שייכות והשתתפות חברתית	מערכת אמונות המספקת משמעות קיומית (כולל אמונה דתית)
	רצון לייצר לכידות חברתית	נרטיב חיים מגבש
	השתתפות בפעילויות הקהילה	מוקד שליטה פנימי
	חיבור לקהילה	מודעותו העצמית

© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 3: רכיבי החוסן הנפשי כפי שמופגש במסגרת ספרינט חוסן נפשי וקהילתי

כלכלה	סביבה	מוכנות לחירום
כלכלה מקומית מקיימת	מרחב פיזי מאפשר מפגש	פרוטוקולים יעילים לחירום
	נגישות	צוותי מוכנות קהילתיים לחירום
	הליכתיות	
	קשר למקום וגאווה מקומית	

לכידות חברתית	מנהיגות
מנגנוני ערבות הדדית בשגרה	אמון במנהיגות
(תמיכה ביולדות/חולים/מבוגרים)	יכולת התארגנות
אחריות אישית ומעורבות חברתית	ייצוג המגוון בקרב הקהילה
מסורות ואירועים מקדמי קהילה	ממלכתיות
פלורליזם	שקיפות
	קשרים חזקים עם הרשות המקומית, ארגונים במרחב וקהילות אחרות

© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 4: רכיבי החוסן הקהילתי כפי שמופגש במסגרת ספרינט חוסן נפשי וקהילתי

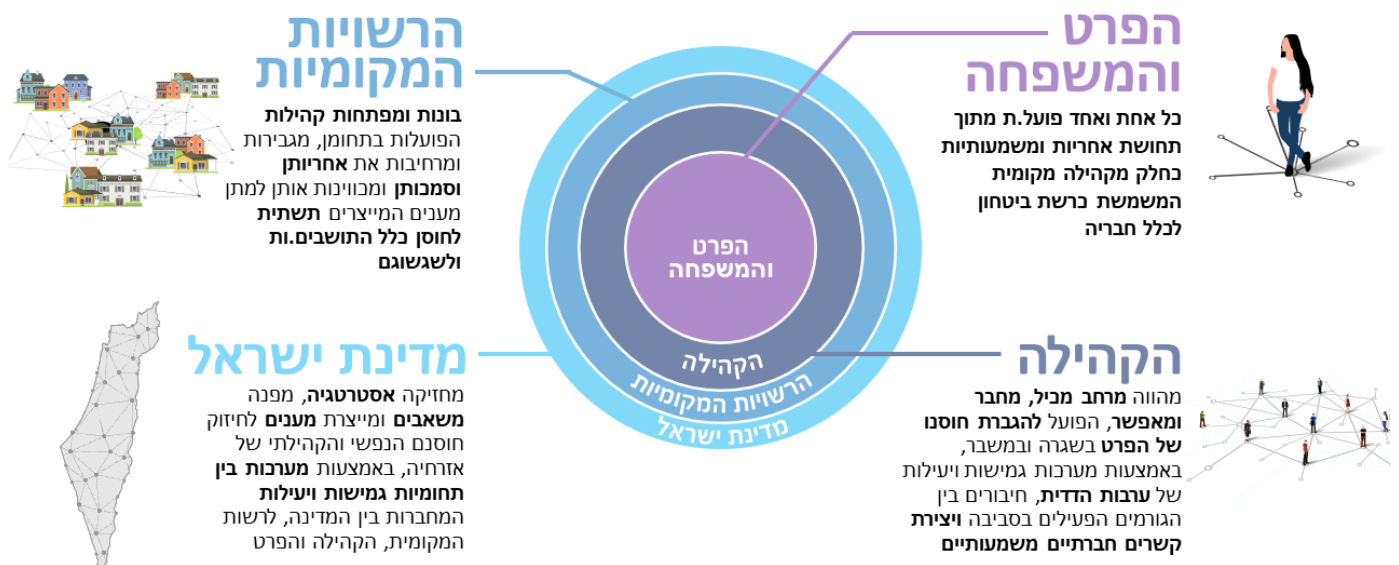
תמצית תמונת העתיד

על בסיס מחקר מעמיק של המצב הקיים, המגמות והתחזיות בתחום החוסן הנפשי והקהילתי, באמצעות מפגשי חשיבה ממוקדים עם שותפי המעבדה לעתיד ישראל ומדינה למופת ובהובלת הצוות המוביל את ספרינט חוסן נפשי וקהילתי, התבהר כי הקהילה היא הנקודה הארכימדית שיכולה להביא לשינוי אקספוננציאלי הן בחוסנם הנפשי של כלל תושבות ותושבי מדינת ישראל והן בחוסנם הקהילתי, זאת ממספר סיבות:

- משתנים חברתיים משפיעים באופן משמעותי על החוסן הנפשי והקהילתי
- תחושת קהילתיות בעלת זיקה הדוקה לתחושת משמעותיות, מסוגלות ורצון לפעול – מרכיבים מהותיים בחשיבה המועילה
- הקהילה היא נקודת ההתערבות היעילה ביותר
- חוסן קהילתי ניתן לשינוי ולחיזוק

מתוך תפיסה זו גובשה תמונת עתיד משבשבת לתחום החוסן הנפשי והקהילתי:

תושבי.ות מדינת ישראל משגשגים בשגרה, מתמודדים בהצלחה עם משברים שונים וצומחים מתוכם, בזכות רשת ביטחון לאומית של קהילות מקומיות



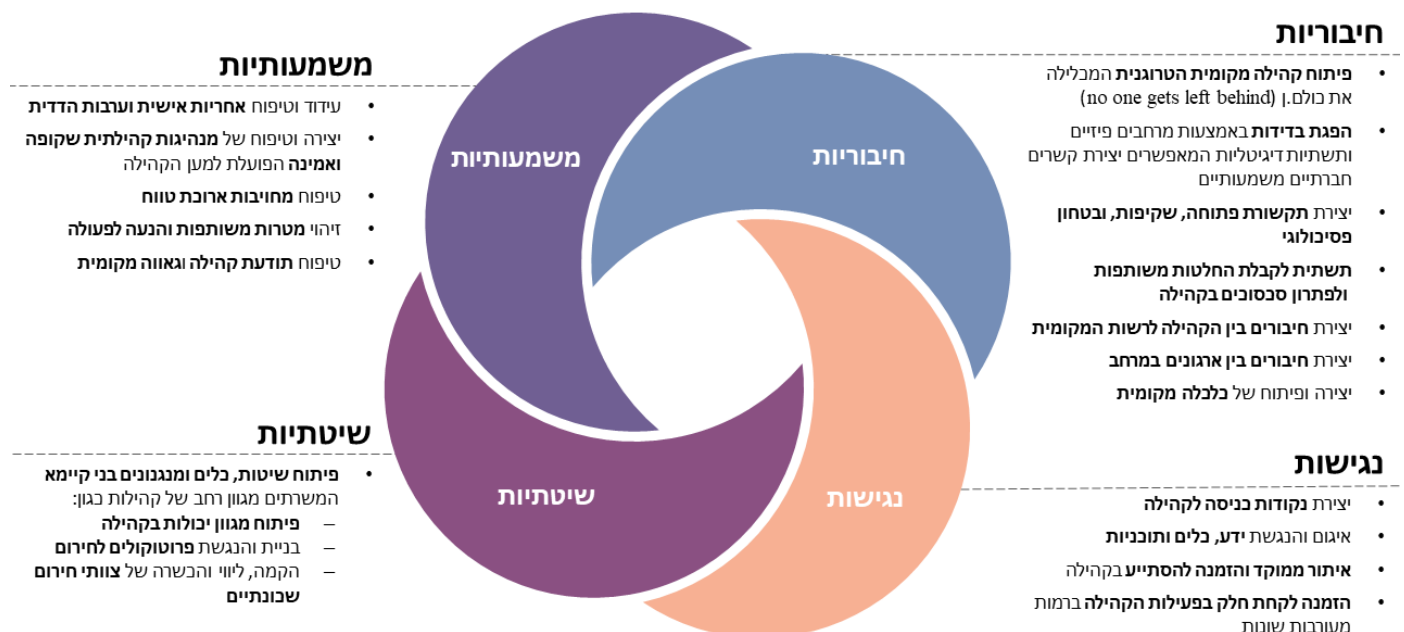
© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 5: תמונת העתיד לחוסן הנפשי וקהילתי בישראל

אתגרים

לאחר גיבוש תמונת העתיד הרצוי, נבחנו כלל החסמים בתחום החוסן הנפשי והקהילתי וכן נערך מיפוי עומק של יוזמות קיימות שמטרתן לתת מענה לחסמים אלו. בחינת המצב הקיים והחסמים אל מול תמונת העתיד הרצוי, הובילה להבנה כי על מנת להוביל את מדינת ישראל אל העתיד הרצוי בתחום החוסן הנפשי והקהילתי יש לפתור אתגר הוליסטי הכולל רכיבים המתחלקים לארבע קטגוריות:

- **חיבוריות** – היבטים של הון חברתי (איכות הקשרים החברתיים והארגוניים – הן הממשלתיים והן העסקיים)
- **נגישות** – היבטים של קישוריות (זמינות מידע אמין)
- **משמעותיות** – היבטים של העצמה, מסוגלות חברתית, תחושת שייכות ותרומה לקהילה
- **שיטתיות** – פיתוח נהלים ומנגנונים עבור אתגרי הקהילה, כולל מצבי חירום, המאפשרים פעולה מיידית וממוקדת



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 6: אתגרי תמונת העתיד

השלב הבא - יישום יוזמות:

על בסיס המחקר שנערך ובהתאם לתמונת העתיד הרצוי והאתגרים שגובשו, בסוף חודש דצמבר 2021 תופץ קריאה ליזמים.ות בעלי.ות פתרונות פורצי דרך לאתגרים בתחום החוסן הנפשי והקהילתי.

ליוזמות שייבחרו להשתתף בתחרות מוצע:

- **יציאה לפיילוט משותף במימון** של עד \$ 100,000 ל-5 יוזמות נבחרות.
- **מענק/השקעה** של עד \$ 500,000 ל-1-2 יוזמות הזוכות בתחרות.
- **ליווי אישי** של טובי המשקיעים והיזמים.

רקע ומטרות העבודה



פרק 1: רקע ומטרת העבודה

ישראל 2021 - אנו נמצאים בנקודת זמן היסטורית

- בעשור האחרון ישראל חווה שגשוג וצמיחה במדדי המאקרו, כשמנגד אוכלוסיות שלמות במדינה סובלות מאיכות חיים נמוכה.
- האתוס המלכד שלנו נשחק, אנו מקצינים דעות, המנהיגות במשבר והייאוש הולך גדל.
- מרכז הארץ המשמש כמנוע הצמיחה נשחק - מחירי דיור גבוהים, יוקר מחיה, זיהום, פקקים, היעדר תשתיות עתידיות.
- משבר הקורונה העמיק את הפערים בישראל ועתה אנו חווים משבר מנהיגותי, ערכי, כלכלי וניהולי. אנו במציאות של חוסר אמון בין אדם לחברו ובין העם לשלטון וקיים חשש רב שמגמה זו תלך ותקצין.
- בשנת 2048, אוכלוסיית ישראל, תוכפל ותמנה כ-17 מיליון תושבים, מתוכם רק 4 מיליון יתגוררו בנגב ובגליל.
- בהיעדר שינוי משמעותי, האוכלוסיות אשר יאכלסו את הנגב והגליל יהיו חלשות מבחינה סוציו-אקונומית לצד צפיפות רבה ועליית מחירים באזור גוש דן.

חישוב המגמות והתחזיות הדמוגרפיות לעשורים הבאים מצביעות על כך שבשנת 2048, שנת ה-100 למדינה, ישראל תמנה כ-17 מיליון תושבים. בהינתן המשך המגמות הנוכחיות - 13 מיליון תושבים צפויים לחיות במרכז הארץ ו-4 מיליון בלבד צפויים להתגורר בנגב ובגליל - 75% מתושבי המדינה יצטופפו ב-25% בלבד משטחה. המשמעות היא **המשך השחיקה של אזור המרכז הקיים** בעקבות מחירי דיור מרקיעי שחקים, צפיפות, פקקים, זיהום אויר והיעדר עתודות קרקע, לצד **דחיקה של אוכלוסיות חלשות מבחינה כלכלית-חברתית לנגב ולגליל**. על כן קיים סיכון אדיר כי **מדינת ישראל תהפוך למדינת עולם שלישי**.

על מנת למנוע את הפיכתה של מדינת ישראל למדינת עולם שלישי עלינו לקדם שינויי תפיסה והתנהגות בדפוסי הדמוגרפיה של ישראל ולהופכה ממדינה עם מרכז אחד ופריפריה מובחנים למדינה בעלת שלושה מרכזי חיים עצמאיים ומשגשגים, בנגב, בגליל ובמרכז הארץ. מתוך כך, ב-5 השנים האחרונות 'תנועת אור' יזמה ומקדמת את מיזם 'ישראל 2048 – עתיד משותף' ליצירת איכות חיים וצמיחה כלכלית מבוססת נכסים תחרותיים, קהילות מחוברות וכלכלה מקומית משגשגת, ופועלת להפיכת הנגב והגליל למנועי צמיחה לאומיים ומרכזי חיים עצמאיים. המרכזים החדשים בנגב ובגליל יהוו אבן שואבת לאוכלוסייה המחפשת איכות חיים, והזדמנויות להגשמה עצמית וערכית בישראל. מדינת ישראל זקוקה לחזון מאחד שיהיה הפרק הבא בסיפור המשותף שלנו. יחד עם שותפות ושותפים מובילים במגוון תחומים וממגוון סקטורים, ובאמצעות מחקר ופיתוח

אסטרטגיה, המעבדה לעתיד ישראל, מבית תנועת אור, מייצרת פתרונות לאתגרים לאומיים, מחברת בין החזון ליישום בשטח, ומובילה לרתימת המערכות לתכנון והקצאת תקציבים.

על מיזם "מדינה למופת"

משבר הקורונה חיזק את ההבנה, כי לצד פיתוח מנועי צמיחה ברמה הלאומית, קיימת חשיבות ודחיפות ליצירת פתרונות זריזים, עסקיים-יזמיים-חברתיים, לאתגרים הלאומיים בכלל תחומי החיים, שביכולתם להוביל לשינויים אקספוננציאליים בפרק זמן קצר, לאור חזון משותף.

על כן, באפריל 2020 נולד מיזם 'מדינה למופת' בהובלת גורמים בכירים במשק הישראלי: מייקל אייזנברג, פרופ' דן אריאלי, ישראל דנציג, פרופ' גילה קורץ, דניאל שרייבר, רוני פלמר, אליאור בר ועשרות שותפים נוספים¹⁰ ובניהולה של המעבדה לעתיד ישראל מבית תנועת אור, במטרה לצמוח מתוך המשבר ולבנות עתיד טוב יותר לכלל תושבי המדינה.

במהלך חודש הפעילות הראשון, באפריל, הצטרפו לקהילת 'מדינה למופת' עשרות שותפים ושותפות שעבדו במרץ בארבעה צוותי עבודה בתחומים נבחרים – השכלה והכשרות, תעשייה, בריאות ותיירות. הקהילה גיבשה יחדיו אמנה חברתית הקוראת לאמון וערבות הדדית ומתודולוגיה למדד חוסן כלכלי-תעסוקתי של משקי הבית.¹¹ בחודש אוגוסט 2020 יצא לדרך ספרינט התעסוקה, ובימים אלו 5 יוזמות נבחרות פועלות בשטח ליצירת 10xchange בשוק התעסוקה בישראל.

הישיג הספרינט הקודם - ספרינט התעסוקה

בחודש אוגוסט 2020 הוזנק ספרינט התעסוקה, אשר התמקד באחד הנושאים הבוערים ביותר על סדר היום הלאומי. המשבר שנוצר בעקבות התפשטות נגיף קורונה הביא עמו גל אבטלה משמעותי, עם למעלה ממיליון מובטלים בישראל במהלך שנת 2020. בנוסף, המשבר הביא להתפתחות משמעותית בתחום העבודה מרחוק. בעקבות תמורות אלו, ראינו הזדמנות לבחינה מעמיקה של הצרכים בשוק התעסוקה וליצירת קפיצת-מדרגה תפיסתית וטכנולוגית, באמצעות חיבור המגזר העסקי, המגזר הציבורי והמגזר השלישי, יחד עם הסקטור היזמי, ליצירת פתרונות צופי פני-עתיד. במהלך הספרינט גובשו אסטרטגיה ותמונת עתיד רצוי לשוק התעסוקה בישראל ויצאנו בקריאה ליוזמות עסקיות וחברתיות שיוכלו לייצר 10xchange בשוק התעסוקה,

¹⁰<https://israelmofet.org.il/>

¹¹ כלל החומרים הרלוונטיים נמצאים באתר מדינה למופת

ולהוביל אותנו אל העתיד הרצוי. חמש היוזמות הנבחרות יצאו לדרך, ובזכות ההשקעות שהוענקו להן, הן מתחילות בפעילותן בשטח בדרך ליצירת שינוי משמעותי.

הישגים בולטים בספרינט התעסוקה:

- **302 יוזמות** עסקיות וחברתיות הוגשו לקריאה ליזמים. ות לשנות את פני התעסוקה
- עשרות שותפים/ות לקחו חלק בספרינט
- **קהילות ורשויות מקומיות** מעורבות לקחו חלק בתהליך בחירת היוזמות הזוכות
- **5 יוזמות זכו לליווי, להשקעה או מענק** בסך כולל של למעלה מ-600,000\$, ויצאו לדרך על מנת לבצע אימפקט משמעותי בשוק התעסוקה הישראלי
- **יציאה לפרויקט שטח משותף לחיזוק המיומנויות הרכות (soft skills) בקרב האוכלוסייה החרדית והאוכלוסייה הערבית**
- מהלך תקנון רחב לשוק התעסוקה בישראל הותנע בעקבות ספרינט התעסוקה

ספרינט חוסן נפשי וקהילתי

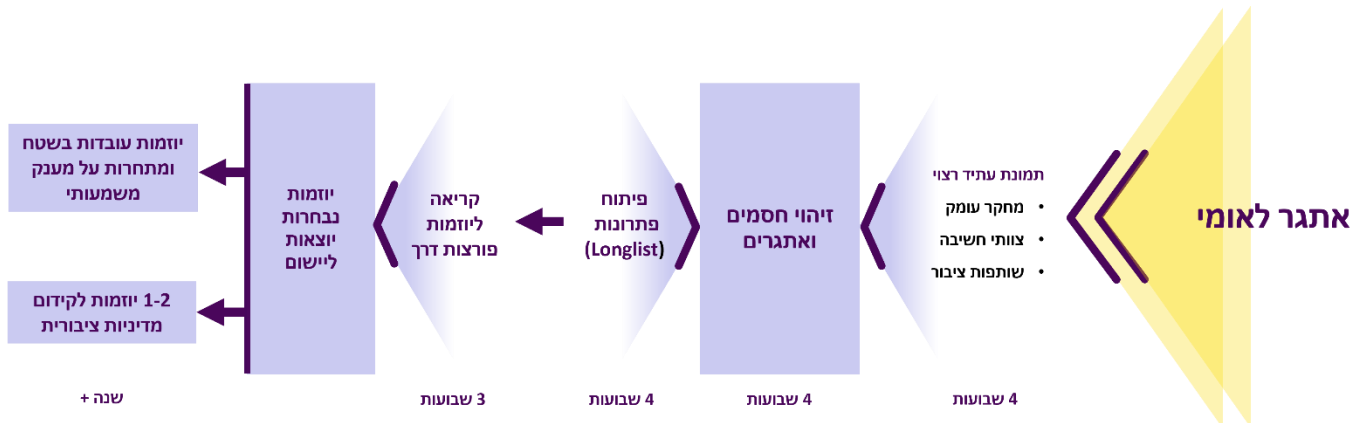
באוגוסט 2021 הזנקנו את ספרינט החוסן הנפשי והקהילתי בשותפות בין מיזם מדינה למופת והמעבדה לעתיד ישראל של תנועת אור, במטרה למצוא פתרונות פורצי דרך ל"מגפה שאחרי המגפה" - המגפה הנפשית והחברתית אותה חווים תושבי מדינת ישראל בעקבות ההתמודדות האישית והנפשית עם הגבלות, סגרים וריחוק חברתי בעקבות התפרצות נגיף הקורונה וכן בעקבות הקשיים הנובעים מהמצב הבטחוני הבלתי יציב במדינה. מגפה זו באה לידי ביטוי בעליה משמעותית בפניה לעזרה נפשית, עליה באחוזי הדיווח על דיכאון וחרדה, בנתוני בדידות מדאיגים ובקרעים בערים ובקהילות שמתגוררות בהן אוכלוסיות מעורבות.

כל אלה הובילו להבנה כי עלינו לפעול לחיזוק החוסן הנפשי של תושבי.ות מדינת ישראל ולחזק את הקהילות המקומיות, באופן שיאפשר להתמודד כראוי עם משברים בעתות חירום, לצלוח אותם, ואף לצמוח מתוכם. מטרת הספרינט הן לבנות את תמונת העתיד הרצוי בתחום; לקדם מדיניות ולהשפיע על החלטות ממשלתיות; ולקרוא ליזמות פורצות דרך שיוכלו לייצר שינוי משמעותי בשטח, ולהוות דוגמא ופיילוט לשינויים עתידיים נוספים ובכך לשנות את עתיד הקהילות בישראל.

מתודולוגיה

המעבדה לעתיד ישראל מבית תנועת אור פועלת במתודולוגיה ייחודית המבוססת על מספר עקרונות:

- **מודל הספרינט - חשיבה משבשבת** – מתודולוגיית המחקר והאסטרטגיה מבוססת מודל הספרינטים - מחזורי פעילות מהירים בתחומי חיים נבחרים, על מנת לגבש פתרונות משני מציאות לאתגרים הלאומיים הנוכחיים. המודל מבוסס על תהליכי חשיבה משבשבת ליצירת תמונת עתיד רצוי ופיתוח יוזמות למימוש פורץ דרך, אשר מובילות לשינוי אקספוננציאלי בתחום המיקוד. התהליך כולל מיפוי וניתוח של תמונת המצב, המגמות והתחזיות, יצירת תמונת עתיד רצוי ועקרונות לתכנון, מיפוי חסמים וגיבוש האתגרים שיש לפתור על מנת להוביל מהווה אל העתיד הרצוי, ולבסוף פיתוח יוזמות למימוש פורץ דרך.
- **עבודה בצוותי עבודה רב-מגזריים** – תהליכי המחקר והאסטרטגיה מגובשים בשיתוף פעולה מלא עם צוות מוביל וצוותי חשיבה המורכבים ממומחים בתחום הנבחר, מתוך ההבנה כי אין "להמציא את הגלגל". השותפים לוקחים חלק במחקר, בכתיבה ובחשיבה משותפת ורתומים ליישום האסטרטגיה בשטח.
- **חיבור לשטח** – התהליכים מלווים בפעילויות של שותפות ציבור כגון סקרים ושאלונים, על מנת לאגם ידע מהציבור, לחבר את המחקר לשטח ולרתום את הציבור הרחב ליוזמות לביצוע (don't talk about us without us).
- **ממחקר ליוזמות** – תהליך המחקר והאסטרטגיה מסתיים ביוזמות מפורטות לביצוע ואיתור שותפים מהמגזר העסקי, היזמי, החברתי והציבורי להובלתן.
- **הנעה לפעולה ממשלתית משלימה** – שיח משותף עם גורמים ממשלתיים והובלת הליכי מדיניות (ייזום פעולה, שינוי רגולציה, הקצאת תקציבים, הסרת חסמים וכדומה), לצורך קידום תחומי הפעילות הממשלתיים הרצויים ואף נדרשים על מנת להגיע לעתיד הרצוי.



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 1: מתודולוגיית הספרינט

ספרינט חוסן נפשי וקהילתי: תהליך המחקר



נערכו מעל **40 ראיונות עם אנשי מקצוע**



נערך מחקר השוואתי הכולל מעל **300 מאמרים מקצועיים**



נערכו **9 מפגשים עם שותפי הספרינט בצוות המוביל ובצוותי החשיבה**



תוצרים מרכזיים

מחקר השוואתי מקיף, תמונת מצב, מגמות ותחזיות, תמונת העתיד הרצוי, חסמים ואתגרים, כלי להערכה ומדידה של תוכניות השפעה בשטח



פורסמו 3 שאלונים

בנושא הנחות יסוד בתחום החוסן, תמונת העתיד הרצוי



בסקרו מעל 70 שאלונים

העוסקים בהיבטים רגשיים ונפשיים, התנהגותיים וחברתיים, ובהיבטי בריאות הנפש

© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 7: תהליך המחקר – ספרינט חוסן נפשי וקהילתי



שותפי הספרינט

חברי הצוות המוביל של ספרינט חוסן נפשי וקהילתי (לפי סדר הא'–ב'):

- **מייקל אייזנברג** - מייסד ושותף-מנהל, קרן Aleph
- **עירד אייכלר** - יזם חברתי ישראלי, מייסד ויו"ר קבוצת שכולו טוב
- **פרופ' דן אריאלי** - מומחה לפסיכולוגיה וכלכלה התנהגותית
- **יובל בלינקי** - פסיכולוג קליני בכיר, יו"ר הועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית, משרד הבריאות
- **ד"ר שי בן יוסף** - מומחה בפיתוח קהילתי וארגוני
- **אליאור בר** - סמנכ"לית אסטרטגיה ומנהלת המעבדה לעתיד ישראל, תנועת אור
- **מור ברזני** - מנהלת אגף חברה וממשל, בית הנשיא
- **פרופ' דניאל גוטליב** - האוניברסיטה העברית בירושלים
- **ד"ר מירב גלילי** - מנכ"לית, קרן מנומדין
- **מירב דדיה מולד** - סמנכ"לית חברה ורווחה, קרן שוסטרמן
- **ישראל דנציגר** - יזם ומנכ"ל הייטק, לשעבר מנכ"ל משרד הגנת הסביבה
- **פרופ' מולי להד** - נשיא ומייסד, מרכז משאבים קרית שמונה
- **סיגל מורן** - מנכ"לית משרד הרווחה והביטחון החברתי
- **ד"ר מרים פינק לביא** - פסיכיאטרית ילדים ונוער, מנהלת מחוז ירושלים בריאות הנפש, לאומית
- **אלי פלאי** - יו"ר המכון החרדי למחקרי מדיניות וקבוצת "משפחה"
- **רוני פלמר** - מנכ"ל ומייסד תנועת אור

שותפי המיזם שלקחו חלק בשלב המחקר בספרינט (לפי סדר הא'-ב'):

- **אחמד אל שיח** - מנכ"ל אגודת הגליל
- **פרופ' רונית אנדוולט** - מנהלת אגף התזונה, משרד הבריאות
- **פרופ' אשר בן אריה** - מנהל מכון חרוב וראש בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית
- **ד"ר דניאלה ביניש** - ראש תחום משפט וזכויות, ג'וינט אשלים
- **הילה גונן ברזילי** - מנהלת מרכז חוסן שדרות
- **פרופ' יונתן הפרט** - פסיכולוג קליני וחבר סגל במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטה העברית
- **מירב וידל** - מנהלת מרכז חוסן אשכול
- **יהלומה זכות** - מנכ"לית עמותת חוסן קהילתי אופקים
- **ד"ר אודיה כהן** - חוקרת במחלקה לסיעוד, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
- **אנה לרנר** - מנהלת אגף לתכנון מדיניות, משרד הבריאות
- **ירדן מנדלסון** - פסיכולוגית קלינית, דוקטורנטית לפסיכולוגיה באוניברסיטה העברית
- **דבורה קורן** - מטפלת משפחתית, מייסדת ארגון "גישה לחיים"
- **פרופ' עמירם רביב** - פסיכולוג קליני וחינוכי, דיקן בית הספר לפסיכולוגיה, המרכז האקדמי למשפט ולעסקים ברמת גן, פרופ' אמריטוס בבית הספר למדעי הפסיכולוגיה באוניברסיטת תל אביב
- **יונתן שושן** - מנהל מרכזי החוסן, אזור דרום, הקואליציה הישראלית לטראומה
- **ברק שך** - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
- **הילה שבורן** - מנהלת תחום החוסן בקהילה, נט"ל
- **אפרת שפרוט** - מנכ"לית נט"ל

צוות המחקר - המעבדה לעתיד ישראל, תנועת אור:

- מנהלת המחקר: ד"ר ליאת קוסוביץ'
- חוקרת ראשית ספרינט חוסן נפשי וקהילתי: אפרת ליה שחף
- מנהלת הדרכה ותוכניות מנהיגות, מומחית לקהילות: אפרת פיטלזון
- עוזרת מחקר: נעה איזנברג
- מנהלת ספרינט חוסן נפשי וקהילתי: שיר מרדכי
- רכזת: רתם לוין
- ניהול עיצוב וגרפיקה: עדן לביא
- עיצוב וגרפיקה: שחף בוקנט, לאה ברודנר

מטרת העבודה

הנחת התשתית המחקרית לגיבוש תמונת עתיד משבשבת לתחום החוסן הנפשי והקהילתי, לגיבוש האתגרים שפתרונם יוביל אל העתיד הרצוי ולאיתור יוזמות ליישום בשטח.

פרקי העבודה:

פרק 1: רקע ומטרת העבודה

פרק 2: תמונת מצב ומגמות

חלק א': חוסן נפשי וקהילתי בצל משבר הקורונה

חלק ב': אוכלוסיות רווחה

חלק ג': בריאות הנפש

חלק ד': מערך בריאות הנפש בישראל

פרק 3: חוסן נפשי וקהילתי – הגדרות

חלק א': חוסן כתפיסה אוניברסלית רב מימדית

חלק ב': חוסן נפשי

חלק ג': חוסן קהילתי

חלק ד': בין חוסן נפשי לחוסן קהילתי

פרק 4: תמונת עתיד רצוי לתחום החוסן הנפשי והקהילתי

פרק 5: אתגרים מרכזיים בתחום החוסן הנפשי והקהילתי

פרק 6: מדידה והערכה

רשימת מקורות

נספחים

מדריך לקריאה מקוצרת במסמך – קריאה ב"דילוגים"

כל פרק מלווה בתיבות המכילות את עיקרי הנתונים והתובנות העולות ממנו, על מנת לאפשר קריאה של המסמך ב"דילוגים".

השלב הבא - יישום יוזמות:

על בסיס המחקר שנערך ובהתאם לתמונת העתיד הרצוי והאתגרים שגובשו, בסוף חודש דצמבר 2021 תופץ קריאה ליזמים. בעלי.ות פתרונות פורצי דרך לאתגרים בתחום החוסן הנפשי והקהילתי, מתוך אמונה כי ניתן להשתמש בטכנולוגיה ככלי לחיזוק הקהילה וחוסנה, באופן שיוביל לחיזוק חוסנו של הפרט. היזמים.ות יוזמנו להשתתף בתחרות במודל ייחודי, שפותח על מנת למשוך את הפתרונות הטובים ביותר, לעודד שילוב יוזמות טכנולוגיות בעולם החברתי וליצור שותפות ציבור רחבה ככל הניתן. לאחר תהליך סינון קפדני, בו ייקחו חלק צוות שותפים רחב, בהם בכירים מעולמות המחקר, העסקים וההשקעות ומהעולם הציבורי והחברתי, וכן בשותפות עם תושבי השכונות, ייבחרו 5 יוזמות שייצאו לפיילוט, שיימשך כשנה בשכונות נבחרות. הפיילוט נועד לבדוק היתכנות של היוזמות בשטח ובמהלכו ילוו היוזמות על ידי שותפי תנועת אור ומדינה למופת. היוזמות יקבלו מימון התחלתי בעת היציאה לפיילוט. לאחר כשנה, היוזמות בעלות ההשפעה הגדולה ביותר, יזכו למימון משמעותי נוסף.

ליוזמות שייבחרו להשתתף בתחרות מוצע:

- **יציאה לפיילוט משותף במימון** של עד 100,000 \$ ל-5 יוזמות הנבחרות
- **מענק/השקעה** של עד 500,000 \$ ל-2-1 יוזמות הזוכות בתחרות
- **ליווי אישי** של טובי המשקיעים והיזמים
- **סיוע ביישום:** חיבור היזמים לקהילות מקומיות ולרשת שותפים אסטרטגיים ועסקיים

תמונת מצב ומגמות



פרק 2: תמונת מצב ומגמות

חלק א' – חוסן נפשי וקהילתי בצל משבר הקורונה

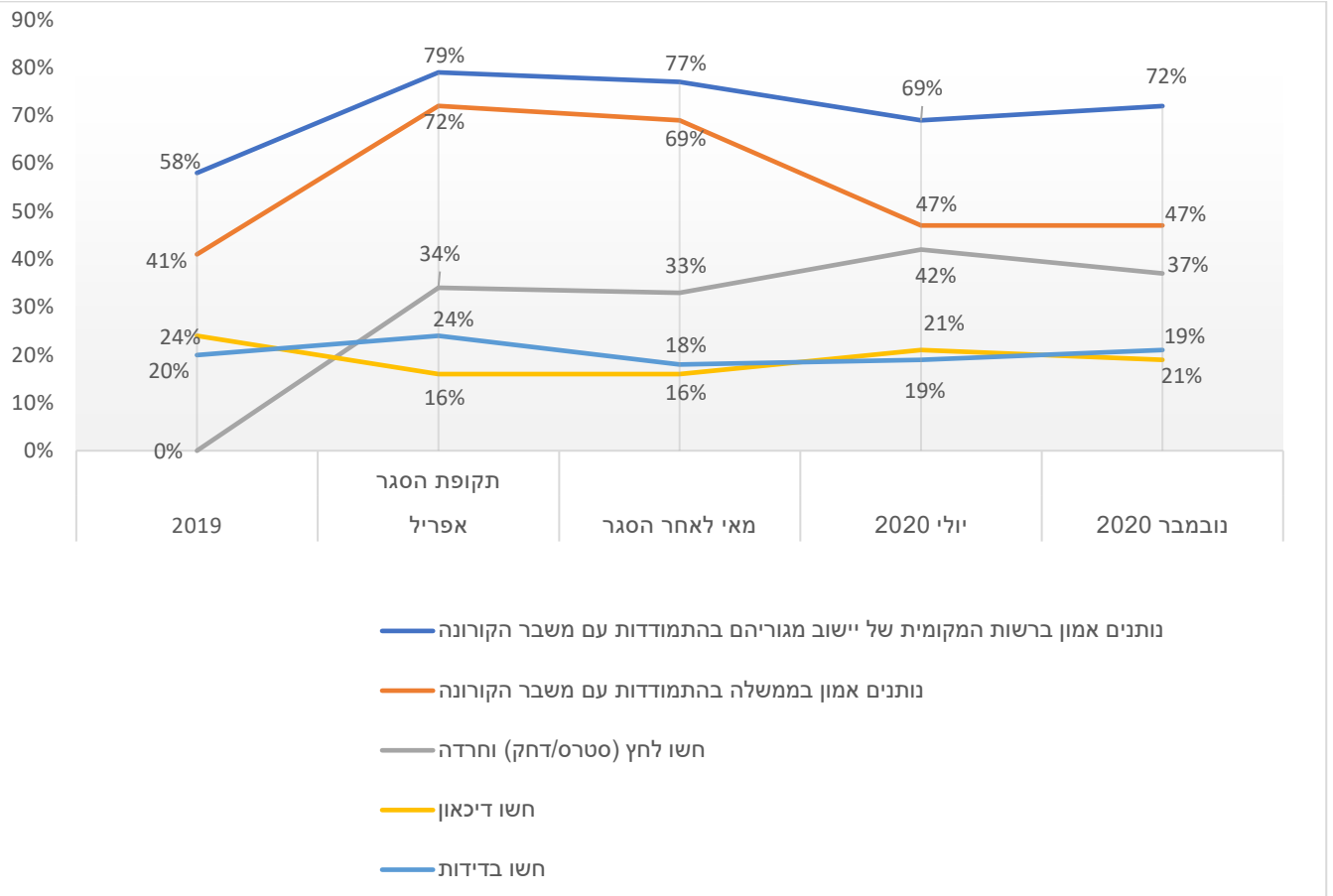
ב-17 במרץ 2020 נכנסה מדינת ישראל לסגר הראשון בעקבות התפרצות מחלת הקורונה. כבר מימיו הראשונים של הסגר התעוררה דאגה באשר לתוצאות הנפשיות של המשבר בקרב אוכלוסיות בסיכון, כגון קשישים, בני נוער, מתמודדי נפש, אנשים הסובלים מהתמכרויות, ואפילו הצוותים הרפואיים, שהמראות הקשים של המגיפה הבריאותית השאירו את חותמם עמוק בנפשם. עם התמשכות המשבר, התבהר יותר ויותר, שלמגיפה יש השלכות חמורות על בריאות הנפש, שעלולות להיות ארוכות טווח (Gruber et al., 2021) בעקבות גורמי הסטרס הפסיכו-סוציאליים שיצרה המגיפה (למשל, סיכונים בריאותיים, הפרעות לתפקוד היומיומי, חוסר וודאות, בידוד חברתי, קשיים כלכליים וכו'), הידועים כמשפיעים לרעה על הבריאות הנפשית (ועל ידי כך גם על הבריאות הגופנית).

תמונת מצב: חוסן נפשי בצל משבר הקורונה



במהלך מגפת הקורונה, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ערכה ארבעה סקרי בזק שמטרתם לספק תמונת מצב ונתונים חיוניים למקבלי ההחלטות לגבי החוסן האזרחי של הציבור בישראל. השאלות הקיפו מגוון נושאים: בריאות, מצב נפשי, צריכת מזון,

קבלת עזרה, מצב כלכלי, מידת האמון בממשלה וברשות המקומית ועוד. הנתונים נאספו החל מחודש אפריל 2020 ובשלושה גלים נוספים של אותה השנה: מאי, יולי ונובמבר והקיפו את האוכלוסייה מגיל 21 ומעלה.



תרשים 8: תמונת מצב חוסן - ישראל 2020 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, נובמבר 2020)

מתוך הנתונים עולה כי מצבם הנפשי של 30% מבני 21 ומעלה (כ-1.7 מיליון איש) החמיר בתקופת המשבר. שיעורם עלה מ-20% במאי, ל-26% ביולי ול-30% בנובמבר 2020. שיעור הערבים שהעריכו את מצבם הנפשי באופן שלילי, היה גבוה מזה של היהודים (25% לעומת 17% בהתאמה).

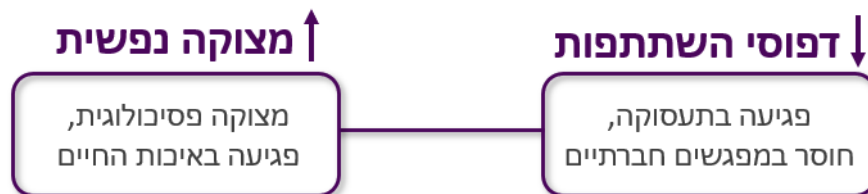
בנוסף לשאלה הכללית על המצב הנפשי, הנדגמים נשאלו גם על תחושות של לחץ וחרדה, דיכאון ובדידות. נכון לנובמבר 2020, תחושות של לחץ וחרדה ליוו 37% מהאוכלוסייה, דיכאון 19% ובדידות 21%. בקרב בני 65 ומעלה: 31% חשו לחץ וחרדה, 16% חשו דיכאון, 25% בדידות. 37% מהערבים חשו לחץ וחרדה, בדומה לשיעור בקרב יהודים. לבסוף, בדומה למגמה שנצפתה

ביולי, גם בנובמבר 2020 נמצא כי תחושות של לחץ וחרדה אפיינו נשים יותר מגברים: 44% מהנשים לעומת 29% מהגברים דיווחו על לחץ וחרדה.

נתוני הביטוח הלאומי מלמדים כי מצבה של כלל האוכלוסייה הורע בשנת 2020 במונחים של רמת החיים, כאשר תחולת העוני בקרב העצמאים עלתה ב-2020 ועמדה על 14.5% לעומת 12.8% בשנת 2019 (אנדבלד ועמיתיה, 2021).

ממדי השתתפות, חיבור חברתי ומסוגלות עצמית

מחקרים שבחנו את איכות החיים והחוסן הנפשי במהלך סגר הקורונה בקרב האוכלוסייה הבריאה מצאו שהירידה באיכות החיים חיזקה את הפגיעות להשפעות הנפשיות השליליות של הסגר (Lipskaya-Velikovsky, 2021). במודל סיבתי של ניתוח נתיבים נמצא כי מצוקה פסיכולוגית, ממדי ההשתתפות, חיבור חברתי ומסוגלות עצמית הסבירו את הירידה באיכות החיים, כאשר ממדי ההשתתפות מתווכים את הירידה הזו. כלומר, **כאשר דפוסי ההשתתפות נפגעו, ובכללם התעסוקה והמפגשים החברתיים, המצוקה הנפשית גברה**. לפיכך, נמצא כי המצוקה הנפשית הייתה הגבוהה ביותר בקרב נשים, גברים צעירים ומובטלים, שחוו את השינויים המשמעותיים ביותר מבחינת דפוסי ההשתתפות שלהם. בהתאם, נמצא שחוויה גבוהה יותר של משמעות, סיפוק והנאה מהשתתפות בפעילויות היומיומיות הייתה קשורה לרמה נמוכה יותר של מצוקה נפשית, לחוסן נפשי גבוה יותר ולאיכות חיים טובה יותר, שהיה להם את הפוטנציאל למתן את ההשפעות השליליות של הסגר.



תרשים 9: נמצא כי ירידה בדפוסי השתתפות מובילה לעלייה במצוקה הנפשית

תמונת מצב: שינויים בדפוסי השימוש באינטרנט

20%-כ

מהשכירים עבדו מהבית במהלך משבר הקורונה. בענפי ההיי טק ובענפי השירותים הפיננסיים והביטוח היה שיעור אף גבוה יותר

עלייה של 30%

בנפח הורדת הקבצים הממוצע ביום של הגולשים. ות במהלך משבר הקורונה

6.7 מיליון

איש בישראל גלשו באינטרנט בשנת 2020, המהווים כ- 76.9% ממשקי הבית במדינה

69%

מהנשאלים בסקר העידו כי הם השתמשו יותר בשירותי בירוקרטיה דיגיטליים לעומת השנה שעברה

60%

מכלל התלמידים שנשאלו בסקר של הלמ"ס אמרו שלא ירצו להמשיך ללמוד בזום

90%

מהאוכלוסייה העבירו את הקניות שלהם לרשת בשנה החולפת

תקופת הקורונה הביאה לשינוי בדפוסי ההתנהגות ולהגברת השימוש באינטרנט כחלופה למפגש פיזי. בסוף שנת 2020 מספר הגולשים באינטרנט בישראל עמד על כ- 6.7 מיליון איש, המהווים כ- 76.9% ממשקי הבית בישראל (בזק, 2021, דו"ח האינטרנט של ישראל לשנת 2020). הגולש הממוצע מוריד כיום קבצים בנפח של כ-12 גיגה בממוצע ביום, עלייה של 30% בתקופת הקורונה, לעומת השנה שעברה.

תקופת הקורונה מלווה בשימוש מרובה במסכים בעקבות **מעבר לעבודה וללמידה מרחוק. העבודה מרחוק** צברה תאוצה בצורה משמעותית בתקופה זאת. לפי סקר של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, כ-20% מהשכירים עבדו מהבית במהלך המשבר. בענפי ההיי טק ובענפי השירותים הפיננסיים והביטוח היה שיעור העובדים מהבית גבוה במיוחד, ועמד על 40%-50% (אחדות, 2020). **ההוראה בבתי הספר הפכה להוראה מקוונת** בעקבות הסגרים ומצב התחלואה במדינה. הטכנולוגיה הנגישה והמתקדמת אפשרה מצד אחת את המשך הלימודים ויצירת מרחב דיגיטלי המקיים פעילות חינוכית, אך מהצד השני יצר בעיות ואתגרים חברתיים ונפשיים. 83% מהתלמידים שנשאלו בסקר דיווחו על תחושת בדידות, 62% מהבנות השיבו כי הן חוות דיכאון וחרדה ו-60% מכלל התלמידים שנשאלו אמרו שלא ירצו להמשיך ללמוד בזום. כמו כן, התעוררו בעיות תשתיות, כמו חיבור תקין לאינטרנט, או מחסור במחשבים בבתיים, שפגעו בלמידה התקינה של התלמידים, בעיקר של אלו השייכים לאוכלוסיות מוחלשות. **גם בתחום הצרכנות** חל שינוי עם 90% מהאוכלוסייה שהעבירו את הקניות שלהם לרשת בשנה החולפת. 66% ציינו כי הגדילו את ההוצאות באונליין השנה, ו-56% מהציבור מעדיף לקנות אונליין מאשר בחנות פיזית כדי להפחית את הסיכון להדבקות בנגיף הקורונה. וגם **הבירוקרטיה הפכה לדיגיטלית**: 94% מהנשאלים שהחלו להשתמש בבירוקרטיה דיגיטלית,

מתוכם 69% שהשתמשו יותר בשירותים הדיגיטליים לעומת השנה שעברה (בזק, 2021, דו"ח האינטרנט של ישראל לשנת 2020).

בעוד שבשנה האחרונה התרחב במגזר הכללי השימוש בכלים דיגיטליים לצרכי עבודה, למידה, ומפגשים חברתיים מרחוק, לצרכים חיוניים כגון תשלום חשבונות, קבלת מידע, שירותים עירוניים, וכן לצרכי קניות ופנאי, במחקר שנערך על ידי המעבדה לעתיד ישראל בעיר רהט, התגלה כי החברה הבדואית מתקשה להסתגל לשינוי בעקבות היעדר חיבור לתשתיות אינטרנט, מחסור בציוד (מחשבים וטאבלטים) וכן בשל חוסר ידע בשימוש בכלים הדיגיטליים (המעבדה לעתיד ישראל, 2021).

א.2. בריאות הנפש במקום העבודה בצל המשבר

תמונת מצב בריאות הנפש במקום העבודה

6 מתוך 10

דיווחו שאינם משתפים את המנהלים שלהם בתחושות הלחץ והחרדה שהם חווים.
הסטיגמה בבריאות הנפש נמשכת

19 מיליון מעל

עובדים בארה"ב התפטרו מעבודתם מאפריל ועד נובמבר 2021, תופעה המכונה "מגיפת ההתפטרות הגדולה"

44%-כ

מבני דור ה-Y ודור ה-Z דיווחו כי הם חשים לחץ 'כל הזמן' או 'רוב הזמן'

1 מתוך 4

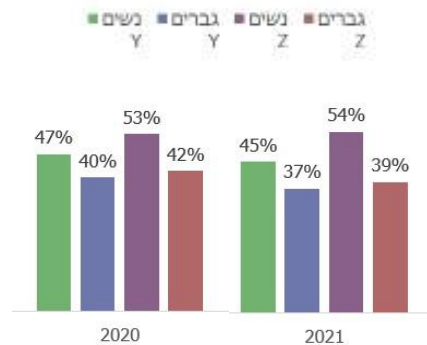
דיווחו כי עליהם לבחור בין טיפול נפשי לבין תשלום עבור צרכים בסיסיים. אך יש תקווה, התחזיות של McKinsey **מנבאות שיפור** בנגישות לשירותי בריאות הנפש במקום העבודה

שנת 2020 אילצה אותנו להתמודד עם אתגרים עוצמתיים חדשים תוך המשך ההתמודדות עם בעיות ארוכות שנים. עבור עובדים מדור ה-Y (המילניום) ומדור ה-Z, האתגרים בבריאות הנפש עימם התמודדו טרום המגיפה, החריפו במהלך המגיפה, בשל חוסר הוודאות שליווה את המשבר בשנה שעברה (2020). השנה (2021), ככל שרמות ההתחסנות לנגיף הקורונה עולות, והכלכלות מתחילות להיפתח מחדש, מתגלים סימנים ראשוניים לתקווה. למרות זאת, הסקר העולמי של Deloitte (Deloitte) Global 2021 Millennial and Gen Z Survey) חשף כי רמות המתח והחרדה נשארו גבוהות - וכי יש עוד הרבה שניתן לעשות בכל הנוגע לבריאות הנפש במקום העבודה. כך נמצא כי בני דור ה-Y וה-Z עדיין מודאגים מבריאות משפחותיהם ומהעתיד הפיננסי שלהם. בני ובנות שני הדורות ציינו גם כי סיכויי אובדן מקום העבודה היו גורם משמעותי בעלייה ברמת המתח, כאשר

דור ה-Z הציב גורם זה בראש הרשימה. נשים דיווחו כי הן חוות רמות מתח וחרדה גבוהות יותר מגברים, ככל הנראה מכיוון שהן מושפעות יותר מגברים מאובדן מקום העבודה ומהאחריות הגוברת לטיפול במשפחה.

Deloitte Global 2021 Millennial and Gen Z Survey

שיעור המשיבים.ות שענו כי הם חווים לחץ "כל הזמן" או "רוב הזמן"



תרשים 10: שיעור המשיבים והמשיבות שענו שהם מרגישים לחוצים "רוב הזמן" או "כל הזמן". Deloitte, 2021

הסטיגמה בבריאות הנפש נמשכת, ולמרות שאלפי משיבים דיווחו שהם חווים מתח וחרדה, הם עדיין מהססים לשתף את האתגרים הנפשיים האלה במקום העבודה, כאשר כמעט 6 מתוך 10 משתתפים אמרו שהם לא סיפרו למנהלים שלהם כיצד הם מרגישים. בנוסף, רוב הנשאלים שדיווחו על מתח מוגבר לא השקיעו משאבים בטיפול בבריאותם הנפשית. בדומה לשנה שעברה, מבין אותם המשיבים שלקחו חופש מהעבודה בגלל רמות הסטרס, כמעט מחצית נתנו למעסיק שלהם תירוץ אחר, דבר המרמז על כך שלמרות המאמצים לנרמל שיחות על בריאות הנפש במקום העבודה – הסטיגמה נמשכת.

המשבר התעסוקתי והכלכלי, שמימדיו ומאפייניו עוד מתגלים, מלווה כעת ב"מגיפת ההתפטרות הגדולה", כאשר לפי דיווחי McKinsey, מאפריל ועד נובמבר 2021, התפטרו יותר מ-19 מיליון עובדים בארה"ב (de Smet et al., 2021). הדו"ח של McKinsey הציג את תוצאות הסקר, שנערך בקרב העובדים המתפטרים, והציע שההטבות הכספיות והבונוסים אינם מהווים מענה מתאים לתופעה. העובדים עוזבים בשל מערכות היחסים שלהם עם עמיתיהם ומנהליהם, כאשר מערכת היחסים העסקית הזו מזכירה להם שהצרכים האמיתיים שלהם אינם מסופקים.

סקר שנערך בשנת 2018 על ידי המועצה הלאומית (האמריקאית) לבריאות התנהגותית מצא כי 42% מהנשאלים ציינו את העלות והכיסוי הביטוחי הלקוי כמחסומים העיקריים לגישה לבריאות הנפש, כאשר אחד מכל ארבעה אנשים דיווח כי עליו לבחור בין קבלת טיפול נפשי לבין תשלום עבור צרכים בסיסיים. **בגלל העלות, הכיסוי הביטוחי והסטיגמה החברתית, שעדיין**

קשורה בהפרעות נפשיות ובשימוש בחומרים, רוב האנשים הסובלים מבעיות נפשיות אינם מקבלים טיפול. מחקר שנערך על יותר מ-36 אלף איש מצא כי הדבר נכון לגבי 62% מהאנשים הסובלים מהפרעות במצב הרוח, 76% מהאנשים הסובלים מהפרעות חרדה ו-81% מהאנשים הסובלים מהפרעות בשימוש בחומרים.

התחזיות של McKinsey מנבאות שיפור בנגישות של בריאות הנפש במקום העבודה ובכיסויים הביטוחיים ממספר סיבות:

1. לצעירים יש סיכון גבוה יותר להפרעות נפשיות, כאשר צעירים בגילאי 18 עד 25 היו בעלי השכיחות הגבוהה ביותר בכל הפרעה נפשית שנבדקה.
2. צעירים מוכנים לדבר יותר בפתיחות על רווחה נפשית ולבקש סיוע מקצועי.
3. חברות מכירות בעלויות הכרוכות באי התייחסות לבעיות בריאות הנפש של העובדים.
4. חברות עסקיות שמות דגש הולך וגובר על השקעה בהתערבויות בתחום בריאות הנפש במסגרת הכיסוי הביטוחי המוצע לעובדיהן. הסיבה לכך היא שבריאות הנפש מנבאת היטב מצבים רפואיים חמורים ויקרים כמו סוכרת, סרטן ומחלות לב. הגישה של "אני לא אשאל ואת/ה לא תספרי/י" בכל הנוגע לבריאות הנפש במקום העבודה הופכת את אט לגישה של "בוא/י נדבר על זה".

א.3. התפוררות המרקם החברתי בצל המשבר

תמונת מצב: התפוררות המרקם החברתי בצל משבר הקורונה



קמחי, מרציאנו ועדיני (מרץ 2020) ערכו מחקר הבוחן את החוסן בישראל בתחילת משבר הקורונה הנוכחי בקרב 761 משיבים, מתוכם 605 יהודים ו-156 ערבים. איסוף הנתונים חל יומיים לאחר תחילת הסגר הראשון, בין התאריכים 19-21 במרץ, כאשר הסגר התחיל בישראל ב-17 במרץ 2020.

ממצאי המחקר מראים על ירידה מובהקת בחוסן האישי במהלך הסגר הראשון בהשוואה למחקר שנערך בשנת 2017 - במרץ 2020 היו 77% מהציבור היהודי שדיווחו על חוסן אישי גבוה (ממוצע 3.55 עם סטיית תקן של 0.65) בהשוואה למדד של חוסן אישי בקרב סטודנטים יהודים בשנת 2017 (ממוצע 3.73 עם סטיית תקן של 0.59).¹²

בד בבד, החוקרים השתמשו בשאלון CCRAM למדידת החוסן הקהילתי בקרב יהודים וערבים והשוו את התוצאות למדידה קודמת שבוצעה במהלך קיץ 2018 ושימשה כמדד קו בסיס (קמחי, מרציאנו ואשל, יוני 2018). נמצא כי 63% מהציבור היהודי בישראל דיווחו על חוסן קהילתי גבוה (ממוצע 3.33 עם סטיית תקן של 0.80). בהשוואה למדד הבסיס מיוני 2018, נמצאה עלייה

¹² (t=30.26, p<.001)

המדגם בשנת 2017 כלל 450 סטודנטים מכל מוסדות ההשכלה בישראל (Kimhi, Dror & Sapir, 2017).

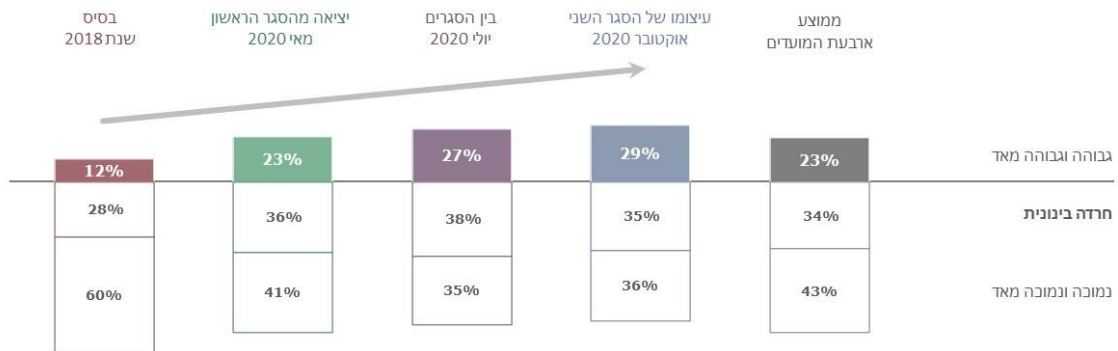
מובהקת בחוסן הקהילתי בקרב יהודים ($t=5.18, p<.001$), כאשר בשנת 2018 מדווח על חוסן קהילתי גבוה בקרב 52% מהיהודים בלבד (ממוצע 3.11 עם סטיית תקן של 0.86).

נמצאו תוצאות דומות בקרב המדגם הערבי, כאשר 55% מהציבור הערבי בישראל דיווחו על חוסן קהילתי גבוה (ממוצע 3.11 עם סטיית תקן של 0.89), בהשוואה לממצאי 2018 בהם 27% דיווחו חוסן קהילתי גבוה (ממוצע 2.59 עם סטיית תקן של 0.81). ההבדל המובהק הזה ($t=6.46, p<.001$) מראה שישנה עלייה בחוסן הקהילתי בעת משבר גם בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל. עם זאת, ממשיך להיות הבדל מובהק בחוסן הקהילתי בין הציבור היהודי לערבי, לטובת הציבור היהודי.

קמחי, מרציאנו ועדיני (מרץ 2020) כותבים שהתוצאה הזו תואמת למחקרים קודמים שבהם **נמצאה עליה בחוסן הקהילתי דווקא בתקופת משבר. אחד ההסברים המקובלים לממצא זה הוא שבעת משבר אנשים חשים שהקהילה הקרובה היא משמעותית בהתמודדות האישית והמשפחתית עם המשבר.**

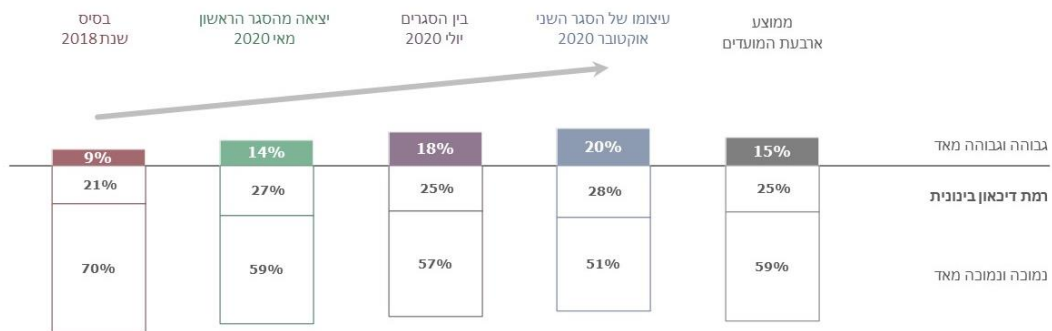
במחקר שערכו קמחי, מרציאנו, אשל ועדיני ביולי 2020, נמצא כי הייתה ירידה מובהקת ($F_{(1,905)}=23.21, p<.001$) בחוסן האישי ביולי 2020 עם 70% מהמדגם הכולל (יהודי וערבי) שדיווחו על חוסן אישי גבוה (ממוצע 2.40 עם סטיית תקן של 0.72). כמו כן, נמצא כי החוסן הקהילתי ירד חזרה לרמה בה היה ביוני 2018 עם 51% מהציבור היהודי בישראל שדיווחו על חוסן קהילתי גבוה (ממוצע 3.09 עם סטיית תקן של 0.87). כלומר, בעקבות ההתפרצות המחודשת של המגיפה בישראל ביולי 2020 (איסוף הממצאים נערך בין התאריך 12-15 ביולי), רמות החוסן הקהילתי, שהיו גבוהות בתחילת הסגר הראשון (מרץ 2020), ירדו חזרה לרמות הבסיס של 2018.

התמשכות משבר הקורונה הביאה לעלייה חדה ברמות החרדה בקרב האוכלוסייה ברחבי העולם. **מעבר לכך שקשיים נפשיים כמו חרדות פוגעים באיכות החיים, יש להם גם השלכות על המרקם החברתי הכללי של האוכלוסייה, ובייחוד על היחסים שבין הקבוצות באוכלוסייה.** כך, מחקר של קבוצת חוקרים מהאוניברסיטה העברית, מצא כי תקופת הקורונה גרמה למצוקות נפשיות שהגבירו את תחושת חוסר הסובלנות ואפילו העוינות בין אזרחים עם עמדות פוליטיות מנוגדות בישראל ובארצות הברית (בלמס, הלפרין ואוריאן-הראל, 2021).



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 11: רמות החרדה בתקופת הקורונה. אוניברסיטת תל אביב: עדיני (2020), האוניברסיטה העברית: בלמס (2021)



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 12: רמות דיכאון בתקופת הקורונה. אוניברסיטת תל אביב: עדיני (2020), האוניברסיטה העברית: בלמס (2021)

תמונת מצב: התקשורת במהלך משבר הקורונה



עלייה מובהקת ברמות הדיכאון בעקבות חשיפה לתקשורת חדשותית

יותר מ-50%

מהציבור חושב שרוב המידע שמפרסמים הפוליטיקאים ברשתות החברתיות לא אמין

19%

בלבד חושבים שהמידע החדשותי ברשתות החברתיות אמין

60%

מתעדכנים בחדשות באמצעות הרשתות החברתיות

תקשורת אפקטיבית, המותאמת לצרכי המגזר התרבותי, כמו גם אמון במוסדות הקהילה ובמנהיגות, הפכו במשבר האחרון לנכסים חברתיים בעלי השפעה ישירה על המשבר הבריאותי, הכלכלי, החברתי והנפשי

גורמים חברתיים ותרבותיים, תזמון המסרים, רמת הודאות המדעית ורמת האמון במוסדות ובתקשורת עיצבו את התגובה למסרי הסיכון בנוגע למגיפה, תגובה שנעה בין תפיסת סכנה ממשית לבין זעם

איחור של כ-26 ימים
 ב"תקשורת סיכונים" הייתה קשורה לעלייה של 26% בהתעניינות בקונספירציות

בשני מחקרים שנערכו באוניברסיטה העברית¹³ ובאוניברסיטת תל אביב¹⁴ בעקבות משבר הקורונה, נמצאה עלייה מובהקת ברמות הדיכאון בעקבות חשיפה לתקשורת חדשותית. עליה זו מדגישה את ההשפעה השלילית של תקשורת שאינה עושה שימוש בעקרונות של "תקשורת סיכונים". "תקשורת סיכונים" הינו תחום חדש יחסית, הצובר תאוצה בשנים האחרונות, וקשור לשיווק חברתי. התחום משלב בתוכו שאלות מרתקות בנוגע לשימוש של גופים ממשלתיים בתקשורת והעברת המסרים לקהלי היעד בתנאי אי-ודאות ואיום: כיצד ליידע נכונה את הציבור על מצבי סיכון, מהו היחס בין תפיסות הציבור למידע שיקבל, כיצד יש לנסח עבור הציבור מסרים אפקטיביים וכדומה (Malecki et al., 2021).

"תקשורת סיכונים" צריכה לקחת בחשבון את השינויים בדפוסי צריכת החדשות של הציבור. מדו"ח האינטרנט של ישראל, שנערך על ידי חברת התקשורת בזק, עולה כי הרשתות החברתיות הופכות למשמעותיות בהתעדכנות החדשותית של הציבור:

¹³ האוניברסיטה העברית: ד"ר מיטל בלמס מהמחלקה לתקשורת ועיתונאות ופרופ' עירן הלפרין מהמחלקה לפסיכולוגיה, בשיתוף עם הדוקטורנטית טל אוריאן-הראל. מאות אזרחים ישראלים ואמריקאים בגילאי 18 ומעלה.

¹⁴ אוניברסיטת תל אביב: ד"ר ברוריה עדיני: החוג לניהול מצבי חירום ואסון, וחוקרי המרכז לחקר הדחק והחוסן במכללה האקדמית תל-חי: פרופ' שאול קמחי, פרופ' יוחנן אשל וד"ר הדס מרציאנו. 805 משיבים.

60% מקרב הנשאלים מתעדכנים בחדשות באמצעות הרשתות החברתיות, למרות שרק 19% חושבים שהמידע החדשותי ברשתות החברתיות אמין. 63% מהמשיבים אינם מזהים אם המידע החדשותי ברשתות אמיתי או מזויף (פייק). וגם אחרי שבדקו את המידע, כמחצית עדיין לא מצליחים להבחין בין מידע אמיתי ומזויף. באופן כללי, הציבור חושב שרוב המידע שמפרסמים הפוליטיקאים ברשתות החברתיות לא אמין (בזק, 2021, דו"ח האינטרנט של ישראל לשנת 2020).

נמצא כי גורמים חברתיים ותרבותיים, תזמון המסרים, רמת הודאות המדעית ורמת האמון במוסדות ובתקשורת עיצבו את התגובה למסרי הסיכון בנוגע למגיפה, תגובה שנעה בין תפיסת סכנה ממשית לבין זעם. כך למשל מחקר שבחן את המידה בה אזרחים נטו לפנות להסברים קונספירטיביים למגיפה, מצא כי עלייה של סטיית תקן אחת (26.2 ימים) באיחור ב"תקשורת סיבוכים" הייתה קשורה לעלייה של 26% בהתעניינות בקונספירציות (Chan et al., 2021). העלייה בתחושת הזעם ובהתעניינות בקונספירציות בקרב הציבור, הם בין הגורמים שהובילו לכך שתנועת קיו אנון (Qanon), שאספה והפיצה תיאוריות קונספירציה בנוגע למגפה באמצעות הרשתות החברתיות והמדיה הדיגיטלית, צברה תאוצה עד כדי ניסיון ההשתלטות על גבעת הקאפיטול בארה"ב בינואר 2021.

אם כן, תקשורת אפקטיבית, המותאמת לצרכי המגזר התרבותי, כמו גם אמון במוסדות הקהילה ובמנהיגות, הפכו במשבר האחרון לנכסים חברתיים בעלי השפעה ישירה על המשבר הבריאותי, הכלכלי, החברתי והנפשי.

א.4. אוכלוסיית האזרחים הוותיקים

תמונת מצב: אזרחים וותיקים בצל המשבר

38% שיעור האזרחים הוותיקים שדיווחו על בדידות גבוהה ובינונית במסגרת תוכנית "מגן זהב"	92%-כ מכלל הנפטרים מנגיף הקורונה היו בני 60 ומעלה נכון לאפריל 2021	1.1 מיליון מספר האזרחים הוותיקים בישראל. כ-7% מהם מתגוררים במוסדות, במקבצי דיור או בבתי דיור מוגן
85% שיעור האזרחים הוותיקים שדיווחו על קשיים רגשיים במסגרת תוכנית "מגן זהב". נמצא כי רשת תמיכה חברתית היוותה גורם מיצב קריטי	2,500 מספר עובדי כח העזר שהיו חסרים במוסדות לפי אומדנים של משרד הבריאות ומשרד הרווחה והביטחון החברתי	140 מלש"ח תקציב תוכנית "מגן זהב" להגנה על אוכלוסיית האזרחים הוותיקים החיים בקהילה מפני חשיפה לנגיף הקורונה
73% שיעור האזרחים הוותיקים המעדיפים סיוע אנושי בטלפון	16% שיעור האזרחים הוותיקים שאינם יודעים לבצע פעולות דיגיטליות. לכ-10% מהאזרחים הוותיקים אין נגישות לרשת	20% שיעור האזרחים הוותיקים שדיווחו כי אין להם רשת תמיכה

אוכלוסיית האזרחים הוותיקים, המונה בישראל יותר ממיליון נפש, שהם כ-12% מהאוכלוסייה, זוהתה כקבוצת הסיכון העיקרית לתמותה ולסיבוכים בריאותיים מנגיף הקורונה, והסיכון עולה עם הגיל. באוכלוסייה זו יש שונות רבה ברמת התפקוד, החל בתפקוד מלא ללא מגבלות רפואיות וכלה במגבלות רפואיות ותפקודיות ניכרות (דוח מבקר המדינה, 2020: הטיפול באזרחים הוותיקים במשבר הקורונה).

לצד כמיליון האזרחים הוותיקים המתגוררים בקהילה, שהו באפריל 2020 כ-29,500 אזרחים ותיקים בבתי חולים גריאטריים, שבפיקוח משרד הבריאות, ובבתי אבות שבפיקוח משרד הרווחה והביטחון החברתי. משבר הקורונה הציב את אוכלוסיית האזרחים הוותיקים בקהילה ובמוסדות במוקד הסיכון ותשומת הלב הציבורית, וחייב את הגופים הממשלתיים והעירוניים, ואת גופי המגזר השלישי, להתגייס במהירות כדי לסייע לה. על אף חשיבותו של מאגר מידע מהימן על אזרחים ותיקים, אין בישראל גוף אחד שמרכז מידע בסיסי על כלל אוכלוסייה זו, הכולל את זהותם ופרטי ההתקשרות המעודכנים עימם, באמצעות מנגנון מוסדר; החוסר במאגר אחוד הקשה על הסיוע לאזרחים הוותיקים על ידי נציגי השלטון המקומי והמרכזי.

בקרוב 51% מהקשישים הייתה החמרה במדדי שבריריות¹⁵ (בעיקר במדדים הקשורים בחולשה), כנראה כתולדה של המגבלות על פעילות פיזית (ג'וינט-אשל בשיתוף מכון ERI, 2020). בכל הנוגע למשמעות בימי קורונה, כשליש מהקשישים חשים בידוד וכרבע מדווחים על תסמיני דיכאון (בדומה לעבר). 85% דיווחו על קשיים גשניים, בעיקר עקב הבידוד החברתי ו/או החרדה והדאגה לעתיד. רשת תמיכה משפחתית היוותה גורם מייצב קריטי. בכל הנוגע לחוסן כלכלי, 17% נפגעו כלכלית, בעיקר מועסקים ובני המעמד הנמוך. בכל הנוגע לחוסן חברתי: ל-80% יש רשת תמיכה, בעיקר מהמשפחה ומהקהילה (קופ"ח, מתנ"ס, מתנדבים). הרוב מעדיפים סיוע אנושי בטלפון (73%) או בווידיאו-צ'ט (47%).



תרשים 13: מנבאי סיכון וחוסן אצל קשישים בתקופת הקורונה. מתוך דו"ח 'הזדקנות בימי קורונה', ג'וינט-אשל בשיתוף מכון ERI, 2020

ניהול בריאות: כ-33% ויתרו על בדיקות רפואיות שגרריות וכ-14% ויתרו על טיפול רפואי או תרופתי. **אורח חיים בריא:** שליש הפחיתו התעמלות ול-7.5% קשה להשיג מזון או תרופות. כחמישית מתעמלים יותר מבעבר, אוכלים ולוקחים תרופות יותר מסודר. **אורח חיים פעיל:** ל-41% היה קשה כיוון שהופסקו פעילויות הפנאי. 60% צופים יותר בטלוויזיה. כשליש מינפו את המשבר ללמידה, עיסוק משמעותי, קריאה וכו'. **אוריינות דיגיטלית:** ל-10% אין נגישות לרשת. 16% לא יודעים לבצע פעולה דיגיטלית. רק 8.5% מדווחים על מגבלות, וכנראה מוצאים פתרונות עקיפים.

כ-56% מהקשישים חוו התדרדרות משמעותית במהלך משבר הקורונה. כ-30% התדרדרו בריאותית וכ-17% התדרדרו כלכלית. מבחינת המצב הרגשי, 40% חוו מצב נפשי ירוד, אך אלה שיעורים הדומים לעבר. בד בבד, מי שנפגע כלכלית מהמשבר נמצא בסיכון גבוה מאד (78%) להתדרדרות רב מימדית (כלכלית, נפשית ובריאותית), וזקק לסיוע הוליסטי, חומרי ונפשי. כ-7% שחוו קושי בהשגת צרכים בסיסיים (כמו מזון או תרופות) – רובם מתוך קבוצת ההתדרדרות הרב מימדית (ג'וינט-אשל בשיתוף מכון ERI, 2020).

¹⁵ תסמיני שבריריות: חוסר פעילות, חולשה ותשישות.

תמונת מצב: האוכלוסייה הערבית בישראל

35.2%

שיעור תחולת העוני בקרב משפחות ערביות בישראל

3.149 מיליון

המספר הצפוי של האזרחים הערבים בישראל בשנת 2048, אחוזם מכלל האוכלוסייה צפוי להשמר

1.871 מיליון

מספר האזרחים הערבים בישראל כיום, מהווים 20% מכלל האוכלוסייה

8% עלייה של

במספר התיקים שנפתחו במחלקות לשירותים חברתיים בקרב משפחות ערביות

33%

שיעור המדווחים על אי בטחון תזונתי בקרב האוכלוסייה הערבית בחודש יולי 2020

54%

מהערים שענו על סקר החוסן האזרחי של הלמ"ס דיווחו על החמרה במצבם הכלכלי בתקופת הקורונה

בסוף 2018 מנתה האוכלוסייה הערבית בישראל 1.871 מיליון איש – 20.9% מכלל האוכלוסייה (חדאד חאג'–יחיא ובהן, 2019). לפי התחזית של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2048 חלקה מהאוכלוסייה צפוי להישאר דומה (21% מכלל האוכלוסייה), ולמנות 3.149 מיליון איש.¹⁶ הפערים הכלכליים בין יהודים לערבים בישראל באים לידי ביטוי בכמה קריטריונים: בהכנסה האישית והמשפחתית, ברמת החיים ובתפיסות סובייקטיביות לגבי עוני. לפי אומדן שפרסם לאחרונה המוסד לביטוח לאומי (אבנר ושוורץ, 2021), בין שנת 2019 לשנת 2020 תחולת העוני נטו (לאחר תשלומי העברה ומיסים) בקרב משפחות ערביות ירדה מ-36.6% ל-35.2% (בקרב משפחות בכלל האוכלוסייה תחולת העוני ירדה מ-21.7% ל-20.8%). עם זאת, הירידה בתחולת העוני, ובפרט בקרב המשפחות הערביות, לא נבעה בהכרח משיפור במצבן אלא מאופן חישוב תחולת העוני: קו העוני נקבע באופן יחסי על בסיס ההכנסה החציונית. בעקבות משבר הקורונה, בשנת 2020 ירדה ההכנסה החציונית לנפש תקנית (כלומר המותאמת לגודל משפחה) ב-4.4%, ובתוצאה מכך קו העוני ירד בהתאם. הורדת קו העוני הקטינה את מספר המשפחות

¹⁶ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תחזיות אוכלוסייה.

שמוגדרות כעניות, אף שהכנסתן בפועל לא עלתה. למעשה, בין שנת 2019 לשנת 2020 ההכנסה נטו (כלומר אחרי הסיוע הממשלתי) של משפחות ערביות ירדה ב-2% (ואילו ההכנסה נטו של כלל האוכלוסייה ירדה בשיעור של 2.5%).

גורמי פגיעות חברתיים-כלכליים לנגיף הקורונה

משבר הקורונה, והאבטלה שבאה בעקבותיו, פגעו במיוחד במי שחיו עוד לפני כן בעוני או בקרבת העוני. ארבעה מתוך חמשת הגורמים העיקריים שהשפיעו על סכנת ההדבקות מנגיף הקורונה היו גורמים חברתיים-כלכליים (מרכז אדוה, 2021):

- מחלות הרקע (המאפיינות אוכלוסיות במצב סוציאקונומי נמוך)
- המצב החברתי והכלכלי של היישוב
- תנאי החיים, ובייחוד צפיפות הדיור
- חוסר האמון של האזרחים במנהיגות הלאומית, שבא לידי ביטוי בייחוד בשני מגזרים, יהודים חרדים וערבים אזרחי ישראל

מצבור הגורמים שתרמו לפגיעה של הנגיף באו לידי ביטוי גם בשיעורי התמותה. שיעורי התמותה בקרב ערבים מעל גיל 60 היו גבוהים בערך פי שלושה מאלה של יהודים לא חרדים בני גילם, ושיעורי התמותה של יהודים חרדים מעל גיל 60 היו גבוהים בערך פי ארבעה מאלה של יהודים לא חרדים בני גילם.

על פי הדוח השנתי של בנק ישראל לשנת 2020, החברה הערבית נפגעה מבחינה כלכלית מהקורונה יותר מאשר החברה היהודית. קביעה זו מבוססת על סקר החוסן האזרחי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ומתייחסת לתחושה האישית של הנדגם ולהערכתו העצמית לגבי מצבו הכלכלי-חברתי: 54% מהערבים בסקר דיווחו על החמרה של מצבם הכלכלי בתקופת הקורונה, לעומת 42% מהיהודים; 26% מהנדגמים הערבים דיווחו שהם צמצמו את כמות המזון והארוחות שלהם, לעומת שיעור של 14% בקרב היהודים.

שינוי	התיקים שנפתחו בתקופת הקורונה (מרץ 2020 עד אוקטובר 2020)	התיקים שנפתחו בשנה הקודמת (מרץ 2019 עד אוקטובר 2019)	
+1%	45,548	45,020	כלל האוכלוסייה
+8%	9,874	9,143	משפחות ערביות

תרשים 14: פתיחת תיקים חדשים למשפחות במחלקות לשירותים חברתיים של משרד הרווחה והביטחון החברתי, לפי קבוצות אוכלוסייה, תקופות נבחרות בזמן משבר הקורונה ובשנה שקדמה לו

דוח של ארגון "לתת" מציין כי בשנת 2020 חלה עלייה של 25% בפניות לסיוע במזון ביחס לשנת 2019 זאת לצד עלייה ממוצעת של 30% בפניות לבתי תמחוי הפזורים ברחבי הארץ (מרכז אדזה, 2021). השיעור הגבוה ביותר של מי שהעריכו כי הם סובלים מאי ביטחון תזונתי נמדד בקרב האוכלוסייה הערבית. בחודש אפריל, 23.5% מהם דיווחו כי הם או בני משפחתם צמצמו את כמות האוכל או את מספר הארוחות בשבוע האחרון, זאת לעומת 14.1% בקרב כלל האוכלוסייה (בני 21 ומעלה). שיעורים אלו נותרו דומים גם בחודש נובמבר ועמדו על 25% באוכלוסייה הערבית ו-15% בכלל האוכלוסייה. מן הראוי לציין, כי בחודש יולי, עם הידוק ההנחיות, שיעור המדווחים על אי ביטחון תזונתי עלה ל-33% בקרב האוכלוסייה הערבית.

עוד אינדיקציה לפגיעה ברווחה של האוכלוסייה הערבית בתקופת הקורונה עולה מנתונים על פתיחת תיקים חדשים במחלקות לשירותים חברתיים של משרד הרווחה והביטחון החברתי ברשויות המקומיות. תיקים אלה נפתחים בגין מגוון סוגים של נזקקות ובהם רמת הכנסה נמוכה, אבטלה כרונית, אלימות במשפחה, בדידות, התמכרות לסמים, ניהול לקוי של משק בית ועוד. נתונים על פתיחת תיקים בתקופה שבין מרץ 2020 לאוקטובר 2020 (תקופת הקורונה) לעומת התקופה שבין מרץ 2019 לאוקטובר 2019 (השנה הקודמת) מוצגים בטבלה מס' 2. כפי שעולה מהטבלה, בחברה הערבית מספר התיקים החדשים שנפתחו במחלקות לשירותים חברתיים עלה במידה רבה יותר מאשר בקרב כלל האוכלוסייה.

סקר שנערך בסוף שנת 2020 על ידי המכון הישראלי לדמוקרטיה ומכון אהרן למדיניות כלכלית במרכז הבין-תחומי בהרצליה הצביע על כך שהקורונה מעצימה את הפערים הקיימים בין סטודנטים ערבים לבין סטודנטים יהודים ועלולה להביא לעלייה בשיעור הנשירה בקרב סטודנטים ערבים, שממילא הוא גבוה ביחס לסטודנטים יהודים. בין היתר, סטודנטים ערבים דיווחו על קשיים כלכליים בשיעורים גבוהים יותר מעמיתיהם היהודים, ולמרות זאת – שיעור נמוך יותר מהסטודנטים הערבים דיווחו שזכו לסיוע והטבות כספיות ממוסד הלימודים שלהם. כמו כן, סטודנטים ערבים דיווחו בשיעורים גבוהים יותר על מחסור באמצעי קצה ובעיות אחרות בהשתתפות בלמידה מקוונת. עקב אתגרים אלה ואחרים, כ-22% מהסטודנטים הערבים בסקר דיווחו שהם שוקלים להפסיק או להקפיא את לימודיהם, זאת לעומת שיעור של 10% בקרב הסטודנטים היהודים.

מתקנון של נתוני הפניות למוקד 100 ביחס לגודל האוכלוסייה ביישובים השונים עולה שביישובים הערביים מספר הפניות למוקד היה נמוך לעומת היישובים היהודיים והיישובים המעורבים: בכל אחת מהתקופות שבבדקו, רק 5% מאירועי המוקד נרשמו ביישובים הערביים (לרבות היישובים הבדואיים והדרוזיים) בעוד ששיעור האוכלוסייה המתגוררת ביישובים הערביים הוא כ-16% מכלל האוכלוסייה בישראל. כלומר, שיעור הפניות למוקד המגיעות מיישובים ערביים הוא כשליש מהשיעור של אוכלוסיית יישובים אלה בכלל האוכלוסייה בישראל.

הנתונים על הפניות לקו הסיוע בערבית לנשים נפגעות אלימות מראים עלייה ניכרת מאוד, וגם הנתונים על נשים ששהו במקלטים לנשים נפגעות אלימות, שהם פתרון חירום לנשים אלו, מראים עלייה, אם כי מתונה יותר. לצד זאת, נתוני המשטרה מלמדים על עלייה קטנה יחסית (4%) במספר התלונות שהגישו נשים ערביות, ואילו נתוני משרד הרווחה והביטחון החברתי על פניות של משפחות ערביות למרכזים לטיפול באלימות במשפחה מלמדים כי בין 2019 ל-2020 לא חל שינוי במספר הפניות. **הפער בין הנתונים השונים, שכל אחד מהם משקף היבט אחר של הנושא, מעלה שאלה בנוגע להנגשה של כלל ערוצי הפנייה והטיפול לנשים הערביות.** בהקשר זה נזכיר את נתוני אירועי מוקד 100 של המשטרה, שגם בהם החלק היחסי של הערבים היה נמוך משיעורם באוכלוסייה.

תמונת מצב: האוכלוסייה החרדית בישראל

51.7%

שיעור המשפחות החרדיות בישראל הנמצאות מתחת לקו העוני

3.549 מיליון

המספר הצפוי של האזרחים הערבים בישראל בשנת 2048, אחוזם מכלל האוכלוסייה צפוי להגיע לכ-23%

1.175 מיליון

מספר האזרחים החרדים בישראל כיום, מהווים 12.6% מכלל האוכלוסייה

39%

מהחרדים עוסקים בפעילות התנדבותית, לעומת 24% מהיהודים הלא-חרדים

35% ירידה של כ-

בשיעור התעסוקה בקרב האוכלוסייה החרדית בעקבות הגל הראשון של משבר הקורונה

37%-כ

מכלל חולי הקורונה שדווחו על ידי משרד הבריאות עד סוף 2020 שייכים למגזר החרדי

90%

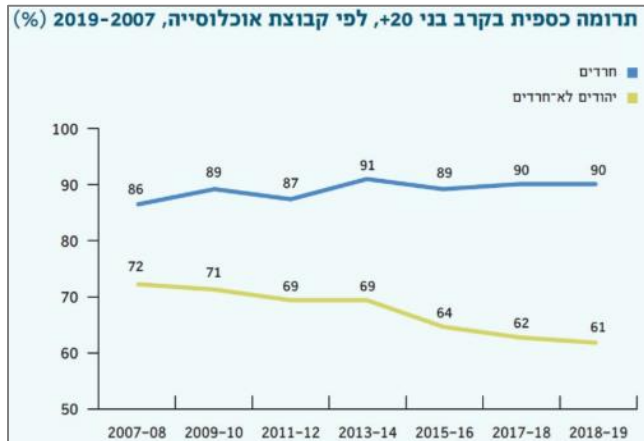
מהחרדים מעל גיל 20 תורמים תרומה כספית בשגרה, לעומת 61% מהיהודים הלא-חרדים

האוכלוסייה החרדית בישראל מונה בשנת 2020 כ- 1,175,000 נפש, שהם 12.6% מכלל האוכלוסייה, והיא צפויה להגיע לכ- 23% מכלל האוכלוסייה בשנת 2048, שהם כ-3.549 מיליון נפשות. גידולה הדמוגרפי המהיר של האוכלוסייה החרדית משפיע גם על מעמדה הכלכלי, החברתי והפוליטי, ולכן הוא מושך אליו תשומת לב ציבורית, תקשורתית ופוליטית (מלאך וכהנר, 2020). שיעורי העוני בקרב חרדים (ובקרב ערבים) גבוהים פי שישה בהשוואה ליהודים לא-חרדים (קלינר-קסיר וצחור-שי, 2020) כתוצאה ממספר הנפשות הגבוה במשקי הבית החרדיים ומהשתלבותם החלקית בלבד בשוק העבודה.

הקורונה הכתה במגזר החרדי בעוצמה רבה. מתוך 402,739 חולים שדווחו על ידי משרד הבריאות עד סוף 2020, ההערכה היא שמספר החולים החרדים עומד על כ-150,220 (37%). שיעור זה גבוה במיוחד לנוכח שיעורם של החרדים באוכלוסייה, העומד על 12.5% בלבד. מדובר בהערכת חסר כיוון שבממוצע שיעור הבדיקות החיוביות באזורים חרדיים עומד על 14%, כמעט פי שלושה משיעורם באזורים שאינם חרדיים (5%).

מבחינה תעסוקתית, הקורונה פגעה באוכלוסייה החרדית קשה יותר משפגעה באוכלוסייה היהודית הלא-חרדית. פגיעה זו בלטה במיוחד בקרב נשים חרדיות בגל הראשון, ובקרב גברים חרדים בגל השני. כך, הירידה בשיעור התעסוקה של האוכלוסייה

החרדית בחודשים מרץ-מאי 2020, לעומת אותם החודשים אשתקד עמדה על 35% במוצע (34% לגברים ו-37% לנשים). בקרב יהודים לא-חרדים, הייתה הירידה בשיעורי התעסוקה חדה פחות, והפערים בין גברים לנשים היו גדולים יותר (19% מהגברים ו-27% מהנשים).¹⁷



תרשים 15: תרומה כספית בקרב בני +20, לפי קבוצת אוכלוסייה, 2007-2019
(% (מלאך, גלעד; כהנר, לי. (2020).

בחודשים ספטמבר-אוקטובר 2020, שיאו של הגל השני, התהפכה המגמה במגזר החרדי והירידה בתעסוקה הייתה בעיקר בקרב גברים. כך, בהשוואה לשנת 2019, חלה ירידה של 20.5% בשיעורי התעסוקה בקרב גברים חרדים לעומת 15% בקרב נשים. בקרב יהודים לא חרדים, נרשמה ירידה קטנה יותר בקרב הגברים (10%), וירידה של 16% בקרב נשים, בדומה לזה של הנשים החרדיות. ניכר שהנשים החרדיות מפגינות חוסן תעסוקתי גבוה יותר מאשר הגברים החרדיים (מלאך וכהנר, 2020).

בשנים האחרונות ניכרת עלייה בשיעור החרדים המשתמשים באינטרנט, אך המגפה והסגרים שליוו אותה הביאו לקפיצה נוספת בשיעור החשיפה של חרדים לאינטרנט. על פי סקר מכון "אסקריא" שנערך בחודש יוני 2020, 66.2% מן המגזר החרדי משתמשים באינטרנט, המהווים קפיצה של 7.6% בשיעור החרדים המשתמשים באינטרנט בשלושת חודשי הקורונה הראשונים. עלייה בהיקף דומה התרחשה בשנים 2018-2019 אך אז היא התרחשה במשך שנה שלמה, ואילו בתקופת הקורונה השינוי התחולל בתוך שלושה חודשים.

באשר לאורחות החיים של החברה החרדית, מעניין לעקוב אחרי מאפייני הקהילתיים-חברתיים המשתנים במה שקשור לפעילות התנדבותית (39% מהחרדים מתנדבים לעומת 24% מהיהודים הלא-חרדים) ולרמת תרומה כספית גדולה לקהילה שנפוצת הרבה יותר בחברה זו בהשוואה לחברה היהודית הלא-חרדית (90% מהחרדים בני +20 תרמו תרומה כספית לעומת 61% מהיהודים הלא-חרדים).

¹⁷ שיעור התעסוקה של חרדים בהשוואה ליהודים לא-חרדים הוא נמוך, ובפרט בקרב גברים, כאשר בקרב המועסקים קיים שיעור גבוה של עובדים במשרה חלקית. רבים מהעובדים החרדים נמצאים בשולי שוק העבודה, והם מועסקים במשרות מזדמנות וזמניות, בתפקידים הדורשים מיומנויות נמוכות בלבד או כעצמאים שהיקף הכנסותיהם נמוך. חלק גדול מעובדים אלה אינם זכאים לדמי אבטלה, ולכן לא נכללים במניין המובטלים. קשה לאמוד את היקף המועסקים באופן זה, אך משום שתופעה זו אינה שולית, אפשר לומר שהפגיעה הכלכלית בשטח בעקבות משבר הקורונה גדולה יותר מזו המשתקפת בנתונים הרשמיים.

חלק ב' – אוכלוסיות רווחה

ב.1. נכויות ומוגבלות שכלית התפתחותית

תמונת מצב: נכויות ומוגבלויות



נכון לשנת 2019 חיו בישראל כ-1.5 מיליון אנשים עם מוגבלות, שהיוו כ-20% מהאוכלוסייה, מתוכם 270 אלף ילדים ו-785 אלף בגיל העבודה (נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, 2020). משנת 2002 גדל מספר האנשים עם מוגבלות המקבלים קצבת נכות כללית מהביטוח הלאומי בשיעור ממוצע של כ-4% בשנה והגיע ל-214,749 אנשים בסוף שנת 2011, שהיוו כ-4.6% מהאוכלוסייה מעל גיל 18 (נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, 2015).

קיימת מגמה מדאיגה בתעסוקת אנשים עם מוגבלות על רקע הקורונה: עלייה של 32% בפניות לנציבות בנושא תעסוקה לעומת השנה שעברה (נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, 2020). מאז תחילת משבר הקורונה אנשים עם מוגבלות פוטרו או הוצאו לחל"ת יותר מאנשים ללא מוגבלות. בנוסף, נכון לשנת 2019, 34% מהאנשים עם מוגבלות בגילאי העבודה ציינו כי הם מרגישים בדידות לעיתים קרובות, לפעמים או מידי פעם לעומת 15% מהאנשים ללא מוגבלות בגילאים אלו. בנוסף, 11% מהאנשים עם מוגבלות חשים שאין להם אדם שניתן לסמוך עליו בעת מצוקה או משבר, לעומת 5% מהציבור ללא מוגבלות.

אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית, הנאלצים להתמודד בחיי היומיום עם קשיי ניידות, פערים בהשכלה, בתעסוקה ובמצב הכלכלי, עלולים לפתח סימפטומטולוגיה (למשל, תסמיני דחק אקוטי, הפרעת דחק פוסט-טראומטית, חרדה ודיכאון), בנוסף לקשיי התפקוד הרגילים, המשאבים המועטים ואובדן המשאבים, הירידה בתחושת החוסן האישי, המחסור בגורמי תמיכה והעודף בגורמי סטרס (שפיגלמן וגלקופף, 2016). לפיכך, הם עלולים לחוות יותר לחץ ומצוקה במצבי חירום (מלחמה, מגיפה

וטרור). כמו כן, מאחר ואוכלוסיית האנשים עם מוגבלויות נחשבת כקבוצת מיעוט באוכלוסייה הכללית, כאשר משתנה זה כשלעצמו מהווה גורם סיכון נוסף לתסמיני דחק אקוטיים.

ב.2. אלימות במשפחה

תמונת מצב: אלימות במשפחה

13% כ- מהנשים נחשפות לאלימות פיזית במהלך חייהן, ו-56% סובלות מאלימות מילולית	50% כ- מהנשים שנרצחו בשנים 2004-2019 היו מוכרות לשירותי הרווחה קודם לרצח	13 נשים נרצחו על ידי בני זוגן בשנת 2020
9,759 מטופלים שהם 38% מהנזקקים לטיפול באלימות במשפחה, טופלו בשנת 2019: 6,546 נשים, 2,458 גברים, ו-754 ילדים	128 מתוך 300 מלש"ח (43%) התקציב שהוקצה בפועל אל מול התקציב המוערך ליישום התוכנית הלאומית לטיפול בתופעת האלימות במשפחה לשנים 2017-2020	23,527 מספר הנזקקים לטיפול באלימות במשפחה, שהוגדרו כנאלה במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות בשנת 2019
800% של כ- גידול במספר הפניות למוקד 118 של משרד הרווחה והביטחון החברתי במאי 2020, לעומת התקופה המקבילה אשתקד		

תופעת האלימות במשפחה הינה בעיה חברתית הבאה לידי ביטוי באופנים שונים ובהם: אלימות פיזית, אלימות נפשית, אלימות מינית, אלימות כלכלית ואיומים (הוועדה לטיפול בתופעת האלימות במשפחה, 2016). היקף התופעה רחב, ישנה אלימות בין בני זוג נשואים ושאינם נשואים ובין בני זוג בהווה או בעבר, אלימות של הורים כלפי ילדיהם, אלימות של ילדים כלפי הוריהם, אלימות כלפי זקנים ובין זקנים, אלימות כלפי חריגים במשפחה, אלימות בין אחים וכן אלימות פסיבית המתבטאת בהזנחה. הנתונים ביחס להיקף האלימות של גברים בקשר זוגי מצביעים על כך כי בין 10% ל-50% מהנשים ברחבי העולם חשופות לאלימות במערכת הזוגית, כאשר ההערכה היא שבישראל 13% מהנשים נחשפות לאלימות פיזית במהלך חייהן ו-56% סובלות מאלימות מילולית (גילבר, דקל ובן-פורת, 2018).

על פי ניתוח נתוני מדד האלימות, כ-40 אלף אירועי אלימות התרחשו בשנת 2014 בתוך המשפחה (כ-28% מכלל מקרי האלימות) כולם בקרב בני 20 ומעלה. כ-30% מהפגיעות בתוך המשפחה וכ-19% מהפגיעות בין בני הזוג התרחשו בעבירות מסוג "מעשים שפגעו באדם או שכוונו לכך". כ-18% מהפגיעות בתוך המשפחה וכ-8% מהפגיעות בין בני הזוג היו פגיעות מיניות (7,200 פגיעות וכ-320 פגיעות בהתאמה). בעקבות ריבוי מקרי האלימות במשפחה, הוקמה תת הוועדה לטיפול בתופעה בספטמבר 2014. הוועדה בחנה את היקף תופעת האלימות במשפחה, את פעילות משרדי הממשלה בעניין וכן מיפתה בעיות מרכזיות בהתמודדות עם התופעה. הוועדה כללה נציגים מכלל המשרדים העוסקים בצמצום התופעה: משרד הרווחה והשירותים החברתיים, משרד המשפטים, משרד הבריאות, משרד העלייה והקליטה, משרד החינוך, משרד ראש הממשלה והמשרד לביטחון הפנים.

מגוון הגישות שניסו להסביר את התופעה התבססו על מודלים תאורטיים שונים, כאשר אחד מהם הוא המודל התאורטי של למידה חברתית (גילבר, דקל ובן-פורת, 2018). לפי מודל זה, הקשר בין החשיפה לאלימות בילדות לשימוש באלימות בין זוגית בבגרות מתרחש דרך חיקוי ההתנהגויות של ההורה לפתרון קונפליקטים ביחסים אינטימיים. בנוסף לכך, הפרדיגמה הפמיניסטית הדגישה את תרומת האידיאולוגיה של אי-שוויון מגדרי, לסוציאליזציה של בנים בילדותם, ולהשפעתה על אופי הקשרים האינטימיים עם נשים בבגרותם. מחקרים אלו מיעטו לשכלל את המשמעויות הפסיכולוגיות של המצוקה שמתעוררת בקרב גברים אלו על רקע חשיפה לאיום של אירועים טראומטיים, אשר נחו על ידם בעבר בתדירות גבוהה יותר מאשר בקרב גברים אחרים בקהילה.

מגפת הקורונה, ובייחוד הסגר, שהחל במרץ 2020, גרמו לעליה משמעותית בתופעת האלימות במשפחה (הודעת דוברות, יוני 2020). במרץ דווח על 344 תלונות למוקד 118 וכבר בחודש אפריל נרשמה עליה דרמטית ל-849 פניות, ובתוך חודש נוסף חלה עלייה של 122% במספר הפניות ל-1885 פניות בחודש מאי. בסה"כ, במהלך שנת 2020, היה גידול של כ-800% בפניות למוקד 118 כאשר 13 נשים נרצחו על ידי בני זוגן (דוח מבקר המדינה, 2020: ההתמודדות עם תופעת האלימות בין בני זוג).

תמונת מצב: נוער במצבי סיכון

10% ירידה של כ-

בשיעור הילדים שיצאו ממצבי סיכון
ובשיעור השיפור של ילדים במצבי סיכון
בשנים 2019-2020 לעומת השנה הקודמת

2 פי

מספר בני.ות הנוער במצבי סיכון חדשים
שאוחרו בשנים 2019-2020 לעומת השנה
הקודמת

330,000

ילדים ובני.ות נוער נמצאים במצבי סיכון,
מתוך מעל 2 מיליון ילדים.ות בישראל

בישראל חיים מעל ל-2 מיליון ילדים, מתוכם 330,000 ילדים ובני נוער מצויים במצבי סיכון ומצוקה, כאשר חלק ממצבי הסיכון באים לביטוי בניתוק ממסגרות נורמטיביות. מצבי סיכון אלה פוגעים ביכולת הילדים ובני הנוער לממש את זכויותיהם הבסיסיות לביטחון, הגנה וכבוד. מדובר ברצף של מצבי סיכון שונים, הדורשים התאמה של מענים שונים ומגוונים. מצבים אלה, נובעים בין השאר מהתמודדות עם קשיים כלכליים, מחלה או מוות של אחד ההורים, קשיים לימודיים, או שונות חברתית ובאים לידי ביטוי בדרכים שונות החל מקשיים בתפקוד ועד לסטייה חברתית (ילדים ונוער בסיכון, 2021).

משבר הקורונה השפיע על כל תחומי החיים של ילדים בכלל וילדים בסיכון בפרט. המשבר הבריאותי והשהייה הממושכת בבתי הובילו במשפחות מסוימות לחרדה וללחצים בריאותיים, כלכליים ומשפחתיים שהם בעלי פוטנציאל לייצור ולהגברת מצבי סיכון. בנוסף, צמצום פעילות מערכות החינוך, הבריאות והרווחה בתקופת המשבר ואף סגירה של חלקן הובילה לקשיים ניכרים באיתור ילדים נפגעים, בהגנה ובטיפול בהם (מוניקנדס-גבעון, 2021).

לצד ילדים במשפחות מתפקדות ישנן משפחות שעוד לפני המשבר לא סיפקו את צרכי ילדים ואף התרחשה בהן פגיעה בילדים עד כדי הוצאתם מהבית למסגרות חוץ ביתיות מלאות או חלקיות. ילדים אלו היו עלולים לחוות את המשבר בצורה קשה בהרבה ולהימצא בסכנה יום-יומית אם נאלצו לחזור לביתם ובחלק מהמקרים עלולים היו לחיות ללא קורות גג. לגבי חלקם אף היה קיים חשש שייאלצו לחוות שוב את הפגיעות שבגינן הוצאו מביתם כמו אלימות קשה ופגיעות מיניות.

תמונת מצב: השפעת הקורונה על ילדים ונוער בסיכון

ממחקרים שנעשו ברחבי העולם על השפעת הקורונה על ילדים ובני נוער בסיכון עולים החששות והקשיים הבאים:

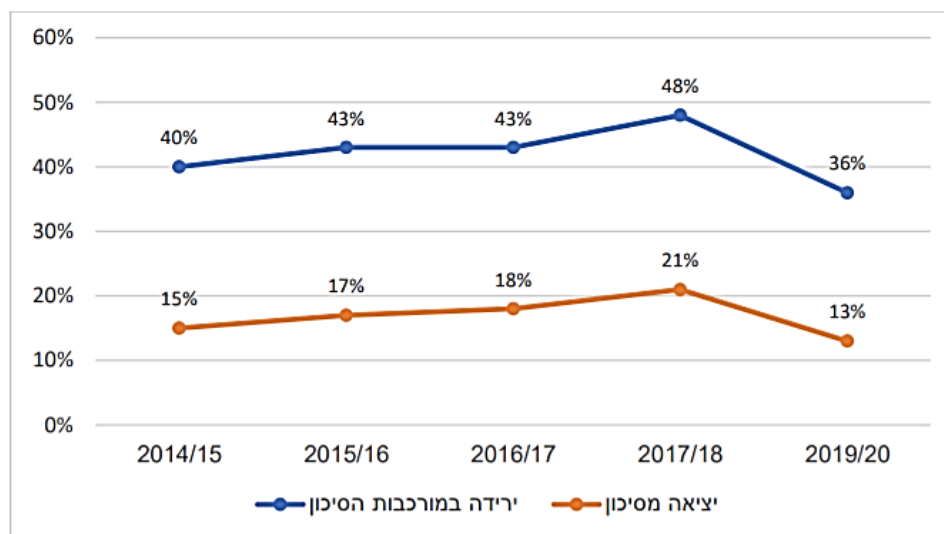
1. עלייה במצוקה הרגשית וסיכון לאובדנות. הופעת קשת מצבי מצוקה וחרדה בתגובה לאיום על הקיום, לתנאי חוסר ודאות, למצוקת ההורים ולבדידות וריחוק ממקורות תמיכה חברתיים. קושי בסיפוק צרכים חברתיים ואחרים של ילדים וחשיפה לפגיעה ולניצול.
2. פגיעה בהשגת אבני דרך התפתחותיים. פגיעה ברצף הלימודי, בהישגים ובמוטיבציה הלימודית נוכח הקשיים המלווים את הלמידה המקוונת והעדר תקשורת בלתי אמצעית עם מורים, גננות ומטפלים.
3. קושי בקבלת טיפול רפואי ופרה-רפואי.
4. הגברת העוני והיעדר ביטחון תזונתי.
5. הגברת קשת מצבי הסיכון והסכנה המוכרים מתוך הבית ומחוצה לו ובכלל זה קושי באיתור ילדים נפגעי הזנחה והתעללות והטיפול בהם.

אחת התוכניות הממשלתיות המרכזיות לטיפול בילדים ובנוער היא התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון - 360 מעלות (להלן: התוכנית הלאומית). התוכנית מתכללת על ידי משרד הרווחה והביטחון החברתי, ושותפים לה משרד החינוך, משרד הבריאות, משרד העלייה והקליטה והמשרד לביטחון פנים והרשויות המקומיות. מטרת התוכנית להקטין את מספר הילדים ובני הנוער החיים במצבים המסכנים אותם ואת התפתחותם התקינה בדגש על קבוצות ייחודיות ומוחלשות. התוכנית פועלת למנוע ולצמצם מצבי סיכון כגון קשיי למידה, עיכוב התפתחותי והתנהגויות מסכנות אצל ילדים בכל הגילים ובדגש על הגיל הרך. התוכנית מתמקדת בכ-200 רשויות, אגדי יישובים ויישובים באשכול כלכלי-חברתי 1-5 ובשכונות מוחלשות בערים גדולות. לכל יישוב האוטונומיה לבחור מענים מסל רחב של תוכניות ממאגר התוכניות הבין משרדי, על סמך מיפוי צרכי הילדים והתקציב המוקצה לכל יישוב. בשנת 2019-2020 השתתפו בתוכנית 884,55 ילדים ובני נוער.

במסגרת התוכנית נמדדים מצבי הסיכון בשבעה תחומי חיים:

1. קיום פיזי, בריאות והתפתחות
2. השתייכות למשפחה
3. למידה ורכישת מיומנויות
4. רווחה ובריאות נפשית
5. השתייכות והשתלבות חברתית
6. הגנה מפני אחרים
7. הגנה מפני התנהגויות סיכון

מדדים אלו נאספים בשתי נקודות זמן: בתחילת מתן המענה ולקראת סופו. ניתוח של הנתונים מספק שתי קטגוריות מרכזיות של מעקב אחרי הצלחת התוכנית: 1) ירידה במורכבות הסיכון - צמצום מספר מצבי הסיכון בין המדידה הראשונה לשנייה; 2) יציאה מסיכון.



תרשים 16: ירידה במורכבות הסיכון ויציאה ממנו אצל משתתפי תכנית 360 בשנים 2014-2020. מוניקדם-גבעון, יסכה. (2021).

בשנת 2019/20, השנה שבה התפרצה הקורונה ומסגרות רבות נסגרו, חלה ירידה ניכרת הן בשיעור השיפור במצבם של הילדים והן בשיעור הילדים שיצאו ממצבי הסיכון. כלומר, בעקבות המשבר חל שיפור מועט יותר במצב הילדים לעומת שנים

קודמות. כמו כן, עקב משבר הקורונה הייתה עלייה משמעותית במצבי הסיכון החדשים שאותרו לעומת שנים קודמות. בני הנוער נפגעו בשיעור גבוה מעט יותר מבני הגילים הצעירים. לבסוף, נמצא כי בשנת 20/2019 אותרו בממוצע פי שניים בני נוער עם מצבי סיכון חדשים.

ב.4. התמכרויות לסמים ולאלכוהול

תמונת מצב: התמכרויות לסמים ולאלכוהול

120,000 כ- איש בישראל סובלים מהתמכרויות לחומרים או מהתמכרויות התנהגותיות	46% מהמטפלים העידו בסקר כי מעל 20% ממטופליהם סובלים מהתמכרויות. השכיחה ביניהן היא לסמים והיתר התנהגותיות	בין ההתמכרויות ההתנהגותיות: התמכרות לספורט, לריגושים, להימורים, לאהבה, לאינטרנט, לעבודה, לקניות, לטלוויזיה, למין (ולשירותי מין), למסחר בבורסה, לקפאין, לריטלין, לסמארטפון, לפחמימות ולשוקולד
--	--	---

לפי הערכת משרד הרווחה והביטחון החברתי, בישראל יש כ-120 אלף איש הסובלים מהתמכרויות (קוך-דביוביץ', 2021). תמונת המצב העולה מדו"ח של מרכז המחקר והמידע של הכנסת משנת 2021, שהוכן לבקשת יו"ר הוועדה למלחמה בסמים ובאלכוהול, ח"כ מיכל קוטלר-וונש (כחול לבן), מצביעה על מחסור במאגר מידע מסודר ומקיף בנושא, והערכה כי רק 16% מהסובלים מהתמכרויות רשומים במשרד הבריאות ובלשכת הרווחה, ולכן לא ידוע כמה מהם נמצאים בסכנת חיים בשל התמכרותם. בין המגמות שעליהן מצביע הדו"ח: עלייה במספר המשתמשים בקנביס, בסמי פיצוציות ובתרופות מרשם. שינוי נוסף הנוגע לסוגי ההתמכרויות הוא המודעות לנושא ההתמכרויות ההתנהגותיות - הימורים, מין, קניות ואינטרנט.

הטיפול באוכלוסיית האנשים הסובלים מהתמכרות בישראל, ובהם הסובלים מתחלואה כפולה, מפוזר בין גורמים רבים: משרד הבריאות, הממונה על אספקת שירותי הטיפול הרפואי הגמילה הפיזית במכורים; משרד הרווחה והביטחון החברתי, הממונה על הטיפול הפסיכו-סוציאלי ושיקום הנגמלים, בתום שלב הגמילה הרפואי; קופות החולים האחראיות על אספקת סל שירותי בריאות הנפש לכלל המבוטחים בישראל; שירות בתי הסוהר; והביטוח הלאומי. במשרד הרווחה והביטחון החברתי דיווחו שבטיפולם כ-20 אלף מכורים, אך לפי מודלים בינלאומיים ההערכה היא שיש בישראל 120 אלף הסובלים מהתמכרויות לחומרים או מהתמכרויות התנהגותיות. "אין כיום תשובה לשאלה מהו מספר האנשים הסובלים מהתמכרות או מקבלים טיפול", מציינים מחברי הדו"ח, "אין בידי הגורמים השונים נתונים על היקף אוכלוסיית האנשים הסובלים מהתמכרות הנמצאים כיום בסכנת

חיים בשל שימוש יתר. המידע הקיים על התמכרויות התנהגותיות נמצא בראשיתו, ונכון להיום עדיין לא קיים במשרד הבריאות מסד נתונים ארצי הנוגע להיקף המשתמשים בתרופות מרשם".

הדו"ח, שעוסק בסוגיית רצף הטיפול במערך הטיפול בהתמכרויות, ובינו לבין מערך בריאות הנפש, ממליץ כי הטיפול יועבר לקהילה, היינו לקופות החולים, כאשר משרד הבריאות יישאר קובע המדיניות והרגולטור, אך יותר על תפקידו כממונה על אספקת שירותי הטיפול הרפואי במכורים, לטובת טיפול רצוף בקהילה.

הטיפול בהתמכרויות	שירותי בריאות הנפש	שירותי שיקום לנכי נפש בקהילה
• משרד הבריאות (הגמילה הפיזית) • משרד הרווחה (הגמילה הפסיכו-סוציאלית)	• ארבע קופות החולים (כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית)	• משרד הבריאות

טבלה 1: הגורמים האמונים על הטיפול בהתמכרויות ובבריאות הנפש. דו"ח מבקר המדינה (2020)

בחודש אפריל 2021, השתתפו כ-100 מטפלים מתחומים שונים בסקר אודות התמכרות בקרב מטופליהם. 46% מהמטפלים העידו כי למעלה מ-20% מהמטופלים שלהם סובלים מהתמכרויות. ההתמכרויות השכיחות והמוכרות יותר למטפלים ופסיכולוגים בארץ הן התמכרות לסמים (קנביס, אלכוהול, סמי פיצוציות, קוקאין, הרואין, אופיאטים וכו'), אך קיימות גם התמכרויות התנהגותיות: אפשר להתמכר לספורט, לריגושים, להימורים, לאהבה, לאינטרנט, לעבודה, לטלוויזיה, למין (ולשירותי מין), למסחר בבורסה, לקניות, ואפילו לקפאין, לריטלין, לסמארטפון, לפחמימות ולשוקולד. ההתמכרות הנפוצה ביותר לפי הסקר היא לקנביס, כמעט מחצית מהמטופלים שסובלים מהתמכרות, אך נמצא גם שכ-15% מהמטופלים הסובלים מהתמכרות, סובלים מהתמכרות לתרופות מרשם. הסקר אינו מייצג אך מספק מידע אינדיקטיבי (המרכז הישראלי להתמכרויות, 2021).



תרשים 17: ההתמכרויות השכיחות, המרכז הישראלי להתמכרויות (2021)

5. התמכרות דיגיטלית: שימוש דיגיטלי בעייתי

תמונת מצב: שימוש דיגיטלי בעייתי

11.8%

מהמתבגרים בישראל שהשתתפו במחקר
אובחנו כמכורים לגלישה באינטרנט

46%

מחקר עולמי הבוחן שימוש ברשת בקרב
מתבגרים מצא כי המתבגרים בישראל הם
בעלי הנטייה הגבוהה ביותר להתמכרות
לאינטרנט

בשנים האחרונות גובר החשש החברתי סביב
השימוש הכפייתי והמוגזם במכשירים
דיגיטליים ומכשירים מבוססי אינטרנט,
והפגיעות הפסיכולוגיות והפיזיות הנלוות לו

שימוש דיגיטלי בעייתי עדיין אינו נכלל כבעיה
הניתנת לאבחון (אינו מופיע ב-DSM),
וההמשגות של התופעה עדיין אינן עקביות

שימוש דיגיטלי בעייתי עדיין אינו נכלל כבעיה "רשמית" במערך בריאות הנפש, כלומר, ככזה הניתן לאבחון במדינות המערב (ומופיע ב-DSM)¹⁸, וההמשגות של התופעה עדיין אינן עקביות. עם זאת, בשנים האחרונות גובר החשש החברתי סביב השימוש הכפייתי והמוגזם במכשירים דיגיטליים ומכשירים מבוססי אינטרנט, כמו השימוש ברשתות חברתיות או גיימינג (משחקי וידאו מקוונים), והפגיעות הפסיכולוגיות והפיזיות הנלוות לשימוש זה (Almourad et al., 2020).

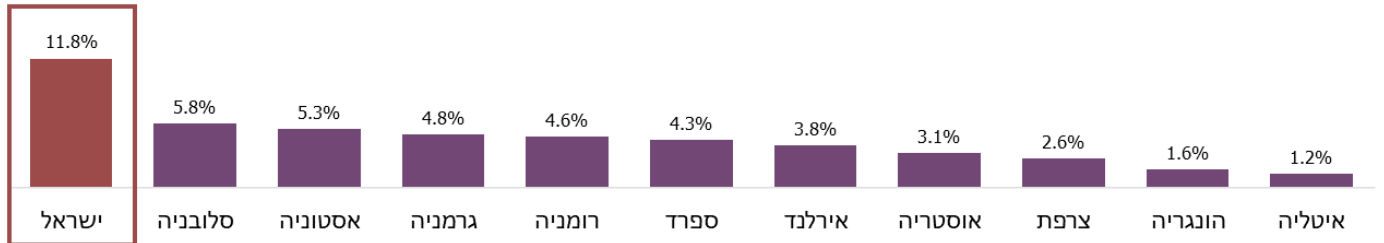
במחקר שנוהל על ידי המרכז הלאומי למחקר ומניעה של התאבדויות במכון קרולינסקה שבשוודיה, ובחן נתונים שנאספו מ-11,956 מתבגרים ב-178 תיכונים ברחבי העולם (Durkee et al., 2012). החוקרים העבירו לבדקים שאלון פסיכיאטרי הבוחן את נטייתם להתמכרות באינטרנט (השאלון מוכר בראשי התיבות YDQ) ומבוסס על פרמטרים כלליים לאבחון התמכרות פתולוגית להימורים. ממצאי המחקר, שמומן על ידי האיחוד האירופי, התפרסמו בכתב העת Addiction בשנת 2012.

ניתוח התשובות העלה כי המתבגרים בישראל אובחנו עם הנטייה הגבוהה ביותר להתמכרות לאינטרנט. מתוך 951 מתבגרים ישראלים שנכללו במחקר (בעשר מדינות באירופה), 100 אובחנו כמכורים לגלישה באינטרנט (11.8%). מדובר בשיעור נבדקים גבוה פי שניים מאלה במדינה שדורגה במקום השני - סלובניה (5.8%). בהמשך הרשימה - המתבגרים בגרמניה (4.8%), באירלנד (3.8%), באוסטריה (3.1%), ובצרפת (2.6%). שיעור המכורים הנמוך ביותר נרשם בקרב מתבגרים מאיטליה (1.2%).

¹⁸ אבחון מחלות או תסמונות רפואיות, לרבות הפרעות נפשיות, נערך על פי סט מוגדר של קריטריונים אשר נקבעו על ידי קבוצות עבודה המסתמכות על מחקרים הרלוונטיים לזמן פרסומם. בעולם קיימות כיום שתי גרסאות לסיווג מחלות המפרטות גם את הקריטריונים לאבחון. אלו הם מסמכים רשמיים הנערכים על ידי שני ארגונים, באירופה ובארה"ב, המוכרים והמשמשים רופאים בעולם כולו. האחד מכונה ICD והשני DSM. שניהם משמשים רופאים ואנשי מקצוע מתחום הבריאות בכלל ובריאות הנפש בפרט, לשם אבחון, סיווג וקביעת סטטיסטיקות באשר להפרעות ומחלות שונות. ה-ICD מסווג את כל המחלות המוכרות לרפואה בימינו, כולל הפרעות נפשיות, וה-DSM מסווג הפרעות נפשיות בלבד.

שכיחות השימוש הפתולוגי באינטרנט בקרב מתבגרים (גילאי 15)

שנת 2012

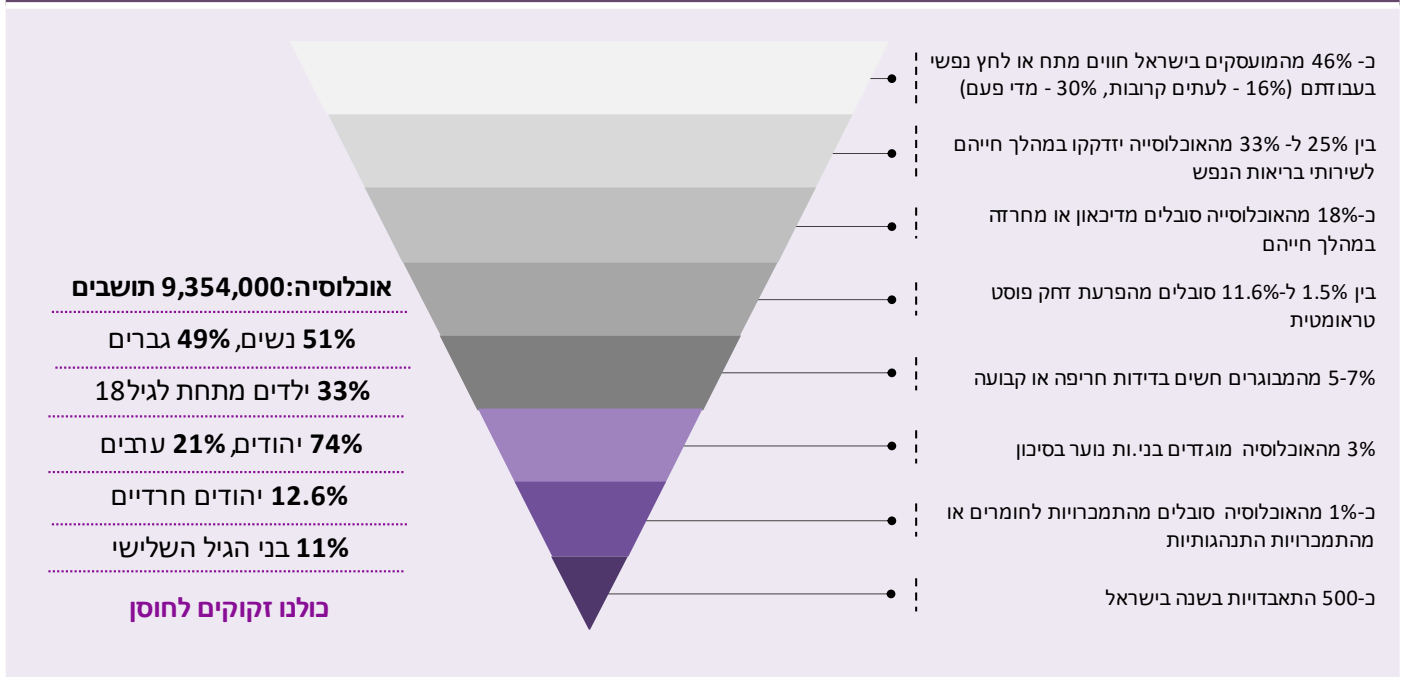


תרשים 18: שכיחות השימוש הפתולוגי באינטרנט בקרב מתבגרים (גילאי 15). שנת 2012¹⁹

¹⁹ Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., ... & Wasserman, D. (2012). Prevalence of Pathological Internet Use Among Adolescents in Europe: Demographic and Social Factors. *Addiction*, 107 (12), 2210-2222.

חלק ג' – בריאות הנפש

תמונת מצב בריאות הנפש



תרשים 19: תמונת מצב ומגמות בריאות הנפש

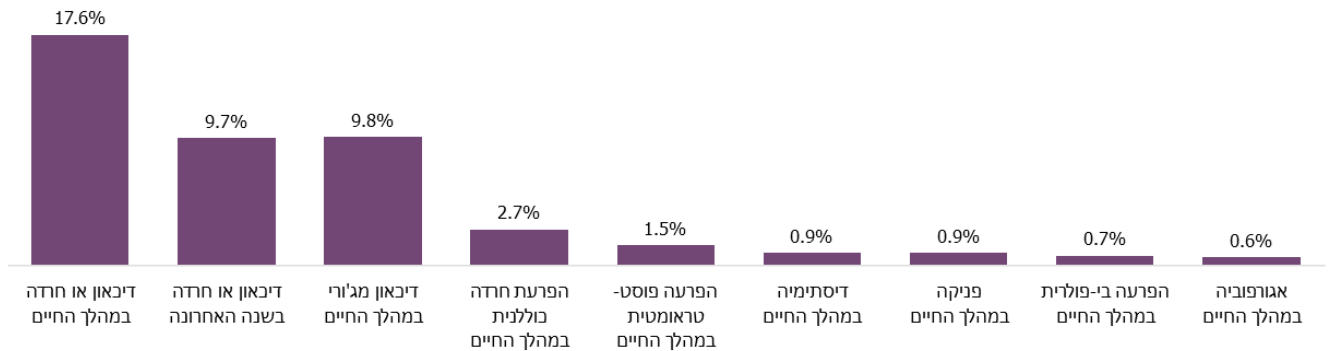
הנתונים מישראל וממדינות אחרות, שנסקרו במהלך המחקר, מלמדים באופן ברור, שמגפת הקורונה גרמה להתדרדרות במצב הנפשי של אחוז ניכר מהאוכלוסייה. המספרים, שכבר נמצאים בעליה – של דיכאון, לחץ וחרדה; של נטילת תרופות מרשם (תרופות הרגעה, נוגדי דיכאון וכדורי שינה), ושל שימוש בסמים ובאלכוהול, צפויים להמשיך ולעלות (מרכז אדוה, 2021). אך משבר הקורונה איננו הגורם הבלעדי לנתונים המדאיגים בתחום בריאות הנפש. מחקרים שנערכו בשנים האחרונות וכן בעקבות המשבר חשפו מגמות קיימות, שמצביעות על עלייה ממושכת במספר תחומים, המרכיבים כולם תמונת מצב לא פשוטה בתחום בריאות הנפש בישראל.

בסקר שערך מכון ברוקדייל בשנת 2013 על בסיס מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (גילאי 22 ומעלה), 18% מהאוכלוסייה דיווחו על מצוקה נפשית בשנה האחרונה, שקשה היה להם להתמודד איתה לבד (אלרועי ועמיתיה, 2017). כמו כן, מעל מחצית (55%) מאלו שדיווחו על מצוקה נפשית בשנה האחרונה דיווחו כי המצוקה הנפשית יצרה פגיעה משמעותית

בתפקודם היום-יומי. בקרב האוכלוסייה הערבית, 25% דיווחו על מצוקה נפשית בשנה האחרונה, ו-74% דיווחו על פגיעה משמעותית בתפקוד היום-יומי (אלרועי ועמיתיה, 2017).

נתוני משרד הבריאות

מבוסס על סקר ארצי של משרד הבריאות שבוצע ע"י הלמ"ס כחלק מיוזמה בינלאומית של ארגון הבריאות העולמי (WHO)



תרשים 20: שיעור תחלואה נפשית - נתוני משרד הבריאות (Levinson D, Paltiel A, Nir M, et al, 2007)

על פי הנתונים שנאספו כחלק מיוזמה בינלאומית של ארגון הבריאות העולמי (WHO), שיעור התחלואה הנפשית בישראל עומד על כ-13% (ללא שינויים משמעותיים מאז 1990), לעומת 15.5% באירופה ו-17.5% בארה"ב.²⁰

על פי דו"ח משרד מבקר המדינה, בין 1-2% מהאוכלוסייה סובלים ממחלות נפש קשות או ממושכות (משרד מבקר המדינה, 2020); בין 3-5% מהאוכלוסייה נזקקים מדי שנה לטיפול נפשיים (משרד מבקר המדינה, 2020); ההערכות הן שכרבע עד שליש (25-33%) מהאוכלוסייה יזדקקו במהלך חייהם לשירותי בריאות הנפש (משרד מבקר המדינה, 2020). אומדנים המבוצעים על סמך שיעורים אלו, מבססים הערכה שמספר הסובלים ממחלות נפש קשות וממושכות מגיע בישראל לכמאה עד מאה וחמישים אלף איש (אבירם ואזארי-ויזל, 2015).

²⁰ הפרעות נפשיות או הפרעות פסיכיאטריות הן מערך של תסמינים התנהגותיים רגשיים או קוגניטיביים. הפרעות אלו מוגדרות בסיווג ICD-10 (מסמך של ארגון הבריאות העולמי המכיל קטלוג של כל המחלות הידועות כולל הפרעות נפשיות) וב-DSM-5 (ספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקני המאבחן ומסווג את הפרעות הנפש על פי תסמיניהן). שכיחותן של ההפרעות הנפשיות בעולם הולכת וגדלה, וכך גוברת המודעות לנושא ואילו מחלות נפש הן מונח שגור המתייחס למקרים חמורים של הפרעות נפשיות כגון סכיזופרניה (שסעת - הפרעה נפשית כרונית מורכבת השייכת לקבוצת מחלות פסיכוטיות) והפרעה דו-קוטבית (מאניה דפרסיה - הפרעה נפשית המתאפיינת בשינויים במצב הרוח).

הפרעה נפשית	שיעור האוכלוסייה העולמית עם הפרעה לשנת 2017 [שונות בין מדינות]	מספר האנשים עם הפרעה (2017)	שיעור הנשים מול שיעור הגברים עם הפרעה (2017)
כל סוג של הפרעה נפשית	10.7%	792 מיליון	9.3% גברים ו-11.9% נשים
דיכאון	3.4% [2-6%]	264 מיליון	2.7% גברים ו-4.1% נשים
הפרעות חרדה	3.8% [2.5-7%]	284 מיליון	2.8% גברים ו-4.7% נשים
מאניה דפרסיה (הפרעה דו-קוטבית)	0.6% [0.3-1.2%]	46 מיליון	0.55% גברים ו-0.65% נשים
הפרעות אכילה (בולימיה ואנורקסיה)	0.2% [0.1-1%]	16 מיליון	0.13% גברים ו-0.29% נשים
סכיזופרניה	0.3% [0.2-0.4%]	20 מיליון	0.26% גברים ו-0.25% נשים
כל סוג של הפרעה נפשית או שימוש לרעה בחומרים ממכרים	13% [11-18%]	970 מיליון	12.6% גברים ו-13.3% נשים
אלכוהוליזם	1.4% [0.5-5%]	107 מיליון	2% גברים ו-0.8% נשים
הפרעות שימוש בחומרים ממכרים (לא כולל אלכוהול)	0.9% [0.4-3.5%]	71 מיליון	1.3% גברים ו-0.6% נשים

טבלה 2: שיעור האוכלוסייה עם הפרעה נפשית או הפרעת שימוש בחומרים ממכרים. Saloni Dattani, Hannah Ritchie and Max Roser (2021)

ג.1. הפרעות חרדה ודיכאון

תמונת מצב: הפרעות חרדה ודיכאון

#1

דיכאון הינו התורם העיקרי למוות בהתאבדות. ברוב מדינות העולם קיימת בעיית נגישות לאבחון מוקדם ולטיפול בהפרעות דיכאון וחרדה

3% בלבד

מתקציבי הבריאות מוקדשים לבריאות הנפש בממוצע בעולם

1.5 פי

נשים הסובלות מדיכאון, לעומת גברים הסובלים מדיכאון – 5.1% מהאוכלוסייה, לעומת 3.6% מהאוכלוסייה

\$1 ← \$4

עבור כל דולר המושקע בטיפול בדיכאון באמצעות טיפול או תרופות נוגדות דיכאון, מנובא החזר של 4 דולר בבריאות ובתפקוד טובים יותר

75% מעל

מכלל האנשים הסובלים מדיכאון חמור אינם מקבלים טיפול הולם

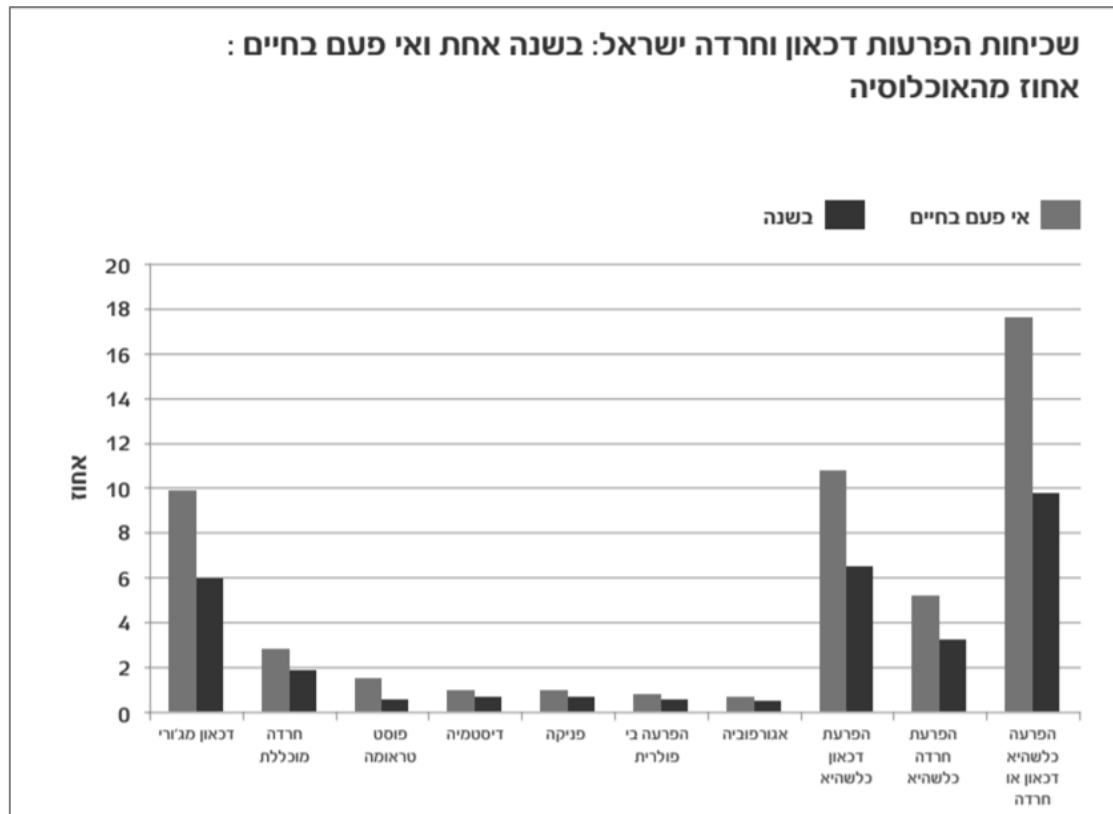
18%

מהאוכלוסייה סובלים מדיכאון או מחרדה במהלך חייהם

1 טריליון \$ מעל

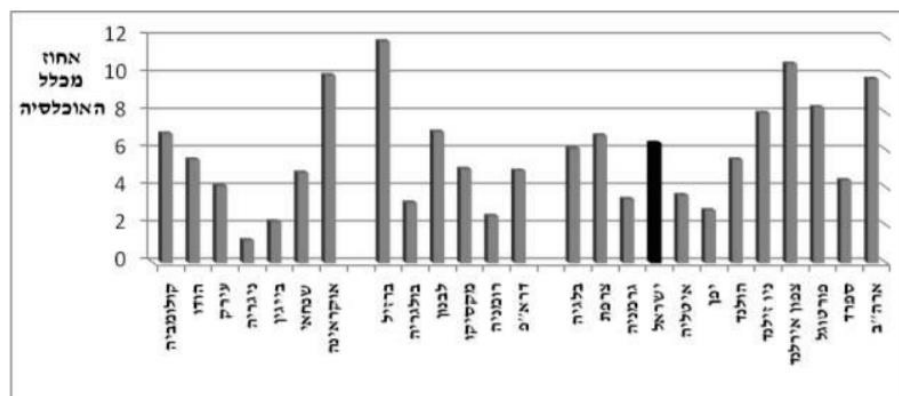
הן העלויות העולמיות של דיכאון והפרעות חרדה

ארגון הבריאות העולמי מעריך כי כ-18% מהאוכלוסייה בעולם סובלים מדיכאון או מחרדה במהלך החיים. גם לפי נתונים מסקר ארגון הבריאות העולמי בישראל (לוינסון, 2011) כ-18% מהאוכלוסייה בארץ מדווחים על הפרעות דכאון ו/או חרדה לפחות פעם אחת בחיים. יש מקורות המצביעים על שיעורים גבוהים יותר, בעיקר בקרב אוכלוסיית מתבגרים, מבוגרים צעירים ומבוגרים מעל גיל 65. בכל זמן נתון כ-10% מהאוכלוסייה סובלים מהפרעת דכאון ו/או חרדה.



תרשים 21: אפידמיולוגיה של הפרעות דכאון וחרדה בישראל. משך הבריאות והלמ"ס (2003-2004)

בישראל, ההערכה היא שכ-6% מהאוכלוסייה סובלים מהפרעת דיכאון כלשהי במהלך שנה אחת. ניתן לראות שישראל מצויה ברמה ממוצעת מבחינה זו בהשוואה למדינות אחרות שהשתתפו בסקר הבריאות העולמי (לוינסון, 2011).



תרשים 22: שכיחות הפרעות רגש בשנה: אחוזים מכלל האוכלוסיה. Levinson D, Paltiel A, Nir M, et al. (2007)

הפרעות דיכאון: עלייה ב-18.4% בעשור האחרון (2017)

בדו"ח העדכני ביותר אודות שכיחות הפרעות הדיכאון, שפורסם על ידי ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2017), ההערכה היא כי 4.4% מאוכלוסיית העולם סובלת מהפרעת דיכאון, וכי שיעור הנשים באוכלוסייה זו גדול פי 1.5 בהשוואה לגברים (5.1% לעומת 3.6%). לפי הערכת המחבר, ד"ר דן צ'יזהולם (Dan Chisholm) מהמחלקה לבריאות הנפש בארגון, בעשור האחרון (2005-2015) חלה עלייה של 18.4% במספר הסובלים מדיכאון – 322 מיליון בני אדם ברחבי העולם – לעומת נתוני העשור הקודם. בהערכה מאוחרת יותר של ארגון הבריאות העולמי מדובר בכ-350 מיליון איש (WHO, 2020).

ההשלכות של הפרעות דיכאון וחרדה מבחינת אובדן בריאות הן עצומות. הדיכאון מדורג על ידי ארגון הבריאות העולמי כתורם הגדול ביותר לנכות תפקודית (7.5% מהאוכלוסייה העולמית חיו עם מוגבלות תפקודית בשנת 2015); הפרעות חרדה מדורגות במקום השישי (3.4%). הדיכאון הוא גם התורם העיקרי למוות בהתאבדות, שלפי ההערכות מגיע לכ-800 אלף נפשות מדי שנה, אם כי נראה שהנתון האמיתי גבוה יותר, כותב מחבר הדו"ח.

הדו"ח מצוין, שברוב מדינות העולם קיימת בעיית נגישות לאבחון מוקדם ולטיפול בהפרעות דיכאון וחרדה, והתוצאה היא פגיעה באיכות החיים וסכנת התאבדויות. אובדנות מהווה כ-1.5% מכלל מקרי המוות בעולם, והיא אחת מ-20 סיבות המוות השכיחות ביותר. בקרב בני 15-29 היא מסווגת כסיבה מספר שתיים. 78% מכלל מקרי האובדנות התרחשו ב-2015 במדינות שאוכלוסיותיהן מוגדרות כבעלות הכנסה נמוכה עד בינונית.

למרות היותו נפוץ מאוד ומשפיע על כל אדם בכל שלב בחיים, הדיכאון עדיין אינו מוכר במידה רבה ואינו מטופל; לפיכך, יש צורך להתחיל בדיאלוג ולהתמודד עם הסטיגמה הקשורה בדיכאון. "למרות שניתן לטפל ולמנוע דיכאון, לפחות 75% מכלל האנשים

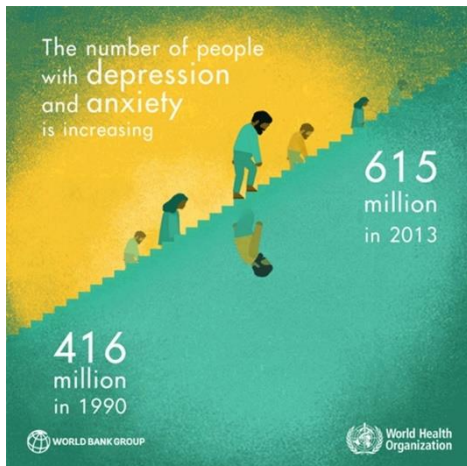
הסובלים מדיכאון חמור אינם מקבלים טיפול הולם. עם זאת, לא מספיק פשוט להגדיל את כמות השירותים - חשוב לא פחות להעלות את המודעות, לבנות הבנה ולהפחית סטיגמה", לדברי ד"ר צוזנה ג'קאב (Zsuzsanna Jakab). "הקמפיין של ארגון הבריאות העולמי – דיכאון: בואו נדבר – נועד ליידע את הציבור הרחב לגבי ההשלכות של הדיכאון והטיפול בדיכאון, כמו גם לגבי האופנים בהם ניתן לספק תמיכה לאנשים הסובלים מדיכאון. אולי לא תוכל להוציא את עצמך מדיכאון, אבל לדבר על דיכאון הוא צעד ראשון חשוב".



תרשים 23: הקמפיין של ארגון הבריאות העולמי – דיכאון: בואו נדבר.
WHO (2017)

דיכאון מגביר את הסיכון להפרעות חרדה, הפרעות התמכרות לסמים ומחלות לא-מדבקות אחרות, כגון סוכרת ומחלות לב. גם ההפך נכון, כלומר לאנשים עם מצבים גופניים אלה יש סיכון גבוה יותר לסבול מדיכאון. בשל כך, ניתן וצריך לטפל בדיכאון במסגרות הרפואיות הרגילות ולשלב אותן בפלטפורמות הקיימות של מתן שירות למחלות הגורמות לעלייה בדיכאון, ובתוכניות נוספות, כגון תוכניות לבריאות האם, הילד והמתבגר.

שיעורים גבוהים של דיכאון נרשמים בקרב נשים בעשור השביעי והשמיני לחייהן. למשל, ההערכה היא כי 7.5% מהנשים בגיל



תרשים 24: מתוך קמפיין של ארגון הבריאות העולמי (WHO) להורדת הסטיגמה בנושא דיכאון. WHO (2013)

74-55 סובלות מדיכאון, ו-5.5% מהגברים בגיל זה. דיכאון פוגע גם בילדים ומתבגרים מתחת לגיל 15, אולם בשכיחות נמוכה מזו של המבוגרים. לפי הערכת הארגון, העלויות העולמיות של דיכאון והפרעות חרדה עולות על טריליון דולר בשנה. לדברי צ'יזהולם "אי נקיטת פעולות היא יקרה מכיוון שהעלויות הכלכליות של דיכאון והפרעות נפשיות נפוצות אחרות הן עצומות, בעיקר עקב אובדן פרודוקטיביות הנגרמות עקב היעדרות ופריון עבודה נמוך יותר. יתר על כן, לאחוז גבוה של אנשים המקבלים קצבאות סוציאליות או קצבות נכות יש הפרעה נפשית כמצבם העיקרי - לרוב דיכאון".

טיפול בדיכאון באמצעות טיפול או תרופות נוגדות דיכאון, או שילוב של שניהם, חוסך בעלויות הבריאות: עבור כל דולר שהושקע מנובא החזר של 4 דולר בבריאות

ובתפקוד טובים יותר. למרות שהטיפולים חסכוניים יותר הן לטווח המיידי והן לטווח הארוך, ההוצאה הממשלתית על שירותי בריאות הנפש נמוכה ביותר, כאשר על פי סקר של ארגון הבריאות העולמי (Mental health atlas 2011), הקצאה ממוצעת של 3% בלבד מתקציבי הבריאות מגיעה לבריאות הנפש, בטווח המתחיל בפחות מ-1% במדינות בעלות הכנסה נמוכה ועד לכ-5% במדינות בעלות הכנסה גבוהה.

במהלך 15 השנים האחרונות, הידע גדל באופן משמעותי מבחינת זיהוי קבוצות יעד, גורמי סיכון בסיסיים והשפעות ההתערבויות למניעה וטיפול בדיכאון. הוכח כי התערבויות לא רק מפחיתות את שכיחות הדיכאון, אלא גם מונעות את ההתרחשות של מקרים חדשים או אפיזודות חוזרות. מאחר שרוב האנשים הסובלים מדיכאון, חוו לפחות אפיזודה אחת של דיכאון בעבר, הפחתת הישנותו של מצב זה יכולה להביא יתרונות בהיקפים גדולים מהצפוי.

מניעה וטיפול יעילים יותר בדיכאון, בשילוב עם מודעות רבה יותר למחלה, יהוו חלק חיוני במאמצים של מדינות להתקדם לכיוון של כיסוי בריאות אוניברסלי והכלה חברתית. מאמצים כאלה יסייעו למדינות להשיג את יעד 3.4 (מיעדי הפיתוח בר קיימא של

האו"ם באירופה- עד שנת 2030), לצמצם בשליש את התמותה המוקדמת ממחלות לא-מדבקות באמצעות מניעה וטיפול בדיכאון, ולקדם בריאות נפשית, רווחה וחוסן.

ד"ר צ'זהולם מסר בתדריך לתקשורת בארה"ב, כי על פי הערכות הצוות שלו, כ-250 מיליון בני אדם בעולם סובלים מחרדות, מסוגים שונים של פוביות, מהתקפי פאניקה, מהתנהגויות טורדניות-אובססיביות ומהפרעות פוסט-טראומה.

ג. הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD)

תמונת מצב: הפרעת דחק פוסט טראומטית

45%

מהילדים במדגם העיר שדרות אובחנו כסובלים מפוסט טראומה, לעומת 15% מהילדים במדגם חיפה ו-12% במדגם קריית שמונה

10%-כ

שכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית בישראל. ישנן אוכלוסיות תחת אש, שבהן השיעורים גבוהים יותר, ואוכלוסיות אחרות שבהן השיעורים נמוכים יותר

8.7%

הסיכון המשוער ל-PTSD במהלך החיים, בארה"ב, על פי ה-DSM

אומדן לשכיחות הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) בישראל

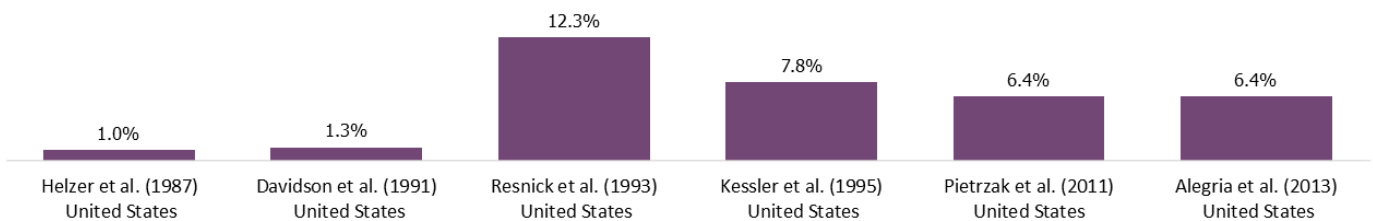
ישנה שונות רבה המתקבלת במחקרים להערכת שכיחות פוסט טראומטית בישראל, שנעה בין 0.5% במחקר של לוינסון (2007) ועד ערכים המתכנסים סביב 10% במחקרים של גדרון (2004), שלו (2006), הובפול ועמיתיו (2008) ואחרים.²¹ שונות זו נובעת ככל הנראה מכך שהמחקרים לגילוי סימפטומים פוסט טראומטיים נערכים במהלך טראומה מתמשכת, מתודולוגיה הזוכה לביקורת (Hoffman et al., 2011). ההערכה הטובה ביותר לשכיחות ההפרעה הפוסט טראומטית בישראל היא ככל הנראה סביב 10%, בהתאם למרבית המחקרים, ובהנחה שישנן אוכלוסיות תחת אש, שבהן השיעורים גבוהים יותר, ואוכלוסיות אחרות שבהן השיעורים נמוכים יותר. במחקר עדכני (Ben-Ezra et al., 2018) נתקבלו תוצאות דומות (9%) לגבי הפרעת PTSD, המוגדרת ב-DSM מאז 1980, ונבחנה גם הפרעה שעדיין לא מוגדרת ב-DSM, אך כבר מוגדרת ב-ICD, הפרעת C-PTSD, עם שכיחות של 2.6% מהאוכלוסייה בישראל, כאשר שתי האבחנות יחדיו מניבות אומדן של טראומה פתולוגית העומד סביב 12% מהאוכלוסייה בישראל.

²¹ להגדרות ולמידע בנוגע התפתחות האבחנה של הפרעת דחק פוסט טראומטית ראה פרק 3 חלק ב.1.

נתון זה נמוך במובהק מנתונים שנתקבלו בארצות אחרות. במאמר הסקירה (Bromet, 2018) של ארגון הבריאות העולמי מצוין מחקר אפידמיולוגי נרחב בעזה (de Jong et al., 2001) שהעריך את השכיחות של ההפרעה בקרב 18% מהאוכלוסייה בעזה, ויש להעריך כי שיעור דומה מצוי גם בקרב האוכלוסייה בעוטף עזה. במחקר מקומי (פת-הורנצ'יק ועמיתיה, 2016) בקרב 285 אימהות ו-371 ילדים (בני שנה וחצי עד שש), נמצא כי 45% מהילדים במדגם שדרות אובחנו כסובלים מפוסט טראומה, לעומת 15% מהילדים במדגם חיפה ו-12% במדגם קריית שמונה, שלוש קהילות שהיו תחת אש בזמן עריכת המחקר.

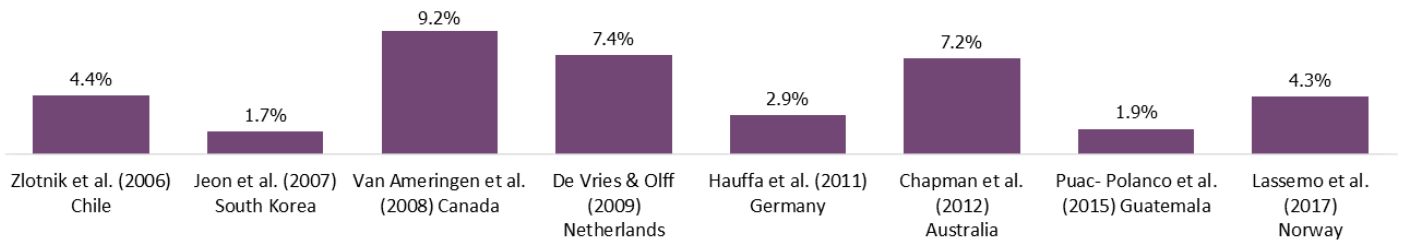
אומדן לשכיחות הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) בארה"ב ובעולם

על פי ה-DSM (APA, 2013), בארצות הברית, הסיכון המשוער ל-PTSD במהלך החיים תוך שימוש בקריטריונים של ה-DSM-IV הוא 8.7%. השכיחות במהלך שנה אחת בקרב מבוגרים בארה"ב היא כ-3.5%. לפי מאמר סקירה של ארגון הבריאות העולמי (Bromet, 2018), עד שנת 2013 נערכו בארה"ב שישה סקרים אפידמיולוגיים נרחבים, וניתן להתרשם מהשונות הגדולה שבין הסקרים, שככל הנראה לא משקפת את השיעור האמיתי באוכלוסייה, ובעיקר מדגישה את התלות בכלי המדידה. ממוצע נאיבי-פשוט מניב ערך של 5.9% מהאוכלוסייה, ושני המחקרים האחרונים, ב-2011 וב-2013, הציגו שכיחות של 6.4% מהאוכלוסייה.



תרשים 25: שכיחות PTSD בארה"ב לפי מאמר סקירה של ארגון הבריאות העולמי WHO (2018)

על פי ה-DSM (APA, 2013), אומדנים נמוכים יותר מאלו שבארה"ב נראים באירופה וברוב המדינות באסיה, באפריקה ובאמריקה הלטינית, ומתכנסים סביב 1%-0.5%. עם זאת, לפי מאמר הסקירה של ארגון הבריאות העולמי (Bromet, 2018), שהתפרסם במועד מאוחר יותר, השכיחות גבוהה יותר מההערכה ב-DSM, ומתכנסת סביב ממוצע נאיבי של 4.9% מהאוכלוסייה.



תרשים 26: שכיחות PTSD בקנדה, אירופה, אוסטרליה ואמריקה הלטינית לפי מאמר סקירה של ארגון הבריאות העולמי WHO (2018)

היערכות לטיפול בנפגעי חרדה בשעת חירום – תמונת מצב בצל מבצע "שומר חומות"

תמונת מצב: נפגעי חרדה

1,037

שעות טיפול שניתנו לתלמידים בנפגעי חרדה בשירות הפסיכולוגי החינוכי ביישובי עוטף עזה בשנת התש"ף

451

תלמידים בנפגעי חרדה שטופלו בשירות הפסיכולוגי החינוכי ביישובי עוטף עזה בשנת התש"ף

25 ← 1

על פי הערכות משרד הבריאות, על כל נפגע פיזי בשעת חירום - ישנם 25 נפגעי חרדה

כ- 14 מיליון ש"ח

תשלומי ביטוח לאומי בגין טיפול בנפגעי חרדה בשנים 2017-2019

כ- 4,700

נפגעי חרדה טופלו במסגרת נוהל חרדה של המוסד לביטוח לאומי בשנים 2017-2019

כ- 14,000

נפגעי חרדה טופלו באתרים ייעודיים בשנים 2017-2019

50

מרפאות בריאות הנפש של קופות החולים ברחבי הארץ, שאמורות לתת מענה לנפגעי חרדה בחירום

כ- 142 מיליון ש"ח

סך תקציב מרכזי החוסן בשנת 2019

11

מרכזי חוסן ברחבי הארץ

מתוך דו"ח מבקר המדינה (2021)

בצל ירי הרקטות, במהלך מבצע "שומר החומות", מבקר המדינה פרסם דו"ח מיוחד בנושא ההיערכות לטיפול בנפגעי חרדה בשעת חירום (משרד מבקר המדינה, 2021). לפי הדו"ח, ברחבי המדינה יש רק 50 מרפאות בריאות נפש שפועלות בשעת חירום, וב-30 רשויות בלבד. כלומר 227 רשויות נותרו ללא מרפאה. גם פריסת המרפאות ברחבי הארץ העלתה סימני שאלה כשנערכה השוואה בין מספר המרפאות בעיר לבין תושבי העיר. כך למשל, בנוף הגליל יש שתי מרפאות לטיפול בנפגעי חרדה,

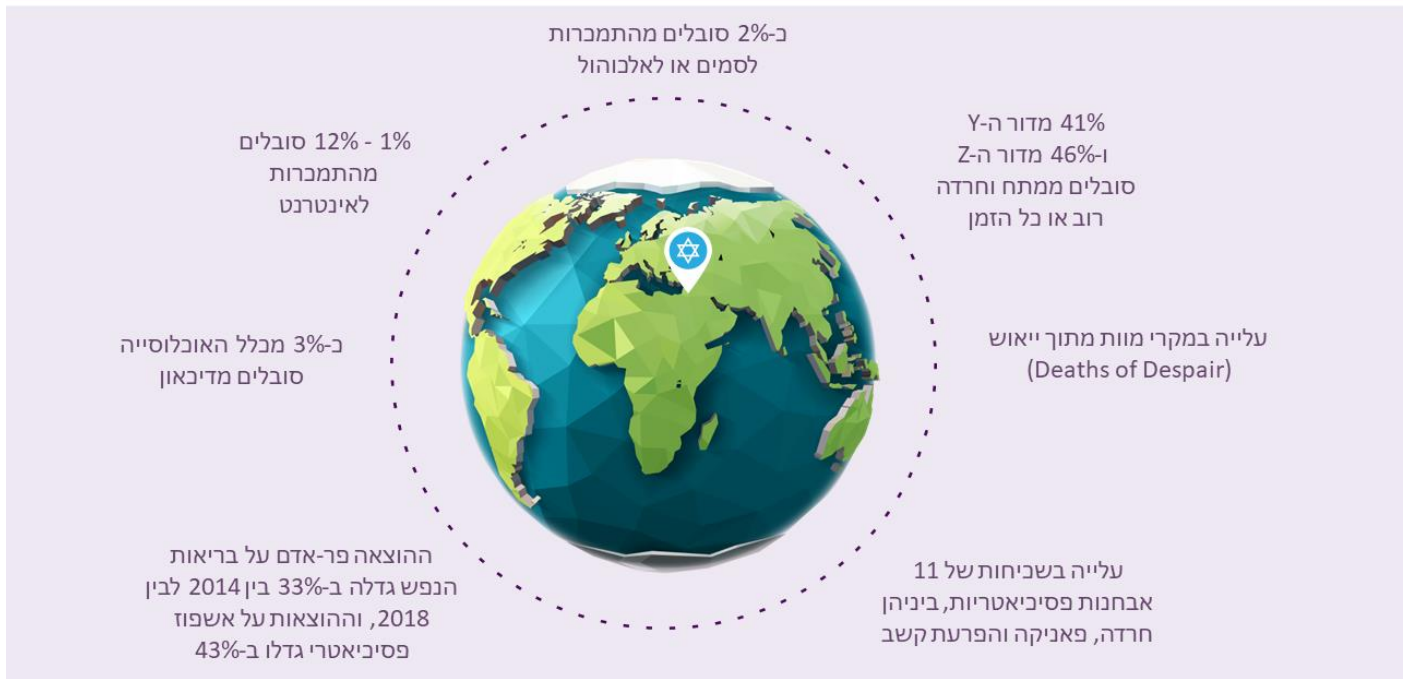
ואילו בראשון לציון, שמספר תושביה גדול בהרבה, יש רק מרפאה אחת. כשבדק המבקר את פריסת מרפאות משרד הבריאות לפי מחוזות, עלתה גם כן תמונה מדאיגה. במחוזות צפון וחיפה, שבהם גרים יותר מ-2 מיליון מתושבי המדינה, פועלות רק 11 מרפאות. במחוז הדרום - רק שבע מרפאות.

המבקר הביע חשש כי "לא ניתן יהיה לתת מענה הולם לנפגעי חרדה בשעת חירום בשאר הרשויות". הדו"ח סקר גם את הטיפול בנפגעי חרדה בשש רשויות מקומיות בדרום, שנמצאו בעת כתיבת הדו"ח באחת החזיתות הביטחוניות המורכבות. מבדיקת המבקר עולה כי בחלק מהן אין כלל מרכזי חוסן, באחרות יש מרכזים שאינם ממוגנים - ובכולן קיים מחסור במטפלים. ההערכות במשרד הבריאות הן שעל כל נפגע פיזי בשעת חירום - יהיו 25 נפגעי חרדה. מומחים מעריכים שבמקרה של מלחמה, מספר נפגעי החרדה יעמוד על עשרות אלפי אזרחים. ממצאים אלה מעלים דאגה מול יכולות טיפול המדינה באותם נפגעים במצבי חירום.

המבקר המליץ למשרד האוצר לבחון קביעת מסגרת תקציבית שנתית לכל מרכזי החוסן, שתעוגן בבסיס התקציב של אחד ממשרדי הממשלה הרלוונטיים, וכן קביעת מנגנון לעדכון התקציב. מבקר המדינה בחן גם את נגישות מרכזי החוסן בעוטף עזה לעולים חדשים. הביקורת העלתה כי יש מחסור במטפלים בכלל, ובפסיכיאטרים בפרט שיוכלו לטפל בעולים שגרים בעוטף ומהווים 17% מתושבי האזור. המחסור העיקרי הוא במטפלים דוברי רוסית.

ג.3. שכיחות הולכת וגוברת של תסמינים נפשיים ואבחנות פסיכיאטריות – מגמות בינלאומיות

תמונת מצב: מגמות בינלאומיות בבריאות הנפש



תרשים 27: מגמות בריאות הנפש בעולם

על פי נתוני המינהל לשימוש לרעה בסמים ובריאות הנפש (SAMHSA) לאחד מכל ארבעה אמריקאים יש הפרעה נפשית או בעיה של שימוש לרעה בחומרים. הדו"ח של המכון האמריקאי לעלויות הבריאות לשנת 2018 חשף כי ההוצאה פר-אדם על בריאות הנפש גדלה ב-33% בין 2014 לבין 2018, וההוצאות על אשפוז פסיכיאטרי גדלו ב-43%. בין 2007 לבין 2017 אחוז התביעות הרפואיות הקשורות לבריאות הנפש (הפרעות נפשיות והתמכרויות) גדל ביותר מפי שניים.

המרכז הלאומי (האמריקאי) לסטטיסטיקה בנושאי בריאות ציין עלייה של כ-35% בשיעור ההתאבדויות בין 1999 לבין 2018, כאשר השיעור גדל בכ-2% בשנה מאז 2006. התאבדות היא כיום גורם המוות העשירי בארצות הברית. דיכאון מגביר את הסיכון להתאבדות – בערך 60% מהאנשים שמתאבדים סבלו מהפרעה במצב הרוח (דיכאון, חרדה, הפרעה דו-קוטבית וכו').

במחקר (Oswalt et al., 2020) שבחן את השינויים בשכיחות של 12 אבחנות פסיכיאטריות בקרב 454,029 סטודנטים במכללות בארה"ב, שהשתתפו בסקר הערכת הבריאות הלאומית בין השנים 2009 לבין 2015, נמצא כי ישנה עליה בשכיחות של כל האבחנות מלבד שימוש לרעה בחומרים. שלוש אבחנות: (1 חרדה, 2 פאניקה ו-3 הפרעת קשב (ADHD) – הציגו את

העלייה התלולה ביותר. השימוש בשירותי בריאות הנפש בקמפוס והנכונות להיעזר בהם בעתיד עלו אף הם לאורך השנים. כך, האתגרים הקיימים זה מכבר בבריאות הנפש הוחמרו אף יותר עקב ההשפעה של משבר הקורונה. בהתבסס על ניתוח של McKinsey (McKinsey, Dec 8, 2020), משבר הקורונה עלול לגרום לעלייה פוטנציאלית של 50% בשכיחותן של הפרעות נפשיות.

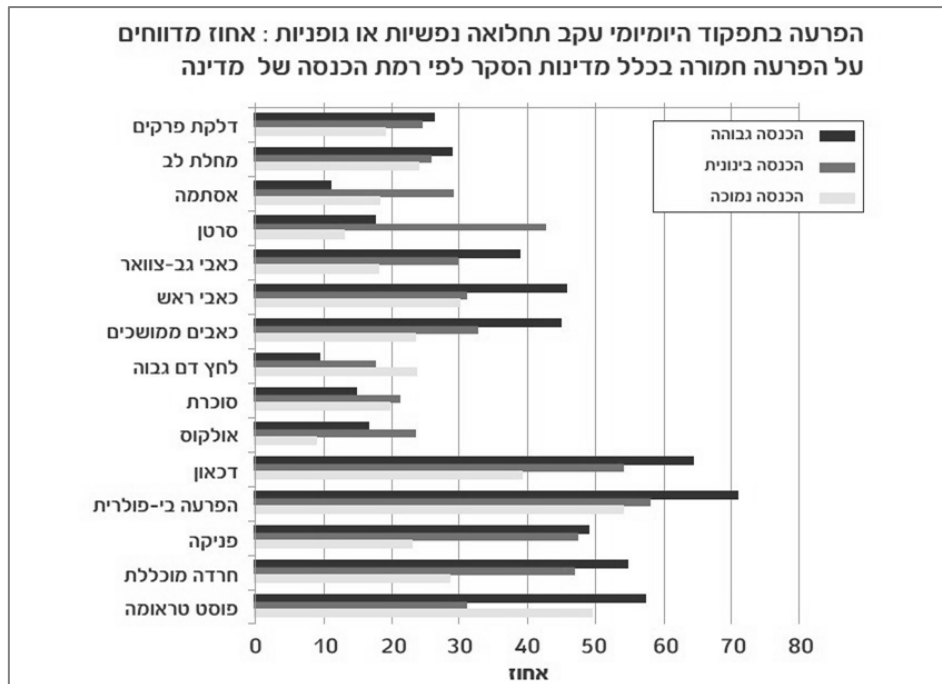
סקר חדש של קרן קייזר מצא כי 45% מהאמריקאים מאמינים שמשבר הקורונה פגע בבריאות הנפשית שלהם; ו-19% נוספים מאמינים שיש למשבר השפעה משמעותית על בריאותם הנפשית. בסקר שנערך לאחרונה על ידי מרכז המחקר פיו (Pew), 73% מהאמריקאים דיווחו כי הם מרגישים חרדה לפחות כמה ימים בשבוע מאז תחילת המגיפה. בין אמצע פברואר לאמצע מרץ 2020, המרשמים לתרופות נגד חרדה עלו ב-34%. בשבוע של ה-15 במרץ, כאשר הוראות הסגר התרחבו, 78% מכלל המרשמים נגד דיכאון, חרדה ונדודי שינה היו מרשמים חדשים (לעומת מרשמים של מטופלים ותיקים).

ג.4. מגמות בתחום הטיפול בבריאות הנפש: "טיפול פסיכולוגי לא עולה כלום"

תמונת מצב: טיפול פסיכולוגי, עלות מול תועלת

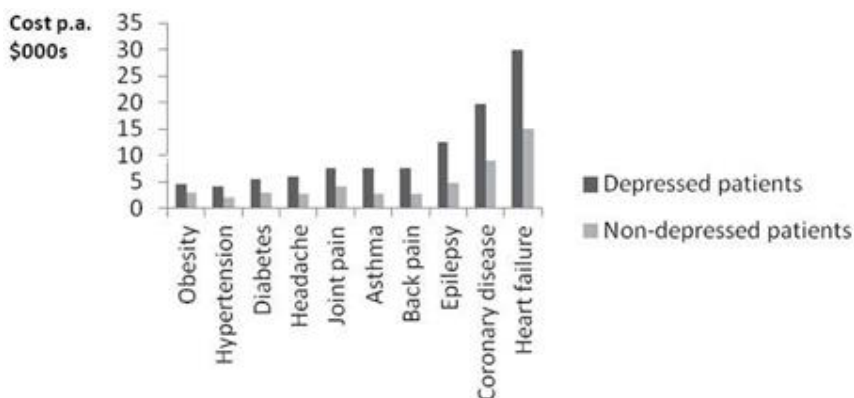
- עלויותיהן של הפרעות נפשיות למערכות הבריאות הלאומיות הינן גבוהות מאד
- הפרעות נפשיות גורמות למוגבלות גדולה יותר מאשר בעיות גופניות, ומובילות לעלויות עצומות למשק, במונחים של סבל אנושי ובזבוז כלכלי
- חולים רבים סובלים ממצוקה נפשית חריפה בשל מחלתם הגופנית
- עלויות הטיפול הכולל בתחלואה גופנית של מטופלים שקיבלו גם טיפול פסיכולוגי נמוכות ב-20% מעלויות הטיפולים במצבים רפואיים דומים בקרב מטופלים שלא קיבלו טיפול פסיכולוגי
- שיפור הגישה לטיפולים פסיכולוגיים יכול לספק פתרון חסכוני לבעיות נפשיות נפוצות במונחים של עלות מול תועלת. העדר טיפול או המתנה ארוכה לשירות פסיכולוגי משמעם יצירת העמסה חריפה יותר של מצבים נפשיים ורפואיים על המערכת
- ההשפעה של התערבויות פסיכולוגיות על תחלואה גופנית היא מרחיקת לכת. הכרה מוקדמת בגורמים הפסיכולוגיים הקשורים במצבים רפואיים שונים ויישום ידע פסיכולוגי, מצמצמים בשיעור ניכר את התקדמות המחלה, מפחיתים סיבוכים רפואיים ומורידים צריכת תרופות
- תכנית נרחבת להנגשת שירותים פסיכולוגיים בבריטניה נמצאה כבעלת יתרונות רפואיים וכלכליים רבים לטווח הארוך, והובילה למסקנה ש"טיפול פסיכולוגי לא עולה כלום"
- ארגון הבריאות העולמי המליץ על טיפול פסיכולוגי מבוסס ראיות כהתערבות קו ראשון לטיפול בהפרעות שונות, כמו חרדה ודיכאון. עם זאת, אספקת הטיפול הפסיכולוגי בפועל עודנה מצומצמת מאד
- טיפולים פסיכולוגיים התנהגותיים-קוגניטיביים (CBT) נמצאו כיעילים כמו תרופות בטווח הקצר, ויעילים יותר במניעת הישנות בטווח הארוך

טיפול בהפרעות נפשיות הוא קריטי לחברות מודרניות בשל העלויות הגבוהות של הפרעות נפשיות למערכות הבריאות הלאומיות (Castelnuovo et al., 2016). הפרעות נפשיות גורמות למוגבלות גדולה יותר מאשר בעיות גופניות (כגון דלקת פרקים או סרטן) בכל אחת מהמדינות שנבדקו בסקר הבריאות העולמי (לוינסון, 2011). מבין ההפרעות הנפשיות, הפרעות מצב הרוח (הפרעה בי-פולרית ודיכאון) נמצאו כמגבילות ביותר מבחינה תפקודית.



תרשים 28: מוגבלות הקשורה בהפרעת דכאון וחרדה. משרד הבריאות והלמ"ס (2003-2004)

דיכאון וחרדה הינם המצבים המשפיעים ביותר על מוגבלות, דבר אשר מלווה בעלויות עצומות למשק, במונחים של סבל אנושי ובזבוז כלכלי (Helliwell et al., 2021). רמת המוגבלות שמקורה בהפרעות דיכאון וחרדה גבוהה מהמוגבלות שנגרמת מהמצבים הבאים: דלקת פרקים, מחלת לב, אסתמה, סרטן, מחלות ריאה, כאבים ממושכים, לחץ דם גבוה וסוכרת. ברוב המקרים, הפרעות דיכאון ו/או חרדה באוכלוסייה הכללית מלוות בתחלואה גופנית (סקר בריאות לאומי 4-2003).



תרשים 29: עלויות טיפול תחלואה גופנית, סובלים ולא סובלים מדיכאון (Helliwell et al., 2021)

מצוקה נפשית קשורה בתפיסה של מצב הבריאות ובצריכת יתר של שירותי הבריאות. תחלואה גופנית ממושכת ובפרט כאבים ממושכים ומחלות לב, קשורה בעליה בהסתברות לנוכחות מצוקות נפשיות (Gureje, 2009). המשמעויות של העדר טיפול או המתנה ארוכה לשירות פסיכולוגי הינה העמסה חריפה יותר של מצבים נפשיים ורפואיים על המערכת. בישראל, עשירות

מהאוכלוסייה הבוגרת סובלת מהפרעות חרדה ודיכאון (סקר בריאות לאומי 4-2003), ורוב הסובלים מדיכאון וחרדה אינם מקבלים טיפול (Wang et al., 2007).

סיכויי הישרדות גבוהים יותר בחולי סרטן המעי העוברים ניתוח (Kuchler et al., 2007)

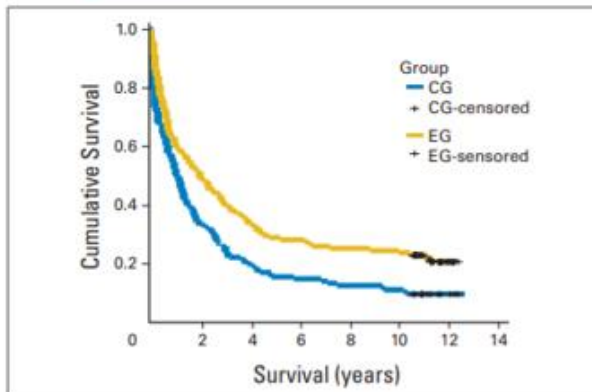
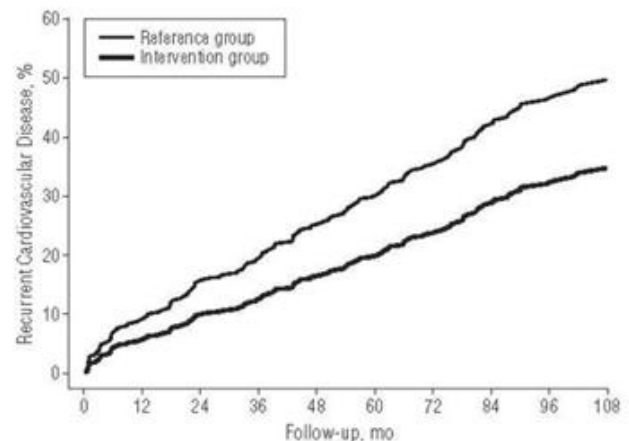


Fig 2. Cumulative proportions of patients surviving in the experimental group (EG; n = 136) and the control group (CG; n = 135).

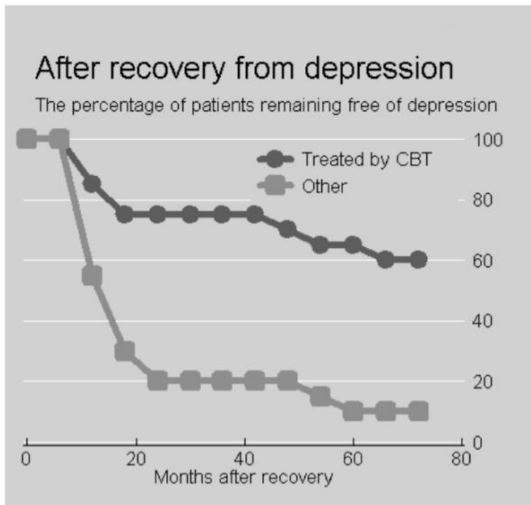
טיפול פסיכולוגי מפחית הישנות אירועים קרדיווסקולריים (Campbell et al., 2013)



תרשים 30: טיפול פסיכולוגי מפחית הישנות אירועים קרדיווסקולריים; תרשים 31: סיכויי הישרדות בחולי סרטן המעי העוברים ניתוח. (Kuchler et al., 2007), (Campbell et al. (2013)

מחקרים רבים מראים כי הכרה מוקדמת בגורמים הפסיכולוגיים הקשורים במצבים רפואיים שונים ויישום ידע פסיכולוגי, מצמצמים בשיעור ניכר את התקדמות המחלה, מפחיתים סיבוכים רפואיים, מקדמים ניהול נכון של החולה את מחלתו, מעצימים תפקוד יומיומי בבית ובעבודה, מורידים צריכת תרופות (נוגדי כאב, שינה, נוגדות חרדה ודיכאון), מפחיתים במידה ניכרת את ההוצאות הכספיות על טיפולים ואבחוני יתר רפואיים ותורמים לעליה בשביעות הרצון של המטופלים (Campbell et al., 2013). ההשפעה של התערבויות פסיכולוגיות על תחלואה גופנית היא מרחיקת לכת. לפיכך, בעשור האחרון מיושמות, במערכות בריאות שונות בעולם, תוכניות רחבות היקף להגברת הזמינות של שירותים פסיכולוגיים. מגמה זו קשורה במידה רבה להתפתחותה של הפסיכולוגיה הרפואית והשתלבותה בטיפול הרפואי.

ארגון הבריאות העולמי המליץ על טיפול פסיכולוגי מבוסס ראיות כהתערבות קו ראשון לטיפול בהפרעות שונות, ובניהן הפרעות חרדה ודיכאון. ילדים ומתבגרים המתמודדים עם דיכאון צריכים לקבל גישה לטיפולים פסיכולוגיים מבוססי ראיות ויש להימנע ככל שניתן מטיפול תרופתי (WHO, 2013). למרות ההמלצות על טיפול פסיכולוגי לבעיות נפשיות נפוצות, כגון חרדה ודיכאון, אספקת הטיפול הפסיכולוגי בפועל הייתה מצומצמת מאד (Mukuria et al., 2013).



תרשים 32: נתוני החלמה מדיכאון. (Laynard et al., 2007)

נמצא כי טיפולים פסיכולוגיים התנהגותיים-קוגניטיביים (CBT) יעילים כמו תרופות בטווח הקצר ויעילים יותר במניעת הישנות בטווח הארוך (Laynard et al., 2007). כמו כן, התפתחות הפסיכולוגיה הרפואית ומודל העבודה במרפאות ראשוניות הופך את הטיפול לחסכוני מאד. חולים רבים סובלים ממצוקה נפשית חריפה בשל מחלתם הגופנית. מדובר בין היתר בחולים אונקולוגיים, מטופלים במרפאות כאב, נפגעי טראומה, חולים קרדיאליים, חולי טרשת נפוצה, חולים סוכרתיים וכדומה, שחלק מהטיפול במחלתם הגופנית הינו התמיכה הנפשית במסגרות הטיפול הגופניות, ולא במרפאות לבריאות הנפש.

שיפור הגישה לטיפולים פסיכולוגיים (IAPT: Improving Access to Psychological Therapies) יכול לספק פתרון חסכוני לבעיות נפשיות נפוצות במונחים של עלות מול תועלת (Castellnuovo, 2010a, b; Campbell et al., 2013; Dezetter et al., 2013; Mukuria et al., 2013; Emmelkamp et al., 2014). כלומר, ההשקעה בזמינות טיפולים פסיכולוגיים נמוכה מהנטל של מצוקה נפשית לא מטופלת. במחקר שנערך בבריטניה נמצא כי שיפור הגישה לטיפולים פסיכולוגיים (IAPT) מוערכת בחיסכון של 20 עד 40 אלף ליש"ט.

הערך הכלכלי של טיפול פסיכולוגי נתמך במחקרים נוספים ממדינות אחרות. במטא אנליזה שנערכה בארה"ב נמצא כי עלויות הטיפול הכולל בתחלואה גופנית של מטופלים שקיבלו גם טיפול פסיכולוגי נמוכות ב-20% מעלויות הטיפולים במצבים רפואיים דומים בקרב מטופלים שלא קיבלו טיפול פסיכולוגי (Chiles et al., 1999). עם זאת, ישנה בעיה בחישוב העלויות מול התועלות, כפי שכתבו אמלקמפ ועמיתיו (Emmelkamp et al., 2014), "אין ספק כי מבחינה מדעית פסיכותרפיה היא יעילה, מועילה וחסכונית ביותר עבור מגוון רחב של הפרעות נפשיות ומצבים בריאותיים, כגון חרדה, מתח, הפרעות הקשורות לטראומה, דיכאון, הפרעות סומטיות והפרעות כאב, הפרעות אישיות, הפרעות שימוש בחומרים והתמכרויות התנהגותיות, הפרעות אכילה ומספר הפרעות ילדות. עבור כל ההפרעות הללו, נבחנו וריאציות שונות של CBT בניסויים קליניים אקראיים" (Emmelkamp et al., 2014, pp. 66, 67). אך חסרים מחקרים שיתמקדו בחישובי עלויות מול תועלת: "אפילו אם טיפולים פסיכולוגיים מציגים יעילות ואפילו יעילות חזקה, בשל העלויות הגבוהות לכאורה והמחסור בחישובי תועלות הם כנראה לא יוטמעו בפועל במערכת הבריאות" (Emmelkamp et al., 2014, p. 67).

במדינות מפותחות רבות (כגון צרפת או איטליה) טיפולים פסיכולוגים אינם מכוסים ו/או מקודמים מספיק על ידי מערכות הבריאות הלאומיות וחברות ביטוחי הבריאות (Dezetter et al., 2013). לעומת מדינות אלה, בבריטניה, כדי להתמודד עם הבעיה העצומה של בעיות נפשיות, הושקה תוכנית מקיפה של טיפול פסיכולוגי (IAPT) שכיום מהווה בנצ'מארק למערכות הבריאות ברחבי העולם.

Improving Access to Psychological Therapies (IAPT⁵) National Health Service, England



תרשים 33: מתוך קמפיין של התוכנית הלאומית של בריטניה לשיפור הגישה לטיפול פסיכולוגי ומתוך קמפיין בואו מדבר. NHS (2008)

בשלהי שנת 2008, ולאחר מחקר מקיף, הממשלה הבריטית השיקה תוכנית רחבת היקף (בהשקעה של 700 מיליון פאונד עד לשנת 2015) להנגשתם של שירותים פסיכולוגיים, כאשר מעל מיליון אנשים כבר טופלו במסגרת התוכנית, ומעל 45 אלף איש חזרו לעבוד והפסיקו לקבל דמי אבטלה, מחלה והטבות כספיות אחרות. ההערכה של היתרונות הרפואיים והכלכליים של התוכנית לטווח הארוך הביאה למסקנה ש"טיפול פסיכולוגי לא עולה כלום" (Layard and Clark, 2014,)²².

התוכנית פועלת על בסיס הקווים המנחים של המכון הלאומי לבריאות ואיכות הרפואה של אנגליה (NICE: National Institute for Health and Care Excellence), על פיהם, למעט מקרים חריפים, יש להציע לכל המתמודדים עם דכאון וחרדה טיפול פסיכולוגי מבוסס ראיות. מתן שירותי בריאות הנפש מבוסס על מודל מדורג באופן שמתאים את רובד הטיפול והמשאבים המושקעים לסוג הבעיה ועוצמתה ובכך מגביר זמינות תוך חיסכון במשאבים, כאשר בכל רמות השירות זמינות אפליקציות לעזרה עצמית, אפשרויות תמיכה ומעקב, סדנאות, הדרכות והכוונה לגיוס מקורות תמיכה קהילתיים ומשפחתיים (לטבלה המסכמת את ההמלצות המרכזיות של NICE המנחות את מתן הטיפול בשירותי IAPT ראה: נספח ג': בריאות הנפש - הרחבות)

²² במטא אנליזה שנערכה השנה בבריטניה (Wakefield et al., 2021) לבחינת התוכנית לשיפור הנגישות לטיפולים פסיכולוגיים (IAPT), תוכנית לאומית למתן טיפולים פסיכולוגיים מבוססי ראיות לחרדה ודיכאון, נמצאו אפקטים גדולים בהשפעה על דיכאון (Cohen's d = 0.87) ועל חרדה (Cohen's d = 0.88), ואפקט בינוני להשפעה על ליקויים בתפקוד (Cohen's d = 0.55).

מדד כהן מחשב את מספר סטיות התקן המבחינות בין השערת האפס להשערת המחקר, ובכך מתקן את גודל האפקט המקורי ע"י חלוקה בסטיית התקן, ומאפשר השוואה בין מחקרים שונים. נהוג לחלק את הממד לשלושה גדלי אפקט: קטן (0.2-0.4), בינוני (0.5-0.7) וגדול (0.8-0.9).

חלק ד' – מערך בריאות הנפש בישראל

המערכת הציבורית של בריאות הנפש בישראל הייתה במצב ירוד עוד לפני משבר הקורונה (מרכז אדוה, 2021). כך למשל תקינת החסר של מטפלים בקופות החולים והמסגרות שהקופות מפנות אליהן באמצעות טופס 17 (כגון מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש של משרד הבריאות, שבהם הטיפול ניתן בעלות נמוכה - "תשלום רבעוני" מפוקח). תקינת חסר זו מובילה לזמני המתנה ארוכים. כדי להימנע מהמתנה ממושכת, חלק משמעותי מהפונים לקבלת טיפול נפשי מופנים על ידי קופות החולים למטפלים חיצוניים (פרטיים), שנמצאים בהסכמי מתן שירותים עימן, וזאת תמורת תשלום גבוה באופן משמעותי מצד המטופל-המבוטח (כ-140 ש"ח לטיפול). כעת, מערכת ציבורית מדולדלת זו נדרשת להתמודד עם עליה חדה בתחלואת נפש שגרמה המגפה, כאשר הנפגעים העיקריים הם תושבים מעוטי משאבים. מחקרים מראים שאנשים החיים בעוני נזקקים ממילא לסיוע נפשי בשיעורים גבוהים מאלה של בעלי אמצעים. למעשה, ניתן לדבר על תופעת כדור שלג: **העוני מייצר מצוקה נפשית, שמייצרת עוני נוסף וחוזר חלילה.**

מגפת הקורונה הציגה אינספור אתגרים למערכת בריאות שאינה מוכנה. הצוותים הרפואיים התמודדו ועדיין מתמודדים עם מתח חריף וחסר תקדים במקום עבודתם, וישנם שיעורים גבוהים של שחיקת רופאים. מחקרים, שבחנו את ההשפעה של מגיפות קודמות ואסונות טבע על בריאות הנפש של הצוותים הרפואיים, מראים כי יש קשר בין מגוון הפרעות הדחק (סטריס), הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) ושחיקה (Restauri & Sheridan, 2020). המגפה גבתה עלויות פסיכו-סוציאליות אדירות, מעבר לעלויות הביו-רפואיות, כאשר המבודדים, כמו גם החולים בנגיף הקורונה, מצויים כולם בסכנה להתפתחות של הפרעות דחק (Oldham et al., 2021).

תמונת מצב: הרפורמה בבריאות הנפש בישראל

27% מהמגעים שתוקצבו במסגרת הרפורמה בשנת 2017 לא עברו	13 מיליארד \$ אומדן ההוצאה השנתית על הפרעות נפשיות בישראל	5.2 מיליארד \$ אומדן ההפסד בשנה לתוצר המקומי הגולמי של ישראל בגין אי-העסקתם של הסובלים מבעיות נפשיות
400 מיליון ₪ ניתנו לקופות החולים כתוספת לתקציב בריאות הנפש במסגרת הרפורמה (נכון לשנת 2018)	12-16 חודשים זמן ההמתנה לטיפול פסיכולוגי בקהילה	150 ימים זמן ההמתנה הממוצע לטיפול פסיכותרפיה למבוגרים ולילדים בשנת 2018. דמי השתתפות עצמית חודשיים של מבוטח אצל מטפל עצמאי הם כ- 570 ₪
פריסת השירותים בתחום בריאות הנפש אינה מספיקה, בעיקר בפריפריה ובמגזרים החרדי והערבי	המחסור בפסיכיאטרים גורם להתארכות התורים לקבלת טיפול, והוא אף חמור ומשמעותי יותר במגזר הערבי, במגזר החרדי ובקרב העדה האתיופית	400 כ- משרות של פסיכותרפיסטים חסרות במרפאות הממשלתיות ובקופות החולים, וכ- 280 משרות של פסיכיאטרים חסרות

כפי שראינו, הפרעות נפשיות פוגעות בבריאות הפיזית של המטופלים, בתפקודם, בפרנסתם, ברווחתם ובאיכות חייהם ובני משפחותיהם, כאשר הדבר מסב נזק כלכלי למשק. ההוצאה השנתית על **הפרעות נפשיות** בישראל נאמדת ב-13 מיליארד דולר, וההפסד לתוצר המקומי הגולמי של מדינת ישראל בגין אי-העסקתם של הסובלים מבעיות נפשיות נאמד ב-5.2 מיליארד דולר לשנה. מדובר בבעיה בריאותית וחברתית, שהיקפה הרחב אף צפוי לעלות (משרד מבקר המדינה, 2020).

הרפורמה במערך בריאות הנפש נועדה להעביר את האחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש מן המדינה אל הקהילה (בעיקר, קופות החולים) ונקבעו לה שלושה שלבים:

שלב ראשון - במסגרת חוק שיקום נכי נפש בקהילה (התש"ס-2000), משרד הבריאות סיפק שירותי שיקום לכ-27 אלף נכי נפש.

שלב שני - משרד הבריאות הקטין את מספר המיטות הפסיכיאטריות מכ-6,800 מיטות בשנת 1988 לכ-3,500 בתחילת שנת 2015 (ירידה של כ-50%).

שלב שלישי - ביולי 2015, הועברה האחריות הביטוחית למתן שירותים בתחום בריאות הנפש מן המדינה אל קופות החולים.

משרד הבריאות אינו יכול לאמוד במדויק את הישגי הרפורמה כיוון שהוא לא קבע לה יעדים, וכיוון שקופות החולים אינן מעבירות לו נתונים מלאים על אודות הטיפולים שניתנו, והאופן שבו נוצל התקציב.

כיום ניכר כי קיימות עדיין בעיות מהותיות בתחום בריאות הנפש:

- זמני ההמתנה לקבלת טיפול בקהילה ארוכים ביותר ומגיעים ל-12 עד 16 חודשים, מצב הגורם לסבל רב, להחמרת מצבם הנפשי של המטופלים ושל סביבתם, ולהפחתת השפעה המיטיבה של הטיפול.
- **פריסת השירותים אינה מספיקה, בעיקר בפריפריה ובמגזרים החרדי והערבי.** מחסור בפסיכיאטרים הוא אחת הסיבות להתארכות התורים לקבלת הטיפול. מחסור משמעותי וחמור יותר קיים במגזר הערבי, במגזר החרדי ובקרב העדה האתיופית.
- למרות שניתנה תוספת תקציבית לטובת הנגשת הטיפולים במסגרת הקהילה, נראה כי קופות החולים לא סיפקו את מלוא הטיפולים שהן תוקצבו בגינם, לא העסיקו מספיק פסיכותרפיסטים ומטופלים רבים מדי נאלצו לפנות לקבלת טיפול אצל מטפלים עצמאיים.

חוסן נפשי וחוסן קהילתי: הגדרות



פרק 3: חוסן נפשי וחוסן קהילתי – הגדרות

חלק א' – חוסן כתפיסה אוניברסלית רב-ממדית

מקור המושג חוסן (Resilience) בלטינית ומשמעותו "לקפוץ בחזרה" (ריבאונד). (Göbbling-Reisemann, Hellige, & Thier, 2018). המונח הופיע לראשונה בתחום המשפטים בספרות הצרפתית של ימי הביניים (1430) כמונח המתייחס לדיני סיום חוזה, ובמיוחד להחזרת המצב המשפטי הראשוני, הקודם לחוזה. במהלך המחצית השנייה של המאה ה-17, המונח "חוסן" הפך למונח שכיח עבור תגובות ריבאונד פיזיקליות מכל סוג ועבור חזרה של החומר למצב ההתחלתי. רוברט גרין (1727) היה הראשון להשתמש במונח בהתייחסות פסיכולוגית לכוחות נפש, ובמיוחד ליכולת להחזיר את האומץ לאחר חוויה מטלטלת רגשית. גרין (1727), ריצ'רד אולסטר (1684), ואחרים השתמשו ב"חוסן" במובן של התאוששות נפשית ממתח.

המטאפורה של חוסן הורחבה לתחומי הפיזיולוגיה על ידי הרופא הצרפתי קלוד ברנרד (1859) אך בתחילה הייתה מוגבלת מאוד לחוסן של הריאות וכלי הדם, ורק מאוחר יותר הורחבה להתייחסות כללית יותר לתגובת המתח, הלחץ והעומס של האיברים והגוף בכללותו. בפיזיולוגיה של שנות ה-20 וה-30, המושג התיאורטי התייחס לויסות עצמי של תפקודי הגוף, ובסופו של דבר של כל האורגניזם. הרופא האמריקאי וולטר קאנון (1926), השתמש במושג "הומאוסטזיס" (איזון), וראה ב"חוסן" מונח המתאר אורגניזם המווסת את עצמו, ואף הרחיב אותו לכדי פרדיגמה מבורכת להשבת היציבות בכל תחומי החיים, ולרעיון מנחה ל"אורגניזם החברתי" (Tusaie & Dyer, 2004).

כיום, המושג חוסן משמש דיסציפלינות שונות כגון: פסיקה, מכניקה יישומית, הנדסת חומרים, פיזיולוגיה, פסיכולוגיה, ביולוגיה ואקולוגיה. ההגדרה של מושג החוסן לאורך 400 השנים האחרונות התפתחה לכדי תפיסה אוניברסלית רב-ממדית, עם שאיפות לייצר מסגרת להמשגת היציבות והאיזון בתחומים שונים בחיי האדם, הפועלים יחדיו להשגת הומאוסטזיס פנימי וחיצוני, פיסיקלי, ביולוגי ואקולוגי (Göbbling-Reisemann, Hellige, & Thier, 2018).



1430	1620-1884	1859-1970	1860-1960	1859-1927	1973	1980-2000	2000	2003	2008
משפטים דיני סיום חוזה והחזרת המצב המשפטי הקודם	הנדסת חומרים מכניקה יישומית קשיחות, קשייות שבירות וחוסן של חומרים	פיזיולוגיה פלסטיות של המוח הומאוסטזיס	פסיכולוגיה הלם קרב תסמונת מחנות הריכוז טראומה תסמונת גב-הרכבת הלם פגזים סטרס	פיזיולוגיה הומאוסטזיס אלסטיות של הריאות וכלי הדם	חוסן אקולוגי	פסיכונורואימונולוגיה חוסן נפשי-גופני-חיסוני פסיכולוגיה, נירולוגיה ואימונולוגיה: פסיכונורואימונולוגיה האופן שבו מערכת החיסון מושפעת מדחק וממשתנים פיזיולוגיים אחרים חוסן, גורמי סיכון וגורמים מגנים	חוסן חברתי הקמת מרכזי חוסן	חוסן קהילתי ישראל הקמת מרכזי חוסן	חוסן קהילתי בינלאומי מידע ותקשורת, פיתוח כלכלי, מסגרות קהילתיות והון חברתי
	פיזיקה אלסטיות של חומרים ענף השעונים אלסטיות של רכיבים שמונעים רטט	אלסטיות של הריאות וכלי הדם תסמונת גב-הרכבת הלם פגזים סטרס							

© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 34: מושג החוסן לאורך ההיסטוריה

חוסן כתפיסה אוניברסלית רב-ממדית: אתגרים בחקר החוסן

לאור מורכבות המושג, אין פלא שישנם אתגרים בחקר החוסן, כאשר שאול קמחי (Kimhi, 2016) ממשיג אתגרים אלו באמצעות ארבע קטגוריות:

1. המושג מוגדר באופן רופף (Norris & Stevens, 2007), וללא הבחנה ברורה בינו לבין מושגים כגון "רווחה עצמית", "הסתגלות טובה", "התמודדות מוצלחת" וכדומה (Fletcher & Sarkar, 2013).
2. ישנם כלים רבים למדידת חוסן נפשי, קהילתי, חברתי או לאומי; שתוקפם אינו מאושש מחקרית במידה מספקת.
3. אמידת החוסן מתבססת על כלי מדידה שונים, במחקרים שונים, כאשר ריבוי כלי המדידה מקשה על ההשוואה ביניהם, ולפעמים אינו מאפשר השוואה כלל.
4. החוסן נחקר לרוב מההיבט הנפשי של הפרט, ללא בחינת יחסי הזיקה בין היבטים שונים של חוסן, בתחומי מחקר שונים, וברבדים שונים של התייחסות (Brown & Kulig, 1996-7).

בנוסף לאתגרים המפורטים לעיל, רוב מאמרי הסקירה בנושא מסיקים שאין הגדרה מוסכמת למושג החוסן, או אפילו הסכמה בסיסית על גישה משותפת כלפי מושג זה, אף לא בין חוקרים, אנשי מקצוע או קובעי מדיניות. כפי שציין דאוודי ועמיתיו, לפני כמעט עשור: "אין זה ברור למה מתכוונים כשאומרים 'חוסן', מעבר להנחה הפשוטה שטוב להיות בעל חוסן" (Davoudi et al., 2012, p. 299).

על מנת לענות על המחסור במסגרת מוסכמת לחקר מושג החוסן, הציעו פדן וגל (2020) מסגרת רב-ממדית להגדרת המושג. ההגדרות מייצגות 12 סוגים מובחנים של חוסן הנגזרים מהצלבה שבין שני ממדים: תוכן (content) ורובד (level).

קטגוריות תוכן					
חברתי	פוליטי	כלכלי	ביטחוני		
				יחיד	קטגוריות רובד
				קהילה	
				מדינה	

טבלה 3: מסגרת רב מימדים להגדרת מושג החוסן. פדן וגל (2020)

באותה שנה, באופן בלתי תלוי, הציע ויסר (Visser, 2020) מודל רב ממדי למדידת מושג החוסן העיתידי, על מנת לענות על צרכי המחקר היישומי. ויסר מבסס במאמר עדכני זה את היסודות למדד חוסן שהושק בשנת 2020, בהתבסס על סקירת ספרות בנושא חוסן אינדיבידואלי, ארגוני וחברתי-סביבתי. ויסר, בשיתוף עם בית הספר לניהול של אוניברסיטת אנטוורפן, ועם חברת הייעוץ הבינלאומית למשאבי אנוש Randstad, זיקק עשרה מרכיבים של חוסן, שנמדדו באמצעות שאלון המכיל 20 פריטים. תוקף השאלון נבחן בפילוט שאישש את עשרת מרכיבי החוסן הבאים:

1. מוכנות לשעת חירום
2. יכולת הסתגלות יצירתית
3. העצמה טכנולוגית
4. יכולת תעסוקה דינאמית
5. טיפוח מגוון

6. מנהל שיתופי²³

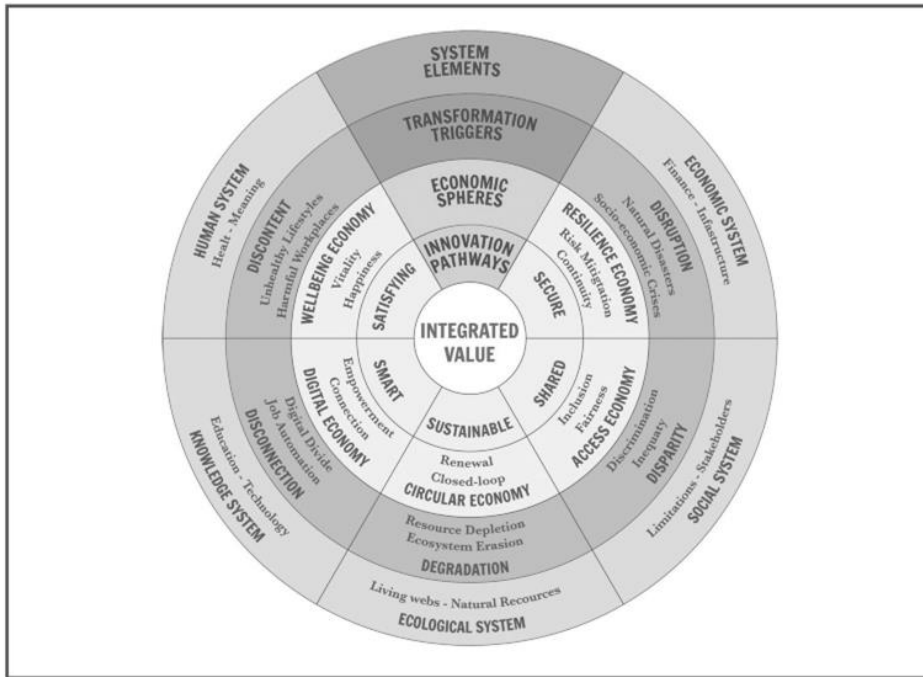
7. היענות מערכתית²⁴

8. יעילות הקצאת המשאבים

9. מוטיבציה מכוונת מטרה

10. התחשבות ברווחה הנפשית של הפרטים בארגון

על בסיס שאלון זה, שהינו כלי המדידה הראשון המתייחס לחוסן רב ממדי, הציע ויסר את המודל הבא למושג החוסן העתידי:



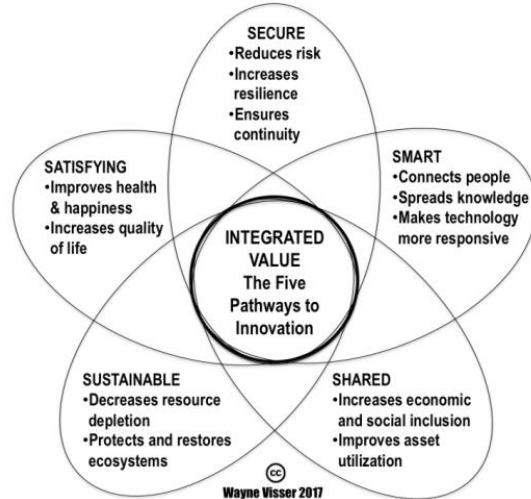
תרשים 35: מודל חוסן רב מימדי, Visser, W. (2020)

²³ שיתוף הציבור בשלטון (participative governance) או שיתוף העובדים ברמת ניהול הארגון.

²⁴ מודעות למערכת החברתית-סביבתית, שבתוכה פועלים ארגונים ואנשים, והיכולת להגיב פרואקטיבית לשינויים במערכת.

מודל חוסן רב-ממדי זה, מבוסס על מודל קודם שפיתח ויסר (Visser, 2017) על רקע ההחמרה בתנאים החברתיים, הסביבתיים

Figure 3: Integrated Value Synergies from the Five Pathways for Innovation



והאתיים, הקשורה בצמיחה הכלכלית ובפעילות התעשייתית. ויסר הציע מסגרת מושגית, שבתוכה יכולים ארגונים ותעשיות לצמוח באופן שאינו פוגע בחברה, בסביבה ובעקרונות האתיקה. הוא זיהה שהתפוררות חברתית מתרחשת בחמישה אופנים: הפרעות (המערכת הכלכלית), נתקים (מערך המידע), פערים (המערכת החברתית), הרס הסביבה (המערכת האקולוגית) וחוסר שביעות רצון (המערך האנושי).

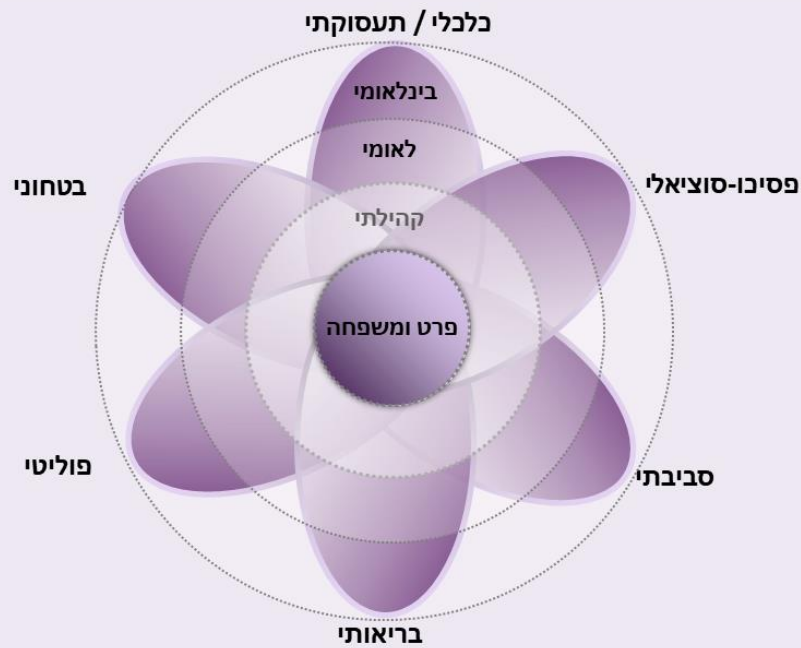
בנוסף, ויסר זיהה גם את הפתרונות לתפוררות חברתית: חמישה מודלים כלכליים בהתאמה, (Visser, W. (2017). תרשים 36: פתרונות להתפוררות חברתית: חמישה מודלים כלכליים בהתאמה, (Visser, W. (2017).

להתפוררות חברתית זו בחמישה מודלים

כלכליים בהתאמה: כלכלה בעלת חוסן, כלכלה דיגיטלית, כלכלת זמינות, כלכלה ממחזרת וכלכלת רווחה. חמשת הפתרונות הללו מובילים לערך מרכזי אחד, שאותו מקשר ויסר עם חדשנות, ומכנה "ערך אינטגרטיבי".

חוסן כתפיסה אוניברסלית רב-ממדית: מודל החוסן שפותח במסגרת הספרינט

על בסיס המודל של ויסר (2020), בשילוב המודל של פדן וגל (2020), נבנה במהלך המחקר הנוכחי מודל תפיסתי, המוצג בתרשים הבא:



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור
 תרשים 37: מודל חוסן – ספרינט חוסן נפשי וקהילתי

כמו כן, **מסגרת רב-ממדית זו הוצגה גם בטבלה הבאה**, המגדירה 18 סוגים חוסן מובחנים, שמתוכם נתייחס במחקר זה ל-8 הגדרות: שלוש הגדרות בציר התוכן המתייחסות למרכיבי החוסן הפסיכו-סוציאליים וחמש הגדרות נוספות ברובד הקהילתי.

	פסיכו-סוציאלי	בריאותי	כלכלי / תעסוקתי	בטחוני / חירום	פוליטי	סביבתי
אישי	גמישות, מסוגלות עצמית, ידע (מגוון אסטרטגיות התמודדות), יכולת לבקש עזרה, גישה חיובית לחיים, יכולת ויסות רגשית, יכולת מילולית תקינה, תחושת משמעות ותקווה, תחושת שליטה, מטרות	ביטחון תזונתי, בריאות טובה, כושר גופני	ביטחון כלכלי, ביטחון תעסוקתי, יוקר המחיה, צרכנות נכונה, השכלה	ניסיון קודם במצבים דומים, מידע רלוונטי וזמין	אמונה, זהות דתית / רוחנית / פוליטית	סביבה נקייה ובטוחה ממפגעים
קהילתי	השתתפות פעילה (התנדבות) מידע ותקשורת, הון חברתי (לכידות חברתית), רשתות וקשרים חברתיים, אמון חברתי, סולידריות ויעילות קהילתית, פלורליזם	טיפול בקהילה	כלכלה מקומית	צוות חירום, פרוטוקולים יעילים, יכולת התארגנות, מנהיגות קהילתית, אמון במנהיגות	מנהיגות קהילתית, אמון במנהיגות, סולידריות, אמונת הקהילה בצדקת הדרך/יכולת להשמיע דעות שונות	מרחבי מפגש, תנועתיות, נגישות
לאומי	זכויות אדם, שירותי בריאות הנפש	שירותי בריאות, בתי-חולים, צוותי רפואה, סל התרופות, תקציבי בריאות	תל"ג, רזרבות מוניטריות, שיעור האינפלציה, שער המטבע, צעדי מדיניות מיקרו ומאקרו כלכליים	עוצמת הצבא, פיקוד העורף, כוחות הביטחון וההצלה, אתוס לאומי, קשרי חוץ, תקציבי ביטחון	מנהיגות לאומית נאותה, היעדר שחיתות, אמון במוסדות הפוליטיים והציבוריים, אמינות נתפסת של המידע הנצרך	כלכלה בת קיימא, אנרגיה מתחדשת, ריאות ירוקות, מחזור פסולת

טבלה 4: מאפייני החוסן האישי, הקהילתי והלאומי. מבוסס על המסגרת הרב מימדית להגדרת המושג חוסן. פדן וגל (2020)

חלק ב' – חוסן נפשי

למרות שמושג החוסן שימש, מאז המאה ה-17 וה-18, לתיאור העוצמה הרגשית והחוסן של אנשים, קהילות ועמים שלמים כנגד משברים יוצאי דופן, השימוש בו נותר שימוש פופולרי ומעורפל ולא הבשיל לכדי הגדרה אמפירית. המחקר הפסיכולוגי בנושא חוסן החל להתפתח מתוך התייחסות לטראומה ולסטרס (דחק או מתח נפשי) כפתולוגיות (מחלות נפש), ובניסיון למנוע את התפתחותם באמצעות מודלים של חוסן, כאשר תצפיות על אנשים שמתמודדים טוב מהצפוי, ואפילו משתפרים כתוצאה מהמצוקות, הניחו את הבסיס למושג החוסן המודרני (Masten, 2001). הנחה זו היא מהותית ל**מודל הפתוגני** (פתוגן: מקור החולי), שמבוסס על התפיסה שפעולת המערכת האנושית תקינה, ושמירת הבריאות עניינה במניעת הפתוגנים (גורמים חיצוניים מזיקים). לכן, בכל הנוגע לשמירת הבריאות הנפשית, יש להימנע מגורמי הסיכון – סטרס וטראומה.

ב.1. המודל הפתוגני לחוסן נפשי

מקור המילה "טראומה" הוא ביוונית, ומשמעותו "פצע", ובדומה למושג "חוסן", גם המושג "טראומה" (Trauma) משמש במשמעות כפולה, כמושג שהוראתו גופנית וכמושג שהוראתו נפשית. מושג הטראומה התפתח מתוך ההתייחסות לפציעות גופניות. מאז סוף המאה ה-19, המושג טראומה החל להתייחס למגוון ההשפעות הפסיכולוגיות הנובעות מחוויות מעוררות דחק (או האיום של חוויות שכאלה), ובעיקר של אלימות, פציעה ואובדן (Pedersen, 2015).

עדות ראשונה לפוסט-טראומה כתופעה נרחבת היא תסמונת מהמאה ה-19, שנקראה 'תסמונת גב הרכבת'. הרופא ג'ון אריקסן (Erichsen, 1867) בדק ואבחן סימפטומים שיוחסו לנפגעי תאונות רכבת, וגילה שבין הנפגעים היו כאלה שפיתחו תסמינים כגון עוויתות, חולשה, נדודי שינה, דופק חלש, וכדומה, זאת מבלי שנמצאה אצלם פגיעה פיזית או נירולוגית. הוא הסיק כי בנפגעים אלה ההלם והטלטלה פגעו במערכת העצבית באופן בלתי נראה. התסמונת בה טיפל נקראה "תסמונת גב הרכבת" והיא מכונה כיום PTSD או "הפרעת דחק פוסט טראומטית" (ויצטום, 2020).

הראשון שאפיין את התופעה שהיום מכונה PTSD היה הרופא ג'ייקוב מנדז דה קוסטה, שעבד בבית-חולים צבאי בזמן מלחמת האזרחים האמריקאית (1861-1865), ותיאר הפרעות קרדיאליות במונחים "הלב הרגיז" או "לב החייל", תופעה שבה חיילים סובלים מהתקפי דפיקות לב, כאבים בחזה וקוצר נשימה (Shugol, 2020). במהלך מלחמת העולם הראשונה, התופעה קיבלה את הכינוי "הלם פגזים" (Shell shock), כאשר מספרם הרב של הנפגעים איים על האפשרות להמשיך ולהילחם, המדינות נאלצו להכיר לראשונה בטראומה הנפשית, ופיתחו תיאוריות לגביה, כמו גם שיטות טיפול בהפרעה. ב-1922 נכתב דו"ח ועדת החקירה של משרד המלחמה הבריטי בנושא. הוועדה התחמקה מנושא גורמי ההפרעה, וגם מהשאלה מי אחראי וישראל עבר השלכותיה. כל המחקרים והעדויות הראו שהטראומה הנפשית יוצרת סבל נפשי קיצוני ופוגעת בתפקוד. חרף זאת, התשובות

לשאלה האם טראומה פסיכולוגית לבדה (בלי פגיעה פיזית) יכולה לגרום למצוקות נפשיות מתמשכות ותחלואה, הושפעו מערכים ומאינטרסים, והיו מעורבים בהן שיקולים כלכליים, כמו גם שאיפות של מדינות (ושל חברות הביטוח) לתלות רק באדם ובחוסנו את הסיבות להתמוטטות נפשית. בדרך הארוכה להכרה בטראומה הנפשית, להבנתה ולגיבוש דרכים להתמודדות עימה היו כמה תחנות מרכזיות, רובן צבאיות, שכן מלחמות וסכסוכים אלימים גובים את המחיר היקר ביותר הן בפגיעות גופניות הן בפגיעות נפשיות (ויצטום, 2020).

לאחר מלחמת העולם השנייה היו חוקרים שהגדירו את הסימפטומולוגיה הרחבה של ניצולי השואה כ"תסמונת מחנה הריכוז". התסמונת הוגדרה במהלך "משפט אייכמן" (1961), שעורר תגובות פוסט-טראומטיות, לא רק בקרב העדים שנאלצו לשחזר את זיכרונותיהם מתקופת השואה, אלא גם בקרב הניצולים שצפו במשפט. בדומה לתסמיני ה-PTSD (שעדיין לא הוגדרו בשנות השישים), ניתן היה לזהות תגובה פוסט טראומטית נדחית, המופיעה בסמוך לטריגר המזכיר את הטראומה.

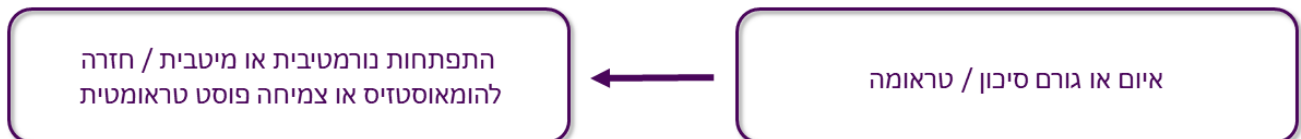
בשנת 1970, בשיאה של מלחמת וייטנאם, הוקם ארגון חדש - ותיקי וייטנאם נגד המלחמה (לואיס-הרמן, 1992). החיילים המשוחררים שפעלו נגד המלחמה הקימו קבוצות שיחה, ובמפגשים האינטימיים הללו, שיתפו את חוויות המלחמה הטראומטיות, וחוו אותן מחדש. הם גם הזמינו פסיכיאטרים אוהדים להגיש להם סיוע מקצועי, ועד אמצע שנות ה-70 קמו מאות קבוצות שיחה לא רשמיות. בסוף העשור, בעקבות לחץ פוליטי של ארגוני החיילים המשוחררים, ניתנה הרשאה חוקית לתוכנית לטיפול נפשי, כמבצע סיוע של מנהל החיילים המשוחררים. כחלק מהתוכנית קמו יותר ממאה מרכזי סיוע. צוותיהם אוישו בוותיקי המלחמה והתבססו על עזרה עצמית – דגם טיפול שעיקרו קבוצות ייעוץ עצמי. פעילות ארגוני החיילים נתנה גם מוטיבציה למחקר פסיכיאטרי שיטתי.

בזכות הלגיטימיות המוסרית של התנועה נגד המלחמה והחווייה הלאומית של תבוסה במלחמה שהוטל בה דופי, הוכרה הטראומה הנפשית כמורשת ארוכת ימים ובלתי נמנעת של המלחמה. בשנת 1980 (במהדורה השלישית של ה-DSM)²⁵ נעשתה תסמונת הטראומה הנפשית, בפעם הראשונה, אבחנה אמיתית. באותה שנה כללה האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית (APA) במדריך הרשמי שלה להפרעות נפשיות (DSM) קטגוריה חדשה: "הפרעת דחק פוסט-טראומטית" (PTSD). המאפיינים הקליניים שלה חפפו את מאפייני הנירוזה הטראומטית שתיאר קרדינגר (1941) ארבעים שנה קודם לכן.

²⁵ מדריך לאבחון וסטטיסטיקה של הפרעות נפשיות (DSM): ספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקאי, שמטרתו לאבחן ולסווג את הפרעות הנפש על פי תסמיניהן. את הספר מוציאה לאור האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית (APA).

מטראומה לחוסן

מאסטן (Masten, 2001) מתארת את ראשית המחקר בנושא חוסן, שהחל בתחומי הפסיכופתולוגיה ההתפתחותית, בהקשר של ילדים שנחשפו לתנאי חיים קשים וכרוניים, ובכל זאת התפתחו באופן נורמטיבי. מאסטן מגדירה את החוסן כהתפתחות נורמטיבית או מיטבית, למרות איומים משמעותיים על יכולת ההתמודדות וההסתגלות. לפיכך, על מנת לדון בחוסן, עלינו להתחיל בזיהוי האיום או גורם הסיכון מצד אחד, ולהגדיר מהי התפתחות נורמטיבית או מיטבית מהצד השני.



תרשים 38: מטראומה לחוסן

הספרות המחקרית בנושא חוסן בהקשר של טראומה החלה לפרוח בשנות ה-90 של המאה ה-20 (Pat-Horenczyk, Ford & Brom, 2008), ובדומה להגדרה של מאסטן (2001), החוסן הוגדר כקשור באופן מהותי לקיומו של אירועים מעוררי דחק שעלים יש להתמודד, ואינו מתייחס לתפקוד בזמן שגרה (Roisman, 2005; Bonanno, 2004).

במקור, הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) הומשגה כתגובה נורמטיבית לטראומה נפשית מטלטלת, אך בד בבד עם הצטברות הראיות המחקריות, ניתן היה לזהות שונות רחבה בשכיחות של PTSD בעקבות חשיפה לסוגים שונים של סטres, והחלה להתגבש הסכמה לרעיון שחשיפה לאירוע טראומטי לא תמיד מספקת הסבר מלא להתפתחות PTSD, וכי ישנם גורמים משמעותיים הקשורים בפגיעות הפרט, המכונים באופן כללי "גורמי סיכון" (Brewin et al., 2000). בין גורמי הסיכון: חומרת החוויה, העדר תמיכה חברתית לאחר הטראומה, רמת ההשכלה ועוד (ראה: י. תרשים 38). קהילות המטופלים הפסיכיאטרים, כמו גם קהילות משרד הרווחה, שפורטו בפרק הקודם, הן בגדר "קבוצות בסיכון".

חוסן נפשי: המודל הפתוגני

המושג חוסן נפשי התפתח מתוך התייחסות לטראומה ולסטרס (דחק או מתח נפשי) כפתולוגיות (מחלות נפש), ובניסיון למנוע את התפתחותם.

המודל הפתוגני מזהה גורמי הסיכון להפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD):

גורמי סיכון: מאפייני החוויה והאירוע	גורמי סיכון: מבוגרים	גורמי סיכון: ילדים	גורמי סיכון: מבוגרים וילדים
חומרת החוויה הטראומטית בעת האירוע	נשים	שלב התפתחותי מוקדם יותר	העדר תמיכה חברתית לאחר הטראומה
מידת הסכנה לחיים במהלך האירוע / שכול / פגיעה	רמת השכלה נמוכה	רמת השכלה גבוהה יותר	מידת הסטרס בחיי האדם לאחר האירוע הטראומטי
דיסוציאציה במהלך האירוע	מצב סוציו-אקונומי נמוך	תגובות הורים לטראומה	חשיפה קודמת לטראומה
סוג הטראומה – אלימות בינאישית (מלחמה, אונס)		מידת התמיכה מההורים	עומס אלוסטטי (Allostatic Load) לפני האירוע
סוג הטראומה – פגיעה מינית בילדות		חומרת הסימפטומים של ההורה בתגובה לאותו גורם דחק	קשיים פסיכולוגיים לפני האירוע הטראומטי
חשיפה לאירוע מעורר דחק		הקשר ההורי	פסיכופתולוגיה במשפחת המקור
		בנים פגיעים יותר להפרעות התנהגות ושימוש בחומרים	
		בנות פגיעות יותר להפרעות במצב הרוח והפרעות סומטיות	

תרשים 39: גורמי סיכון ל-PTSD. נוי, שבתאי (2000)¹. **מצבי לחץ טראומטיים**. תל אביב: הוצאת שוקן.

© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

ב.2. המודל הסלוטוגני לחוסן נפשי

בשנות ה-80 הציע אנטונובסקי (Antonovsky, 1979) שינוי תפיסתי בחקר הסטרס. במקום החיפוש המסורתי והמקובל אחר סטרס כמקור לפתולוגיה ולחולי, הציע אנטונובסקי שאלה שונה, אותה כינה השאלה ה"סלוטוגנית" (salutogenesis)²⁶. השאלה הסלוטוגנית בוחנת מה תורם לכך שאנשים מתמודדים עם מצבי לחץ קשים ואינם מתמוטטים. למרות ההנחה הרווחת שלחץ מביא להתמוטטות, מסתבר שרוב בני האדם מתמודדים עם מצבי לחץ שונים בחייהם, ונשארים בריאים בגופם ובנפשם. בתקופה זו, החלו להצטבר ראיות לכך ש**חוסן הוא דפוס התגובה השכיח ביותר לטראומה** (Bonanno, 2004), ולא דווקא יכולת יוצאת דופן (Bonanno, 2005; Bonanno & Mancini, 2008), ושמרבית האנשים הנחשפים לאירועים מעוררי דחק אינם מפתחים הפרעות ארוכות טווח גם אם בתחילה ישנה השפעה רגשית שלילית (Benight & Bandura, 2004; Bonanno, 2012). למשל, חוסן נמצא כדפוס התגובה השכיח ביותר להתמודדות עם **אירועי ה-11 בספטמבר** (Fredrickson, Tugade, 2005; Waugh & Larkin, 2003; Bonanno, Renniecke & Dekel, 2005), להתמודדות עם **מגפת הסארס** ולהתמודדות עם **מחלת**

²⁶ סלוטו – בריאות; סלוטוגניות – מקורות הבריאות

הסרטן, כאשר גילויים אלה הובילו חוקרים לניסיון להבין מהי התמודדות יעילה עם טראומה, ואילו גורמים קשורים בהתמודדות שבזו (Bonanno & Mancini, 2008).

כך, המחקרים המוקדמים אודות חוסן במודל הסלוטוגני התמקדו בגורמים או במאפיינים המסייעים לאנשים לשגשג בעקבות מצוקות או אסונות (Tusaie & Dyer, 2004). הממצאים ממחקרים אלה כוללים מאפיינים קוגניטיביים ויכולות מסוימות של האדם וביניהם **חשיבה מועילה** הכוללת תחושת קוהרנטיות, אופטימיות, תקווה, מטרות, מסוגלות עצמית, יצירתיות, הערכה של האדם לייחודיות של עצמו, מערכת אמונות המספקת משמעות קיומית, נרטיב חיים מגובש, מוקד שליטה פנימי ומודעות עצמית; **וגמישות** הכוללת דפוס חשובה גמיש, מגוון אסטרטגיות התמודדות וגמישות ביישומן, גמישות ביכולת ויסות עצמי וגמישות בפרשנות סובייקטיבית; מאפיינים אלה הם גורמי הגנה בתוך האדם.

גורמים סביבתיים המשפיעים על חוסן כוללים את **מערכת הקשרים החברתיים של האדם**, תמיכה חברתית נתפסת או תחושת של חיבור לסביבה ולאירועי החיים. תמיכה חברתית תוארה כגורם חשוב במספר תחומי חוסן. הגדרה קצרה מתייחסת לכמות האובייקטיבית של משאבים חברתיים וכן לתהליך התחזוק והשמירה על מערכות יחסים. תמיכה חברתית היא פשרה בין האדם וסביבתו. לכן, לא רק מספרם האובייקטיבי או תפקודם של מערכות יחסים חברתיות תורמות לחוסן, אלא גם **תפיסת התמיכה**, האופן שבו אדם מרגיש וחושב כלפי הסביבה שלו והתמיכה שלה בו. אנשים עם השקפה שלילית כלפי התמיכה המוצעת להם, עשויים להדוף אותה, ולגרום לכך שיקבלו פחות תמיכה, ויתפסו את הסביבה כפחות תומכת. כלומר, **תמיכה חברתית היא לא חד צדדית ופאסיבית, אלא מהווה תהליך הדדי ודינאמי**.

תנאים נוספים המשפיעים על חוסנו של האדם הינם מצבו הבריאותי והכלכלי, וכן מאפיינים גנטיים.

כך, גורמי חוסן, החלו להוות חלק מהתמונה הכוללת והמורכבת של מושג החוסן (Roisman, 2005; Bonanno, 2012).

ברווין ועמיתיו (Brewin, 2000) גילו במהלך המטא-אנליזה שעשו לגורמי הסיכון ל-PTSD, שגודל האפקט של כל גורמי הסיכון שהתקיימו קודם לאירוע היה יחסית צנוע, בעוד שגודל האפקט של **הגורמים שפעלו במהלך האירוע ולאחריו** (כולל **תמיכה חברתית** או העדרה) היה גדול ומשמעותי יותר מכלל הגורמים שפעלו קודם לטראומה. גילויים כגון אלה הובילו את פרופ' רחל יהודה לחקור בשאלה עד כמה התפתחות PTSD לאחר אירוע מעורר דחק קשורה בקיומם של **גורמי סיכון** ועד כמה היא קשורה בהיעדרם של **גורמי חוסן** (Yehuda, 2004). יהודה הגיעה למסקנה שיש גורמי סיכון מרכזיים, כמו חשיפה קודמת לטראומה, ואלמנטים מולדים, כמו רמות הקורטיזול הנמוכות, שמאפיינות אנשים הסובלים מ-PTSD, ואת צאצאיהם (למשל דור שני לשואה), אך יש גם חשיבות לגמישות בפרשנות הסובייקטיבית לאחר הטראומה, **ולתמיכה החברתית**, כאשר קיומם של שני גורמי חוסן אלה, מאפשר לאנשים עם פגיעות ל-PTSD לעבור למסלול של החלמה. בהתאם לגישה הסלוטוגנית, המתמקדת

בחיפוש אחר הכוחות והמשאבים, התורמים לבריאות ולרווחה, יותר מאשר הסיכון לחולי, יהודה טוענת שריפוי מטרומה דורש התמודדות עם ההכרה בפגיעות שלנו כבני-אדם, באופן שמקדם למידה וחוסן.

חוסן נפשי: המודל הסלוטוגני

מחקרים אודות חוסן במודל הסלוטוגני מתמקדים בגורמים או במאפיינים המסייעים לאנשים לשגשג בעקבות מצוקות או אסונות ובדרכים להגברתם.

מאפיינים אלו מופו במסגרת ספרינט חוסן נפשי וקהילתי:

תנאים אובייקטיביים כגון גנטיקה מצב בריאותי, כלכלי ועוד	גמישות	קשרים חברתיים	חשיבה מועילה
	דפוס חשיבה גמיש	כישורים חברתיים	תחושת קוהרנטיות (משמעות, שליטה)
	מגוון אסטרטגיות התמודדות גמישות ביישומן	אמון במערכת החברתית	אופטימיות
	גמישות ביכולת הוויסות העצמי	תמיכה חברתית	תקווה
	גמישות בפרשנות הסובייקטיבית	תמיכה משפחתית	מטרות
		תפיסת התמיכה החברתית	מסוגלות עצמית
		יכולת לבקש עזרה	יצירתיות
		אמון באחר	הערכה של האדם לייחודיות של עצמו (משמעותיות)
		שייכות והשתתפות חברתית	מערכת אמונות המספקת משמעות קיומית (כולל אמונה דתית)
		רצון לייצר לכידות חברתית	נרטיב חיים מגובש
		השתתפות בפעילויות הקהילה	מוקד שליטה פנימי
		חיבור לקהילה	מודעותו העצמית

תרשים 3: רכיבי החוסן הנפשי כפי שמופו במסגרת ספרינט חוסן נפשי וקהילתי

© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

למרות שהקשרים הספציפיים בין הגורמים האינדיבידואליים לבין הגורמים הסביבתיים נותרו מובנים באופן חלקי בלבד, הצורך למקסם את החוסן במאמץ להקטין את העלייה בשכיחות ההפרעות הנפשיות, הניע את פיתוח התוכניות להגברת החוסן. חלק מהתוכניות התמקדו במיקסום גורם ספציפי כגון **תמיכה חברתית** (Belgrave et al., 2000; Shapiro, 2002), בעוד שאחרות נקטו בגישה **פסיכותרפיה מסורתית** יותר (Connor & Davidson, 2003). ריצ'רדסון (Richardson, 1998, 1999) פיתח פורמט של סמינר להכשרת מבוגרים במסגרת ארגונית וכן פורמט עבור תלמידי תיכון. למרות שתוכניות אלה מציגות שיפור ראשוני

בעקבות ההתערבות, ככל הידוע, עד כה לא נעשו מחקרי אורך הבודקים קידום חוסן יחד עם הפחתת גורמי סיכון במסגרות ארגוניות.

טוסי ודייר (2004) טוענות כי יש שלושה לקחים שיש ללמוד בכל הנוגע לחקר החוסן:

1. חשיבותה של נקודת מבט דינאמית ואינטראקטיבית להבנת החוסן
2. מורכבות המושג חוסן דורשת השקפה הוליסטית
3. יש חשיבות לחשיפה של סטודנטים למקצועות הבריאות להתערבויות מגוונות ככל האפשר ולפרספקטיבות תיאורטיות שונות.

באופן כללי יותר, יש לקחת בחשבון שהמודל הפתוגני והמודל הסלוטוגני אינם מודלים סותרים אלא משלימים, וכי **יש לשים דגש על הפחתת גורמי סיכון, כמו גם על קידום, חיזוק ושימור גורמי חוסן**, כאשר מסקירת הספרות עולה כי **גורם החוסן המשמעותי ביותר לאחר טראומה הוא איכות התמיכה החברתית הנתפסת**, ולכן מספר לא-מועט של תוכניות לקידום חוסן מתמקדות אך ורק בקידום, חיזוק ושימור של סביבה תומכת ברמת המשפחה, החברים והקהילה.

חוסן נפשי: המודל הפתוגני והמודל הסלוטוגני

- המודל הפתוגני והמודל הסלוטוגני אינם מודלים סותרים אלא משלימים, לכן **יש לשים דגש על הפחתת גורמי סיכון, כמו גם על קידום, חיזוק ושימור גורמי חוסן**
- **גורם החוסן המשמעותי ביותר לאחר טראומה הוא איכות התמיכה החברתית הנתפסת**, ולכן מספר לא-מועט של תוכניות לקידום חוסן מתמקדות אך ורק בקידום, חיזוק ושימור של סביבה תומכת ברמת המשפחה, החברים והקהילה

ב.3. מסלולי חוסן, החלמה וטראומה

בשני העשורים האחרונים, נעשה ניסיון לחקור חוסן, לא רק כתכונת אישיות, אלא גם כתהליך דינאמי מורכב, המצוי באינטראקציה עם גורמים סביבתיים, גורמים אישיים, גורמי דחק וגורמים אחרים (Agaibi & Wilson, 2005; Fairbank et al., 2007; Masten, Monn & Supkoff, 2011; Pat-Horenczyk, Rabinowitz et al., 2008; Layne et al., 2009; Bonanno,

(Bonanno, 2004, 2012). הבחינה של תגובות לטראומה **כתהליך דינאמי**, משמעה זיהוי דפוסים או **מסלולי התמודדות** עם טראומה, כמו גם את השינוי שעוברים מסלולים אלו לאורך זמן, כולל הפרעות בתפקוד, עיכובים בתגובות פוסט טראומטיות, התאוששות וחוסן פסיכולוגי – בהנחה שכל המשתנים הללו לאורך זמן מהווים חלק ממסלולי ההתמודדות עם טראומה (Bonanno & Mahncini, 2012).

לפי אגאיבי ווילסון (Agaibi & Wilson, 2005) ישנן שתי הגדרות לחוסן:

1. מניעת התפתחות של הפרעת דחק פוסט טראומטית בעקבות אירוע מעורר דחק (סטרס);

2. התאוששות מוצלחת מסימפטומים של דחק (סטרס) אקוטי.

בונאנו וליין (Bonanno, 2004, 2012; Layne et al., 2009) רואים בשני התהליכים הללו **מסלולי התמודדות** נפרדים עם טראומה ולא שני סוגי חוסן. השניים מתייחסים להגדרה השנייה, התאוששות, **כמסלול של החלמה**, המאפיין יציאה ממצב של מצוקה משמעותית, בפרק זמן של מספר חודשים עד מספר שנים. ההגדרה הראשונה, לעומת זאת, מתייחסת לחוסן כדפוס תגובה שונה לחלוטין מהחלמה, שיכול להתאפיין במידה מסוימת של מצוקה, אבל לא במידה המאפיינת את מסלול ההחלמה, כאשר דפוס זה של תגובה מסתיים בחזרה לתפקוד רגיל תוך שבועות או חודשים מעטים (Bonanno, 2004). ליין ועמיתיו (2009) טענו כי זו היא למעשה ההגדרה ל"**עמידות**". לטענתם, **חוסן מאפשר התאוששות מוצלחת מסימפטומים של הפרעת דחק פוסט טראומטית**, בעוד **עמידות מאפיינת אנשים שלגורם הדחק לא היה כמעט השפעה עליהם**, והם המשיכו בתפקוד יציב ומיטבי הן בזמן החשיפה לגורם הדחק והן לאחריו (Bonanno, 2004, 2012; Layne et al., 2009).

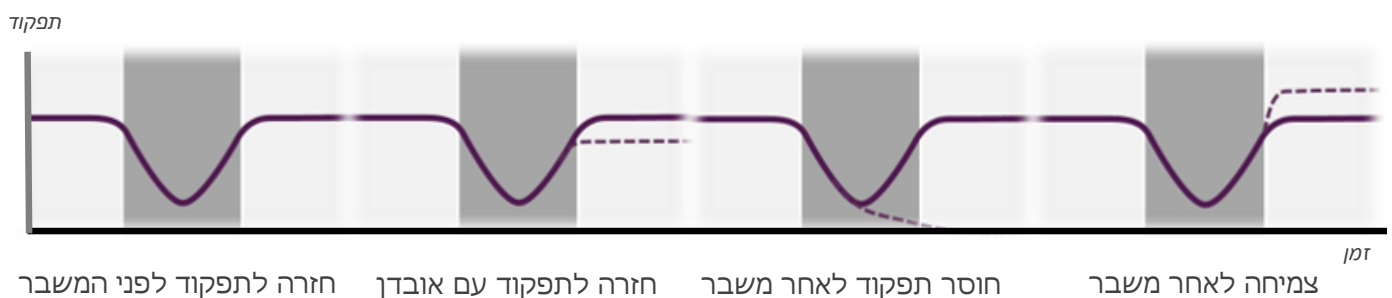
בונאנו ומאנצ'יני (Bonanno & Mahncini, 2012) מדגישים כי ההבחנה בין **החלמה לחוסן**, חשובה יותר מההבחנה בין **חוסן לעמידות**, וכי **עמידות היא מסלול התמודדות נדיר יחסית**, ורואים אותו רק לעיתים רחוקות ביחס לטראומה יחידנית, כשהוא מאפיין בעיקר מחקרים התפתחותיים העוסקים בתנאי חיים קשים אך יציבים יחסית לאורך זמן. למרות חילוקי הדעות, ישנן מספר הסכמות לגבי חוסן, כאשר המשמעותית ביותר היא שחוסן מתאפיין בתפקוד יציב יחסית, בזמן החשיפה לגורם הדחק ולאחריו. כמו כן, ישנה הסכמה כי חוסן אינו שקול להיעדר תסמינים, היינו לעמידות, וכי לרוב מופיעים סימני מצוקה מסוימים בתגובה לטראומה יחידנית, אך אלה אינם פוגעים משמעותית בתפקוד, ואינם מתמידים לאורך זמן (Bonanno, 2004, 2012).

מודלים לחוסן נפשי כתהליך

מודל תהליך חוסן שהוצע על ידי ריצ'רדסון ועמיתיו (Richardson et al., 1990) דומה למודלים אחרים שפותחו על ידי רוטר (Rutter, 1985, 1993), וולין וולין (Wolin & Wolin, 1993) ומסטן (Masten, 1994). מודל תיאורטי זה מציג איזון ביו-פסיכו-

רוחני בתוך הפרט, המושפע ממצוקות, אירועי חיים וגורמי חוסן (Tusaie & Dyer, 2004). בעקבות הפרעה בהומאוסטזיס, ישנה אינטגרציה מחדש, מודעת או לא-מודעת, וכתוצאה מכך מתרחשת תוצאה אחת מתוך ארבע אפשרויות:

1. אינטגרציה מחדש בחזרה לאיזון הקודם
2. אינטגרציה מחדש עם אובדן
3. אינטגרציה דיספונקציונלית (לא מתפקדת או מתפקדת באופן פחות מיטבי בהשוואה לזמן שקדם למשבר)
4. גמישות באינטגרציה מחדש, וכתוצאה מכך צמיחה, הבנה עצמית וחוסן מוגבר



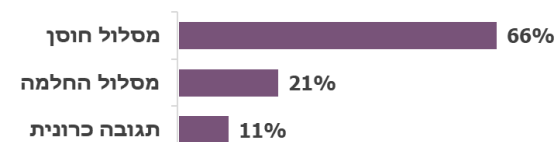
© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 40: מודל תהליך חוסן שהוצע על ידי ריצ'רדסון ועמיתיו (Richardson et al. (1990

חוקרים אחרים התמקדו במודל צר יותר של חוסן. מנדלקו ופירי (Mandleco & Peery, 2000) התמקדו במודלים של חוסן במיוחד לילדים, ומודל חוסן לבני-נוער פותח על ידי טוסי-ממפורד (Tusaie-Mumford, 2001). כיוון אחר בפיתוח מודלים לחוסן הביא להתרחבות של תיאור החוסן במערכות גדולות יותר, כמו **משפחות** (Patterson, 2002) ו**קהילות** (Tobin & Whiteford, 2002). כל המודלים היו עקביים בזיהוי החוסן כתהליך דינאמי הכולל משא ומתן אישי לאורך החיים ותנודתיות בחוסן לאורך זמן, שלב התפתחותי (בילדות, בהתבגרות או בבגרות) וההקשר של האירוע הטראומטי.

כפי שראינו, **מודלים של חוסן הם למעשה מודלים משולבים לחוסן ולטראומה, כאשר יש מסלולי חוסן, מסלולי עמידות,**

מסלולי החלמה, ומסלולי טראומה. ניתן לתת אומדן יחסית מדויק של



תרשים 41: מסלולי החוסן. Galatze, r-Levy, Huang & Bonanno

מסלולי החוסן, בהתבסס על סקירת ספרות בנושא טראומה והחלמה,

ובאמצעות חישוב סטטיסטי מורכב ורב-משתנים (Galatzer-Levy,)

(Huang & Bonanno, 2018). ניתן להתרשם שכשני שלישי מהאנשים

מציגים מסלולי חוסן בהתמודדות עם אירוע טראומטי ועוד כחמישית (2018)

מציגים מסלולי החלמה. שני מסלולים דיספונקציונליים (פתוגנים) הם מסלולי התגובה הכרונית (PTSD) והתגובה המושהית (PTSD מושהה) שביחד מאפיינים כחמישית מהאנשים שעוברים אירוע בעל פוטנציאל טראומטי.

פרדוקס החוסן

עשרות שנים של מחקר הראו בעקביות שמסלול ההתמודדות של חוסן, התפקוד הבריא והיציב, הוא אכן המסלול השכיח ביותר בעקבות אירוע בעל פוטנציאל טראומטי (Bonanno, 2021b). עם זאת, ניסיונות לנבא חוסן חושפים פרדוקס: המתאמים בין מסלולי החוסן ובין גורמי החוסן הם לרוב כל כך קטנים, שלא ניתן לזהות במדויק מי יהיה עמיד בפני טראומה פוטנציאלית ומי לא. בונאנו (2021b) מכנה את חוסר היכולת לנבא חוסן מתוך כלל גורמי החוסן הקיימים – פרדוקס החוסן.

בעקרון, היינו רוצים שיהיה לנו אלגוריתם, שאליו נכניס את הנתונים של האירוע, מאפייני האישיות של האדם והגורמים הסביבתיים, ונקבל פלט המסווג כל אדם לרמת סיכון ידועה מראש לתגובה לא-מסתגלת לאירוע בעל פוטנציאל טראומטי. יאמר לזכות המחקר בנושא טראומה, שכיום ניתן לנבא את הסיכון למסלולים פתוגניים (PTSD ו-PTSD מושהה) עבור כל אדם, בשל מודל רב משתני, המבוסס על למידת מכונה, שהוצג השנה (Schultebraucks, Choi, Galatzer-Levy & Bonanno, 2021), והתבסס על מנבאים גנטיים (21 ציוני סיכון פוליגניים), חברתיים ופסיכולוגיים. עם זאת, למרות שהניבויים עבור המסלולים הפתוגניים היו מדויקים, הניבויים עבור מסלולי החוסן וההתאוששות היו טובים במידה בינונית בלבד. בונאנו (2021b) טוען ששאלוני חוסן מתעלמים מהפרדוקס על ידי הכללת מספר קטן של מנבאים מרכזיים. בד בבד, שאלונים אלה אינם מציגים יכולת ניבוי טובה. עם זאת, גם הגישה ההפוכה, היינו הכללת כל המנבאים האפשריים באמצעות מודל רב-משתני או למידת מכונה, לא מצליחה כאמור לספק מענה לפרדוקס החוסן, אלא רק לדיוק בניבוי של מסלולי הטרומה.

רצף הגמישות

מנבאי החוסן אינם מדויקים משום שלא כל גורמי ההגנה מועילים בכל מצב, מול כל אירוע טראומטי ובכל נקודת זמן. כלומר, המנגנון שעומד בבסיס החוסן חייב להיות כרוך בתהליך שיפוט כלשהו; דרך כלשהי להבין, מרגע לרגע, מה יכולה להיות התגובה הטובה ביותר, ולאחר מכן לעסוק ביישום מוצלח של תגובה זו. אבל איך אדם עושה את זה? כיצד אדם יקבע, למשל, מתי לבקש תמיכה מאחרים, מתי יש להשתמש בהסחת דעת, מתי לדבר על האירוע, או לנסות להבין אותו, או לשמור על מצב רוח מרומם, וכיוצא באלה? בונאנו (2021b) מציע שהתהליך והמנגנון שעומד בבסיס החוסן הוא **ויסות עצמי גמיש** (Bonanno, 2005, 2021a).



תרשים 42: רצף הגמישות, בונאנו (2020)

בונאנו (2020b) מדגיש כי בהתאם לאופי האתגרים ולמצבים השונים, אדם עשוי לעבור את רצף הגמישות, המוצג באיור שלעיל, מספר פעמים. לדוגמה, מצב קשה או תובעני במיוחד, מחייב תיקון, התאמה ושינוי של אסטרטגיית ההתמודדות שוב ושוב. בנוסף, מכיוון שהאתגרים והמצבים השונים אינם סטטיים, אלא משתנים כל הזמן, אסטרטגיית ההתמודדות היעילה ביותר עשויה להשתנות מספר פעמים במהלך פרק הזמן שבו מתרחש האירוע מעורר הדחק, ולאחריו (Folkman & Moskowitz, 2004). במילים פשוטות, מה שעובד ברגע אחד, יכול שלא לעבוד ברגע הבא, ולעתים קרובות יש צורך לעבור את רצף הגמישות מספר פעמים במהלך האירוע מעורר הדחק ולאחריו. לבסוף, לתגובות דחק טראומטיות מתמשכות יותר, ייתכן שיהיה צורך לעבור את הרצף שוב ושוב, על פני תקופה הנעה בין מספר שעות למספר שבועות ואפילו יותר.

עד כה, השלבים של רצף הגמישות נחקרו כמעט אך ורק במנותק זה מזה. אולם לאחרונה, חן ובונאנו (Chen & Bonanno, 2021) גילו פרופילים סמויים של יכולות אלה. ואכן, רוב האנשים התאימו לפרופילים של יכולת בינונית או גבוהה עבור כל שלושת השלבים. הדבר הגיוני משום שאם **גמישות היא מנגנון החוסן, ורוב האנשים מתמודדים עם אירועים טראומטיים במסלולי חוסן, אז גם רוב האנשים צריכים להיות גמישים למדי**. החוקרים זיהו גם שלושה פרופילים פחות שכיחים, שכל אחד מהם מאופיין בחיסרון ביכולת אחת (שמתאימה לאחד משלושת השלבים). שלושת הפרופילים האלה היו קשורים ברמות גבוהות של דיכאון, אך הפרופיל השלישי, שמאופיין ברגישות נמוכה להקשר (פרשנות שאינה תואמת את הסיטואציה), נקשר באופן גם באופן ייחודי לרמות גבוהות יותר של חרדה.

לסיכום, חוסן נפשי הוא מושג רב-ממדי בעל חמש הגדרות שונות:

1. התפתחות בריאה, הסתגלות בריאה ותחזוקה שוטפת שלהן
2. מאפייני אופי או אישיות (טיפוסי אישיות בעלי חוסן)
3. מארג של יכולות, מאפיינים ומשאבים
4. תהליך רב-ממדי
5. תוצאה חיובית לאחר אירוע בעל פוטנציאל טראומטי

כל ההגדרות הללו מצטרפות יחדיו ליצירת יכולת גמישה של לימוד והסתגלות, מיומנות בפרשנות תואמת-מצב, בחירת אסטרטגיות, יישום מוצלח שלהן, ועיבוד הפידבק מהסביבה. חוסן הוא למעשה מושג-על, שמתאר מספר רב של אלמנטים, המתגלים לעינינו ומשתנים עם חלוף הזמן.

חוסן נפשי: מסלולי חוסן, החלמה וטראומה

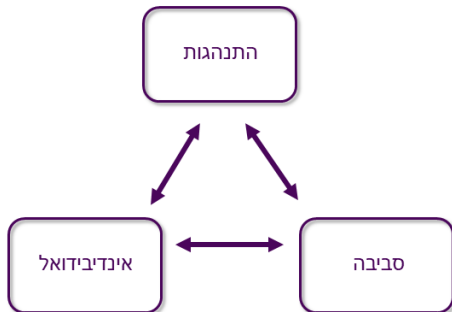
- **חוסן הוא תהליך דינאמי**, הכולל משא ומתן אישי לאורך החיים ותנודתיות בחוסן לאורך זמן, שלב התפתחותי (בילדות, בהתבגרות או בבגרות) וההקשר של האירוע הטראומטי
- **מסלול ההתמודדות של חוסן הוא המסלול השכיח ביותר** בעקבות אירוע בעל פוטנציאל טראומטי
- **פרדוקס החוסן** - ניסיונות לנבא חוסן חושפים כי המתאמים בין מסלולי החוסן ובין גורמי החוסן הם לרוב כל כך קטנים, שלא ניתן לזהות במדויק מי יהיה עמיד בפני טראומה פוטנציאלית ומי לא
- **רצף הגמישות** - המנגנון שעומד בבסיס החוסן כרוך בויסות עצמי גמיש, המאפשר להבין, מרגע לרגע, מה יכולה להיות התגובה הטובה ביותר, ולאחר מכן לעסוק ביישום מוצלח של תגובה זו

4.ב. מסוגלות עצמית ויכולת התמודדות – גישת ההעצמה

אחת ההגדרות השכיחות ביותר לחוסן אישי היא המסוגלות העצמית (Self-Efficacy). המושג הוצע על ידי אלברט בנדורה (Bandura, 1977) כאחד מאבני היסוד של תיאוריית הלמידה החברתית-קוגניטיבית (Social Cognitive Theory). נקודת המוצא התיאורטית של בנדורה היא כי האדם הינו יצור חברתי, וכי לא ניתן להבין את האופן שבו הוא לומד, גדל ומתפתח ללא

95

היכרות מספקת עם הסביבה החברתית בה הוא חי. תהליך הלמידה של האדם מושפע בראש ובראשונה מהסביבה, כאשר באמצעות החיברות אדם לומד את ההתנהגויות והערכים המקובלים בקבוצת ההשתייכות שלו.



תרשים 43: האינטראקציות בין הסביבה, האינדיבידואל וההתנהגות מנבאות את יכולת ההתסגלות והחוסן. (Benight & Cieslak, 2011)

בנדורה ראה את כל מגוון ההתנהגויות האנושיות כנובע מהמשחק שבין הגורמים הפנימיים לחיצוניים (Evans, 1989). התיאוריה שלו מתמקדת באינטראקציות הדו-כיוונית המקשרות בין האדם, הסביבה וההתנהגות (Benight, 2012). על פי התיאוריה החברתית-קוגניטיבית, האדם מסוגל להתאים את עצמו לסביבה ולדרישותיה דרך האינטראקציות עם הסביבה באמצעות ויסות עצמי (Benight & Cieslak, 2011). ויסות עצמי זה מתבסס על מנגנון פידבק פנימי (הערכות קוגניטיביות) וחיצוני (שינויים סביבתיים). ההערכות הקוגניטיביות שמאפשרות לאדם לפרש הצלחה או כישלון, הן אלו העומדות בבסיס יכולתו לשנות את התנהגותו ואת הקוגניציות שלו במקרה הצורך. מודל המסוגלות העצמית ניתן

להמחשה כמשולש שווה צלעות. בקודקוד האחד נמצאים הגורמים האישיים (אמונות, ציפיות ודימוי עצמי); בקודקוד השני נמצאת ההתנהגות הגלויה ובקודקוד השלישי נמצאות ההשפעות הסביבתיות. כל אחד מהקודקודים הללו משפיע באופן עקבי ומתמשך אחד על שני האחרים: הסביבה מעצבת את התנהגות האדם באמצעות מערכת של חיזוקים ועונשים, המשפיעים על האמונות ועל הציפיות שלו. ההתנהגות משפיעה על הסביבה ומשנה אותה וכן הלאה.

האמונה המתפתחת באדם על סמך פירושים אלו לגבי יכולתו לפעול באופן יעיל אל מול אירועים המשפיעים על חייו היא-היא המסוגלות העצמית הנתפסת (Bandura, 1994). בניט ובנדורה (Benight & Bandura, 2004) רואים במסוגלות העצמית את הבסיס לתפיסת ה-agency כיוון שהיא משקפת את התפיסה האנושית, לפיה לאדם יש את הכוחות הנחוצים כדי ליצור אפקטים רצויים בעזרת פעולותיו. **זהו למעשה הבסיס הפסיכו-סוציאלי לגישת ההעצמה הן ברמה האישית והן ברמה הקהילתית.** גישה זו מעודדת פיתוח תחושות של אחריות ומשמעותיות באמצעות קבלת תפקיד חברתי ועזרה לאחר.

בנדורה טען שמה שקובע את התוצאות שלנו בביצוע משימה מסוימת אינו רק הכישורים, הידע והניסיון שרכשנו באותו התחום, אלא גם האמונה שלנו ביכולת שלנו להצליח במשימה. את האמונה הזו ביכולת כינה בנדורה מסוגלות עצמית. בנוסף, הוא טען שלרמת המסוגלות העצמית יש השפעה ניכרת על התפקוד והרווחה הפסיכולוגית של הפרט. אנשים עם מסוגלות עצמית נמוכה פגיעים יותר ללחצים ולדיכאון כאשר הם נכשלים במשימות. לעומתם, אנשים בעלי רמות גבוהות יותר של מסוגלות עצמית יכולים להמשיך ולהתמיד על אף הכישלונות, עד שיגיעו להצלחה שאלה הם שואפים.

בנדורה ראה את שיפור המסוגלות העצמית של האדם כאחת המטרות המרכזיות של הטיפול הפסיכולוגי. טיפול זה מורכב לרוב מחיזוק ההערכה העצמית של הפציינט באמצעות הארת המיומנויות החיוביות שהוא מחזיק ברשותו, לצד התנסות בהצלחות בפועל עם משימות ברמת קושי הולכת ועולה. עקרונות אלו מנחים טיפולים באמצעות חשיפה הדרגתית בהפרעות חרדה כגון פוביות ספציפיות וחרדה חברתית.

באופן אופרציונלי, המסוגלות העצמית הוגדרה כהערכה שיש לאדם לגבי יכולותיו לארגן ולהוציא לפועל את הנחוץ לו לשם השגת מטרות רצויות, ובמקביל פותחו כלים שונים, ספציפיים לתחומי חיים שונים, למדידת המסוגלות העצמית (Bandura & Freeman, 1999). בנדורה פרסם מדריך לבניית סולמות מסוגלות עצמית (Bandura, 2006), המתאר סקלה בין 0 (לא מסוגל לעשות) לבין 100 (בטוח לחלוטין שמסוגל לעשות) עבור כל פעילות ו/או תחום. בהקשר זה, יש לציין כי הושמעה ביקורת משמעותית על מדדי מסוגלות עצמית לפיה הם אינם מודדים את תפיסתם של המשתתפים לגבי יכולת ההתמודדות שלהם, אלא את מוכנותם לנקוט בפעולות מסוימות (Cahill, Gallo, Lisman & Weinstein, 2006; Rodebaugh, 2006). ביקורת זו צמחה מתוך העיסוק במסוגלות עצמית בהקשר של פוביות וחרדה.

מסוגלות עצמית והתמודדות עם טראומה

אנשים המתאפיינים במסוגלות עצמית גבוהה רואים במשימות קשות אתגרים ולא איומים וגם לאחר פגיעה מסוימת בתפיסת המסוגלות העצמית שלהם בעקבות כשלון הם חוזרים במהרה לתפיסה הגבוהה הראשונית (Bandura, 1994). כמו כן, מסוגלות עצמית גבוהה קשורה לתחושה פנימית של שליטה, לקוגניציות חיוביות לגבי העצמי, למוטיבציה מוגברת לפעול אל מול דרישות הסביבה, ליכולת ניהול רגשות ולקבלת החלטות אפקטיבית (Benight & Cieslak, 2011).

מחקרים רבים מצאו אפקטים משמעותיים של מסוגלות עצמית נתפסת על איכות החיים, כאשר היא מנבאת איכות חיים טובה יותר (Benight & Bandura, 2004). מסוגלות עצמית נמצאה כקשורה לסיכוי נמוך יותר לחוות דיכאון וחרדה ולנטייה מעטה יותר להשתמש בהימנעות כסגנון התמודדות (Bandura, 1994). בהתייחס לטראומה, מסוגלות עצמית היא היכולת הנתפסת של היחיד להתמודד עם הדרישות שהציב בפניו האירוע הטראומטי והשלכותיו (Benight & Bandura, 2004).

חשיבותה של המסוגלות העצמית בהתמודדות עם טראומה באה לידי ביטוי במספר תחומים. לתפיסת המסוגלות העצמית להתמודדות עם האירוע הטראומטי ישנה השפעה משמעותית על מידת הסכנה הנתפסת של האירוע (Benight & Bandura, 2004). הערכה זו של הסכנה הטמונה באירוע הינה מרכיב משמעותי בהפרעת דחק פוסט טראומטית (קריטריון A2) ומחקרים הראו שהקשר בין תפיסת המסוגלות העצמית ובין הערכת הסכנה באה לידי ביטוי גם במדדים פיזיולוגיים של עוררות.

היבט משמעותי נוסף של PTSD בו מסוגלות עצמית באה לידי ביטוי הוא באמונה ביכולתו של האדם לשלוט במחשבותיו, ובכלל זה במחשבות חודרניות, זאת על רקע ממצאים שמראים שחלק משמעותי מהמצוקה הקשורה במחשבות חודרניות נובעת דווקא מחוסר היכולת לשלוט בהן, ולא דווקא בשל התכנים בהם הן עוסקות (Benight & Bandura, 2004). בסקירת ספרות העוסקת במחקרים על מסוגלות עצמית וטראומה קולקטיבית (כמו טרור) נמצאו גדלי אפקט משמעותיים למסוגלות עצמית, הנעים בין 0.24 לבין 0.68, ונמצא קשר שלילי עם דיכאון, מצוקה, רגשות שליליים ומספר התלונות הסומטיות (Luszczynska, Benight & Cieslak, 2009). פת-הורנצ'יק ועמיתיה (Pat-Horenczyk, Rabinowitz, Rice & Tucker-Levin, 2008), כמו גם מאסטן (Masten, 2001), ראו במסוגלות עצמית את אחד המשתנים המגנים החשובים ביותר כנגד טראומה. מספר מחקרים אף הראו ש**מסוגלות עצמית** מתווכת את הקשר שבין **תמיכה חברתית** (אחד המשתנים המגנים המרכזיים ביותר) לבין **חומרת הסימפטומים של PTSD**, כאשר משמעות הדבר היא שתמיכה חברתית יכולה למנוע הופעה של הפרעת דחק פוסט טראומטית או להפחית את הסימפטומים של הפרעה קיימת (Benight & Bandura, 2004).

במחקרם של בנייט ועמיתיו (Benight et al., 2000) על מסוגלות עצמית לאחר הפיגוע באוקלהומה ב-1955, נמצא כי מסוגלות עצמית הסבירה כ-25% מהשונות של חומרת תסמיני PTSD, לאחר שליטה במשתנים: תמיכה חברתית, אובדן משאבים ותפיסת סכנת המוות. לעומת זאת, במחקרם של פלמיירי ועמיתיו (Palmieri et al., 2008) על מדגם מייצג של אוכלוסייה בצפון לאחר מלחמת לבנון השנייה, לא נמצא קשר בין ציון המסוגלות העצמית לבין אלו שסווגו כסובלים מ-PTSD לעומת אלו שלא. לוסצ'ינסקה ועמיתיה (Luszczynska, Benight & Cieslak, 2009) מצביעים על דפוס דומה של תוצאות במחקרים של טראומה קולקטיבית, כאשר מסוגלות עצמית קשורה באופן עקבי לחומרת הסימפטומים, אך הממצאים לגבי אבחנה של PTSD פחות עקביים.

חוסן נפשי: מסוגלות עצמית ויכולת התמודדות

- **מסוגלות עצמית** מתווכת את הקשר שבין **תמיכה חברתית** לבין **חומרת הסימפטומים של PTSD**, כאשר תמיכה חברתית יכולה למנוע הופעה של הפרעת דחק פוסט טראומטית או להפחית את הסימפטומים של הפרעה קיימת
- אנשים המתאפיינים במסוגלות עצמית גבוהה רואים במשימות קשות אתגרים ולא איומים
- מסוגלות עצמית גבוהה קשורה לתחושה פנימית של שליטה, לקוגניציות חיוביות לגבי העצמי, למוטיבציה מוגברת לפעול אל מול דרישות הסביבה, ליכולת ניהול רגשות ולקבלת החלטות אפקטיבית
- מסוגלות עצמית היא הבסיס לתפיסת ה-agency כיוון שהיא משקפת את התפיסה האנושית, לפיה לאדם יש את הכוחות הנחוצים כדי ליצור אפקטים רצויים בעזרת פעולותיו. **זהו למעשה הבסיס הפסיכו-סוציאלי לגישת ההעצמה הן ברמה האישית והן ברמה הקהילתית.** גישה זו מעודדת פיתוח תחושות של אחריות ומשמעותיות באמצעות קבלת תפקיד חברתי ועזרה לאחר
- למסוגלות עצמית נתפסת השפעה חיובית משמעותית על איכות החיים והיא קשורה לסיכוי נמוך יותר לחוות דיכאון וחרדה ולנטייה מעטה יותר להשתמש בהימנעות כסגנון התמודדות
- מסוגלות עצמית היא אחד המשתנים המגנים החשובים ביותר כנגד טראומה

5.ב. תחושת קוהרנטיות, זהות ונרטיב חיים

המושג **תחושת קוהרנטיות** (Sense of Coherence) הוצע על ידי אהרון אנטונובסקי בספרו "בריאות לחץ והתמודדות" (Antonovsky, 1979), כהרכב של תכונות אישיות המאפשרות לאדם להתמודד טוב יותר עם לחצים, כחלק מהמודל הסלוטוגני. אנטונובסקי זיהה שאספקת "תחושת קוהרנטיות" לגבי החיים המתגרים בפניהם האדם ניצב - משמרת את הבריאות ואף מסייעת בהתמודדות טובה יותר עם חולי. מחקרים בפסיכונוראיומולוגיה תומכים בהנחות אלה של אנטונובסקי. תחושת-הקוהרנטיות כוללת בתוכה שלושה מרכיבים: **משמעות** (הנטייה לזהות בחיים משמעות), **נהילות** (האמונה של אדם שהמשאבים העומדים לרשותו מספיקים כדי להתמודד עם הדרישות שגורמי הלחץ מעמידים לפניו) ו**מובנות** (הנטייה הקוגניטיבית למצוא סדר בעולם). מימד ה**נהילות** (Manageability) מקביל למימד **המסוגלות העצמית** (Self-Efficacy), אך

שני המימדים האחרים, **משמעות** (Meaningfulness) ו**מובנות** (Comprehensibility) הם למעשה חלק מתחושה קוהרנטית של **זהות** (Identity), שעלולה להיפגע בעת משבר.

במאמרה (שפירא, 2021), מרים שפירא בוחנת את הקשר בין מעגל הזהות לחוסן באמצעות הגישה הנרטיבית. היא טוענת, בהתבסס על מקאדמס (McAdams, 2021), ש"הנרטיב בביטוי של זהות שואף ליצור חוט מקשר בין עבר, הווה ועתיד". ואכן, לנרטיב יש תרומה משמעותית לשני מימדי "תחושת הקוהרנטיות" שהציע אנטונובסקי – המשמעות והמובנות. תיאוריות נרטיביות של זהות ומחקרים על סיפורי חיים החלו בשנים האחרונות להוות נדבך משמעותי בהבנת האישיות, כאשר לאחרונה, התפתח מושג **הזהות הנרטיבית** לכדי מושג מרכזי-מארגן בתחום האישיות (McAdams, 2021). "לפי גישות מסוימות, הנרטיב מבטא ובה-בעת מכונן את זהות האדם המספר אותו" (שפירא, 2021). בדומה לתפיסות המתייחסות לשפה לא רק כמייצגת מציאות, אלא גם כיוצרת מציאות, כך הזהות הנרטיבית משקפת את תפיסת הזהות של האדם, אך יש בכוחה גם לשנות אותה. שפירא (2021) מציינת שהזיכרונות עצמם נבנים סביב הצורך בהסתגלות למציאות משתנה, בייחוד בעיתות אתגר ומשבר, ושליפת הזיכרונות קשורה בקונטקסט החברתי שבו הם מסופרים (McAdams & Jones, 2017). כמו כן, במחקר בקרב ילדים ובני נוער נמצא כי המודעות והחיבור הרגשי של הילד לסיפור המשפחתי שלו תרמו באופן מובהק לרמת החוסן ויכולת ההסתגלות, גם כאשר מדובר בסיפורים מורכבים (Bohanek, Marin, Fivush & Duke, 2006). כך, הדינאמיות והגמישות והמורכבות של הזיכרונות והסיפור האישי מאפשרים ל**זהות הנרטיבית** להתפתח ולצמוח לכל אורך החיים, ממש כפי שכתב טום רובינס "זה אף פעם לא מאוחר מדי לחוות ילדות מאושרת" (Robbins, 1980, p. 147).

מבחינה נרטיבית, הטראומה מהווה שבר ברצף הקוהרנטי של הזהות, ולפעמים היא אכן משנה את החוויה האנושית מיסודה, ומערערת את מרקם האמון החברתי והאמונה בטוב. הגישה הנרטיבית, שהחלה להתפתח בתחומי הפסיכולוגיה בשנות השמונים (Bruner, 1986; Howard, 1989; Mair, 1989; McAdams, 1988; Polkinghorne, 1988; Sarbin, 1986), רואה בהתפתחות של הזהות עניין של יצירת סיפור-חיים וביוגרפיה קוהרנטית, את הפסיכופתולוגיה כסיפור-חיים שהשתבש, ואת הפסיכותרפיה כתרגול הסיפור-מחדש לשם תיקונו. בשנות התשעים, במאמרו "גישה נרטיבית לחשיבה, לפסיכולוגיה רב-תרבותית ולפסיכותרפיה" (Howard, 1991), הווארד הציע את המונח "רה-ביוגרפיה" (Re-Biographing) לתיאור התהליך שבו סיפור החיים מגיע אל תיקונו. קלייבר (Lee, Brock, Dattilo, & Kleiber, 1995; Brock & Kleiber, 1994), שמחקריו נערכו בקרב מטופלים שחוו פציעות גופניות קשות, הדורשות בין השאר גם שיקום פסיכולוגי-רפואי, הציע את המונח "סיפור מחדש" (Re-storying).

במאמר מ-2008 שנקרא "צמיחה פוסט טראומטית בקרב אנשים עם פגיעה בחוט השדרה" (Chun & Lee, 2008), הכותבים טוענים שממצאי המחקר שלהם משקפים את תהליך ה"רה-ביוגרפיה" של הווארד או "הסיפור-מחדש" של קלייבר. אנשים עם מוגבלות כרונית מנסים כל הזמן לגלות סיפור חלופי, כזה שיעזור להם להבין את סיפור החיים שלהם, הכולל כעת תהליך של הסתגלות וקבלת המגבלות החדשות (Howard, 1991; Lee, Dattilo, Kleiber, & Caldwell, 1996). משתתפי המחקר, שחוו קודם לכן הפרעות בתפקוד היומיומי, עברו עריכה משמעותית של סיפורי חייהם והגיעו בהצלחה לסיפורים אלטרנטיביים המאפיינים תחושה מחודשת של מסוגלות עצמית ויכולת הגשמה באמצעות מעורבות פעילה בפעילויות משמעותיות להם ובאמצעות יחסים משמעותיים עם אחרים (Chun & Lee, 2008).

מרדכי רוטנברג (Rotenberg, 1987) היה בין הראשונים שטבעו את מושג ה"רה-ביוגרפיה". בספריו, רוטנברג (1994, 1995) יוצר חיבור בין מיסטיקה קבלית לפסיכותרפיה אישית באמצעות מושג ה"רה-ביוגרפיה", וטוען כי יש קשר בין משבר ההצטרפות לכתות וההתמכרות לסמים בקרב בני-נוער לבין התעניינותם הגוברת במיסטיקה יהודית. השפה האירציונאלית של הקבלה מאפשרת להם ליצור תיקון "מיסטי" בסיפור החיים שלהם, ובזמנית מחבר אותם למסורת היהודית ולנרטיב של הקהילה היהודית, בעבר ובהווה. בדומה, איילה יחזקאל (1999) מתארת בספרה "לארוג את סיפורי החיים: רה-ביוגרפיה של ניצולי השואה" את סיפורם של 11 ניצולי שואה שתהליך ה"רה-ביוגרפיה" הביא אותם לחוויה של זהות רצופה שפניה אל העתיד.

חוסן נפשי: תחושת קוהרנטיות, זהות ונרטיב חיים

- **המושג תחושת קוהרנטיות** (Sense of Coherence) הוא הרכב של שלוש תכונות אישיות המאפשרות לאדם להתמודד טוב יותר עם לחצים וכולל שלושה מרכיבים:
 - **משמעות** (Meaningfulness) - הנטייה לזהות בחיים משמעות
 - **נהילות** (Manageability) - האמונה של אדם שהמשאבים העומדים לרשותו מספיקים כדי להתמודד עם הדרישות שגורמי הלחץ מעמידים לפניו. מקביל למימד **המסוגלות העצמית** (Self-Efficacy)
 - **מובנות** (Comprehensibility) - הנטייה הקוגניטיבית למצוא סדר בעולם
- **משמעות ומובנות** הם למעשה חלק מתחושה קוהרנטית של **זהות** (Identity), שעלולה להיפגע בעת משבר
- **נרטיב חיים מבטא ומכונן את זהות האדם המספר אותו** - מבחינה נרטיבית, הטראומה מהווה שבר ברצף הקוהרנטי של הזהות והפסיכותרפיה היא תרגול הסיפור-מחדש לשם תיקונו

תיאור דומה נמצא בספרו של ק. צטניק (1987) "צופן אדמע" ובו הוא מגולל את סיפור הריפוי שלו מנדודי שינה פוסט-טראומטיים שליוו אותו בשלושים שנה לאחר אושוויץ. נדמה כי אכן אף פעם לא מאוחר לתקן את העבר.

ב.6. החיפוש אחר תחושת משמעותיות

תאוריית החיפוש אחר משמעותיות (Significance Quest Theory - SQT), אותה פיתחו קרוגלנסקי ועמיתיו (Kruglanski et al., In Press) מתבססת על ההנחה כי לבני אדם ישנה מוטיבציה פנימית לחוש תחושת משמעותיות וכי צורך זה הוא צורך אוניברסלי. עם זאת, הדרכים בהן ניתן למלא צורך זה תלויות בהקשרים הסוציו-תרבותיים בהם האדם חי, ובערכים המשוייכים אליהם, ומשתנות על פי הנרטיב של האדם והקהילה. תחושת משמעותיות קשורה קשר הדוק למונחים פופולריים כגון כבוד עצמי, הכרה, יוקרה, מעמד והערכה עצמית, אך שונה מאלו, שכן היא מבוססת על תפיסת הערך החברתי (social worth) של הפרט, כלומר על פי המידה שבה האדם חש מוערך על ידי חברים בקבוצה שאליה הוא משתייך וחשוב לסובבים אותו.

התאוריה מבוססת על ההנחה כי לבני אדם יש צורך בסיסי להיות בעלי תחושת משמעותיות וכי המענה על צורך זה נוצר באמצעות התאמה בין הערכים שחשובים בעיני הקהילה והסביבה לבין התחושה הפנימית של האדם בנוגע לערכים אלה ויכולתו לממש אותם. חוסר יכולת למלא את הערכים של הקבוצה מוביל לתחושת חוסר משמעות והשפלה.

על מנת להשיג תחושת משמעותיות, אנשים נוטים לפעול על פי הנרטיב הקבוצתי המגדיר כיצד ניתן לממש את הערכים הקבוצתיים. מכיוון שקבוצות שונות יכולות לתת חשיבות שונה לערכים שונים החיפוש אחר תחושת משמעותיות יכול להוביל לתוצאות שונות, על אף שפעולותיו של הפרט מונעות על ידי אותו צורך פסיכולוגי. כך, בקבוצות מסוימות המעודדות אהבה וחמלה כלפי האחר, הפרט יפעל על מנת לממש ערכים אלו ואילו בקבוצות אחרות הנרטיב הקבוצתי ישמש מניע המצדיק מעשי זוועה כלפי חסרי ישע.

היכולת של הפרט לקחת על עצמו תפקיד חברתי ולעזור לאחר מעודדת תחושת משמעותיות, שכן באופן זה הפרט חש כי הוא חשוב לסובבים אותו. היבט זה של תחושת המשמעותיות בא לידי ביטוי במודל גש"ר מאח"ד שפותח על ידי פרופ' מולי להד ככלי לעבודה עם אוכלוסיות הנמצאות במצבי משבר. כך, עובדים קהילתיים במרכזי החוסן פועלים על מנת לאפשר לכל אדם לקחת על עצמו תפקיד משמעותי בשגרה ובזמן חירום, כדרך לשפר את רווחתו הנפשית של הפרט.

אם כן, תחושת משמעותיות קושרת בין הפרט לקבוצה, שכן היא קשורה קשר הדוק להיבטים של העצמה, מסוגלות חברתית, תחושת שייכות ותרומה לקהילה; היא מתווכת באמצעות נרטיב החיים וקושרת בין הנרטיב הפרטי לזה הקהילתי.

חוסן נפשי: החיפוש אחר תחושת משמעותיות

- **לבני האדם יש צורך בסיסי להיות בעלי תחושת משמעותיות**, קרי תחושה שהם מוערכים על ידי החברה וחשובים לסובבים אותם.
- המענה על צורך זה נוצר באמצעות התאמה בין הערכים שחשובים בעיני הקהילה והסביבה לבין התחושה הפנימית של האדם בנוגע לערכים אלה ויכולתו לממש אותם.
- על מנת להשיג תחושת משמעותיות, **אנשים נוטים לפעול על פי הנרטיב הקבוצתי** המגדיר כיצד ניתן לממש את הערכים הקבוצתיים.
- **היכולת של הפרט לקחת על עצמו תפקיד חברתי ולעזור לאחר מעודדת תחושת משמעותיות.**
- **תחושת משמעותיות קושרת בין הפרט לקבוצה**, שכן היא קשורה קשר הדוק להיבטים של העצמה, מסוגלות חברתית, תחושת שייכות ותרומה לקהילה; היא מתווכת באמצעות נרטיב החיים וקושרת בין הנרטיב הפרטי לזה הקהילתי

חלק ג' – חוסן קהילתי

ג.1. מהי קהילה?

קהילה היא קודם כל ואחרי הכול קבוצה של נפשות בעלות מכנה משותף: גיאוגרפי, תרבותי, דתי, אתני, אידיאולוגי, רוחני או אחר. בדומה לנפש, הקהילה היא מושג מופשט, יש המעניקים לה משמעות באמצעות תרומה ויצירת קשרים, בעוד אחרים, באמצעות הניכור, מרוקנים אותה מכל משמעויותיה. **"קהילה היא בעת ובעונה אחת רעיון מופשט וישות קיימת, ממש כפי שמדינה ולאום יכולים להיות עבור אנשים מסוימים בזמן מסוים – רעיון בלבד, ועבור אחרים – מציאות מוחשית מאוד"** (סדן, 2009, עמ' 20).

הגדרת הקהילה שנויה במחלוקת, בדומה למושגים האחרים שדנו בהם, עם זאת, בדומה לנפש, שאותה מקובל לראות כתולדה של הגוף החי, מקובל לראות את הקהילה כתולדה של המקום, כאשר המרחב הגיאוגרפי, האקולוגיה והמבנה האדריכלי משפיעים על מאפייני הישות הקהילתית.

הקהילה כמקום

מקובל לראות בקהילה ישות בעלת גבולות גיאוגרפיים כמו שכונה, כפר, עיירה, עיר ואף מדינה שלמה (Brower, 2005). פרדיננד טניס ([1887] 1912, Tönnies), שהיה בין התאורטיקנים הראשונים שעסקו בשאלה הקהילתית, הבחין בין המילה הגרמנית ל-"חברה" (Society), ה-"גזלשאפט" (Gesellschaft), לבין המילה הגרמנית ל-"קהילה" (Community), ה-"גמיינשאפט" (Gemeinschaft). הגמיינשאפט מתייחס לחברה קהלתית כמשפחה כפרית מורחבת, מאוחדת בקשרי דם, רכוש ותחושת שייכות, ומקיימת יחסי גומלין הדוקים. לעומתה, הגדיר טניס את הגזלשאפט כחברה הסדירית של אינדיבידואלים, זרים זה לזה, המקיימים ביניהם קשרים רופפים מבוססי-חוזה. הגמיינשאפט ייצג את המקום המסורתי, המשפחתי והמקומי. לעומתו, הגזלשאפט ייצג את הקדמה הטכנולוגית, האפשרויות הכלכליות החדשניות והמגוון התרבותי.

מנקודת מבט סוציולוגית, הגל הראשון של המהפכה התעשייתית (1760-1830) שינה את פני החברה, כאשר במרכז המהפכה: העיור, המצאת הקיטור (הרכבות), תעשיות הברזל, תעשיות הטקסטיל ומכונות הייצור. לפני כשלוש מאות שנה, טרום המהפכה התעשייתית, אנשים חיו בקהילות באופן אורגני, כפי שדגים חיים במים. השיח על קהילות לא התעורר משום שזו הייתה דרך החיים המקובלת והאופן היחיד שבו היה ניתן לשרוד בחברה האנושית דאז. המרחב הקהילתי היה מרחב שבו כולם הכירו את כולם ועל מנת למצוא תעסוקה מתאימה היה צורך בהיכרות אישית. לעומת זאת, בחברה האנושית פוסט המהפכה התעשייתית, נוצר מרחק בינאישי וחברתי, ואנשים החלו למצוא תעסוקה על בסיס כישורים אישיים ולא על בסיס היכרויות אישיות. גיאורג

זימל (Simmel, 1903) מכנה את החברה הזו – "חברת החוזה". בתקופה זו התעצבו רעיונותיו של קרל מרקס (1818-1883) אודות הסדר התעשייתי המודרני שהיוו את הבסיס למדע הסוציולוגיה ולביקורת על השיטה הקפיטליסטית.

הגל השני של המהפכה התעשייתית (1840-1914) ידוע גם בשם "המהפכה הטכנולוגית", כאשר במרכז המהפכה: השימוש בחשמל לייצור ההמוני, הרכב הפרטי, תעשיית הפלדה, המצאת הטלגרף, הרדיו, הטלפון, הנורה החשמלית, שיטת פס הייצור ומנוע הבעירה הפנימית. בתקופה זו, בעקבות המהפכה המדעית, נולד הרעיון של מדע העוסק בחברה, כדיסציפלינה נפרדת מהפילוסופיה. מקס ובר (1864-1920) היה ממייסדי הסוציולוגיה המודרנית, שצמחה בגרמניה יחד עם אישים כמו גיאורג זימל (1858-1918) ופרדיננד טניס (1855-1936).

בתקופה זו של שלהי המאה ה-19, בשיאה של המהפכה התעשייתית, החלו להירקם הרעיונות הראשונים אודות הקהילה. עם אובדן החברה-קהילתית (גִּמְיִינְשְׁאָפֶט) והתחזקות החברה-ההסדרית (גִּזְלִישְׁאָפֶט) נוצרו תנועות תרבותיות שהביעו געגוע לקהילתיות ולתחושת השייכות של הגִּמְיִינְשְׁאָפֶט, המנוגדת ניגוד גמור לניכור של החברה-ההסדרית, ולמרחביה המתועשים של העיר. תקופה זו הייתה גם התחנה הראשונה בהתפתחות מושג הטראומה יחד עם "תסמונת גב הרכבת". צ'רלס דיקנס, אחד הסופרים שהטיבו לתאר את רוח התקופה, עסק בתחלואי החברה המתועשת בספרו "זמנים קשים" (Dickens, 1854). דיקנס עצמו לקה ב"תסמונת גב-הרכבת" (פוסט טראומה) לאחר שהוא ובת-זוגתו היו מעורבים בתאונת רכבת. אמנם שני בני הזוג לא נפגעו, ודיקנס אף סייע בחילוץ הנפגעים, אך לאחר התאונה נותר פגוע נפשית ולא שב לעצמו. ב-1870, חמש שנים לאחר התאונה, בגיל 58, דיקנס נפטר.

במאמרו "העיר הגדולה וחיי הנפש" (Simmel, 1903), זימל מתאר את האופן שבו נפש האדם מתאימה ומסגלת את עצמה לכוחות החיצוניים הפועלים בעיר הגדולה. זימל מדגיש שמאבקו של האדם לקיום פיזי נהפך למאבק של הישרדות פסיכולוגית; הסביבה העירונית התובענית לעולם אינה מניחה לו – היא דוחקת בו, מגבירה את הגירויים העצביים שסביבו ותוקפת את חושיו ברצף בלתי פוסק של הבחנות חטופות והתרשמויות אקראיות. למעשה, זימל כותב על מושג הסטרס, כחמישים שנה לפני שהמושג נטבע ע"י סלייה (Selye, 1956), וטוען כי החיים בעיר הגדולה מייצרים בנפש תחושת סטרס מתמדת.

בראשית המאה ה-20 הייתה תחושה שהקהילה כגִּמְיִינְשְׁאָפֶט יכולה להתקיים רק בסביבה לא-עירונית, משום שהסביבה העירונית עצמה נתפסה כהורסת גיבוש חברתי, הדדיות וקהילתיות (סדן, 2009). אולם החל משנות ה-80 של המאה העשרים, יחד עם הגל השלישי של המהפכה התעשייתית (המהפכה הדיגיטלית: המחשב האישי, האינטרנט וטכנולוגיות המידע והתקשורת), הסוציולוגים האמריקאים החלו לבקר את התיאוריה של טניס. גנז (Gans, 1982), למשל, מצא בשכונות עניות

במרכזי ערים גדולות סימני גמיינשאפט. הוא כינה את תושביהן "כפריים-עירוניים" וביקש לשמר את המבנה הפיזי של שכונות אלה כדי לא להרוס את מרקם האינטימיות והתמיכה ההדדית שיצרו לעצמם התושבים.

כוהן (Cohen, 1985) טען כי הקהילה הקטנה היא מקום הרבה יותר מורכב מכפי שהעלה בדעתו טניס כשתיאר את הגמיינשאפט הכפרי. הוא מצא כי מורכבות היחסים בקהילה הקטנה והפשוטה לכאורה, תובעת מהתושבים מיומנויות חברתיות מתחכמות להתמודדות יומיומית, שתושבי העיר הגדולה פטורים מהם. למשל, תושב בעיר הגדולה, שצריך לפתור בעיה עם סוכן הביטוח שלו, יכול לחפש לו סוכן ביטוח חדש. המצב שונה כאשר בעל חנות המכולת בעיירה צריך לפתור בעיה עם סוכן ביטוח שהוא גם קרוב משפחה, גם שכן, גם לקוח, ואשתו היא המחנכת של הבת הקטנה שלו. האכזבה מהעולם הגלובלי ומאפשרויותיו של הקפיטליזם לשפר את איכות החיים, הביאו גם לאכזבה מהגזלשאפט (חברת ההסדר). לקהילה הקטנה הוענק ערך חדש, כמקלט מפני האנונימיות וכמרחב של שיתוף חברתי ותמיכה הדדית (Martinez-Brawley, 1990).

מה הופך מקום לקהילה?

בשימוש שיגרתי המושג קהילה מתאר יישוב קטן, אך הסוציולוגים האמריקאיים, שביקרו את הסוציולוגים הגרמניים מהדור הראשון, התייחסו ל**שכונה** בעיר המודרנית כאב-הטיפוס של הקהילה.

ברוואר (Brower, 2005), שחקר 15 שכונות בארה"ב, מצא 10 תכונות שהופכות **שכונות מגורים** לקהילה בעיני תושביה. ביניהן:

1. היכולת למשוך אנשים שיש להם פוטנציאל להסתדר היטב זה עם זה.
2. קיומם של ארגונים קהילתיים בלתי-מחייבים המאפשרים הידברות, וקיומו של ארגון קהילתי בעל תכלית מוגדרת האפשר לתושבים לאחד כוחות למען מטרה משותפת.
3. תלות במוסדות ובשירותים מקומיים (פארק, מכולת, בית ספר, מגרש משחקים, בתי תפילה, מרכזים קהילתיים וכו') המספקת לאנשים הזדמנויות למפגש ויוצרת אינטרס משותף לשמירה על מוסדות ושירותים אלה.
4. מבנה השכונה צריך לאפשר לאנשים הזדמנויות לקשר חברתי, מיקום בתי התפילה ומיקום השירותים בשטחים הפתוחים צריך לעודד מפגש אנושי.
5. גבולות גיאוגרפיים ברורים, המסייעים בהצגת הקהילה בפני גורמים חיצוניים, ושומרים על האזור מזרים לא-רצויים.
6. רגשותיהם של התושבים כלפי המקום וכלפי העיצוב של השכונה הם הערך המוסף שהופך אותם לקהילה. קהילה יכולה ליהנות מגינה קהילתית משותפת, משימור אתר עתיקות, או להתאחד במאבק סביב סגירת בית ספר.

הקהילה בפונקציות

וורן (Warren, 1979) מנה חמש פונקציות חיוניות שהקהילה המסורתית מילאה בחיי תושביה: הכלכלית, החברתית, הפיקוח החברתי, ההשתתפות החברתית והתמיכה ההדדית. חמש פונקציות אלו מחזקות ומשלימות זו את זו, ומידת האינטגרציה ביניהן מעידה על רמת התפקוד של הקהילה.

הפונקציה הכלכלית. ייצור, הפקה וצריכה של שירותים וסחורות. הקהילה מתפקדת כמקור לשירותים קהילתיים עבור תושביה. אמנם מרבית הפונקציות הכלכליות נעשות באמצעות הדפוס האנכי, אך יש מקום להשתתפות של התושבים בהתאמת השירותים השונים לאופי ולתרבות המקום. למשל, "העמותה לסינגור קהילתי" בירושלים סייעה לתושבי שכונות אחדות להקים לעצמם קואופרטיבים של מזון, שהם מנהלים בעצמם, ובאמצעותם הוזילו את הוצאות משקי הבית שלהם.

פונקציית החיברות. הקהילה המסורתית היוותה מקור להעברה של ידע, ערכים חברתיים ודפוסי התנהגות לחבריה. גם כיום האחריות לחינוך הדור הבא היא פונקציה חשובה לקהילות, למרות שנעשית לרוב באמצעות הדפוס האנכי, עדיין יש מקום להשתתפות של הקהילות בחינוך הדור הצעיר. בישראל ישנן קהילות דתיות (חרדיות, מוסלמיות, נוצריות, דרוזיות וכדומה) שמבקשות לחנך את ילדיהן על פי עקרונותיהן כדי לשמור על הערכים והעקרונות החשובים להם, כמו גם על המשכיותן.

פונקציית הפיקוח החברתי. אמנם המדינה שללה מהקהילה את ההוצאה לפועל של פיקוח חברתי והעבירה אותו לרשויות חיצוניות (הדפוס האנכי), אך יש קהילות הממשיכות להפעיל פיקוח חברתי על חבריהן, גם בניגוד לחוק. למשל, רצח על כבוד המשפחה בחברה הערבית, אלימות וחרם כלפי מי שמפרים את הנורמות בחברה החרדית, ניסיונות של חברי הקיבוץ להסתיר מקרי אונס וכדומה.

פונקציית ההשתתפות החברתית. העבודה הקהילתית מעודדת השתתפות חברתית, ובכך מעודדת את עצם יצירת הקהילה וקיומה. באמצעות פונקציה זו, הקהילה ממלאת תפקיד חיוני בהכשרת אזרחים בחברה דמוקרטית. ניתן לראות כיצד השתתפות חברתית (דפוס אופקי) משרתת את המדינה (דפוס אנכי). השתתפות אזרחית היא מיומנות שנרכשת במסגרת הקהילה וממנה יכולה לצמוח מנהיגות חברתית ופוליטית לאומית המורגלת בפעילות למען הציבור, אכפתיות, דאגה לסביבה ולאיכות החיים.

השתתפות חברתית עונה גם על הצורך של אנשים לחוש פחות בדידות ואנונימיות, משום כך אנשים מחפשים מקומות מגורים מהסוג שתואר על ידי ברוואר (Brower, 2005), שמספקים להם הזדמנויות להיפגש עם שכנים. **השתתפות חברתית בקהילה יוצרת הזדמנויות להגשמה עצמית, ולמילוי תפקידים בעלי ערך חברתי.** למשל, במספר ישובים בארץ יצרו נשים דתיות מסגרת בקהילה שתגשים את רצון לנהל אורח חיים פעיל יותר מבחינה דתית. הן התארגנו כדי ללמוד יחד דף גמרא ולהתפלל בציבור.

כך, לחולל שינוי באופן שבו הקהילה שלנו מתפקדת, לפתח ארגון קהילתי חדש, להנהיג ועד שכונתי, כל אלה הם דוגמאות לתפקידים הכרוכים במחויבות להשתתפות חברתית ארוכת טווח.

פונקציית התמיכה ההדדית. המדינה לקחה על עצמה חלק גדול מתפקודי התמיכה ההדדית באמצעות ייסוד מדינת הרווחה ופיתוח מוסדות הבריאות והעבודה הסוציאלית. אך הפתרונות הפורמליים הם תמיד חלקיים ודורשים השלמה והתאמה בקהילה, שמביאה לשיפור ניכר בקיום היומיומי. יהודי דתי שמגיע למקום דר יכול לאתר את הקהילה שלו ולסמוך על כך שהיא תספק לו שירותים שהוא מספק ליהודים אחרים שמגיעים לקהילה שלו.

כיום, מקובל להתייחס לקהילה כאל צורך אנושי בסיסי, המספק פונקציות של ביטחון, קשרים חברתיים משמעותיים, עוגן של שייכות, ואת היכולת להשפיע על איכות ואורח החיים (בן יוסף, 2010).

סקר שנערך בארה"ב ב-1994 מצא כי ארבעה מכל עשרה מבוגרים שייכים לקבוצה קטנה יחסית של זרים הנפגשים באופן קבוע לצורכי תמיכה הדדית (Trueheart, 1996). קבוצות לעזרה עצמית קמות כדי לספק תמיכה הדדית לחבריהן כאשר הקהילות הגיאוגרפיות שלהן אינן יכולות לספק אותה. יתכן שהמחסור בתמיכה הדדית והצורך בקהילתיות אחראים לחלק מקהילות העזרה העצמית שהתגלו ככתות הרסניות. כנסיית הסיינטולוגיה, הכת הגדולה בעולם, שיש לה חברים גם בישראל, ובבעלותה בניין מרשים ביפו, התגלתה כאלימה ופוגענית בכל הנוגע לחברים העוזבים את הקהילה ובני משפחותיהם. לאחרונה, קבוצה לעזרה עצמית בשם "נקסיום" התגלתה ככת, שהעומד בראשה ניצל מינית חלק מחברות הקהילה, ושיעבד כלכלית חברים וחברות אחרים בארגון שהתגלה כהונאת פירמידה. בישראל, חברי כת האימן הקימו מחדש את היישוב מעלה צביה ואף הגישו בקשה למכינה קדם צבאית, שסורבה לאחר התייעצות עם משרד החינוך, מחשש להשפעה של רעיונות הכת על התלמידים ואלו אך דוגמאות בודדות.

הגישה הפונקציונלית הינה בבסיס העבודה הקהילתית שהתפתחה בישראל בחסות שני גופים עיקריים: משרד הרווחה והביטחון החברתי והחברה למתנ"סים (למידע נוסף ראה.י נספח ד': עבודה קהילתית - משרד הרווחה והביטחון החברתי והחברה למתנ"סים). עובדים קהילתיים יכולים ללמוד על רמת הקהילתיות מתוך בחינה של חמשת תפקודי הקהילה, לזהות דפוסים קהילתיים, ולפתח את הפונקציות השונות שלא על בסיס גיאוגרפי. גם אם מניחים כי מידה מסוימת של כל אחת מחמש הפונקציות חייבת להתממש בכל קהילה, הרי שהעבודה הקהילתית אחראית בעיקר על פיתוח שתי הפונקציות האחרונות – ההשתתפות החברתית והתמיכה ההדדית (סדן, 2009).

הקהילה במסגולות קהילתית – קהילות שאינן גיאוגרפיות

שתי ההגדרות הקודמות לקהילה, קהילה גיאוגרפית וקהילה פונקציונלית, מתייחסות לקהילה הגיאוגרפית המסורתית שבה אנשים נולדו וחיו את חייהם. בפרק זה נבחן הגדרה לקהילה שאין לה בהכרח גבול גיאוגרפי, קהילה שהיא דינאמית ושניתן להשתייך אליה במקביל להשתייכות לקהילות אחרות. קהילה כזו יכולה להיווצר לצרכים מסוימים ולהפסיק להתקיים כאשר צרכים אלה מתמלאים (סדן, 2009).

קהילה דינאמית ומשתנה נוצרת כל פעם מחדש על ידי הפעילות של חבריה. היא תובעת נאמנות, מחויבות ואחריות במינוחים שונים לפי דרישות הקהילה המסוימת בה מדובר. הקהילה הדינאמית היא פתוחה יותר, ללא עומס בכמות כללי ההתנהגות וחומרתם, והיא אינה כופה את הכללים באופן נוקשה. עובדים קהילתיים רואים בקהילה יצירה של החברים המשתתפים בהקמתה כאשר מהותה קשורה במשמעויות שמעניקים לה חבריה.

הפסיכולוגיה הקהילתית מכירה בכך שאנשים יושפעו בהכרח מההקשרים התרבותיים, הפוליטיים והחברתיים שבהם הם נמצאים, אך מתמקדת ביכולת של אנשים, ובעיקר קהילות, להשפיע על הקשרים אלה (Dalton, Elias & Wandersman, 2007). דלתון ועמיתיו (2007) שרטטו קווים לדמותה של קהילה בעלת מסגולות, שאיננה תיאור של קהילה ממשית, אלא חזון שאליו מכוונים בעבודה הקהילתית.

סימני המסגולות הקהילתית על פי דלתון ועמיתיו (2007):

1. **מחויבות** – מוטיבציה של הפרטים לפעול בקהילה ושל הקהילה להיטיב עם פרטיה.
2. **הכרה בעצמי ובאחר** – הבנה של צורכי הקבוצה בתוך הקונטקסט של צורכי החברה כולה.
3. **יכולת הבעה** – חברי הקבוצה, כולל תתי הקבוצות המרכיבות אותה, יכולים להתבטא.
4. **תקשורת** – רעיונות ומושגים המהווים את שפת הקבוצה ומשותפים לחבריה.
5. **יישוב סכסוכים** – מנגנונים מוסכמים ליישוב סכסוכים וקונפליקטים.
6. **השתתפות בתהליך** – נהלים המבטיחים כי החברים יוכלו לתרום בתכנון, החלטה ויישום.
7. **ניהול יחסים עם החברה הרחבה** – זיהוי ושימוש בהם כמו גם תגובה לדרישות.
8. **שימוש במשאבים פנימיים** – זיהוי ושימוש במשאבים וביכולות של חברי הקבוצה.
9. **חיברות למנהיגות** – ההשתתפות בקהילה מאפשרת לחברים ללמוד מיומנויות מנהיגות.
10. **הערכה** – הקהילה בוחנת את התהליכים המתרחשים בה במטרה להשתפר.

חוסן קהילתי: מהי קהילה?

קהילה היא קבוצה של נפשות בעלות מכנה משותף: גיאוגרפי, תרבותי, דתי, אתני, אידיאולוגי, רוחני או אחר.

הקהילה כמקום:

- מקובל לראות בקהילה ישות בעלת גבולות גיאוגרפיים כמו שכונה, כפר, עיירה, עיר ואף מדינה שלמה
- הקהילה כגמיינ'נשאפֿט - המושג מתייחס לחברה קהלתית כמשפחה כפרית מורחבת, מאוחדת בקשרי דם, רכוש ותחושת שייכות, ומקיימת יחסי גומלין הדוקים
- בראשית המאה ה-20 הייתה תחושה שהקהילה כגמיינ'נשאפֿט יכולה להתקיים רק בסביבה לא-עירונית, משום שהסביבה העירונית עצמה נתפסה כהורסת גיבוש חברתי, הדדיות וקהילתיות. אולם החל משנות ה-80 של המאה העשרים, יחד עם הגל השלישי של המהפכה התעשייתית, תפסה זו החלה להשתנות

הקהילה כפונקציות:

הקהילה המסורתית מילאה בחיי תושביה חמש פונקציות: כלכלית, חירונית, פיקוח חברתי, השתתפות חברתית, תמיכה הדדית.

כיום, מקובל להתייחס לקהילה כאל צורך אנושי בסיסי, המספק פונקציות של ביטחון, קשרים חברתיים משמעותיים, עוגן של שייכות, ואת היכולת להשפיע על איכות ואורח החיים

הקהילה כמסוגלות קהילתית:

- קהילה שאין לה גבול גיאוגרפי
- קהילה שהיא דינאמית ושניתן להשתייך אליה במקביל להשתייכות לקהילות אחרות
- קהילה שיכולה להיווצר לצרכים מסוימים ולהפסיק להתקיים כאשר צרכים אלה מתמלאים

ג.2. חוסן חברתי, משאבים וקישוריות

מושג החוסן החברתי הוצג לראשונה על ידי אדג'ר (Adger, 2000), בהתבסס על מחקרי החוסן האקולוגי של הולינג (Holling, 1973), שהגדיר חוסן אקולוגי לראשונה כיכולתה של המערכת האקולוגית לשוב למצב יציב לאחר הפעלת מתח, כאשר המצב היציב החדש יכול להיות שונה מהמצב ההתחלתי. אדג'ר (Adger, 2000), בחן את האפשרות לקחת בהשאלה את ההגדרה של הולינג לתחום החברתי, תיאר את התלות במשאבים כאלמנט מרכזי בחוסן החברתי, וקשר תלות זו לשוק ולמשאבים כלכליים. גונדרסן והולינג (Holling & Gunderson, 2002) פיתחו תפיסה ספירלית של מחזורי התפתחות על שלושה צירים: **חוסן, משאבים וקישוריות**. מונחים אלו הפכו למרכזיים בספרות המחקרית בנושא חוסן חברתי.

חוסן חברתי

ההתייחסויות השיטתיות הראשונות לחוסן חברתי, החלו במאמר שנקרא "אסונות וקהילות: הבנת החוסן החברתי" (Maguire & Hagan, 2007). במאמר זה מגווייר והאגן הגדירו **חוסן חברתי כיכולת של קהילות להתאושש ממשברים או להגיב אליהם באופן חיובי כאתגרים**. הם סקרו את מאפייני החוסן החברתי, דנו ברעיון שקבוצות חברתיות בתוך קהילה עשויות להיות שונות ברמת החוסן שלהן, וטענו כי יש לבנות תוכניות ניהול לזמן חירום על מנת לשפר יכולות של חוסן חברתי. בדומה למושג החוסן הנפשי, שהתפתח לראשונה מתוך מושג הטראומה הנפשית, מושג החוסן החברתי התפתח לראשונה מתוך מושגי המוכנות לשעת חירום (Maguire & Hagan, 2007) וההרס האקולוגי-סביבתי (Holling & Gunderson, 2002).

חוסן חברתי, משאבים (פוטנציאל) וקישוריות (חיבוריות) – המטאפורה האקולוגית

הולינג וגונדרסן (Holling & Gunderson, 2002) השתמשו במטפורה האקולוגית ופיתחו אותה באופנים אחרים מאלו שהוצגו לראשונה על ידי אדג'ר (Adger, 2000). בהתבסס על דוגמאות ממערכות אקולוגיות (מערכות המכונות "אקוסיסטם" בשיח אודות החוסן החברתי והקהילתי בישראל ובעולם²⁷), הם טענו ששלושה מאפיינים מעצבים את התגובות העתידיות של מערכות אקולוגיות, ארגונים חברתיים-עסקיים ואנשים:

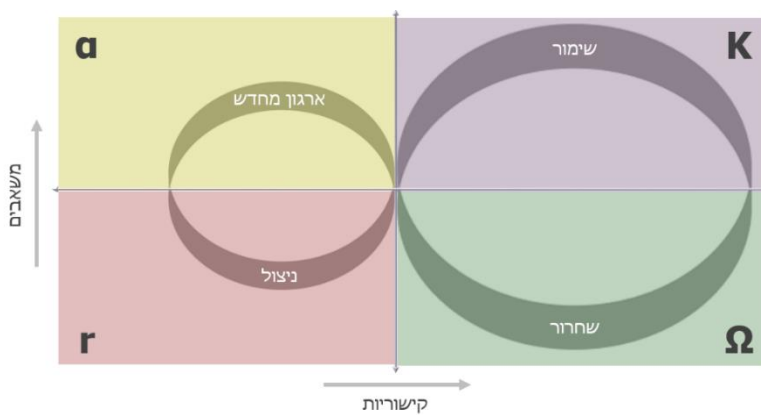
1. **משאבי המערכת:** הפוטנציאל הזמין לשינוי, זה הקובע את מגוון האפשרויות העתידיות. המערכת חייבת להיות פרודוקטיבית, היא חייבת לרכוש משאבים ולצבור אותם, לא עבור ההווה, אלא עבור הפוטנציאל שהם מציעים לעתיד.

²⁷ "אקוסיסטם" הוא מושג שמתאר מציאות רב-רובדית, שנוצרת ממפגש של מספר רב של מערכות, המורכבות מתתי-מערכות ומפרטים, ואת השפעתם אלה על אלה. עבורנו הוא משמש למערכת חברתית מורכבת על מכלול הפרטים, הקבוצות, הארגונים, הכוחות, המעשים והתפיסות המרכיבים אותה.

2. **עוצמת הקישוריות של המערכת:** עוצמת הקשרים המתווכים בין משתני בקרה ושליטה פנימיים של המערכת לבין התהליכים המתרחשים בעולם החיצון, זהו מדד המשקף את מידת הגמישות או הנוקשות של משתני השליטה והבקרה הפנימיים של המערכת (כלומר, מידת הרגישות שלהם להשפעה חיצונית).

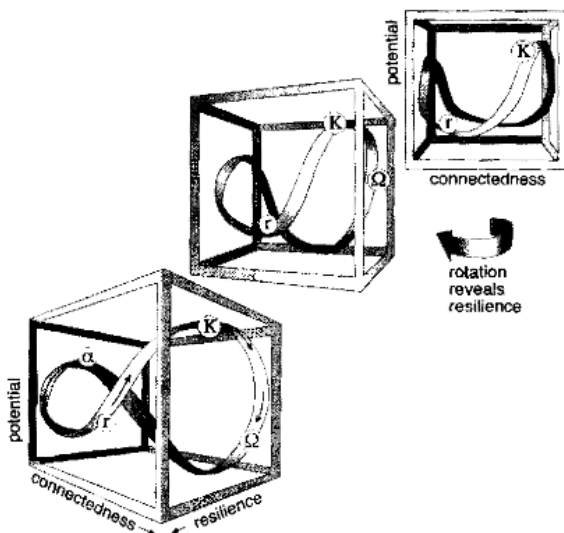
3. **מידת החוסן של המערכת:** מדד לפגיעות המערכת לזעזועים צפויים או בלתי צפויים.

הולינג וגונדרסן בחנו את גבולות המטפורה האקולוגית באמצעות הצגת סוגים קיצוניים יותר של מערכות אקולוגיות, בתקווה לגלות היכן מתפרקת המטאפורה. בנוסף, הם החלו בחקר ארגונים אנושיים גדולים - ארגונים ביורוקרטיים ותעשייתיים. הם סקרו בתחילה את שני המאפיינים: משאבים (פוטנציאל) וקישוריות (חיבוריות), לפני הוספת המאפיין השלישי, חוסן.



תרשים 45: משאבים וקישוריות כמימדים של שינוי על פני זמן, הולינג וגונדרסן (2002)

הולינג וגונדרסן הגדירו משאבים (פוטנציאל) וקישוריות (חיבוריות) כשני מימדים של שינוי על ציר הזמן (תרשים 44). המחזור המוצג באיור משקף שינויים בשני מימדים: (1) ציר γ - הפוטנציאל הטמון במשאבים המצטברים; (2) ציר X - עוצמת הקשרים הפנימיים המתווכים את ההשפעות שבין תהליכים פנימיים לעולם החיצון. תרשים 45 מציג את ארבע הפונקציות של המערכת האקולוגית (r, K, Ω, α) וזרימת האירועים



תרשים 44: ארבע הפונקציות של המערכת האקולוגית (r, K, Ω, α)

ביניהן בלולאה אין סופית, המציגה שלבים שונים של דפוסי הסתגלות: **שלב השימור** (נקודה K) מסמל את בשלות המערכת, הבאה לידי ביטוי בהתבססות ומיסוד של יוזמות הקהילתיות והפיכתן ממיזם לארגון. כאשר חל שיבוש או משבר (הבא לידי ביטוי במודל כירידה בכמות המשאבים המובילה לירידה ברמת הקישוריות) ישנו הרס של דפוסים קיימים. שלב זה, **שלב השחרור** (נקודה Ω), דורש מנהיגות קהילתית ריאקטיבית שתאפשר את התאוששות המערכת. עם העלייה המחודשת בכמות המשאבים, מגיעה פרואקטיביות, המובילה לשלב **הארגון מחדש**. בשלב זה ישנה אורה של אופוריה המלווה ביצירתיות וחדשנות המובילה לפיתוח רעיונות רבים המגיעים לשיאם **בנקודה α** . הירידה בכמות

המשאבים מציינת הפעם מיקוד, שכן רוב הרעיונות לא נועדו להתבצע. ירידה זו מובילה לשלב הבא, **שלב הניצול**, השלב היזמי, שבו חל פיתוח של רעיונות נבחרים ליזמות והוצאתן לפועל (נקודה ז). כאשר רמת הקישוריות ורמת המשאבים בקהילה עולות ישנה צמיחה, התהוות חדשה בקהילה והתפתחות מואצת של יוזמות, המגיעות לבשלות (**שלב השימור**). הלולאה היא אין סופית, שכן תמיד יגיע שיבוש חדש שיעזעזע את המערכת וידרוש הסתגלות מחודשת (Holling & Gunderson, 2002).

קישוריות / חיבוריות / הון חברתי

גונדרסן והולינג (Holling & Gunderson, 2002) הגדירו קישוריות (connectedness) כ"עוצמת הקשרים הפנימיים המתווכים את ההשפעות שבין תהליכים פנימיים לעולם החיצון". לכן, הקישוריות קשורה קשר הדוק לחוסן חברתי, אם כי ייתכן שמדובר במערכת יחסים מורכבת בהתאם לאופי ההלם (האסון) ולמדדי הרשתות המשמשות לניתוחו (Janssen et al. 2006). קישוריות גבוהה מתבטאת בזמינות של מידע אמין, המאורגן באופן ששליפתו נוחה ומהירה בעת הצורך, ובעיקר בעיתות חירום (בן יוסף, 2014). תקשורת המידע כוללת את איסופו, עיבודו והפצתו לבעלי העניין. שקיפות המידע מאפשרת יצירת קשרים מועילים ומהווה תשתית לגיבוש תמונת מצב משותפת (collective sense making).

המושג קישוריות התפתח למושג ההון החברתי

במיוחד בכתביו של רוברט פטנאם (Helliwell & Putnam, 1995; Putnam, 1995; Feldstein & Putnam, 2003).

פטנאם הבחין בין שלוש תצורות מבניות של הון חברתי (בן יוסף, 2014):

הון מלכד (Bonding): קשרים היוצרים לכידות פנים קבוצתית ומאפשרים לקבוצה להשיג את מטרותיה. ההון המלכד קשור באופן הדוק למושג העוצמה בתוך רשתות תקשורת אופקיות. הדפוס האופקי הוא היחסים בין האנשים ברמה המקומית. הדפוס האופקי מתייחס לכלל הקשרים בין תושבי הקהילה לבין עצמם, וככל שהוא הולם יותר את גודל הקהילה ומצבה – כך הוא מבטיח לה עצמאות רבה יותר בתפקוד (Warren, 1972). בד בבד, ההון המלכד עלול להקשות על פיתוח יחסי גומלין עם קהילות אחרות. למשל, קהילה המהווה "משק אוטרקי" בשגרה עלולה להתקשות ביצירת קשרי חוץ חיוניים בעת חירום.

הון מגשר (Bridging): קשרים בין קהילות המאפשרים להן להוות משאב זו לזו. קהילה המפתחת קשרים עם קהילות שכנות וארגונים המצויים בסביבה בזמן שגרה תוכל להסתמך על קשרים אלו בעת חירום, אך אם הקשרים הללו תלויים במספר מצומצם של אנשי מפתח, יש סכנה שהם ישתמשו בקשרים הללו באופן מניפולטיבי, שלא בהכרח יועיל לתפקוד מיטיבי של המערכת.

הון מקשר (Linking): קשרים חוצי מעמדות חברתיים. ההון המקשר קשור באופן הדוק למושג העוצמה בתוך רשתות תקשורת אנכיות, שהוכחו כמסייעים לקהילות וארגונים להשיג משאבים חיצוניים. הדפוס האנכי מתייחס לקשרים שבאמצעותם הקהילה קשורה לחברה שסביבה וקובע עד כמה תהיה חלק מהחברה שמעבר לגבולותיה. הדפוס האנכי כולל לדוגמה סניפי בנק, מרכולים, בתי ספר, עמותות ומשרדי ממשלה הממוקמים בקהילה (Warren, 1972). המחיר של שימוש יתר בהון מקשר עלול להיות פיתוח יחסי תלות, שבסופו של דבר יפגעו ביכולת ההתמודדות העצמית של הקהילה עם אתגריה. מצד אחד, קשרים עם המועצה האזורית, עם משרדי ממשלה ומומחים חיצוניים מרחיבים את טווח אפשרויות ההתמודדות בעת חירום, אך מצד שני, הישענות כרונית על גורמים חיצוניים עלולה להתברר כמעודדת מוגבלות במקום מסוגלות.

ככל שרמת הנוכחות של שלושת סוגי ההון החברתי גבוהה יותר כך הם מאזנים זה את מגבלותיו של האחר ומגדילים את נגישות הקהילה למשאבי התמודדות בשגרה ובחירום.

הבחנה בין סוגי ההון החברתי ובין קשרים אופקיים ואנכיים מאפשרת לעובדים קהילתיים להבין בעיות לא רק במובן האופקי של ניתוח היחסים בתוך הקהילה, אלא גם במובן האנכי, למשל, בעיות הנובעות ממדיניות חברתית המשפיעה לרעה על הקהילה. כך, עבודה קהילתית יכולה לסייע לקהילה המקומית להתאים קשרים אנכיים (תוכניות ושירותים שהמדינה מפעילה בקהילה) למרקם הקהילתי האופקי (הקשרים בין חברי הקהילה).

חוסן קהילתי: קישוריות, רשתות חברתיות והון חברתי

התפקיד המשמעותי של קישוריות, רשתות חברתיות והון חברתי בהתמודדות עם מצבים מאתגרים אושש במחקר שדה שהדגישו כי:

1. לאנשים המעורבים באופן פעיל במערכות יחסים קרובות בקהילה היה סיכוי גבוה יותר להתמודד בהצלחה עם אירועי חירום בהשוואה לאלה עם פחות מערכות יחסים קרובות
2. המפתח להצלחת יוזמות סיוע הוא חיבור מוצלח למוסדות הקהילה
3. המפתח להיערכות אפקטיבית של הרשויות טמון במיצוי ההון החברתי של ארגונים אזרחיים הנהנים מאמון האוכלוסיות הפגיעות ביותר. לפיכך, ניתן לומר כי היכולת של קהילה לפתח רשת מגוונת של קשרים פנימיים וחיצוניים מהווה נדבך חיוני להצלחתה בהתמודדות עם משברים – ולפיכך מעידה על החוסן שלה.

(בן יוסף, 2014)

לצד ההבנה הגוברת ביחס לחשיבות הקישוריות וההון החברתי, כמו גם התרומה שלה להתמודדות במצבי חירום, גברה ההכרה כי קיים רכיב המנבא את יכולתה של הקהילה להתמודד בעת משבר, ורכיב זה נקרא "חוסן קהילתי". החוסן הקהילתי מחולק אף הוא לשני רכיבים בסיסיים: (1) עמידות – היכולת להקטין את הפגיעה בתפקוד בעת משבר; (2) התאוששות ושיקום – היכולת לחזור לתפקוד רגיל או משופר בזמן קצר יחסית לאחר המשבר.

חוסן קהילתי: חוסן חברתי, משאבים וקישוריות

- **חוסן חברתי** הוא היכולת של קהילות להתאושש ממשברים או להגיב אליהם באופן חיובי כאתגרים
- **מושג החוסן החברתי** התפתח לראשונה מתוך מושגי המוכנות לשעת חירום וההרס האקולוגי-סביבתי, בדומה למושג החוסן הנפשי, שהתפתח לראשונה מתוך מושג הטראומה הנפשית
- **משאבי המערכת:** הפוטנציאל הזמין לשינוי, הקובע את מגוון האפשרויות העתידיות. המערכת חייבת להיות פרודוקטיבית וכן לרכוש משאבים ולצבור אותם עבור הפוטנציאל שהם מציעים לעתיד
- **עוצמת הקישוריות של המערכת:** עוצמת הקשרים המתווכים בין משתני בקרה ושליטה פנימיים של המערכת לבין התהליכים המתרחשים בעולם החיצון. מדד המשקף את מידת הרגישות של המערכת להשפעה חיצונית
- קישוריות גבוהה מתבטאת בזמינות של מידע אמין, המאורגן באופן ששליפתו נוחה ומהירה בעת הצורך, ובעיקר בעיתות חירום
- **המושג קישוריות התפתח למושג ההון החברתי:**
 - **הון מלכד (Bonding):** קשרים היוצרים לכידות פנים קבוצתית ומאפשרים לקבוצה להשיג את מטרותיה (קשרים אופקיים - כלל הקשרים בין תושבי הקהילה לבין עצמם)
 - **הון מגשר (Bridging):** קשרים בין קהילות המאפשרים להן להוות משאב זו לזו
 - **הון מקשר (Linking):** יחסי הגומלין שבין הקהילה למוסדות המדינה, לארגוני-על חיצוניים, לתורמים, למומחים וכו', שהוכחו כמסייעים לקהילות וארגונים להשיג משאבים חיצוניים (קשרים אנכיים - הקשרים שבאמצעותם הקהילה קשורה לחברה שסביבה למשל למוסדות המדינה). המחיר של שימוש יתר בהון מקשר עלול להיות פיתוח יחסי תלות, שבסופו של דבר יפגעו ביכולת ההתמודדות העצמית של הקהילה עם אתגריה

ג.3. חוסן קהילתי

מושג החוסן הקהילתי נולד בישראל (סדן, 2009). שורשיו נטועים ברעיון המרכז הקהילתי, המתנ"ס (מרכז תרבות, נוער וספורט), שהתפתח במהלך החיפוש אחר דרכים חדשות להאיץ תהליכים חברתיים בקהילות מתפתחות ובאוכלוסיות מוחלשות. למרות שרעיון הפיתוח הקהילתי גובש עוד בשנות השבעים, יחד עם החברה למתנ"סים, הגדרת החוסן הקהילתי התגבשה בישראל רק בשנת 2003, יחד עם גיבוש התוכנית להקמת מרכזי חוסן קהילתי (שוגרמן וסנדר, 2011). הגדרת החוסן הקהילתי

116

לפי השירות לעבודה קהילתית היא "היכולת של קהילה לנקוט פעולה מכוונת לשיפור היכולות האישיות והקולקטיביות של תושביה ומוסדותיה להגיב ביעילות על שינוי ביטחוני, חברתי או כלכלי; להשפיע על מהלכו ולהשפיע על השלכותיו העתידיות ביחס לקהילה" (פלד וסנדר, 2003).

בספרות המחקרית הבינלאומית, ההתייחסויות השיטתיות הראשונות לחוסן קהילתי, החלו במאמר בשם "חוסן קהילתי כמטאפורה, תיאוריה, מערך יכולות ואסטרטגיית מוכנות לאסון" (Norris et al., 2008). במאמר זה הציגו הכותבים מודל חוסן קהילתי הכולל ארבעה תחומי התערבות: **מידע ותקשורת, פיתוח כלכלי, מסוגלות קהילתית והון חברתי**. כך, בדומה למושג החוסן האישי, שהתפתח מתוך מושגי הסטרס והטראומה, כך גם מושג החוסן הקהילתי התפתח מתוך מושגי המוכנות לאסון. נוריס ועמיתיה (2008) תיארו במחקר זה את הפוטנציאל שיש לקהילות לתפקד ביעילות ולהסתגל בהצלחה לאחר אסונות. הם הציגו תיאוריה של חוסן קהילתי המשקפת את ההבנות העדכניות בנוגע לסטרס, הסתגלות, רווחה והדינמיקה של משאבים, בהסתמך על ספרות מקצועית במספר תחומי חוסן.



תרשים 46: מודל חוסן קהילתי, נוריס ועמיתיה (2008)

לפי ההגדרה של נוריס ועמיתיה (2008), חוסן קהילתי הוא תהליך המקשר בין רשת של יכולות הסתגלות (משאבים בעלי תכונות דינאמיות) לבין החזרה למצב יציב לאחר הפרעה או מצוקה. **הסתגלות הקהילה באה לידי ביטוי ברווחת האוכלוסייה, המוגדרת כרמות גבוהות של בריאות נפשית והתנהגותית, רמות גבוהות של תפקוד ורמות גבוהות של איכות חיים**. ארבעת יכולות ההסתגלות הקהילתיות (פיתוח כלכלי, הון חברתי, מידע ותקשורת ומסוגלות קהילתית) מספקות יחדיו אסטרטגיה של מוכנות לאסון. נוריס ועמיתיה (2008) טוענים שכדי לבנות חוסן קהילתי, יש להפחית את הסיכונים ואת אי-השוויון במשאבים, להעסיק

אנשים מקומיים, ליצור קשרים ארגוניים, להעצים רשתות תמיכה חברתית ולחזק אותן, לתכנן תכנית חירום גמישה, להקנות מיומנויות של קבלת החלטות ולהתבסס על מקורות מידע מהימנים.

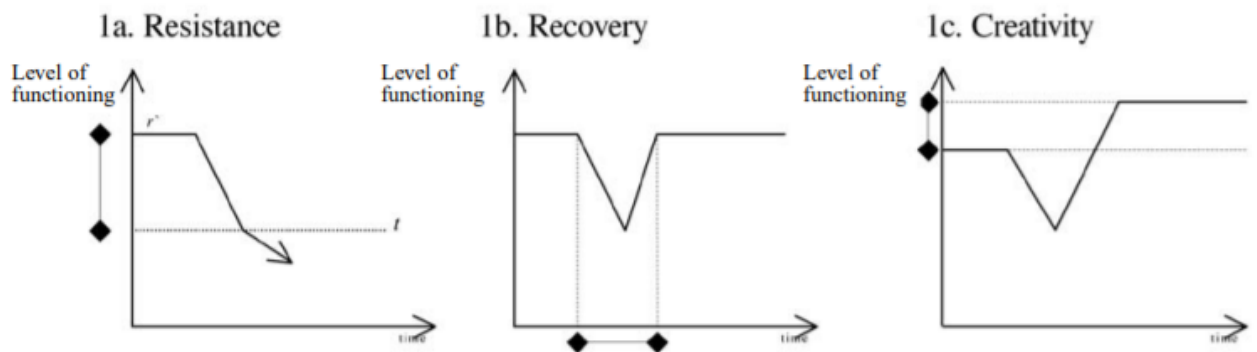
חוסן קהילתי: הגדרה

- החוסן הקהילתי הוא "היכולת של קהילה לנקוט פעולה מכוונת לשיפור היכולות האישיות והקולקטיביות של תושביה ומוסדותיה להגיב ביעילות על שינוי ביטחוני, חברתי או כלכלי; להשפיע על מהלכו ולהשפיע על השלכותיו העתידיות ביחס לקהילה"
- מושג החוסן הקהילתי התפתח מתוך מושגי המוכנות לאסון, בדומה למושג החוסן האישי, שהתפתח מתוך מושגי הסטרס והטראומה
- הסתגלות הקהילה מאפשרת חזרה למצב יציב לאחר הפרעה או מצוקה ובאה לידי ביטוי ברווחת האוכלוסייה, המוגדרת כרמות גבוהות של בריאות נפשית והתנהגותית, רמות גבוהות של תפקוד ורמות גבוהות של איכות חיים
- כדי לבנות חוסן קהילתי, יש להפחית את הסיכונים ואת אי-השוויון במשאבים, להעסיק אנשים מקומיים, ליצור קשרים ארגוניים, להעצים רשתות תמיכה חברתית ולחזק אותן, לתכנן תכנית חירום גמישה, להקנות מיומנויות של קבלת החלטות ולהתבסס על מקורות מידע מהימנים

ג.4. חוסן חברתי ומוכנות לשעת חירום

מגווייר והאגן (Maguire & Hagan, 2007) הדגישו את הצורך בתוכניות לשעת חירום לחיזוק החוסן החברתי. הם הצביעו על שלוש תכונות חשובות של החוסן החברתי בהתבסס על המטפורה האקולוגית של אדגר (Adger, 2000) המחלקת את החוסן החברתי לשלושה תהליכים אפשריים: **התנגדות, התאוששות ויצירתיות**. כך, התאוששות מיטבית כרוכה לא רק בחזרה לנקודת שיווי משקל ראשונית. במקום זאת, על ידי הסתגלות לנסיבות חדשות ולמידה מחוויית האסון, ניתן להגיע לרמות גבוהות יותר של תפקוד ועל ידי כך לחוסן חברתי מיטבי (Kimhi & Shamai, 2004; Pooley, Cohen, & O'Connor, 2006; Sonn & Fisher, 1998). זהו המאפיין של יצירתיות (Kimhi & Shamai, 2004) והוא מיוצג על ידי רווח בחוסן, שהושג כחלק מתהליך ההחלמה (ראה/י תרשים).

Figure 1: Properties of resilience (adapted from Adger, 2000)



תרשים 47: התנגדות, התאוששות ויצירתיות, Adger, 2000

לאחר מלחמת העולם השנייה, החלה ממשלת ארה"ב לטפל באופן שיטתי בנושא ההתמודדות עם אירועי אסון (בן יוסף ועמיתיו, 2015). התייחסות זו עוררה גל של מחקרים אקדמיים (Quarantelli, 1999). בשנת 1999, קווארנטלי סיכם במחקרו באופן שיטתי 50 שנה של מאמרי בנושא התמודדות עם אירועי אסון. בסקירה של בן יוסף ועמיתיו (2015) הוצגו שלוש גישות מרכזיות בסוציולוגיה של מצבי אסון, שהחלו להתפתח משנות החמישים ואילך: (1) גישת הפיקוד והשליטה, (2) גישה מבנית-תפקודית ו- (3) גישת המורכבות.

גישת פיקוד ושליטה – בייקר וצ'פמן (Baker & Chapman, 1962) מתארים כיצד אומצו, לאחר מלחמת העולם השנייה, דפוסי התנהלות ושליטה צבאיים לניהול אירועי אסון. ההנחה הייתה כי מצב אסון עיקר הפרת הסדר החברתי הקיים. ההתמודדות עם אסון מחייבת החזרת השליטה במצב, עשיית סדר בטווח הקצר (Buckle et al., 2000) ושיקום פיסי בטווח הארוך (Mileti, 1999).

גישה מבנית-תפקודית – דיינס (Dynes, 1970) הציע גישה המשלבת בין שמירה על רציפות תפקודית של המערכות האזרחיות לבין ההתאמות הנדרשות בתחום של המבנה והפעילות. אנשי מקצוע בניהול אסונות מתארים את תהליך התגובה האנושית לאסונות כמחזורי, בעל ארבעה שלבים: הקלה, מוכנות, תגובה והתאוששות (למשל, Comfort, Ko, & Zagorecki, 2004; Mileti, 1999). **הקלה** היא התהליך הכללי של חיזוק היכולות של הקהילה כך שיהיה לה את החוסן להתמודד טוב יותר עם כל אסון עתידי. **מוכנות** כרוכה בציפייה לאסון קרוב, ויצירת יכולת תגובה. המוכנות כוללת ניתוח איומים סבירים, הקמת מערכות אזהרה ותקשורת, נהלי תגובה, ארגוני הדרכה ומלאי אספקה (Mileti, 1999). **תגובה** מתייחסת לפעולות שנקטות במהלך ומיד לאחר התרחשות אסון. הדגש כאן הוא על הצלת חיים, מזעור נזקים לרכוש וצמצום ההפרעות לקהילה. **ההתאוששות** היא

השלב ארוך הטווח של בנייה מחדש והשבת קהילה למצב שלפני האסון. בשלב זה מסתיימת הערכת נזקים, וניתן להשתמש בידע זה על מנת לתכנן את שיקום הדיור, שיקום התשתיות וההקמה מחדש של מוסדות קהילתיים.

גישת המורכבות – בן יוסף ועמיתיו (2015) סקרו מחקרים שנערכו מתחילת שנות התשעים והראו שתהליכי ההתמודדות והשיקום אינם סדורים, בלתי צפויים ומושפעים מגורמים רבים; בניגוד למשתמע מהגישה התפקודית. הם טוענים, בדומה לחוקרים אחרים, שניסיונות לממש תוכניות להתמודדות עם מצבי אסון נמצאו כאחד מגורמי הכישלון האופייניים בשל הייחודיות של כל אירוע. לפיכך, גישת המורכבות מתבססת על ההנחה כי הצלחה בהתמודדות במצבי חירום היא תוצאה של השפעות גומלין ויחסי הגומלין המתפתחים בין בעלי העניין המעורבים. להלן עיקרי גישת המורכבות בכל הנוגע להיבטים החברתיים במצבי אסון:

1. התנהלות הקהילה במצבי אסון ותהליכי שיקום הם תוצר של דפוסי התקשורת והשפעות גומלין בין המעורבים לא פחות מאשר חלוקת התפקידים והמשימות ביניהם.
2. בעלי העניין המעורבים במצבי אסון (למשל, הקהילות הנפגעות, גורמי סיוע מקומיים וחיצוניים, מחוקקים, תקשורת ההמונים, מערכת המשפט, קבלנים, ארגוני חברה אזרחית ועוד) משפיעים על ההתנהלות של בעלי עניין אחרים ומושפעים מהתנהלותם.
3. הצלחת ההתמודדות במצבי חירום נשענת במידה רבה על רשתות של שיתופי פעולה בין בעלי העניין.
4. תהליך ההתמודדות והשיקום הוא דינמי ומפתיע, נושא אופי של "מערכת בהתארגנות עצמית" או "תוכנית למידת" ומחייב התאמה מתמדת של התכניות למציאות המשתנה.

בישראל, נושא המוכנות לשעת חירום מהווה נדבך מרכזי במדידת החוסן ונדון בחלק העוסק בחוסן קהילתי, מושג שהתפתח מתוך ההווי הישראלי. בשנת 1981 הקים פרופ' מולי להד את המרכז לשעת חירום (לימים עמותת "משאבים") במטרה לתמוך בתושבי "קו העימות" בצפון הארץ שהיו חשופים לירי טילים מלבנון. כיום שותף מרכז "משאבים" בחקר החוסן עם המחלקה לפסיכולוגיה במכללה האקדמית תל חי, ומוביל דרך בפיתוח תכניות לטיפול חוסן, בהכנת תכניות קהילתיות להתמודדות בשעת חירום, בחינוך, בבריאות וברוחה (כהן, 2015). להד ממשיך ועוסק בהכנה של קהילות להתמודדות עם אסון עתידי, ובהשלכות של החשיפה לטרור על הפרט. הוא פיתח את מודל גש"ר מאח"ד (Ph-BASIC; Lahad & Leykin, 2015) את מודל החוסן הקהילתי "איים של חוסן" (כהן, 2015). להד ביסס את ההתמודדות עם מצבי חירום בפרספקטיבה קהילתית וביחד עם עמיתו בן נשר בנו את המודל הכלל-רשותי הראשון להיערכות למצבי חירום. מודל זה מסתמך על גישת גשר מאח"ד (Ph-BASIC) והוא מבוסס על מספר הנחות יסוד ביחס לתפקוד האזרח והרשויות בעת ניהול המשבר: בעתות שגרה יש לאתר תושבים בעלי

משאבי התמודדות כדי להפיק מהם את המרב בעת האירוע עצמו; הרשות המקומית, ולא גורמי חוץ, אחראית לספק לאזרחים מידע וסיוע פסיכו-סוציאליים; מרבית האנשים הנחשפים למצב החירום יגיבו במהלכו באופן שקול והגיוני ויכוונו את החוזקות שלהם כדי שהם והקרובים להם יתמודדו וישתקמו ממצב החירום.

כיום, ישנם 11 מרכזי חוסן קהילתי פעילים שמתוקצבים על ידי משרד הבריאות, ומופעלים על ידי הקואליציה הישראלית לטראומה (בניה, 2021). אלה הם: חמישה מרכזים ביישובי עוטף עזה, ארבעה מרכזים ביהודה ושומרון, מרכז עבור האוכלוסייה הבדואית שפועל בבאר שבע, ומרכז באשקלון. במרץ 2020 אושרה הקמת מרכז חוסן בנתיבות, אך המהלך טרם תוקצב. לטענת משרד ראש הממשלה, הסיבה לכך היא היעדר תקציב מדינה (ר' מיפוי בפרק אתגרים).

בינואר 2019 החלו דיונים על תוכנית לאומית להקמת מרכזי חוסן בפריסה ארצית. המטרה הייתה לגבש מסגרת מיטבית להתמודדות עם סוגיית הדחק, במסגרת חיזוק החוסן החברתי וההיערכות לשעת חירום של הרשויות המקומיות. הוועדה גיבשה מסמך טיוטה ראשוני על בסיס ההבנות, ערכה מפגש חשיבה עם מנהלי מחלקות לשירותים חברתיים ברחבי הארץ, ואף נכתב עבורה מסמך מקצועי על ידי קבוצת מומחים כמצע למדיניות. ואולם, באפריל 2019 'נתקעה' העבודה של הוועדה. הלכה למעשה, מצא המבקר כי טרם גובשה אסטרטגיה לאומית לפריסת מרכזי החוסן ולהפעלתם.

חוסן קהילתי: חוסן חברתי ומוכנות לשעת חירום

- קיים צורך בתוכניות לשעת חירום לחיזוק החוסן החברתי
- בישראל, נושא המוכנות לשעת חירום מהווה נדבך מרכזי במדידת החוסן
- קיימות שלוש גישות מרכזיות בסוציולוגיה של מצבי אסון:
 1. **גישת פיקוד ושליטה** – דפוס התנהלות ושליטה צבאיים לניהול אירועי אסון במטרה להחזיר את השליטה במצב, לעשות סדר בטווח הקצר ולהביא לשיקום פסי בטווח הארוך
 2. **גישה מבנית-תפקודית** – גישה המשלבת בין שמירה על רציפות תפקודית של המערכות האזרחיות לבין ההתאמות הנדרשות בתחום של המבנה והפעילות. התהליך בעל ארבעה שלבים מחזוריים:
 - **הקלה** - חיזוק היכולות של הקהילה כך שיהיה לה את החוסן להתמודד טוב יותר עם כל אסון עתידי
 - **מוכנות** - ציפייה לאסון קרוב, ויצירת יכולת תגובה.
 - **תגובה** - פעולות שננקטות במהלך ומיד לאחר התרחשות אסון. הדגש כאן הוא על הצלת חיים, מזעור נזקים לרכוש וצמצום ההפרעות לקהילה
 - **ההתאוששות** - שלב ארוך הטווח של בנייה מחדש והשבת קהילה למצב שלפני האסון
 3. **גישת המורכבות** – מתבססת על ההנחה כי הצלחה בהתמודדות במצבי חירום היא תוצאה של השפעות גומלין יחסי הגומלין המתפתחים בין בעלי העניין המעורבים המאפשרים התמודדות מיטבית עם הייחודיות של כל אירוע חירום
- **גישת גשר מאח"ד (Ph-BASIC)** בוחנת את ההתמודדות עם מצבי חירום בפרספקטיבה קהילתית ומבוססת על מספר הנחות יסוד ביחס לתפקוד האזרח והרשויות בעת ניהול המשבר:
 - בעתות שגרה יש לאתר תושבים בעלי משאבי התמודדות כדי להפיק מהם את המרב בעת האירוע עצמו
 - מרבית האנשים הנחשפים למצב החירום יגיבו במהלכו באופן שקול והגיוני ויכוונו את החוזקות שלהם כדי שהם והקרובים להם יתמודדו וישתקמו ממצב החירום
 - הרשות המקומית אחראית לספק לאזרחים מידע וסיוע פסיכו-סוציאליים
- **בישראל ישנם 11 מרכזי חוסן קהילתי פעילים** שמתוקצבים על ידי משרד הבריאות, ומופעלים על ידי הקואליציה הישראלית לטראומה

ג.5. רכיבי החוסן הקהילתי – מודל CCRAM

כפי שנכתב, מושג החוסן הקהילתי הוא מושג ישראלי, שאומץ על ידי הקהילה הבינלאומית כרכיב מרכזי במושג החוסן החברתי. מאחר ושני המושגים החלו להתפתח רק בתחילת המאה ה-21, עדיין לא נאסף מספיק מידע לגבי המאפיינים השונים של שתי התופעות, ורוב התיאוריות המתארות את רכיבי החוסן החברתי או את רכיבי החוסן הקהילתי אינן מתוקפות אל מול המציאות, ובוודאי שאינן בהכרח מנבאות חוסן בהתמודדות עם משברים בעתיד, אלא משקפות הלך רוח קהילתי מסוים בזמן הווה.

עם זאת, בשנת 2010, ביוזמת ד"ר לימור אהרנסון-דניאל ופרופ' מולי להד, נפגשו 18 מומחי תוכן משבעה מוסדות אקדמיים בישראל, ומרקעים מגוונים, והחלו בתהליך מחקרי מובנה לפיתוח כלי סטנדרטי לאמידה של החוסן הקהילתי בשיתוף מקבלי החלטות ממשרדי ממשלה שונים (Leykin et al., 2013). לפי הספרות המקצועית, שאלון ה-CCRAM הוא הכלי המתוקף ביותר

לאבחון "חוסן קהילתי נתפס", ואף מראה פוטנציאל חיובי לניבוי של חוסן קהילתי בשעת חירום (Cohen et al. 2013). לפיכך, שאלון ה-CCRAM מהווה כלי חשוב בסיוע לרשויות ולמקבלי ההחלטות לקבל מידע אמין ותמונת מצב מעודכנת לגבי החוסן הקהילתי בהווה, ולנבא חוסן עתידי בשעת חירום, כמו גם להתכונן לשעת חירום זו על בסיס המידע המתקבל מהמדידה. המודל מבוסס על חמישה רכיבים:

מנהיגות, יעילות קולקטיבית, אמון חברתי, קשר למקום ומוכנות.



ה**מנהיגות** היא הגורם החשוב ביותר במודל החוסן הקהילתי בישראל (CCRAM),
תרשים: 48 מאפייני מודל החוסן הקהילתי CCRAM (2010)

המסביר 39% מהשונות של חוסן קהילתי, ועוסק ביחסים עם המנהיגות המקומית

(כולל אמון, תפיסה של יכולת מנהיגות ויכולת לספק שירותים קהילתיים המתמידים גם בעתות משבר). התפקיד של מנהיגות מיטיבה נחשב לאחד התפקידים החשובים ביותר בכל שלב של המשבר (Baker and Refsgaard, 2007), כאשר במודלים תיאוריים של התמודדות עם משברים, יש לאמון במנהיגות תפקיד משמעותי בהתמודדות, במספר תחומי מחקר שונים (Castleden et al., 2011).

היעילות הקולקטיבית מורכבת ממספר מונחים שונים המכונים בספרות שליטה בקהילה (Hobfoll et al., 2002), תמיכה חברתית נתפסת (Norris et al., 2008), לכידות חברתית ונכונות להיות מעורב לטובת הכלל (Sampson et al., 1997). כאשר **לתחום המוכנות לשעת חירום**, אושר פינס ועמיתיו (Uscher-Pines et al., 2012) הציע שאזרחים עצמאיים ומוכנים הם הבסיס לקהילה עמידה, בעוד שאחרים (למשל, Cutter et al., 2008) רואים במוכנות ביטוי של למידה חברתית בתהליך המשוב של בניית חוסן. אושר פינס ועמיתיו (Uscher-Pines et al., 2012) טענו שבדרך כלל, מוכנות לשעת חירום אינה משולבת

במודלים של חוסן קהילתי, אך מודל ה-CCRAM הישראלי נותן משקל משמעותי לתחום המוכנות לשעת חירום ומראה שיש לו קשרים מובהקים עם שאר גורמי החוסן הקהילתי.

במודל החוסן הקהילתי, מישרה ועמיתיו (Mishra et al., 2010) מתייחסים לנושא **הקשר למקום**. במושג זה הם כוללים היבטים שונים בקשרים שבין אנשים למקומות, המייצרים מארג שלם של חיבורים בין רגשות, תחושות, ידע, אמונות, מסורות, התנהגויות ופעולות הקשורות במקום. חוקרים כמו רוס ועמיתיו (Ross et al., 2010) טוענים שחיזוק קשרים בין אנשים למקום (כלומר, חיזוק ההתקשרות למקום) היא פעולה שוות ערך לפעולה של חיזוק החוסן הקהילתי. בנוסף, נוריס ועמיתיה (Norris et al., 2008) טוענים שהתקשרות למקום יכולה לקדם תהליכי התאוששות וחוסן ברמה הקהילתית.

האלמנט האחרון במודל החוסן הקהילתי (CCRAM) הוא **אמון חברתי**, שמתייחס לאמונה שניתן לסמוך על חברים אחרים בקהילה, ולנכונות לפעול לטובת הזולת (Cohen et al., 2013). רמה גבוהה של אמון חברתי נמצא בקשורה במרכיבים שונים של חוסן קהילתי (Cacioppo et al., 2011; Olsen and Shindler 2010; Zautra et al., 2010). האמון החברתי הוא האלמנט הקושר את החוסן הקהילתי לחוסן הנפשי.

הנחות היסוד של מקבלי החלטות בישראל ובעולם הן ש"חולשות" (להבדיל מחוסן) מבוססות, בין השאר, על גורמים כגון רמת הכנסה ומעמד תעסוקתי. תוכניות ומשאבים רבים מושקעים בכיוון זה, אולם, כאשר מדובר בחוסן קהילתי ועמידה בפני אסונות ומשברים, המחקר מראה שהמצב שונה, והדברים המשפיעים על החוסן הם: מספר שנות מגורים בקהילה, מספר חשיפות קודמות לאירועי חירום והשתייכות לצוות חירום יישובי. כמו כן, במחקר שנערך בעת משבר הקורונה האחרון נראה כי בתחילת משבר הקורונה האחרון, החוסן הקהילתי עלה בעוד החוסן האישי ירד (קמחי, מרציאנו ועדיני, מרץ 2020).

חוסן קהילתי: רכיבי מודל CCRAM

- **המנהיגות** היא הגורם החשוב ביותר במודל החוסן הקהילתי בישראל (CCRAM), המסביר 39% מהשונות של חוסן קהילתי, ועוסק ביחסים עם המנהיגות המקומית
- **היעילות הקולקטיבית** מורכבת מתמיכה חברתית נתפסת, לכידות חברתית ונכונות להיות מעורב לטובת הכלל
- **מוכנות לשעת חירום** - ככלל, מוכנות לשעת חירום אינה משולבת במודלים של חוסן קהילתי, אך מודל ה-CCRAM הישראלי נותן משקל משמעותי לתחום המוכנות לשעת חירום ומראה שיש לו קשרים מובהקים עם שאר גורמי החוסן הקהילתי
- **קשר למקום** כולל היבטים שונים בקשרים שבין אנשים למקומות, המייצרים מארג שלם של חיבורים בין רגשות, תחושות, ידע, אמונות, מסורות, התנהגויות ופעולות הקשורות במקום
- **אמון חברתי** מתייחס לאמונה שניתן לסמוך על חברים אחרים בקהילה, ולנכונות לפעול לטובת הזולת. האמון קושר את החוסן הקהילתי לחוסן הנפשי

ג.6. זהות, מסוגלות, קהילה – מודל חוסן אישי וחברתי

מרים שפירא, ראשת עמותת מהו"ת ישראל, מציעה במאמרה "זהות, קהילה ומסוגלות: שלושה מעגלים בוני חוסן" (שפירא, 2021), מודל של חוסן אישי וחברתי שהתפתח לאורך השנים בעמותת מהו"ת, ומגדיר חוסן כתולדה של זהות מגובשת ותחושת

מסוגלות עצמית, הבאות לידי ביטוי במסגרת של קהילה בעלת מסוגלות ומלוכדת חברתית.

מהו"ת ישראל קמה לפני כשלושה עשורים, כצורך שעלה לאחר גל של פיגועי טרור, במטרה להכשיר צוותים שיפעלו בשטח במקרי חירום. כיום, העמותה פועלת עם קהלים נוספים, כגון ארגונים, חברות, רשויות, קהילות וקבוצות פרטיות; ועוסקת בפיתוח תפיסה רב-מערכתית, התערבויות ברמת הפרט והקהילה, כמו גם הכשרות בנושאי היערכות לחירום, ניהול משבר ובניית חוסן.

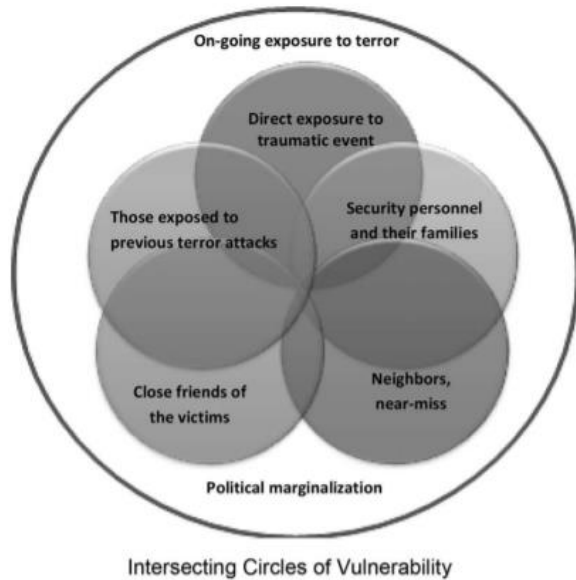


תרשים 49: מעגלים בוני חוסן, שפירא (2021)

בתיאור מעגל הקהילה, שפירא (2021) יוצרת קשר בין הזהות הנרטיבית האישית, לזו המשפחתית (הבין-דורית) וממנה אל הזהות הקהילתית. בדומה, אייל רוזמרין (2020) מציע במאמרו "הפעלה בדיעבד: איך הסובייקט נהפך לקולקטיב?" שהנרטיב

האיש עובר תהליך של קולקטיביזציה וטראומטיזציה, ובוחן כיצד הפסיכואנליזה יכולה לשחרר את הנרטיב האיש מהפוליטי. כלומר, לטוב ולרע, הנרטיב האיש שלנו כרוך בנרטיב הרחב יותר של הקהילה והאומה שבה גדלנו.

פרופ' עמיה ליבליך (2007) כתבה בספרה על ילדי כפר עציון, שעבר הכרזת המדינה גילו שכל הקהילה שלהם נהרגה במלחמה, ורק הילדים והאימהות ניצלו משום שפינו אותם למנזר רטיסבון. שנים רבות לאחר הטראומה, ליבליך פורשת את סיפורם של 51 מילדי הקהילה שהתבגרו בינתיים, ומתארת את החיבור בין העבר להווה, בין הפרטי לקהילתי ובין ההיסטוריה האישית לזיכרון הקיבוצי.



תרשים 50: מעגלי פגיעות לטראומה, Possick, Shapira & Shalman, (2017)

בשנת 2005, כחלק מתוכנית ההתנתקות, קהילות חוף עזה וצפון השומרון נאלצו לעזוב את בתיהן, ו-82% מהמשפחות העדיפו להמשיך

עם הקהילות אל הלא נודע מאשר לקבל דירה שכורה ופיצוי, ולבנות את חייהם מחדש, כאשר הרכיב הקהילתי נמצא כרכיב משמעותי ואף קריטי ביכולת ההתמודדות והשיקום של אותן משפחות לאורך זמן (בן יוסף, 2010). מאז ועד היום מהווים יישובים בעוטף עזה בנצ'מארק לחוסן החברתי בישראל (פדן ואלון, 2018). שי בן יוסף (2010) מתאר את ההיבטים הקהילתיים בשיקום של אותם מפוני גוש קטיף, ומסיק כי "ממצאי המחקר כאן מדגישים כי קהילה יוצרת לעצמה, באופן מתמיד, סיפור על ציר הזמן. הסיפור מספק לחברי הקהילה מסגרת לפרשנות מחודשת של העבר, ההווה והעתיד ומתוך כך משפיע באופן מהותי על מהלך השיקום מטראומה ברמת הפרט, המשפחה והקהילה" (שם, עמ' 85). במחקר שנערך בקרב בני-נוער, כעשור לאחר פינוי גוש קטיף, נמצא כי הייתה תרומה מרכזית לקהילה בעיבוד טראומת הפינוי (בן סימון, וייס ושפירא, 2017). "תמיכת הקהילה באה לידי ביטוי בשמירה על המשכיות הקהילה האורגנית, ביצירת טקסים ופעילות קהילתית מאורגנת, בשימוש ברכזי נוער ובנות שירות לאומי, וכן בהתערבויות רגשיות שערכו אנשים מתוך הקהילה" (שם, שם).

במחקר שנערך בישראל, בקרב קהילה קטנה שחוותה פיגוע טרור קשה, שבו נהרגו מספר תושבים, נבחנה התערבות ברמה הקהילתית שנערכה במשך השנה שלאחר האירוע (Possick, Shapira & Shalman, 2017). במהלך ההתערבות עלה הצורך להתייחס למעגלים השונים של הפגיעות לטראומה, כגון חשיפה קודמת לאירועי טרור, קרבה לקורבנות האירוע, חשיפה ישירה

לאירוע הטראומטי ומשתנים נוספים. החוקרים מציינים כי בתהליך השיקום הייתה חשיבות מיוחדת להקשבה ולהכלה של הנרטיב הטראומטי מתוך התפיסה שהסיפור, והסיפור מחדש, מהווה מרחב של אפשרות לצמיחה פוסט-טראומטית. ראשי הקהילה עודדו את החברים לטפל בתסמינים הפוסט-טראומטיים שהתפתחו בקרב רבים מהם, והטיפול הונגשו על ידי הרשות. כך, נמצא כי מנהיגות קשובה ומכילה, שמעודדת את הפחתת הסטיגמה, כמו גם הנגשת שירותי הטיפול המקצועי, אכן הצליחה ליצור שינוי חיובי בזהות של הקהילה וטרנספורמציה בנרטיב הקהילתי מסיפור של טראומה קולקטיבית לסיפור של התמודדות, הצלחה ולכידות חברתית.

חוסן קהילתי: זהות, מסוגלות, קהילה – מודל חוסן אישי וחברתי

מודל של חוסן אישי וחברתי שהתפתח לאורך השנים בעמותת מהו"ת, מגדיר חוסן כתולדה של **זהות מגובשת ותחושת מסוגלות עצמית**, הבאות לידי ביטוי במסגרת של **קהילה** בעלת מסוגלות ומלוכדת חברתית.

- הזהות הנרטיבית האישית קשורה לזו המשפחתית והקהילתית
- לנרטיב הקהילתי תרומה מרכזית בעיבוד טראומה
- **מנהיגות קשובה ומכילה מצליחה ליצור שינוי חיובי בזהות ובנרטיב הקהילתיים ומביאה לשינוי בזהות ובנרטיב האישיים**

ג.7. רכיבי החוסן הקהילתי כפי שמופו במהלך הספרינט

רכיבי החוסן הקהילתי שמופו במהלך ספרינט חוסן נפשי וקהילתי כוללים שניים מהאלמנטים המרכזיים התורמים לחוסן על פי מודל CCRAM: **מנהיגות ומוכנות לחירום**. בשל האופי האסטרטגי של מודל הספרינט, שני מרכיבים: אמון חברתי ויעילות קולקטיבית אוחדו למרכיב יישומי אחד המכונה **לכידות חברתית** וכולל בתוכו את כלל מרכיבי ההון החברתי.

בנוסף, רכיב הקשר למקום הוחלף ברכיב **סביבה**, הכולל גם מרחב פיזי המאפשר מפגש ומייצר גאווה מקומית. מקומות שמשרתים את הצרכים השגרתיים החיוניים לחיי היומיום עוזרים לבנות את הזהות הקהילתית, ומקבלים ערך חברתי ומשמעות בחיי התושבים (Hester, 1984). לרוב אלו מקומות קטנים, עסקים מקומיים או מקומות לא פורמליים של התכנסות המכונים "מקומות שלישיים" (Oldenburg, 1999). הסטר (Hester, 1984) הגדיר אותם כמקומות בשכונה שהם לרוב מקומות ציבוריים או בבעלות פרטית עמומה, ונוטים להיות מקומות אהובים ומועדפים. אלה יכולים להיות רחובות, מדרכות, חזיתות של חנויות, סמטאות, כיכרות, פארקים וגני שעשועים וכן הלאה (צור, 2019). מקומות אלה נתפסים או יוצרים תחושה של בעלות

קולקטיבית-סימבולית, ואנשים בשכונה תופסים אותם כמקומות החשובים ביותר עבור הקהילה. **מרחבים אלו מאפשרים התכנסות ומפגש, וכך מחזקים את הלכידות החברתית ומהווים תשתית להתארגנות קהילתית.**

רכיב נוסף שמופה במסגרת הספרינט הינו **כלכלה מקומית מקיימת.**

חוסן קהילתי: מיפוי הרכיבים

כלכלה	סביבה	מוכנות לחירום
כלכלה מקומית מקיימת	מרחב פיזי מאפשר מפגש	פרוטוקולים יעילים לחירום
	נגישות	צוותי מוכנות קהילתיים לחירום
	הליכתיות	
	קשר למקום וגאווה מקומית	
לכידות חברתית	מנהיגות	
מנגנוני ערבות הדדית בשגרה	אמון במנהיגות	
(תמיכה ביולדות/חולים/מבוגרים)	יכולת התארגנות	
אחריות אישית ומעורבות חברתית	ייצוג המגוון בקרב הקהילה	
מסורות ואירועים מקדמי קהילה	ממלכתיות	
פלורליזם	שקיפות	
	קשרים חזקים עם הרשות המקומית, ארגונים במרחב וקהילות אחרות	

© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 4: רכיבי החוסן הקהילתי כפי שמופו במסגרת ספרינט חוסן נפשי וקהילתי

כלכלה מקומית מקיימת

הקהילה כזירה טבעית לפעילות כלכלית-חברתית אינה דבר המובן מאליה (פלזנשטיין, 2008). עבור כלכלי המאקרו, יחידות תת-לאומיות כגון אזורים, ערים ושכונות אינם בעלות משמעות כלכלית אלא אם כן הן מהוות שווקים כלכליים ייחודיים (כגון שווקי עבודה או שווקי דיור). עצם ההתקבצות של אוכלוסייה ופעילות כלכלית בטרטוריה נתונה אינו תנאי מספיק לתפקוד כיחידה כלכלית. לכאורה, דעה זו מקבלת משנה תוקף בעידן של גלובליזציה ותקשורת חובקת עולם. בתנאים אלה, עתידם הכלכלי של אזורים, ערים וקהילות שלמות נקבע על ידי כוחות כלכליים רחוקים הנמצאים מעבר לגבולותיה הלאומיים.

עם זאת, ישנן מספר טענות התומכות בפיתוחה של כלכלה מקומית מקיימת:

1. הקהילה/שכונה מהווה זירת פעולה למספר פעולות כלכליות (ייצור, צריכה וכוח אדם).
2. לקהילה יש מאפיינים חברתיים ייחודיים (תרבות משותפת, יחסי שכנות, קשרים משפחתיים, הדדיות וכו') שיש להם ערך כלכלי לא מבוטל.
3. בעיות כלכליות רבות של אוכלוסיות חלשות (אבטלה, עוני וכו') הן במהותן בעיות שכונתיות/קהילתיות הדורשות טיפול ממוקד. למשל, הטיפול בבעיית האבטלה דורש פתרונות נקודתיים עבור קבוצות שונות: בעיית האבטלה של גברים בגיל העמידה דורשת פתרון (הכשרה, השמה והסבה) שהוא שונה מהפתרון הנדרש עבור האבטלה של נשים צעירות חד-הוריות (פעוטונים, הסעות למקום העבודה ושעות גמישות).
4. פיתוח כלכלי קהילתי אינו בא על חשבון שכונות אחרות, אלא גורם לתוספת של פעילות כלכלית נטו במידה והיא מתבצעת בקרב הקהילות / השכונות הנזקקות לה ביותר.
5. השכונה/קהילה מהווה את המרחב ה'טבעי' לפעילות כלכלית בתחום הבלתי-פורמלי. מדובר בפעילות לא ממוסדת ובלתי ניתנת לכימות, המתרחשת לפי הצורך וללא עסקאות שוק. דוגמאות לפעילויות אלו ניתן למצוא בתחום הטיפול בילדים (שמרטפות, חוגים והסעות לבתי ספר) גיוס משאבים למוסדות מקומיים כגון, בתי ספר, טיפול בקשישים וכו'. בכל אלה טמונות 'נישות' לניצול עסקי. פעילות זו הכוללת סחר, הלוואות, ערבויות וכו' מתבצעת ללא ההזדקקות לכסף ובאמצעות חליפין, איגום משאבים, הדדיות וכו'. יחסי הסחר מושתתים על בסיס אמון, קרבה גיאוגרפית, שכנות וקהילתיות.

מערכת הכלכלה הקהילתית המתוארת בתרשים (פלזנשטיין, 2008) כוללת שלשה סקטורים ראשיים:

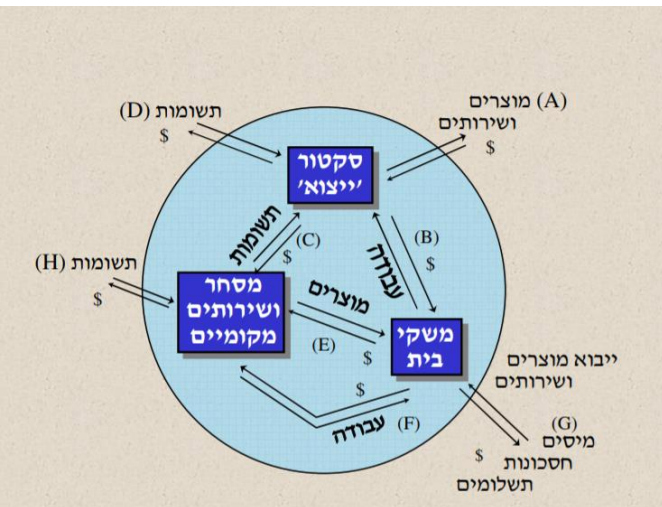
1. **סקטור ה'ייצוא'**: הקטר של המשק המקומי. סקטור זה מוכר מוצרים ושירותים לשווקי חוץ ובתמורה מכניס כסף שמקורו מחוץ לכלכלה המקומית (פעילות 'ייצוא'). לפיכך, הוא מקיים רשת ענפה עם גורמים מחוץ לכלכלה המקומית (זרימות A ו-D באיור).
2. **סקטור השירותים**: הסקטור 'הנגרר' אחר סקטור ה'ייצוא'. היקפו קיים ביחס קבוע לגודל סקטור הייצוא. בסקטור זה רוב הביקושים הם פנימיים (מתוך השכונה/קהילה). לפיכך, רשת הקשרים עם גורמי חוץ מצומצמת יותר (H).

3. **סקטור משקי הבית:** סקטור זה מספק עובדים לשני הסקטורים האחרים (F ו-B) וגם מהווה שוק עבורם. רוב קשריו אל מחוץ לכלכלה המקומית מתבצעים באמצעות ייבוא של מוצרים ושירותים ותשלומים לגורמים לגורמי-חוץ (G) כגון מיסים, השקעות וכו'.

התמונה המצטיירת היא של רשת זרימות המסתעפת הן בין הסקטורים עצמם והן עם העולם מחוץ לגבולות הכלכלה המקומית (העיר, האזור, המשק הלאומי, חו"ל וכו'). ככל שגבולות הכלכלה המקומית רחבות יותר, אזי קיימת הסתברות סבירה לספק את

הביקושים למוצרים, שירותים וכוח אדם, מתוך הכלכלה המקומית. ככל שהגבולות צרים יותר, קיימת הסתמכות רבה יותר על שווקי-חוץ.

ההסתמכות על שווקי-חוץ יוצרת 'דליפה' של משאבים מקומיים לצורך תשלום לגורמי חוץ (ספקים, עובדים, רשויות) עבור גורמי הייצור המיובאים. בריחה זו של כסף מהווה אחד המעכבים המרכזיים בקידומה של הכלכלה הקהילתית. קיימת טענה לפיה הבעיות של עוני ומצוקה קהילתית אינן נובעות כלל מרמות השתכרות נמוכה, כוח קניה נמוך או חלוקה בלתי שוויונית של הכנסות. קהילות עוני מתפתחות בעקבות זרימות בלתי מבוקרות של כספים ומשאבים מחוץ לקהילה.



תרשים 51: מערכת הכלכלה הקהילתית, פלזנשטיין (2008)

על מנת להבטיח את קיומה של הכלכלה הקהילתית נדרשת פעולה אקטיבית למניעת הדליפות או לצמצמן. כל הצעדים לאיטום הכלכלה הקהילתית ולמניעת בריחת כסף מתמקדים בעיכוב הבריחה ובהאטת קצב הזרימות החוצה, אבל לא במניעתם המלאה. בין הצעדים המוצעים ניתן למנות מאמצים לקדם פעולות של 'תחלופת ייבוא' באמצעות **העדפת ספקים מקומיים** במכרזים, **עידוד השקעות בשכונה** (באמצעות תאגידי אשראי קהילתיים וכו'), **הוספת ערך בקהילה על ידי תמרוץ הרחבתם של מפעלי ייצור ושירותים שכונתיים ועידוד ניצולם של משאבים מקומיים** (פיזיים, אנושיים, חברתיים).

חלק ד' – בין חוסן נפשי לחוסן קהילתי

ד.1. תמיכה חברתית וחוסן נפשי

תמיכה חברתית באיכות גבוהה יכולה לשפר את העמידות לסטרס, לסייע בהגנה מהתפתחות של הפרעות הקשורות בסטרס, להפחית את ההשלכות התפקודיות של הפרעות דחק, ולהפחית תחלואה רפואית (Southwick et al., 2005). עם זאת, למרות ראיות משמעותיות להשפעות המועילות של תמיכה חברתית על הבריאות הגופנית והנפשית, תחום הפסיכיאטריה תרם מעט יחסית לפיתוח, בחינה ויישום של התערבויות שמטרתן להגביר את התמיכה החברתית של מטופלים וקבוצות סיכון.

במאמר סקירה של אוזבאי ועמיתיו (Ozbay et al., 2007), הכותבים סקרו מחקרים מרכזיים בנושא תמיכה חברתית בהקשר של חוסן כנגד סטרס, וחקרו גם מנגנוני מוח אפשריים המתווכים את ההשפעה החיובית של תמיכה חברתית על בריאות הנפש של האדם. הכותבים התחילו בסקירה קצרה של הנירוכימיה של תגובת הסטרס והעמידות בפני סטרס. הם סקרו את הספרות הניורוביולוגית בנושא ואת המתווכים ההתנהגותיים של תמיכה חברתית. לאחר מכן הם סקרו מחקרים שבחנו את ההשפעות של תמיכה חברתית על תחלואה רפואית, ולבסוף, הם דנו במשמעות הקלינית של תמיכה חברתית.

על בסיס ממצאי הסקירה, החוקרים הסיקו כי תמיכה חברתית עשויה למתן פגיעות גנטיות וסביבתיות ולתרומם לעמידות לסטרס, ככל הנראה, באמצעות השפעתה על ציר ה-HPA (ההיפותלמוס – בלוטת יותרת המוח – בלוטת יותרת הכליה), מערכת הדחק המרכזית, המעורבת בייצור הורמון הדחק (קורטיזול) ע"י בלוטת האדרנל. נראה שהתמיכה החברתית משפיעה גם באמצעות תפקוד המערכת הנוראדרגית הקשורה בדיכאון וחרדה, ובאמצעות מסלולים אוקסיטוציניים מרכזיים, אשר מעורבים ביצירת קשרים חברתיים ואמון, אך גם בהורדת מפלס הסטרס, ויסות התיאבון וחילוף החומרים.

תמיכה חברתית תוארה כ"תמיכה הנגישה לאדם באמצעות קשרים חברתיים עם אנשים אחרים, קבוצות והקהילה הגדולה יותר" (Lin et al., 1979). מילון המונחים של המכון הלאומי לסרטן מגדיר תמיכה חברתית כ"רשת של משפחה, חברים, שכנים, וחברי הקהילה הזמינים בעת הצורך להעניק עזרה פסיכולוגית, פיזית וכלכלית" (www.cancer.gov). מודלים תיאורטיים של תמיכה חברתית מציינים את שני הממדים הבאים (Charney, 2004): (1) ממד מבני, המתייחס לגודל רשת ולתדירות של האינטראקציות החברתיות, ו (2) ממד תפקודי, המתייחס למרכיבים רגשיים (כגון קבלת אהבה ואמפתיה) ולמרכיבים אינסטרומנטליים (עזרה מעשית כגון כסף במתנה או סיוע בטיפול בילדים). **רוב המחקרים מצאו כי איכות מערכות יחסים (הממד התפקודי) היא מנבא טוב יותר לבריאות מאשר כמות מערכות יחסים (הממד המבני), למרות ששני הממדים חשובים** (Southwick et al., 2005).

יש לציין כי מקור התמיכה החברתי האופטימלי תלוי בשלב ההתפתחותי של האדם המקבל את התמיכה. לדוגמה, נראה שתמיכת ההורים בעלת ערך רב יותר בגיל ההתבגרות המוקדמת מאשר בשלהי גיל ההתבגרות (Stice et al., 2004). הוכח כי תפיסת התמיכה החברתית קשורה למידת האינטראקציה החברתית בקרב קשישים ולתמיכה אינסטרומנטלית במבוגרים צעירים יותר (Lynch et al., 1999). יתרה מכך, נראה כי סוג התמיכה החברתית משמעותי בכל הנוגע לתרומה לחוסן כנגד סטרסורים. במדגם של ניצולי התעללות מינית בילדות, שילוב של תמיכה בהערכה של המטופל את עצמו (המטופל מרגיש כי הוא מוערך על ידי אחרים) ותמיכה ביכולת ההערכה של המטופל את האחרים סביבו (המטופל מרגיש כי הוא מסוגל לקבל עצות בהתמודדות עם קשיים) היו מאד שימושיים במניעת התפתחות של הפרעת דחק פוסט טראומטית (Hyman et al., 2003).

הוכח כי בידוד חברתי ורמות נמוכות של תמיכה חברתית קשורים לעלייה בתחלואה ותמותה במגוון רחב של תחלואות רפואיות. לדוגמה, במחקרים של מחוז אלמדה, גברים ונשים ללא קשרים עם אחרים היו בסיכון גבוה פי 1.9 עד פי 3 למות בתוך תשע שנים ממחלות לב איסכמיות (למשל, אי ספיקת לב), מחלות כלי דם של המוח (למשל, שבץ מוחי), סרטן או מגוון מחלות אחרות בהשוואה לאנשים עם הרבה יותר קשרים חברתיים (Berkman, 1995). **נראה כי השפעת התמיכה החברתית על תוחלת החיים חזקה לא פחות מההשפעות של השמנת יתר, עישון סיגריות, יתר לחץ דם או רמת הפעילות הגופנית** (Sapolsky, 2004).

מחקרים אפידמיולוגיים רבים מצאו כי תמיכה חברתית לקויה קשורה להופעה ולחזרה של דיכאון (Paykel, 1994), לתגובה שלילית לטיפול בדיסתימיה (Oxman & Hull, 2001), לעונתיות של הפרעת מצב רוח (Michalak et al., 2003), ולקיומו של דיכאון נלווה למספר תחלואות רפואיות, כגון טרשת נפוצה (Mohr et al., 2004), סרטן (Manne et al., 1999), ודלקת מפרקים שגרונית (Revenson et al., 1991).

מלחמת וייטנאם עשויה לשמש דוגמה חשובה לתמיכה חברתית כושלת בתקופה של מתח וטראומה. ג'ונסון ועמיתיו גילו כי רבים מיוצאי וייטנאם חוו את החזרה הביתה כמעוררת מתח במידה רבה מאד (Johnson et al., 1997). חיילים אלה סיפרו על חוויות של עלבון, כעס, טינה ובדידות. בקבוצה זו של חיילים עם PTSD שביקשו טיפול, רמת הלחץ מהחזרה הבייתה הייתה המנבא החזק ביותר לתדירות ועוצמת תסמיני ה-PTSD שלהם. החוקרים הסיקו כי היעדר התמיכה החברתית איששה את הפחד של החיילים מדחייה וגרמה לתחושה של ניתוק.

בניגוד לתמיכה חברתית שלילית או כושלת, **רמות גבוהות של תמיכה חברתית חיובית מגנות מפני מלוא ההשפעה של מחלות נפשיות וגופניות.** הקשר בין תמיכה חברתית טובה לבריאות נפשית וגופנית מעולה נצפה באוכלוסיות מגוונות, כולל סטודנטים, מובטלים, אימהות טריות, אלמנות והורים לילדים עם מחלות רפואיות קשות (Resick, 2014).

תמיכה חברתית חזקה הוכחה כגורם חשוב בהפחתת הפגיעה התפקודית בחולי דיכאון (Travis et al., 2004) ובהגדלת הסיכוי להחלמה (Sayal et al., 2002). יתר על כן, הסיכון לפתח PTSD בחשיפה לטראומה בזמן קרב מתואם הפוך עם תמיכה חברתית. למשל, בוסקרינו (Boscarino, 1995), לאחר שליטה על משתנה החשיפה לטראומה, גילה כי יוצאי וייטנאם עם רמה גבוהה של תמיכה חברתית היו בעלי סיכוי נמוך ב-180% לפתח PTSD בהשוואה ליוצאי וייטנאם עם רמה נמוכה של תמיכה חברתית. כך, נראה כי התמיכה החברתית ממתנת פגיעות גנטיות וסביבתיות למחלות נפש, אולי על ידי השפעה על גורמים פסיכו-סוציאליים אחרים, כגון טיפוח אסטרטגיות התמודדות יעילות, ו/או דרך השפעות על גורמים נוירוביולוגיים. חשוב שחוקרים פסיכיאטריים יבחנו ויישמו התערבויות להגברת התמיכה החברתית באוכלוסיות פסיכיאטריות או קבוצות בסיכון. כפי שנכתב קודם לכן, ברווין ועמיתיו (Brewin, 2000) גילו במהלך המטא-אנליזה שעשו לגורמי הסיכון ל-PTSD, שגודל האפקט של היעדר תמיכה חברתית היה השני בגודלו, לאחר המשתנה המדרג את חומרת הטראומה.



תרשים 52: חוסר תמיכה חברתית מנבא PTSD. Brewin (2000)

תמיכה חברתית היא ככל הנראה גורם ההגנה החשוב ביותר בכל הנוגע לצמצום סימפטומים של דחק (סטres) לאחר אירוע בעל פוטנציאל טראומטי. לפיכך, חיזוק הקשרים החברתיים בזמן שגרה מהווה רשת תמיכה לחוסן אישי בעת משבר.

בין חוסן נפשי לקהילתי: תמיכה חברתית וחוסן נפשי

תמיכה חברתית היא ככל הנראה גורם ההגנה החשוב ביותר בכל הנוגע לצמצום סימפטומים של דחק (סטres) לאחר אירוע בעל פוטנציאל טראומטי. לפיכך, חיזוק הקשרים החברתיים בזמן שגרה מהווה רשת תמיכה לחוסן אישי בעת משבר.

- תמיכה חברתית היא "תמיכה הנגישה לאדם באמצעות קשרים חברתיים עם אנשים אחרים, קבוצות והקהילה הגדולה יותר"
- מקור התמיכה החברתי האופטימלי תלוי בשלב ההתפתחותי של האדם המקבל את התמיכה
- תמיכה חברתית באיכות גבוהה יכולה לשפר את העמידות לסטרס ולסייע בהגנה מהתפתחות של הפרעות הקשורות בסטרס, (ככל הנראה, באמצעות השפעתה על ציר ה-HPA, מערכת הדחק המרכזית, המעורבת בייצור הורמון הדחק (קורטיזול); באמצעות תפקוד המערכת הנוראדרגית הקשורה בדיכאון וחרדה; ובאמצעות מסלולים אוקסיטוציניים מרכזיים, אשר מעורבים ביצירת קשרים חברתיים ואמון, ובהורדת מפלס הסטרס)
- הוכח כי בידוד חברתי ורמות נמוכות של תמיכה חברתית קשורים לעלייה בתחלואה ותמותה במגוון רחב של תחלואות רפואיות
- השפעת התמיכה החברתית על תוחלת החיים חזקה לא פחות מההשפעות של השמנת יתר, עישון סיגריות, יתר לחץ דם או רמת הפעילות הגופנית
- תמיכה חברתית לקויה קשורה להופעה ולחזרה של דיכאון
- רמות גבוהות של תמיכה חברתית חיונית מגנות מפני מלוא ההשפעה של מחלות נפשיות וגופניות
- התמיכה החברתית ממתנת פגיעות גנטיות וסביבתיות למחלות נפש, אולי על ידי השפעה על גורמים פסיכו-סוציאליים אחרים, כגון טיפוח אסטרטגיות התמודדות יעילות, ו/או דרך השפעות על גורמים נוירוביולוגיים
- היעדר תמיכה חברתית הוא גורם הסיכון השני בגודלו ל-PTSD, לאחר המשתנה המדרג את חומרת הטראומה

ד.2. הון חברתי וחוסן קהילתי

לאחר מלחמת העולם השנייה, החלה ממשלת ארה"ב לטפל באופן שיטתי בנושא ההתמודדות עם אירועי אסון, כאשר התייחסות זו עוררה גל של מחקרים אקדמיים. כך למשל, קווארנטלי (Quarantelli, 1999) סיכם במחקרו באופן שיטתי 50 שנה של מאמרים בנושא התמודדות עם אירועי אסון (בן יוסף ועמיתיו, 2015). בישראל, מושג החוסן הקהילתי החל להיות בעל עניין למחקר בשנים האחרונות, לאור העובדה שקהילות שונות, הממוקמות לעיתים במרחקים גיאוגרפיים קטנים זו מזו, התמודדו במידת הצלחה שונה עם אסונות טבע או אסונות מעשי ידי אדם (קמחי, מרציאנו ועדיני, 2020). מחקרים על התמודדות קהילות במצבי אסון הראו שפרקטיקה של **העצמה קהילתית תורמת לשיקום הקהילות הנפגעות** (Bishnu & Okazaki, 2005; Couto, 2000; Victoria, 2003; Buckle et al., 1989). מחקרים אחרים על התמודדות של קהילות במצבי אסון, הראו ש**קהילות מלוכדות יותר עם רמה גבוהה יותר של הון חברתי ומעורבות קהילתית** השתקמו בצורה טובה יותר מאשר קהילות פחות מלוכדות, עם רמה נמוכה יחסית של הון חברתי וחוסר מעורבות קהילתית (Aldrich, 2012; Flint & Luloff, 2005; Haines et al., 1996; Nakagawa & Shaw, 2004; Wisner, 2002).

"תשומת הלב להיבטים החברתיים של החוסן היא הכרחית כאשר מדובר באוכלוסיות פגיעות במיוחד, אשר מאופיינות ברמה נמוכה של חוסן אישי ובגישות נמוכה להתערבויות אפקטיביות בזמן אמת. בהקשר זה הודגש מושג החוסן הקהילתי, המתייחס ליכולת המתמשכת של הקהילה לעמוד במצוקה ולהתאושש ממנה" (שילשטיין, 2020).

בעת אסון, אנשים בעלי רמת חוסן אישית תקינה ועם יכולות אישיות גבוהות יכולים להפיק תועלת מהתערבויות קצרות-טווח, שמחזקות את הכוחות הנפשיים ויכולות להיות יעילות בגיבוש יכולות קיימות. **אולם התערבויות כאלה יהיו אפקטיביות פחות עבור אנשים עם מעט יכולות**, אשר מיעוט הכוחות ממקם אותם ברמת הסיכון הגבוהה ביותר לפגיעות לחוויות טראומטיות הקשורות לאסון (La Greca et al., 2008; Mayes et al., 2001). גם בשגרה, **דווקא האנשים אשר זקוקים ביותר לטיפול לעיתים אינם משתפים פעולה עם הטיפול ואינם פונים לעזרה כלל; קל וחומר – במצבי חירום**. לאור זאת עולה השאלה: מה יכול להעלות את רמת החוסן של אוכלוסיות פגיעות בעת מצבי חירום, בתנאים שבהם אין ברשותנו מספיק זמן לתהליכים ארוכי טווח? המושג המרכזי שעולה בספרות בהקשר זה הוא חוסן קהילתי (שילשטיין, 2020). שילשטיין אינה היחידה שחושבת שחוסן חברתי משמעותי בעיתות משבר, גם במסמך שהוגש באפריל 2020 לידי הועדה המיוחדת להתמודדות עם משבר הקורונה, המליצו הכותבים על אופנים שונים בהם ניתן להעצים את החוסן החברתי (קוטלר ואברהמי-מרום; אפריל 2020).

שילשטיין (2020) מזכירה שני מחקרים נוספים שבחנו את ההתמודדות הרגשית של אנשים עם מגפות, ושהם עלתה החשיבות של החיבור לקהילה. המחקר הראשון נערך ב-2008 בהונג קונג ונמצא כי **יש קשר מתאמי בין חיבור לקהילה לבין תחושת הרווחה האישית** אחרי התמודדות עם מגפות (Lau et al., 2008). המחקר השני נערך במהלך המגפה הנוכחית בסין,

135

ובו נמצא שאנשים בעלי רמה נמוכה של הון חברתי גילו רמות גבוהות יותר של חרדה ולחץ (Xiao, 2020). קמחי ושמאי (Kimhi & Shamai, 2004) חקרו את הקשר בין חוסן אישי לחוסן קהילתי ומצאו שיש מתאם חיובי ביניהם. גם חוקרים אחרים מצאו מתאם חיובי שכזה (Obrist, Pfeiffer & Henley, 2010), וישנם אף חוקרים הטוענים שההשפעה של החוסן המשפחתי והקהילתי משמעותית יותר מהשפעת החוסן האישי (Martin-Breen & Andries, 2011). "לדעת חוקרי חוסן רבים חיזוק החוסן האישי של כלל האוכלוסייה הוא ככול הנראה משימה קשה ביותר כאשר מדובר באוכלוסייה שלמה ולא רק בקבוצה נבחרת קטנה [...] מבין שלוש רמות החוסן בהן עוסק מאמר זה (אישי, קהילתי ולאומי), ההנחה המקובלת היא שהחוסן הקהילתי הוא החשוב ביותר, שכן הוא נתון במידה רבה בידינו וניתן לחיזוק ולשינוי" (קמחי, מרציאנו ועדיני 2020).

בין חוסן נפשי לקהילתי: הון חברתי וחוסן קהילתי

- פרקטיקה של העצמה קהילתית תורמת לשיקום קהילות נפגעות אחרי אסון
- קהילות מלוכדות יותר עם רמה גבוהה יותר של הון חברתי ומעורבות קהילתית השתקמו בצורה טובה יותר מאשר קהילות פחות מלוכדות, עם רמה נמוכה יחסית של הון חברתי וחוסר מעורבות קהילתית
- יש קשר מתאמי בין חיבור לקהילה לבין תחושת הרווחה האישית - אנשים בעלי רמה נמוכה של הון חברתי גילו רמות גבוהות יותר של חרדה ולחץ
- אנשים בעלי רמת חוסן אישית תקינה ועם יכולות אישיות גבוהות יכולים להפיק תועלת מהתערבויות קצרות-טווח, אולם התערבויות כאלה יהיו אפקטיביות פחות עבור אנשים עם מעט יכולות
- דווקא האנשים אשר זקוקים ביותר לטיפול לעיתים אינם משתפים פעולה עם הטיפול ואינם פונים לעזרה כלל
- חיזוק החוסן האישי של כלל האוכלוסייה הוא ככול הנראה משימה קשה ביותר כאשר מדובר באוכלוסייה שלמה ולא רק בקבוצה נבחרת קטנה
- ההנחה המקובלת היא שהחוסן הקהילתי הוא החשוב ביותר, שכן הוא נתון במידה רבה בידינו וניתן לחיזוק ולשינוי

סוף דבר - הקהילה כנקודה הארכימדית

על בסיס מחקר זה, ובחלק מהתהליך המתודולוגי של ספרינט החוסן הנפשי והקהילתי, התברר כי **הקהילה היא הנקודה הארכימדית שיכולה להביא לשינוי אקספוננציאלי הן בחוסנם הנפשי של כלל תושבות ותושבי מדינת ישראל והן בחוסנם הקהילתי**. זאת בעקבות מספר סיבות מרכזיות:

- עם פרוץ משבר הקורונה נפגע החוסן האישי והנפשי של הפרט ואילו החוסן הקהילתי עלה; ניכר כי הקהילה סיפקה תמיכה ומשענת ליחיד. עם התמשכות המשבר חלה עלייה בתחושות המתח והחרדה, וירידה בחוסן הקהילתי. הדבר הוביל לתחושות עוינות בין קבוצות אוכלוסייה ולהגברת הקרעים בחברה הישראלית. **המצב מדגיש את הצורך הדחוף בחיזוק המרקם הקהילתי בישראל.**
 - **במהלך המחקר התברר כי משתנים חברתיים משפיעים באופן משמעותי על החוסן הנפשי של הפרט.** תמיכה חברתית היא ככל הנראה גורם ההגנה החשוב ביותר בכל הנוגע לצמצום סימפטומים של דחק (סטres) לאחר אירוע בעל פוטנציאל טראומטי ומשמשת הגנה בפני מלוא ההשפעה של מחלות נפשיות. השפעת התמיכה החברתית על תוחלת החיים חזקה לא פחות מההשפעות של השמנת יתר, עישון סיגריות, יתר לחץ דם או רמת הפעילות הגופנית.
 - **קיים קשר מתאמי בין חיבור לקהילה לבין תחושת הרווחה האישית** ואילו תחושת קהילתיות בעלת זיקה הדוקה לתחושת משמעותיות, מסוגלות ורצון לפעול – מרכיבים מהותיים בחשיבה המועילה החיונית לחוסנו הנפשי של הפרט.
 - **הקהילה התגלתה כנקודת ההתערבות היעילה ביותר**, הפוגשת מספר רב של יחידים בו זמנית. ההנחה המקובלת היא שהחוסן הקהילתי נתון במידה רבה בידינו וניתן לחיזוק ולשינוי.
- בפרקים הבאים של מסמך זה תוצג תמונת העתיד הרצוי בתחום החוסן הנפשי והקהילתי של אזרחי מדינת ישראל, וכן החסמים והאתגרים בדרך להשגתו.

תמונת עתיד



פרק 4: תמונת עתיד רצוי לתחום החוסן הנפשי והקהילתי

בתהליך מתודולוגי סדור, על בסיס מחקר מעמיק של המצב הקיים, המגמות והתחזיות בתחום החוסן הנפשי והקהילתי, באמצעות מפגשי חשיבה ממוקדים עם שותפי המעבדה לעתיד ישראל ו'מדינה למופת', ובהובלת הצוות המוביל את ספרינט חוסן נפשי וקהילתי, התבהר כי הקהילה היא הנקודה הארכימדית שיכולה להביא לשינוי אקספוננציאלי, הן בחוסנם הנפשי של כלל תושבות ותושבי מדינת ישראל והן בחוסנם הקהילתי, זאת ממספר סיבות:

- משתנים חברתיים משפיעים באופן משמעותי על החוסן הנפשי והקהילתי
- תחושת קהילתיות בעלת זיקה הדוקה לתחושת משמעותיות, מסוגלות ורצון לפעול – מרכיבים מהותיים בחשיבה המועילה
- הקהילה היא נקודת ההתערבות היעילה ביותר
- חוסן קהילתי ניתן לשינוי ולחיזוק

מתוך תפיסה זו גובשה תמונת עתיד משבשבת²⁸ לתחום החוסן הנפשי והקהילתי. מטרת תמונת העתיד הרצוי לייצר חזון רחב ומוסכם, אשר לאורו ניתן לגבש יוזמות פורצות דרך, שייצרו השפעה משמעותית על כלל תושבי ותושבות מדינת ישראל.

מתודולוגיה ליצירת תמונת העתיד המשבשבת

1. מחקר אסטרטגי מקיף, שעיקריו מובאים במסמך זה
2. עבודה בצוותי חשיבה: 3 מפגשי צוות חשיבה, 3 מפגשי צוות מוביל
3. שאלונים: 3 שאלונים בנושא הנחות יסוד ותמונת עתיד בתחום החוסן
4. שלבי העבודה:

- א. מיפוי המצב הקיים, תחזיות ומגמות
- ב. איתור מודלים מהארץ והעולם

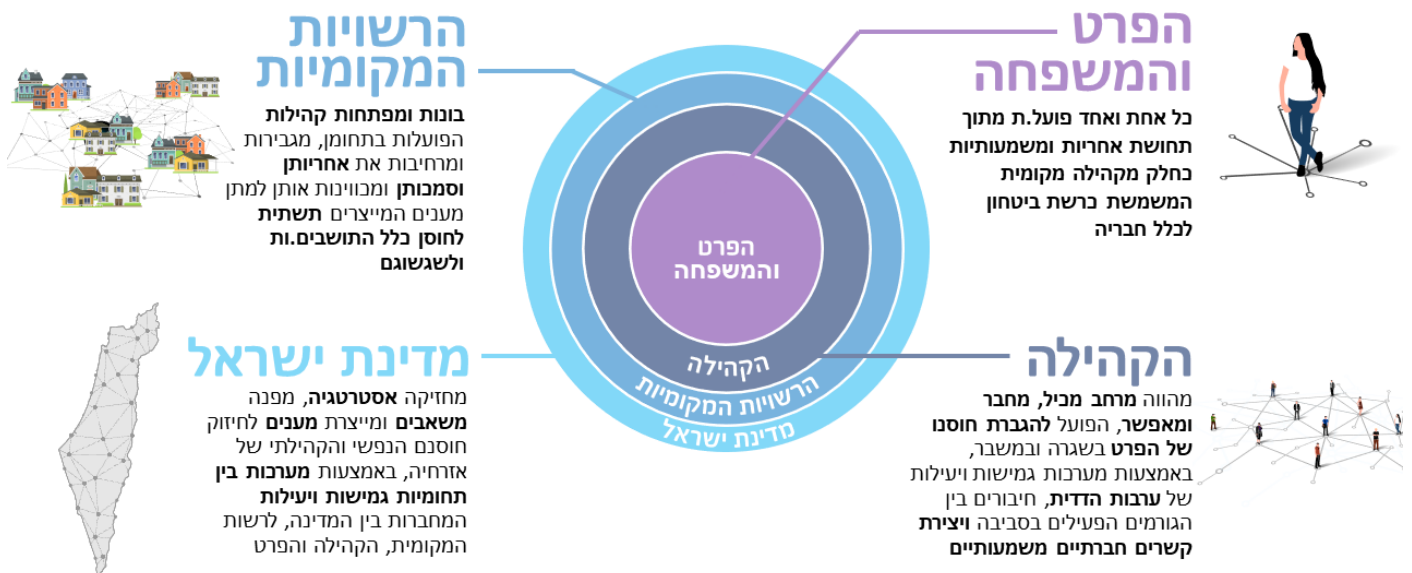
²⁸ תמונת עתיד משבשבת - עתיד רצוי, הפותר משבר ואתגר לאומי בכלים חדשניים, תוך בניית כיוון, רוח ועוצמה הנותנת מענה לציבור רחב ומשפיעה במכפלות לדורות. כל הזכויות שמורות ל'מדינה למופת'

- ג. חשיבה מחודשת על הנחות יסוד תוך ניפוח תבניות שאינן משרתות את העתיד הרצוי
- ד. גיבוש עקרונות מהותיים עבור תמונת העתיד הרצוי
- ה. יצירת תסריטים אפשריים לתחום החוסן הנפשי והקהילתי העתידי – שלילי וחיובי
- ו. גיבוש תמונת העתיד המשבשבת ודיוק שלה בעזרת צוותי החשיבה והצוות המוביל

5. חלוקה על פי קטגוריות רובד:

מודל החוסן שפותח במסגרת הספרינט מתייחס לשלושה רבדי תוכן עיקריים – אישי ומשפחתי, קהילתי ולאומי. תמונת העתיד הרצוי מתייחסת לכל אחד מהרבדים שזוהו בתוספת חוליה נוספת – הרשות המקומית. חוליה זו משמעותית שכן לרשות המקומית מעמד סטטוטורי, המאפשר לשירותים לחלחל מהמדינה אל הפרט ואילו לקהילה אין כיום מעמד רשמי. באופן זה, תמונת העתיד מציבה מבט לאומי על תחום החוסן הנפשי והקהילתי, אך בה בעת שמה את האדם במרכז.

תושבי.ות מדינת ישראל משגשגים בשגרה, מתמודדים בהצלחה עם משברים שונים וצומחים מתוכם, בזכות רשת ביטחון לאומית של קהילות מקומיות



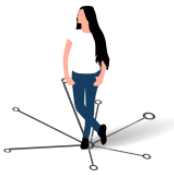
© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 5: תמונת העתיד לחוסן הנפשי וקהילתי בישראל

הפרט והמשפחה

כל אחת ואחד פועלת מתוך תחושת אחריות ומשמעותיות בחלק מקהילה מקומית המשמשת כרשת ביטחון לכלל חבריה

- כל אדם ובני משפחתו שייכים לקהילה מקומית, הפועלת להגברת החוסן הנפשי של חבריה
- לכל אדם גישה לכלים לפיתוח חשיבה מועילה, גמישות מחשבתית ומגוון אסטרטגיות פעולה להתמודדות עם אתגרים
- לכל אדם גישה למידע המאפשר מיצוי זכויות
- לכל אדם אפשרות לקחת חלק פעיל בקהילה ולהיות חלק מהמנהיגות הקהילתית
- לכל אדם ולמשפחתו אפשרות להסתייע בקהילה בעת הצורך



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

הקהילה

הקהילה מהווה מרחב מכיל מחבר ומאפשר, הפועל להגברת חוסנו של הפרט בשגרה ובמשבר, באמצעות מערכות גמישות ויעילות של ערכות הדדיות, חיבורים בין הגורמים הפעילים בסביבה ויצירת קשרים חברתיים משמעותיים

- הקהילה מהווה מרחב פיתוח עצמי לחברים בה ומספקת כלים להגברת החוסן הנפשי של הפרט
- הקהילה מהווה קרקע ליצירת קשרים חברתיים משמעותיים ומקור לתמיכה עבור כלל התושבים.
- הקהילה מקדמת חיבור יעיל בין צרכי החברים בה לבין מענים התנדבותיים
- לכל קהילה מערכות לאיתור וטיפול ממוקד במי שזקוק.ה לסיוע (No one gets left behind)
- לכל קהילה יש מרחב פיזי חברתי נגיש ובטוח, המעודד מפגש וקיום אירועים קהילתיים
- לכל קהילה יש מנהיגות נבחרת, אפקטיבית, אחראית, שקופה ומשתפת, בעלת מעמד חוקי המקנה לה אחריות וסמכות
- לכל קהילה פרוטוקולים יעילים לחירום וצוותי מוכנות קהילתיים לחירום
- הקהילה מהווה תשתית המחברת בין כלל הגורמים במרחב – אנשים, רשויות, עסקים וארגוני מגזר שלישי



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

הרשות המקומית

הרשויות המקומיות בישראל בונות קהילות הפועלות בתחומן, מגבירות ומרחיבות את אחריותן וסמכותן ומכוונות אותן למתן מענים המייצרים תשתית לחוסן התושבים. זה ולשגשוגם

- הרשות המקומית מהווה גורם המתווך באופן יעיל בין הפרט והמשפחה לבין המדינה, באמצעות קהילות מקומיות
- הרשות המקומית אמונה על תכנון והקמה של קהילות מקומיות, על חיבור בין תושביה לבין הקהילות המקומיות ועל התמיכה בקהילות המקומיות בשגרה ובחירום
- הרשות המקומית מקדמת שיתופי פעולה בין קהילות בתחומה ובין הקהילות לגורמים עסקיים וחברתיים במרחב
- הרשות המקומית מבצעת מעקב ומיפוי צרכים בתחומה באמצעות מדד חוסן נפשי וקהילתי מתוקף ומקדמת מענים נדרשים



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

המדינה

מדינת ישראל מחזיקה אסטרטגיה, מפנה משאבים ומייצרת מענים לחיזוק חוסנם הנפשי והקהילתי של אזרחיה, באמצעות מערכות בין תחומיות גמישות ויעילות המחברות בין המדינה, לרשות המקומית, הקהילה והפרט

- קיימת "רשת ביטחון" ארצית המבוססת על מאות שכונות קהילתיות ברשויות בישראל
- המערך הפסיכולוגי-סוציאלי הארצי נגיש, יעיל, איכותי, מחובר ומתקשר עם הרשות המקומית והקהילות המקומיות
- מעקב ומיפוי צרכים לאומיים מתבצע באמצעות מדד חוסן נפשי וקהילתי מתוקף



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 53: רכיבי תמונת העתיד לחוסן נפשי וקהילתי בישראל

אתגרים



פרק 5: אתגרים מרכזיים בתחום החוסן הנפשי והקהילתי

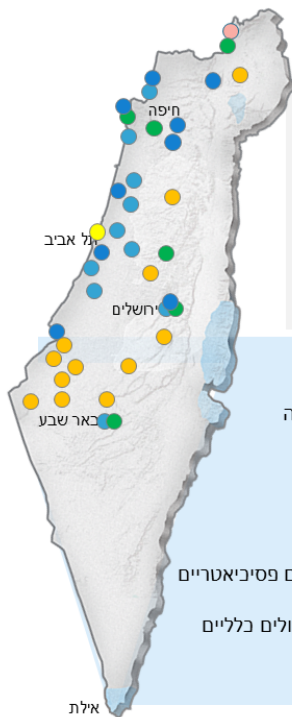
לאחר גיבוש תמונת העתיד הרצוי, נבחנו כלל החסמים בתחום החוסן הנפשי והקהילתי וכן נערך מיפוי עומק של יוזמות קיימות שמטרתן לתת מענה לחסמים אלו. בחינת המצב הקיים והחסמים אל מול תמונת העתיד הרצוי, הובילה להבנה כי על מנת להוביל את מדינת ישראל אל העתיד הרצוי בתחום החוסן הנפשי והקהילתי יש לפתור אתגר הוליסטי הכולל רכיבים המתחלקים לארבע קטגוריות:

- **חיבוריות** – היבטים של הון חברתי (איכות הקשרים החברתיים והארגוניים – הן הממשלתיים והן העסקיים)
- **נגישות** – היבטים של קישוריות (זמינות מידע אמין)
- **משמעותיות** – היבטים של העצמה, מסוגלות חברתית, תחושת שייכות ותרומה לקהילה
- **שיטתיות** – פיתוח נהלים ומנגנונים עבור אתגרי הקהילה, כולל מצבי חירום, המאפשרים פעולה מיידית וממוקדת

מתודולוגיה לגיבוש האתגרים

1. **מיפוי כלל החסמים** בתחום החוסן הנפשי והקהילתי
2. **מיפוי יוזמות קיימות** שמטרתן לענות על החסמים
3. **עבודה בצוותי חשיבה**: 3 מפגשי חשיבה, 3 מפגשי צוות מוביל
4. **שאלון שותפות ציבור** בקרב מנהלי קהילות
5. **גיבוש האתגרים** אותם יש לפתור על מנת להגיע לעתיד הרצוי

מיפוי יזמות קיימות:



מנגנונים לחירום

- צוותי חירום וסיוע (אזרחיים, ישוביים, רשתיים)
- מרכזי חוסן לאומיים
- רח"ל – רשות חירום לאומית
- פיקוד העורף, משרדי הממשלה

מענים טיפוליים

- טיפול פסיכולוגי קליני, עבודה סוציאלית קלינית
- מרכזי מידע ומענים בזמן אמת בדוגמת נט"ל, ער"ן
- אפליקציות המעניקות מענה טיפולי דרך האינטרנט
- אפליקציות לעידוד חשיבה חיובית ולהפגת מתח וחרדה

מקרא

- מרכזי חוסן קהילתי – משרד הרווחה
- מרכז משאבים קריית שמונה
- מרכז "חוסן" על שם כהן-האריס
- מרכזים לבריאות הנפש – בתי חולים פסיכיאטריים
- מחלקות אשפוז פסיכיאטרי בבתי חולים כלליים
- מרכזים אקדמיים לחקר חוסן

מענים בקהילה

- טיפול פסיכולוגי חינוכי\רפואי\שיקומי\התפתחותי
- עבודה סוציאלית קהילתית
- ארגונים ממשלתיים כדוגמת החברה למתנ"סים
- ארגונים לפיתוח וחיוק קהילות
- עמותות העוסקות בשילוב בקהילה
- עמותות המקדמות התנדבות בקהילה
- פלטפורמות לניהול קהילות
- תוכניות חינוכיות להעצמה, פיתוח מנהיגות, למידה רגשית חברתית

© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

ארגונים ממשלתיים ומוסדות

מרכזי חוסן ומוכנות לחירום

משרדים ממשלתיים



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

מרכזי מידע | טיפול ותמיכה | שילוב בקהילה | אפליקציות להפגת מתח וחרדה



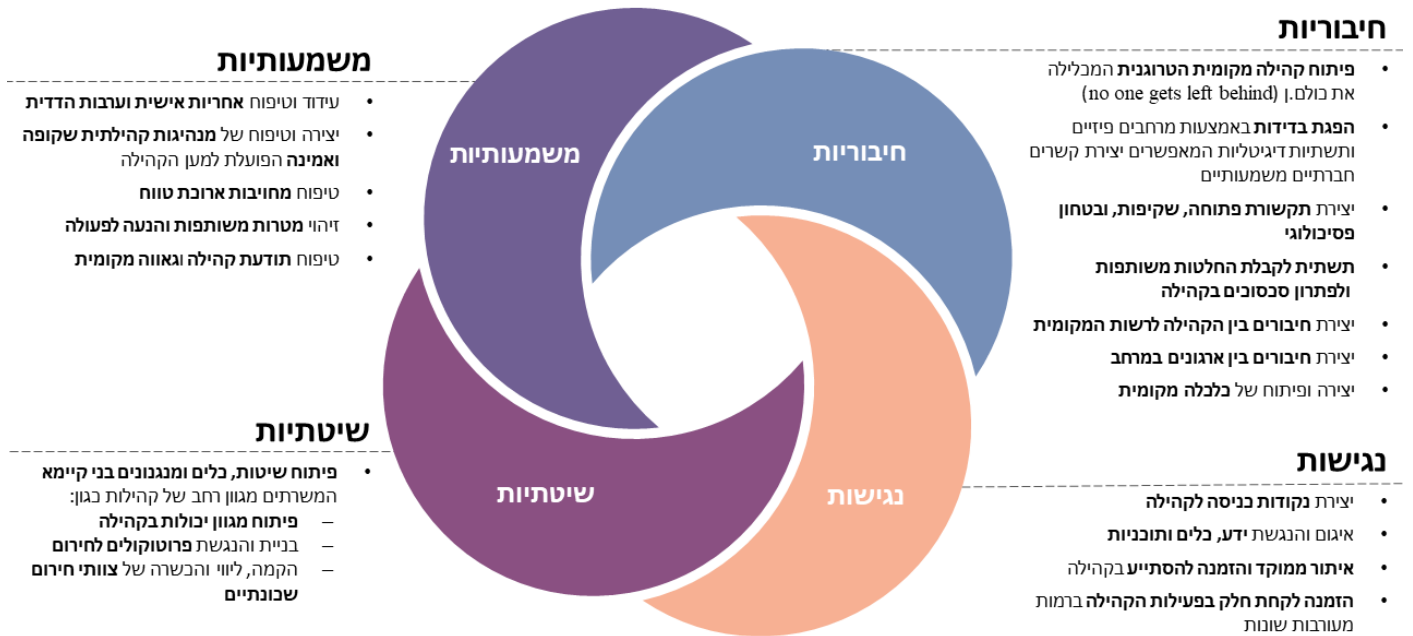
© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

פיתוח וחיזוק קהילות | התנדבות בקהילה | פלטפורמות קהילתיות לתחושת הביטחון | פלטפורמות לניהול קהילות



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

האתגר:



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

תרשים 6: אתגרי תמונת העתיד

מדידה והערכה



פרק 6: מדידה והערכה

על בסיס המחקר שנערך ובהתאם לתמונת העתיד הרצוי והאתגרים שגובשו, בסוף חודש דצמבר 2021 תופץ קריאה ליזמים.ות בעלי.ות פתרונות פורצי דרך לאתגרים בתחום החוסן הנפשי והקהילתי.

על מנת למדוד את האימפקט של היוזמות בשטח פותח במסגרת הספרינט שאלון למדידת חוסן נפשי וקהילתי (ראה.י נספח ב': מדידה והערכה - שאלון חוסן נפשי וקהילתי). השאלון מאפשר למדוד את רמת החוסן של התושבים בקהילות, בשכונות ובערים בהן יפעלו היוזמות, ולבחון את השינוי במדדים לאחר תקופת פעילות של היוזמות בשטח.

השאלון נבנה לאחר סקירה של מעל 70 שאלונים העוסקים בהיבטים רגשיים ורווחה נפשית של האדם, בהיבטים התנהגותיים וחברתיים, ובהיבטי בריאות הנפש. מתוכם, נבחרו כלי המדידה הבאים, על פי מספר קריטריונים, וביניהם שכיחות השימוש בכלים הללו בעברית, היותם כלי מדידה מתוקפים היטב, ומידת התאמתם לצרכי הספרינט. חלקם שונו וקוצרו בהתאם לכך.

השאלון מורכב מ-7 חלקים: חוסן אישי, בדידות, רווחה נפשית, תסמיני דיכאון חרדה ולחץ, חוסן קהילתי, חוסן שכונתי, השתתפות שכונתית, מעורבות שכונתית, ואיסוף פרטים דמוגרפיים.

חוסן אישי

מדד החוסן האישי, המבוסס על שאלון שנמצא בשימוש במחקרי חוסן והוא מבטא את תפיסות האדם לגבי חוסנו האישי.

חוסן נפשי

- **מדד בדידות** - מבוסס על שאלון UCLA למדידת בדידות חברתית. המדד בעל חשיבות גבוהה בשל העלייה בבדידות בזמן משבר הקורונה ומשמש כאינדיקציה לכך שהיוזמה אכן מספקת הקלה מתחושות של בדידות.
- **מדדי רווחה נפשית** - מבוססים על שאלון רצף הבריאות הנפשית, ומעידים על מצב אופטימלי. זהו אינו מדד חוסן אלא מדד המאפשר לחשוף את הגישה הכללית לחיים וככל הנראה גם את מידת הנוחות בחיים.
- **שאלוני דחק, חרדה ודיכאון** - תוצאה שלילית (ללא סימפטומים) מהווה אינדיקציה לחוסן נפשי. עבור מדידת תסמיני הדיכאון, חרדה ולחץ, מופיעים בשאלון זה שני שאלונים אפשריים, שניהם מתוך אוגדן הועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית של משרד הבריאות.

חוסן קהילתי

- **חוסן קהילתי** - שאלון CCRAM בן 10 שאלות, הינו נוסח שנמצא בשימוש שכיח במחקרי חוסן קהילתי בישראל. המדד מתייחס לתושבי העיר כקהילה ועל כן, בוחן את התפיסות של הפרט ביחס לתושבי העיר וכלפי הרשות המוניציפאלית.

- **חוסן שכונתי** - במסגרת הספרינט פותח שאלון חוסן שכונתי, המבוסס על שאלון CCRAM, תוך התאמה המאפשרת לבחון את תפיסת החוסן השכונתי.

השתתפות ומעורבות שכונתית

- **השתתפות שכונתית** - במסגרת הספרינט פותח מדד חדש המבוסס על שאלון השתתפות חברתית (Harris, 2007). המדד פותח והותאם לספרינט, על מנת לבחון האם היוזמות הפועלות במרחב השכונתי, אכן הובילו להגברת מעורבות חברי וחברות הקהילה בפעילויות קהילתיות במרחב השכונתי.
- **מעורבות שכונתית** - מדדי מעורבות שכונתית נבנו באופן ייעודי עבור שאלון זה, ונועדו לבחון האם היוזמות מגבירות את מעורבות התושבים בפעילות השכונתית

איסוף פרטים דמוגרפיים

מטרת פרק הדמוגרפיה, בסופו של השאלון, לאסוף מידע רלוונטי בנוגע למשיבים על השאלון, להכיר את אוכלוסיות היעד של המיזם, ולהתאים את היוזמות אליהם.

רשימת מקורות



רשימת מקורות

1. Adger, W. N. (2000). Social and ecological resilience: are they related? *Progress in human geography*, 24 (3), 347-364.
2. Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6 (3), 195-216.
3. Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8 (2), 155-172.
4. Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39 (3), 263-278.
5. Aldrich, D. P. (2012). *Building resilience: Social capital in post-disaster recovery*. University of Chicago Press.
6. Almourad, M. B., McAlaney, J., Skinner, T., Pleya, M., & Ali, R. (2020). Defining digital addiction: Key features from the literature. *Psihologija*, 53 (3), 237-253.
7. American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*.
8. Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being, 12-37.
9. Baker, D., & Refsgaard, K. (2007). Institutional development and scale matching in disaster response management. *Ecological Economics*, 63 (2-3), 331-343.
10. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84 (2), 191.
11. Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. In V.S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (Vol 4. pp. 71-81). NY: Academic Press.
12. Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). *Self-efficacy: The exercise of control*.
13. Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5 (1), 307-337.

14. Belgrave, F. Z., Chase-Vaughn, G., Gray, F., Addison, J. D., & Cherry, V. R. (2000). The effectiveness of a culture and gender-specific intervention for increasing resiliency among African American preadolescent females. *Journal of Black Psychology*, 26 (2), 133-147.
15. Bell, C., & Newby, H. (1971). *Community studies: An introduction to the sociology of the local community*. Routledge.
16. Benight, C. C. (2012). Understanding human adaptation to traumatic stress exposure: Beyond the medical model. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4 (1), 1.
17. Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour research and therapy*, 42 (10), 1129-1148.
18. Benight, C. C., & Cieslak, R. (2011). Cognitive Factors and Resilience: How Self-Efficacy Contributes to Coping with Adversities. In: S.M. Southwick, B.T. Litz, D. Charney & M.J. Friedman (eds.). *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*, 45-55. UK: Cambridge University Press.
19. Benight, C.C., Freyaldenhoven, R.W., Hughes, J., Ruiz, J.M., Zoschke, T.A. & Lovallo, W.R. (2000). Coping Self-Efficacy and Psychological Distress Following the Oklahoma City Bombing. *Journal of Applied Psychology*, 30 (7), 1331-1344.
20. Benight, C., & Harper, M. (2002). Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (3), 177–186.
21. Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic medicine*, 57 (3), 245-254.
22. Bishnu, P., & Okazaki, K. (2005). *Community Based Disaster Management: Empowering Communities to Cope with Disaster Risks*.
23. Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of personality and social psychology*, 70 (2), 349.
24. Bohanek, J. G., Marin, K. A., Fivush, R., & Duke, M. P. (2006). Family narrative interaction and children's sense of self. *Family process*, 45 (1), 39-54.
25. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*, 59 (1), 20-28.

26. Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of loss and potential trauma. *Current directions in psychological science*, 14 (3), 135-138.
27. Bonanno, G. A. (2012). Uses and abuses of the resilience construct: Loss, trauma, and health-related adversities. *Social Science and Medicine*, 74 (5), 753-756.
28. Bonanno, G. A. (2021a). The end of trauma: How the new science of resilience is changing how we think about PTSD (1st ed.). New York, NY: Basic Books, Inc.
29. Bonanno, G. A. (2021b). The resilience paradox. *European Journal of Psychotraumatology*, 12 (1), 194642.
30. Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8 (6), 591-612.
31. Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological science*, 17 (3), 181-186.
32. Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, 121 (2), 369-375.
33. Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. Psychological trauma: *Theory, research, practice, and policy*, 4 (1), 74-83.
34. Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15 (7), 482-487.
35. Bonanno, G. A., Rennie, C., & Dekel, S. (2005). Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment? *Journal of personality and social psychology*, 88 (6), 984-998.
36. Bonanno, G. A., Romero, S. A., & Klein, S. I. (2015). The temporal elements of psychological resilience: An integrative framework for the study of individuals, families, and communities. *Psychological Inquiry*, 26 (2), 139-169.

37. Boscarino, J. A. (1995). Post-traumatic stress and associated disorders among Vietnam veterans: The significance of combat exposure and social support. *Journal of traumatic stress, 8* (2), 317-336.
38. Brewin, C.R, Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (5), 748-766.
39. Brock, S. C., & Kleiber, D. A. (1994). Narrative in medicine: The stories of elite college athletes' career-ending injuries. *Qualitative Health Research, 4* (4), 411-430.
40. Bromet, E. J., Karam, E. G., Koenen, K. C., & Stein, D. J. (2018). The global epidemiology of trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *Trauma and posttraumatic stress disorder: Global perspectives from the WHO world mental health surveys*, 1-12.
41. Brower, S. (2005). Community-generating neighborhoods. In Designing social innovation: *Planning, building, evaluating* (pp. 273-280). Hogrefe Publishing.
42. Brown, D., & Kulig, J. C. (1996/1997). The concepts of resiliency: Theoretical lessons from community research. *Health and Canadian Society, 4* (1), 29-52.
43. Bruner, J. S., Goodnow, J. J., & Austin, G. A. (1986). *A study of thinking*. Routledge.
44. Buckle, P., Mars, G., & Smale, S. (2000). New approaches to assessing vulnerability and resilience. *Australian Journal of Emergency Management, The, 15* (2), 8-14.
45. Cacioppo, J. T., Reis, H. T., & Zautra, A. J. (2011). Social resilience: The value of social fitness with an application to the military. *American Psychologist, 66* (1), 43.
46. Caffo, E., & Belaise, C. (2003). Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 12* (3), 493-535.
47. Cahill, S. P., Gallo, L. A., Lisman, S. A., & Weinstein, A. (2006). Willing or able? The meanings of self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25* (2), 196-209.
48. Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasquez, M. J., & Kaslow, N. J. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution. *Psychotherapy, 50* (1), 98.
49. Caruth, C. (1995). *Explorations in memory*. Baltimore/London.
50. Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2009). Personality and coping. *Annual Review of Psychology, 61* (1), 679-704.

51. Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18 (6), 293–299.
52. Castelnovo, G. (2010a). Empirically supported treatments in psychotherapy: towards an evidence-based or evidence-biased psychology in clinical settings? *Frontiers in psychology*, 1, 27.
53. Castelnovo, G. (2010b). No medicine without psychology: the key role of psychological contribution in clinical settings. *Frontiers in psychology*, 1, 4.
54. Castelnovo, G., Pietrabissa, G., Cattivelli, R., Manzoni, G. M., & Molinari, E. (2016). Not only clinical efficacy in psychological treatments: clinical psychology must promote cost-benefit, cost-effectiveness, and cost-utility analysis. *Frontiers in psychology*, 7, 563.
55. Castleden, M., McKee, M., Murray, V., & Leonardi, G. (2011). Resilience thinking in health protection. *Journal of Public Health*, 33 (3), 369-377.
56. Chan, H. F., Rizio, S. M., Skali, A., & Torgler, B. (2021). Early COVID-19 government communication is associated with reduced interest in the QAnon conspiracy theory. *Frontiers in psychology*, 12.
57. Chapman, D. W., & Baker, G. W. (Eds.). (1962). *Man and society in disaster*. Basic Books.
58. Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *American journal of Psychiatry*, 161 (2), 195-216.
59. Chemtob, C. M., Nakashima, J., & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of clinical psychology*, 58 (1), 99-112.
60. Chen, S., & Bonanno, G. A. (2021). Components of emotion regulation flexibility: Linking latent profiles to depressive and anxious symptoms. *Clinical Psychological Science*, 9 (2), 236-251.
61. Cheng, C., Lau, H.-P. B., & Chan, M.-P. S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140 (6), 1582–1607.
62. Chiles, J. A., Lambert, M. J., & Hatch, A. L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: a meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6 (2), 204.
63. Chun, S., & Lee, Y. (2008). The experience of posttraumatic growth for people with spinal cord injury. *Qualitative Health Research*, 18 (7), 877-890.

64. Cicero, S. D., Nooner, K., & Silva, R. (2011). Vulnerability and resilience in childhood trauma and PTSD. Post-traumatic syndromes in childhood and adolescence: A handbook of research and practice, 43-60.
65. Cicchetti, D., & Garmezy, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. Development and psychopathology, 5 (4), 497-502.
66. Clark, D. M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: the IAPT program. Annual review of clinical psychology, 14, 159-183.
67. Cohen, A. P. (1985). The symbolic construction of community. Routledge.
68. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
69. Cohen, O., Leykin, D., Lahad, M., Goldberg, A., & Aharonson-Daniel, L. (2013). The conjoint community resiliency assessment measure as a baseline for profiling and predicting community resilience for emergencies. Technological Forecasting and Social Change, 80 (9), 1732-1741.
70. Comfort, L. K., Ko, K., & Zagorecki, A. (2004). Coordination in rapidly evolving disaster response systems: The role of information. American behavioral scientist, 48 (3), 295-313.
71. Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. Journal of Clinical Psychiatry, 67 (2), 46-49.
72. Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety, 18 (2), 76-82.
73. Couto, R. A. (1989). Economics, experts, and risk: Lessons from the catastrophe at Aberfan. Political Psychology, 309-324.
74. Cutter, S. L., Barnes, L., Berry, M., Burton, C., Evans, E., Tate, E., & Webb, J. (2008). A place-based model for understanding community resilience to natural disasters. Global environmental change, 18 (4), 598-606.
75. Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2007). Community Psychology: Linking individuals and communities. Australia: Wadsworth Thomson.
76. Dantzer, R., & Kelley, K. W. (1989). Stress and immunity: an integrated view of relationships between the brain and the immune system. Life sciences, 44 (26), 1995-2008.

77. Davis, L. & Siegel, L.J. (2000). Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: A Review and Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3 (3), 135-154.
78. Davoudi, S., Shaw, K., Haider, L. J., Quinlan, A. E., Peterson, G. D., Wilkinson, C., ... & Davoudi, S. (2012). Resilience: a bridging concept or a dead end? *Planning theory & practice*, 13 (2), 299-333.
79. Deloitte Global Talent: *Millennials and Generation Z- making mental health at work a priority* (June 2021).
80. de Smet, A., Dowling, B., Mugayar-Baldocchi, M., & Schaninger, B. (2021, November 5). 'Great Attrition' or 'Great Attraction'? The choice is yours. McKinsey & Company. <https://www.mckinsey.com/business-functions/people-and-organizational-performance/our-insights/great-attrition-or-great-attraction-the-choice-is-yours>.
81. Dezetter, A., Briffault, X., Ben Lakhdar, C., & Kovess-Masfety, V. (2013). Costs and benefits of improving access to psychotherapies for common mental disorders. *J Ment Health Policy Econ*, 16 (4), 161-177.
82. Dickens, C. (1854). *Hard times: A novel*. Harper & Brothers, publishers, 329 & 331 Pearl Street, Franklin Square.
83. Diner, S. J. (1997). *A very different age: Americans of the progressive era*. Hill and Wang.
84. Dugan, T. F., & Coles, R. E. (1989). The child in our times: Studies in the development of resiliency. In *Impetus for this work came from a conference on "The Child in Our Times: Resiliency and Vulnerability-Application to Clinical Practice," which was sponsored by the Cambridge Hospital, Division of Child and Adolescent Psychiatry, and the Harvard Medical School, Department of Continuing Education*. Brunner/Mazel.
85. Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., ... & Wasserman, D. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*, 107 (12), 2210-2222.
86. Dynes, R. R. (1970). *Organized behavior in disaster*. Heath Lexington Books.
87. Eccleston, C., Fisher, E., Law, E., Bartlett, J., & Palermo, T. M. (2015). Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).

88. Emmelkamp, P. M., David, D., Beckers, T., Muris, P., Cuijpers, P., Lutz, W., ... & Vervliet, B. (2014). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *International journal of methods in psychiatric research*, 23 (S1), 58-91.
89. Erichsen, J. E. (1867). *On railway and other injuries of the nervous system*. Henry C. Lea.
90. Evans, R. I. (1989). *Albert Bandura: The Man and His Ideas*. New-York: Praeger.
91. Fabricant, M., & Fisher, R. (2002). *Settlement houses under siege: The struggle to sustain community organizations in New York City*. Columbia University Press.
92. Fairbank, J. A., Putnam, F. W., & Harris, W. W. (2007). The prevalence and impact of child traumatic stress. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 229–251). The Guilford Press.
93. Feldstein, L., & Putnam, R. (2003). *Better together*. New York: Simon & Schuster.
94. Felsman, J. K., & Vaillant, G. (1982). Resilient children as adults: A 40-year study. In E. J. Anthony & B. J. Cohen (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 284-315). New York: Guilford.
95. Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological medicine*, 43 (3), 471-481.
96. Finn, J. L., & Jacobson, M. (2003). Just practice: Steps toward a new social work paradigm. *Journal of social work education*, 39 (1), 57-78.
97. Fisher, R. (2005). History, context, and emerging issues for community practice. *The handbook of community practice*, 34-58.
98. Fisher, R., & Kling, J. (1994). Community organization and new social movement theory. *Journal of Progressive Human Services*, 5 (2), 5-23.
99. Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European psychologist*, 18, 12-23.
100. Flint, C. G., & Luloff, A. E. (2005). Natural resource-based communities, risk, and disaster: An intersection of theories. *Society and Natural Resources*, 18 (5), 399-412.
101. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55 (1), 745–774.

102. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55 (1), 745–774.
103. Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of personality and social psychology*, 84 (2), 365-376.
104. Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical psychology review*, 63, 41-55.
105. Galatzer-Levy, I. R., Ruggles, K. V., & Chen, Z. (2018). Data science in the Research Domain Criteria era: relevance of machine learning to the study of stress pathology, recovery, and resilience. *Chronic Stress*, 2, 2470547017747553.
106. Gans, H. J. (1982). *Urban villagers*. Simon and Schuster.
107. Gartland, D., Bond, L., Olsson, C. A., Buzwell, S., & Sawyer, S. M. (2011). Development of a multi-dimensional measure of resilience in adolescents: the Adolescent Resilience Questionnaire. *BMC medical research methodology*, 11 (1), 1-10.
108. Ghebreyesus, T. A. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry*, 19 (2), 129.
109. Gößling-Reisemann, S., Hellige, H. D., & Thier, P. (2018). The Resilience Concept: From its historical roots to theoretical framework for critical infrastructure design. *artec-paper*.
110. Gruber, J., Prinstein, M. J., Clark, L. A., Rottenberg, J., Abramowitz, J. S., Albano, A. M., ... & Weinstock, L. M. (2021). Mental health and clinical psychological science in the time of COVID-19: Challenges, opportunities, and a call to action. *American Psychologist*, 76 (3), 409.
111. Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N., & Fava, G. A. (2021). Allostatic load and its impact on health: a systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 90 (1), 11-27.
112. Gureje, O. (2009). *The pattern and nature of mental-physical comorbidity: specific or general. Global Perspectives on Mental-Physical Comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge University Press: Cambridge, MA, 51-83.

113. Haines, V. A., Hurlbert, J. S., & Beggs, J. J. (1996). Exploring the determinants of support provision: Provider characteristics, personal networks, community contexts, and support following life events. *Journal of health and social behavior*, 252-264.
114. He, Z., Chen, J., Pan, K., Yue, Y., Cheung, T., Yuan, Y., ... & Xiang, Y. T. (2020). The development of the 'COVID-19 Psychological Resilience Model' and its efficacy during the COVID-19 pandemic in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16 (15), 2828.
115. Helliwell, J. F., Layard R., Sachs J., & De Neve, J. E., eds. 2021. *World Happiness Report 2021*. New York: Sustainable Development Solutions Network.
116. Helliwell, J. F., & Putnam, R. D. (1995). Economic growth and social capital in Italy. *Eastern economic journal*, 21 (3), 295-307.
117. Herzberg, P. Y., & Roth, M. (2006). Beyond resilient, undercontrollers, and overcontrollers? An extension of personality prototype research. *European Journal of Personality*, 20 (1), 5-28.
118. Hester, R. T. (1984). *Planning neighborhood space with people (Vol. 3)*. New York: Van Nostrand Reinhold.
119. Hobfoll, S. E., Jackson, A., Hobfoll, I., Pierce, C. A., & Young, S. (2002). The impact of communal-mastery versus self-mastery on emotional outcomes during stressful conditions: A prospective study of Native American women. *American journal of community psychology*, 30 (6), 853-871.
120. Holling, C. S. (1973). Resilience and stability of ecological systems. *Annual review of ecology and systematics*, 4 (1), 1-23.
121. Holling, C. S., & Gunderson, L. H. (2002). *Resilience and adaptive cycles*. In: Panarchy: Understanding Transformations in Human and Natural Systems, 25-62.
122. Howard, G. S. (1989). *A tale of two stories: Excursions into a narrative approach to psychology*. Academic Publications.
123. Howard, G. S. (1991). Culture tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American psychologist*, 46 (3), 187.
124. Hyman, S. M., Gold, S. N., & Cott, M. A. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of family violence*, 18 (5), 295-300.

125. Jackson, M. (2013). *The age of stress: science and the search for stability*. Oxford University Press.
126. Janssen, M. A., Bodin, Ö., Anderies, J. M., Elmqvist, T., Ernstson, H., McAllister, R. R., ... & Ryan, P. (2006). Toward a network perspective of the study of resilience in social-ecological systems. *Ecology and Society*, *11* (1).
127. Jew, C. L., Green, K. E., & Kroger, J. (1999). Development and validation of a measure of resiliency. *Measurement and evaluation in counseling and development*, *32* (2), 75-89.
128. Johnson, D. R., Lubin, H., Rosenheck, R., Fontana, A., Sonthwick, S., & Charney, D. (1997). The impact of the homecoming reception on the development of posttraumatic stress disorder: *The West Haven Homecoming Stress Scale (WHHSS)*. *Journal of Traumatic Stress*, *10* (2), 259-277.
129. Kardiner, A. (1941). *The Traumatic Neurosis of War*, New York: Hoeber.
130. Karstoft, K.-I., Galatzer-Levy, I. R., Statnikov, A., Li, Z., & Shalev, A. Y. (2015). Bridging a translational gap: Using machine learning to improve the prediction of PTSD. *BMC Psychiatry*, *15* (1), 30.
131. Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, *30* (7), 865-878.
132. Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, *71* (4), 692.
133. Kimhi, S. (2016). Levels of resilience: Associations among individual, community, and national resilience. *Journal of health psychology*, *21* (2), 164-170.
134. Kimhi, S., Dror, G., & Sapir, S. (2017). Resilience among students from the majority and minority group: The Israeli case. *Journal of Psychology and Behavioral Science*, *5*, 37-46.
135. Kimhi, S., & Shamai, M. (2004). Community resilience and the impact of stress: Adult response to Israel's withdrawal from Lebanon. *Journal of community psychology*, *32* (4), 439-451.
136. Kleiber, D. A., Brock, S. C., Lee, Y., Dattilo, J., & Caldwell, L. (1995). The relevance of leisure in an illness experience: Realities of spinal cord injury. *Journal of Leisure Research*, *27* (3), 283-299.

137. Kruglanski A. W., Molinario E., Katarzyna J., Webber D., Leander P. & Pierro A. (In Press) Significance Quest Theory. Perspectives in Psychological Science.
138. Kuchler, T., Bestmann, B., Rappat, S., Henne-Bruns, D., & Wood-Dauphinee, S. (2007). Impact of psychotherapeutic support for patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery: 10-year survival results of a randomized trial. Journal of clinical oncology, *25* (19), 2702-2708.
139. La Greca, A. M., Silverman, W. K., & Wasserstein, S. B. (1998). Children's predisaster functioning as a predictor of posttraumatic stress following Hurricane Andrew. Journal of consulting and clinical psychology, *66*, 883.
140. Lahad, M., & Leykin, D. (2015). The Integrative Model Of Resiliency: The "BASIC Ph" Model, Or What Do We Know About Survival?. Resiliency: Enhancing coping with crisis and terrorism, *119*, 71.
141. Lau, A. L., Chi, I., Cummins, R. A., Lee, T. M., Chou, K. L., & Chung, L. W. (2008). The SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) pandemic in Hong Kong: Effects on the subjective wellbeing of elderly and younger people. Aging and mental health, *12*, 746-760.
142. Layard, R., & Clark, D. M. (2014). Thrive: the power of evidence-based psychological therapies. Penguin UK.
143. Layard, R., & Clark, D. M. (2015). Why more psychological therapy would cost nothing. Frontiers in psychology, *6*, 1713.
144. Laynard, R., Clark, D., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. National Institute Economic Review, *202* (1), 90-98.
145. Layne, C. M., Beck, C. J., Rimmasch, H., Southwick, J. S., Moreno, M. A., & Hobfoll, S. E. (2009). Promoting "resilient" posttraumatic adjustment in childhood and beyond: "unpacking" life events, adjustment trajectories, resources, and interventions. In D. Brom, R. Pat-Horenczyk, & J. D. Ford (Eds.), Treating traumatized children: Risk, resilience and recovery (pp. 13–47). Routledge/Taylor & Francis Group.
146. Lee, Y., Brock, S., Dattilo, J., & Kleiber, D. A. (1993). Leisure and adjustment to spinal cord injury: Conceptual and methodological suggestions. Therapeutic Recreation Journal, *27* (3), 200-211.

147. Lee, Y., Dattilo, J., Kleiber, D. A., & Caldwell, L. (1996). Exploring the meaning of continuity of recreation activity in the early stages of adjustment for people with spinal cord injury. *Leisure Sciences*, *18* (3), 209-225.
148. Levinson D, Paltiel A, Nir M, et al: The Israel-World Mental Health Survey: Issues And Methods Isr J Psychiatry Relat Sci 44:85-93, 2007.
149. Levy-Gigi, E., Bonanno, G. A., Shapiro, A. R., Richter-Levin, G., Kéri, S., & Sheppes, G. (2016). Emotion regulatory flexibility sheds light on the elusive relationship between repeated traumatic exposure and posttraumatic stress disorder symptoms. *Clinical psychological science*, *4* (1), 28-39.
150. Leykin, D., Lahad, M., Cohen, O., Goldberg, A., & Aharonson-Daniel, L. (2013). Conjoint community resiliency assessment measure-28/10 items (CCRAM28 and CCRAM10): A self-report tool for assessing community resilience. *American journal of community psychology*, *52* (3-4), 313-323.
151. Lin, N., Ensel, W. M., Simeone, R. S., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. *Journal of health and Social Behavior*, *20* (2): 108-119.
152. Lipskaya-Velikovsky, L. (2021). COVID-19 isolation in healthy population in Israel: challenges in daily life, mental health, resilience, and quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18* (3), 999.
153. Luszczynska, A., Benight, C.C. & Cieslak, R. (2009). Self-Efficacy and Health-Related Outcomes of Collective Trauma: A Systematic Review. *European Psychologist*, *14* (1), 51-62.
154. Lynch, T. R., Mendelson, T., Robins, C. J., Krishnan, K. R. R., George, L. K., Johnson, C. S., & Blazer, D. G. (1999). Perceived social support among depressed elderly, middle-aged, and young-adult samples: cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of affective disorders*, *55* (2-3), 159-170.
155. Maguire, B., & Hagan, P. (2007). Disasters and communities: understanding social resilience. *Australian Journal of Emergency Management, The*, *22* (2), 16-20.
156. Mair, M. (1989). Kelly, bannister, and a storytelling psychology. *International Journal of Personal Construct Psychology*, *2* (1), 1-14.
157. Malecki, K. M., Keating, J. A., & Safdar, N. (2021). Crisis communication and public perception of COVID-19 risk in the era of social media. *Clinical Infectious Diseases*, *72* (4), 697-702.

158. Mandelco, B. L. & Peery J. C. (2000). An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13 (3), 99-111.
159. Manne, S. L., Pape, S. J., Taylor, K. L., & Dougherty, J. (1999). Spouse support, coping, and mood among individuals with cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 21 (2), 111-121.
160. Marchand, A., Nadeau, C., Beaulieu-Prévost, D., Boyer, R., & Martin, M. (2015). Predictors of posttraumatic stress disorder among police officers: A prospective study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7 (3), 212-221.
161. Marten, J. A. (2005). *Childhood and child welfare in the progressive era: A brief history with documents*. Boston, MA: Bedford/St. Martins.
162. Martin-Breen, P., & Anderies, J. M. (2011). *Resilience: A literature review*.
163. Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity: Challenges and prospects. In M. Wang, & E. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner city America: Challenges and prospects* (pp. 3-25). Lawrence Erlbaum.
164. Martinez-Brawley, E. E. (1990). *Perspectives on the Small Community: Humanistic Views for Practitioners*. NASW Press, Silver Spring, M.D.
165. Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity: Challenges and prospects. In M. Wang, & E. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner city America: Challenges and prospects* (pp. 3-25). Lawrence Erlbaum.
166. Masten, A.S. (2001). Ordinary Magic, Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
167. Masten, A. S., Monn, A. R., & Supkoff, L. M. (2011). Resilience in children and adolescents. *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*, 103-119.
168. Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and psychopathology*, 11 (1), 143-169.
169. Masten, A. S., Monn, A. R., & Supkoff, L. M. (2011). Resilience in children and adolescents. *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*, 103-119.

170. Mayes, M., Mylle, J., Delmeire, ... & Janca, A (2001). Pre- and post-disaster negative life events in relation to the incidence and severity of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 105, 1-12.
171. McAdams, D. P. (1988). Biography, narrative, and lives: An introduction. *Journal of personality*, 56 (1), 1-18.
172. McAdams, D. P. (2021). Narrative identity and the life story. In O. P. John & R. W. Robins (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 122–141). The Guilford Press.
173. McAdams, D. P., & Jones, B. K. (2017). Making meaning in the wake of trauma: Resilience and redemption. In E. M. Altmaier (Ed.), *Reconstructing meaning after trauma: Theory, research, and practice* (pp. 3–16). Elsevier Academic Press.
174. McFarlane, A. C., & Yehuda, R. A. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 155–181). The Guilford Press.
175. McKinsey's Report (Dec 8, 2020). *Mental health in the workplace: The coming revolution*.
176. Michalak, E. E., Wilkinson, C., Hood, K., Dowrick, C., & Wilkinson, G. (2003). Seasonality, negative life events and social support in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 182 (5), 434-438.
177. Mileti, D. (1999). *Disasters by design: A reassessment of natural hazards in the United States*. Joseph Henry Press.
178. Mishra, S., Mazumdar, S., & Suar, D. (2010). Place attachment and flood preparedness. *Journal of environmental psychology*, 30 (2), 187-197.
179. Mohr, D. C., Classen, C., & Barrera, M. (2004). The relationship between social support, depression and treatment for depression in people with multiple sclerosis. *Psychological medicine*, 34 (3), 533-541.
180. Mukuria, C., Brazier, J., Barkham, M., Connell, J., Hardy, G., Hutten, R., ... & Parry, G. (2013). Cost-effectiveness of an improving access to psychological therapies service. *The British Journal of Psychiatry*, 202 (3), 220-227.

181. Nakagawa, Y., & Shaw, R. (2004). Social capital: A missing link to disaster recovery. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 22 (1), 5-34.
182. NICE. (2010). National Collaborating Centre for Mental Health UK. Depression: the treatment and management of depression in adults (updated edition). *British Psychological Society*.
183. Norris, F. H., & Stevens, S. P. (2007). Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70 (4), 320-328.
184. Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American journal of community psychology*, 41 (1), 127-150.
185. Obrist, B., Pfeiffer, C., & Henley, R. (2010). Multi-layered social resilience: A new approach in mitigation research. *Progress in Development Studies*, 10 (4), 283-293.
186. O'Hare, T., & Sherrer, M. V. (2009). Lifetime traumatic events and high-risk behaviors as predictors of PTSD symptoms in people with severe mental illnesses. *Social Work Research*, 33 (4), 209-218.
187. Oldenburg, R. (1999). *The great good place: Cafes, coffee shops, bookstores, bars, hair salons, and other hangouts at the heart of a community*. Da Capo Press.
188. Oldham, M. A., Hitchins, A., & Nickels, M. W. (2021, February). Mental health, COVID-19, and the invisible pandemic on the horizon. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 96, No. 2, pp. 287-290). Elsevier.
189. Olsen, C. S., & Shindler, B. A. (2010). Trust, acceptance, and citizen–agency interactions after large fires: influences on planning processes. *International Journal of Wildland Fire*, 19 (1), 137-147.
190. Oswalt, S. B., Lederer, A. M., Chestnut-Steich, K., Day, C., Halbritter, A., & Ortiz, D. (2020). Trends in college students' mental health diagnoses and utilization of services, 2009–2015. *Journal of American college health*, 68 (1), 41-51.
191. Oxman, T. E., & Hull, J. G. (2001). Social support and treatment response in older depressed primary care patients. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56 (1), P35-P45.

192. Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan III, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4 (5), 35.
193. Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129 (1), 52-73.
194. Palmieri, P. A., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Hobfoll, S. E. (2008). The psychological impact of the Israel-Hezbollah War on Jews and Arabs in Israel: The impact of risk and resilience factors. *Social Science & Medicine*, 67 (8), 1208-1216.
195. Parson, E. R. (1994). Inner city children of trauma: Urban violence traumatic stress response syndrome (U-VTS) and therapists' responses. *Countertransference in the treatment of PTSD*, 151-178.
196. Pat-Horenczyk, R. (2005). Post-traumatic distress in Israeli adolescents exposed to ongoing terrorism: Selected findings from school-based screenings in Jerusalem and nearby settlements. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 9 (3-4), 335-347.
197. Pat-Horenczyk, R., Achituv, M., Rubenstein, A. K., Khodabakhsh, A., Brom, D., & Chemtob, C. (2012). Growing up under fire: Building resilience in young children and parents exposed to ongoing missile attacks. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5 (4), 303-314.
198. Pat-Horenczyk, R., Ford, J.F. & Brom, D. (2008). Toward a Developing Science and Practice of Childhood Traumatic Stress: Concluding Comments. In: D. Brom, R. Pat-horenczyk & J.D. Ford (eds.). *Treating Traumatized Children: Resilience and Recovery* (pp. 269-276). NY: Routledge.
199. Pat-Horenczyk, R., Qasrawi, R., Lesack, R., Haj-Yahia, M., Peled, O., Shaheen, M., Berger, R., Brom, D., Garber, R. & Abdeen, Z. (2009). Posttraumatic symptoms, functional impairment, and coping among adolescents on both sides of the Israeli–Palestinian conflict: A cross-cultural approach. *Applied Psychology*, 58 (4), 688-708.
200. Pat-Horenczyk, R., Ford, J.F. & Brom, D. (2008). Toward a Developing Science and Practice of Childhood Traumatic Stress: Concluding Comments. In: D. Brom, R.
201. Pat-Horenczyk, R., Rabinowitz, R. G., Rice, A., & Tucker-Levin, A. (2008). The search for risk and protective factors in childhood PTSD: From variables to processes. In *Treating traumatized children* (pp. 69-89). New-York, NY: Routledge.

202. Patterson, J. M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of clinical psychology*, 58 (3), 233-246.
203. Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 50-58.
204. Pedersen, D. (2015). Rethinking trauma as a global challenge. *In Trauma and Migration* (pp. 9-31). Springer, Cham.
205. Polkinghorne, D. P. (1988). *Narrative psychology*. Albany, NY: SUNY Press.
206. Pooley, J. A., Cohen, L., & O'Connor, M. O. I. R. A. (2006). Links between community and individual resilience: Evidence from cyclone affected communities in North West Australia. *Disaster resilience: An integrated approach*, 161-170.
207. Possick, C., Shapira, M., & Shalman, V. (2017). Complex collective trauma following a terror attack in a small community: a systemic analysis of community voices and psychosocial interventions. *Journal of loss and trauma*, 22 (3), 240-255.
208. Pratchett, L. C., Pelcovitz, M. R., & Yehuda, R. (2010). Trauma and violence: are women the weaker sex? *Psychiatric Clinics*, 33 (2), 465-474.
209. Putnam, R. D. (1995). Tuning in, tuning out: The strange disappearance of social capital in America. *PS: Political science & politics*, 28 (4), 664-683.
210. Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: America's declining social capital. In *Culture and politics* (pp. 223-234). Palgrave Macmillan, New York.
211. Quarantelli, E. L. (1999). Disaster related social behavior: Summary of 50 years of research findings.
212. Resick, P. A. (2014). *Stress and trauma*. Psychology Press.
213. Restauri, N., & Sheridan, A. D. (2020). Burnout and posttraumatic stress disorder in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: intersection, impact, and interventions. *Journal of the American College of Radiology*, 17 (7), 921-926.
214. Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, S. D., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social science & medicine*, 33 (7), 807-813.

215. Richardson, G. E. (1998). High school resilient youth curriculum guide. Salt Lake City: The Human Experience Institute.
216. Richardson, G. E. (1999). Corporate personal resilience student workbook. Salt Lake City, UT: The Human Experience Institute.
217. Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency model. Health education, 21 (6), 33-39.
218. Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. Journal of clinical psychology, 58 (3), 307-321.
219. Ritchie, H., & Roser, M. (2018). Mental Health. Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: '<https://ourworldindata.org/mental-health>' [Online Resource].
220. Robbins, T. (1980). Still Life with Woodpecker. New York: Bantam Books.
221. Rodebaugh, T. L. (2006). Self-efficacy and social behavior. Behaviour Research and Therapy, 44 (12), 1831-1838.
222. Roisman, G. I. (2005). Conceptual Clarifications in the Study of Resilience. American Psychologist, 60 (3), 264-265.
223. Rosch, P. J. (1999). Reminiscences of Hans Selye, and the birth of "stress". International journal of emergency mental health, 1 (1), 59-66.
224. Ross, H., Cuthill, M., Maclean, K., Jansen, D., & Witt, B. (2010). Understanding, enhancing and managing for social resilience at the regional scale: opportunities in North Queensland. Report to the Marine and Tropical Sciences Research Facility. Cairns, Australia: Reef and Rainforest Research Centre Limited.
225. Rotenberg, M. (1987). Re-biographing and deviance: Psychotherapeutic narrativism and the midrash. Praeger Publishers.
226. Roth, M., & Herzberg, P. Y. (2017). The resilient personality prototype: Resilience as a self-deception artifact? Journal of Individual Differences, 38 (1), 1-11.
227. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. The British journal of psychiatry, 147 (6), 598-611.

228. Rutter, M. (1990). Competence under stress: Risk and protective factors. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), Risk and protective factors in the development of psychopathology (pp. 181-214). New York: Cambridge University Press.
229. Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. Journal of Adolescent Health, 14 (8), 626–631.
230. Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. Science, 277 (5328), 918-924.
231. Sapolsky, R. M. (2004). Why zebras don't get ulcers: The acclaimed guide to stress, stress-related diseases, and coping. Holt paperbacks.
232. Sarbin, T. R. (1986). The narrative as a root metaphor for psychology. In T. R. Sarbin (Ed.), Narrative psychology: The storied nature of human conduct (pp. 3–21). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
233. Sayal, K., Checkley, S., Rees, M., Jacobs, C., Harris, T., Papadopoulos, A., & Poon, L. (2002). Effects of social support during weekend leave on cortisol and depression ratings: a pilot study. Journal of Affective Disorders, 71 (1-3), 153-157.
234. Schaefer, J. D., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Houts, R., Horwood, L. J., ... & Moffitt, T. E. (2017). Enduring mental health: Prevalence and prediction. Journal of abnormal psychology, 126 (2), 212.
235. Schiff, M., Benbenishty, R., McKay, M., DeVoe, E., Liu, X., & Hasin, D. (2006). Exposure to terrorism and Israeli youths' psychological distress and alcohol use: An exploratory study. American Journal on Addictions, 15 (3), 220-226.
236. Schnurr, P. P., & Green, B. L. (2004). Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress. American Psychological Association.
237. Schultebrasucks, K., Choi, K. W., Galatzer-Levy, I. R., & Bonanno, G. A. (2021). Discriminating heterogeneous trajectories of resilience and depression after major life stressors using polygenic scores. JAMA Psychiatry 78 (7), 744-752.

238. Schultebraucks, K., & Galatzer-Levy, I. R. (2019). Machine learning for prediction of posttraumatic stress and resilience following trauma: An overview of basic concepts and recent advances. *Journal of Traumatic Stress, 32* (2), 215–225.
239. Schultebraucks, K., Shalev, A. Y., Michopoulos, V., Grudzen, C. R., Shin, S.-M., Stevens, J. S., ... Galatzer-Levy, I. R. (2020). A validated predictive algorithm of post-traumatic stress course following emergency department admission after a traumatic stressor. *Nature Medicine, 26*, 1084–1088.
240. Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
241. Shapiro, E. R. (2002). Chronic illness as a family process: A social-developmental approach to promoting resilience. *Journal of clinical psychology, 58* (11), 1375-1384.
242. Shaw, J. A. (2000). Children, adolescents and trauma. *Psychiatric Quarterly, 71* (3), 227-243.
243. Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., & Gross, J. J. (2011). Emotion-regulation choice. *Psychological science, 22* (11), 1391-1396.
244. Shugol, M. (2020). The History of Psychological Trauma. *Israel Journal of Psychiatry, 57* (2), 63-66.
245. Simmel, G. (1903, July). De la religion au point de vue de la théorie de la connaissance. In *Bibliothèque du Congrès International de Philosophie* (Vol. 2, pp. 319-337).
246. Skapinakis, P., Caldwell, D., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N., Salkovskis, P., ... & Lewis, G. (2016). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health technology assessment, 20* (43), 1-392.
247. Solomon, Z., Neria, Y., Ohry, A., Waysman, M., & Ginzburg, K. (1994). PTSD among Israeli former prisoners of war and soldiers with combat stress reaction: A longitudinal study. *American Journal of Psychiatry, 151* (4), 554-559.
248. Sonn, C. C., & Fisher, A. T. (1998). Sense of community: Community resilient responses to oppression and change. *Journal of community psychology, 26* (5), 457-472.
249. Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu. Rev. Clin. Psychol., 1*, 255-291.

250. Stice, E., Ragan, J., Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? Journal of abnormal psychology, 113 (1): 155-159.
251. Tang, B., Deng, Q., Glik, D., Dong, J., & Zhang, L. (2017). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults and children after earthquakes. International journal of environmental research and public health, 14 (12), 1537.
252. Thabrew, H., Stasiak, K., Hetrick, S. E., Donkin, L., Huss, J. H., Highlander, A., Wong S., & Merry, S. N. (2018). Psychological therapies for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews, 12.
253. Thomassen, Å. G., Hystad, S. W., Johnsen, B. H., Johnsen, G. E., Laberg, J. C., & Eid, J. (2015). The combined influence of hardiness and cohesion on mental health in a military peacekeeping mission: A prospective study. Scandinavian journal of psychology, 56 (5), 560-566.
254. Tobin, G. A., & Whiteford, L. M. (2002). Community resilience and volcano hazard: the eruption of Tungurahua and evacuation of the faldas in Ecuador. Disasters, 26 (1), 28-48.
255. Tomaka, J., Blascovich, J., Kibler, J., & Ernst, J. M. (1997). Cognitive and physiological antecedents of threat and challenge appraisal. Journal of Personality and Social Psychology, 73, 63–72.
256. Tönnies, F. [1887] 1912. Gemeinschaft und Gesellschaft: Grundbegriffe der Reinen Soziologie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
257. Travis, L. A., Lyness, J. M., Shields, C. G., King, D. A., & Cox, C. (2004). Social support, depression, and functional disability in older adult primary-care patients. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 12 (3), 265-271.
258. Trueheart, C. (1996). Welcome to the Next Church. Atlantic Monthly, 278 (2), pp. 37-53.
259. Tusaie-Mumford, K. R. (2001). Psychosocial resilience in rural adolescents: Optimism, perceived social support and gender differences. University of Pittsburgh.
260. Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. Holistic nursing practice, 18 (1), 3-10.

261. Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D., & O'Ryan, D. (2000). Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: Predictors of post-traumatic stress disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41 (8), 969-979.
262. Uscher-Pines, L., Chandra, A., Acosta, J., & Kellermann, A. (2012). Citizen preparedness for disasters: are current assumptions valid? *Disaster medicine and public health preparedness*, 6 (2), 170-173.
263. van der Meulen, E., van der Velden, P. G., Setti, I., & van Veldhoven, M. J. (2018). Predictive value of psychological resilience for mental health disturbances: A three-wave prospective study among police officers. *Psychiatry Research*, 260, 486-494.
264. Victoria, L. P. (2003). Community-based disaster management in the Philippines: Making a difference in people's lives. *Philippine Sociological Review*, 51, 65-80.
265. Visser, W. (2017). Innovation pathways towards creating integrated value: A conceptual framework. *International Humanistic Management Association, Research Paper Series*, (17-41).
266. Visser, W. (2021). Measuring future resilience: a multilevel index. *Corporate Governance*, 21 (2), 252-267.
267. Vogt, D. S., King, D. W., & King, L. A. (2007). Risk pathways for PTSD. *Handbook of PTSD: Science and practice*, 99-113.
268. Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-178.
269. Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A., & Delgadillo, J. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 60 (1), 1-37.
270. Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., De Girolamo, G., ... & Uestuen, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry*, 6 (3), 177.
271. Warren, R. L. (1972). *The Community in America*. Chicago, Rand McNally.

272. Warren, R. L. (1979). A Community Model. In F. M. Cox, J. L. Erlich, J. Rothman & J. E. Tropman (Eds.), *Strategies of community organization*. Peacock.
273. Weil, M., Gamble, D. N., & Ohmer, M. L. (2005). Evolution, models, and the changing context of community practice. *The handbook of community practice*, 117-149.
274. Westphal, M., Seivert, N. H., & Bonanno, G. A. (2010). Expressive flexibility. *Emotion*, 10 (1), 92-100.
275. Weisaeth, L. (1995). Disaster: Risk and prevention intervention. In B. Raphael & G. Burrows (Eds.), *Handbook of preventative psychiatry* (pp. 301-332). Amsterdam, the Netherlands: Elsevier North-Holland.
276. Wilson, J. P. (Ed.). (2007). *The posttraumatic self: Restoring meaning and wholeness to personality*. Routledge.
277. Wilson, J. P., & Drozdek, B. (Eds.). (2004). *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees and war and torture victims*. New York: Brunner/Routledge.
278. Wilson, J. P., Friedman, M. J., & Lindy, J. D. (2001). An overview of clinical consideration and principles in the treatment of PTSD. In J. P. Wilson, M. J. Friedman, & J. D. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma and PTSD* (pp. 59-94). New York: Guilford.
279. Wilson, J. P., & Raphael, B. (2013 Eds.). (1993). *International handbook of traumatic stress syndromes*. Springer Science & Business Media.
280. WK Kellogg Foundation. (2004). *Logic model development guide*. WK Kellogg Foundation.
281. Wisner, B. (2002). *Disability and disaster: Victimhood and agency in earthquake risk reduction*. Newcastle upon Tyne: Northumbria University.
282. Wolin, S. J., & Wolin, S. (1993). *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard Books.
283. World Health Organization (WHO). (2013). *Mental health Action Plan 2013-2020*. Geneva.
284. World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva.
285. World Health Organization (WHO). (2020). *Group interpersonal therapy (IPT) for depression*. Geneva.

286. Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923921-1–e923921-8.
287. Yehuda, R. (2004). Risk and Resilience in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (1), 29-36.
288. Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. E. (2010). *Resilience: a new definition of health for people and communities*. In J. W. Reich, A. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 3–35). New York: Guilford Press.
289. Zeidner, M., & Endler, N. S. (Eds.). (1996). *Handbook of coping: Theory, research, applications* (Vol. 195). John Wiley & Sons.

1. אבירם, אורי; אזארי-ויזל, שגית. (2015). הרפורמה בבריאות הנפש: סיכונים וסיכויים. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. סדרת ניירות מדיניות.
2. אבנר, עדן; שוורץ, רמי. (3 ביוני 2021). החברה הערבית בצל מגפת הקורונה: ריכוז נתונים. מרכז המידע והמחקר, הכנסת, מדינת ישראל.
3. אלרועי, אירית; רוזן, ברוך; אלמקייס עידו; סמואל, הדר. (2017). שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוס שימוש וחסימים. סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית. מכון מאירס-ג'וניט-ברוקדייל. מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות.
4. אנדבלד, מירי; הלר, אורן; כראדי, להב; קסיר-קלינה, ניצה. (ינואר 2021). רמת החיים, העוני והאי-שוויון בהכנסות-2018-2019 ואומדן ל-2020 (לפי נתונים מינהליים). ירושלים: ביטוח לאומי.
5. בהם, א. (2016). עבודה קהילתית כתחום מומחיות בעבודה סוציאלית. משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
6. בזק. (2021). דו"ח האינטרנט של ישראל לשנת 2020.
7. בניה, יהונתן. (18 במאי 2021). אין מענה הולם לנפגעי חרדה ברוב הרשויות בארץ: דו"ח מבקר המדינה. וויינט.
8. בן יוסף, ש. (2010). יש פתרון לכל מתיישב: היבטים קהילתיים של שיקום מפוני גוש קטיף. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בר-אילן.

9. בן יוסף, שי. (2014). על קישוריות, הון חברתי וחוסן קהילתי. ניווט במורכבות.
10. בן יוסף, שי. (2019). גישה היברידית לפיתוח קהילה. טרם נדפס.
11. בן יוסף, שי; ברנדר, משה; רייסמן, אמיר; טוב, עדי. (2015). חוסן קהילתי במוסדות המעגל הראשון: סקירת ספרות. משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
12. בן סימון, מ. וייס, ח. שפירא, מ. (2017). הטיפול בבני נוער יוצאי גוש קטיף: תפקידה המרכזי של הקהילה בהתמודדות. חברה ורווחה, ל"ז, 1, 85-110.
13. גוטמן, מ. ושמושקוביץ, מ. (1979). התפתחותה של העבודה הקהילתית בארץ בשנים 1953-1970. בתוך: י. פרדס (עורך), כ"ה שנים לעבודה קהילתית בישראל תשי"ד – תשל"ט (עמ' 22-35). ירושלים: משרד העבודה והרווחה, השירות לעבודה קהילתית.
14. ג'וינט-אשל בשיתוף מכון ERI. (מאי 2020). הזדקנות בימי קורונה: סקר צרכים בקרב בני 65+ בישראל.
15. גילבר, אוהד; דקל, רחל; בן-פורת, ענת. (יולי 2018). דוח מחקר מודל מורחב של תאוריה של הטראומה לניבוי אלימות זוגית בקרב גברים המטופלים במרכזים לטיפול ומניעת אלימות במשפחה. משרד הרווחה והביטחון החברתי, מדינת ישראל.
16. דוח מבקר המדינה. (2021). דוחות על הביקורת בשלטון המקומי לשנת 2021. ביקורת על השלטון המקומי. ההתמודדות עם תופעת האלימות בין בני זוג. משרד מבקר המדינה ונציבות תלונות הציבור, מדינת ישראל.
17. דוח מבקר המדינה. (2021). הטיפול באזרחים הוותיקים במשבר הקורונה. דוחות מיוחדים. משרד מבקר המדינה ונציבות תלונות הציבור, מדינת ישראל.
18. הודעת דוברות. (2 ביוני 2020). אלימות במשפחה - עלייה בפניות למוקד 118. משרד הרווחה והביטחון החברתי, מדינת ישראל.
19. הוועדה לטיפול בתופעת האלימות במשפחה. (2016). דו"ח הוועדה לטיפול בתופעת האלימות במשפחה. המשרד לביטחון פנים, מדינת ישראל.
20. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (7 במאי 2020). הודעה לתקשורת – תמונת מצב של החוסן האזרחי בתקופת משבר הקורונה.
21. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (26 במאי 2020). הודעה לתקשורת – החוסן האזרחי בתקופת משבר הקורונה, בקרב בני 21 ומעלה. ממצאים מסקר המשך לאחר תקופת הסגר.
22. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (26 ביולי 2020). הודעה לתקשורת – החוסן האזרחי בתקופת משבר הקורונה, בקרב בני 21 ומעלה.

23. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (16 בנובמבר 2020). הודעה לתקשורת – החוסן האזרחי בתקופת משבר הקורונה, בקרב בני 21 ומעלה: ממצאים מהגל הרביעי של הסקר שנערך בנובמבר בצל המשבר.
24. המעבדה לעתיד ישראל (2021). מיזם "קואליציית היום שאחרי" ועיריית רהט, הגדרת האתגר.
25. המרכז הישראלי להתמכרויות. (2021). תוצאות סקר 2021: התמכרות בחדר הטיפול.
26. הנסון, מ. (עורכת). (2011). כלכלה מקומית מקיימת – אסטרטגיה לשינוי חברתי. שתיל, ציונות 2000 ומרכז השל לקיימות.
27. ואן דר קולק, בסל (2021). נרשם בגוף: מוח, נפש וגוף בריפוי מטראומה. חיפה: פרדס.
28. ויצטום, אליעזר. (2020). ההיסטוריה של הטראומה הנפשית. עריכה: חדוה רוקח, איתי בחור. אור עקיבא: הוצאת איתי בחור.
29. חדאד חאג'י-יחיא, נסרין; כהן, יעל. (2019). האוכלוסיה הערבית בישראל במספרים. המרכז לערכים ולמוסדות דמוקרטיים. המכון הישראלי לדמוקרטיה.
30. טמיר, איתן. ההיסטוריה של הטיפול ב-PTSD: שלושת הגלים משנות ה-40 ועד 2021. מכון תמיר לפסיכותרפיה.
31. טמיר, איתן. הכול על הפרעת פוסט-טראומה מורכבת (C-PTSD). מכון תמיר לפסיכותרפיה.
32. יחזקאל, א. (1999). לארוג את סיפורי החיים: רה-ביוגרפיה של ניצולי השואה. תל-אביב: בית לוחמי הגיטאות והוצאת הקיבוץ המאוחד.
33. ילדים ונוער בסיכון. (2021). אתר משרד הרווחה והביטחון החברתי, מדינת ישראל.
34. כהן, אודיה. (2015). חוסן קהילתי - פיתוח מדדי הערכה. אוניברסיטת בן גוריון בנגב: דיסרטציה.
35. לב-שדה, דליה. (2003). חוסן קהילתי: האתגר החברתי בבניית החוסן הלאומי. המרכז הבינתחומי הרצליה, בי"ס לאודר לממשל, דיפלומטיה ואסטרטגיה, המכון למדיניות ואסטרטגיה.
36. לואיס-הרמן, ג'ודית (1992). טראומה והחלמה. תל-אביב: עם עובד.
37. לוינסון, דפנה (2011). אפידמיולוגיה פסיכיאטרית: השואה בין ישראל ומדינות אחרות. פורסם לראשונה ב: MEDICINE, פסיכיאטריה, גיליון מס' 76, מדיקל גרופ.
38. ליבליך, ע. (2007). ילדי כפר עציון. ירושלים: הוצאת כתר.
39. מוניקנדם-גבעון, יסכה. (8 ביולי 2021). ילדים בסיכון במשבר הקורונה: התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון – 360 מעלות. מרכז המידע והמחקר, הכנסת, מדינת ישראל.
40. מלאך, גלעד; כהנר, לי. (2020). שנתון החברה החרדית 2020. המכון הישראלי לדמוקרטיה.

41. מרכז אדוה. (2021). תמונת מצב חברתית 2021: הקורונה ומגפת אי-השוויון בישראל. כותבים: סבירסקי, שלמה; קונור-אטיאס, אתי; סבירסקי, ברברה; לבנת, יובל; הופמן-דישון, ירון; ליברמן אביב.
42. משיח, ר.ת. (2008). "The Impact of Continuous Terror in Israel—Distress and Strength". השפעת הטרור המתמשך: מצוקה וחוסן באוכלוסייה הישראלית. סוגיות חברתיות בישראל, 6-28.
43. משרד מבקר המדינה (2020). היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטחונית בבריאות הנפש. משרד מבקר המדינה, ישראל.
44. משרד מבקר המדינה (2021). היערכות הרשויות המקומיות לטיפול בנפגעי חרדה בשעת חירום. משרד מבקר המדינה, ישראל.
45. נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (2015). אנשים עם מוגבלות בישראל 2015. משרד המשפטים, מדינת ישראל.
46. נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (2020). אנשים עם מוגבלות בישראל 2020: נתונים סטטיסטיים נבחרים. משרד המשפטים, מדינת ישראל.
47. סדן, א. (1997). העצמה ותכנון קהילתי. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
48. סדן, א. (2009). עבודה קהילתית: שיטות לשינוי חברתי. תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.
49. סקר בריאות לאומי (2003-2004). הפרעות דיכאון וחרדה בישראל: ממצאים עיקריים מסקר בריאות הנפש בעולם. משרד הבריאות, האגף לבריאות הנפש, המחלקה למחקר ותכנון, מרץ 2012.
50. פדן, כרמית; אלרן מאיר. (2018). ישובים בעוטף עזה: מקרה בוחן לחוסן החברתי בישראל (2006-2016). המכון למחקרי ביטחון לאומי (INSS).
51. פדן, כרמית; גל, ראובן. (2020). הצעה למסגרת רב-ממדית להגדרת המושג "חוסן". חוסן לאומי, פוליטיקה וחברה. גיליון 2, מס' 1, עמ' 41-78.
52. פוני, רן. (24 בספטמבר 2020). הפסיכיאטר שחקר את שדה הקרב: "מכחישי הקורונה מזכירים את השבויים בקונספציה ממלחמת יום כיפור". ישראל היום.
53. פלד, דב. וסנדר, אבי. (2003). מרכז חוסן קהילתי. ירושלים: משרד העבודה והרווחה, האגף לשירותים חברתיים ואישיים, השרות לעבודה קהילתית.
54. פלזנשטיין, דניאל. (אפריל 2008). פיתוח כלכלי קהילתי. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים, האגף למחקר, תכנון והכשרה.
55. צור, הדס. (27 בנובמבר 2019). כוחה של קהילה! סדרת רשימות בנושא קהילה. אורבנולוגיה: האתר של המעבדה לעיצוב עירוני בראשות פרופ' טלי חתוקה.

56. קוטלר, רן; אברהמי-מרום, ענת. (אפריל 2020). התמודדות עם מצב החירום עקב מגפת הקורונה: ממצאים על חוסן והמלצות לאופנים להגברת החוסן החברתי. הוגש לידי הועדה המיוחדת להתמודדות עם משבר הקורונה.
57. קור-דבדוביץ', פלורה. (ה-30 ביוני 2021). סוגיית רצף הטיפול במערך הטיפול בהתמכרויות ובינו לבין מערך בריאות הנפש. מרכז המחקר והמידע, הכנסת, מדינת ישראל.
58. קלינר-קסיר, ניצה; צחור-שי, אסף. (2020). משבר הקורונה, החברה החרדית ושוק העבודה העתידי. המכון החרדי למחקרי מדיניות.
59. קמחי, שאול; מרציאנו, הדס; אשל, יוחנן. (יוני 2018). מדד החוסן לישראל: יוני 2018. המרכז לחקר הדחק והחוסן בשיתוף החוג לניהול מצבי חירום ואסון (אונ' תל אביב).
60. קמחי, שאול; מרציאנו, הדס; עדיני, ברוריה. (מרץ 2020). חוסן ומשבר נגיף הקורונה הנוכחי. המרכז לחקר הדחק והחוסן בשיתוף החוג לניהול מצבי חירום ואסון (אונ' תל אביב).
61. קמחי, שאול; מרציאנו, הדס; אשל, יוחנן; עדיני, ברוריה. (יולי 2020). ישראל בעקבות ההתפרצות המחודשת של מגפת הקורונה: ירידה בחוסן. המרכז לחקר הדחק והחוסן בשיתוף החוג לניהול מצבי חירום ואסון (אונ' תל אביב).
62. ק. צטניק. (1987). צופן אדמע. הוצאת הקיבוץ המאוחד.
63. קרנטלי, א.ל.; דיינס, ר.ר. (1972). כאשר מכה האסון אין הוא דומה לזה ששמעת אודותיו. בתוך הפרט והקהילה בשעת חירום האגף לש"ח ות"מ. ירושלים: משרד הפנים, אוגוסט 1976.
64. רוזמרי, א. (2020). הפעלה בדיעבד: איך הסובייקט נהפך לקולקטיב? טראומות חברתיות במרחב הטיפולי: בעריכת ד"ר אפי זיו.
65. רוטנברג, מ. (1994). שבעים פנים לחיים: רה-ביוגרפיה מדרשית כפסיכותרפיה אישית. הוצאת מוסד ביאליק.
66. רוטנברג, מ. (1995). פרד"ס הנפש: הגשר הפסיכותרפויטי בין הרציונלי למיסטי. ירושלים: אקדמון.
67. שוגרמן, ברוך; סנדר, אבי. (2011). חלק ב': מדיניות פיתוח חוסן קהילתי. קרן שח"ף: שותפות פילנתרופית לקידום קהילות צעירים משימתיות בישראל.
68. שילשטיין, יבגניה. (2020). התמודדות רגשית עם מגפות: בין חוסן אישי לחוסן קהילתי. פסיכולוגיה עברית. אוחד מתוך <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3979>.
69. שינדלר, ר. (1973). העבודה הסוציאלית ומרי אזרחי. משרד הסעד, 6, עמ' 8-10.
70. שפיגלמן, כרמית-נעה; גלוקופף, מרק. (2016). החוג לבריאות נפש קהילתית, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה. השפעות נפשיות של חשיפה למלחמה וטרור על אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית. דו"ח סופי מוגש לביטוח לאומי אשר מימן את ביצוע המחקר.

71. שפירא, מ. (2021). זהות, קהילה ומסוגלות: שלושה מעגלים בוני חוסן. סלילת נתיבים חדשים לפיתוח חוסן (חלק ב') בעריכת ד"ר אלינער פרדס.
72. שרביט, אלון. (16 בנובמבר, 2020). המגפה השקטה: איך מתמודדים עם הלחץ הנפשי של הקורונה? באן תאגיד השידור הישראלי. <https://www.kan.org.il/item/?itemid=79987>.
73. שריר, מורן (26 בפברואר 2020). הסיפור הלא ייאמן של הפסיכיאטר ההולנדי שטיפל בשורדי השואה באמצעות אל-אס-די. הארץ.

נספחים



נספח א': חוסן - מיפוי מושגים



© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

שם המושג	Concepts	הגדרת המושג (ארגון, קהילה, חברה, אומה)
חוסן נפשי	Psychological Resilience	המושג חוסן נפשי מתייחס ליכולת להתמודד עם אירועי חיים לוחצים וטראומות. רמה גבוהה של חוסן נפשי מעידה על הגמישות והיכולת לחזור למצב הנפשי ההתחלתי לאחר אסון, פורענות או שינוי. (רובינשטיין, 2012)
עמידות נפשית	Hardiness: Commitment, Control & Challenge	המושג עמידות נפשית הוצע על ידי סוזן קובסה (Kobasa, 1979) כמאפיין אישיותי, המאפשר לאדם לבלום את תוצאותיהם השליליות של אירועי לחץ קיצוניים. מחקרים רבים בתחום הבריאות מצאו מתאם גבוה בין עמידות נפשית לבין בריאות הלב והיכולת להתאושש ממחלות סרטניות. מושג העמידות הנפשית כולל בתוכו את מרכיבי המחויבות המתייחסת ליכולת להתמיד במציאת משמעות לחיים; את מרכיב השליטה , המתייחס לאמונה שהפרט יכול להשפיע על סביבתו, ועל תוצאות האירועים המתרחשים בחייו; ואת מרכיב האתגר , המתייחס לאמונה שהאדם יכול ללמוד ולצמוח כתוצאה מניסיון חיים חיובי ושלילי כאחד.
תחושת קוהרנטיות	Sense of Coherence: Meaningfulness, Manageability & Comprehensibility	המושג תחושת קוהרנטיות הוצע על ידי אהרון אנטונובסקי בספרו "בריאות לחץ והתמודדות" (Antonovsky, 1979), כהרכב של תכונות אישיות המאפשרות לאדם להתמודד טוב יותר עם לחצים, כחלק מהמודל הסלוטוגני (המכוון לקידום הבריאות לעומת הפתוגני שממוקד במניעת מחלות). אנטונובסקי זיהה שאספקת "תחושת קוהרנטיות" לגבי החיים המארגנים בפניהם האדם ניצב - משמרת את הבריאות ואף מסייעת בהתמודדות טובה יותר עם חולי. מחקרים בפסיכונוראיימטולוגיה תומכים בהנחות אלה של אנטונובסקי. תחושת-הקוהרנטיות כוללת בתוכה שלושה מרכיבים: משמעותיות (הנטייה לזהות בחיים משמעות), נהיגות (האמונה של אדם שהמשאבים העומדים לרשותו מספיקים כדי להתמודד עם הדרישות שגורמי הלחץ מעמידים לפניו) ו מוכנות (הנטייה הקוגניטיבית למצוא סדר בעולם).
מסוגלות עצמית	Self-Efficacy	המושג מסוגלות עצמית הוצע על ידי אלברט בנדורה (Bandura, 1977). המסוגלות העצמית הוגדרה על ידי בנדורה כהערכה שיש לאדם לגבי יכולותיו לארגן ולהוציא לפועל את הנחוץ לו לשם השגת מטרות רצויות, ובמקביל פותחו כלים שונים, ספציפיים לתחומי חיים שונים, למדידת המסוגלות העצמית (Bandura, 1999). בנדורה פרסם מדרוך לבניית סולמות מסוגלות עצמית (Bandura, 2006), המתאר סקלה בין 0 (לא מסוגל לעשות) לבין 100 (בטוח לחלוטין שמסוגל לעשות) עבור כל פעילות ו/או תחום.

© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

טבלה 5: מיפוי מושגי החוסן הארגוני: המודל הסלוטוגני חלק א'

שם המושג	Concepts	הגדרת המושג (ארגון, קהילה, חברה, אומה)
חוסן ארגוני	Resilience	המושג חוסן ארגוני מתייחס ליכולתו של הארגון להתמודד בתרחישי חירום ואסון, בצורה מיטבית ועם פגיעה מינימלית באנשים ובתשתיות. העיקרון המנחה הוא היכולת לשמור על רציפות תפקודית, והיכולת לשקום וחזרה לשגרה במהירות, ובמחיר קטן יחסית במונחים של רכוש, אך גם ובעיקר במונחים של הגורם האנושי.
מוכנות	Preparedness	המושג מוכנות מתייחס לידע וליכולות הנרכשים ומתפתחים לפני הופעת האסון, ביניהם: גיבוש תרחישי ייחוס (כיצד להתכונן לאירוע, מה יכול להשתבש בתוכנית, מה לעשות במצב חירום); פיתוח עירנות ארגונית, יכולת צפי וזיהוי המצב. מיומנות אלה מאפשרות את קיצור זמן התגובה של הארגון להתמודדות יעילה בעת אסון.
חוסן קהילתי	Community Resilience	המושג חוסן קהילתי מתייחס ליכולת של הקהילה לתפקד בעת משבר ולחזור לשגרה (גם אם חדשה) ביעילות לאחר אסון. חשוב לציין כי החוסן הקהילתי מתבסס על ההכנה בשגרה, ואופן התנהלות הקהילות במצבי חירום תהיה לרוב קשורה בהתנהלותן בשגרה. החוסן הקהילתי מהווה משאב להתמודדות, גם אישית וגם קהילתית עם האיום או הקושי. המושג העברי, חוסן קהילתי, הוצע לראשונה בשנות ה-90 על ידי מולי להד וצוותו ממרכז משאבים בקריית שמונה, וביקש להדגיש את יכולת העמידה של קהילה בפני אבדן פוטנציאלי או ההתאוששות מהאבדן / נזק לאחר התרחשותו (בן נשר, להד ושחם, 2002). ראובן גל התייחס גם להיבטים התודעתיים-פסיכולוגיים של חוסן לעומת ההיבטים ההתנהגותיים פרקטיים.
חוסן לאומי	National Resilience	המושג חוסן לאומי הוא חדש יחסית וקיים בשיח האקדמי החל משנת 2000. חוסן לאומי, בדומה לחוסן נפשי, כולל את אותם היבטים פסיכולוגיים. בנוסף לאלה ובשונה מחוסן נפשי, כולל החוסן הלאומי היבטים שונים וייחודיים עבור כל חברה (כלכליים, חברתיים, תרבותיים והיבטים רבים נוספים) אשר להם השפעה מכרעת על יכולתה של אומה להתמודד עם מצבי דחק וטרומות.

© כל הזכויות שמורות לתנועת אור

טבלה 6: מיפוי מושגי החוסן הארגוני: המודל הסלוטוגני חלק ב'

נספח ב': מדידה והערכה - שאלון חוסן נפשי וקהילתי

Q1: מייל (אוסף מיילים):

מדד חוסן אישי (1)

תרגום הגרסה המקוצרת בת 10 פריטים (Campbell & Stein, 2007) של שאלון קונור-דיווידסון (Connor & Davidson, 2003).

Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the connor–davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20 (6), 1019-1028.

בר השוואה לעבודת התזה של אפוסה גולדשטיין בהנחיית שנאן-אלטמן, 2018; למחקר ראשון של קמחי, מרציאנו, אשל ועדיני; מרץ 2020; למחקר שני של קמחי, מרציאנו, אשל ועדיני; אפריל 2020; למחקר שלישי של קמחי, מרציאנו, אשל ועדיני; מאי 2020; למחקר של שמאי, פרחי ובן-דרור; 2021 (שאלון "תפיסת האירוע" בעמ' 87).

לפניך סדרה של שאלות המתייחסות לצדדים שונים של חיינו. לכל שאלה יש 5 אפשרויות תשובה, כאשר 1 ו-5 הן התשובות הקיצוניות. אם המילים מתחת לספרה 1 הן המתאימות לך ביותר, סמני 1. אם המילים מתחת לספרה 5 מתאימות לך, סמני 5. אם אתה מרגיש/ה אחרת, סמני/ את הספרה הקרובה ביותר עפ"י הרגשתך, ל-1 או ל-5. לכל שאלה סמני/ תשובה אחת בלבד. מובן מאליו שאין תשובות נכונות: התשובה הנכונה היא התשובה שלך.

לא נכון בכלל או לעיתים רחוקות	1	2	3	4	נכון רבה או תמיד
Q1	אני מצליח/ה להסתגל לשינויים				
Q2	אני יכול/ה להתמודד עם כל דבר				
Q3	אני רואה את הצד המשעשע בדברים				
Q4	התמודדות עם לחץ מחזקת אותי				
Q5	אני נוטה להתאושש בקלות ממחלה או קושי				
Q6	אני יכול/ה להשיג את המטרות שלי				
Q7	תחת לחץ, אני מתמקד/ת וחושב/ת בבהירות				
Q8	אני לא מתייאש/ת בקלות מכישלונות				
Q9	אני חושב/ת על עצמי כעל אדם חזק				
Q10	אני יכול/ה להתמודד עם רגשות לא נעימים				

מדד בדידות – מקוצר (2)

U.C.L.A. Loneliness Scale: Russell, Peplau &) של שאלון UCLA למדידת בדידות חברתית (Hughes, Waite, Hawkley & Cacioppo, 2004) בת 3 פריטים (Cutrona, 1980), כאשר בגרסתו הארוכה כולל השאלון 20 פריטים שתורגמו לעברית ותוקפו על אוכלוסיות עם מוגבלויות (הוכדורף, 1980).

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on aging*, 26 (6), 655-672.

בר השוואה למחקר של (Chen, Waite & Lauderdale, 2015); למחקר של (Mezuk, Choi, DeSantis, Rapp, Diez-Roux & Seeman, 2016); ולמחקר (Russell, 1996). אין בעברית מחקרים המשתמשים בגרסה בת 3 הפריטים אך השימוש בה מומלץ בדו"ח הועדה לבחינת דרכי התמודדות עם בדידות (דחור רותם, 2014).

השאלות הבאות מתייחסות לתחושה שלך לגבי היבטים שונים בחייך. עבור כל אחד מהמשפטים, אנא סמני/י באיזו תדירות את/ה מרגישה כך:

לעיתים קרובות	לפעמים	כמעט אף פעם	
3	2	1	
			Q1 באיזו תדירות את/ה מרגישה שחסרה לך חברה? (how often do you feel that you lack companionship)
			Q2 באיזו תדירות את/ה מרגישה "מחוץ לעניינים"? (How often do you feel left out)
			Q3 באיזו תדירות את/ה מרגישה בודד/ה או מבודד/ת? (How often do you feel isolated from others)

מדדי רווחה נפשית (3)

מתוך אוגדן שאלונים לדיווח עצמי, הועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית, משרד הבריאות: שאלון רצף הבריאות הנפשית מקוצר MSC-SF, עמ' 9-6.

השאלות הבאות מתייחסות להרגשתך ולאופן שבו התנהלו הדברים לגבייך בעיקר במשך החודש האחרון. לגבי כל שאלה, בבקשה סמני/ את הספרה ליד התשובה הקרובה ביותר לדרך בה את/ה מרגיש/ה.

נכון במידה רבה או תמיד	7	6	5	4	3	2	1	לא נכון בכלל או לעיתים רחוקות	
									Q1 הרגשתי מסופק/ת מחיי
									Q2 הרגשתי שמח/ה
									Q3 הרגשתי עניין בחיים
									Q4 הרגשתי שיש לי משהו חשוב לתרום לחברה
									Q5 הרגשתי שייכ/ת לקהילה בה אני חי/ה (לקבוצה חברתית, לשכונה שלי, לעיר שלי)
									Q6 הרגשתי שהחברה בה אנו חיים הופכת למקום יותר טוב לאנשים
									Q7 חשבתי שאנשים הם בבסיסם טובים
									Q8 הדרך בה מתנהלת החברה שלנו נראתה הגיונית בעיני
									Q9 אהבתי את רוב הצדדים של אישיותי
									Q10 הייתי טוב/ה בארגון כל המחויבויות של חיי היום יום
									Q11 הרגשתי שיש לי קשרים חמים ומלאי אמון עם אחרים
									Q12 הרגשתי שחוויתי חוויות שהביאו אותי לצמוח ולהיות אדם יותר טוב
									Q13 הרגשתי בטוח/ה לחשוב ולהביע את רעיונותיי ודעותיי
									Q14 הרגשתי שלחיים יש משמעות ומטרה

תסמיני דיכאון חרדה ולחץ (3)

בחלק זה מופיעים שני שאלונים שונים (3א ו-3ב). לצורך מדידה יש לבחור אחד מתוכם.

תסמיני דיכאון חרדה ולחץ (3א)

מתוך אוגדן שאלונים לדיווח עצמי, הועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית, משרד הבריאות: שאלון מקוצר להערכת דיכאון, חרדה ולחץ, עמ' 18-21.
ניתן לבחור סולם בודד מתוך השאלון בן 3 הסולמות.

קרא/י בבקשה כל אמירה וסמל/ מספר 0, 1, 2, או 3 המציין עד כמה האמירה מתארת את מצבך במהלך השבוע האחרון. אין תשובה נכונה או שגויה. אין צורך להתעכב על כל אמירה יתר על המידה.

במידה רבה מאד	באופן ניכר	באופן חלקי	כלל לא	
3	2	1	0	
תסמיני דיכאון				
				Q1 התקשיתי לחוות כל הרגשה חיובית
				Q2 לא היו לי הכוחות לעשות דברים
				Q3 הרגשתי שאין לי למה לצפות בחיים
				Q4 חוויתי עצבות ותחושות דכדוך
				Q5 לא הצלחתי להתלהב משום דבר
				Q6 הערכתי העצמית כאדם הייתה מאוד נמוכה
				Q7 הרגשתי שהחיים חסרי משמעות
תסמיני חרדה				
				Q8 חשתי ביושב בפה
				Q9 חשתי קושי בנשימה (לדוגמא, נשימה מואצת במיוחד, חוסר אוויר בהעדר פעילות גופנית מאומצת)
				Q10 חשתי רעד (למשל, בידים)
				Q11 חששתי ממצבים בהם אולי אכנס לחרדה ואעשה צחוק מעצמי
				Q12 הרגשתי שאני קרוב למצב של פאניקה
				Q13 חשתי בפעילות ליבי גם ללא פעילות גופנית (לדוגמה, הרגשת עלייה בקצב הלב, החסרת פעימות לב)
				Q14 הייתי מפוחדת גם ללא סיבה מיוחדת

תסמיני דחק (סטריס, לחץ)					
				התקשיתי להיות כינוח/ה	Q15
				נטייתי להגזים בתגובותיי למצבים מסוימים	Q16
				הרגשתי שאני מתעצבן/ת יותר מדי	Q17
				הרגשתי שאני קצר/ת רוח	Q18
				התקשיתי להירגע	Q19
				הייתי חסר/ת סובלנות כלפי כל דבר שהפריע לי במעשיי	Q20
				הרגשתי רגיש/ה ופגיע/ה למדיי	Q21

מדידת דיכאון וחרדה (ב3)

מתוך אוגדן שאלונים לדיווח עצמי, הועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית, משרד הבריאות: שאלון בריאות המטופל, עמ' 22-25, שאלון לאבחון חרדה כללית, עמ' 50-52. השאלונים בעברית ובערבית. יו"ר הועדה | אביגל מילסון-דגן. עורכת | ד"ר שרון פלגי.

במהלך השבועיים האחרונים, באיזו תדירות היית מוטד/ת מכל אחת מהבעיות הבאות. סמני/ מספר 0, 1, 2 או 3 המתאר את התדירות המתאימה לך בצורה הטובה ביותר.

כלל לא	מספר ימים	ממחצית הימים	ביותר	כמעט כל יום
0	1	2	3	
שאלון PHQ-9 למדידת דיכאון				
				Q1 עניין או הנאה מועטים מעשיית דברים
				Q2 תחושת דכדוך, דיכאון או חוסר תקווה
				Q3 קשיים בהירדמות, או בשינה רציפה, או עודף שינה
				Q4 תחושה של עייפות או אנרגיה מועטה
				Q5 תיאבון מועט או אכילת יתר
				Q6 מרגיש/ה רע לגבי עצמך – מרגיש/ה שאת/ה כישלון או שאכזבת את עצמך או את משפחתך
				Q7 קושי להתרכז בדברים, כמו קריאה בעיתון או צפייה בטלוויזיה
				Q8 היית מדבר/ת או נע/ה באיטיות עד כדי כך שאחרים הבחינו בכך, או להפך, היית חסר/ת שקט ומנוחה כך שהיית צריך/ה להסתובב יותר מהרגיל
				Q9 מחשבות שהיה עדיף לו היית מת/ה או מחשבות על פגיעה בעצמך בדרך כל שהיא
שאלון Gad-7 למדידת חרדה				
				Q10 הרגשתי עצבני/ת, חרד/ה או מתוח/ה מאד
				Q11 לא הייתי מסוגל/ת להפסיק לדאוג או לשלוט בדאגה
				Q12 הייתי מודאג/ת יותר מידי בנוגע לדברים שונים
				Q13 התקשיתי להירגע
				Q14 הייתי כל כך חסר/ת מנוחה שהיה לי קשה לשבת מבלי לנוע
				Q15 הייתי מתעצבן/ת או מתרגז/ת בקלות
				Q16 פחדתי כאילו משהו נורא עלול לקרות

מדד חוסן קהילתי (4)

הגרסה המקוצרת בת 10 פריטים (Leykin, Lahad, Cohen, Goldberg & Aharonson-Daniel, 2013) של שאלון חוסן קהילתי CCRAM בן 28 פריטים.

Leykin, D., Lahad, M., Cohen, O., Goldberg, A., & Aharonson-Daniel, L. (2013). Conjoint community resiliency assessment measure-28/10 items (CCRAM28 and CCRAM10): A self-report tool for assessing community resilience. *American journal of community psychology*, 52 (3-4), 313-323.

בר השוואה למחקר של קמחי, מרציאנו, אשל ועדיני; מרץ 2020; למחקר נוסף של קמחי, מרציאנו, אשל ועדיני; אפריל 2020; למחקר שלישי של קמחי, מרציאנו, אשל ועדיני; מאי 2020; ולמחקר של שמאי, פרחי ונב-דרור; 2021 (שאלון "הערכת מצב הקהילה", עמ' 92-89).

עד כמה את/ה מסכימ/ה עם כל אחד מהמשפטים הבאים, המתייחסים למקום מגוריך הקבוע:

מסכימ/ה במידה רבה מאד				כלל לא מסכימ/ה	
5	4	3	2	1	
					Q1 הרשות המוניציפאלית (העירייה, המועצה, המזכירות) ביישוב שלי מתפקדת כראוי
					Q2 ביישוב שלי קיימת עזרה הדדית ודאגה לאחר
					Q3 היישוב שלי מאורגן למצבי חירום
					Q4 אני גאה לספר לאחרים היכן אני גר/ה
					Q5 היחסים בין הקבוצות השונות ביישוב שלי טובים
					Q6 יש לי אמון רב במקבלי ההחלטות ברשות המוניציפאלית (העירייה, המועצה, המזכירות)
					Q7 אני יכול/ה לסמוך על אנשים ביישוב שיבואו לעזרתי במקרה של משבר
					Q8 התושבים ביישוב שלי יודעים מה תפקידם במצב חירום
					Q9 אני מרגיש/ה שייכ/ת למקום מגורי
					Q10 ביישוב שלי שוררים יחסי אמון בין התושבים

מדד חוסן שכונתי (5)

מדד בפיתוח במסגרת ספרינט חוסן נפשי וחברתי

עד כמה את/ה מסכימ/ה עם כל אחד מהמשפטים הבאים, המתייחסים לשכונה שלך:

מסכימ/ה במידה רבה מאוד				כלל לא מסכימ/ה	
5	4	3	2	1	
					Q1 הועד / המנהיגות השכונתית מתפקד/ת כראוי
					Q2 בשכונה שלי קיימת עזרה הדדית ודאגה לאחר
					Q3 השכונה שלי מאורגנת למצבי חירום
					Q4 אני גאה לספר לאחרים באיזו שכונה אני גר/ה
					Q5 היחסים בין הקבוצות השונות בשכונה שלי טובים
					Q6 יש לי אמון רב במקבלי ההחלטות בשכונה שלי
					Q7 אני יכול/ה לסמוך על אנשים בשכונה שיבואו לעזרתי במקרה של משבר
					Q8 השכנים שלי יודעים מה תפקידם במצב חירום
					Q9 אני מרגיש/ה שייכ/ת לשכונה שלי
					Q10 בשכונה שלי שוררים יחסי אמון בין השכנים
					Q11 התושבים בשכונה שלי מעורבים במידה רבה בנעשה בשכונה
					Q12 אני שבע/ת רצון מהקשרים החברתיים עם האנשים המתגוררים בשכונה שלי
					Q13 אני שבע/ת רצון ממידת המעורבות שלי בשכונה

מדד מעורבות חברתית (6)

מדד בפיתוח במסגרת ספרינט חוסן נפשי וחברתי.
מבוסס על שאלון מעורבות חברתית בן 8 היגדים המתייחסים להיבטים שונים של השתתפות חברתית (Harris, 2007) בקרב אנשים בעלי מוגבלות. השאלון תורגם לעברית על ידי טל ארטן ברגמן (2007). השאלון הותאם למטרות ספרינט חוסן נפשי וקהילתי.
Harris, F. (2007). Conceptual issues in the measurement of participation among wheeled mobility device users. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 2 (3), 137-148.
השאלון המקורי בר השוואה למחקר של אשרף חג'אזי (2012). איכות חיים של מזדקנים עם תסמונת דאון בחברה הערבית. בהנחיית פרופ' אריק רימרמן. אוניברסיטת חיפה, בית הספר לעבודה סוציאלית.

קרא/י בבקשה כל משפט וסמנ/י מספר 1, 2, 3, 4 או 5 המציין את תדירות הפעילות בחודשיים האחרונים.

יותר מפעם בשבוע	פעם בשבוע	יותר מפעם בחודש	פעם אחת	אף פעם	
5	4	3	2	1	
					Q1 בחודשיים האחרונים כמה פעמים בילית זמן פנוי עם חברים המתגוררים בשכונה
					Q2 בחודשיים האחרונים כמה פעמים יצאת למרחב הציבורי בשכונה (פארק, גן שעשועים, מסעדות ובתי קפה שכונתיים וכו')
					Q3 בחודשיים האחרונים כמה פעמים השתתפת בפעילות חברתית בשכונה (פעילות במתנ"ס, הרצאות, חוגים, מופעים, תפילה וכו')
					Q4 בחודשיים האחרונים כמה פעמים לקחת חלק בפעילות התנדבותית בשכונה

מדדי מעורבות שכונתית (7)

מדידת רבה מאד						כלל לא מעורבת	
7	6	5	4	3	2	1	
							Q1 מה מידת המעורבות שלך בשכונה?

מדידת רבה מאד						כלל לא	
7	6	5	4	3	2	1	
							Q2 באיזו מידה את/ה חש/ה משמעותית עבור השכנים שלך?

Q3 האם את/ה משתייכ/ת למערך החירום ביישוב / בשכונה / בבניין?		
כן	1	
לא	2	

Q4 האם את/ה משתייכ/ת לוועד הבית, לוועד השכונתי או למנהיגות השכונתית?		
כן	1	
לא	2	

Q5 האם את/ה יוזמ/ת אירועים בשכונה או בעל/ת עסק בשכונה?		
כן	1	
לא	2	

דמוגרפיה (8)

Q1 מין		
נקבה	1	
זכר	2	
אחר, פרט:	3	

Q2 שנת לידה		
שאלה פתוחה		

Q3 איך היית מגדיר/ה את עצמך מבחינה דתית?		
חילונית	1	
מסורתית	2	
דתית	3	

דתי/ה מאד (חרדי/ת)	4	
אחר, פרט:	5	

האם את/ה:	Q4	
יהודי/ה	1	
נוצרי/ה	2	
מוסלמי/ת	3	
אחר, פרט:	4	

היכן נולדת:	Q5	
ישראל	1	
ברית המועצות לשעבר	2	
אתיופיה	3	
אחר, פרט:	4	

אם לא נולדת בישראל, אנא ציין/י שנת עלייה	Q6	
שאלה פתוחה		

ההכנסה הממוצעת ברוטו למשק בית בישראל היא 17,711 ש"ח בחודש, האם ההכנסה במשק הבית שלך:	Q7	
הרבה מתחת לממוצע	1	
מתחת לממוצע	2	
בדומה לממוצע	3	
מעט מעל לממוצע	4	
הרבה מעל לממוצע	5	
מסרב/ת לענות	6	

מהי השכלתך?	Q8	
-------------	----	--

1	יסודית	
2	תיכנית	
3	על תיכנית (לא תואר אקדמי)	
4	תואר ראשון (אקדמי)	
5	תואר שני	
6	דוקטורט	

Q9	מקצוע / תחום עיסוק	
	שאלה פתוחה	

Q10	מצב משפחתי	
1	רווק/ה	
2	בקשר כלשהו	
3	חיה עם בת/בן זוג	
4	נשוי/אה	
5	פרוד/ה או גרוש/ה	
6	אלמן/ה	
7	מסרב/ת לענות	

Q11	אזור מגורים	
1	עיר	
2	שכונה	
3	רחוב	

Q12	האם את/ה מתגורר/ת ב:	
1	בניין	
2	צמוד קרקע	

מאיזו שנה את/ה מתגורר/ת ביישוב בו את/ה מתגורר/ת כיום?	Q13
שאלה פתוחה	

מאיזו שנה את/ה מתגורר/ת בשכונה בה את/ה מתגורר/ת כיום?	Q14
שאלה פתוחה	

נשמח לשמוע אם יש לך הערות נוספות, כמו גם רעיונות לפעילויות, שירותים, אפליקציות או אתרים שהיו יכולים לסייע לחיזוק החוסן האישי שלך ו/או לחזק את הקשרים החברתיים שלך בשכונה. בבקשה פרטי/י ככל האפשר. דעתך חשובה לנו!	Q15
שאלה פתוחה	

נספח ג': בריאות הנפש - הרחבות

טיפול מבוסס ראיות להפרעות דיכאון וחרדה

בבריטניה, המכון הלאומי לבריאות ומצוינות קלינית (NICE) בחן באופן שיטתי את הראיות לאפקטיביות של מגוון התערבויות לטיפול בדיכאון והפרעות חרדה (Clark, 2018). סקירות אלה הובילו לפרסום סדרת הנחיות קליניות התומכות במידה רבה מאד בשימוש בטיפולים פסיכולוגיים. טיפול פסיכולוגי הוא כל טיפול פסיכותרפויטי (טיפול בדיבור) שנועד באופן מדעי (מבוסס תיאוריה) לשנות את הקוגניציה ו/או ההתנהגות מתוך כוונה לשפר את התוצאות הקוגניטיביות ו/או ההתנהגותיות של האדם (Eccleston, 2012).

טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים (CBT) מסוגים שונים [כולל טיפולים באמצעות מחשב (CCBT)] מקבלים את התמיכה המחקרית הרחבה ביותר והם מומלצים להפרעות דיכאון וחרדה (Clark, 2018). טיפול התנהגותי קוגניטיבי (CBT) הוא סוג של טיפול פסיכולוגי המסייע לקשר בין מחשבות, רגשות והתנהגות, ומאפיין את המצבים או הטריגרים המייצרים תגובות רגשיות (Thabrew et al., 2018). חמישה טיפולים נוספים [פסיכותרפיה בין אישית (IPT), טיפול זוגי, ייעוץ, טיפול פסיכודינמי קצר וטיפול קוגניטיבי מבוסס מיינדפולנס] מומלצים גם הם (עם אינדיקציות שונות) לדיכאון אך לא להפרעות חרדה.

לאור הראיות כי חלק מהאנשים מגיבים היטב להתערבויות "בעצימות נמוכה" (כגון עזרה עצמית מודרכת ו-CBT ממוחשב), NICE דוגלת גם בגישה מדורגת למתן טיפולים פסיכולוגיים בדיכאון קל עד בינוני, כמו גם ביחס לחלק מהפרעות החרדה. בדיכאון בינוני עד חמור ובהפרעות חרדה אחרות [כגון הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD)], התערבויות בעצימות נמוכה אינן מומלצות, ובמקום זאת מוצע כי יציעו למטופלים התערבויות ב"עצימות גבוהה" הכוללות טיפול פסיכולוגי פנים אל פנים.

הרחבה: דיכאון מז'ורי (דיכאון קליני) (MDD: Major Depressive Disorder)

דיכאון מז'ורי הוא סוג של הפרעת דיכאון. כאחד מכל עשרה אנשים בישראל (9.8%) חווה דיכאון מז'ורי אי פעם במהלך החיים (לוינסון, 2011), כאשר תסמיני הדיכאון המז'ורי על פי ה-ICD הם מצב רוח מדוכא, אנהדוניה (חוסר היכולת להנות) וירידה ברמת האנרגיה. על פי ה-DSM, קריטריון האבחנה כולל התמדה של תסמינים אלה לתקופה של שבועיים ומעלה, ופגיעה משמעותית בתפקוד היום-יומי.

הסיכון המשוער לדיכאון מז'ורי בארה"ב במהלך החיים הוא כ-7.0% (APA, 2013). במאמר סקירה שכלל 120 מחקרים (Ferrari et al., 2013) ובחן את השכיחות של דיכאון מז'ורי בקרב אוכלוסיות שונות בעולם, נמצא שיעור ממוצע של 4.7% מהאוכלוסייה העולמית (4.4-5%).

ישנם הבדלי גיל מובהקים בשיעור המאובחנים עם דיכאון מז'ורי, כאשר השכיחות בקרב גילאי 18-29 גבוהה פי שלוש מהשכיחות בקרב גילאי 60 ומעלה (APA, 2013). ישנם גם הבדלי מין מובהקים, כאשר השכיחות בקרב נשים גבוהה פי 1.5 עד פי 3 מהשכיחות בקרב גברים.



הרחבה: טיפולים מבוססי ראיות להפרעות דיכאון קל עד בינוני

ההנחיות של המכון הלאומי לבריאות ומצינויות קלינית עבור הפרעות דיכאון (NICE, 2010) פורסמו פעמיים, לראשונה ב-2004, וההנחיות המעודכנות ביותר הם מ-2010. המהדורה החדשה שמה דגש על התערבויות פסיכו-סוציאליות בעצמות נמוכה ומגוון גדול יותר של התערבויות פסיכולוגיות יעילות. כמו כן, מהדורה חדשה זו של מתייחסת גם לטיפול בתסמיני דיכאון שאינם מגיעים לסף אבחון של הפרעת דיכאון.

המלצות להתערבויות פסיכו-סוציאליות בעצמות נמוכה

לאנשים עם תסמיני דיכאון מתמשכים או דיכאון קל עד בינוני, שקול להציע אחת או יותר מההתערבויות הבאות, על פי העדפת המטופל:

1. עזרה עצמית בהדרכה אישית המבוססת על עקרונות הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי (CBT).
2. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוחשב (CCBT).
3. תוכנית פעילות גופנית קבוצתית מובנית.

(1) תוכניות לעזרה עצמית מודרכות פרטניות המבוססות על עקרונות CBT (ובוללות הפעלה התנהגותית וטכניקות לפתרון בעיות) לאנשים הסובלים מתסמיני דיכאון מתמשכים או דיכאון קל עד בינוני צריכות לכלול:

1. אספקת חומרים כתובים בגיל קריאה מתאים (או אמצעי תקשורת חלופיים).
2. קבלת תמיכה ממטפל מקצועי, אשר בדרך כלל מקלה על תכנית העזרה העצמית וסוקרת את ההתקדמות והתוצאות.
3. ההתערבות כוללת שישה עד שמונה מפגשים (פנים אל פנים ובטלפון) שבדרך כלל מתקיימים במשך 9 עד 12 שבועות, כולל מעקב.

(2) טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוחשב (CCBT) לאנשים עם תסמיני דיכאון מתמשכים או דיכאון קל עד בינוני צריך לכלול:

1. טיפול ממוחשב שיינתן באמצעות תוכנית עצמאית מבוססת מחשב או אינטרנט.
2. הסבר על מודל ה-CBT, עידוד ביצוע משימות בין מפגשים, שימוש באתגרי-חשיבה וניטור פעיל של ההתנהגות, דפוסי החשיבה והתוצאות.
3. קבלת תמיכה ממטפלת מקצועית, אשר בדרך כלל מספקת סיוע מוגבל במהלך התוכנית וסוקרת את ההתקדמות והתוצאה.
4. ההתערבות בדרך כלל מתקיימת במשך 9 עד 12 שבועות, כולל מעקב.

(3) תוכניות פעילות גופנית לאנשים עם תסמיני דיכאון מתמשכים או דיכאון קל עד בינוני צריכות לכלול:

1. התערבות בקבוצות עם תמיכה של מטפלת מוסמכת.
2. ההתערבות כוללת בדרך כלל שלושה מפגשים בשבוע במשך זמן בינוני (45 דקות עד שעה) לאורך 10 עד 14 שבועות (ממוצע של 12 שבועות).

במידת הצורך יש להציע לאנשים עם דיכאון ייעוץ בנושא היגיינת שינה:

1. הגדרת שעות שינה והתעוררות קבועות.
2. הימנעות מאכילה עודפת, עישון או שתיית אלכוהול לפני השינה.
3. יצירת סביבה מתאימה לשינה.
4. ביצוע פעילות גופנית סדירה.

ההמלצות המרכזיות של NICE למתן הטיפול בשירותי IAPT (Clark, 2018):

התערבויות מומלצות	ההפרעה והמספר של ההנחיות הקליניות של NICE	מדרג שירותי בריאות הנפש
הערכה / הפניה / מעקב פעיל ²⁹	אבחון הבעיה.	טיפול ראשוני הטיפול הנפשי הראשוני מתקבל במרפאות ולא נכלל בתוכנית IAPT.
עזרה עצמית בהדרכה אישית המבוססת על עקרונות טיפולי ה-CBT. CBT ממוחשב (CCBT). הפעלה התנהגותית. תוכנית פעילות גופנית קבוצתית מובנית.	דיכאון (CG90, CG91, CG123)	שירות בעצמות נמוכה (IAPT) עצמות נמוכה יותר של הדרכה מהמטפל בהשוואה לשירות בעצמות גבוהה. לרוב מייעצים למטופלים לעבור תוכנית טיפולית אשר כוללת סוג מסוים של עזרה-עצמית בליווי הדרכות קצרות, בתכיפות גבוהה, ועידוד מצד הפסיכולוג המתפקד כקואצ'ר.
עזרה עצמית מודרכת מבוססת CBT. פסיכואדיוקציה בקבוצות. CBT ממוחשב (CCBT).	הפרעת פאניקה (CG113, CG123)	
עזרה עצמית מודרכת מבוססת CBT. פסיכואדיוקציה בקבוצות. CBT ממוחשב (CCBT).	הפרעת חרדה כללית (CG113, CG123)	
אין המלצות להתערבויות בעצמות נמוכה עבור PTSD. בד בבד, קיימת המלצה שלא להציע למטופלים הדרכה פסיכולוגית קצרת מועד.	הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) (CG26, CG123)	
אין המלצות להתערבויות בעצמות נמוכה (כקו ראשון). בד בבד, ניתן להציע התערבויות בעצמות נמוכה למטופלים שאינם מעוניינים בשלב זה בטיפול פנים-אל-פנים. בנוסף, יש המלצה (קו שלישי) של טיפול פסיכודינמי המיועד ספציפית להפרעת חרדה חברתית אם המטופל מוותר על CBT או עזרה-עצמית בהדרכה.	הפרעת חרדה חברתית (CG159)	

²⁹ מעקב פעיל כולל ניטור של סימפטומים, פסיכואדיוקציה בכל הנוגע להפרעה הנפשית ועצות לגבי היגיינת שינה.

התערבויות מומלצות	הפרעה והמספר של ההנחיות הקליניות של NICE	מדרג שירותי בריאות הנפש
עזרה עצמית מודרכת מבוססת CBT.	הפרעה טורדנית-כפייתית (OCD) (CG31, CG133)	
טיפול CBT או טיפול IPT ³⁰ , שניהם בשילוב עם טיפול תרופתי.	דיכאון מתון עד חמור	שירות בעצמות גבוהה (IAPT) בעיקר התערבויות שבועיות, פנים-אל-פנים, במפגשים של אחד-על-אחד עם פסיכולוג מיומן. בחלק מההפרעות, כמו בדיכאון, אפשר גם לטפל ב-CBT באופן יעיל בקבוצות קטנות של מטופלים. טיפול זוגי, באופן טבעי מערב את המטופל הדיכאוני ואת בני/ות זוגם.
טיפול CBT או טיפול IPT; אקטיבציה התנהגותית ³¹ ; טיפול זוגי; ייעוץ לדיכאון; טיפול פסיכודינמי קצר מועד ³²	דיכאון קל עד מתון (CG90, CG91, CG123)	
טיפול CBT או טיפולים מבוססי מיינדפולנס (Mindfulness-based therapies)	מניעת הישנות דיכאון (CG123)	
טיפול CBT	הפרעת פאניקה (CG113, CG123)	
טיפול CBT	הפרעת חרדה כללית (CG113, CG123)	
טיפול CBT	הפרעת חרדה חברתית (CG159)	
טיפול CBT טיפול EMBR	הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) (CG26, CG123)	
טיפול CBT	הפרעה טורדנית-כפייתית (OCD) (CG31, CG133)	

³⁰ **טיפול בין אישי (IPT: Interpersonal Therapy):** טיפול בדיכאון באמצעות טיפול בין אישי, מבקש להביא לשינוי בסימפטומים באמצעות התמקדות באופן שבו האדם מתפקד במסגרת מערכות היחסים שלו. זהו טיפול ייחודי מקבוצת הטיפולים הקוגניטיביים-התנהגותיים (CBT). לעומת פסיכותרפיה דינאמית ופסיכותרפיה קוגניטיבית התנהגותית קלאסית, אשר מתמקדות בתהליכים פנים-נפשיים, טיפול בדיכאון באמצעות טיפול בין אישי מנסה לקדם שינויים בזירה הבין אישית, מתוך הנחה כי חוויות של הצלחה בקשרים, למשל שיפור מידת האמון, הקירבה והדדיות, יקלו באופן דרמטי על הדיכאון. (בטיפולנט, טיפול בדיכאון).

³¹ **אקטיבציה התנהגותית (Behavioral Activation):** מבוססת על בניית שגרה חיובית שוטפת בחייהם של מתמודדים ומתמודדות עם דיכאון. הפעילות החיובית מחזקת באמצעות הנאה ותגמולים פנימיים וחיצוניים, שבכוחם לשפר את מצב הרוח השלילי שאופייני לדיכאון. (בטיפולנט, אקטיבציה התנהגותית).

³² **טיפולים דינמיים קצרי מועד (Short-Term Psychotherapy):** טיפולים המבוססים על טכניקות דינמיות כהגברת מודעות, התבוננות במאורעות העבר והתייחסות ליחסים הטיפולים, אך מגבילים את משך הטיפול וממקדים אותו בקושי או קונפליקט מרכזי. (בטיפולנט, טיפול קצר מועד).

התערבויות מומלצות	ההפרעה והמספר של ההנחיות הקליניות של NICE	מדגם שירותי בריאות הנפש
טיפול CBT	הפרעת גוף דיסמורפית (BDD) (CG31)	

נספח ד': עבודה קהילתית - משרד הרווחה והביטחון החברתי והחברה למתנ"סים

משרד הרווחה והביטחון החברתי

בעוד שתפקיד משרד הבריאות, בין השאר, הוא לאפשר את מתן שירותי בריאות הנפש לכלל האוכלוסייה; תפקיד משרד הרווחה והביטחון החברתי (הממונה כ"חוסן חברתי לישראל") הוא להבטיח מתן שירותי רווחה לאוכלוסיות שהוגדרו בחוק כזכאיות לשירותים אלה. התחומים שבהם עוסק משרד הרווחה כוללים, בין היתר, ילדים ונוער במצבי סיכון, אלימות במשפחה, נכויות ומוגבלות שכלית (לא כולל נכויות נפשיות משום שאוכלוסייה זו מקבלת שירות ממשרד הבריאות), נפגעי סמים ואלכוהול, קשישים במצבי מצוקה וכו'.

השירות לעבודה קהילתית

בשנת 1953 הוקדם במשרד הרווחה השירות לעבודה קהילתית ע"י ד"ר מרים הופרט (1897-1980), שעמדה בראשו עד 1962 (סדן, 2009). ד"ר הופרט היא זו שעודדה והנחתה את העבודה הקהילתית בחברת "עמידר", בעמותת ויצ"ו (ארגון בינלאומי לנשים יהודיות), בסוכנות היהודית, במלב"ן (מוסדות לטיפול בעולים נחשלים), ב"מועצת הפועלות" (כיום נעמ"ת) ובסוף ימיה גם בהסתדרות הכללית (סדן, 2009). ד"ר הופרט סייעה לחיזוק מעמדה של העבודה הקהילתית בישראל - כבר בשנת 1953 התייחסו בתי הספר לעבודה סוציאלית ואיגוד העובדים הסוציאליים לעבודה הקהילתית כחלק בלתי נפרד מהמקצוע. לעומת זאת, בארה"ב העבודה הקהילתית זכתה להכרה כחלק מן העבודה הסוציאלית רק בשנת 1962. בשנות השבעים החלה לפעול בישראל החברה למתנ"סים, גדלו מספר העובדים הקהילתיים, והפעילות הקהילתית התרחבה מעבר לארגונים החברתיים שהנחתה הופרט ולהקמה של השירות לעבודה קהילתית במשרד הסעד.

כיום, השירות לעבודה קהילתית מהווה יחידה אחת מתוך ארבע באגף "משאבי קהילה ועבודה קהילתית". שלוש היחידות האחרות הן (1) תחום מיצוי זכויות; (2) המחלקה לוועדות ערר וסיוע ליחידים ומשפחות; ו- (3) תחום התנדבות.

החברה למתנ"סים

החברה למתנ"סים ומרכזים קהילתיים, היא חברה ממשלתית ישראלית באחריות משרד החינוך, והארגון החברתי המוביל בישראל, שייעודו "בניית קהילות מקומיות ברשת ארצית לקידום החוסן החברתי באמצעות המרכזים הקהילתיים ותוכניות החברה, ולאפשר לכל אדם להרגיש משמעותי ושייך". כיום, ישנם כ-170 מרכזים קהילתיים, הפועלים בכל רחבי הארץ.

החזון של החברה למתנ"סים: אדם בונה קהילה בונה חברה בונה אדם



תרשים 55: החברה למתנ"סים

רעיון המרכז הקהילתי, המתנ"ס (מרכז תרבות, נוער וספורט), התפתח במהלך החיפוש אחר דרכים חדשות להאיץ תהליכים חברתיים בקהילות מתפתחות ובאוכלוסיות מוחלשות. הרעיון קרם עור וגידים בשנת 1969, ביוזמת שר החינוך והתרבות דאז, זלמן ארן. ארן בדק את מימוש רעיון המרכזים הקהילתיים בשני קווים מקבילים: על ד"ר יעל פוזנר, ראש מינהל החינוך במשרד החינוך והתרבות, הטיל להקים ועדה לבדיקת הנושא; על חיים ציפורי, איש היחידה לתרבות במשרד החינוך, האחראי על נושא ביעור הבערות ומפעל אמנות לעם, הטיל לבדוק אם קיימת פעילות תרבותית וחברתית בעיירות הפיתוח ומה אופייה. המפגש בין השניים העניק את הדחיפה הגדולה והמשמעותית להקמתם ולפיתוחם של המרכזים הקהילתיים בישראל. בשנת 2008 החברה למתנ"סים עברה מיתוג מחדש ונפתחו מרכזים בישובים ערביים ובמגזר החרדי.

נספח ה': תמונת מצב חוסן - ישראל 2020

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, נובמבר 2020

נובמבר 2020	יולי 2020	מאי לאחר הסגר	אפריל תקופת הסגר	2019	
21%	19%	18%	24%	20%	חשו בדידות
19%	21%	16%	16%	24%	חשו דיכאון
37%	42%	33%	34%	-	חשו לחץ (סטres/דחק) וחרדה
65%	65%	53%	56%	-	חששו מהידבקות בנגיף הקורונה
39%	38%	31%	32%	-	חששו מפגיעה במצב הבריאותי מסיבות אחרות
47%	55%	47%	50%	30%	חששו מקושי בכיסוי הוצאות
42%	42%	45%	46%	-	דיווחו שהמשבר הכלכלי שלהם ושל משפחתם החמיר
15%	21%	14%	14%	-	דיווחו שצמצמו את כמות האוכל והארוחות
20%	28%	18%	27%	9%	צופים כי בשנה הקרובה מצבם הכלכלי יחמיר
12%	14%	17%	16%	-	קיבלו סיוע בהבאת מזון, תרופות וכדומה
26%	29%	42%	46%	-	בני 65 ומעלה שקיבלו סיוע בהבאת מזון, תרופות וכדומה
47%	47%	69%	72%	41%	נותנים אמון בממשלה בהתמודדות עם משבר הקורונה
72%	69%	77%	79%	58%	נותנים אמון ברשות המקומית של יישוב מגוריהם בהתמודדות עם משבר הקורונה

טבלה 7: תמונת מצב חוסן - ישראל 2020 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, נובמבר 2020)