

הקשר בין טראומה משנית, חשיפה לאירועי טרור דרך אמצעי התקשורת

והתמודדות בקרב סטודנטים

מאת: ינון שמינס

עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות

לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה"

אוניברסיטת חיפה

הפקולטה ללימודי בריאות ורווחה

בית הספר לעבודה סוציאלית

ינואר, 2007

הקשר בין טראומה משנית, חשיפה לאירועי טרור דרך אמצעי התקשורת

והתמודדות בקרב סטודנטים

מאת: ינון שמינס

בהנחיית: פרופ' חסידה בן צור

ד"ר שרון גיל

עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות

לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה"

אוניברסיטת חיפה

הפקולטה ללימודי בריאות ורווחה

בית הספר לעבודה סוציאלית

ינואר, 2007

מאושר על ידי _____
(מנחת העבודה)

תאריך _____

מאושר על ידי _____
(מנחה העבודה)

תאריך _____

מאושר על ידי _____
(יו"ר ועדת מ"א)

תאריך _____

הכרת תודה

תודה מקרב לב לפרופי חסידה בן-צור על כך שאיפשרה את התרחשותו של תהליך למידה מגדל. תודה על מסע מרתק, שכלל ליווי והנחייה מקצועיים אל תוך נבכי עולם המחקר. על המעורבות, הסובלנות והזמינות הפיזית והרגשית, שלוו בעידוד ובתחושת מחויבות. כל אלה הפכו את תהליך ההנחיה לחוויה לימודית מבגרת, בעלת עומק ומשמעות.

תודה מקרב לב לד"ר שרון גיל על ליווי והנחייה מקצועיים ומאתגרים. על החשיפה המרתקת לעולם של חקר הטראומה. על שעות של עבודה קשה בזמנים לא שגרתיים, סובלנות אין קץ, תמיכה והכוונה שהיו לעזר רב. כל אלה איפשרו יצירת מרחב של חשיבה וכתובה מחקרית המשלבות יצירתיות ומקוריות, עומק ועושר.

תודה גדולה למרצים ד"ר אורי דן מהחוג לפסיכולוגיה, פרופ' אלי זומר מבית הספר לעבודה סוציאלית ופרופ' שונית רייטר מהחוג לחינוך, שפתחו את דלת כיתתם ואיפשרו לי לסיים את העברת השאלונים.

תודה גדולה לכל אותם סטודנטים שהשתתפו במחקר, גילו רצון טוב, פתיחות וכנות, ובכך איפשרו לי לבצע את המחקר.

תודה לחבריי ולכל אותם אנשים על ההתעניינות והתמיכה לאורך כל הדרך.

תודה למשפחתי האהובה, לאשתי עינב, לבני יובל ולבתי תמר. תודה על הכוחות שהשאלתם לי לאורך כל הדרך. תודה על נדיבותכם ועל כך שפיניתם עבורי שעות וימים יקרים מפז ובכך הפסדתם "זמן אבא", על מנת שאני אוכל לקדם את לימודיי ולסיימם במועד. עבודה זו מוקדשת באהבה לכולכם.

תוכן העניינים

עמוד	
V	.....תקציר
IX	.....רשימת טבלאות
X	.....רשימת תרשימים
1	.....מבוא
2	.....1. רקע תיאורטי
2	.....1.1 מהי טראומה?
3	.....1.2 טראומה משנית
4	.....1.2.1 טראומה משנית לאחר אירועי טרור
5	.....1.3 מודל הדחק
5	.....1.3.1 הערכת מצב דחק
6	.....1.3.2 התמודדות עם מצב דחק
6	.....1.3.3 התמודדות עם אירוע גורם דחק וטראומה משנית
8	.....1.4 חשיפה משנית לטרור באמצעות התקשורת
10	.....1.5 גורמים בהתפתחות טראומה משנית
10	.....1.5.1 גורמי סיכון דמוגרפיים
12	.....1.5.2 סובלנות לעמימות
13	.....1.5.3 תחושת שליטה (Mastery)
14	.....1.5.4 אופטימיות
15	.....1.6 מודל המחקר
16	.....1.7 השערות המחקר
18	.....2. שיטה
18	.....2.1 נבדקים
19	.....2.2 כלים
19	.....2.2.1 שאלון סובלנות לעמימות (סל"ע)
19	.....2.2.2 שאלון התמודדות
20	.....2.2.3 שאלון שימוש במדיה
20	.....2.2.4 שאלון קרבה לאירוע טרור
20	.....2.2.5 שאלון חשיפה וקרבה לאירוע טראומתי
21	.....2.2.6 שאלון עוצמת תסמינים פוסט טראומטיים (PSS-SR)
21	.....2.2.7 שאלון שליטה
21	.....2.2.8 שאלון אופטימיות
22	.....2.2.9 שאלון רמת מצוקה רגשית (BSI)
22	.....2.2.10 שאלון פרטים אישיים
22	.....2.3 הליך
24	.....3. תוצאות
25	.....3.1 בדיקת השערות
28	.....3.2 ניתוחים נוספים
35	.....4. דיון
35	.....4.1 סיכום ממצאים
36	.....4.2 הקשרים בין אופן השימוש בתקשורת לאחר פיגוע וקרבה למקום הפיגוע לבין רמת סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית
38	.....4.3 הבדלים על רקע מגדרי
40	.....4.4 הבדלים על רקע דת וארץ מוצא
41	.....4.5 הבדלים על רקע נוכחות פיזית באירוע טרור

עמוד	
42	4.6 בדיקת קשרים בין סובלנות לעמימות, שליטה ואופטימיות לסימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית.....
43	4.7 בדיקת קשרים נוספים.....
44	4.8 הקשר בין אסטרטגיית הימנעות, חשיפה לטרור דרך המדיה ופיתוח סימפטומי מצוקה נפשית.....
45	4.9 מגבלות המחקר.....
46	4.10 הצעות למחקרי המשך.....
47	4.11 מסקנות ויישום תוצאות המחקר.....
49	5. רשימה ביבליוגרפית.....
65	6. נספחים.....
66	נספח מספר 1 : שאלון דיווח עצמי לבדיקת סובלנות לעמימות (סל"ע).....
67	נספח מספר 2 : שאלון התמודדות.....
68	נספח מספר 3 : שאלון שימוש במדיה.....
70	נספח מספר 4 : שאלון קרבה לאירוע טרור.....
71	נספח מספר 5 : שאלון חשיפה וקרבה לאירוע טראומתי.....
72	נספח מספר 6 : שאלון PSS-SR.....
73	נספח מספר 7 : שאלון שליטה.....
74	נספח מספר 8 : שאלון אופטימיות.....
75	נספח מספר 9 : שאלון רמת מצוקה רגשית (BSI).....
76	נספח מספר 10 : שאלון פרטים אישיים.....

הקשר בין טראומה משנית, חשיפה לאירועי טרור דרך אמצעי התקשורת

והתמודדות בקרב סטודנטים

ינון שמינס

תקציר

מחקר זה עוסק בבחינת השפעתה של חשיפה עקיפה לאירועי טרור דרך שימוש באמצעי התקשורת (טלוויזיה, רדיו, אינטרנט, SMS, עיתונים ושמעות), אשר עלולה לגרום לטראומה משנית, והתמודדות עם הסימפטומים הנפשיים כתוצאה מהחשיפה בקרב סטודנטים ישראליים. הסימפטומים המאפיינים טראומה משנית, זהים במהותם לסימפטומי הפרעת דחק פוסט-טראומתית (PTSD) אולם רמת החשיפה לאירוע הטראומתי שונה כיוון שהפרט אינו נוכח פיזית במקום האירוע ולכן עוצמת סימפטומי הטראומה המשנית נמוכה מזו שב-PTSD (Figley, 1995). המחקר הנוכחי הסתמך על מודל ההתמודדות עם דחק של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984), במטרה לבדוק את גורמי הפגיעות, המשאבים ודפוסי ההתמודדות העומדים לרשות הפרט ואת התפקוד התגובתי-הסתגלתי ומגוון הסימפטומים הפסיכולוגיים הנוצרים כתוצאה מחשיפה עקיפה לטראומה. המחקר בדק מספר השערות לגבי הקשרים בין חשיפה עקיפה לטרור דרך התקשורת, גורמים דמוגרפיים, משאבים אישיים, שימוש באסטרטגיות התמודדות והתפתחות סימפטומים נפשיים:

1. ימצא קשר חיובי בין חשיפה לאירועי טרור באמצעות המדיה, לבין סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית.
2. רמת סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית תהיה גבוהה יותר בקרב סטודנטיות לעומת סטודנטים.
3. רמת סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית תהיה גבוהה יותר בקרב סטודנטים שאינם יהודים לעומת יהודים.
4. ימצא קשר שלילי בין המשתנים סובלנות לעמימות, שליטה ואופטימיות לסימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית.
5. רמת החשיפה למדיה תהיה גבוהה יותר בקרב: א. סטודנטים לעומת סטודנטיות; ב. בקרב סטודנטים יהודים לעומת כאלה שאינם; ג. סטודנטים שרמת סובלנותם לעמימות נמוכה לעומת כאלה שרמת הסובלנות לעמימות גבוהה.
6. התמודדות תווסת את הקשר שבין חשיפה לאירועי טרור דרך המדיה ופיתוח סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית: א. התמודדות ממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה תגביר סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית. ב. התמודדות נמנעת תפחית סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית.

בדיקת ההשערות נערכה בקרב 203 סטודנטים מאוניברסיטת חיפה, מתוכם 41 גברים (20%) ו-162 נשים (80%) והגיל הממוצע היה 23.9 שנים ($SD=3.86$). מתוך 203 המשתתפים במחקר 73.4% הנם ילידי ישראל, ו-85.7% הנם יהודים. כלי המחקר כללו את השאלונים הבאים:

1. שאלון לבדיקת סובלנות לעמימות (סל'ע), (Tolerance to Ambiguity; Budner, 1962).
2. שאלון התמודדות (COPE; Carver et al., 1989).
3. שאלון שימוש במדיה.
4. שאלון קרבה לאירוע טרור.
5. שאלון חשיפה וקרבה לאירוע טראומתי.
6. שאלון עוצמת תסמינים פוסט טראומטיים (PSS-SR; Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993).
7. שאלון שליטה (Mastery; Pearlin & Schooler, 1978).
8. שאלון אופטימיות (Optimism; Scheier & Carver, 1985).
9. שאלון רמת מצוקה רגשית (BSI; Derogatis, 1992).
10. שאלון פרטים אישיים.

ממצאי המחקר מצביעים על תמיכה חלקית בהשערות. ההשערה כי יימצא קשר חיובי בין תדירות חשיפה לאירועי טרור באמצעות המדיה, לבין סימפטומי טראומה משנית אוששה במלואה. בניגוד למשוער ההתמודדות לא נמצאה כמוסתת את השפעת החשיפה לאירועי טרור, ובניתוח הנתונים נמצא כי אסטרטגיית התמודדות נמנעת תורמת להתגברות רמת המצוקה הנפשית. נמצא גם כי שימוש באסטרטגיית התמודדות נמנעת מעלה את תדירות השימוש באמצעי התקשורת (לאחר פיגוע) ולא מפחיתה אותו כפי שנובא. נמצא כי שימוש זה באמצעי התקשורת תורם להתגברות רמת המצוקה הנפשית. תדירות השימוש בתקשורת בקרב נשים היתה גבוהה יותר לעומת גברים וזאת בניגוד למשוער. כמו כן, נמצא כי נשים עשו שימוש רב יותר באסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה. בהתאם למשוער, נשים הראו רמת סימפטומי מצוקה נפשית גבוהה מזו של גברים, אולם לא נמצאו הבדלים ביניהן ובין גברים ברמת חומרת סימפטומי הטרומה המשנית. כמשוער, נמצא קשר שלילי מובהק בין תדירות השימוש בתקשורת לבין מידת הסובלנות לעמימות כך שככל שרמת הסובלנות לעמימות נמוכה יותר עולה תדירות השימוש בתקשורת בשגרה. כמו כן, נמצא קשר שלילי בין סובלנות לעמימות ובין סימפטומי מצוקה נפשית כך שככל שרמת הסובלנות לעמימות נמוכה יותר, עולה רמת סימפטומי המצוקה הנפשית כמשוער. עם זאת ובניגוד למשוער לא נמצא קשר בין סובלנות לעמימות וסימפטומי טראומה משנית.

בקרב סטודנטים שאינם יהודים רמת הסובלנות לעמימות, תחושת השליטה ומידת השימוש בהתמודדות ממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה נמצאו נמוכות יותר בהשוואה ליהודים. בהתאם למשוער, רמת סימפטומי המצוקה הנפשית ורמת סימפטומי טראומה משנית נמצאו גבוהים יותר בקרב סטודנטים שאינם יהודים בהשוואה ליהודים אולם, לא נמצאו כל הבדלים בין יהודים לכאלה שאינם ברמת החשיפה למדיה.

כמו כן ובהתאם למשוער נמצאו קשר שלילי בין שליטה ובין לסימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית. בדומה ובהתאם למשוער נמצא קשר שלילי בין אופטימיות ובין סימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית. קשר שלילי נמצא גם בין משתנה האופטימיות לבין אסטרטגיית התמודדות נמנעת, וקשר חיובי עם התמודדות ממוקדת בעיה.

נמצא כי ככל שמידת הקרבה הגיאוגרפית למקום הפיגוע הולכת וגדלה, כך הולך ומתגבר הסיכוי להתפתחות סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית וכן כי קיים קשר חיובי בין קרבה גיאוגרפית לסימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית. רמת סימפטומי המצוקה הנפשית וסימפטומי טראומה משנית נמצאו גבוהים בקרב נבדקים שהיו מעורבים באירועי טרור בהשוואה לאלו שלא היו מעורבים.

הממצא העיקרי של מחקר זה הוא שמידת החשיפה העקיפה לאירועי טרור בישראל דרך אמצעי התקשורת (טלוויזיה, רדיו, עיתונים, שמועות, אינטרנט ו-SMS) קשורה בקשר חיובי לתסמיני מצוקה נפשית וטראומה משנית. לפיכך, הדיווח הקרוב והמפורט של אמצעי התקשורת בישראל על אירועי טרור עלול להוות גורם סיכון עבור חלק מן הסטודנטים הצעירים הנחשפים אליו בעיקר בעלי תחושת שליטה גבוהה יותר, אלו הנוטים להשתמש בהימנעות כאסטרטגיית התמודדות ונשים, אם מניחים שמידת חשיפה גוררת מצוקה וטראומה.

ניתן לציין מספר מגבלות מתודולוגיות ומעשיות הכוללות אי יכולת שליטה במשתנים הנחקרים, כולל פרק הזמן בו התרחשו אירועי הטרור ביחס לתקופה בה חולקו שאלוני המחקר ונתוניהם הדמוגרפיים של הנבדקים. יחד עם זאת, הממצאים מצביעים על קיום קשר חיובי ואף על תרומה של תדירות השימוש באמצעי התקשורת בזמן פיגוע וחשיפה באמצעותם לאירועי טרור טראומתיים, לבין התגברות סימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית. תוצאות אלה מצביעות על עצם החשיבות הרבה במודעות לסיכונים שבחשיפה עקיפה לטרור ולטראומות דרך אמצעי התקשורת, בעיקר בקרב אוכלוסיות בעלות פגיעות גבוהה (נשים, לא יהודים, נפגעי פעולות איבה, וישראלים שאינם ילידי הארץ).

עוד הומלץ על בניית מודל שיאפשר חיזוי מהיר ומדויק של אוכלוסיות המצויות בסיכון גבוה וכן שילוב שיטות טיפול אישיות וקבוצתיות כולל מתן הדרכה, לאותם אנשים המצויים בסיכון ואשר נחשפו באופן עקיף לטרור.

המלצה נוספת התמקדה בהפחתת תדירות השידורים הכוללים מראות קשים לאחר אירוע טרור באמצעי התקשורת השונים, העלולים לגרום לסימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית. הומלץ גם ליידע ולתדרך את הציבור הרחב בקשר לסכנה שבחשיפה עקיפה לאירועי טרור.

עמוד

18	טבלה 2.1 : נתוני רקע של המשתתפים במחקר.....
23	טבלה 2.2 : ריכוז הנתונים הפסיכומטריים של כלי המדידה שנמצאו במחקר הנוכחי.....
24	טבלה 3.1 : מתאמי המשתנים של מודל המחקר.....
25	טבלה 3.2 : הבדלים בין גברים לנשים במשתנים של מצוקה נפשית.....
26	טבלה 3.3 : הבדלים בין יהודים לאלה שאינם יהודים במשתני מצוקה נפשית וטראומה משנית.....
27	טבלה 3.4 : מקדמי מתאם פירסון בין סובלנות לעמימות, שליטה ואופטימיות לבין סימפטומים של מצוקה נפשית וטראומה משנית.....
28	טבלה 3.5 : הבדלים בין גברים לנשים במשתנים של תדירות שימוש בתקשורת.....
29	טבלה 3.6 : הבדלים בין ילידי ישראל לאלה שאינם ילידי ישראל במשתנים שונים.....
29	טבלה 3.7 : הבדלים בין נבדקים שהיו מעורבים באירוע טרור ואלו שלא במשתנים של סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית.....
30	טבלה 3.8 : הבדלים בין יהודים לכאלה שאינם יהודים על פי משתנים שונים.....
31	טבלה 3.9 : מקדמי ביתא של המשתנים המנבאים סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית
32	טבלה 3.10 : מקדמי ביתא של המשתנים המנבאים חשיפה לאמצעי התקשורת (לאחר פיגוע טרור).....
32	טבלה 3.11 : מקדמי ביתא של המשתנים המנבאים התמודדות.....

רשימת תרשימים

עמוד

16 מודל המחקר. תרשים 1 :

33 המודל שנמצא במחקר הנוכחי. תרשים 2 :

מבוא

מאז חודש אוקטובר 2000, עת פרצה אינתיפאדת "אל-אקצה", ועד לתקופה האחרונה סבלו תושבי מדינת ישראל מהתקפות טרור אלימות וקטלניות. קורבנות הטרור הנם אנשים מכל שכבות האוכלוסייה, בני כל הגילים, אשר נחשפו לפעולות טרור שכללו בין השאר: דקירות, ירי, מכוניות תופת, מטעני חבלה ומחבלים מתאבדים, אשר פוצצו עצמם במקומות ציבוריים הומי אדם כגון אוטובוסים, מסעדות, בתי קפה, אולמי שמחות וקניונים. באתר הרשמי של דובר צה"ל, מדווח כי בין התאריכים 29 לספטמבר 2000, ועד ה-13 לספטמבר 2004, נפצעו 6709 ישראלים ונהרגו 989 (<http://www1.idf.il/DOVER>).

במהלך תקופה זו, נחשפה מרבית החברה הישראלית לחלק נרחב מפעולות הטרור בעיקר דרך אמצעי התקשורת השונים: טלוויזיה, רדיו, עיתונות, אינטרנט ושירות המיסרונים בטלפונים הסלולאריים (להלן יופיע בשם SMS-short message service). הדיווחים בתקשורת נתנו תוקף לכמות, לאקראיות ולשוני במגוון הפיגועים, ובכך חיזקו את תחושות חוסר האונים, חוסר השליטה והחרדה (סולומון, גלקופף ובלייך, 2004).

במחקרים שבדקו את השפעות התקשורת על אוכלוסיות שלא נחשפו ישירות לטרור נמצא קשר בין צפייה במהדורות חדשות טלוויזיונית בנושא הטרור, לתגובות דחק (Schuster et al., 2001). בישראל נמצא קשר בין חשיפה תקשורתית למראות הזוועה של פיגועי טרור ופיתוח סימפטומי טראומה משנית¹ (Secondary Traumatic Stress; STS), (Keinan, Sadeh & Rosen, 2003). בהתייחס לקשר טרור-מדיה, ולשימוש שעושים ארגוני הטרור בהעברת מסרים פוליטיים דרך פיגועים המדווחים בטלוויזיה ובתקשורת האלקטרונית הכתובה (אינטרנט ושירות SMS), מטרת מחקר זה לבדוק את הקשר בין רמת הסימפטומים של טראומה משנית ומצוקה נפשית בקרב סטודנטים ישראלים, ומידת חשיפה לאירועי טרור דרך מהדורות ועדכוני חדשות בטלוויזיה, באינטרנט ושירות ה-SMS. כמו כן, תיבדק האפקטיביות של אסטרטגיות התמודדות בהן נוקטים הסטודנטים ביחס לפיתוח סימפטומים אלה (Lazarus & Folkman, 1984), וכן, ייבדקו הקשרים בין סובלנות לעמימות, אופטימיות, שליטה, מגדר ומוצא, לבין החשיפה לתקשורת.

ממצאי המחקר יעלו את הבנתנו לגבי הקשרים בין חשיפה למדיה וסימפטומים של טראומה משנית ומצוקה נפשית בקרב אוכלוסיית סטודנטים הנחשפת במיוחד לאירועי טרור דרך אמצעי התקשורת. הממצאים עשויים אף לסייע לאנשי המקצוע באיתור אוכלוסיות בעלות סיכון ללקות בסימפטומים אלו, מתוך כוונה לספק תוכניות מניעה והתערבות לצד אסטרטגיות התמודדות וטיפול מתאימות. במקביל, המחקר עשוי לאפשר הערכה של כמות החשיפה התקשורתית המומלצת לאוכלוסיות צופים שונות בעת שידור אירועים טראומטיים וכן אילו תכנים עשויים להותיר סימפטומים חמורים יותר.

¹ הערה: בכל מקום במאמרים המקוריים בהם מופיע אזכור לסימפטומים של הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) בהקשר של חשיפה עקיפה לטראומה, אנו מגדירים זאת בעבודה כטראומה משנית.

1. רקע תיאורטי

1.1 מהי טראומה?

חוויות טראומתיות הפכו לחלק בלתי נפרד מאורח החיים המודרני ונראה כי הן מטביעות בו את חותמן באופן יומיומי. המונח טראומה, מקורו ביוונית ופירושו חבלה. מונח זה מציין פגיעה פיזית, אשר מקורה בכוח חיצוני ישיר. הספרות העכשווית מגדירה טראומה כפגיעה, שמקורה באיום רגשי קיצוני, או פיזי (Seligman & Rosenham, 1998).

במהדורה השלישית של ה-DSM (APA, 1980) הוכנסה קטגוריה חדשה: "Posttraumatic Stress Disorder" ופירושה הפרעת דחק בתר חבלתית (להלן תיקרא PTSD). הקריטריונים לאבחון PTSD, כוללים במהדורה הנוכחית של ה-DSM (APA, 2000) מספר אשכולות. האשכול הראשון (קריטריון A) מחייב שהאדם ייחשף לאירוע טראומתי שבו הוא חווה/היה עד/התעמת עם אירוע המערב מוות/איום במוות/פגיעה או איום לשלמות הפיסית שלו/של אחרים. כמו כן, על תגובת הפרט להתאפיין בפחד/חוסר אונים/אימה. האשכול השני מחייב חוויה מחדש (Re-experiencing) של האירוע הטראומתי באופן מתמשך ובצורות שונות, למשל, חלומות או היזכרויות חוזרות ונשנות של האירוע, הגורמים לתחושת מצוקה (Intrusion). האשכול השלישי מאופיין בהתנהגות המנעותית (Avoidance) מתמשכת מגירויים המזכירים את הטראומה כמו גם הימנעות כוללת מפעילויות שבעבר נחו כמהנות. האשכול הרביעי מאופיין בתחושת עוררות יתר (Hyper-arousal), למשל, דריכות וקושי להתרכז. על התסמינים להמשך מעל חודש, ולגרום למצוקה קלינית ופגיעה משמעותית בתפקוד חברתי ותעסוקתי. תיאורים פנומנולוגיים ואפידמיולוגיים אלה מלמדים כי למרות של-PTSD גורם אטיולוגי מוגדר והכרחי, הוא איננו גורם מספיק להתפתחות ההפרעה (Davidson, 1995), עובדה המלמדת על קיומם של גורמי סיכון נוספים.

קיימת הסכמה כי 15%-20% מבין החווים אירוע טראומתי, יפתחו PTSD (Breslau et al., 1998). עם זאת, קשה לנבא את תגובת הפרט למצב טראומתי, ונראה כי תגובתו תלויה במספר גורמים רב. יש הגורסים כי חשיפה קודמת לטראומה והיסטוריה של הפרעה פסיכיאטרית, מגבירות את נטיית הפרט לפתח סימפטומי PTSD (Amir & Sol, 1999; Breslau et al., 1991). אחרים טוענים כי הסבירות להופעת PTSD משתנה, בהתאם לסוג האירוע הטראומתי ולעוצמתו (Al-Saffar et al., 2003; Davidson, 1995).

בשנים האחרונות, ניתנה תשומת לב מיוחדת לתגובתם של אנשים מתחום בריאות הנפש, אשר נחשפו לסיפורים ולחוויות של נפגעי טראומה. נמצא כי מטפלים שנחשפו לאירועים טראומטיים באמצעות שיחזור הטראומה, פיתחו סימפטומים המאפיינים PTSD (Figley, 1983; 1988; 1995). על בסיס ממצאים אלה, התפתחה ההבנה כי תסמינים פוסט טראומטיים יכולים להתפתח גם עקב חשיפה בלתי ישירה,

תהליך שכונה טראומה משנית. הבנה זו היוותה בסיס להרחבת המחקר ביחס להשפעתה של חשיפה עקיפה על אוכלוסיות שונות.

1.2 טראומה משנית

פיגלי (Figley, 1978), מחלוצי המחקר בתחום הטראומה המשנית, היה הראשון אשר טען כי בני משפחה, חברים, ואנשי מקצועות הטיפול, הינם בעלי פגיעות גבוהה לפיתוח טראומה משנית עקב מעורבותם הרגשית והאמפתית עם נפגעי טראומה.

פיגלי (Figley, 1983), הגדיר ראשית את המונח טראומה משנית כדחק או איום רגשי הנחווה על ידי אנשי מקצוע (אנשי משטרה וכוחות הצלה, אחיות, רופאים, ומטפלים בבריאות הנפש), חברים ובני משפחה המספקים שירותים או מצויים במגע או בקשר קרוב עם נפגעי טראומה. לטענתו, תגובות הזדהות או אמפתיה כלפי נפגעי הטראומה הן טבעיות ומותאמות, אך עלולות לעורר חוויה אישית של איום (Figley & Kleber, 1995). הסימפטומים המאפיינים את הטראומה המשנית, זהים במהותם לסימפטומים המופיעים בקרב אנשים אשר חוו טראומה בעצמם ופיתחו תסמינים אלה (Jenkins & Baird, 2002). ההבדל העיקרי והמשמעותי הנו רמת החשיפה לאירוע הטראומתי ולתוצאותיו: במקרה של חשיפה ישירה עלול להתפתח PTSD, ואילו במקרה של חשיפה עקיפה, המתרחשת כתוצאה מהזדהות רגשית או יחס אמפתי המוצע לקורבן הטראומה, עלולה להתפתח טראומה משנית (Figley, 1988). פיגלי (Figley, 1995) תיאר שלושה סימפטומים של טראומה משנית המשותפים גם ל-PTSD: 1. חוויה מחדש של האירוע הטראומתי. 2. הימנעות מגירויים, המהווים תזכורת לטראומה, ו/או קהות חושים ביחס לגירויים אלו. 3. עוררות פיזיולוגית מתמשכת. למעשה, ניתן לומר כי חרף אי הבהירות שבהגדרת טראומה משנית, על ההפרעה לכלול מספר תסמינים המופיעים בקריטריונים B, C, ו-D מתוך האבחנה של PTSD (APA, 2000), בעוד שהדרישה המופיעה בקריטריון A, לנוכחות בפועל במקום האירוע, אינה מתמלאת.

מספר משתנים נמצאו כבעלי השפעה או כמגבירים את הסיכון להתפתחות טראומה משנית, ביניהם קרבה גיאוגרפית לאירוע הטראומתי, המהווה גורם משמעותי, כך שכל שהמרחק הגיאוגרפי למקום ההתרחשות קטן, עולה הסיכון להתפתחות סימפטומי הטראומה המשנית (Blanchard et al., 2004); חוקרים אחרים טענו כי תחושות סובייקטיביות של זמינות רגשית נתפסת, קירבה לקורבנות, תדירות החשיפה, מידת מעורבות ושביעות רצון מתמיכה חברתית, עשויות למתן את עוצמת הסימפטומים בעקבות חשיפה משנית לטראומה (Figley, 1986; Hyman, 2004).

טרור בישראל מופיע בתדירות גבוהה, ומשום כך, אנשים רבים נחשפים אליו באופן עקיף, לא מכוון ולא רצוני. על כן, פעולות טרור עלולות לגרום טראומה משנית דרך חשיפה באמצעי התקשורת.

1.2.1 טראומה משנית לאחר אירועי טרור

טרוריסט הנו תוצר של פעולה מכוונת שנגרמה בידי אדם. אלו אירועים בעלי אופי אלים, הכוללים שימוש בפצצות וכלי נשק שונים, כולל כאלה המיועדים להשמדה המונית, המסכנים חיי אדם, ואשר מותירים יחידים, משפחות ואוכלוסיות שלמות במצוקה רבה (Fullerton et al., 2003; Stamm, Higson-). (Smith & Hudnall, 2003).

קרלינסטן (Crelinsten, 1992) טען כי טרוריסט הינו איום המשלב שימוש באלימות, מתוכנן בסודיות ומבוצע בזדון ללא כל אזהרה מוקדמת, מכוון כנגד סדרה של מטרות, בניסיון לאלץ כניעה או מחויבות מצד סדרת מטרות שנייה, תוך זריעת פחד או יצירת רושם מאיים בקרב קהל רחב. בשל גרימתם המכוונת לכאב וסבל, מהווים אירועי טרור סוג של אלימות בין-אישית, ונחשבים לגורם דחק רגשי רב עוצמה ובעל השלכות חמורות, כגון התפתחות דיכאון חרדה ו-PTSD (Ursano, Fullerton, & Norwood, 2003).

מעיון בספרות המקצועית עולה כי אירועי טרור משפיעים לא רק על אנשים שנפגעו או שהיו קרובים למוקד הפגיעה בעת התרחשות האירוע, אלא גם על פרטים בקהילה שלא נכחו בו פיזית. כמו כן, נמצא כי השפעה זו עלולה להיות בעלת משמעות קלינית מרחיקת לכת (Slovic, 1994).

התקפות ה-11 בספטמבר אפשרו להעריך רמות מצוקה של אנשים, בעקבות אירוע טרור בקנה מידה גדול. בסקר לאומי מייצג, אשר נערך בארצות הברית כשבוע לאחר מתקפות הטרור של ה-11 בספטמבר, נמצא כי 44% מהנבדקים שלא נחשפו ישירות לאירועים עצמם, אלא דרך הטלוויזיה, דווחו על סימפטום טראומה משנית אחד או יותר ברמה גבוהה. 90% מהנבדקים דווחו על סימפטום אחד או יותר ברמה נמוכה. סימפטומים קליניים משמעותיים התגלו גם בקרב אנשים החיים במרחק רב ממקום המתקפות (Schuster et al., 2001; Ursano, 2002). מחקר אחר בדק את רמות החרדה בקרב אזרחים אמריקאים לאחר אירועי ה-11 לספטמבר. נמצא כי 82% מהנבדקים, חוו חרדה מהתקפות טרור עתידיות כחודש לאחר מתקפת הטרור. אחוז הנבדקים שחוו חרדה הלך ופחת ככל שחלף זמן מהמתקפה, ונמצא כי 6 חודשים לאחר מכן, 37.5% מהנבדקים עדיין דווחו על תחושות חרדה (Silver et al., 2002). מידת הקרבה הגיאוגרפית לאירועי טרור נמצאה כגורם סיכון לפיתוח סימפטומים של הפרעת טראומה משנית. לדוגמא, לאחר ה-11 בספטמבר נמדדו רמות גבוהות יותר של סימפטומי טראומה משנית בקרב תושבי מנהטן (Galea et al., 2002), ותלמידי מכללות בניו יורק (Blanchard et al., 2004), בהשוואה לאוכלוסיות באזורים מרוחקים יותר.

ההשפעה הפסיכולוגית של טרור בישראל, עשויה להיות שונה מזו שבארצות הברית. בעוד שהאמריקאים נחשפו בעוצמה גבוהה לטרור הבינלאומי ב-11 לספטמבר, 2001, ישראלים נחשפו אליו זמן רב קודם לכן, לעיתים על בסיס יומיומי (Mansdorf & Weinberg, 2003). במהלך 50 שנות קיומה של

המדינה, נחשפה החברה הישראלית לא רק לפעולות טרור חוזרות וקשות, אלא גם למלחמות (Shalev, 1996). בארבע השנים האחרונות גדל מספר הישראלים הסובלים מהפרעות נפשיות על רקע טראומה, בשל חשיפה מסיבית עקיפה להתקפות טרור. בעקבות כך, בסוף שנת 2002 בוצע מחקר שבדק תגובות ישראלים לטרור כתוצאה מאינתפאדת "אל-אקצה". נמצא כי 10% מהנבדקים סבלו מתמונה קלינית מלאה של הפרעת טראומה משנית, בעוד שבקרב 55% מהם נמצא לפחות סימפטום אחד או יותר של ההפרעה (Bleich, Gelkopf & Solomon, 2003). נתונים אלו הם ראשוניים וההערכות עדיין לא מדוייקות.

רק בשנים האחרונות, עם שינוי הגישה ביחס לקריטריון A של אבחנת PTSD, כלומר, ההבנה שלא רק האירוע הטראומטי משפיע, החלו לבדוק את גורמי פגיעותו של הפרט, תוך שימת דגש על התפקוד התגובתי-הסתגלולי לאירוע הטראומטי. מאחר וכך, ישנה חשיבות רבה בכל שלב של האבחנה למאפייני הדחק הטראומטי, למשאבים הפנימיים והחיצוניים העומדים לרשות הפרט ולדפוסי ההתמודדות שלו. אלה ישפיעו הן על עיצוב התגובות ההתנהגותיות והן על היעדים להתערבות (Shalev et al., 2002).

1.3 מודל הדחק

1.3.1 הערכת מצב דחק

מודל הדחק וההתמודדות של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984), מבחין בין תהליכי הערכה קוגניטיביים המתחלקים לשני שלבים: הערכה ראשונית והערכה שניונית. תהליכים אלה מצויים בבסיס תפיסת הדחק והתמודדות הפרט עמו: **הערכה ראשונית** מוגדרת כהערכת המצב במונחים של האם הוא רלבנטי לאדם, והאם משמעותו חיובית או שהוא נתפס כמצב דחק (סולומון ואחרים, 2004). תהליך זה מושפע משלוש קבוצות גורמים: 1. מאפייני המצב - כאשר המצב מוגדר כדחק, הוא מוערך כאובדן, איום או אתגר. מאפיינים נוספים המשפיעים על עוצמת הדחק הם: מידת מוכרתו, הסבירות להתרחשותו ומידת בהירותו. 2. נורמות תרבותיות - דרישות תפקיד, ערכים ומנהגים. 3. המבנה הפסיכולוגי של הפרט - גורמי מוטיבציה, אמונות לגבי העצמי, אוריינטציית שליטה, אינטליגנציה ונטיות התמודדות. **הערכה שניונית** הינה האומדן של אדם לגבי יכולת ההתמודדות שלו, יחד עם הערכת המשאבים האישיים שלרשותו. אומדנים אלו מהווים גורם מכריע ביכולת להתגבר על האיום, או ביכולת להסתגל לפגיעה/אובדן אשר התרחשה. הערכה שניונית מושפעת מעוצמת האיום או האובדן (המהווה תוצר של ההערכה הראשונית), מתפיסת יכולתו של הפרט לשלוט בסיטואציה הנתונה, וממשאבי ההתמודדות המצויים לרשותו (משאבים פיזיים, חברתיים, חומריים, פסיכולוגיים-אישיותיים). תהליכי ההערכה משפיעים על אופן התמודדות הפרט עם מקור הדחק (Folkman, 2001). הם גם עשויים לספק חלק מן ההסבר להבדלים ברמות פיתוח סימפטומי טראומה משנית, על רקע משתנים אישיותיים שונים.

1.3.2 התמודדות עם מצב דחק

מספר מודלים מרכזיים עוסקים בהתמודדות הפרט עם דחק. לזרוס ופולקמן הגדירו התמודדות כמאמצים קוגניטיביים והתנהגותיים הננקטים על ידי הפרט, לטיפול בדרישות הפנימיות והחיצוניות הניצבות בפניו, החשובות לרווחתו, כאשר דרישות אלו מהוות עומס על משאביו, בזמן שתגובה שגרתית אינה מספיקה (Lazarus & Folkman, 1984).

המודל של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984), מתווה שתי אסטרטגיות התמודדות עיקריות עם דחק: **א. התמודדות ממוקדת בעיה** - נועדה לתעל ולהפנות משאבים, על מנת להשתלט על או לפתור את הבעיה יוצרת הדחק. **ב. התמודדות ממוקדת רגש** - נועדה להקל על המתח המתעורר על ידי האיום, זאת במטרה לווסת, להפחית או להסיר את העוררות הרגשית הקשורה במצבי דחק. סביר להניח כי סגנון התמודדות אופטימאלי הנו זה המכיל את מגוון תגובות ההתמודדות הרחב ביותר שניתן, הכולל הן התמודדות ממוקדת בעיה והן התמודדות ממוקדת רגש (Zeidner & Ben-Zur, 1994).

מודל נוסף המציג אסטרטגיות התמודדות הוצע על-ידי קרבר ושותפיו (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). הם איתרו חמש עשרה אסטרטגיות התמודדות, שחלקן מסווגות כאסטרטגיה ממוקדת בעיה, הנחשבת ליעילה והסתגלותית, וחלקן אסטרטגיה ממוקדת רגש למשל, ביטוי רגשי או הימנעות, כאשר חלק מאסטרטגיות ההתמודדות השייכות לאסטרטגיה זו, נחשבות לפונקציונאליות ולעיתים מסייעות בפתרון בעיות, אך רובן נחשבות בלתי יעילות (Ben-Zur, 2002). תחת תחום האסטרטגיות הממוקדות בבעיה, כלולות: 1. התמודדות פעילה. 2. תכנון. 3. דיכוי פעולות מתחרות. 4. איפוק. 5. שימוש בתמיכה חברתית אינסטרומנטאלית. תחת תחום אסטרטגיות ההתמודדות הממוקדות ברגש, כלולות אסטרטגיות של ביטוי רגשי וקבלת המצב: 1. שימוש בתמיכה חברתית רגשית. 2. ראייה חיובית וצמיחה. 3. קבלת המצב. 4. מיקוד ברגש ושחרורו. 5. פנייה לדת. 6. שימוש בהומור. כמו כן ישנן אסטרטגיות התמודדות הממוקדות ברגש וקשורות להימנעות: 1. ניתוק התנהגותי. 2. ניתוק מחשבתי. 3. ניתוק באמצעות אלוהות וסמים. 4. הכחשה (Scheier, Carver & Bridges, 1994).

בהתייחס לעובדה כי יש אנשים המפתחים סימפטומים של טראומה משנית בעקבות חשיפתם העקיפה לאירוע טראומתי, בעוד שאחרים אינם מפתחים, ייתכן כי המבחין ביניהם הוא סוג האסטרטגיות ואופן השימוש בהן בעקבות חשיפה בלתי ישירה לאירוע.

1.3.3 התמודדות עם אירוע גורם דחק וטראומה משנית

עדויות מחקריות מצביעות על קיום קשר בין שימוש במנגנוני התמודדות לרווחה נפשית ולתפקוד תקין (Zeidner & Ben-Zur, 1994). לזרוס (Lazarus, 1982) גרס כי במצבי דחק, בהם תנאי הסביבה מוכתבים ואינם ניתנים לשליטה ושינוי (חולי קשה, טראומות ומשברים), שימוש במנגנוני התמודדות דמויי

הכחשה (אסטרטגיות התמודדות המנעותיות) עשוי להיות בעל ערך הסתגלותי רב. תהליך זה, כך נטען, עשוי להוביל להסתגלות טובה יותר של האדם המתמודד. מספר מחקרים מחזקים טענה זו. למשל, נמצא כי הכחשה של חומרת חולי של שיתוק אצל ילדם איפשרה להורים לתפקד טוב יותר מול ילדיהם (Davies, 1963). תהליכי התמודדות דמויי הכחשה במצבי חולי קשה הגורמים למוגבלות, הביאו להסתגלות, לתפקוד ולתוצאה חיובית גם בקרב חולי סרטן (Cobb et al., 1954) ונפגעי עמוד שדרה (Dinardo, 1971). כמו כן, נמצא כי אנשים שלקו בהתקף לב חריף והשתמשו במנגנוני התמודדות דמויי הכחשה, הפגינו אופטימיות רבה יותר, תפקדו היטב בעבודתם ובחיי המין שלהם וסבלו פחות מדיכאון וחרדה (Stern, 1976).

לעומת זאת, שימוש באסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש וממוקדות בעיה מהווה רכיב חשוב בהתמודדות עם אירועים טראומטיים (Foa, Skeketee & Rothbaum, 1989). עוד נטען כי הדרך בה אנשים מעבדים ומפרשים אירועי דחק ואת תוצאותיהם, עשויה להוות משתנה משמעותי בהתפתחות של PTSD (Hoeshe et al., 1996). מעט ידוע על מידת יעילותן של אסטרטגיות התמודדות שונות והקשר שלהן לסימפטומים של PTSD וטראומה משנית. יחד עם זאת, חוקרים מצאו כי יכולת התמודדות הינה הגורם המשמעותי ביותר התורם לרמת הטראומה העקיפה הנחווית וכי העדר יחסי של גורמי הגנה והתמודדות לעומת נוכחות של גורמי סיכון העלו את רמת הטראומה העקיפה (Young, 2000). בנוסף נמצא כי חלק מאסטרטגיות ההתמודדות יעילות פחות מאחרות בעיבוד מוצלח של אירועים טראומטיים (Clohessy & Ehlers, 1999). למשל, נמצא כי חיילים שלחמו בווייטנאם ואובחנו כסובלים מ-PTSD, השתמשו יותר באסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש לעומת חיילים שלחמו ולא אובחנו כסובלים מ-PTSD או כאלה שלא לחמו (Nezu & Carnevale, 1987). עוד נמצא כי לוחמים במלחמת וייטנאם שאובחנו כסובלים מ-PTSD וחיפשו אחר סיוע למצוקותיהם, השתמשו יותר באסטרטגיות ממוקדות רגש (לקיחת אחריות והאשמה עצמית), מאשר באלה הממוקדות בעיה (Blake, Cook, & Keane, 1992).

אסטרטגיות ההתמודדות הנפוצות בקרב אנשים אשר לא נכחו פיזית באירועי הטרור של ה-11 בספטמבר, ואשר לקו בטראומה משנית, נבדקו כשבוע לאחר המתקפה. האסטרטגיות שנמצאו הן: שיחה עם אנשים אחרים, פנייה לדת, השתתפות בפעילויות קבוצתיות, עיסוק בתרומה ועזרה לאחרים (Schuster et al., 2001). אסטרטגיות אלו נחשבות כממוקדות רגש, והן משמשות לויסות מצוקות רגשיות הקשורות לדחק (Lazarus & Folkman, 1984). עוד נמצא כי לאסטרטגיות הימנעות (למשל, הימנעות מצפייה בטלוויזיה), היו השפעות חיוביות על האנשים בטווח הקצר (Schuster et al., 2001).

חוקרים בישראל בדקו את אסטרטגיות ההתמודדות הנפוצות ביותר להתמודדות עם טראומה משנית. אסטרטגיות ההתמודדות היו חיפוש אחר בני משפחה או חברים מיד לאחר התקפת הטרור, וכן

חיפוש אחר תמיכה חברתית רגשית ואינסטרומנטאלית. במונחים אמפיריים, 83% נתמכו על ידי האנשים הקרובים להם ביותר, 80% נתמכו על ידי משפחותיהם וחבריהם, 74.8% בודדו עצמם מבחינה רגשית, 59.8% שאבו כוחות מהדת או ממקורות אמונה אחרים ו-50.6% השתמשו בהומור כמנגנון התמודדות (Bleich et al., 2003).

החשיפה העקיפה לאירועי טרור יכולה להתרחש בדרכים שונות. דרך אחת היא אמצעי התקשורת השונים, המהווים צינור לתיעודם ולהעברתם. על בסיס תפיסה זו, הוקדשה תשומת לב מיוחדת למחקרים הבודקים קיום קשרי גומלין בין הטרור למדיה. קשרים אלו נמצאו מזינים זה את זה ומגבירים את השפעתו התקשורתית של הטרור והשלכותיו, לרבות פיתוח סימפטומים של הפרעת טראומה משנית (Schuster et al., 2001).

1.4 חשיפה משנית לטרור באמצעות התקשורת

אמצעי התקשורת המכונים גם "מדיה", מוגדרים כמושג כללי, אשר משמעותו היא כל שיטות או ערוצי האינפורמציה והבידור. תקשורת ההמונים כוללת עיתונים, רדיו, טלוויזיה (Wilkinson, 1997) וכן, שימוש בהעברת מידע ועדכוני חדשות ברשת האינטרנט (Swenson & Johnson, 2003). שאיפתם של אמצעי התקשורת היא הבאת תיאורים אותנטיים, קרוב ככל הניתן לזמן התרחשות האירועים (Wilkinson, 1997). נוסף לטלוויזיה, המהווה את המדיה העיקרית לעדכוני חדשות, ניתן להתעדכן במידע מקוון דרך רשת האינטרנט. מספר תכונות המאפיינות את רשת האינטרנט (הנגישות הפשוטה והקלה אליה, הגישה לכל מקום בעולם) מספקות לארגוני הטרור ולאנשי התקשורת זירה קלה ואפקטיבית לפעולה (Tsfati & Weimann, 2002). ברשת עצמה מוצגים כיום למעלה משלושה מליון קישורים למונח "טרורזים" (Swenson & Johnson, 2003). מכאן נראה, כי קיימת סבירות שבעת כניסתם של אנשים ועבודתם ברשת ובודאי אנשים הנכנסים באופן מכוון, הם יחשפו למראות טראגיים ולדיווחים העוסקים בטרור, וכן לעדויות מרגשות ומידע מטריד אחר. מספר חוקרים (Kingston, 1995; Wilkinson, 1997) תיארו את הקשר בין הטרור והמדיה, כמערכת יחסים סימביוטית: ארגוני הטרור משתמשים במדיה להעברת מסרים פוליטיים לקהל היעד שלה, ובאותה העת, מספקים חדשות מרתקות לאמצעי התקשורת (Nacos, 1994). בבעלות חלק מארגוני הטרור אתרי אינטרנט, תחנות רדיו וטלוויזיה, דרכם הם מעבירים אינפורמציה, מסרים פנים ארגוניים ופוליטיים, גיוס תרומות ומתנדבים (Zanini & Edwards, 2001).

ניתן להמחיש את הסימביוזה טרור-מדיה דרך אירועי ה-11/9, בהם חווה הציבור האמריקאי טראומה קשה, משום שאנשים רבים המרוחקים ממקום הפיגוע, חוו אירוע זה כאילו היו חלק מכל המתרחש באמצעות צפייה בשידורי הטלוויזיה בזמן אמת. כתוצאה מכך, סיקורי התקשורת האמריקאית

ואספקת מידע חדשותי אודות האירועים, לא רק פעפעו לתוך החברה והתרבות האמריקאים, אלא גם העלו את המודעות לקונפליקט מול האסלאם (Chermak, 2003). השפעתה המשמעותית של המדיה התגלתה לאור ההבנה כי אנשים אשר לא נכחו פיזית במקום התרחשות האירוע, הושפעו ממנו וחלקם אף פיתחו סימפטומים של טראומה משנית (Figley, 1983). מחקרים רבים המחישו את השפעתם של שידורי טלוויזיה בנושא הטרור על הצופים: מבין צופי מהדורות חדשות טלוויזיוניות, שסיקרו את אירועי הטרור ב-11/9, 44% דווחו על סימפטום טראומה משנית בולט אחד או יותר (Schuster et al., 2001). מחקר אחר בדק את ההשפעה של חשיפה עקיפה 3 חודשים לאחר אירועי ה-11/9, בקרב אוכלוסיה אקדמית שכללה בין השאר סטודנטים, אנשי סגל ומנהלה. 76% מתוכם דווחו על סימפטום טראומה משנית אחד או יותר ואצל 32% התגלו 3 סימפטומים ומעלה, כאשר סוגי הסימפטומים הבולטים היו הימנעות ועוררות יתר (Swenson & Johnson, 2003). עוד נמצא כי חדשות המסקרות אירועי טרור גורמות לאנשים תחושות פחד וערעור סכמות יסוד כגון, העולם אינו מקום בטוח (Klein, 2003). תגובותיהם של ילדים בעקבות הצפייה במשדרי טלוויזיה בהם נראו פיצוצים, נמצאה אף היא קשורה בפיתוח סימפטומי טראומה משנית (Bates, 2001). לא רק סיקורים טלוויזיוניים של טרור עשויים להיות קשורים לפיתוח סימפטומי טראומה משנית מאחר ונמצא קשר בין אמצעי תקשורת נוספים המסקרים אירועי טרור להתפתחות סימפטומים אלו. למשל, מתוך קבוצת ילדים בגיל 5-11 שנים, שנחשפו לאירועי ה-11/9 דרך טלוויזיה, אינטרנט והמדיה הכתובה, אלו שנחשפו לאירועים דרך האינטרנט פיתחו מספר רב יותר של סימפטומי טראומה משנית (Saylor et al., 2003). ממצא זה מציע כי ייתכן שלאינטרנט השפעה בעלת עוצמה רבה מזו של הטלוויזיה בפיתוח סימפטומים אלו בקרב צעירים.

מרבית האוכלוסייה בישראל לא נכחה פיזית באירועי טרור, אך למרות זאת, חוותה אותם בדרך עקיפה בקול, בתמונות ובמידע מדובר וכתוב דרך אמצעי התקשורת השונים: טלוויזיה, אינטרנט ורדיו. השפעת החשיפה לאירועי הטרור בישראל נבדקה בתחילת שנת 1998, זמן קצר לאחר שהציבור הישראלי נחשף לסדרת פיגועים קשה (Keinan et al., 2003). תוצאות המחקר מצביעות על קשר בין חשיפה תקשורתית דרך הטלוויזיה למראות זועה של פיגועים ופיתוח סימפטומים של טראומה משנית: הנבדקים דיווחו על העלאת זיכרונות חוזרת ונשנית הקשורה בפיגוע בעקבות הסיקור הטלוויזיוני של אירוע זה. כמו כן, בעקבות סיקור אירועי הטרור, הורים דיווחו כי ילדיהם היו עסוקים באופן תדיר בדיבור, משחק וציור הקשורים לתכנים שנצפו, וכי ילדיהם סבלו מהפרעות בשינה או קשיים בהירדמות. ממצאי מחקרה של סלוואן (Slone, 2000), הצביעו אף הם על כך כי סיקור תקשורתי של מתקפות טרור בישראל, הוביל לרמות מוגברות של תחושות חרדה בקרב מבוגרים ישראלים שלא נחשפו למתקפות באופן ישיר.

האינטרנט וה-SMS הן מדיות אלקטרוניות מודרניות ואינטראקטיביות אשר השימוש בהן הולך וגדל. משום כך, ניתן להניח כי חשיבותם והשפעתם על אוכלוסיית המשתמשים בהם, הולכות וגדלות. לרשת האינטרנט השפעה עצומה על החברה בעולם, בעיקר לאור ההתייחסות להשפעת עדכוני החדשות המשתנים מיידית On-line (Deuze, 2003). על פי נתוני ארגון הטלקומוניקציה העולמי, השימוש באינטרנט וב-SMS באמצעות הטלפון הסלולארי, התרחב בשנים האחרונות (ITU, 2004). זאת משום שדרכי התקשרות אלו הן נוחות, זולות, מהירות ואינטראקטיביות. ה-SMS מאפשר קבלת עדכוני תנועה, חדשות וכדומה (Teo & Heong Pok, 2003).

מחקר עדכני על אוכלוסיית משתמשי האינטרנט וה-SMS בסינגפור, חשף כי חתך הגיל של משתתפי המחקר, היה בין 20 ל-29 שנים, רובם גברים. רמת ההשכלה הממוצעת של רוב המשיבים נעה בין בוגרי קולג' לבעלי דיפלומה אקדמית כלשהי. רובם היו סטודנטים או בעלי מקצוע העובדים בתחומים וברשותם טלפון סלולארי ומחשב אישי. אנשים משתמשים באינטרנט ליצירת תקשורת עם אחרים, קבלת עדכוני חדשות שוטפים וקניית מוצרים. אותם אנשים נוטים להשתמש בשירות ה-SMS, כדי להתעדכן בחדשות, ולתקשר עם אחרים דרך כתיבת וקבלת מסרים רשומים (Teo & Heong Pok, 2003).

על פי נוהל-לויץ (Noel-Levitz, 2002) סטודנטים באוניברסיטה או בקולג' נחשפים לדיווחים אודות טרור לא רק דרך אמצעי התקשורת, אלא גם דרך קורסים המעלים תכנים המיוחסים לטרור, ונדרשים להראות בקיאות בתחום האקטואליה, לנקוט עמדה בעד/נגד פעילות מלחמתית וכן, חשופים ליוזמות אוניברסיטאיות בתחום ולהעלאת רמת האבטחה בקמפוס.

המחקר העכשווי מצביע על קיום משתנים דמוגרפיים כגון מגדר, מוצא ומשתנים אישיותיים כגון סובלנות לעמימות, אשר עשויים להעלות את הסבירות ללקות בסימפטומי טראומה משנית, כתוצאה מחשיפה עקיפה לאירועים קשים.

1.5 גורמים בהתפתחות טראומה משנית

1.5.1 גורמי סיכון דמוגרפיים

הדעה כי קיים קשר בין מגדר לפיתוח סימפטומי PTSD מקובלת כיום במחקר (Frans, 2003). במקרים רבים נמצא כי נשים נוטות לפתח מספר רב יותר של סימפטומי PTSD יחסית לגברים (Amir & Sol, 1999) וכי אחוז גבוה יותר של נשים ביחס לגברים, סובל מסימפטומים אלה בעקבות חשיפה לאירוע טראומתי (Breslau et al., 1999; Davidson, 2000; Perkonig, 2000; Roseman, 2002; Purves & Erwin, 1999; Saxe & Wolf, 2002). יחד עם זאת נמצא, כי אחוז גבוה יותר של גברים נחשפים לאירועי טרור (סולומון ואחרים, 2004), מלחמה וקרוב (Breslau, 2001). סימפטומי ה-PTSD היו חמורים וארוכים יותר

בקרב נשים, באירועים אשר הינם תוצאה של תכנון מוקדם (טרור, אלימות ופשעים אחרים) (Yehuda, 2003). גם בטרומות שאינן על רקע של פגיעה זדונית, כמו תאונות דרכים, נמצא כי נשים סבלו פי 4.6 מסימפטומי PTSD ביחס לגברים (Fullerton et al., 2001). ניסיונות למתן הסבר לאחוז הסימפטומים הגבוה בקרב נשים גרסו כי נשים נוטות לתפוס גורמי דחק ספציפיים כמאיימים יותר (Bar-Tal, Lurie & Glick, 1994) או כי הן מעריכות את יכולת ההתמודדות שלהן כיעילה פחות משל גברים (Benight & Harper, 2002). לעומת מחקרים אלה, במחקרו של רוזמן (Roseman, 2002), לא נמצא כלל קשר בין מגדר לבין הופעת PTSD. הסבר אפשרי לכך הוא, כי אירוע טראומתי על רקע טרור, דומה במשמעותו לתאונת דרכים או אסון טבע בקרב שני בני המינים במונחים של אקראיותם (דאי, 2003).

בהתאם לממצאים בדבר שוני בתגובות ה-PTSD על רקע מגדרי, נראה כי השילוב בין חשיפה עקיפה לאירוע טראומתי על רקע טרוריסטי ומגדר, עשוי להביא לתוצאות חמורות יחסית, כך שגדלה הסבירות כי נשים ילקו במספר רב של סימפטומי טראומה משנית בהשוואה לגברים. חוקרים בדקו התפלגות ומתאמים של טראומה משנית ודיכאון בקרב אוכלוסיית תושבי מנהטן, 5-8 שבועות לאחר פיגועי 11 בספטמבר. הם מצאו כי הנשים לקו בסימפטומים של טראומה משנית פי שתיים יותר מאשר הגברים (Galea et al., 2002). ממצאים מחקריים מראים כי יותר נשים מפתחות סימפטומי טראומה משנית, גם כאשר הן נחשפות באופן עקיף לאירוע טראומתי אלים. קליין (Klein, 2003), מצא כי נשים נטו יותר לכבות את הטלוויזיה ולחוש חרדה בעקבות הצגת אירועים אלימים, ותכני מהדורת החדשות גרמו להן לחוש חרדה. לעומתן, גברים נטו להמשיך ולצפות בסיקורים של אירועי אלימות.

סקר טלפוני שנערך בישראל, מצא כי אחוז הנשים הישראליות הסובלות מסימפטומים של טראומה משנית בעקבות אירוע טרור, גבוה פי חמש וחצי מאשר גברים (Bleich et al., 2003), וכי תגובותיהן לסיקור טלוויזיוני של פיגועים בישראל הצביעו על סימפטומים של טראומה משנית (Keinan et al., 2003), ורמות חרדה גבוהות יותר, ביחס לאלו של גברים (Slone, 2000).

קבוצות אתניות ומיעוטים עשויים אף הם להוות קבוצה בסיכון משמעותי בפיתוח סימפטומי טראומה משנית, כתגובה לחשיפה לאירועים קשים. מיעוט חייב להיות קבוצה לא דומיננטית, שחבריה הם בעלי מאפיינים אתניים, דתיים או שפתיים, השונים מהאוכלוסייה הדומיננטית. חברי קבוצה זו, מראים בדרך כלל תחושת סולידאריות בכוונה לשמור על תרבותם, מסורתם, דתם או שפתם (Capotori, 1979). לאחר אירוע ה-11 בספטמבר, נמצאו הבדלים מובהקים בתגובות הדחק בין קבוצות אתניות שונות (לבנים ולא לבנים) בארצות הברית (Schuster et al., 2001). סקר שנערך בקרב תושבי מנהטן, 5-8 שבועות לאחר אירועי ה-11 בספטמבר, מצא רמות נמוכות יחסית של סימפטומי טראומה משנית בקרב לבנים ואסיאתיים לעומת שיעור גבוה יותר בקרב שחורים, היספאנים ובני מיעוטים אחרים (Galea et al., 2002).

הפרעת טראומה משנית נבדקה בקרב חמש קבוצות אתניות שונות של פליטים, החיות בארצות הברית, אשר חוו טראומה קודמת בארץ מולדתם. לנבדקים הוקרנו צילומי טלוויזיה מאירועי ה-11 בספטמבר. מסקנת החוקרים היתה כי להחייאה מחדש של טראומה בקרב מיעוטים אתניים, יש השפעה קלינית משמעותית יותר על הרגשות והתפקוד התקין מאשר לאלו שאינם פליטים (Kinsie et al., 2002).

מדינת ישראל מתאפיינת בגיוון תרבותי, הנובע מגלי עלייה מאסיביים ומיעוטים החיים בה. לרוב היהודי (77% מכלל תושבי ישראל), נוספות מספר קבוצות מיעוטים, רובן ערביות (למ"ס, 2004). המיעוט הערבי שונה מהרוב היהודי במספר פרמטרים סוציו-תרבותיים: שפה, דת, אוריינטציה תרבותית, מבנה המשפחה, סטאטוס חברתי, אוריינטציה פוליטית ולאומיות (Zeidner, 1992). הסכסוך הישראלי-ערבי יצר בעיות חברתיות ופסיכולוגיות (Ben-Ari & Pines, 2002) ולמרות שלאוכלוסיה זו אזרחות ישראלית, היא מופלית לרעה וחשה אמביוולנטיות ביחס לזהותה הלאומית (Barak & Golan, 2000). מחקרים שנערכו בישראל, גילו כי סטודנטים ערבים סבלו מרמות גבוהות של דחק בתחום האקדמי, האישי, החברתי והתרבותי יחסית לעמיתיהם היהודים (Ben-Ari & Pines, 2002; Zeidner, 1992). מחקר נוסף מצא כי במדדי רווחה נפשית, סטודנטים ערביים חשים מצוקה נפשית רבה יותר ביחס לעמיתיהם היהודים (Ben-Ari & Gil, 2004). לאחרונה, דווח על מחקר שהשווה שכיחות סימפטומי טראומה משנית בעקבות אירועי טרור, בין 6 אוכלוסיות ילדים בישראל (מרכז ירושלים, שכונת גילה-ירושלים, אפרת, גוש קטיף, ערבים ישראלים וערבים פלסטיניים). ראיות לסימפטומים אלו נתגלו בקרב 70.2% מהערבים הפלסטיניים, ו-50.2% מהערבים הישראלים. אחוזי הסימפטומים בקרב האוכלוסייה היהודית היו נמוכים בהרבה. סימפטומי הטרומה המשנית שהתגלו, קושרו למשתנים אישיותיים, דתיים, תרבותיים ולאמונה אידיאולוגית (Tyano, 2003).

נוסף למשתנים הדמוגרפיים, סובלנות לעמימות (Tolerance of Ambiguity) הינו משתנה אישיותי שנבדק לאחרונה בהקשרים רבים (אורן, 2002), אולם עדיין לא נבדק האם הוא מהווה גורם סיכון לפיתוח טראומה משנית.

1.5.2 סובלנות לעמימות

הסובלנות למצבי אי-ודאות, המכונה גם סובלנות לעמימות הינו משתנה אישיותי שזוהה לראשונה על ידי Budner (1962). באמצעותו ניתן לנסות ולהעריך את נטייתו של אדם להתייחס למצבים עמומים, לא מוכרים ומורכבים, כמאיימים, או כמושכים, רצויים ומאתגרים (Geller et al., 1993). בדנר (Budner, 1962) התייחס ליכולת זו כאל נעה על רצף, בין מידה נמוכה לגבוהה של יכולת לסובלנות לעמימות. מצב עמום הוא מצב המאופיין בחידוש, מורכבות, או מצב שאינו ניתן לפתרון. במצב כזה ניתן לזהות שתי

רמות: הרמה בה הפרט תופס ומעריך את הסיטואציה והרמה של התגובה עצמה. מחקרים בעולם העבודה קשרו בין סובלנות נמוכה לעמימות, לבין הימנעות מסיכון ובעיקר סיכון בהפסד (Johanson, 2000).

חוסר סובלנות לעמימות קושר עם מספר גורמים הקשורים לחרדה, כולל דאגה (Dugas, Gosselin, 2001 & Ladouceur). חרדה בהגדרתה הקלאסית היא החשש הדיפוזי מפני משהו רע בעתיד. ניתן להעלות את הטענה כי במצב עמום מתעורר חשש כזה ולכן, מידת החרדה בה יחוש אדם תהיה גבוהה יותר. מכאן ניתן לטעון כי ככל שאדם יותר חרד, הוא יימנע יותר ממצבים עמומים (אורן, 2002).

עמימות ואי וודאות לחיי בן משפחה שנעדר באירועי ה-11/9, נמצאה כגורמת למצוקה נפשית (Boss et al., 2003). פרט לכך, לא נמצאו מאמרים נוספים אשר בדקו את טיב הקשרים בין פיגועים, טראומה, טראומה משנית, אמצעי התקשורת וסובלנות לעמימות.

1.5.3 תחושת שליטה (Mastery)

תחושת שליטה כוללת את אמונתו ותפיסתו של היחיד כי יש בידו לשלוט על המתרחש בסיטואציה נתונה (Ben-Zur, 2003; Mizell, 1999; Turner & Butler, 2003). יש המתייחסים למונח כאל משאב אישיותי פנימי המשפיע על תפיסת הסיטואציה ועל אופני ההתמודדות שיופעלו (Turner & Butler, 2003).

בהתאמה להגדרה זו, אינדיבידואלים עם רמת שליטה גבוהה עשויים להתמודד בהצלחה רבה יותר עם מצבי דחק בשל אמונתם שביכולתם לפתור בעיות ביעילות. מספר מחקרים בדקו כיצד תחושת שליטה מסייעת לעמידות במצבי דחק (Pearlin, Lieberman, Menaghan & Mullan, 1981). ואכן, נמצא כי אנשים בעלי רמות גבוהות של תחושת שליטה הציגו רמות נמוכות של מצוקה נפשית (Rosenfield, 1989) הן בשל היכולת לטפל באופן מעשי במצב הדחק והן בשל היכולת להימנע ממצבי דחק. יחידים עם תחושת שליטה נמוכה עלולים להציג רמות גבוהות של מצוקה משום שהם משייכים בעיות או את המקור של מצב הדחק לגורמים חיצוניים שמעבר לשליטתם או השפעתם (Turner & Butler, 2003). יש הגורסים כי לתחושת שליטה ערך פוטנציאלי רב בתרבות האמריקאית והאירופית, כיוון שהיא נחשבת כדרך עקבית להתמודדות עם אתגרים משמעותיים בחיים ומצבי דחק (Jackson, McKenzie, & Hobfoll, 2000).

קיימת סיבה מוצדקת להאמין כי חשיפה חוזרת ונשנית לאירועים טראומטיים ולמצבים כרוניים גורמי דחק, עלולים לשחוק את תחושת השליטה מתוך הבנה כי אין ביכולתם לברוח או לשנות מצבים בלתי רצויים בחייהם (Pearlin et al., 1981). יחידים בעלי תחושת שליטה נמוכה הראו קושי ליזום ולהתמיד בהשקעת מאמץ כדי לשנות או להימנע ממצבים עתידיים בעייתיים (Turner & Butler, 2003).

בהתייחסות למודל הדחק, הועלתה סבירות גבוהה כי תחושת השליטה תושפע ממצבי מתח כרוניים בשל הישנותם והקושי לשנותם (Pearlin et al., 1981). כמו כן, נמצא כי למשאבים פנימיים, ובמיוחד לתחושת

שליטה יש השפעה מועילה על בריאות נפשית, כך שככל שרמת תחושת השליטה הנמדדת גבוהה יותר, כך עולה רמת הבריאות הנפשית (Bovier, Chamot & Perneger, 2004). מחקרים נוספים מצאו כי קיימת סבירות גבוהה לקיום קשר חיובי בין היכולת להשגת תחושת שליטה מעבר לסיטואציה ובכלל זה תפיסת אירוע כמצוי תחת שליטה ליכולת הסתגלות (Conger, Jewsbury-Conger, Matthews, & Elder, 1999; Taylors, 1983).

1.5.4 אופטימיות

בשני העשורים האחרונים ניתנה תשומת לב מחקרית לתפקידה ההגנתי של האופטימיות במצבי מצוקה ודחק (Ai, Evans-Campbell, Santangelo & Cascio, 2006). נטייה לאופטימיות נחשבת למאפיין אישיותי יציב יחסית לאורך זמן, המוכלל מעבר למגוון סיטואציות (Thuen & Rise, 2006). היא מוגדרת כציפיות להשגת תוצאות חיוביות בעתיד, חרף התעמתות עם מכשולים וקשיים נוכחיים לאורך כל מהלך החיים (Scheier & Carver, 1985; 1992), בעוד שציפיות אלה מניבות בדרך-כלל רגשות חיוביים (Scheier, Carver, & Bridges, 2001). בעת חווית מצוקה, אנשים המאופיינים אופטימיים מראים נטייה גבוהה יותר בשאיפתם להשגת מטרותיהם ונכנעים פחות ביחס לאחרים (Carver, Spencer & Scheier, 1998).

מספר מחקרים מצאו קשרים בין אופטימיות ובין הישגים בתחום ההתנהגותי, ובמצב הנפשי והבריאותי (Chang, 2001; Peterson, 2000). למשל, אופטימיות נמצאה קשורה להישגיות המקנה תחושת שליטה (Peterson & Park, 1998), לתחושת רווחה גופנית (Scheier & Carver, 1987; Segerstrom, Taylor, 1998), ולהפחתת הפרעת מצב רוח בתגובה לאירועי דחק במהלך החיים (Scheier, Kemeny, & Fahey, 1998). חוקרים אחרים הצביעו על קשרים בין אופטימיות והסתגלות, הצלחה בפתרון בעיות (Carver et al., 1998; Peterson & Bossio, 2001; Scheier et al., 2001) וכן הצלחה בתחום הלימודי והתעסוקתי (Peterson, 2000). כמו כן, נמצא כי אופטימיות הינה חזאי מובהק למספר אספקטים סובייקטיביים של רווחה נפשית (Eid & Diener, 2004). מחקרים אחרים הצביעו על קשר שלילי בין אופטימיות לסימפטומטולוגיה דיכאונית הן באוכלוסייה הכללית (Vickers & Vogeltanz, 2000) והן באוכלוסיות המוכרות כסובלות ממחלות כרוניות, כגון מחלות לב וכלי דם (Shnek et al., 2001).

בהתאם למודל הויסות העצמי של קארבר ושייר (Carver and Scheier, 1981; 1999), סביר יותר כי אנשים אופטימיים ינידו מאמצים של התמודדות פעילה כדי להתמודד עם מצבי דחק, בעוד שסביר יותר כי אנשים המאופיינים כפסימיים לא ינתקו מגע מסיטואציות של דחק. לכן, בעת עימות עם מצבי מצוקה, אנשים אופטימיים נוטים לאמץ עמדה של ביטחון והתמדה בעוד שפסימיים נוטים להטיל ספק ולהביע היסוס (Carver & Scheier, 2002). כמו כן, גורס המודל כי במצבי דחק אנשים אופטימיים נוטים להשתמש

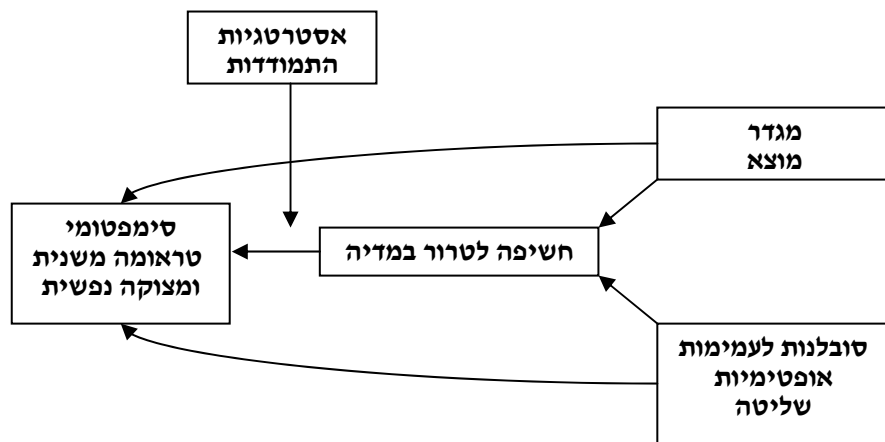
יותר באסטרטגיות התמודדות ממוקדות בעיה, אשר להן ערך סתגלני רב (Brissette, Scheier & Carver, 1996), ופחות באסטרטגיות התמודדות נמנעות (Carver et al., 1993). יתר על כן, אנשים אופטימיים נוטים לפעול במספר רב יותר של דרכי ויסות רגשי יעילות, ועובדה זו תורמת לרמתם התפקודית הגבוהה באופן יחסי (Taylor & Armor, 1996) ולבריאותם הנפשית (Scheier & Carver, 1985). נטייה לאופטימיות תורמת אף לחשיבה בונה והשלמה עם מצבים בלתי נשלטים, תוך יכולת התמדה במטרה (Aspinwall, Richter, & Hoffman, 2001). משום כך, נקודת מבט אופטימית מסייעת בהנעה, תחזוקה ושימור כוח הסבל של הפרט, וזה מביא לשיפור בהתמודדותו עם מצבי משבר (Ai et al., 2006) ודחק (Scheier, Carver, & Bridges, 2001). מחקר עדכני (Ai et al., 2006) בדק את השפעת מתקפות הטרור של ה-11/9 על סטודנטים אמריקאים לתואר ראשון וסטודנטים בעלי תואר ראשון הלומדים עבודה סוציאלית (בוושינגטון, פנסילבניה ונבאדה), ואת תפקיד האופטימיות במצב של מצוקה פוסט טראומטית. הממצאים הצביעו על קשר שלילי בין אופטימיות לבין דרוג סימפטומי PTSD.

1.6. מודל המחקר

המודל המנחה את המחקר הנוכחי מסתמך על שילוב בין מודל הערכת הדחק וההתמודדות של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984), וחשיפה עקיפה לטראומה (Figley, 1983; 1988; 1995). מתוך הרקע המדעי עולה, כי משתנים כגון רמת החשיפה לאירוע טראומתי דרך אמצעי התקשורת (טלוויזיה, אינטרנט ו-SMS) סוג אסטרטגיות ההתמודדות, מגדר, מוצא אתני, סובלנות לעמימות, אופטימיות ושליטה, עלולים להוות גורמים מרכזיים בפיתוח סימפטומים והפרעת טראומה משנית (Figley, 1983). תוך כדי חשיפה באופן עקיף לגורמי דחק (כגון טרור) דרך אמצעי התקשורת, אנשים נוטים להשתמש באסטרטגיות התמודדות שונות, בניסיון להמשיך ולתפקד באופן תקין (Bleich et al., 2003). על פי מודל המחקר, בזמן הצפייה עצמה, אותם אנשים בוחרים האם ובאילו אסטרטגיות התמודדות עליהם להשתמש. בספרות המחקרית נמצא כי חלק מאסטרטגיות אלה נמצאו כיעילות וחלקן כיעילות פחות או לא יעילות כלל, במניעת התפתחות סימפטומי PTSD (Zeidner & Ben-Zur, 1994). לזרוס דיווח למשל, על מספר מחקרים שהצביעו על כך ששימוש במנגנוני התמודדות דמויי הכחשה (אסטרטגיות ההתמודדות הימנעותיות) במצבי דחק, משבר וחולי חמור, נמצא קשור להסתגלות טובה יותר (Lazarus, 1982). לפי ממצאים אלו, הימנעות או הכחשה עשויות להועיל לאדם להתמודד באופן טוב יותר כאשר נחשף לאירוע טרור במדיה.

בהתאם לסקירת הספרות, עדיין לא נבדק הקשר בין רמת חשיפה לאירועי טרור דרך אמצעי תקשורת דוגמת טלוויזיה, אינטרנט ו-SMS, לפיתוח סימפטומים של הפרעת טראומה משנית, בקרב אוכלוסיות שונות. המחקר הנוכחי יתמקד באוכלוסיית סטודנטים, תוך התייחסות למשתני רקע דמוגרפיים (מוצא, לאום ומגדר) ומשתנים אישיותיים (סובלנות לעמימות, אופטימיות ושליטה), כגורמים העשויים להגביר או להפחית את הסיכוי לפתח סימפטומים של הפרעת טראומה משנית. כמו כן, יבדוק המחקר אילו מבין אסטרטגיות ההתמודדות יעילות במניעה של הופעת סימפטומים של טראומה משנית, ואילו פחות או אינן יעילות. להלן הצגת המודל:

תרשים מספר 1: מודל המחקר



1.7. השערות המחקר

1. יימצא קשר חיובי בין חשיפה לאירועי טרור באמצעות מדיה, לבין סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית.
2. בקרב סטודנטיות רמת סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית יהיו גבוהים יותר מאשר בקרב סטודנטים.
3. בקרב סטודנטים לא יהודים רמת סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית יהיו גבוהים יותר מאשר בקרב סטודנטים יהודים.
4. יימצא קשר שלילי בין סובלנות לעמימות, אופטימיות ושליטה לסימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית.
5. א. רמת החשיפה למדיה תהיה גבוהה יותר בקרב סטודנטים גברים לעומת נשים.
 ב. רמת החשיפה למדיה תהיה גבוהה יותר בקרב סטודנטים יהודים לעומת לא יהודים.
 ג. רמת החשיפה למדיה תהיה גבוהה יותר בקרב סטודנטים שרמת סובלנותם לעמימות נמוכה.

6. אסטרטגיות התמודדות יווסתו את הקשר שבין חשיפה למדיה ופיתוח סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית: א. שימוש באסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש יגביר סימפטומים בעקבות חשיפה מוגברת לאירועי טרור במדיה. ב. שימוש באסטרטגיות התמודדות של הימנעות יפחית סימפטומים בעקבות חשיפה מוגברת לאירועי טרור במדיה.

2. שיטה

2.1 נבדקים

מתוך 241 סטודנטים מאוניברסיטת חיפה, 203 סטודנטים (84%), 41 גברים (20%) ו-162 נשים (80%), הלומדים בקורסים שונים, הסכימו להשתתף במחקר. 38 סטודנטים (16%) סירבו מסיבות שונות (חוסר זמן) להשתתף במחקר. במילוי השאלונים למחקר השתתפו סטודנטים הלומדים במסגרת לימודי תואר ראשון בחוגים: שירותי אנוש (בקורס: מבוא לפסיכולוגיה; n=137), הוראה (קורס שילוב הילד החרג בכיתה הרגילה; n=13) ופסיכולוגיה (קורס פסיכולוגיה אבנורמלית; n=33), וסטודנטים הלומדים במסגרת התואר השני בחוגים: חינוך (קורס חינוך והכנה לחיים של המבוגר החרגי; n=11), ובית הספר לעבודה סוציאלית (קורס התערבות בקרב נפגעי טראומה; n=9). טווח גילאי הנבדקים נע בין 19 ל-42 שנים והגיל הממוצע היה 23.9 שנים (SD=3.86). מתוך 203 המשתתפים במחקר 73.4% הנם ילידי ישראל, ו-85.7% הנם יהודים. בטבלה מספר 2.1 מוצגים נתוני רקע אודות הנבדקים:

טבלה מספר 2.1: נתוני רקע של המשתתפים במחקר (n=203)

מאפייני הנבדקים	ממוצע	סטיית תקן
גיל	23.9	3.86
מצב כלכלי	3.81 (בינוני ומעלה)	0.93
השכלת אב	3.09 (על תיכונית)	0.95
מספר אחים ואחיות	2.12	1.42
מאפייני הנבדקים	שכיחות	אחוזים
גברים	40	19.7
נשים	159	78.3
יליד ישראל	149	73.4
אינו יליד ישראל	53	26.1
לא השיבו	1	0.5
יהודי	174	85.7
לא יהודי	28	13.8
לא השיבו	1	0.5
אורתודוקסי מאד	3	1.5
דתי - מסורתי	42	20.7
חילוני	157	77.3
לא השיבו	1	0.5
שירת בצבא	156	76.8
לא שירת בצבא	39	19.2
ביצע שירות לאומי	8	3.9
לא השיבו	0	0

2.2 כלים

בטבלה מספר 2.2 מוצג ריכוז הנתונים הפסיכומטריים של הכלים והסולמות בהם נעשה שימוש

לצורך המחקר הנוכחי.

2.2.1 שאלון לבדיקת סובלנות לעמימות (סל"ע) - שאלון לדיווח עצמי שפותח על ידי Budner (1962) ותורגם לעברית בשיטת התרגום החוזר (אורן, 2002). הכלי מכיל 16 פריטים (8 הפריטים הראשונים הפוכים בכוונם). בכל אחד מהפריטים מתבקש הנבדק לדרג את מידת הסכמתו על סולם ליקרט בן שבע דרגות: 1=לא מסכים ועד 7=מסכים מאוד. הציון הכולל הנו חיבור של הדרוגים בכל 16 הפריטים והוא נע בין 16 ל-112, כך שככל שהציון גבוה יותר מידת סובלנותו של המשתתף לעמימות גבוהה יותר. בגרסה העברית של השאלון, המהימנות הפנימית הינה בינונית ($\alpha=0.63$) לאחר הורדת פריט מספר 13, שתרם שלילית למהימנות (אורן, 2002). במחקר הנוכחי נמצאה רמה דומה של מהימנות פנימית ($\alpha=0.62$) (נספח מספר 1).

2.2.2 שאלון התמודדות (COPE; Carver et al., 1989) - נבחרה הגרסה העברית המקוצרת (Ben-Zur, 1999; Ben-Zur & Zeidner, 1995) המכילה 30 פריטים מתוך 60 הפריטים בשאלון ההתמודדות המקורי, בנוסח התכונתי. השאלון בוחן שימוש ב-15 אסטרטגיות התמודדות שונות (כל אסטרטגיה נבדקת באמצעות 2 פריטים): 1. התמודדות פעילה; 2. ראייה חיובית; 3. תכנון; 4. חיפוש תמיכה רגשית; 5. חיפוש תמיכה אינסטרומנטאלית; 6. מניעת פעולות מתחרות; 7. קבלת המצב; 8. ניתוק רגשי; 9. ונטילציה של רגשות; 10. ניתוק התנהגותי; 11. הכחשה; 12. איפוק; 13. פנייה לדת; 14. שימוש בהומור; 15. שימוש באלכוהול/סמים. הנבדק מתבקש לדרג את המידה בה הוא משתמש בדרך כלל בכל אחת מדרכי ההתמודדות, כאשר הוא מתנסה באירועים גורמי דחק. כל פריט מדורג על סולם ליקרט בן ארבע דרגות, כאשר 0=בכלל לא, ו-3=במידה רבה. בניתוח גורמים שנערך בקרב 882 נבדקים (Zeidner & Ben-Zur, 1994) ובמחקרן של בן-צור ודבי (Ben-Zur & Debi, 2005) נמצאו 2 תתי סולמות עיקריים: א. התמודדות ממוקדת בעיה; ב. התמודדות ממוקדת רגש.

במחקר הנוכחי בוצע ניתוח גורמים ובדומה למקור נמצאו 3 תתי סולמות עיקריים עם שינויים קלים: א. מיקוד ברגש - הימנעות (שכללה את האסטרטגיות: ניתוק רגשי, ניתוק התנהגותי, הכחשה ושימוש באלכוהול וסמים), ($\alpha=0.58$); ב. מיקוד בבעיה (שכללה את האסטרטגיות: התמודדות פעילה, תכנון ומניעת פעולות מתחרות) ($\alpha=0.65$); ג. מיקוד ברגש - ביטוי רגש וחיפוש תמיכה (שכללה את האסטרטגיות: תמיכה רגשית, תמיכה אינסטרומנטאלית ונטילציה) ($\alpha=0.64$). האסטרטגיות: ראייה חיובית, קבלת המצב, איפוק, אמונה בדת ושימוש בהומור הוצאו ולא נכללו תחת שלושת תתי הסולמות (נספח מספר 2).

2.2.3 שאלון שימוש במדיה- שאלון הבדק את השכיחות בה אנשים משתמשים באמצעי תקשורת כגון: תדירות האזנה לרדיו, צפייה בטלוויזיה, שכיחות הגלישה באינטרנט, קבלת וקריאת מיסרונים (SMS), קריאת עיתונים ולמידה על אירועי טרור משמועות. תדירות השימוש באמצעי תקשורת אלה נבדקת בשאלון ב-3 מצבים עיקריים: עדכון יומיומי שוטף, בילוי בשעות הפנאי ולאחר אירוע טרור בישראל. כל אחד משלושת המצבים נבדק בסולם נפרד המכיל את 6 אמצעי התקשורת (פרט ל'בילוי בשעות הפנאי שאינו מכיל את האפשרות 'למידה משמועות'). כל אחד מהפריטים מדורג על סולם ליקרט בן 5 דרגות אשר נע בין 1='אף פעם לא' ועד 5='תמיד'. השאלון מכיל סולם נוסף, הבדק את המהירות בה נחשף הנבדק לכל אחד מאמצעי התקשורת הרשומים לעיל, כאשר מתרחש אירוע טרור בישראל. פריט זה מדורג על סולם ליקרט בן 5 דרגות, אשר נע בין 1='בזמן האירוע' ל-5='זמן רב מאד לאחר האירוע'. כמו כן, בפריט זה קיימת גם אפשרות, לבחור ב-0='לא רלבנטי'. כיוון שלא קיים כלי מדידה מתאים אחר, נבנה השאלון במיוחד לצרכי המחקר הנוכחי, ונמצא כבעל תוקף תוכן על ידי שיפוטם של 2 מומחים בתחום הטראומה. כמו כן, מהימנות פנימית נבדקה לגבי כל אחד מארבעת הסולמות: בפריט 'עדכון יומיומי שוטף' נמצאה מהימנות של 0.54, ב'בילוי בשעות הפנאי' נמצאה מהימנות פנימית של 0.57, ב'לאחר ידיעה על אירוע טרור בישראל' נמצאה מהימנות פנימית של 0.56 ו'במהירות החשיפה לאמצעי תקשורת השונים כאשר מתרחש אירוע טרור בישראל' נמצאה מהימנות פנימית של 0.44 (נספח מספר 3).

2.2.4 שאלון קרבה לאירוע טרור- שאלון בן פריט אחד הבדק את מידת קרבתו של הנבדק לאירועי הטרור שהתרחשו בישראל בשנים האחרונות ואשר מצוינים ברשימה בתוך השאלון. הנבדק יכול גם להוסיף אירוע טרור שאינו מופיע ברשימה. לאחר מכן, הוא מתבקש לסמן את מידת קרבתו לאירוע הטרור שהזכיר (1='נפגעת'; 2='הייתי עד באופן אישי'; 3='אנשים קרובים לי נהרגו בפיגוע'; 4='אנשים קרובים לי נפצעו בפיגוע'; 5='אנשים קרובים לי היו עדים לפיגוע'; 6='לא הייתי מעורב כלל'). בפריט זה ניתן לסמן יותר מתשובה אחת, כיוון שקיימת אפשרות שנבדקים נחשפו למספר אירועי טרור (נספח מספר 4).

2.2.5 שאלון חשיפה וקרבה לאירוע טראומתי- שאלון בן פריט אחד הבדק את מידת קרבתו של הנבדק לאירוע טראומטי כלשהו במהלך חייו, וזאת בנוסף לאירועי הטרור שצוינו בשאלון קרבה לאירוע טרור. הנבדק מתבקש לכתוב אם נחשף לאחד מהאירועים הטראומטיים הכוללים: רעידת אדמה, שריפה, תאונת דרכים, שוד, אונס, רצח, התעללות, פיגוע נוסף לזה שצוין או כל אירוע טראומטי אחר שאינו מופיע ברשימה. אם נחשף, הוא מתבקש לפרט את האירועים שאליו נחשף. לאחר מכן, הוא מתבקש לסמן את מידת קרבתו לאירוע הטראומטי שהזכיר על אותה סקאלה שצוינה בשאלון הקרבה לאירוע. בפריט זה ניתן לסמן יותר מתשובה אחת, כיוון שקיימת אפשרות שנבדקים נחשפו למספר אירועים טראומטיים (נספח מספר 5).

2.2.6 שאלון עוצמת תסמינים פוסט טראומטיים (PSS-SR) PTSD Symptom Scale-Self Report

(Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993) - שאלון דיווח עצמי המכיל 17 פריטים, שתכליתם להעריך את רמת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים במהלך השבועיים האחרונים. כל פריט תואם לאחד משבעה עשר הקריטריונים לאבחנת PTSD המופיעים ב-DSM-III-R (1987). חומרנו של כל תסמין מדורגת על סולם ליקרט בן 4 דרגות, אשר נע בין 0=כלל לא' ועד 3=הרבה מאד'. השאלון מורכב מ-3 תת סולמות: 1. סולם שיחזור פרטי האירוע הטראומטי (פריטים 1-5; 2). סולם סימפטומי הימנעות (פריטים 6-12; 3). סולם סימפטומים של עוררות יתר (פריטים 13-17). ציון חומרת הסימפטומים הכולל מחושב על בסיס הממוצע של כל 17 הפריטים. השאלון נמצא במתאם גבוה עם כלי מדידה אחרים המשמשים להערכת תגובות ספציפיות לטראומה (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). בישראל נעשה שימוש בגרסה העברית של השאלון (Gil, 2005) ונערכו שתי מדידות של מהימנות פנימית: בראשונה הועבר השאלון ללא הכוונה לאירוע טרור מסוים ($\alpha=0.88$). בהעברה השנייה (לאחר חודש) הונחו הנבדקים להתייחס להתקפת טרור ספציפית (הפיגוע בשדרות מוריה בחיפה), ($\alpha=0.91$). במחקר הנוכחי נמדדה רמת מהימנות פנימית גבוהה ($\alpha=0.89$) וכן מהימנות פנימית של 0.78 בסולם ההיזכרות, 0.78 בסולם ההימנעות ו-0.77 בסולם עוררות היתר (נספח מספר 6).

2.2.7 שאלון שליטה (Mastery) - שאלון שחובר במקור על ידי פרלין ושולר (Pearlin & Schooler, 1978).

הכלי מכיל 7 פריטים, מתוכם 5 הפוכים בכיוונם (פריטים מספר 1,2,3,5,6). על פי ההנחיות, מתבקש הנבדק לדרג את תחושת השליטה שלו בתחומים שונים בחייו. עליו לעשות זאת באמצעות דרוג מידת הסכמתו לגבי כל פריט בסולם ליקרט בן שבע דרגות: 1=כלל לא מתאים' ועד 7=מאד מתאים'. ציון גבוה פירושו מידה גבוהה של תחושת שליטה בחיי הנבדק. הנוסח העברי של השאלון תורגם על ידי הובפול ווולפיש (Hobfoll & Walfisch, 1984) שמצאו כי רמת מהימנות מבחן חוזר של הכלי הינה 0.85 ומעלה וכן, מידה בינונית של מהימנות פנימית ($\alpha=0.75$). בן-צור (Ben-Zur, 2002a) מדדה רמה דומה של מהימנות פנימית עבור פריטי השאלון ($\alpha=0.80$). במחקר הנוכחי נמדדה רמת מהימנות פנימית של 0.80 (נספח מספר 7).

2.2.8 שאלון אופטימיות - שאלון בן 8 פריטים מתוכם 4 פריטים הפוכים בכיוונם (פריטים מספר 2, 5, 6, 8).

ציון השאלון מורכב מממוצע התשובות כך שככל שהציון הממוצע גבוה יותר, מידת האופטימיות גבוהה יותר. הנבדק מתבקש לדרג על גבי סולם ליקרט בן חמש דרגות את מידת האופטימיות שהוא חש לגבי מצבים שונים בחיים, כאשר: 1=מתנגד במידה רבה' ו-5=מסכים במידה רבה'. ציון גבוה פירושו מידה גבוהה של תחושת אופטימיות של הנבדק. הכלי נבנה במקור על ידי שאייר וקארבר (Scheier & Carver, 1985) כסולם ה-L.O.T. Life Orientation Test המודד נקודת מבט שלילית או חיובית של יחידים לגבי

חייהם. זיידנר ובן-צור (Zeidner & Ben-Zur, 1993) תרגמו את השאלון לעברית ונמדדה מהימנות אלפא לגרסה זו ($\alpha=0.63$). רמת מהימנות אלפא שנמצאה במחקר הנוכחי הינה 0.81 (נספח מספר 8).

2.2.9 שאלון רמת מצוקה רגשית (BSI) Brief Symptom Inventory, (Derogatis, 1992) - זהו שאלון דיווח עצמי, המכיל 53 פריטים. הכלי בודק טווח רחב של סימפטומים פסיכיאטריים, לצורך מדידת רמות שונות של פסיכופתולוגיה (Derogatis & Melisaratos, 1983). זוהי גרסה מקוצרת של הגרסה הבסיסית בשאלון ה-SCL-90-R שפותחה באופן נרחב (Derogatis, 1977). כל פריט מדורג על סולם ליקרט בן 5 דרגות של מצוקה, אשר נע בין 0='בכלל לא' ועד 4='מאד'. הכלי מורכב מסימפטומים ב-9 תחומים, ביניהם תלונות גופניות, התנהגות אובססיבית-קומפולסיבית, רגישות בין-אישית, דיכאון, חרדה, עוינות, חרדה פובית, חשיבה פרנואידיית ופסיכוטיזם (Gilbar & Ben-Zur, 2002; Singer et al., 2004).

לצורכי המחקר הנוכחי, נעשה שימוש ב-3 מתוך 9 תתי הסולמות שבשאלון BSI העברי (Gilbar & Ben-Zur, 2002), בשל היותם רלבנטיים לתחום התגובות לטראומה: סולם הסימפטומים הגופניים, סולם סימפטומי החרדה וסולם סימפטומי הדיכאון, המונים ביחד כ-19 פריטים. הוחלט להשמיט פריט אחד מסולם הדיכאון ("מחשבות לשים קץ לחייד"), בשל חוסר הרלבנטיות שלו והתוקף הנראה הנמוך שלו עבור אוכלוסיית המחקר, כך שבסופו של דבר, הנבדקים התבקשו לענות על 18 פריטים מתוך שאלון BSI המקורי תוך התייחסות לתחושות באירוע טרור. רמת המהימנות הפנימית היתה 0.93 בסולם הסימפטומים הגופניים (7 פריטים), 0.87 בסולם החרדה (6 פריטים) ו-0.77 בסולם הדיכאון (5 פריטים). ציון חומרת הסימפטומים מספק אינדיקציה כוללת ביחס לרמת המצוקה הנפשית של הנבדק. ציון זה חושב על בסיס הממוצע של כל 18 הפריטים ($\alpha=0.94$) כמו גם על כל סולם בנפרד (נספח מספר 9).

2.2.10 שאלון פרטים אישיים - כל סטודנט שהשתתף במחקר התבקש למלא שאלון דמוגרפי, הכולל משתני רקע כגון: מין, גיל, ארץ לידה, מצב משפחתי, דת ומידת האמונה, שרות צבאי, השכלת אב, מצב כלכלי וכדומה (נספח מספר 10).

2.3 הליך

המחקר נערך בכתות הלימוד באוניברסיטת חיפה. הפנייה לסטודנטים הנבדקים נעשתה מראש באמצעות מרצה הקורס. השאלונים נכתבו בעברית, והשתתפותם של כל הנבדקים הייתה על בסיס התנדבותי. במסגרת השיעורים בהם נכחו הסטודנטים קיבל כל אחד מהמשתתפים חוברת ובה השאלונים לפי הסדר הבא: שאלון סובלנות לעמימות, שאלון התמודדות, שאלון שכיחות שימוש במדיה, שאלון PSS, שאלון שליטה, שאלון אופטימיות ושאלון פרטים אישיים. בתחילה הוצגה הוראה כללית לגבי מילוי השאלונים,

הסבר מטרות המחקר, הכרת תודה של החוקרים על ההשתתפות במחקר והבטחת סודיות. לאחר מכן הוקצו 40 דקות למילוי השאלונים. השאלונים הועברו באופן קבוצתי.

טבלה מספר 2.2: ריכוז הנתונים הפסיכומטריים של כלי המדידה שנמצאו במחקר הנוכחי

מכסימום	מינימום	מהימנות פנימית	סטיית תקן	ממוצע	שם הסולם
6.50	2.56	0.62	0.61	4.52	שאלון סובלנות לעמימות
3	0.83	0.65	0.44	2.18	סולם התמודדות ממוקדת בעיה (שאלון COPE)
3	0.67	0.64	0.54	2.10	סולם התמודדות ממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה (שאלון COPE)
2.13	0	0.58	0.43	0.84	סולם התמודדות ממוקדת רגש-הימנעות (שאלון COPE)
5	1.50	0.54	0.62	3.49	תדירות התעדכנות באמצעי התקשורת (בזמן רגיעה בישראל)
5	1	0.57	0.71	3.30	תדירות שימוש באמצעי התקשורת לבילוי והנאה (בשעות הפנאי)
5	1.33	0.56	0.67	3.48	תדירות התעדכנות באמצעי התקשורת (לאחר ידיעה על אירוע טרור בישראל)
3.83	0.50	0.44	0.67	2.28	מהירות חשיפה לתקשורת בזמן אירוע טרור בישראל
2.80	0	0.78	0.52	0.50	סולם שיחזור פרטי האירוע הטראומתי (שאלון PSS-SR)
2.14	0	0.78	0.44	0.35	סולם ההימנעות (שאלון PSS-SR)
2.40	0	0.77	0.50	0.40	סולם עוררות יתר (שאלון PSS-SR)
2.24	0	0.89	0.42	0.41	ציון כללי-שאלון PSS-SR
7.00	2.14	0.80	1.01	5.05	שאלון שליטה
5.00	1.75	0.81	0.73	3.66	שאלון אופטימיות
4	0	0.87	0.94	1.35	סולם החרדה (שאלון BSI)
3.71	0	0.93	0.78	0.47	סולם הסימפטומים הגופניים (שאלון BSI)
3.40	0	0.77	0.78	0.99	סולם הדיכאון (שאלון BSI)
3.28	0	0.94	0.76	0.91	ציון כללי-שאלון BSI

3. תוצאות

בשלב הראשון נבדקו השערות המחקר באמצעות מתאמי פירסון בין סובלנות לעמימות, התמודדות, רמת סימפטומים של טראומה משנית וסימפטומים של מצוקה נפשית, תחושת שליטה, אופטימיות, תדירות ומהירות שימוש בתקשורת לאחר פיגוע. כמו כן נערכו ניתוחי רגרסיה מרובה וניתוח נתיבים על מנת להעריך את המודל בכללותו ואת הקשרים הישירים והעקיפים בין משתנים דמוגרפיים, סובלנות לעמימות, אופטימיות ותחושת שליטה, ורמת חשיפה לתקשורת לבין סימפטומים של מצוקה וטראומה משנית. נבדקה האפשרות שאסטרטגיות התמודדות מווסתות את הקשר שבין רמת חשיפה לתקשורת לבין סימפטומים של מצוקה וטראומה משנית, בהתאם למודל המקורי של המחקר וכן נבדק מודל אלטרנטיבי בו אסטרטגיות התמודדות מתווכות את הקשר בין משאבים אישיים ומשתנים דמוגרפיים לבין חשיפה לתקשורת וסימפטומים.

בטבלה 3.1 מוצגים מתאמי פירסון בין המשתנים השונים המופיעים במודל המחקר. בדיקת המתאמים שבין המשתנים מגדר, מוצא וקרבה לאירוע טרור (הנמדדים על סולם סדר ומטה בשל היותם משתנים א-פרמטרים) מול יתר משתני המחקר נמדדה באמצעות מתאם ספירמן.

טבלה 3.1: מתאמי המשתנים של מודל המחקר

	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	
1. מגדר (#)	0.16*	0.30***	0.23**	-0.05	0.06	0.09	0.21**	0.00	-0.06	-0.05	0.10	0.05	
2. מוצא (#)	0.13	0.25***	-0.14*	0.01	0.03	-0.09	0.08	-0.14	-0.15*	-0.22**	0.06		
3. קרבה לאירוע טרור (#)	0.25***	0.20**	-0.08	0.05	-0.04	0.06	0.02	-0.03	0.08	-0.10			
4. סובלנות לעמימות	-0.12	-0.19**	0.16*	0.07	0.03	0.02	-0.02	0.21**	0.18**				
5. שליטה	-0.23**	-0.23**	-0.13	0.22***	-0.46***	0.07	0.01	0.54***					
6. אופטימיות	-0.27***	-0.19**	0.02	0.19**	-0.25***	0.12	0.11						
7. תדירות שימוש בתקשורת לאחר פיגוע	0.15*	0.21**	0.08	0.08	0.09	0.13							
8. מהירות שימוש בתקשורת לאחר פיגוע	0.002	0.04	0.10	-0.05	-0.01								
9. הימנעות	0.20**	0.28***	0.14*	-0.20**									
10. מיקוד בבעיה	0.01	-0.08	-0.03										
11. ביטוי ברגש	-0.01	0.07											
12. סימפטומי מצוקה נפשית	0.57***												
13. סימפטומי טראומה משנית													

הערה: 1. הקידוד של מגדר הוא גבר=1, אישה=2; 2. הקידוד של מוצא הוא יהודי=1, לא יהודי=2. # משתנים א-פרמטריים הנמדדים באמצעות מתאם ספירמן ***p<0.0001, **p<0.01, *p<0.05

3.1 בדיקת השערות

השערה מספר 1 גורסת כי יימצא קשר חיובי בין תדירות השימוש ומהירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע, לבין סימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית. השערה זו נבדקה באמצעות חישוב מתאמי פירסון בין ציוני תתי הסולם תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע לבין סימפטומים של מצוקה נפשית וטראומה משנית (ראה טבלה 3.1).

בהתאם להשערה נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים בין תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע ובין: הציון הכללי של סימפטומי טראומה משנית ($r=0.15, p<0.05$), ובמיוחד סימפטומי חרדה ($r=0.31, p<0.0001$) וסימפטומים של ציון מצוקה נפשית ($r=0.21, p<0.01$). לעומת זאת, בין סימפטומים של מצוקה וטראומה משנית למשתנה מהירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע נמצאו מתאמים נמוכים ובלתי מובהקים. לפיכך, ההשערה אוששה באופן חלקי.

השערה מספר 2

גורסת כי רמת הסימפטומים של מצוקה נפשית וטראומה משנית תהינה גבוהות יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים. השערה זו נבדקה באמצעות חישוב מבחן t למדגמים בלתי תלויים² בין קבוצת הגברים לקבוצת הנשים. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הגברים לנשים ברמת חומרת סימפטומי טראומה משנית, אולם נמצאו הבדלים מובהקים בין הגברים לנשים ברמת סימפטומי המצוקה נפשית: כך שממוצע סימפטומי חרדה [$t_{(197)}=-4.17, p<0.0001$], דיכאון [$t_{(197)}=-3.03, p<0.01$], סימפטומים גופניים [$t_{(197)}=-3.57, p<0.0001$] וכלל סימפטומי המצוקה הנפשית [$t_{(197)}=-4.04, p<0.0001$] של נשים היה גבוה באופן מובהק מאשר בקרב גברים (טבלה 3.2). לפיכך, השערה זו אוששה באופן חלקי בלבד.

טבלה מספר 3.2: הבדלים בין גברים לנשים במשתנים של מצוקה נפשית

הפרמטר	גברים		נשים		ערך t
	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	
שאלון BSI - סולם חרדה	0.83	0.62	1.48	0.94	$t_{(197)}=-4.17^{***}$
שאלון BSI - סולם סימפטומים גופניים	0.08	0.15	0.57	0.85	$t_{(197)}=-3.57^{***}$
שאלון BSI - סולם דיכאון	0.66	0.63	1.06	0.79	$t_{(197)}=-3.03^{**}$
שאלון BSI - ציון כללי	0.49	0.38	1.01	0.79	$t_{(197)}=-4.04^{***}$

*** $p<0.0001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$

השערה מספר 3 גורסת כי רמת הסימפטומים של הפרעת טראומה משנית ומצוקה נפשית תהיה גבוהה יותר בקרב סטודנטים לא יהודים מאשר בקרב יהודים. השערה זו נבדקה באמצעות מבחן t

² נבדקו כל ההבדלים בין השונויות של הקבוצות לפי מבחן Levene. היו מספר מקרים בהם נמצאו הבדלים מובהקים, אבל ההשוואה בין הקבוצות במבחן t לפי דרגות החופש המחושבות למדגמים עם שונויות לא שוות הניבה תוצאה דומה ומובהקת. ממצא זה נכון לגבי כל מבחני ה- t שנערכו במחקר זה.

למדגמים בלתי תלויים בין קבוצת הסטודנטים היהודים לקבוצת הסטודנטים הלא יהודים, כאשר המשתנים התלויים היו סולמות סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית. בהתאם להשערה, נמצא כי רמת חומרת סימפטומי טראומה משנית בסולם ההימנעות $[t_{(200)}=-2.99, p<0.01]$, והציון הכללי של סימפטומי טראומה משנית $[t_{(200)}=-2.15, p<0.05]$ היו גבוהים יותר באופן מובהק בקרב סטודנטים לא יהודים מאשר בקרב סטודנטים יהודים. יתר סולמות סימפטומי הטרומה המשנית לא נמצאו מובהקים. כמו כן, נמצא כי רמת סימפטומי המצוקה הנפשית, קרי סימפטומי חרדה $[t_{(200)}=-2.84, p<0.01]$, סימפטומים גופניים $[t_{(200)}=-5.78, p<0.0001]$, סימפטומי דיכאון $[t_{(200)}=-2.3, p<0.05]$, והציון הכללי של סימפטומי המצוקה הנפשית $[t_{(200)}=-4.12, p<0.0001]$ היו גבוהים יותר באופן מובהק בקרב סטודנטים לא יהודים מאשר בקרב סטודנטים יהודים (ראה טבלה 3.3). לפיכך, השערה זו אוששה ברובה.

טבלה מספר 3.3: הבדלים בין יהודים לאלה שאינם יהודים במשתני מצוקה נפשית וטראומה משנית

לא יהודים		יהודים		הפרמטר
ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	
0.56	0.57	0.4	0.31	סולם הימנעות - שאלון PSS
0.70	0.67	0.48	0.47	סולם שיחזור פרטי האירוע - שאלון PSS
0.54	0.44	0.50	0.39	סולם עוררות יתר - שאלון PSS
0.53	0.56	0.39	0.38	שאלון PSS - ציון כללי
0.94	1.8	0.92	1.27	סולם חרדה - שאלון BSI
1.06	1.19	0.65	0.34	סולם סימפטומים גופניים - שאלון BSI
0.92	1.29	0.75	0.93	סולם דיכאון - שאלון BSI
0.92	1.42	0.69	0.81	שאלון BSI - ציון כללי

*** $p<0.0001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$

השערה מספר 4 גורסת כי יימצא קשר שלילי בין המשתנים סובלנות לעמימות, שליטה ואופטימיות לסימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית, כך שכל שרמות הסובלנות לעמימות, השליטה והאופטימיות עולות, פוחתת רמת סימפטומי המצוקה והטרומה המשנית. השערה זו נבדקה באמצעות חישוב מתאמי פירסון בין סולמות סובלנות לעמימות, שליטה ואופטימיות לבין סולמות סימפטומי המצוקה הנפשית וסולמות הטרומה המשנית (טבלה 3.4). בהתאם להשערה נמצאו מתאמים שליליים מובהקים בין סובלנות לעמימות ובין רמת הציון הכללי של סימפטומי מצוקה נפשית $[r=-0.19, p<0.01]$,

ומרכיבי הסולם קרי סימפטומי חרדה [$r=-0.17, p<0.05$] וסימפטומים גופניים [$r=-0.21, p<0.01$], אולם לא נמצאו מתאמים מובהקים בין סובלנות לעמימות וחרדה (סולם מצוקה נפשית) ולציונים בסולם סימפטומי הטראומה המשנית. כמו כן, בהתאם להשערה נמצאו מתאמים שליליים מובהקים בין שליטה ובין הציון הכללי של סימפטומי מצוקה נפשית [$r=-0.23, p<0.01$], וכלל מרכיבי הסולם וכן נמצאו מתאמים מובהקים בין שליטה לציון הכללי של סולם סימפטומי טראומה משנית [$r=-0.23, p<0.01$] וכלל מרכיבי הסולם. בדומה לכך ובהתאם להשערה נמצאו מתאמים שליליים מובהקים בין אופטימיות ובין הציון הכללי של סימפטומי מצוקה נפשית [$r=-0.19, p<0.01$] ומרכיבי פרט לסולם חרדה, וכן נמצאו מתאמים מובהקים בין אופטימיות לציון הכללי של סולם סימפטומי טראומה משנית [$r=-0.27, p<0.0001$] וכלל מרכיבי הסולם. לפיכך, השערה זו אוששה ברובה.

טבלה מספר 3.4: מקדמי מתאם פירסון בין סובלנות לעמימות, שליטה ואופטימיות לבין סימפטומים של

מצוקה נפשית וטראומה משנית

משתנה	ציון כללי - סימפטומי מצוקה נפשית (שאלון BSI)	ציון כללי - סימפטומי טראומה משנית (שאלון PSS)	סולם חרדה (שאלון BSI)	סולם סימפטומים גופניים (שאלון BSI)	סולם דיכאון (שאלון BSI)	סולם שחזור פרטי האירוע - (שאלון PSS)	סולם הימנעות (שאלון PSS)	סולם עוררות יתר (שאלון PSS)
סובלנות לעמימות	-0.19**	-0.12	-0.17*	-0.21**	-0.12	-0.06	-0.13	-0.13
שליטה	-0.23**	-0.23**	-0.16*	-0.22**	-0.25***	-0.21**	-0.17*	-0.22**
אופטימיות	-0.19**	-0.27***	-0.13	-0.19**	-0.22**	-0.25***	-0.19**	-0.27***

*** $p<0.0001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$

השערה מספר 5 גורסת כי תדירות השימוש בתקשורת במצבים שונים תהיה גבוהה יותר: א. בקרב סטודנטים גברים לעומת סטודנטיות ב. בקרב סטודנטים יהודים לעומת לא יהודים ו-ג. ימצא קשר בין תדירות השימוש בתקשורת במצבים שונים ומידת הסובלנות לעמימות, כך שכל שתדירות השימוש בתקשורת גבוהה יותר כך רמת סובלנותם לעמימות תהיה נמוכה יותר. השערה 5א. נבדקה באמצעות חישוב מבחן t למדגמים בלתי תלויים בין קבוצת הסטודנטיות לקבוצת הסטודנטים, כאשר המשתנים התלויים היו תדירויות השימוש בתקשורת במצבים שונים. נמצאו הבדלים מובהקים בין סטודנטיות לסטודנטים בתדירות השימוש בתקשורת לצרכי הנאה [$t_{(197)}=-2.24, p<0.05$] וכן בזמן פיגוע בישראל [$t_{(197)}=-3.35, p<0.01$]. אולם בניגוד להשערה תדירות השימוש בתקשורת היתה גבוהה יותר בקרב סטודנטיות מאשר בקרב סטודנטים. לפיכך, ההשערה לא אוששה (טבלה 3.5). השערה 5ב. נבדקה באמצעות חישוב מבחן t למדגמים בלתי תלויים בין קבוצת הסטודנטים היהודים לקבוצת הסטודנטים הלא יהודים, כאשר המשתנה התלוי היה תדירות השימוש בתקשורת במצבים שונים. בפרמטר זה לא נמצאו כל הבדלים בין סטודנטים יהודים ללא יהודים ולפיכך השערה זו לא אוששה. השערה 5ג. גורסת כי

ככל שתדירות השימוש בתקשורת גבוהה יותר רמת הסובלנות לעמימות תהיה נמוכה יותר. נמצא קשר שלילי מובהק בין תדירות השימוש בתקשורת בזמן שגרה לבין מידת הסובלנות לעמימות [$r=-0.16, p<0.05$] כך שככל שתדירות השימוש בתקשורת בשגרה גבוהה יותר כך רמת הסובלנות לעמימות תהיה נמוכה יותר לפיכך השערה זו אוששה.

טבלה מספר 3.5: הבדלים בין גברים לנשים במשתנים של תדירות שימוש בתקשורת

ערך t	נשים		גברים		הפרמטר שימוש בתקשורת לצרכי הנאה
	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	
$t_{(197)}=-2.24^*$	3.36	0.71	3.08	0.66	שימוש בתקשורת לצרכי הנאה
$t_{(197)}=-3.35^{**}$	3.57	0.63	3.20	0.68	תדירות שימוש בתקשורת לאחר פיגוע

*** $p<0.0001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$

3.2 ניתוחים נוספים

בנוסף לבדיקת ההשערות, נערכו מספר בדיקות שכללו בן השאר מבחני t להשוואה בין קבוצות עבור משתנים שונים. במבחן t בין קבוצת הגברים לקבוצת הנשים, נמצא כי נשים ($M=2.12, SD=0.52$) משתמשות במידה רבה יותר באסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה יחסית לגברים ($M=1.80, SD=0.55$), [$t_{(197)}=-3.41, p<0.01$].

במבחני t בין קבוצת הנבדקים שנולדו בישראל לאלו שלא, נמצא כי רמת סימפטומי המצוקה הנפשית היו גבוהים באופן מובהק בקרב אלו שלא נולדו בישראל יחסית לנבדקים ילידי ישראל. ממצאים אלו נצפו בציון הכללי של סולם סימפטומי מצוקה נפשית [$t_{(200)}=-3.1, p<0.01$], ובתתי הסולמות המרכיבים את סולם המצוקה: סולם חרדה [$t_{(200)}=-3.29, p<0.01$], סימפטומים גופניים [$t_{(200)}=-2.46, p<0.05$] ודיכאון [$t_{(200)}=-2.41, p<0.05$]. עוד נמצאה רמת עוררות יתר (סולם סימפטומי טראומה משנית) גבוהה באופן מובהק בקרב אלו שלא נולדו בישראל יחסית לנבדקים ילידי ישראל [$t_{(200)}=-2.33, p<0.05$]. ממצא משמעותי נוסף מצביע על כך שמידת האופטימיות בקרב ילידי ישראל היתה גבוהה באופן מובהק ביחס לאלו שלא נולדו בה [$t_{(200)}=2.61, p<0.01$] (טבלה 3.6).

במבחני t בין קבוצת הנבדקים שהיו מעורבים באירוע טרור ואלו שלא, נמצא כי רמת סימפטומי המצוקה הנפשית וסימפטומי הטרומה המשנית היו גבוהים באופן מובהק בקרב הנבדקים שהיו מעורבים באירוע טרור יחסית לאלו שלא היו מעורבים בהם. הציון הכללי של סולם סימפטומי מצוקה נפשית [$t_{(197)}=-2.85, p<0.01$], והציונים בתתי הסולמות המרכיבים את סולם המצוקה: סולם חרדה [$t_{(117)}=2.60, p<0.01$] וסימפטומים גופניים [$t_{(197)}=-3.17, p<0.01$] נמצאו גבוהים באופן מובהק בקרב נבדקים שהיו מעורבים באירוע טרור לעומת אלה שלא היו מעורבים. בדומה, הציון הכללי של סולם סימפטומי טראומה

משנית [t₍₁₉₇₎=-3.45, p<0.01], והציונים בתני הסולמות המרכיבים את סולם הטראומה המשנית: סימפטומי עוררות [t₍₁₉₇₎=-3.26, p<0.01] וסימפטומי היזכרות באירוע הטראומטי [t₍₁₉₇₎=-3.93, p<0.0001] נמצאו גבוהים באופן מובהק בקרב נבדקים שהיו מעורבים באירוע טרור לעומת אלה שלא היו מעורבים בו (טבלה 3.7).

טבלה מספר 3.6: הבדלים בין ילידי ישראל לאלה שאינם ילידי ישראל במשתנים שונים

הפרמטר	ילידי ישראל		אינם ילידי ישראל		ערך t
	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	
שאלון BSI סולם חרדה	1.23	0.88	1.71	1.01	t ₍₂₀₀₎ =-3.29**
שאלון BSI סולם סימפטומים גופניים	0.39	0.72	0.70	0.90	t ₍₂₀₀₎ =-2.46*
שאלון BSI סולם דיכאון	0.91	0.71	1.21	0.93	t ₍₂₀₀₎ =-2.41*
שאלון BSI ציון כללי	0.81	0.69	1.18	0.88	t ₍₂₀₀₎ =-3.1**
שאלון PSS סולם עוררות	0.35	0.48	0.54	0.54	t ₍₂₀₀₎ =-2.33*
ציון כללי – שאלון אופטימיות	3.75	0.71	3.45	0.76	t ₍₂₀₀₎ =2.61**

***p<0.0001, **p<0.01, *p<0.05

טבלה מספר 3.7: הבדלים בין נבדקים שהיו מעורבים באירוע טרור ואלו שלא במשתנים של סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית

הפרמטר	היו מעורבים באירוע טרור		לא מעורבים באירוע טרור		ערך t
	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	
שאלון BSI – ציון כללי	1.10	0.81	0.79	0.68	t ₍₁₉₇₎ =-2.85**
שאלון BSI – סולם חרדה	1.57	0.92	1.22	0.90	t ₍₁₉₇₎ =-2.60**
שאלון BSI – סולם סימפטומים גופניים	0.69	0.93	0.34	0.65	t ₍₁₉₇₎ =-3.17**
שאלון PSS – ציון כללי	0.54	0.46	0.34	0.35	t ₍₁₉₇₎ =-3.45**
שאלון PSS – סולם עוררות	0.55	0.58	0.31	0.43	t ₍₁₉₇₎ =-3.93***
שאלון PSS – סולם היזכרות	0.69	0.60	0.40	0.42	t _{(103)a} =-3.52**

***p<0.0001, **p<0.01, *p<0.05

במבחן t בין קבוצת הסטודנטים היהודים לקבוצת הסטודנטים הלא יהודים, נמצאו הבדלים מובהקים כך שרמת הסובלנות לעמימות היתה גבוהה יותר בקרב היהודים בהשוואה לאלה שאינם יהודים $t_{(200)}=2.88, p<0.01$, תחושת השליטה היתה גבוהה בקרב יהודים לעומת אלה שאינם יהודים $J, t_{(200)}=2.12, p<0.05$ ורמת השימוש בהתמודדות ממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה היתה גבוהה יותר בקרב יהודים לעומת אלה שאינם $t_{(200)}=2.04, p<0.05$ (טבלה 3.8).

טבלה מספר 3.8: הבדלים בין יהודים לאלה שאינם יהודים על פי משתנים שונים

לא יהודים		יהודים		הפרמטר
ערך t	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	
$t_{(200)}=2.88^{***}$	0.63	4.23	0.58	שאלון סובלנות לעמימות – ציון כללי
$t_{(200)}=2.12^*$	1.01	5.68	1.01	שאלון שליטה – ציון כללי
$t_{(200)}=2.04^*$	0.50	1.86	0.54	סולם התמודדות ממוקדת רגש - ביטוי רגש וחיפוש תמיכה

*** $p<0.0001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$

השערה מספר 6 גורסת כי אסטרטגיות התמודדות יווסתו את הקשר שבין חשיפה לתקשורת ופיתוח סימפטומים של הפרעת טראומה משנית. בעקבות כך נערכו ניתוחי רגרסיה מרובה בהם הוכנסו משתני האינטראקציה בין חשיפה והתמודדות. מאחר ולא נמצאו אינטראקציות מובהקות בין משתני חשיפה ומהירות החשיפה לתקשורת לאחר פיגוע לבין התמודדות (ממוקדת בעיה, נמנעת וממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה), נבדק מודל אחר מקובל בספרות (Lazarus & Folkman, 1984), שבו התמודדות מהווה משתנה מתווך בין המשתנים הדמוגרפיים והמשאבים הנפשיים לבין משתני החשיפה והסימפטומים הנפשיים. המודל המוצע מבוסס על תיאורית הלחץ וההתמודדות של לזרוס ופולקמן. מודל זה נבדק באמצעות ניתוח נתיבים המבוסס על רגרסיה מרובה, במטרה לבחון את הקשרים הישירים והעקיפים בין משתני המחקר. ראשית, נבדקו הקשרים בין כלל המשתנים במודל והמשתנים התלויים של סימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית. משתנים אלו כללו משתנים דמוגרפיים (מגדר, מוצא, קרבה לאירוע טרור, יליד ישראל), משאבים אישיים (סובלנות לעמימות, שליטה ואופטימיות), התמודדות (ממוקדת בעיה, נמנעת וממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה) ומשתני חשיפה לאמצעי התקשורת.

בטבלה מספר 3.9 מוצגים ניתוחי הרגרסיה של המשתנים סימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית על כל משתני המחקר ומשתני הרקע. לסימפטומי מצוקה נפשית תורמים המגדר ($\beta=0.18, p<0.01$), המוצא (יהודי/לא יהודי) ($\beta=0.24, p<0.0001$), קרבה לאירוע טרור ($\beta=0.17, p<0.01$), יליד ישראל (משתנה שלא נכלל במודל המקורי), ($\beta=0.21, p<0.01$), אסטרטגיית התמודדות נמנעת ($\beta=0.16, p<0.05$)

ותדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע ($\beta=0.16, p<0.05$). כל המשתנים הללו מסבירים יחד 32% מהשונות של סימפטומי המצוקה הנפשית ($p<0.0001$). ניתן ללמוד מנתונים אלה כי ככל שעולה תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע, עולה רמת סימפטומי המצוקה הנפשית, וכן כי ככל שעולה רמת השימוש באסטרטגיית התמודדות נמנעת, עולה רמת סימפטומי המצוקה הנפשית. לסימפטומי טראומה משנית תורמים המשתנים קרבה לאירוע טרור ($\beta=0.23, p<0.01$) ותדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע ($\beta=0.17, p<0.05$). משתנים אלה מסבירים יחד 18% מהשונות של סימפטומי המצוקה הנפשית ($p<0.0001$). מכאן שככל שעולה תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע, עולה רמת סימפטומי הטרומה המשנית.

טבלה מספר 3.9: מקדמי ביתא של המשתנים המנבאים סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית

משתני המחקר	סימפטומי מצוקה נפשית	סימפטומי טראומה משנית
מגדר	0.18**	0.02
מוצא	0.24***	0.02
קרבה לאירוע טרור	0.17**	0.23**
יליד ישראל	0.21**	0.08
סובלנות לעמימות	-0.10	-0.01
שליטה	-0.14	-0.12
אופטימיות	0.02	-0.16
התמודדות נמנעת	0.16*	0.08
התמודדות ממוקדת בעיה	0.03	0.08
התמודדות ממוקדת רגש - ביטוי רגש וחיפוש תמיכה	0.03	-0.02
תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע	0.16*	0.17*
מהירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע	0.01	0.00
R²	R²=0.32***	R²=0.18***

הערה: 1. הקידוד של מגדר הוא גבר=1, אישה=2; 2. הקידוד של מוצא הוא יהודי=1, לא יהודי=2; 3. הקידוד של מקום הלידה הוא ישראל=1, אינו יליד ישראל=2. $p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.0001$

בטבלה מספר 3.10 מוצגים ניתוחי הרגרסיה של המשתנים תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע ומהירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע (המתווכים בין משתני ההתמודדות והסימפטומים הנפשיים) על משתני הרקע וההתמודדות. למשתנה תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע תורמים המגדר ($\beta=0.23, p<0.01$) ושימוש באסטרטגיית התמודדות נמנעת ($\beta=0.18, p<0.05$). שני המשתנים הללו מסבירים יחד 11% מהשונות של תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע ($p<0.05$). ניתן ללמוד מכך כי ככל שרמת השימוש באסטרטגיית התמודדות נמנעת רב יותר, כך עולה תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע.

טבלה מספר 3.10: מקדמי ביתא של המשתנים המנבאים חשיפה לאמצעי התקשורת (לאחר פיגוע טרור)

משתני המחקר	תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע	מהירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע
מגדר	0.23**	0.06
מוצא	0.07	-0.08
קרבה לאירוע טרור	-0.04	0.05
יליד ישראל	-0.01	0.04
סובלנות לעמימות	-0.09	-0.01
שליטה	0.18	0.01
אופטימיות	0.05	0.14
התמודדות נמנעת	0.18*	-0.01
התמודדות ממוקדת בעיה	0.09	-0.06
התמודדות ממוקדת רגש - ביטוי רגש וחיפוש תמיכה	0.04	0.06
R²	R²=0.11*	R²=0.04

הערה: 1. הקידוד של מגדר הוא גבר=1, אישה=2; 2. הקידוד של מוצא הוא יהודי=1, לא יהודי=2; 3. הקידוד של מקום הלידה הוא ישראל=1, אינו יליד ישראל=2. *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.0001

טבלה מספר 3.11: מקדמי ביתא של המשתנים המנבאים התמודדות

משתני המחקר	התמודדות ממוקדת בעיה	התמודדות ממוקדת רגש - ביטוי רגש וחיפוש תמיכה	הימנעות
מגדר	-0.06	0.25***	0.04
מוצא	0.08	-0.15*	-0.03
קרבה לאירוע טרור	0.04	-0.05	0.04
יליד ישראל	0.02	-0.03	0.02
סובלנות לעמימות	0.07	0.14*	0.13
שליטה	0.21*	-0.20*	-0.46***
אופטימיות	0.04	0.06	-0.05
R²	R²=0.07	R²=0.14***	R²=0.24***

הערה: 1. הקידוד של מגדר הוא גבר=1, אישה=2; 2. הקידוד של מוצא הוא יהודי=1, לא יהודי=2; 3. הקידוד של מקום הלידה הוא ישראל=1, אינו יליד ישראל=2. *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.0001

כאן יופיע תרשים מספר 2 - ניתוח הנתונים (ראה קובץ נפרד)

בטבלה מספר 3.11 מוצגים ניתוחי הרגרסיה של המשתנים התמודדות נמנעת, התמודדות ממוקדת בעיה והתמודדות ממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה (המתווכים בין משתנים דמוגרפיים ומשאבים לתדירות השימוש בתקשורת על משתני הרקע והמשאבים. למשתנה התמודדות ממוקדת בעיה תורם משתנה השליטה ($\beta=0.21, p<0.05$) אך כיוון שהשונות המשותפת אינה מובהקת, לא ניתן להתייחס לממצא זה. למשתנה התמודדות ממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה תורמים המשתנים מגדר ($\beta=0.25, p<0.0001$), מוצא ($\beta=-0.15, p<0.05$) סובלנות לעמימות ($\beta=0.14, p<0.05$) ושליטה ($\beta=-0.20, p<0.05$). ארבעת המשתנים הללו מסבירים יחד 14% מהשונות של המשתנה התמודדות ממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה ($p<0.0001$). ניתן ללמוד מכך כי ככל שלאדם רמת סובלנות לעמימות גדולה יותר ותחושת השליטה נמוכה יותר, עולה רמת השימוש בהתמודדות ממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה. למשתנה התמודדות נמנעת תורם המשתנה שליטה ($\beta=-0.46, p<0.0001$) אשר מסביר 24% מהשונות של המשתנה התמודדות נמנעת ($p<0.0001$), מכאן שככל שתחושת השליטה נמוכה יותר כך גובר השימוש בהתמודדות נמנעת.

בניגוד להשערה הגורסת כי ככל שמידת השימוש באסטרטגית הימנעות הולך וגדל, כך מידת החשיפה לאמצעי התקשורת ילך ויפחת, הממצא המרכזי במחקר הנוכחי סותר זאת ומצביע על מודל שונה. מודל זה מצביע על קשר בין הימנעות וחשיפה - ככל שמידת השימוש באסטרטגית התמודדות נמנעת גבוהה יותר, תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע גבוהה יותר ובהתאם רמות סימפטומי המצוקה הנפשית וסימפטומי הטראומה המשנית, גבוהות יותר (תרשים מספר 2).

4. דיון

מטרת המחקר הנוכחי היתה בחינת אופי הקשר בין משתנים דמוגרפיים, משאבים אישיים, שימוש באסטרטגיות התמודדות, תדירות ומהירות השימוש באמצעי התקשורת השונים והחשיפה העקיפה לפיגועים דרכם, לבין רמת סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית.

4.1 סיכום ממצאים

ממצאי המחקר הנוכחי מראים כי תדירויות השימוש בתקשורת היו גבוהות יותר בקרב נשים לעומת גברים וזאת, בניגוד למשוער. נשים עשו שימוש רב יותר באסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה וכמשוער הן הראו רמת סימפטומי מצוקה נפשית גבוהה מזו של גברים, אולם לא נמצא כל הבדל ברמת סימפטומי הטראומה המשנית.

רמת הסובלנות לעמימות ותחושת השליטה היו נמוכות יותר בקרב סטודנטים שאינם יהודים לעומת יהודים. בהתאם למשוער רמת סימפטומי המצוקה הנפשית ורמת סימפטומי טראומה משנית נמצאו גבוהים יותר בקרב סטודנטים שאינם יהודים בהשוואה ליהודים, אולם לא נמצאו כל הבדלים ברמת החשיפה למדיה. בקרב קבוצת הנבדקים שאינם ילידי ישראל נמדדה רמה כללית של סימפטומי מצוקה נפשית ורמת עוררות יתר (בסולם סימפטומי טראומה משנית) גבוהות, יחד עם מידת אופטימיות נמוכה בהשוואה לנבדקים ילידי ישראל.

הן הרמה הכללית של סימפטומי המצוקה הנפשית והן רמת סימפטומי טראומה משנית שנמדדו היו גבוהים באופן מובהק בקרב הנבדקים, שהיו מעורבים באירועי טרור בהשוואה לאלו שלא היו מעורבים בהם.

נמצאו קשרים שליליים בין סובלנות לעמימות ובין תדירות השימוש בתקשורת וכן רמת סימפטומי המצוקה הנפשית, כך שככל שרמת הסובלנות לעמימות נמוכה יותר, עולה תדירות השימוש בתקשורת וכן עולה רמת סימפטומי המצוקה הנפשית, זאת בהתאם למשוער.

כמו כן ובהתאם להשערות המחקר, נמצאו קשרים שליליים בין שליטה, ובין ציון סימפטומי טראומה משנית וסימפטומי מצוקה נפשית. קשרים שליליים נמצאו גם בין משתנה האופטימיות לבין סימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית. קשר שלילי נמצא גם בין משתנה האופטימיות לבין אסטרטגיית התמודדות נמנעת, וקשר חיובי עם התמודדות ממוקדת בעיה. יחד עם זאת, בניתוח הנתונים אופטימיות לא היוותה גורם מנבא להתמודדות נמנעת, ממוקדת בעיה וממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה וכן לא נמצא קשר עם התמודדות ממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה.

בניגוד למשוער, ניתוח הנתונים הראה כי תחושת שליטה נמוכה מגדילה את השימוש באסטרטגיית התמודדות נמנעת וכי שימוש באסטרטגיית התמודדות נמנעת מעלה את תדירות השימוש

באמצעי התקשורת (לאחר פיגוע). עוד התגלה כי שימוש זה תורם להתגברות רמת המצוקה הנפשית. במקביל, הראה ניתוח הנתונים כי אסטרטגיית התנהגות נמנעת תורמת להתגברות רמת המצוקה הנפשית. נמצאו קשרים חיוביים מובהקים בין תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע וסימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית. במקביל, הראה ניתוח הנתונים כי עלייה בתדירות השימוש בכלי התקשורת לאחר פיגוע, היוותה גורם מנבא להעלאת רמת המצוקה הנפשית וסימפטומי טראומה משנית. עוד נמצא קשר בין הקרבה הגיאוגרפית למקום הפיגוע לבין סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית. במקביל, הראה ניתוח הנתונים כי קרבה למקום הפיגוע מהווה גורם מנבא לעלייה ברמת סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית.

הממצא העיקרי של מחקר זה הוא שמידת החשיפה העקיפה לאירועי טרור בישראל דרך אמצעי התקשורת (טלוויזיה, רדיו, עיתונים, שמועות, אינטרנט ו-SMS) קשורה בקשר חיובי לתסמיני מצוקה נפשית וטראומה משנית. במידה ומניחים קשר סיבתי חד כווני כך שחשיפה גוררת מצוקה וטראומה, ניתן להסיק שהדיווח הקרוב והמפורט של אמצעי התקשורת בישראל על אירועי טרור עלול להזיק בעיקר לסטודנטים צעירים בעלי תחושת שליטה גבוהה יותר, אלו הנוטים להשתמש בהימנעות כאסטרטגיית התמודדות, ונשים.

4.2 הקשרים בין אופן השימוש בתקשורת לאחר פיגוע וקרבה למקום הפיגוע לבין רמת סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית

השערת המחקר הראשונה התייחסה לקשר בין השימוש בתקשורת לאחר פיגוע, לבין סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית. שוער כי ימצא קשר חיובי בין תדירות השימוש ומהירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע, לבין סימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית. במחקר הנוכחי נמצאו קשרים חיוביים מובהקים בין תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע לסימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית. גם ניתוח הנתונים העלה ממצאים דומים כך שעלייה בתדירות השימוש בכלי התקשורת לאחר פיגוע, היוותה גורם מנבא להעלאת רמת המצוקה הנפשית וסימפטומי טראומה משנית. ממצאים אלה מתיישבים עם תיאורית העוררות עקב שימוש במדיה (arousal theory of media use) (Zillman & Bryant, 1994). מקור התיאוריה בטענה כי השימוש במדיה נועד למלא מספר צרכים (Rubin, 1994). תיאורית העוררות עקב שימוש במדיה מתמקדת בצורך של העלאת רמת הגרייה והעוררות באמצעות השימוש במדיה. המקור לעוררות עשוי להיות תלוי בנושא ספציפי המועבר באמצעות המדיה (למשל אגרסיביות). הזמן הנוסף המושקע לצד העוררות הגוברת עלול להפחית את הזמן המוקצה לרגיעה. תדירות גבוהה של עוררות וחוסר ברגיעה עשויים לתרום לעלייה כוללת של חווית דחק וכתוצאה מכך לעלייה ברמת סימפטומי הדחק (Lohaus et al., 2005). לכן, על פי תיאורית העוררות עקב שימוש במדיה

(דוגמת חשיפה לאירועי טרור), נצפה לקשר חיובי בין תדירות השימוש במדיה ורמת סימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית. ממצאים אלה תואמים את מודל הדחק של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984), העוסק בתהליכי עיבוד מידע ברמה הקוגניטיבית, כבסיס רגשי להערכת הסיטואציה ופירושה כמצב של אתגר או כאיום המוביל לתחושת דחק. עלייה ברמת החשיפה לטרור דרך אמצעי התקשורת עלולה לגרום לעלייה ברמת סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית. חוקרים אחרים הדגישו קיום קשר בין תדירות חשיפה גבוהה למתקפות טרור דרך אמצעי התקשורת וסימפטומי טראומה משנית (DeJong et al., 2001) בשילוב עם סימפטומי מצוקה נפשית (Ahern et al., 2002; Fremont, Pataki & Ahern et al., 2002; Beresin, 2005; Galea et al., 2002). תוצאות דומות התקבלו במחקרים שנערכו אודות תגובות לחשיפה עקיפה לטרור בישראל (Hyman, 2004; Keinan, Sadeh & Rosen, 2003).

יחד עם זאת, חרף החשיבות של גישה מהירה למידע דרך אמצעי תקשורת כלשהו בזמן או סמוך להתרחשות פיגוע (Saylor et al., 2003), במחקר הנוכחי לא נמצא קשר בין המהירות בה נעשה שימוש בתקשורת לאחר פיגוע לבין סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית. ניתוח הנתונים הציג בהתאמה ממצא זהה, כך שמהירות השימוש בתקשורת לא ניבאה סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית. בספרות המחקרית כמעט ולא מוזכרת כל התייחסות למשתנה מהירות השימוש בתקשורת עקב פיגוע או אירוע טראומתי כלשהו, פרט לממצא המצביע על כך שבעת ידיעה על התרחשות פיגוע, רוב הישראלים מעדיפים להפעיל את מכשיר הטלוויזיה שברשותם במהירות האפשרית (Keinan, Sadeh & Rosen, 2003). ניתן להניח כי תוצאות אלה נובעות בין השאר מחוסר הבנת הפריט העוסק במהירות הפעלת אמצעי התקשורת השונים ("כמה מהר את/ה נחשף/ת למידע על אירועי טרור בדרך כלל בישראל?") וייתכן כי ניסוח שונה היה מביא לתוצאות אחרות. כמו כן, ייתכן כי אכן לא קיים כל קשר בין מהירות השימוש במדיה בעקבות ידיעה על פיגוע לסימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית.

במחקר נמצא גם קשר בין הקרבה הגיאוגרפית למקום הפיגוע לבין סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית. במקביל, ניתוח הנתונים הראה כי קרבה למקום הפיגוע מהווה גורם מנבא לעלייה ברמת סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית. מספר מחקרים (Blanchard et al., 2004; Galea et al., 2002) הציגו תוצאות דומות והם מספקים חיזוק לממצא המראה כי קרבה גיאוגרפית למקום התרחשות מתקפת הטרור (האירוע הטראומתי), מעלה את רמת סימפטומי המצוקה הנפשית וסימפטומי הטראומה המשנית. מחקר שנערך בקרב תושבי ישראל הראה כי למידת הקרבה הגיאוגרפית למתקפת טרור ניכרת השפעה פסיכולוגית ורגשית גם עקב חשיפה עקיפה, בין אם מדובר בחשיפה חד פעמית או בסדרת מתקפות מתמשכת (Ronen, Rahav & Appel, 2003). עוד נמצא, כי שילוב של חשיפה עקיפה לטרור ביחד עם קרבה

פיזית רבה, מעלה את המודעות לנושאים פסיכולוגיים הקשורים לטראומה (Warren, Lee & Saunders, 2003).

4.3 הבדלים על רקע מגדרי

השערת המחקר השנייה גרסה כי בקרב נשים ימצאו רמת סימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית הגבוהים מאלו שבקרב גברים. ההבדלים שנמצאו תאמו באופן חלקי להשערת המחקר, כך שרמת סימפטומי מצוקה נפשית בקרב נשים היו גבוהים באופן מובהק מאשר בקרב גברים. בניגוד למצופה, המחקר הנוכחי לא מצא כל הבדלים בין גברים לנשים ברמת חומרת סימפטומי הטראומה המשנית. יצוין כי הספרות המחקרית תומכת באופן כמעט גורף בממצאים המצביעים כי נשים נמצאות בסיכון גבוה מזה של גברים בפיתוח סימפטומים טראומתיים וסימפטומי מצוקה נפשית (Kilpatrick et al., 2003), וכי לאחר חשיפה לאירוע טראומתי אחוז גבוה יחסית של נשים יפתח סימפטומים אלה (Galea et al., 2005; Solomon, Gelkopf & Bleich, 2005; Kessler et al., 1995; al., 2002). בלא קשר לאוכלוסייה הנבדקת או לסוג האירוע הטראומתי (Simmons & Granvold, 2005), כנראה על רקע רמת פגיעות גבוהה יותר למצבי דחק (Frans, Rimmo, Aberg & Fredrikson, 2005). ישנם אף מחקרים שמצאו יחס של 1:2 (נשים לגברים) בפיתוח סימפטומים אלה עקב חשיפה לאירועים טראומתיים (Frans et al., 2005; Simmons & Granvold, 2005). יתר על כן, מחקרים שנערכו בקרב סטודנטים שנחשפו למתקפות הטרור של ה-11 בספטמבר אך ורק דרך המדיה, מצאו רמות גבוהות יותר של סימפטומי טראומה משנית בקרב נשים סטודנטיות (Blanchard et al., 2004).

ממצא זה תואם מספר מחקרים אשר לא מצאו כל קשר בין המגדר לסבירות לפיתוח סימפטומי PTSD (למשל, Roseman, 2002; Brewin, Andrews & Valentine, 2000). מחקר אחר הראה כי נשים נמצאו בסיכון מוגבר ללקות ב-PTSD ובימפטומים השונים של ההפרעה, בעקבות אירוע תוקפני של אלימות שאינה על רקע מיני (למשל, שוד או כל תוקפנות פיזית אחרת) אך פגיעותן פחתה בעקבות חשיפה לטראומה שאינה על רקע תוקפנות (למשל, עדות לפגיעה באחרים) (Stein, Walker & Forde, 2000). מחקר נוסף אשר בדק הבדלים בתגובות לתאונת דרכים לא מצא הבדלים בין נשים לגברים בשכיחות או בהחלמה מסימפטומים טראומתיים בטווח של 1-4 חודשים מהתרחשות האירוע הטראומתי. החוקרים הציעו כי הבדלים בתגובות לאירוע טראומתי על רקע מגדרי אינם ניתנים להסבר אך ורק באמצעות חשיפה, והם עשויים לנבוע מייחוסים מגדריים, המותאמים לסוג האירוע הטראומתי (Freedman et al., 2002).

כיוון שחשיפה עקיפה לאירוע טרור באמצעות המדיה שונה מחשיפה ישירה לאירוע אלים או תוקפני, קיים סיכוי כי זו אחת מהסיבות לשיעור הדומה של סימפטומי טראומה משנית בין הנשים והגברים במחקר

הנוכחי, מה גם שהממצאים בדבר הקשר מגדר-סימפטומי טראומה משנית אינם חד משמעיים. אמנם גם המחקר הנוכחי מצא כי נשים השתמשו במידה רבה יותר באסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה ביחס לקבוצת הגברים (ראה בהמשך), הנחשבות כיעילות פחות בהתמודדות עם סימפטומי PTSD (Nezu & Carnevale, 1987). יחד עם זאת, כיוון שלא נמדדו סימפטומי PTSD בעוצמה מלאה (עקב חשיפה ישירה לטראומה), אלא רמת סימפטומי טראומה משנית, השונים הן כמותית והן איכותית (בעוצמתם), וכן בשל רמת ההסתגלות הגבוהה באוכלוסיה הישראלית הבוגרת שנצפתה בתקופת אינתיפאדת אל-אקצא (Zeidner, 2006), הרי שבסופו של דבר לא נמצאו כמעט כל הבדלים מגדריים ברמת חומרת הסימפטומים בין שני המינים.

בדיקת הבדלים בשימוש באסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה בין קבוצת הגברים לקבוצת הנשים, העלתה כי נשים משתמשות במידה רבה יותר באסטרטגיות התמודדות אלה יחסית לקבוצת הגברים. תמיכה בממצא זה מובאת במחקרים שהראו כי לאחר אירועים טראומטיים נשים נטו להשתמש יותר באסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה (Zeidner, 2005), בעוד שגברים נטו להשתמש יותר באסטרטגיות ממוקדות בעיה (Ptacek, 1999; Karanci et al., 1999). (Smith & Dodge 1994).

בניגוד למשוער בהשערה החמישית, נמצא כי תדירות השימוש בתקשורת (הן לצרכי הנאה והן לצורך עדכון לאחר פיגוע בישראל) היתה גבוהה יותר באופן מובהק בקרב סטודנטיות מאשר בקרב סטודנטים. לפיכך, השערה זו לא אוששה. ממצא זה מקבל חיזוק במחקר שנערך לאחרונה (Lohaus, Ball, 2005) ואשר הראה כי תדירות השימוש בתקשורת בקרב נשים בגיל ההתבגרות גבוהה מזו של גברים כולל במצבי דחק באמצעות האזנה לרדיו וקריאת עיתונים לעומת בנים מתבגרים. מתבגרים השתמשו יותר בטלוויזיה ובמחשב לאותן מטרות.

תיאוריות חברתיות מדגישות את תהליך החיברות השונה בין נשים לגברים ומקשרות זאת לתפיסות עולם שונות, תפקידים שונים ולהתנהגות מגדרית מתאימה (Gavranidou & Rosner, 2003). קישור תיאורית התפקיד החברתי (Eagly, 1987) להבדלים מגדריים ב-PTSD מראה כי נשים וגברים פועלים באופן הדדי בהתאמה עם תפקידם החברתי. מצופה מנשים כי יהיו פסיביות או חלשות. עקב חשיפה לאירוע טראומתי, ובהתאם לתפקידן החברתי הן עשויות לדווח בקלות ובמהירות רבות יחסית לגברים על סימפטומים נפשיים. בניגוד לכך, מצופה מגברים כי יראו בריאים ו"חזקים" יותר מנשים, ולכן הם עשויים להפחית בדיבור על מחלות והפרעות רגשיות. בנוסף, עוד מילדותם מעדיפים בנים לשחק במשחקים בעלי רמות סיכון גבוהות ונוטים לפתור מצבי קונפליקט בדרכים תוקפניות, בעוד שבנות בוחרות לפתור קונפליקטים באמצעים של שיחה ויצירת קשר (Hyde, 1986). ממצאים אלה מתיישבים עם מודל ההתמודדות עם הדחק של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984) בכך שבשל השוני התפיסתי

וההתנהגותי שבין המינים, נשים נוטות להשתמש בדפוסי התמודדות שונים מאלו של גברים. בהתאם לתיאוריות חברתיות והתפקיד החברתי, השוני ההתנהגותי על רקע מגדר מתבטא בכך שנשים נוטות להשתמש יותר באסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה ביחס לגברים, לאחר חשיפתן לאירוע טראומתי. עקב כך, נראה כי הן נוטות להפגין רמת מצוקה נפשית גבוהה יותר ביחס לגברים (Gavranidou & Rosner, 2003) וגם לאור הממצא (Aldwin, 1994) כי שימוש באסטרטגיות ממוקדות רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה, מצוי במתאם חיובי עם פתולוגיות נפשיות, קרי סימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי PTSD (Gavranidou & Rosner, 2003).

4.4 הבדלים על רקע דת וארץ מוצא

בהשערה השלישית נטען כי רמת הסימפטומים של הפרעת טראומה משנית ומצוקה נפשית תהיה גבוהה יותר בקרב סטודנטים לא יהודים מאשר בקרב יהודים. בהתאם להשערה, נמצא כי רמת סימפטומי המצוקה הנפשית וסימפטומי טראומה משנית (פרט לסולם עוררות יתר וסולם שיחזור פרטי האירוע) היו גבוהים יותר באופן מובהק בקרב סטודנטים לא יהודים מאשר בקרב סטודנטים יהודים. לפיכך, השערה זו אוששה ברובה. כמו כן, בניתוחים נוספים נמצא כי רמת הסובלנות לעמימות ותחושת השליטה היו גבוהות יותר באופן מובהק בקרב יהודים לעומת כאלה שאינם.

מספר מחקרים בחנו את ההבדלים בין הקבוצות האתניות השונות בתגובות הדחק לטרור.

תוצאות דומות לאלה שבמחקר הנוכחי התקבלו במחקרו של טיאנו (Tyano, 2003) שהשווה את שכחות סימפטומי הטראומה המשנית בעקבות אירועי טרור, בין אוכלוסיית הילדים היהודים לבין הילדים הערבים החיים בישראל. 50.2% מהילדים בעלי מוצא ערבי-ישראלי הראו סימפטומי טראומה משנית לעומת אחוזים נמוכים בהרבה של סימפטומים אלה בקרב האוכלוסייה היהודית הישראלית. הסבר המתקבל על הדעת לתופעה זו הוא המודעות והעמידות שפיתחו ישראלים ממוצא יהודי ויהודים בכלל במהלך השנים לטראומות שונות, החל מימי מלחמת העולם השנייה והשוואה, דרך מלחמות ישראל השונות, וכלה בפיגועים והתקפות שחוה העורף הישראלי בשנים האחרונות.

עוד עלה מן הממצאים כי רמת סימפטומי המצוקה הנפשית וציון תת הסולם עוררות יתר (סולם סימפטומי טראומה משנית) היו גבוהים באופן מובהק בקרב קבוצת הנבדקים שאינם ילידי ישראל בהשוואה לנבדקים ילידי ישראל. בהתאמה, מידת האופטימיות שנמדדה בקרב ילידי ישראל היתה גבוהה באופן מובהק ביחס לאלו שלא נולדו בה. תמיכה מחקרית נמצאה במחקר אשר בדק הבדלים בתגובות הנפשיות לחשיפה לטרור במהלך אינתיפאדת אל-אקצא בקרב נוער ערבי-ישראלי לעומת בני נוער ערבים-פלסטינאים (החיים בשטח הרשות הפלסטינית). התוצאות הצביעו על כך שבני נוער פלסטינאים חוו באופן מובהק רמות גבוהות יותר של אירועים טראומתיים וסימפטומי PTSD וכן תחושות פסימיות לגבי העתיד

בהשוואה לערבים לידי ישראל. החוקרים הגיעו למסקנה כי חשיפה חוזרת לטרור עשויה להיות קשורה לסימפטומים פוסט טראומתיים המורכבים מעבר לאלה המוכרים בספרות, וכוללים אוריינטציה אישית ולאומית לגבי העתיד (Lavi & Solomon, 2005). מתוצאות אלה ניתן ללמוד כי אנשים שנולדו בישראל מפתחים יכולת הסתגלות גבוהה יותר למצבי דחק ביחס לאנשים שהגיעו לישראל בשלב מאוחר יותר של חייהם. ואכן, מספר מחקרים שנערכו בישראל מצאו כי האוכלוסייה הישראלית הבוגרת אשר נחשפה באופן עקיף לטרור במהלך אינתיפאדת אל-אקצא, הציגה רמת אדפטציה גבוהה למצבי משבר, אשר בין השאר באה לידי ביטוי בסימפטומי PTSD ומצוקה נפשית נמוכים ביחס למצב (Bleich, Gelkopf & Zeidner, 2006; Solomon, 2003). ברזניץ ואשל (Breznitz & Eshel, 1983) טענו כי חרף רמות הדחק הבסיסיות הגבוהות המאפיינות חלק ניכר מהאוכלוסייה הישראלית, החשיפה החוזרת לגורמי דחק אינטנסיביים עשויה לעודד מספיק מצבי הסתגלות, המבוססים על למידה מחוויות אלה ומהתרגלות למצב הבאה בעקבותיה.

הסבר תיאורטי להבדלים בתגובות השונות לחשיפה עקיפה לטראומה על רקע מוצא אתני עשוי להתבסס על תופעת ה"אפליה על רקע אתני". תופעה זו מערבת יחס לא הוגן שהאדם מייחס למוצאו האתני ונמצא כי היא מהווה גורם דחק פסיכולוגי (Contrada et al., 2000), אשר יכול לגרום להחמרת סימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית בקרב מיעוטים שנחשפו בעקיפין לאירוע טראומתי. כמו כן, ניתן לטעון כי מקור השונות בחומרת סימפטומי המצוקה הנפשית והטראומה המשנית על רקע ארץ הלידה, הנם עוצמת החשיפה האובייקטיבית (לאירוע הטראומתי) המלווה בהערכה סובייקטיבית של המצב. ממצא זה תומך בהשקפתם של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984) כי הבדלים אינדיבידואליים בתגובה לאירועי דחק מעוגנים בפרשנויות אישיות של אירועי אלה וכוללים בין השאר את המשמעות שהפרט מעניק להם בהשפעת מאפייני המצב, הערכים והנורמות התרבותיים ומבנה אישיותו.

4.5 הבדלים על רקע נוכחות פיזית באירוע טרור

בקרב נבדקים שנכחו בעבר באירועי טרור נמצאו רמות מובהקות וגבוהות יותר של סימפטומי מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית ביחס לנבדקים שלא נכחו באירועים אלה. מחקרים קודמים מחזקים את הממצאים הנוכחיים בהצביעם על כך שחשיפה קודמת לאירועים טראומתיים עשויה לנבא סימפטומי PTSD (Blanchard et al., 2004). בין השאר נמצא, כי חשיפה לטראומה קודמת מעלה את רמת הפגיעות בעת חשיפה נוספת לטראומה (Breslau et al., 1991). עוד נמצא כי אנשים שחוו אירוע טראומתי קודם, מצויים ברמת פגיעות גבוהה לפיתוח סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית, לעומת אנשים שלא נחשפו קודם לאירוע טראומתי (Blanchard et al., 2004).

4.6 בדיקת קשרים בין סובלנות לעמימות, שליטה ואופטימיות לסימפטומי מצוקה נפשית וטראומה

משנית

על פי ההשערה הרביעית שוער כי ימצא קשר שלילי בין המשתנים : א. סובלנות לעמימות ;

ב. שליטה ; ג. אופטימיות ובין סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית.

בהתאם להשערה זו נמצאו קשרים שליליים מובהקים בין סובלנות לעמימות ובין רמת סימפטומי מצוקה נפשית ומרכיביה (סימפטומי חרדה, וסימפטומים גופניים). הקשר בין סובלנות לעמימות ורמת חרדה מוצג במחקר עדכני, אשר חשף קשר חיובי מובהק בין רמה נמוכה של סובלנות לעמימות ורמת חרדה גבוהה (Rassin & Muris, 2005). מחקר אחר (Dugas et al., 2005) גרס כי רמה נמוכה של סובלנות לעמימות גורם לרמת חרדה גבוהה. ייתכן כי ההסבר לקשר זה הוא שמצבי עמימות גבוהה גורמים לתחושה נמוכה של שליטה, וזו מעלה את רמת החרדה. הסבר זה נתמך על ידי ממצאי המחקר הנוכחי בהצביעם על קיום קשר מובהק בין תחושת עמימות גבוהה לתחושת שליטה נמוכה. כמו כן, לא נמצאו כל קשרים בין סובלנות לעמימות וסימפטומי טראומה או טראומה משנית. הספרות המקצועית העדכנית לא התייחסה עד היום לקשרים שבין משתנים אלה וייתכן כי ההסבר לחוסר חומר מחקרי נובע מאי קשר ביניהם.

קשרים שליליים מובהקים בין שליטה ובין ציון סימפטומי טראומה משנית וסימפטומי מצוקה נפשית נמצאו בהתאם להשערה. חיזוק לממצא זה מגיע ממחקר אשר בדק את תחושותיהם של חיילים בכוחות שונים שתפקידם להתפרס ולשמור על השקט באזורי לחימה (יוגוסלביה, לבנון וקמבודיה). נמצא כי תחושת שליטה נמוכה על המתרחש בסיטואציה היתה קשורה באופן מובהק עם סימפטומי PTSD (Dirkzwager, Bramsen & Van Der Ploeg, 2005), וכי חשיפה מרובה לאירועי דחק מחלישה עוד יותר את האדם ושוחקת את תחושת השליטה שלו (Pearlin et al., 1981). כמו כן, אנשים בעלי רמות גבוהות של תחושת שליטה הציגו רמות נמוכות של מצוקה נפשית (Rosenfield, 1989) ורמה גבוהה של בריאות נפשית (Bovier, Chamot & Perneger, 2004).

קשרים שליליים מובהקים נמצאו גם בין משתנה האופטימיות לבין סימפטומי מצוקה נפשית וכמו כן עם סימפטומי טראומה משנית. ממצאים אלו תאמו את השערת המחקר. הספרות המחקרית בתחום מצבי הדחק והמצוקה הנפשיים הציגה תוצאות דומות. למשל, נמצא כי נשים אשר אובחנו כחולות בשלבים ראשוניים של סרטן שד, עשויות לחוות מצוקה נפשית משמעותית. יחד עם זאת, לא כל אותן הנשים המאובחנות במחלה חוו תחושות רגשיות שליליות בעוצמות אלה. מתברר שנשים אלה נשענו על משאבים חיצוניים ופנימיים דוגמת אופטימיות. ואכן נמצא במחקרים רבים כי אופטימיות מצויה בקשר שלילי מובהק עם מצוקה נפשית (Hatchett & Park, 2004; Miller et al., 1996; Trunzo & Pinto, 2003).

מחקרים אחרים הצביעו על קשר שלילי בין אופטימיות לסימפטומטולוגיה דיכאונית באוכלוסייה הכללית (Vickers & Vogeltanz, 2000).

מתוך מספר המחקרים המצומצם בתחום מצטיירת תמונה המשקפת כי אופטימיות מביאה לשיפור התמודדות הפרט עם מצבי משבר (Ai et al., 2006) ומצבי דחק (Scheier et al., 2001). כך לדוגמה אנשים הנחשבים כאופטימיים סיגלו לעצמם אסטרטגיות התמודדות פעילות והראו רמת דחק נמוכה יחסית לאנשים הנחשבים כפסימיים (Iwanaga, Yokoyama, & Seiwa, 2004). עוד נמצא כי רמת אופטימיות נמוכה מהווה גורם סיכון להתפתחות סימפטומי PTSD ודיכאון לאחר מצבי מלחמה (Durakovic-Belko, Kulenovic & Dapic, 2003). כמו כן, בחינת השפעת מתקפות הטרור של ה-11/9 על סטודנטים אמריקאים, הראתה מתאם שלילי מובהק בין אופטימיות לבין סימפטומי PTSD (Ai et al., 2006) כך שרמת אופטימיות גבוהה קשורה לרמה נמוכה של סימפטומי PTSD וההיפך.

4.7 בדיקת קשרים נוספים

נמצא קשר שלילי מובהק בין תדירות השימוש בתקשורת בזמן שגרה לבין מידת הסובלנות לעמימות, כך שככל שרמת הסובלנות לעמימות נמוכה יותר, תדירות השימוש בתקשורת בשגרה גבוהה יותר. הספרות המקצועית העדכנית לא התייחסה עד היום לקשרים שבין משתנים אלה, אולם נראה כי קיים הסבר הגיוני לקשר בין המשתנים. ניתן לומר כי תחושת סובלנות לעמימות נמוכה תתבטא בין השאר בתחושת אי וודאות וחוסר אונים הולכות וגדלות. משום כך, אנשים המתאפיינים ברמה נמוכה של סובלנות לעמימות, יחפשו אחר מידע זמין ומהימן, על מנת לאפשר לעצמם את הפחתת תחושת אי הוודאות. לכן אנשים המאופיינים בתכונה זו, ישתמשו באמצעי התקשורת השונים בתדירות שימוש גבוהה יותר. חיזוק עקיף לכיוון חשיבה זה מצוי במחקרים שהצביעו על קשר מובהק בין רמת סובלנות לעמימות נמוכה ורמת חרדה גבוהה (Dugas et al., 2005; Rassin & Muris, 2005). ייתכן כי חלק ממקורות החרדה הם תחושות אי הוודאות וחוסר האונים, ההולכים וגוברים במצבי עמימות, וכי חרדה מסוג זה מניעה את היחיד להתעדכן בתדירות גבוהה יותר מאשר במצבי וודאות ובכך להשיג תחושת שליטה ורגיעה.

הממצאים מצביעים על קשר שלילי מובהק בין אופטימיות להימנעות, קשר חיובי מובהק עם התמודדות ממוקדת בעיה וחוסר קשר עם התמודדות ממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה (אם כי בניתוח הנתונים אופטימיות לא היוותה גורם מנבא להתמודדות נמנעת, ממוקדת בעיה וממוקדת רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה). תוצאות המתאמים תואמות למודל הויסות העצמי (Carver and Scheier, 1981; 1999) הגורס כי במצבי דחק אנשים אופטימיים נוטים להשתמש יותר באסטרטגיות התמודדות ממוקדות בעיה, שהן בעלות ערך סתגלני רב (Taylor & Armor, 1996; Brissette, Scheier & Carver, 2002), ופחות

באסטרטגיות התמודדות נמנעות (Carver et al., 1993). מחקר שממצאיו תומכים בתיאוריה בדק את יחסי הגומלין שבין אופטימיות ואסטרטגיות התמודדות לאחר בקרה של משתנה הפתולוגיה הנפשית. התוצאה הצביעה על עדות לקיום קשר חיובי מובהק בין אופטימיות ואסטרטגית התמודדות ממוקדת בעיה בלבד (Hatchett & Park, 2004). תמיכה מחקרית מצביעה על כך שאנשים אופטימיים סיגלו לעצמם אסטרטגיות התמודדות פעילות ובעקבות כך הראו רמת דחק נמוכה יחסית לאנשים הנחשבים כפסימיים (Iwanaga, Yokoyama, & Seiwa, 2004).

4.8 הקשר בין אסטרטגיית הימנעות, חשיפה לטרור דרך המדיה ופיתוח סימפטומי מצוקה נפשית

ניתוח הנתונים הראה כי תחושת שליטה נמוכה מגדילה את השימוש באסטרטגיית הימנעות. בהמשך נמצא כי שימוש באסטרטגיית הימנעות מעלה את תדירות השימוש באמצעי התקשורת (לאחר פיגוע) ושימוש מוגבר זה תורם להתגברות רמת המצוקה הנפשית. במקביל, נמצא כי שימוש באסטרטגיית הימנעות תורמת להתפתחות סימפטומי מצוקה נפשית. ממצא זה עומד בניגוד להשערת המחקר וכן בסתירה למודל התיאורטי הגורס כי ככל שמידת השימוש באסטרטגיית הימנעות הולך וגדל, כך תלך ויפחת מידת החשיפה לאמצעי התקשורת (בשל הימנעות מכל פעולה). ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על מודל שונה בו קיים קשר חיובי בין הימנעות וחשיפה - ככל שמידת השימוש באסטרטגיית התמודדות נמנעת גבוהה יותר, תדירות השימוש בתקשורת לאחר פיגוע גבוהה יותר ובהתאם רמות סימפטומי המצוקה הנפשית וסימפטומי הטראומה המשנית, גבוהות יותר. ואכן, מחקר עדכני בדק את השפעת החשיפה העקיפה (על ידי שימוש באמצעי התקשורת השונים) לאירועי ה-11 לספטמבר בקרב קבוצות סטודנטים. החוקרים (DeRoma et al., 2003) מצאו קשר בין אסטרטגיית התמודדות נמנעת וסימפטומי PTSD, וכן בין סגנון התמודדות של חיפוש אחר אינפורמציה (דוגמת משתנה שימוש בתקשורת) לבין סימפטומי PTSD (Schlenger et al., 2002). ניתן להניח כי ממצאים אלה מחזקים את ההבנה כי תחושת שליטה נמוכה מגדילה את השימוש באסטרטגיית התמודדות נמנעת וכי רמה גבוהה של התמודדות נמנעת מעלה את תדירות השימוש באמצעי התקשורת, דבר התורם להתגברות רמת המצוקה הנפשית. חיזוק עקיף למודל התקבל מניתוח הנתונים בו נמצא כי שימוש באסטרטגיית הימנעות תורמת להתגברות רמת המצוקה הנפשית.

הסבר אלטרנטיבי נוסף לקשר בין תחושת שליטה נמוכה ושימוש מוגבר באסטרטגיית התמודדות נמנעת מגיע ממחקרים שהראו כי תחושת שליטה גבוהה מתאפיינת: א. רמת חרדה נמוכה (Gurung-Regan et al., 2005); ב. רמות מצוקה נפשית נמוכה (Rosenfield, 1989); ג. רמת בריאות נפשית גבוהה (Bovier, Chamot & Perneger, 2004). על פי מכלול המחקרים נראה כי קיים קשר עקיף אולם הגיוני בין המשתנים חרדה ואי וודאות וכי משתנים אלה מנבאים התנהגויות נמנעות (Duronto, Nishida & Nakayama, 2005).

4.9 מגבלות המחקר

המחקר הנוכחי כולל מספר בעיות מתודולוגיות ומעשיות עליהן יש לתת את הדעת. ראשית, חרף עיסוק וערנות בנושא הפרעה על רקע טראומה משנית וסימפטומים של טראומה משנית, תופעות אלה עדיין לא קיבלו הכרה והגדרה רשמית בספרות המקצועית. הפרעה זו עדיין אינה מופיעה במדריך ה-DSM-IV (APA, 2000) ובמדירי הפרעות אחרים. על רקע זה קיימת חוסר אחידות בהגדרת ההפרעה לצד אי הסכמה לגבי גורמיה והסימפטומים הנלווים אליה (למשל; Figley, 1983; מול Pearlman & MacIan, 1995). ישנם חוקרים המתייחסים לסימפטומים של ההפרעה כסימפטומי PTSD למרות ההבדלים בקריטריונים האיכותיים והכמותיים בין חשיפה ישירה לעקיפה לטראומה. חוסר ההכרה הרשמית, אי ההסכמה בין המומחים בתחום וחוסר האחידות בהגדרת ההפרעה הביאה לכך שכמעט ולא קיימים כלי מדידה מהימנים ומתוקפים הבודקים את סימפטומי הטרומה המשנית. קושי זה, חייב את המחקר להשתמש בשאלונים שנועדו מלכתחילה למדוד סימפטומים של חשיפה ישירה לטראומה (שאלון PSS), מה שיכול היה להחליש במידת מה את עוצמת סימפטומי הטרומה המשנית הנמדדים, מה גם שממילא מדדים של סימפטומים אלה הם נמוכים יחסית.

בעיה מתודולוגית נוספת קשורה ברמת החרדה שנמדדה על פי מדדי שאלון BSI (רמת מצוקה נפשית). רמת החרדה במחקר נמצאה גבוהה ביחס לשאר הסולמות בשאלון ה-BSI. אחד ההסברים האלטרנטיביים לממצא זה, הנו העובדה שהשאלונים הועברו לסטודנטים במהלך השבוע האחרון של שנת הלימודים האקדמית. תקופה זו מלאה בגורמי דחק כגון עמידה בבחינות סוף סמסטר, הגשת עבודות וקבלת ציונים סופיים, כמו גם המתנה להודעות קבלה לסטודנטים שנרשמו לתארים מתקדמים. לכן קיים סיכוי כי העברת שאלוני המחקר בתקופה מוקדמת יותר במהלך שנת הלימודים האקדמית (בתנאי שלא היו ברקע אירועים כמו הרשומים לעיל) היתה מניבה ציוני חרדה נמוכים יותר, מה שעשוי היה לגרום גם לקבלת ציון סימפטומי מצוקה נפשית כללי נמוך יותר.

בדומה לכך, התקופה בה חולקו שאלוני המחקר, נחשבה לתקופת רגיעה בה פחת מספר הפיגועים בישראל באופן דרמטי. ייתכן כי מדידה של אותם פרמטרים בעיצומה של תקופה רווית מתח בטחוני ופיגועים, היתה מניבה תוצאות הכוללות סימפטומים חריפים באופן משמעותי מאלו שנמדדו. קיימת גם סבירות גבוהה כי במידה ובמהלך ימי העברת השאלונים, היו מתרחשים העלאה של רמת הכוונות, אירוע על רקע בטחוני או פיגוע כלשהו בישראל, אזי היינו נוכחים לראקטיבציה של סימפטומי הטרומה המשניים והמצוקות הנפשיות. גם פיזורם הגיאוגרפי של מקום מגורי הסטודנטים אשר נכללו במחקר עשוי היה להוות מגבלה נוספת, כיוון שרוב אוכלוסיית המחקר חיה בחיפה ובאזור הצפוני של ישראל. ייתכן כי מחקר דומה אשר היה מתבסס על אחוז גבוה של נבדקים מאזור בו היה מספר רב יותר של פיגועים ומידת

חשיפה ישירה גבוהה יותר (לדוגמא, העיר ירושלים וסביבותיה), היה מגיע לתוצאות המצביעות על סימפטומי טראומה משנית גבוהים יותר וכן על מצוקות נפשיות חריפות יותר. בהתייחס לרקע הדמוגרפי של אוכלוסיית המחקר, הרי שחרף היותה אוכלוסייה בוגרת שיש בה רוב יהודי, אוכלוסייה זו היא הומוגנית וקיים סיכוי כי אינה מייצגת נאמנה את הרכב האוכלוסייה הישראלית. קיימות לכך מספר סיבות: ראשית, מדובר בסטודנטים לתואר ראשון ושני. נתון זה מצביע על יכולת לימודית-אקדמית גבוהה מהממוצע באוכלוסייה הישראלית. שנית, ייתכן כי מצבה הסוציו-אקונומי של אוכלוסיית המחקר אינו מייצג בהכרח את כלל החברה הישראלית (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2006). ייתכן גם כי משום שהמחקר הנוכחי שאוכלוסייה סטודנטית היא בעלת יכולות גבוהות מהממוצע (וכן ביחס לחברה הישראלית), הרי שגם יכולת ההסתגלות והעמידות של אוכלוסייה זו במצבי דחק היא שונה.

4.10 הצעות למחקרי המשך

בעתיד, מומלץ יהיה לבדוק האם קיימים הבדלים בתגובותיהם של הנבדקים (סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית) בין אמצעי התקשורת השונים המדווחים על אירוע טרור ואיזו חשיפה לטרור דרך אמצעי התקשורת נחשבת לגורם מעורר דחק עוצמתי יותר. מחקר דומה (Lohaus et al., 2005) לזה המוצע, בדק את הבדלי השימוש באמצעי תקשורת על רקע מגדרי ואת סימפטומי הדחק כתוצאה מהשימוש בהם בקרב מתבגרים.

מומלץ יהיה לבדוק השפעות של חשיפה עקיפה לטרור דרך אמצעי התקשורת על אוכלוסיות נוספות בישראל כגון ילדים, ניצולי שואה ואנשי כוחות הביטחון. ידוע כי לאוכלוסיות אלו רגישות גבוהה, אולם זו עדיין לא נבדקה.

נושא חשוב נוסף שיש להמשיך ולחקור הנו מכלול התגובות המיידיות (Bernat, Ronfeldt, Calhoun & Arias, 1998) של אנשים בעקבות חשיפה משנית לטרור ולאירועים טראומתיים אחרים דרך אמצעי התקשורת וזאת על מנת שתתאפשר יכולת זיהוי וסיוע מיידיים לאותם פרטים שיפתחו סימפטומי טראומה משנית ומצוקה נפשית גבוהים. ממצאים ברורים וחד משמעיים בתחום יוכלו לאפשר ניבוי טוב יותר של סוגי האוכלוסיות העלולות להגיב באופן חריף יותר. יישום מעשי של מסקנות אלה, יאפשר מתן המלצות לחשיפה או למניעת חשיפה של אוכלוסיות מחתכים וגילאים שונים לאינטרנט ולמהדורות החדשות בפרק הזמן המידי ובטווח הזמן שלאחר התרחשות מתקפות טרור או אירוע טראומתי בקנה מידה ארצי וכלל עולמי.

4.11 מסקנות ויישום תוצאות המחקר

במחקר הנוכחי נעשה ניסיון להתחקות אחר טיב הקשר בין משתנים דמוגרפיים, משאבים אישיים, שימוש באסטרטגיות התמודדות, תדירות ומהירות השימוש באמצעי התקשורת השונים והחשיפה העקיפה לפיגועים דרכם, לבין רמת סימפטומי מצוקה נפשית וטראומה משנית. ואכן, ממצאי המחקר הצביעו על קיום קשר בין תדירות השימוש באמצעי התקשורת השונים (טלוויזיה, רדיו, עיתונים, שמועות, אינטרנט ו-SMS) וחשיפה דרכם לאירועי טרור טראומתיים לבין מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית בקרב אוכלוסיית סטודנטים בישראל.

אוכלוסייה הנבדקים זו עשויה לייצג חתך של אוכלוסייה צעירה, דינאמית וסקרנית בעלת לפחות השכלה תיכונית מלאה (כולל זכאות לבגרות וידע באנגלית), שגילה נע בין 19 ל-42 שנים. לאוכלוסייה זו נגישות גבוהה ביותר לתקשורת האלקטרונית (רדיו, טלוויזיה, מחשבים ו-SMS) וכן לאמצעי תקשורת אחרים (עיתונים יומיים ושמועות המועברות במהלך מפגשים חברתיים בקמפוס ובמעונות האוניברסיטה). המודל שנמצא במחקר עשוי לסייע לנו הן בזיהוי והן בהמשך חקר התופעה של הסיכונים הכרוכים בחשיפה עקיפה לאירועי טרור ולטראומות אחר דרך אמצעי התקשורת.

אחד מהיישומים החשובים הוא בניית מודל וזיהוי מוקדם של אוכלוסיות פגיעות לחשיפה עקיפה, ומתן המלצה לרמות חשיפה מוגבלות במטרה למנוע התפתחות מצוקה נפשית וסימפטומי טראומה משנית. למשל, במחקר התגלה כי נשים רגישות יותר מגברים וכי הן הראו מצוקה נפשית גבוהה יותר לחשיפה עקיפה דרך אמצעי התקשורת. סיכון מוגבר לפתח תסמינים של מצוקה נפשית וטראומה משנית קיים גם בקרב אוכלוסיות לא יהודיות, אוכלוסיות שאינן ילידות ישראל וכן אנשים שהיו מעורבים באופן ישיר באירוע טרור. אוכלוסיות אלה צריכות להיות מתודרכות ומודעות יותר לסיכון שבחשיפה עקיפה לטרור.

לאוכלוסיות אלה, לאנשים שהיו בקרבת מקום או הגרים קרוב למקום הפיגוע, וכן לאנשים שנחשפו בעקיפין לטרור או כאלה המצויים בסיכון מוגבר, ניתן להמליץ על טיפול קוגניטיבי (פרטני או קבוצתי) קצר מועד או על טכניקות ותרגול עצמיים. מגוון שיטות אלה עשוי לאפשר למידה ושימוש באסטרטגיות התמודדות ממוקדות בעיה תוך זניחה של התנהגויות ואסטרטגיות התמודדות לא יעילות ואף מזיקות (אסטרטגיות ממוקדות רגש-ביטוי רגש וחיפוש תמיכה והימנעותיות) בעת הימצאות במצבי חשיפה עקיפים. בטיפול הקוגניטיבי ניתן יהיה גם לנסות ולחזק את החלקים האופטימיים ואת תחושת השליטה, באמצעות למידה כיצד להימנע מדפוסי חשיבה לא רציונאליים ובלתי מסתגלים.

ברמה הכלל ארצית יומלץ על הפחתה בתדירות שידורים בעלי פוטנציאל לגרימת מצבי דחק (כגון: חלקי גופות, גופות חרוכות, פציעות שונות, דם וכדומה) דרך אמצעי התקשורת השונים, בעיקר בשעות ובימים הראשונים שלאחר האירוע הטראומתי, במטרה להקטין את תחושות הדחק והמצוקה הנפשית הנלוות אליו. יתר על כן, נראה כי לא רק את הכמות יש לברור היטב כי אם את תכני השידור. למשל, כדאי

יהיה לשקול אילו תכנים יעבירו לציבור מסרים "מרגיעים" ואילו יעלו את רמת החרדה והדחק. מצב כזה עלול לעורר תחושות קשות של עצב, ייאוש וחוסר אונים, שיביאו לכדי פגיעה במורל ובעמידות הלאומית. ניתן יהיה לשלוח בדואר עלונים לכלל הציבור וכן לשדר סרטונים קצרים בטלוויזיה (במספר שפות), המעלים את המודעות לסכנה שבחשיפה עקיפה לאירועים טראומטיים דרך התקשורת. הסרטונים והעלונים יכללו הסבר קצר על התופעה וכן את מכלול הסיכונים והתסמינים העלולים להיגרם מהחשיפה העקיפה. בסוף העלון והתשדיר יינתן תדרוך קצר כיצד לזהות תסמינים אלה, לצד המלצות להתאמה אישית של רמת חשיפה נכונה ופנייה למעקב וטיפול במקרה הצורך אצל גורמים מקצועיים מוסמכים.

5. רשימה ביבליוגרפית

- אורן, ד. (2002). הקשר בין סובלנות לעמימות, מגוון ומידת השימוש באסטרטגיות התמודדות עם מצבי לחץ והסתגלות במונחים של רמת תפקוד בריאותי ורווחה אישית. עבודת גמר לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה". חיפה: החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה.
- דאי, א. (2003). *הבדלים מגדריים בתהליכי עיבוד רגשי במתח פוט-טראומתי*. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך". רמת גן: המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן.
- דובר צה"ל - "גאות ושפל": נפגעים בקרב כוחות הביטחון ואזרחים ישראלים מספטמבר 2000 (ללא תאריך). נלקח מתוך: http://www1.idf.il/SIP_STORAGE/DOVER/files/4/21834.doc.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2004). *שנתון סטטיסטי לישראל, מספר 55*. ירושלים, ישראל.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2006). *שנתון סטטיסטי לישראל, מספר 57*. ירושלים, ישראל.
- סולומון, ז., גלוקופף, מ., ובליד, א. (2004). האם הטרור עיוור למגדר? החשיפה והתגובות של נשים וגברים לאינתיפאדה. *חברה ורווחה, כ"ד(2)*, 125-145.
- Ahern, J., Galea, S., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov, D. (2002). Television images and psychological symptoms after the September 11 terrorist Attacks. *Psychiatry, 65(4)*, 289-300.
- Ai, A. L., Evans-Campbell, T., Santangelo, L. K., & Cascio, T. (2006). The Traumatic Impact of the September 11, 2001, Terrorist Attacks and the Potential Protection of Optimism. *Journal of Interpersonal Violence, 21(5)*, 689-700.
- Aldwin C.M. 1994. *Stress, coping and development*. New York: Guilford Press.
- Al-Saffar, S., Borga, P., Edman, G., & Hallstrom, T. (2003). The etiology of posttraumatic stress disorder in four ethnic groups in outpatient psychiatry. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 38*, 456-462.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Text Revision). Washington DC: American Psychiatric Association.

- Amir, M., & Sol, O. (1999). Psychological impact and prevalence of traumatic events in a student sample in Israel: The effect of multiple traumatic events and physical injury. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 139-154.
- Aspinwall, L. G., Richter, L., & Hoffman, R. R., III. (2001). Understanding how optimism works: An examination of optimists' adaptive moderation of belief and behavior. In H.S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health 3*, 217-238. San Diego, CA: Academic.
- Bar-Tal, Y., Lurie, O., & Glick, D. (1994). The effect of gender on the stress process of Israeli soldiers during the gulf war. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal, 7*, 263-276.
- Barak, A., & Golan, G. (2000). Counseling Psychology in Israel: Successful accomplishments of a nonexistent specialty. *The Counseling Psychologist, 28(1)*, 100-116.
- Bates, B. (2001). Terrorism affects kids even from a distance. *Pediatric News, 35(11)*, 25.
- Ben-Ari, A., & Pines, A.M. (2002). The changing role of family in utilization of social support: Views from Israel Jewish and Arab students. *Families in Society, 83*, 93-101.
- Ben-Ari, A., & Gil, S. (2004). Well-being among minority students: The role of perceived social support. *Journal of Social Work, 4(2)*, 215-225.
- Benight, C.C., & Harper, L.L. (2002). Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long term distress following natural disasters. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 177-186.
- Ben-Zur, H. (1999). The effectiveness of coping meta-strategies: perceived efficiency, emotional correlates and cognitive performance. *Personality and Individual Differences, 26*, 923-938.
- Ben-Zur, H. (2002a). Coping, affect and aging: The roles of mastery and self-esteem. *Personality and Individual Differences, 32*, 357-372.
- Ben-Zur, H. (2002b). Monitoring/Blunting and social support: associations with coping and affect. *International Journal of Stress Management, 9(4)*, 357-377.
- Ben-Zur, H. (2003). Happy adolescents: Subjective well-being, internal resources, and parental factors. *Journal of Youth and Adolescence, 32*, 67-79.
- Ben-Zur, H., & Debi, Z. (2005). Optimism, social comparisons and coping with vision loss in Israel. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 99*, 151-164.

- Ben-Zur, H., & Reshef-Kfir, Y. (2003). Risk taking and coping strategies among Israeli adolescents. *Journal of Adolescence, 26*, 255–265.
- Ben-Zur, H., & Zeidner, M. (1995). Coping patterns and affective reactions under community crisis and daily routine conditions. *Anxiety, Stress and Coping, 8*, 185-201.
- Bernat, J. A., Ronfeldt, H. M., Calhoun, K. S., & Arias, I. (1998) Prevalence of Traumatic Events and Peritraumatic Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms in a Nonclinical Sample of College Students. *Journal of Traumatic Stress, 11(4)*, 645-664.
- Blanchard, E.B., Kuhn, E., Rowell, D.L., Hickling, E.J., Wittrock, D., Rogers, R.L., Johnson, M.R., & Steckler, D.C. (2004). Studies of the vicarious traumatization of college students by the September 11th attacks: effects of proximity, exposure and connectedness. *Behavior Research and Therapy, 42*, 191–205.
- Blake, D.D., Cook, J.D., & Keane, T.M. (1992). Post-traumatic stress disorder and coping in veterans who are seeking medical treatment. *Journal of Clinical Psychology, 48*,695-704.
- Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Journal of American Medical Association, 290(5)*, 612-20.
- Boss, P., Beaulieu, L., Wieling, E., Turner, W., & LaCruz, S. (2003). Healing loss, ambiguity, and trauma: a community-based intervention with families of union workers missing after The 9/11 attack in N.Y. City. *Journal of Marital and Family Therapy, 29(4)*, 455-467.
- Bovier, P. A., Chamot, E., & Perneger, T.V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research, 13*, 161–170.
- Breslau, N. (2001). The Epidemiology of Posttraumatic Stress Disorder: What is the Extent of the Problem? *Journal of Clinical Psychiatry, 62(17)*, 16-22.
- Breslau, N., David, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*, 216-222.

- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H., Schultz, L.R., Davis, G.C., & Andersky, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 626-632.
- Breslau, N., Chilcoat, H.D., Kessler, R.C., Peterson, E.L., & Lucia, V.C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic-stress disorder. *Psychological Medicine*, *29*(4), 813-21.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consult Clinical Psychology*, *68*(6), 748–766.
- Breznitz, S., & Eshel, Y. (1983). Life events: Stressful ordeal or valuable experiences? In S. Breznitz (Ed.), *Stress in Israel* (pp. 228-261). New York: Van Nostrand Reihhold.
- Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 102-111.
- Brown, J., Mulhem, G., & Joseph, S. (2002). Incident-related stressors, locus of control, coping and psychological distress among firefighters in Northern Ireland. *Journal of Traumatic Stress*, *15*, 161-168.
- Budner, S. (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality*, *30*, 29-50.
- Capotori, F. (1979). *Minorities in International Law*. Pentassuglia: Gaetano.
- Carter, R. T. (1995). *The influence of race and racial identity in the psychotherapy process: Toward a racially inclusive model*. New York, NY: Wiley.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Rolinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 375–390.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1999). *Themes and issues in the self-regulation of behavior*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). Optimism. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-243). New York: Oxford University Press.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-283.
- Carver, C.S., Spencer, S.M., & Scheier, M.F. (1998). Optimism, motivation, and mental health. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health*, *3*, 41-52. San Diego, CA: Academic.
- Chang, E. C. (2001). Cultural influences on optimism and pessimism: Differences in Western and Eastern construals of the self. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 257-280). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chermak, S. (2003). Marketing fear: Representing terrorism after September 11. *Journal for Crime, Conflict and the Media*, *1(1)*, 5-22.
- Clohessy, S., & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*, 251-265.
- Cobb, b., Clark, R.L., McGuire, C., & Howe, C.D. (1954). Patient responsible delay of treatment in cancer. *Cancer*, *7*, 920-926.
- Conger, R.D., Jewsbury-Conger, K., Matthews, L. S., & Elder, G.H. (1999). Pathways of economic influence on adolescent adjustment. *American Journal of Community Psychology*, *27*, 19–541.
- Contrada, R.J., Ashmore R.D., Gary M.L., Coups, E., Egeth, J.D., Sewell A., Ewell K., Goyal, T.M., & Chasse, V. (2000). Ethnicity-Related Sources of Stress and Their Effects on Well-Being. [Current Directions in Psychological Science](#), *9(4)*, 136-139(4).
- Crelinsten, R.D. (1992). Victims' perspectives. In D.L., Paletz, A. P., & Schmid (Eds.), *Terrorism and the media* (pp. 208-238). London: age Publications.
- Davidson, J. (1995). Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

- Davidson, J. (2000). Trauma: the impact of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychopharmacology*, *14*, 5–12.
- Davies, F. (1963). *Passage through crisis: Polio victims and their families*. Indianapolis: Bobbs-merrill.
- DeJong, J. T., Komproe, I. H., van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., et al. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in four postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, *286*, 555-562.
- [DeRoma, V.](#), [Saylor, C.](#), [Swickert, R.](#), [Sinisi, C.](#), & [Marable, T.B.](#), [Vickery, P.](#) (2003). College Students' PTSD Symptoms, Coping, and Perceived Benefits Following Media Exposure to 9/11. *Journal of College Student Psychotherapy*, *18*(1), 49-64.
- Deuze, M. (2003). The web and its journalisms: considering the consequences of different types of newsmedia online. *New Media & Society*, *5*(2), 203-230.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, *54*, 403–425.
- Dinardo, Q.E. (1971). *Psychological adjustment to spinal cord injury*. Unpublished doctoral dissertation. Texas: University of Houston.
- Dirkzwager, A.J.E., Bramsen, I., & Van Der Ploeg, H.M. (2005). Factors associated with posttraumatic stress among peacekeeping soldiers. *Journal of Anxiety, Stress, and Coping*, *18*(1), 37-51.
- Dugas, M.J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, *25*(5), 551-558.
- [Dugas, M.J.](#), [Hedayati, M.](#), [Karavidas, A.](#), [Buhr, K.](#), [Francis, K.](#), & [Phillips, N.A.](#) (2005). Intolerance of Uncertainty and Information Processing: Evidence of Biased Recall and Interpretations. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, *29*(1), 57-70.
- Durakovic-Belko, E., Kulenovic, A., & Dapic, R. (2003). Determinants of Posttraumatic Adjustment in Adolescents from Sarajevo Who Experienced War. *Journal of Clinical Psychology*, *59*(1), 27–40.

- Duronto, P. M., Nishida, T., & Nakayama, S. (2005). Uncertainty, anxiety, and avoidance in communication with strangers. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 549–560.
- Eagly, A.H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. Hillsdale: L. Erlbaum.
- Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245–277.
- Figley, C.R. (1978). Psychosocial adjustment among Vietnam vets: An overview of the research. In C. Figley (Ed.), *Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research, and treatment*, (pp. 57-70). N.Y.: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. In C. R. Figley & H. I. McCubbin (Eds.), *Stress and the family: Vol. 2. Coping with catastrophe* (pp. 3–20). N.Y.: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1986). Traumatic stress: The role of the family and social support system. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: Vol. 2. Traumatic stress theory, research, and intervention* (pp. 39–54). N.Y.: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1988). Toward a field of traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 1(1), 3-16.
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). N.Y.: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R., & Kleber, R. J. (1995). Beyond the “victim”: Secondary traumatic stress. In R.J. Kleber, C.R., Figley, & B.P.R. Gersons (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp. 75–98). N.Y.: Plenum.
- Foa, E.B., Skeketee, G., & Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of posttraumatic stress disorder. *Behavioral Therapy*, 20, 155-176.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-73.

- Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 563-584). Washington, DC: American Psychological Association.
- Frans, O. (2003). *Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the general population*. Sweden, Uppsala: Acta.
- Frans, O., Rimmo, P.A., Aberg L, & Fredrikson M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatry Scand*, *111*, 291–299.
- Freedman, S. A., Gluck, N., Tuval-Mashiach, R., Brandes, D., Peri, T., & Shalev, A. Y. (2002). Gender Differences in Responses to Traumatic Events: A Prospective Study. *Journal of Traumatic Stress*, *15*(5), 407–413.
- Fremont, W. P., Pataki, C., & Beresin, E. V. (2005). The impact of terrorism on children and adolescents: terror in the skies, terror on television. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *14*(3), 429-51.
- Fullerton, C.S., Ursano, R.J., Epstein, R.S., Crowley, B., Vance, K., Kao, T.C., Dougall, A., & Baum, A. (2001). Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, *158*(9), 1486-91.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Norwood, A. E., & Holloway, H. H. (2003). [Trauma, terrorism & disaster. In R. J., Ursano, C. S. Fullerton & A. E., Norwood \(Eds.\), Terrorism and disaster: Individual and community mental health interventions. Cambridge: Cambridge University Press.](#)
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*, [347\(6\), 443-5.](#)
- Gavranidou, M., & Rosner, R. (2003). The weaker sex? Gender and post-traumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, *17*, 130–139.
- Geller, G., Tambor, E. S., Chase, G. A. and Holtzman, N. A. (1993). Measuring physicians' tolerance for ambiguity and its relationship to their reported practices regarding genetic testing. *Medical Care*, *31*, 989-1001.

- Gill, S. (2005). Coping style in predicting posttraumatic stress disorder among Israeli students. *Anxiety, Stress, and Coping, 18*(4), 351- 359.
- Gilbar, O & Ben-Zur, H. (2002). *Cancer and the family caregiver: Distress and coping*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- [Green, D.L.](#), [Streeter, C.](#), & [Pomeroy, E.](#) (2005). A Multivariate Model of the Stress and Coping Process for Victims of Crime. *An International Journal of [Stress, Trauma and Crisis](#)*, 8(1), 61-73.
- [Gurung-Regan, A.R.](#), [Dunkel-Schetter, C.](#), [Collins, N.](#), [Rini, C.](#), & [Hobel, C.J.](#) (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *[Journal of Social and Clinical Psychology](#)*, 24(4), 497-519.
- Hatchett, G.T., & Park, H.L. (2004). Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Personality and Individual Differences, 36*, 1755–1769.
- Hobfoll, S.E. & Walfisch, S. (1984). Coping with a threat to life: A longitudinal study of self-concept, social support, and psychological distress. *American Journal of Community Psychology, 12*, 87-100.
- Horesh, N., Rolnick, T., Iancu, I., Dannon, P., Lepkifker, E., Apter, A. & Kotler, M. (1996). Coping styles and suicide risk. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 93*, 489-493.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine, 41*, 207-218.
- Hyde, J.S. (1986). Gender differences in aggression. In J.S., Hyde, & M.C., Linn, (Eds.), *The psychology of gender: Advances through metaanalysis* (pp. 51–66). Baltimore: John Hopkins University.
- Hyman, O. (2004). Perceived social support and Secondary Traumatic Stress symptoms in emergency responders. *Journal of Traumatic Stress, 17*(2), 149–156.
- International Telecommunication Union, (ITU). (2004). Key global indicators for the world Telecommunication service sector. Web page article: http://www.itu.int/ITU-D/ict/statistics/at_glance/KeyTelecom99.html.
- Iwanaga, M., Yokoyama, H., & Seiwa, H. (2004). Coping availability and stress reduction for optimistic and pessimistic individuals. *Personality and Individual Differences, 36*, 11–22.

- Jackson, T., McKenzie, J., & Hobfoll, S. E. (2000). Communal aspects of self-regulation. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 275–300). San Diego: Academic Press.
- Jarle, E. (2003). The course of PTSD symptoms following military training accidents and brief psychological intervention. *Personality and Individual Differences*, *35*, 771-783.
- Jenkins, S.R., & Baird, S. (2002). Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A Validation Study. *Journal of Traumatic Stress*, *15*(5), 423–432.
- Johanson, J.C. (2000). Correlations of self-esteem and intolerance of ambiguity with risk aversion. *Psychological Reports*, *87*, 534.
- Kahill, S. (1988). Interventions for burnout in the helping professions: A review of the empirical evidence. *Canadian Journal of Counselling Review*, *22*, 310–342.
- Karanci, A.N., Alkan, N., Askit B., Sucuoglu, H., & Blata, E. (1999). Gender differences in psychological distress, coping, social support and related variables following the 1995 Dinar (Turkey) earthquake. *North American Journal of Psychology*, *1*(2), 189–204.
- Keinan, G., Sadeh, A., & Rosen, S. (2003). Attitude and reactions to media coverage of terrorist acts. *Journal of Community Psychology*, *31*(2), 149–165.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., & Hughes, M. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*(12), 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S. & Best, C. L. (2003). Violence and Risk of P TSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence, and Comorbidity: Results From the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(4), 692–700.
- Kingston, S. (1995). Terrorism, the media, and the Northern Ireland conflict. *Studies in Conflict and Terrorism*, *18*(3), 203–231.
- Kinsie, J.D., Boehnlein, J.K., Riley, C., & Sparr, L. (2002). The effects of September 11 on traumatized refugees: Reactivation of posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*(7), 437-441.
- Klein, R.D. (2003). Audience reactions to local TV news. *American Behavioral Scientist*, *46*(21), 1661-1672.

- Lavi, T. & Solomon, Z. (2005). Palestinian youth of the intifada: PTSD and future orientation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1176-1183.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. N.Y.: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1982). The costs and benefits of denial. In S. Breznitz (editor), *The Denial of Stress* (pp. 1-30). N.Y.: International Universities Press.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. London: Free Press.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraised and coping*. N.Y.: Spring.
- Lohaus, A., Ball, J. Klein-Hessling, J., & Wild, M. (2005). Relations between media use and self reported symptomatology in young adolescents. *Anxiety, Stress, and Coping*, 18(4), 333-341.
- Mansdorf, I. J. & Weinberg, J. (2003). Stress reactions in Israel in the face of terrorism: Two community samples. *Traumatology*, 9(3), 155-168.
- Miller, D. L., Manne, S. L., Taylor, K., Keates, J., & Dougherty, J. (1996). Psychological distress and well-being in advanced cancer: The effects of optimism and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 3, 115–130.
- Mizell, C. A. (1999). African American men's personal sense of mastery: The consequences of the adolescent environment, self-concept, and adult achievement. *Journal of Black Psychology*, 25, 210–230.
- Moos, R.H., and Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In Goldberger, L., and Breznitz, S. (eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects* (2nd ed.). The Free Press, New York, pp. 234–257.
- Nacos, B. (1994). *Terrorism and the Media*. N.Y.: Columbia University Press.
- Nezu, A.M. & Carnevale, G.J. (1987) Interpersonal problem solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 155-157.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pearlin, L.I., Lieberman Morton, A., Menaghan, E.G., & Mullan, J.T. (1981). The stress process. *Journal of Health & Social Behavior*, 22, 337–356.

- Pearlman, L. A., & MacJan, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 558–565.
- Perkonig, A., Kessler, R., Storz, S., & Wittchen, H. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Peterson, C., & Bossio, L. M. (2001). Optimism and physical well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 127-145). Washington, DC: American Psychological Association.
- Peterson, C., & Park, C. (1998). Learned helplessness and explanatory style. In D. F. Barone, V. B. Van Hasselt, & M. Hersen (Eds.), *Advanced personality* (pp. 287-310). New York: Plenum.
- Ptacek, J.T., Smith, R.E., & Dodge K.L. (1994). Gender differences in coping with stress: when stressor and appraisals do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin* 20(4), 421–430.
- Purves, D.G., & Erwin, P.G. (2002). A study of Posttraumatic Stress in a student population. *Journal of Genetic Psychology*, 163(1), 89-96.
- Rassin, E. & Muris, P. (2005). Indecisiveness and the interpretation of ambiguous situations. *Journal of Personality and Individual Differences*, 39, 1285–1291.
- Ronen, T., Rahav, G. & Appel, N. (2003). Adolescent stress responses to a single acute stress and to continuous external stress: terrorist attacks. *Journal of Loss and Trauma*, 8, 261-282.
- Roseman, S. (2002). Trauma and posttraumatic stress disorder in Australia: Findings in the population sample of the Australian national survey of mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 515–20.
- Rosenfield, S. (1989). The effects of women's employment: Personal control and sex differences in mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 77–91.
- Rubin, A. (1994). Media uses and effects: A uses-and-gratifications perspective. In J. Bryant, & D. Zillmann (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (pp. 437-461). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Saxe, g., & Wolf, J. (1999). Gender and Posttraumatic Stress Disorder. In [P.A., Saigh,](#) & [J.D. Bremner](#) (Eds.). *Posttraumatic Stress Disorder: A Comprehensive Text*, (pp. 160-179). Boston: Allyn & Bacon.
- Saylor, C. F., Finch, A. J., Fig, N., Jackson, C., Cowart, B., & Lipovsky, J. (2002). *September 11th media exposure: Impact on elementary students*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Chicago.
- Saylor, C.F., Cowart, B., Lipovsky, J.A., Jackson, C. & Finch, A.J. (2003). Media exposure to September 11: Elementary school students' experiences and posttraumatic symptoms. *American Behavioral Scientist*, 46(12), 1622-1642.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- [Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. \(1994\). Distinguishing optimism from neuroticism \(and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem\): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67\(6\), 1063-78.](#)
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 1889-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schuster, M.A., Stein, B.D., Jaycox, L.H., Collins, R.L., et al. (2001). A National Survey of Stress Reactions After the September 11, 2001 Terrorist Attacks. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.

- Schlenger, W.E., Caddell, J.M., Ebert, L., Jordan, B.K., Rourke, K.M., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J.M., Fairbank, J.A., & Kulka, R.A. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *JAMA*, 288(5), 581–588.
- Seegerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. F., & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1655.
- Seligman, M.E.P., & Rosenham, D.L. (1998). *Abnormality*. N.Y.: Norton.
- Shalev, A.Y. (1996). Stress versus traumatic stress: From acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. 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. 77–101). N.Y.: Guilford.
- Shalev, A.Y., Adeski, R., Boker, R., Benat, Y., Bar-Gie, N., Hadar, H., Peri, T., Friedman, S., Kooper, R., & Tooval-Mashiach, R. (2002). Clinical intervention in prolonged traumatic stress events. *Sihot*, 17(1), 5-19.
- Shnek, Z. M., Irvine, J., Stewart, D., & Abbey, S. (2001). Psychological factors and depressive symptoms in ischemic heart disease. *Health Psychology*, 20, 141–145.
- Silver, R.C., Holman, E.A., McIntosh, D.N., Poulin, M., & Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1235-1244.
- Simmons, C. A. & Granvold, D. K. (2005). A cognitive model to explain gender differences in rate of PTSD diagnosis. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 5, 290–299.
- Slone, M. (2000). Responses to media coverage of terrorism. *Journal of Conflict Resolution*, 44(4), 508-523.
- Slovic, P (1994). Perceptions of risk: Paradox and challenge. In B. Brehmer & N.E. Sahlin (Eds.), *Future risks and risk management. Technology, risk, and society: An international series in Risk analysis, Vol. 9.* (pp. 63-78). N.Y.: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Solomon, Z., Gelkopf, M., & Bleich A. (2005). Is terror gender-blind? Gender differences in reaction to terror events. [*Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*](#), 40, 947–954.

- Stamm, B. H., Higson-Smith, C. & Hudnall, A. C. (2003). The complexities of working with terror. In D. Knafo (Ed.). *Living with Terror, Working with trauma: A Clinician's Handbook*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Stein M. B., Walker, J. R., & Forde D. R. (2000). Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 619-628.
- Stern, M.J., Pascale, L., & McLone, J.B. (1976). Psychological adaptation following an acute myocardial infarction. *Journal of Chronic Diseases*, 29, 513-526.
- Swenson, D. X. & Johnson, G. H. (2003). A college community's vicarious stress reaction to September 11th terrorism. *Traumatology*, 9(2), 93 -105.
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873–898.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to treatment events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161–1173.
- Teo, T.S.H., & Heong Pok, S. (2003). Adoption of the Internet and WAP-enabledphones in Singapore. *Behavior & Information Technology*, 22(4), 281–289.
- Thuen, F. & Rise, J. (2006). Psychological adaptation after marital disruption: The effects of optimism and perceived control. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 121–128.
- Trunzo, J. J., & Pinto, B. M. (2003). Social Support as a Mediator of Optimism and Distress in Breast Cancer Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 805–811.
- Tsfati, Y. & Weimann, G. (2002). www.terrorism.com: Terror on the Internet. *Studies in Conflict & Terrorism*, 25, 317–332.
- Turner H. A. & Butler, M. J. (2003). Direct and Indirect Effects of Childhood Adversity on Depressive Symptoms in Young Adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(2), 89–103.
- Tyano, S. (2003). Post-traumatic stress disorder in Israeli children. *International Psychiatry*, 2, 7-8.
- Ursano, R.J. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346(2), 130-33.
- Ursano, R.J., Fullerton, C.S., & Norwood, A.E. (2003). *Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions*. London: Cambridge University Press.

- Vickers, K. S., & Vogeltanz, N. D. (2000). Dispositional optimism as a predictor of depressive symptoms over time. *Personality and Individual Differences, 28*, 259–272.
- Warren, T., Lee, S. & Saunders, S. (2003). Factors influencing experienced Distress and attitude toward trauma by emergency medicine practitioners. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 10*(4), 293-296.
- Wilkinson, P. (1997). The media and terrorism: a reassessment. *Terrorism and Political Violence, 9*, 53-64.
- Yehuda, R. (2003). Changes in the Concept of PTSD and Trauma. *Journal of Psychiatric Times, 20*(4). Web page article: <http://www.psychiatrictimes.com/p030435.html>.
- Young, C.M. (2000). Vicarious traumatization in psychotherapists who work with physically or sexually abused children. *Dissertation Abstracts International, 60*, 9-B, p. 4918. (University Microfilms No. AAI9945867).
- Zanini, M. & Edwards, S.J.A. (2001). The networking of terror in the information age. In J. Arquilla, & D.F., Ronfeldt (Eds.), *Networks and netwars: the future of terror, crime, and militancy*. Santa Monica, CA : Rand.
- Zeidner, M. (1992). Sources of academic stress: The case of first year Jewish and Arab students in Israel. *Higher Education, 24*, 26-40.
- Zeidner, M. (2005). Contextual and Personal Predictors of Adaptive Outcomes Under Terror Attack: The Case of Israeli Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(5), 459–470.
- Zeidner, M. (2006). Individual differences in psychological reactions to terror attack. *Journal of Personality and Individual Differences, 40*, 771–781.
- Zeidner, M. & Ben-Zur, H. (1993). Coping with a national crisis: The Israeli experience with the threat of missile attacks. *Personality & Individual Differences, 14*, 209-214.
- Zeidner, M. & Ben-Zur, H. (1994). Individual differences in anxiety, coping, and posttraumatic stress, in the aftermath of the Persian Gulf War. *Personality and Individual Differences, 16*(3), 459-476.
- Zillmann, D., & Bryant, J. (1994). Entertainment as media effect. In J. Bryant, & D. Zillmann (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (pp. 437-462). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

6. נספחים

נספח מספר 1: שאלון דיווח עצמי לבדיקת סובלנות לעמימות (סל"ע), (לפי Budner, 1962)
לפניך משפטים שונים. הקף/י את התשובה הנכונה ביותר עבורך, לכל אחד מהמשפטים הללו.

מסכים מאד	מסכים	קצת מסכים		קצת לא מסכים	לא מסכים	מאד לא מסכים	
7	6	5	4	3	2	1	1. מומחה שאינו מספק תשובה מוחלטת כנראה שאינו יודע הרבה.
7	6	5	4	3	2	1	2. אין בעיה שאינה ניתנת לפתרון.
7	6	5	4	3	2	1	3. עבודה טובה היא זו בה ברור מה יש לעשות ובאיזה אופן ניתן לעשות זאת.
7	6	5	4	3	2	1	4. בשיקול לטווח ארוך, ניתן לבצע יותר על ידי פתירת בעיות קלות ופשוטות מאשר להתמודד עם בעיות גדולות ומורכבות.
7	6	5	4	3	2	1	5. מה שאנחנו רגילים אליו תמיד עדיף על מה שאינו מוכר.
7	6	5	4	3	2	1	6. אדם המנהל חיים רגילים ומאוזנים בהם מתרחשים מעט דברים שאינם צפויים, צריך להיות אסיר תודה.
7	6	5	4	3	2	1	7. אני מעדיף מסיבות בהן אני מכיר את רוב האנשים, יותר ממסיבות בהן רוב או כל האנשים זרים לי.
7	6	5	4	3	2	1	8. ככל שנקדים ונרכוש ערכים ודעות דומים כך יהיה טוב יותר.
7	6	5	4	3	2	1	9. הייתי רוצה לחיות במדינה זרה לפרק זמן מסוים.
7	6	5	4	3	2	1	10. אנשים המתכננים את חייהם לפי זמנים, סביר להניח שמפספסים את חדות החיים.
7	6	5	4	3	2	1	11. מהנה יותר להתמודד עם בעיות מורכבות מאשר לפתור בעיות פשוטות.
7	6	5	4	3	2	1	12. פעמים רבות האנשים המעניינים והמסקרנים הם אלו שלא מפריע להם להיות שונים ומקוריים.
7	6	5	4	3	2	1	13. אנשים המתעקשים על קבלת תשובות של 'כן' ו'לא', פשוט אינם יודעים עד כמה מורכבים הדברים באמת.
7	6	5	4	3	2	1	14. רבות מהחלטותינו החשובות מתבססות על מידע שאינו מספק.
7	6	5	4	3	2	1	15. מורים ומדריכים המספקים משימות מעורפלות מאפשרים גילויי יוזמה ומקוריות.
7	6	5	4	3	2	1	16. מורה טוב הוא כזה שגורם לך לתהות בנוגע לדרך בה אתה רואה את הדברים.

נספח מספר 2: שאלון התמודדות Cope (Carver, Scheier, & Weintraub 1989) - גרסה עברית מקוצרת

אנו מעוניינים לדעת כיצד אנשים מגיבים כאשר הם עומדים בפני מצבים קשים או לוחצים בחיי היום יום. יש דרכים שונות לטפל במצבים כאלה וברור גם שאירועים שונים יעוררו תגובות שונות במידה מסוימת. הנך מתבקש/ת לציין מה אתה/את בדרך כלל מרגיש/ה ועושה כאשר אתה/את מתנסה באירועים לוחצים.

אנא קרא/י כל משפט והערך/כי באיזו מידה הנך משתמש/ת בכל דרך התמודדות. עבור כל פריט, הקף את הספרה המתאימה בעיגול.

במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה	בכלל לא	
3	2	1	0	1. אני מנסה לקבל ייעוץ ממשהו כיצד לפעול
3	2	1	0	2. אני מחפש/ת משהו טוב בדברים שקרו לי
3	2	1	0	3. אני שם/מה את אמוני באלוהים
3	2	1	0	4. אני פונה לפעולות חלופיות כדי להסיח את דעתי מהמצב
3	2	1	0	5. אני מודה בפני עצמי שאיני יכול/ה לטפל במצב ומפסיק/ה לנסות
3	2	1	0	6. אני מסרב/ת להאמין שזה קורה
3	2	1	0	7. אני מכריח/ה את עצמי לחכות לזמן המתאים כדי לעשות משהו
3	2	1	0	8. אני משתמש/ת באלכוהול או בתרופות הרגעה על מנת להרגיש טוב יותר.
3	2	1	0	9. אני מספר/ת בדיחות בנוגע למצב
3	2	1	0	10. אני חש/ה מצוקה נפשית רבה ומוצא/ת את עצמי מבטא/ת זאת במידה ניכרת
3	2	1	0	11. אני לומד/ת לחיות עם זה
3	2	1	0	12. אני מנסה למנוע מדברים אחרים להפריע למאמצי לטפל במצב
3	2	1	0	13. אני מנסה לקבל תמיכה רגשית מחברים או מקרובי משפחה
3	2	1	0	14. אני חושב/ת איך אוכל להסתדר עם המצב בצורה הטובה ביותר
3	2	1	0	15. אני עושה מה שצריך לעשות צעד אחר צעד
3	2	1	0	16. אני מרכז/ת את כוחותיי כדי לעשות משהו
3	2	1	0	17. אני קובע/ת תכנית פעולה
3	2	1	0	18. אני משלים/מה עם העובדה שזה קרה ושזה לא ניתן לשינוי
3	2	1	0	19. אני מצוברח/ת ואני מודע/ת לכך
3	2	1	0	20. אני מדבר/ת עם מישהו על רגשותיי
3	2	1	0	21. אני שם/מה הצידה דברים אחרים כדי להתרכז במצב
3	2	1	0	22. אני מצמצם/מת את כמות המאמץ המושקעת בפתרון הבעיה

3	2	1	0	אני ישן/נה יותר מתמיד	23.
3	2	1	0	אני מתפללת יותר מתמיד	24.
3	2	1	0	אני מנסה לדבר עם מישהו שיכול לעשות משהו ממשי ביחס למצב	25.
3	2	1	0	אני לומד/ת משהו מההתנסות עם המצב	26.
3	2	1	0	אני משתמש/ת באלכוהול או בתרופות הרגעה כדי לעזור לעצמי לעבור את המצב	27.
3	2	1	0	אני מתבדח/ת ביחס למצב	28.
3	2	1	0	אני עוצר/ת בעד עצמי מעשיית משהו מוקדם מדי	29.
3	2	1	0	אני מתנהג/ת כאילו זה כלל לא קורה	30.

נספח מספר 3: שאלון שימוש במדיה

הנך מתבקש(ת) לציין באיזו תדירות את/ה משתמש/ת בכל אחד מאמצעי התקשורת הבאים:

1. באיזו תדירות את/ה נוהג/ת להשתמש בכל אחד מאמצעי התקשורת הבאים כדי להתעדכן?

תמיד	לעתים קרובות	לעתים	לעתים רחוקות	אף פעם לא	
5	4	3	2	1	רדיו
5	4	3	2	1	טלוויזיה
5	4	3	2	1	אינטרנט
5	4	3	2	1	SMS (מיסרונים בטלפון סלולארי) או בשיחה בטלפון הסלולארי
5	4	3	2	1	עיתונים
5	4	3	2	1	מפה לאוזן: מישהו אמר לי, קיבלתי טלפון ממישהו, וכו'

2. באיזו תדירות את/ה נוהג/ת להשתמש בכל אחד מאמצעי התקשורת הבאים לבילוי בשעות הפנאי (מוסיקה, תוכניות רדיו שונות ואקטואליה) ?

תמיד	לעתים קרובות	לעתים	לעתים רחוקות	אף פעם לא	
------	--------------	-------	--------------	-----------	--

5	4	3	2	1	רדיו
5	4	3	2	1	טלויזיה
5	4	3	2	1	אינטרנט
5	4	3	2	1	SMS (מיסרונים בטלפון סלולארי) או בשיחה בטלפון הסלולארי
5	4	3	2	1	עיתונים

3. באיזו תדירות את/ה משתמשת בכל אחד מאמצעי התקשורת הבאים כאשר נודע לך על אירועי טרור בארץ?
 בארץ?

תמיד	לעתים קרובות	לעתים	לעתים רחוקות	אף פעם לא	
5	4	3	2	1	רדיו
5	4	3	2	1	טלוויזיה
5	4	3	2	1	אינטרנט
5	4	3	2	1	SMS (מיסרונים בטלפון סלולארי) או בשיחה בטלפון הסלולארי
5	4	3	2	1	עיתונים
5	4	3	2	1	מפה לאוזן: מישהו אמר לי, קיבלתי טלפון ממישהו, וכו'

4. כמה מהר את/ה נחשף/ת למידע על אירועי טרור בישראל בדרך כלל?

זמן רב מאד לאחר הארוע	זמן רב לאחר הארוע	זמן קצר לאחר הארוע	מיד לאחר הארוע	בזמן הארוע	לא רלבנטי	
5	4	3	2	1	0	רדיו
5	4	3	2	1	0	טלוויזיה
5	4	3	2	1	0	אינטרנט
5	4	3	2	1	0	SMS (מיסרונים בטלפון סלולארי) או בשיחה בטלפון הסלולארי
5	4	3	2	1	0	עיתונים
5	4	3	2	1	0	מפה לאוזן: מישהו אמר לי, קיבלתי טלפון ממישהו, וכו'

נספח מספר 4: שאלון קרבה לאירוע טרור

איזה מבין אירועי הטרור שאת/ה זוכר/ת שהתרחשו בישראל בארבע השנים האחרונות השפיע עליך ביותר (הלינץ' ברמאללה, הפיגוע בדוליפנריום, מסעדת סבארו י-ם, מלון פארק נתניה, הפיגוע בצומת מגידו, פיצוץ באוני' העברית, קו 37 בחיפה, קו 2 בי-ם, מסעדת מצה-חיפה, מסעדת מקסים-חיפה או כל אירוע אחר)?

כתוב מה היה האירוע _____

מה היתה קירבתך לאירוע טרור זה? ניתן לסמן יותר מתשובה אחת:

1. נפגעת באירוע הטרור עצמו.
2. הייתי עד באופן אישי לאירוע הטרור (לא דרך אמצעי תקשורת כלשהו).
3. אנשים קרובים לי (בני משפחה או חברים) נהרגו באירוע.
4. אנשים קרובים לי (בני משפחה או חברים) נפצעו באירוע.
5. אנשים קרובים לי (בני משפחה או חברים) היו עדים לאירוע, והם שיתפו אותי בחוויותיהם.
6. לא הייתי מעורב בכל דרך שהיא באירוע.

נספח מספר 5: שאלון חשיפה וקרבה לאירוע טראומטי

האם נחשפת במהלך חיך לאירוע טראומטי בנוסף לאירוע שציינת (למשל: רעידת אדמה, שריפה, תאונת דרכים, שוד, אונס, רצח, התעללות, פיגוע נוסף לזה שציינת בשאלה הקודמת)?

1. כן 2. לא

אם כן, לאיזה אירוע? _____

מה היתה קירבתך לאירוע זה? ניתן לסמן יותר מתשובה אחת:

1. נפגעת באירוע עצמו
2. הייתי עד באופן אישי לאירוע (לא דרך אמצעי תקשורת כלשהו)
3. אנשים קרובים לי (בני משפחה או חברים) נהרגו באירוע
4. אנשים קרובים לי (בני משפחה או חברים) נפצעו באירוע
5. אנשים קרובים לי (בני משפחה או חברים) היו עדים לאירוע, והם שיתפו אותי בחוויותיהם
6. לא הייתי מעורב בכל דרך שהיא באירוע

נספח מספר 6: שאלון PSS-SR (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993)

כעת נסה להיזכר באירוע הטרור שהכי השפיע עליך ובתגובתך אליו. להלן רשימת בעיות ותחושות שיש לפעמים לאנשים לאחר שחוו אירוע טראומטי. אנא קרא/י בעיון רשימה זו וסמן/ני לגבי כל אחת מהן את המידה שאפיינה אותך שבוע לאחר אירוע הטרור אותו ציינת קודם.

כמעט תמיד / 5 או יותר פעמים בעבוע	מחצית מהזמן / 2-4 פעמים בשבוע	לפעמים / פעם בשבוע	אף פעם או רק פעם אחת	
3	2	1	0	1. מחשבות ודמיונות מפריעים על האירוע שעלו בראשך מבלי שתצצה בכך
3	2	1	0	2. חלומות רעים או סיוטים אודות הטרומה
3	2	1	0	3. לחוות מחדש את הטרומה, לפעול או להרגיש כאילו זה קורה שוב
3	2	1	0	4. להרגיש מוטרד נפשית כשמשנה/מישהו מזכיר לי את האירוע (פחד, כעס וכד')
3	2	1	0	5. לחוות תגובות גופניות כשמשנה/מישהו מזכיר לי את האירוע (הזעה, דפיקות לב וכד')
3	2	1	0	6. לנסות להימנע מלחשוב, לדבר או לחוש דברים ביחס לטרומה
3	2	1	0	7. לנסות להימנע מפעילויות, אנשים או מקומות המזכירים לי את האירוע
3	2	1	0	8. חוסר יכולת לזכור חלק חשוב מהאירוע
3	2	1	0	9. הרבה פחות עניין להשתתף בפעילויות חשובות
3	2	1	0	10. להרגיש מרוחק או מנותק מאנשים הסובבים אותך
3	2	1	0	11. אי יכולת להרגיש רגשות כמו אי יכולת לבכות או להרגיש רגשות חיבה
3	2	1	0	12. להרגיש כאילו שתוכניות לעתיד ותקוות לא יתגשמו
3	2	1	0	13. קשיים בהרדמות ובשמירה על רצף השינה
3	2	1	0	14. להרגיש עצבנות יתר או התקפי זעם
3	2	1	0	15. קשיים בריכוז
3	2	1	0	16. להיות במצב של ערנות יתר כל הזמן
3	2	1	0	17. להיבהל בקלות למשל: כשמישהו מתקרב מהר מאחוריך זה מקפיץ אותך

נספח מספר 7: שאלון שליטה (Mastery) (Pearlin & Schooler, 1978)

השאלות הבאות מתייחסות להרגשות, מחשבות ופעולות של אנשים בדרך כלל, בחיי היום שלהם. ברשימה הבאה ציין/י עד כמה אפיונים אלה מתאימים או אינם מתאימים עבורך, לפי סולם בן שבע דרגות, כאשר הדרוג 1 מסמן "כלל לא מתאים", והדרוג 7 מסמן "מאוד מתאים".

מאוד מתאים

כלל לא מתאים

7	6	5	4	3	2	1	יש לי מעט שליטה על הדברים שקורים לי	1.
7	6	5	4	3	2	1	אין לי דרך שבה אני יכול/ה לפתור כמה מהבעיות שמפריעות לי . . .	2.
7	6	5	4	3	2	1	אני יכול/ה לשנות רק מעט מהדברים החשובים לי בחיים	3.
7	6	5	4	3	2	1	העתיד ומה שיקרה לי בו תלוי בעיקר בי	4.
7	6	5	4	3	2	1	לעיתים קרובות אני מרגישה חסרת/ת אונים מכדי להתמודד עם הבעיות שלי בחיים	5.
7	6	5	4	3	2	1	יש זמנים שבהם אני מרגישה נדחף/ת על ידי אחרים	6.
7	6	5	4	3	2	1	אני יכול/ה לעשות כמעט כל דבר שאני מחליט/ה לעשות	7.

נספח מספר 8: שאלון אופטימיות (Scheier & Carver, 1985)

המשפטים הבאים הם משפטים שבהם משתמשים אנשים כדי לתאר את עצמם. יש לקרוא בעיון כל משפט ולסמן את מידת ההסכמה או ההתנגדות עמו כמתאר אותך או את הרגשתך בדרך כלל (הקף/י בעיגול את הספרה המתאימה).

מסכים במידה רבה	מסכים במידה מעטה	ניטרלי (לא מסכים ולא מתנגד)	מתנגד במידה מעטה	מתנגד במידה רבה		
5	4	3	2	1	.1	בזמנים של חוסר ודאות אני מצפה בדרך כלל לטוב ביותר
5	4	3	2	1	.2	אם משהו עלול להשתבש לגבי, הוא ישתבש
5	4	3	2	1	.3	אני תמיד מסתכלת על הצד הבהיר או החיובי של הדברים
5	4	3	2	1	.4	אני תמיד אופטימית לגבי העתיד
5	4	3	2	1	.5	אני כמעט אף פעם לא מצפה שדברים יהיו כפי שאני תכננתי
5	4	3	2	1	.6	דברים אף פעם לא מסתדרים בדרך שרציתי
5	4	3	2	1	.7	אני מאמינה/ה ברעיון "בכל ענן קודר יש פס זוהר" (יש משהו חיובי גם בדבר רע)
5	4	3	2	1	.8	רק לעיתים רחוקות אני מסתמך/ת על כך שיקרו לי דברים טובים

נספח מספר 9: שאלון רמת מצוקה רגשית (BSI) Brief Symptom Inventory, (Derogatis, 1992)

כאשר מתרחש אירוע טרור אנשים מגיבים בצורות שונות. סמן כיצד אתה מגיב בדרך כלל באירוע כזה? קרא/י כל משפט והקף/פי בעיגול את אחת הספרות שמשמאל לכל משפט. בשאלון אין תשובות נכונות או לא נכונות.

מאד	במידה די רבה	במידה בינונית	במקצת	בכלל לא	
4	3	2	1	0	1. עצבנות
4	3	2	1	0	2. הרגשת עלפון או סחרחורת
4	3	2	1	0	3. הרגשת פחד פתאומי ללא סיבה
4	3	2	1	0	4. כאבים בלב או בחזה
4	3	2	1	0	5. הרגשת בדידות
4	3	2	1	0	6. הרגשת פחד
4	3	2	1	0	7. בחילה או אי שקט בבטן
4	3	2	1	0	8. מצוברח/ת
4	3	2	1	0	9. הרגשת מתח
4	3	2	1	0	10. קושי בנשימה
4	3	2	1	0	11. חוסר עניין בדברים
4	3	2	1	0	12. התקפי פחד או פאניקה
4	3	2	1	0	13. גלי חום או קור
4	3	2	1	0	14. חוסר תקווה לגבי העתיד
4	3	2	1	0	15. חוסר שקט כזה שאינך יכול/ה לשבת במקום אחד
4	3	2	1	0	16. שהגפיים כאילו מאובנות או דקירות בחלקים שונים של הגוף
4	3	2	1	0	17. הרגשת חוסר ערך
4	3	2	1	0	18. הרגשת חולשה בחלקים מגופך

נספח מספר 10: שאלון פרטים אישיים

הנך מתבקש/ת למלא את פרטייך האישיים:

מספר ת.ז. (כולל ספרת ביקורת): _____ גיל: _____

מין: 1. זכר 2. נקבה

מצב משפחתי: 1. נשוי/אה 2. רווק/ה 3. גרוש/ה 4. פרוד/ה 5. אלמן/נה
לאום: 1. יהודי 2. דרוזי 3. נוצרי (שאינו ערבי) 4. ערבי-נוצרי 5. ערבי מוסלמי
6. אחר (פרט) _____

יליד ישראל: 1. כן 2. לא

מספר אחים ואחיות: _____

האם את/ה: 1. חרדי 2. דתי 3. מסורתי 4. חילוני

מקום מגורים: 1. עיר 2. כפר 3. קיבוץ 4. אחר _____

שירות צבאי: 1. כן 2. לא 3. שירות לאומי

השכלת אב: 1. יסודית 2. תיכונית 3. על תיכונית 4. אקדמית 5. אין השכלה/לא ידוע

מצב כלכלי בבית: 1. גרוע 2. רע 3. בינוני 4. טוב 5. טוב מאוד 6. מצוין

ברצוננו להודות לך על השתתפותך במחקר.

The Relationship between Secondary Traumatization and Media Exposure to Terror and Coping among University Students

Yinon Shamshins

Abstract

This study examines the effects of vicarious exposure to terror events through mass media (television, radio, internet, SMS, newspapers and rumors), among Israeli University students, its likelihood to produce Secondary Traumatization, and coping with the resulting mental symptoms. The symptoms characteristic of Secondary Traumatization are fundamentally identical to those of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), whereas the level of exposure to the traumatic event is different in that individuals are not physically present at the scene of the traumatic event and therefore expected to experience reduced intensity of symptoms compared to that of PTSD (Figley, 1995). In addition to the examination of the range of psychological symptoms that may result from vicarious exposure to trauma, the study at hand builds upon Lazarus and Folkman's coping with stress model (1984), in order to identify vulnerability factors, individuals' mental resources, coping patterns, and behavioral-adaptive functioning. The study examined several hypotheses regarding the relationship between vicarious exposure through mass media to terror events and demographic factors, personal resources, utilizations of coping strategies, and the development of mental symptoms:

1. Exposure to terror through the media was expected to be positively associated with Secondary Traumatization symptoms and mental distress.

2. The level of Secondary Traumatization symptoms and mental distress was expected to be higher in women.
3. The level of Secondary Traumatization symptoms and mental distress was expected to be higher in students from non-Jewish backgrounds.
4. Personal resources, defined as tolerance of ambiguity and mastery and optimism were expected to be negatively associated with mental distress and Secondary Traumatization.
5. Exposure to media was expected to be higher among men, students from Jewish backgrounds, and those whose tolerance of ambiguity was rated as low.
6. The relationship between media exposure to terror attacks and the development of Secondary Traumatization and mental distress symptoms was expected to be moderated by coping mechanisms so that: A. Emotional-focused coping would be associated with an increase in Secondary Traumatization and mental distress symptoms. B. Avoidant coping would be associated with a decrease in Secondary Traumatization and mental distress symptoms.

The hypotheses were tested on a sample of 203 students from the University of Haifa, 41 men (20%) and 162 women (80%). The average age was 23.9 years (SD =3.86). Of the 203 participants, 73.4 % were Israeli born, and 85.7 % were Jewish.

The research methods included the following questionnaires:

1. Tolerance of Ambiguity questionnaire (Budner, 1962).
2. Coping questionnaire (COPE: Carver et al, 1989).
3. Media consumption questionnaire.
4. Proximity to terror event questionnaire.
5. Exposure and proximity to traumatic event questionnaire.
6. Level of Post Traumatic Symptoms questionnaire (PSS-SR; Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993).
7. Mastery questionnaire (Pearlin & Schooler, 1978).

8. Dispositional Optimism questionnaire (Scheier & Carver, 1985).
9. Mental distress level questionnaire (BSI; Derogatis, 1992).
10. Personal information questionnaire.

Findings reveal partial support for the hypotheses. A positive correlation was found between the frequency of media terror exposure and Secondary Traumatization symptoms. Contrary to the study hypothesis, coping did not have a moderating effect on the impact of exposure to a terror event. Path analysis revealed that avoidant coping strategy contributed to overcoming mental distress levels. Use of the avoidant coping strategy was found to increase with the rate of mass media consumption subsequent to a terror attack rather than decrease as was hypothesized. Findings showed that exposure and consumption of mass media following a terror attack contributed to the individuals' level of mental distress.

Media consumption was found to be higher among women than men, contrary to what was projected in the hypothesis. Likewise, a higher frequency of utilization of emotion-focused coping strategy was found among women study participants. As was anticipated, women revealed a higher level of mental distress symptoms than their male counterparts. Despite this, differences were not found between women and men regarding the severity of Secondary Traumatization Stress symptoms.

As proposed by the research hypotheses, a significant negative correlation was found between the frequency of media consumption and the level of tolerance of ambiguity. As the level of tolerance of ambiguity decreased, routine frequent media consumption increased. Furthermore, a negative correlation was also found between the level of tolerance of ambiguity and mental distress symptoms. In accordance to the proposed hypothesis, as the level tolerance of ambiguity decreased, the severity of mental distress symptoms was elevated. Despite this, and in opposition to the proposed hypothesis, no correlation was found between tolerance of ambiguity and Secondary Traumatization Stress symptoms.

The level of tolerance of ambiguity, sense of mastery, and use of emotion-focused coping were all found to be lower among non-Jewish study participants as compared to their Jewish counterparts. As the study hypothesis anticipated, non-Jews revealed higher levels of mental distress and Secondary Traumatization Stress symptoms than did the Jewish participants. However, no differences were found between the Jewish and non-Jewish participants regarding their levels of mass media exposure.

In addition, and in accordance with the proposed hypothesis, a negative correlation was found between mastery and mental distress and Secondary Traumatization Stress symptoms. Similarly, a negative correlation was found between optimism and mental distress and Secondary Traumatization Stress symptoms. As predicted, a negative correlation was also found between the optimism variable and avoidant coping style strategy, and a positive one between optimism and problem focused coping.

It was found that the likelihood for the development of Secondary Traumatization Stress and mental distress symptoms increased or decreased in direct relation to the geographical proximity to a terror attack. The level of symptoms was higher among participants who were physically present at terrorist attacks as compared to those who were not.

The main finding of the research is that frequency of media terror exposure (i.e., television, radio, internet, SMS, newspapers and rumors) in Israel is positively correlated with Secondary Traumatization Stress and mental distress symptoms. Therefore, detailed reports of terror attacks in Israel by the media may result in higher mental distress symptoms for students with a higher level of mastery, as well as for those who tend to use avoidant coping strategy, and women, assuming that extent of exposure causes distress and trauma.

A number of methodological and practical limitations impacted the study. Research participants' variables were not entirely controlled. Specifically, the occurrence of terror attacks in relation to the time in which participants completed the study questionnaires was

not subject to control. Despite these limitations, the study's findings support the notion that the frequency of mass media consumption and exposure to terror through media affect the likelihood of Secondary Taumatization Stress and mental distress symptoms. These results demonstrate the great importance of awareness to the risks of vicarious exposure to terror and trauma through media, especially for vulnerable populations which may include women, non Jews, individuals who were physically present at terrorist attacks, and Israeli citizens not born in Israel.

Recommendations are provided for the design of a model which could precisely predict sub-groups at a higher risk for negative impact of media exposure, and the modification of individual and group therapy methods for those who were vicariously exposed to terror.

Further recommendations are provided for a media coverage reduction of horrible views following terror events, which may affect the likelihood of Secondary Taumatization Stress and mental distress symptoms, as well as informing and briefing the general public about the involved risks in vicarious exposure to terror.

**The Relationship between Secondary Traumatization and Media
Exposure to Terror and Coping among University Students**

By: Yinon Shamshins

Supervised by: Prof. Hasida Ben-Zur & Dr. Sharon Gil

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE
REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE

University of Haifa

Faculty of Social Welfare & Health Studies

School of Social Work

January, 2007

**The Relationship between Secondary Traumatization and Media
Exposure to Terror and Coping among University Students**

Yinon Shamshins

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE
REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE

University of Haifa
Faculty of Social Welfare & Health Studies
School of Social Work

January, 2007