



רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

# פסיכואקטואליה

## שחיקה על פני הזמן

תרומתם של משאבי חוסן  
והעצמה לצמצום  
שחיקה בקרב אימהות  
צעירות: התפקיד המתווך  
של איזון הקונפליקט  
בממשק קריירה-משפחה  
עמוד 25

שימור וחיזוק יכולות  
חשיבה בגיל המבוגר  
עמוד 32

טיפול במפגש יחיד תומך  
למידה חברתית-רגשית  
(SST-SEL)  
עמוד 38

בעקבות השקת תקן ת"י  
:45003 (ISO)  
על שחיקה ואיכות חיים  
נפשית בעבודה  
עמוד 14

טיפול בשחיקת העובדים  
בבתי החולים  
- בין הארגוני לנפשי  
עמוד 20

צלם: יזהר שער

# תואר שני שבאמת רצית ללמוד!

תואר שני בהתפתחות הילד  
עם צרכים מיוחדים\*



## לראשונה בישראל ובלעדי במכללה האקדמית הדסה!

### קורס קפיצה לתפקידי ניהול מערכות רב מקצועיות המטפלות בילדים עם צרכים מיוחדים

- ראש התכנית הינו פרופ' אשר אור-נוי שהקים וניהל במשך כ-20 שנה את המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו במשרד הבריאות.
- הבוגרות והבוגרים יחזיקו בידע מקצועי שיאפשר להם לכוון את המתווה הטיפולי הכוללני לילד.
- אפשרות להשתלב במגוון תפקידי אבחון וטיפול במעונות יום שיקומיים במרכזים להתפתחות הילד או במרכזים לגיל הרך, כולל תפקידי ניהול של יחידות התפתחותיות.
- התואר השני מתאים לבעלי תואר ראשון מתחום מקצועות הבריאות, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וכן מקצועות נוספים כגון חינוך מיוחד, עבודה סוציאלית, מדעי ההתנהגות, סיעוד או כל מקצוע טיפולי אחר.

\*התכנית אושרה על ידי המועצה להשכלה גבוהה והענקת התואר מותנית באישורה.

התכנית נפרשת על פני שנתיים במסגרת של  
יום לימודים אחד בשבוע בלבד (09:00-18:00)

מספר המקומות מוגבל!

מלגה בגובה 5,000 ₪

שכר לימוד אוניברסיטאי

# HAC

המכללה האקדמית הדסה ירושלים  
Hadassah Academic College Jerusalem




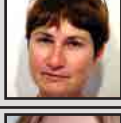



אקדמיה מובילה בעולם משתנה

# \*2292

## תוכן העניינים

4	משולחן הוועד המרכזי ויו"ר הפ"י   יורם שליאר
5	דבר המערכת   שרונה מיטל
6	מה חדש בחטיבה? חדשות החטיבות
10	משולחנה של יו"ר מועצת הפסיכולוגים   אילה בלוח
11	משולחנו של הפסיכולוג הארצי   גבי פרץ
12	משולחנה של הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך   חוה פרידמן
14	בעקבות השקת תקן ת"י (ISO) 45003: על שחיקה ואיכות חיים נפשית בעבודה   אירן דיאמנט
20	טיפול בשחיקת העובדים בבתי החולים - בין הארגוני לנפשי   יעל אפרתי
25	תרומתם של משאבי חוסן והעצמה לצמצום שחיקה בקרב אימהות צעירות: התפקיד המתווך של איזון הקונפליקט בממשק קריירה משפחה   חדוה בראונשטיין ברקוביץ
32	שימור וחיזוק יכולות חשיבה בגיל המבוגר   אלעד אומר ויורם בראב
38	טיפול במפגש יחיד תומך למידה חברתית רגשית (SST-SEL)   סבטלנה פרוקשב
44	פסיכולוגים יוצרים   מיכל שמש ריאיון עם יזהר שער
47	פינת ההורות   מירי נהרי ואיריס ברנט מבט אקולוגי-מערכתי על ייעוץ להורים
51	פרופיל אישי   שרונה מיטל ישי שליף, פסיכולוג חינוכי מומחה מדריך
55	מהפסיכולוגיה בעולם   עורכת: ליאת הלפמן סקירת מאמרים עדכניים בפסיכולוגיה
58	עמדת קריאה   שבתאי מג'ר סקירת ספרים חדשים
60	הפינה המשפטית   אדר גרין, צ'רלי בוזגלו כבוד המקצוע, כבוד האדם
61	ייעוץ מס   אריה דן מיסוי הכנסות משכר דירה למגורים וחובת הדיווח
62	נזכור צילה טנא שלנו
65	תקצירים באנגלית

## חברי וחברות המערכת

ד"ר שרונה מיטל - יו"ר טלפון: 054-4251567 דוא"ל: psychoactually@gmail.com	
נחמה רפאלי טלפון: 054-3976394 דוא"ל: nechamaraph@gmail.com	
ד"ר מירי נהרי טלפון: 054-6298888 דוא"ל: miri.nehari@gmail.com	
ד"ר נועה אליאס טלפון: 052-2971130 דוא"ל: nenoaelias80@gmail.com	
מיכל שמש טלפון: 052-3393975 דוא"ל: michal5126@gmail.com	
טלי סמני טלפון: 050-8785995 דוא"ל: semani.tali@gmail.com	
ד"ר ליאת הלפמן טלפון: 054-4913329 דוא"ל: liat.helpman@gmail.com	
שבתאי מג'ר טלפון: 054-4505470 דוא"ל: majarsabi@gmail.com	
ד"ר סמי חמדאן טלפון: 052-8863468 דוא"ל: samihamd@mta.ac.il	

### הסתדרות הפסיכולוגים בישראל:

יו"ר הפ"י - מר יורם שליאר | מנכ"לית הפ"י - גב' מריאל הוברמן  
טל' 03-5239393, ת"ד 3361 רמת גן, מיקוד 5213601  
פקס: 03-5230763 | דוא"ל: office@psych.org.il  
עיצוב ועריכה גרפית: יעלצ'יק - עיצוב גרפי 050-8537244  
פרסום: ניו יורק ניו יורק (ישראל) בע"מ  
www.newyork-newyork.co.il תל אביב 92, תל אביב  
הפקה: הסתדרות הפסיכולוגים בישראל  
\*המערכת אינה אחראית לתוכן מודעות הפרסום המופיעות בגיליון.

### סרקו אותי



מקורות המאמרים בגיליון  
יופיעו באתר הפ"י  
psychology.org.il



## יורם שליאר, יו"ר הפ"י

חברות וחברי הפ"י,

בנושא אחר - אני מבקש לעדכן בנוגע למאבק המתמשך בחברות הביטוח בנושא הכרה בפסיכולוגים מכל החטיבות לצורך חוזרים על טיפולים. המאבק עלה שלב. מאחר שפניות חוזרות ונשנות שלנו אל חברות הביטוח ואל הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון העלו חרס, הכינה הפ"י עתירה מנהלית נגדם, והיא תוגש בימים אלה. נעדכן אתכם בהתפתחויות.

אני שמח לשוב ולעדכן כי חידשנו את הסכם ביטוח הבריאות הקבוצתי עם חברת איילון לחמש שנים נוספות. זהו הסכם ייחודי לחברי וחברות הפ"י ומשפחותיהם/ן, בעל תנאים מעולים, מותאם להתפתחות הרפואה והטכנולוגיה ונכללים בו שיפורים והרחבות. הפרמיה החודשית נותרה ללא שינוי. והטבה יוצאת מן הכלל, חלון הזדמנויות לחברי וחברות הפ"י קיימים שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם - הם יוכלו להצטרף לביטוח החדש ללא הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה, ובתנאי שיגישו בקשת הצטרפות עד 30 ביוני 2023. פרטים נוספים אפשר לראות באתר הפ"י.

עם פתיחת מושב הקיץ של הכנסת ולקראת אישור תקציב המדינה אנחנו מנהלים פעילות נמרצת מאוד, במסגרת פורום הארגונים למען הפסיכולוגיה הציבורית, לקידום הפסיכולוגיה הציבורית. אנחנו ממשיכים להשקיע מאמצים להחזרת מעמדה של חטיבת הפסיכולוגים בהסתדרות הכללית כדי שהיא תוסיף להיות הגוף המייצג אותנו בהסתדרות הכללית מחוץ לאיגוד המח"ר וכן בעניינים שוטפים נוספים.

בהמשך לפעילות על-חטיבתית ובמסגרת הטיפול שלנו בפסיכולוגים ובפסיכולוגיות עצמאים אנחנו שוקדים על פתיחת קורס נוסף למתן כלים לפתיחת קליניקה פרטית. בימים אלה הסתיים קורס היפנוזה לפסיכולוגים ולפסיכולוגיות מכל החטיבות. גם הקורס "מיינדפולנס וכתביבה", בשיתוף פורום הוותיקים, הסתיים בהצלחה רבה. מלבד זאת אנחנו ממשיכים לקיים הרצאות חודשיות בנושאים שונים ומגוונים שמעסיקים אותנו בחיי היום-יום, ופעילות זאת כבר הפכה למסורת.

ועל פי מיטב המסורת קיימו אחדות מהחטיבות את הכנסים השנתיים שלהן. בחודש מרץ התכנסו בנווה אילן הפסיכולוגים והפסיכולוגיות מהחטיבה הרפואית לכנס הרביעי שלהם שכתרתו "בין מסורת לחדשנות במציאות משתנה"; ובימים אלה ממש מתקיים הכנס של החטיבה ההתפתחותית בנושא "להאמין, לראות שטוב: כוחות מקדמי גדילה וצמיחה בשיח הפסיכולוגי ההתפתחותי".

הגיליון הזה יגיע אליכם/ן בסוף האביב, ולפתחו של הקיץ נאחל לנו ימים שקטים בביטחון ובהתקדמות חיובית בשיחות בבית הנשיא.

שלכם,

יורם

ברגעים אלה, כאשר טילים עפים מכיוון עזה אל יישובי הדרום והמרכז, אני יושב לכתוב את דבריי לגיליון הזה שעוסק בנושא השחיקה. אין דרך מתאימה יותר לתאר שחיקה מתיאור המצב שתושבי הדרום מתמודדים איתו בכלל ובימים אלה בפרט. נקווה שעד שיגיע גיליון זה לידיכם/ן יהיה הסבב הזה מאחורינו, ועם זה די ברור שהסבב הבא בוא יבוא. אנחנו מחזקים את ידי חברינו בדרום, הפסיכולוגים והפסיכולוגיות מכל החטיבות שמסייעים לתושבים ולמערכות החינוך ומנסים להגדיל את החוסן ולחזק את יכולת ההתמודדות שלהם, עד כמה שאפשר, במצב המתמשך של אירועים ביטחוניים.

המצב הביטחוני אינו משכיח מאיתנו את המשבר החברתי. כמו מרבית אזרחי המדינה, גם הפ"י מוטרדת ומטולטלת מהשטע החברתי שהולך ומעמיק בקרבנו. מצב הדברים מגייס אותנו לפעולה, ועל כן הקמנו את מיזם "שיח מוגן קשוב ומאחה" (שיח מוק"ם). במסגרתו הפ"י מכשירה מנחים ומקנה להם כלים להנחיית מעגלי שיח לפי עקרונות המודלים של ניהול משברים חברתיים. עד כה התקיימו שתי השתלמויות, והשתתפו בהן 150 ויותר אנשי ונשות מקצוע. בהמשך להכשרה בדקנו את נכונותם של המשתתפים והמשתתפות להנחות בהתנדבות מעגלי שיח ברחבי הארץ, ו70 חברים וחברות לפחות הביעו את הסכמתם לעשות זאת. את המיזם מובילים ישי שלף, רחל פארן, ד"ר שרונה מיטל, מריאל הוברמן, מנכ"ליתנו, ואנוכי. כמו כן הקמנו צוות היגוי מורחב שתורם לתכנון, לחשיבה ולפיתוח המיזם. בד בבד אנחנו מנהלים מגעים מתקדמים לשיתוף פעולה עם חברת ההייטק הישראלית Monday.com כדי ששתייע לנו בחלקים הלוגיסטיים של המיזם.

**הפ"י שואפת להוביל את השיח המאחה בארץ ותפנה לגורמים ממלכתיים ופרטיים כדי שיצטרפו למהלך.**

ונאה דורש נאה מקיים. כידוע, גם בינינו הדעות חלוקות בנוגע למהלך החקיקה. אנחנו עדים לכך דרך התגובות שמגיעות אלינו בסוגיית נקיטת העמדה של הפ"י במחלוקת. לפיכך אנחנו מבקשים לקיים מעגלי שיח בתוכנו, בין חברי הפ"י, ואני מקווה שעד כתיבת שורות אלה כבר נקיים כמה מעגלי שיח מוק"ם.

"פורום אמירים" - אף שהדבר כבר עודכן באחד מהמידעונים, בכל זאת חשוב לי לספר כי בחודשים האחרונים התגבש והוקם "פורום אמירים" ששותפים לו שלושת הפסיכולוגים הארציים, של משרד הבריאות, של משרד החינוך, של משרד התעסוקה, יו"ר מועצת הפסיכולוגים ויו"ר הפ"י. מטרתו לשמש במה לשיח משותף על הסוגיות המרכזיות שעולות מפעם לפעם בעולם המקצועי שלנו ולהחליף דעות על עתיד המקצוע ועל קידומו. אומנם לא מדובר בפורום תיאום או רגולציה, אבל חשוב לנו לשמוע את עמדות השותפים השונים והארגונים שהם מייצגים, והוסכם שמקשיבים, אך אין חובה להסכים זה עם זה.



## שלום רב לכל קוראינו,

גיליון האביב, בנושא שחיקה, מתפרסם לאחר תקופה עמוסת חגים ואירועים. במסגרות רבות מגיעים העובדים לסוף השנה עייפים ולעיתים אף שחוקים מרוב עומסים - עומסי עבודה וגם עומסים שנגרמים בגלל המצב החברתי שהתפתח בארץ בחודשים האחרונים. רבים מאיתנו כבר מחכים לחופשות הקיץ ולימים רגועים מאלה מכל הבחינות.

בגיליון זה מתמקדים המאמרים הראשיים בשחיקה, ובעיקר בדרכים להתמודד איתה ולמנוע אותה באמצעות פיתוח תקן להבטחת איכות חיים נפשית בעבודה, פיתוח תוכנית לטיפול בשחיקה ולמניעתה במערכות הבריאות והכרת הצורך במתן עזרה לאימהות צעירות כדי לחזק את משאבי החוסן שלהן ולתמוך במציאת איזון בין דרישות העבודה ובין ההורות. מאמר כללי אחד עוסק בשימור ובחיזוק יכולת החשיבה בגיל המבוגר, ואפשר לראות בו ניסיון למנוע שחיקה שנוצרת אצל הפרט עקב גילו. מאמר כללי אחר עוסק בשיטת הטיפול "המפגש היחיד", וגם שיטה זאת אפשר לרתום להקטנת ממדי השחיקה הן אצל הפרט הן בארגונים ובמערכות שונים.

במסגרת הפינות הקבועות שלנו בגיליון זה נציין כאן את "פינת הפרופיל" ובה ריאיון עם ישי שליף, פסיכולוג חינוכי שזכה לפרס מפעל חיים. בין עיסוקיו הרבים היום הוא מוביל מיזם משותף עם הפ"י לעידוד שיח וקשב מוגן ומאחה; את "פינת פסיכולוגים יוצרים" ובה דבריו של הפסיכולוג יזהר שער שבמסגרתם הוא שיתף אותנו בעולם הצילום שלו; וכמובן, את "פינת נזכור" ובה אנו זוכרים את צילה טנא שהייתה העורכת של כתב העת שלנו עד קיץ 2021. הפינות הקבועות האחרות משקפות את נושאי הגיליון ומביאות לידי ביטוי ענייני אקטואליה.

בגיליונות הבאים השנה נרכז מאמרים בנושאי מוטיבציה ואתיקה. גיליון הקיץ יעסוק במוטיבציה, וד"ר נאוה בן ארצי, מומחית בפסיכולוגיה ארגונית וחוקרת הגישה המוטיבציונית, תצטרף אלינו כעורכת אורחת; גיליון הסתיו יעסוק בנושא אתיקה, ונערוך אותו עם יונת בורנשטיין, יו"ר ועדת האתיקה של הפ"י. אנו, חברי המערכת, מקווים. שגם בגיליונות הקרובים וגם בשנה הקרובה נמשיך לשלב מאמרים מקצועיים שיעסקו במגוון נושאים לצד מאמרים שיעסקו בנושאים שתוכננו מראש.

המערכת תשמח להוסיף ולקבל הצעות לנושאים, לשותפות בעריכת גיליון בנושא מומחיתכם. וכן את תגובותיכם. על כתבות ועל מאמרים. כן אנו מזמינים כתבות קצרות שמציגות נקודת מבט אישית בסוגיות שונות בעבודתכם.

המקצועית. בגיליונות הבאים נשקול לפרסם פינת תגובות. נשמח לשמוע מכם ולענות על שאלותיכם. ואלה המועדים האחרונים לקבלת מאמרים במערכת לגיליונות שיתפרסמו במשך השנה: קיץ: 30 במאי 2023, גיליון בנושא מוטיבציה. סתיו: 31 ביולי 2023, גיליון בנושא אתיקה. לכל המעוניינים. ות בכתובה לפסיכואקטואליה, נודה על תשומת ליבכם. לסעיפים הבאים. אנא הקפידו לכתוב על פי ההנחיות שלהלן:

1. אורכם של המאמרים יהיה 3,000 מילים ולא יעלה על 3,500 מילים.
  2. לכל מאמר יש לצרף תקציר תמציתי בעברית (עד 150 מילים) ובאנגלית (עד 200 מילים).
  3. העמוד הראשון במאמרים שיוגשו למערכת יהיה דף נפרד ועליו הכותרת, שמות המחברים, תוארם ומעמדם המקצועי, תאריך ההגשה ופרטי דוא"ל וטלפון.
  4. בכתבת המאמרים יש להקפיד על כללי APA7 בציון הציטוטים וברישום המקורות. <https://apastyle.apa.org/instructional-aids/reference-examples.pdf>
  5. על המאמרים להיות ממוקדים, מאורגנים וכתובים בשפה ברורה. במאמרים המתארים עבודה מעשית יש להציג את הרציונל התאורטי ואת הראיות לאפקטיביות של ההתערבות. בהצגת מחקר אמפירי חשוב לעסוק בהשלכות המחקר על העבודה המעשית בפסיכולוגיה.
  6. המאמרים ישלחו לשיפוט אנונימי ויוערכו על פי קריטריונים של ארגון (מבנה מסודר וברור ובו רציונל תאורטי, שיטות ומתודולוגיה, תוצאות ודיון ומסקנות או השלכות); סגנון (כתיבה בעברית אקדמית ברורה); רציונל תאורטי (עבודה מעוגנת בבסיס תאורטי וראיות עדכניות); ותרומה ייחודית (הצגת תרומה או חידוש לשדה הפסיכולוגיה, דיון בהשלכות תאורטיות או מעשיות או בשתייהן גם יחד).
- כותבי המאמרים, נשמח לענות על שאלותיכם. את המאמרים, וכן פניות ושאלות למערכת, אפשר לשלוח למייל [psychoactuallya@gmail.com](mailto:psychoactuallya@gmail.com) או למזכירות הפ"י [office@psych.org.il](mailto:office@psych.org.il) ולציין "פסיכואקטואליה".

בברכה ובתקווה לקרוא את מאמריכם, **ד"ר שרונה מיטל, יו"ר צוות העורכות.**

## דבר החטיבה הרפואית

### חברי חטיבה יקרות ויקרים,

רוחות שינוי וטלטלות פוקדות אותנו בימים אלה ונוגעות ברבדים העמוקים ביותר של המרקם החברתי, התרבותי והאנושי שאנחנו פועלים בו כאנשי טיפול. וגם בימים אלה מוסיפה קהילת הפסיכולוגים הרפואיים בישראל להיות נוכחת ופעילה במערכת הציבורית ובמגזר הפרטי והיא מתחדשת, לומדת, חוקרת, גדלה ומתפתחת. תחת הכותרת "בין מסורת לחדשנות במציאות משתנה" נפגשו חברים רבים מקהילתנו בכנס השנתי הרביעי של החטיבה הרפואית שהתקיים בנווה אילן. וגם לכנס זה חדרה מציאותנו המורכבת, טלטלה את המשתתפים ויצרה הדים.

ועד החטיבה שם לו למטרה לאפשר למידה משמעותית ומעשירה בכנס השנתי, הזדמנות להרחיב אופקים ולהתנסות בדברים חדשים ומגוונים. הניסיון ליצור את המרחב המחבר בין התאוריה ובין הקליניקה, בין המסורת ובין החדשנות ולהשהות בו אינו עומד בפני עצמו אלא מתקיים בזכות הקבוצה שהוא מתרחש בה. המפגש הקהילתי וההזדמנות לחיבור אישי ומקצועי בכנס היו מטרות חשובות לא פחות. ואכן, שמחנו לראות שם את שלל הייצוגים של מקומות הפעילות שלנו ואת שלבי ההכשרה השונים בקהילתנו - סטודנטים, מתמחים

ומומחים צעירים וותיקים - ונשמח לפגוש את כלל חברי הקהילה הרפואית גם בכנסים העתידיים של החטיבה. אנחנו מקווים שנגענו במטרות שהצבנו לעצמנו ושבאי הכנס נתרמו ממנו באופנים שונים.

בהזדמנות זאת נרצה להודות שוב למרצות ולמרצים אשר תרמו מזמנם, מניסיונם ומכישורונם לחברי הקהילה ולציין את פרס יקירת הקהילה שהוענק לגב' נעמי יואלי על פועלה ועל עשייתה המקצועית למען קידום ופיתוח תחום הפסיכולוגיה הרפואית. נציין בהכרת טובה ובהערכה רבה גם את סער הראל ואת שרון קיטרון, הצוות המארגן של הכנס השנתי, אשר עמלו עליו והשקיעו מחשבה ומשאבים רבים בתכנונו ובהפקתו.

הוועד יפיק לקחים מהכנס וילמד לתת מענה טוב ומדויק יותר על צורכי הקהילה ובתוך כך יביא בחשבון את הרציונל שלנו ואת היעדים שהצבנו לעצמנו ואנחנו פועלים על פיהם. מלבד זאת, במסגרת פעילותנו השוטפת בשנה הקרובה, יש בכוונתנו להמשיך ולהשקיע משאבים בתכנון וביצירת פעילויות אשר נוגעות להכשרה המקצועית ולגיבוש קהילת הפסיכולוגים הרפואיים בישראל.

בברכה,

**ועד החטיבה הרפואית**

## דבר החטיבה החינוכית

### פסיכולוגים וחונכים יקרים,

התחלנו לעבוד במרץ על הכנס השנתי של הפסיכולוגיה החינוכית 2023. גם השנה נקיים את הכנס באותם המלונות ובהקשבה למשובים שמילאתם. קיום כנס החטיבה החינוכית של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל הוא מסורת ארוכת שנים. לצד התפתחות ולמידה מקצועית נערכים בכנס גם מפגשים חברתיים. גם בשנה הזאת, כמו בשנים האחרונות, אנו מרעננים את היצע הסדנאות ומציעים גם סדנאות, תכנים ואף מנחים חדשים. פורסם קול קורא להצעת סדנאות חדשות.

שימו לב! השנה, לראשונה, הכנס מיועד לחברי הפ"י. פסיכולוגים ושותפים שאינם חברי הפ"י מוזמנים להצטרף להפ"י או להשתתף בכנס על בסיס מקום פנוי.

לציבור הנבחרים - תאריכי הכנס תואמו עם הוועדה המקצועית, ובשבוע הכנס לא יתקיימו בחינות. פרטים נוספים בקרוב.

בעקבות המצב המתוח בחברה הישראלית אנו מעודדים פסיכולוגים להצטרף להנחיית מעגלי שיח מאחה ומוגן שיזמה הפ"י. מלבד זאת פרסמנו נייר עמדה: "גשר על מים סוערים: המלצות לחשיבה והתערבות במערכת החינוך לאור האווירה הציבורית הטעונה".

לכל הפרטים על פעילויותינו ולעדכונים נוספים עקבו אחרינו בדף הפייסבוק "החטיבה החינוכית בהסתדרות הפסיכולוגים בישראל".

בברכה,

**ועד החטיבה החינוכית בהפ"י**

## דבר החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית

### שלום לחברי החטיבה,

שאלנו את ChatGPT מה צופן לנו העתיד. הבינה המלאכותית השיבה שאינה יודעת, אבל משערת שהעתיד צופן לנו שילוב של הזדמנויות ואתגרים, והיכולת שלנו להיות סתגלניים ולהתחדש תהיה קריטית כאשר ננווט בין אתגרים אלה. תשובתה של הבינה נכונה כבר זמן רב, ובייחוד בעת הזאת שבה הולכת וגוברת הרגשת אי-הוודאות האישית, המקצועית, הפוליטית והחברתית. חוויית הכאוס בכל הרבדים הללו מהווה גם הזדמנות ללמוד איך לבנות את החוסן האישי, המקצועי והקהילתי, לאתר אפיקי התפתחות חדשים, להקשיב לדעות מגוונות, להיפתח לידע חדש ולהתקדם קדימה חזקים משהיינו, עשירים בכלים, בידע ובכישורי התמודדות עם הלא נודע שעוד עתיד לבוא.

ועד החטיבה פועל כל השנה לקידום הקהילה המקצועית והלמידה המשותפת ומתעדכן בידע ובפריזמות חשיבה שמתחדשים בעולם התעסוקתי-ארגוני הסוער. הדבר הכרחי במיוחד בעת הזאת של מיתון והאטה במשק, כאשר ארגונים והאנשים והנשים שבהם חווים תגודתיות, חוסר ודאות ואף היעדר שליטה על יכולתם לתכנן את העתיד.

הקהילה המקצועית שלנו הולכת וגדלה, ובדרך הפייסבוק "פסיכולוגים תעסוקתיים וארגוניים מדברים קריירה" כבר יש מעל 200 עוקבים שמתעדכנים שם בכתיבה מקצועית של חברי הקבוצה היוצקים תוכן עדכני, מקצועי, מעשיר ומעורר מחשבה. חברי הקהילה המקצועית יוצרים את הידע וחולקים אותו עם חברי הקהילה באופן שמשלב תאוריות וגישות עדכניות, תיאורי מקרה וחוויות אישיות מתוך העבודה בשדה הארגוני והתעסוקתי. חוסנה של קהילה נמדד ביכולתה לעמוד בפני טלטלות ומשברים ואף לצמוח מהם. הבית של הפסיכולוגים והפסיכולוגיות בשדה התעסוקתי-ארגוני והתרומה ההולכת וגוברת של החברים ממחישים כי

בעת סערה אנו מצליחים להיות מלוכדים ועסוקים בצמיחה, ובזאת טמון החוסן שלנו.

כחלק מאותו תהליך אנו ממשיכות להפעיל את תוכנית ימי העיון וההעשרה. בחודש מרץ התקיים יום עיון מקוון בנושא אתגרים וחדושים בשילוב עבודה-משפחה בארגונים, וד"ר ענת גרטי, ד"ר עמית קפלן, פרופ' שי צפירי, סא"ל נטע בימינו ואילת פדה הציגו בו מגוון רחב של התפתחויות בשינוי מרקם היחסים בין העובד ובין מקום העבודה ואת השלכותיהן. עשרות משתתפים נכחו ביום העיון. היו בו רגעים מצחיקים, רגעי דאגה מפני העתיד, רגעים שהחכמו בהם ורגעי השראה מקצועית. זה היה ערב מעשיר ומגוון, ובזכותו למדנו, מנקודות מבט מחקריות, ארגוניות ואישיות, על התהליכים המהירים המתרחשים לנגד עינינו.

ועתה לתוכניות העתידיות - ב-7 ביולי 2023 צפוי מפגש למידה יוצא דופן, ייחודי ובעיקר - פרונטלי. ניפגש בבוקר שישי לצפייה משותפת בסרט "הבוס הטוב" ואחריו נשמע הרצאות מקצועיות ומעשירות מפי ד"ר דנה פרג ומפי ד"ר יעל בן-חורין. אנו יודעות כי חברי וחברות החטיבה מייחלים להיפגש, לדון יחד, להחליף חוויות וללמוד יחד כמו שיכולה לעשות קהילה בעלת חוסן ולכידות.

החטיבה הארגונית-תעסוקתית פועלת כל השנה בנושאי החטיבה ובנושאים רחבים שקשורים לכלל החטיבות המקצועיות. אורלי צדוק, נציגתנו בוועד המרכזי, פועלת ללא לאות לקידום סוגיות נרחבות שקשורות לענף הפסיכולוגיה ולמעמדו. אנו פעילות גם בוועדת אישורי ההשתלמויות. בתוך כך אנו זמינות תמיד לפניות, להארות ולשאלות של ציבור הפסיכולוגים והפסיכולוגיות בחטיבה.

נאחל אביב שמח,

**ועד החטיבה**



## דבר החטיבה ההתפתחותית

### חברי וחברות החטיבה היקרים,

גיליון זה עוסק בשחיקה, מושג שנקשר בדרך כלל לעולם התעסוקה. בפסיכולוגיה ההתפתחותית נוכל לעסוק במושג זה הן מההיבט התעסוקתי - בכל הנוגע לאנשי ונשות החינוך והטיפול - הן מהיבט שדנים בו פחות - שחיקה בהורות. כניסה לתפקיד ההורה והסתגלות לו, למשל הורות לילדים, ובייחוד הורות בגיל הרך והורות לילדים עם צרכים מיוחדים, הן מצבים שמתאפיינים במידה רבה של אינטנסיביות וריבוי משימות. מלבד זאת לא פעם חווים הורים ציפיות מהחברה להיות "הורים מושלמים", וציפייה זאת מגבירה את חרדותיהם, את רצונם להשיג פרפקציוניזם ואת הרגשת הכישלון או האשמה שלהם בהתמודדותם עם אתגרים ועם קשיים. כל אלה, והמעורבות הרגשית הגבוהה הכרוכה בהורות, עלולים לגרום חוויות שחיקה תכופות. במצב כזה הורים עשויים לחוות מנעד רחב של תופעות - החל בחוסר סבלנות, דכדוך ואובדן אנרגיות וכלה במצבים חמורים כגון פגיעה בבריאות הגופנית והנפשית.

מאחר שאנחנו פסיכולוגים והתפתחותיים. עלינו לקדם את הרווחה הנפשית של הורים ואת הנאתם מההורות. אנחנו עושים זאת באמצעות בדיקת צורכי הילדה והכרה בצרכים ובסובייקטיביות של ההורים, בטיפוח מיומנויות של חמלה

## דבר החטיבה השיקומית

### שלום לכל החברות והחברים,

עשייה משמעותית מלווה את השנה הזאת בכל החזיתות. אנחנו עדים לעלייה במודעות לצורך בטיפול הפסיכולוגי השיקומי, להרחבת ההתמחויות הקיימות ולעדכון תהליך בחינת ההתמחות וכן לשינויים בקהילה ובהם פתיחת מסלול לימודי שיקומי במכללה האקדמית אחוה. כולנו יודעים שהעשייה השיקומית רבה, ובמסגרתה אנחנו נעים בין המטופלים שלנו ותוכניות השיקום ובין אבחון והתפתחות מקצועית כאנשי מקצוע. עליהם מתווספים כמובן חיינו הפרטיים, שגם בהם אנחנו משתדלים להיות פעילים ומעורבים.

הגיליון הזה של פסיכואקטואליה עוסק בשחיקה, ואיננו יכולים שלא לחשוב על הקשר, ואף על הגבול הדק, שבין צמיחה גדולה וניכרת ובין שחיקה. איך אפשר לשאוף להתפתחות ולצמיחה מתוך תיעדוף היעדים החשובים לנו ומתוך שמירה על עצמנו (וגם על מטופלינו) משחיקה? ידוע כי השקעה בפיתוח אישי, גופני ונפשי מסייעת בשמירה עלינו ובתוך כך תורמת להגשמת יעדינו (Yang & Hayes, 2020). על כן, בין שאר פעילויותינו השנה, נתמקד במיוחד בקידום

עצמית וויסות רגשי, בפיתוח רשתות תמיכה ובהעברת המסר של הורות טובה דייה, לא הורות מושלמת. בהיותנו פסיכולוגים. והתפתחותיים. נוכל לאתר "נורות אדומות" שמזהירות מפני מצבי שחיקה בהורות, להתערב ולסייע להורים ובד בבד לקדם התערבויות לשם מניעת שחיקה הורית. בתוך כך חשוב שלא נשכח גם את עצמנו ונמצא פנאי למנוחה ולטיפול בעצמנו במציאות המקצועית העמוסה והמתגרת שלנו. דוגמה לזמן כזה היא השתלמות המתמחים. והשתלמות השיקומית. ההשתלמות עוסקת בהתערבות המערכת במעונות היום באוריינטציה התפתחותית.

ורגע לפני סיום לא נוכל שלא להזכיר את פטירתו של מאיר שלו ושל יהונתן גפן, יוצרים מלאי כשרון שכתבו רבות לילדים. ועל ילדים. והיטיבו לתאר חוויות הוריות וילדיות בדרך מלאה קסם והתפעלות. הם הותירו לנו ולהורים וילדים. רבים. ואת אוצר גנוז לאין ספור שעות הנאה בדמות "הכבש ה-16" ו"שירים שענת אוהבת במיוחד" ו"אבא עושה בושות", "החתול קרמר" ו"גומות החן של זוהר".

בברכה,

**החטיבה לפסיכולוגיה ההתפתחותית**

כנס החטיבה השיקומית ה-11 שיארגנו הוועדה המדעית והמארגנת ובקידום השתלמויות מקצועיות בתחומים שונים כגון טיפול מאשש מגדר, לימודי מוגבלות והשתלמות אבחון ייעודית לאבחון השיקומי.

לצד איזון בין דרישות החיים השונות ציינו יאנג והייז (Yang & Hayes, 2020) כי תמיכה מקהילת העמיתים, המדריכים, החברים ובני המשפחה מסייעת גם היא בהפחתת מספר תהליכי השחיקה. ואם כך, הרי 571 חברינו בקהילת הווסטסאפ תורמים לגיבושנו ושומרים עלינו ועל צביונו. בקהילה הזאת אפשר להיווכח בשיח משותף, בתמיכה ובעושר של דעות ופעילויות שקיימים בקרבנו.

אנחנו מאחלים המשך התפתחות, צמיחה ורגעי נחת.

**ועד החטיבה השיקומית**

Yang, Y., & Hayes, J. A. (2020). Causes and consequences of burnout among mental health professionals: A practice-oriented review of recent empirical literature. *Psychotherapy, 57*(3), 426–436. <https://doi.org/10.1037/pst0000317>



## דבר פורום הוותיקים והגמלאים

**חברות וחברי הפ"י, שלום,**

הפורום ממשיך בפעילותו. לאחרונה הסתיים קורס חווייתי מיוחד, "מיינדפולנס וכתביה - סיפור החיים בהיבט אישי ובין-אישי", שאורגן לכלל חברי הפ"י ביוזמת הפורום. הקורס נערך במקצועיות רבה בזום ושילב בהצלחה לימוד ותרגול בקבוצות. השילוב בין הצגה ובין תרגול מיינדפולנס בהנחיית מתי ליבליך, ממרכזי התוכנית לפסיכותרפיה מבוססת מיינדפולנס, ממקימי העמותה לחינוך קשוב ואכפתי, עמותה שעוסקת ביישומים מבוססי מחקר של התערבויות מיינדפולנס וחמלה בשדה החינוך, מצד אחד, ותרגולי כתיבה בהנחיית אימה, פרופ' עמיה ליבליך, פסיכולוגית וסופרת שמתמחה בהנחיית קבוצות וכתביה אוטוביוגרפיות ומלווה של תהליכי יצירה אישית, מצד אחר, יצרה חוויה משמעותית ומאפשרת. השתתפו בקורס גמלאים רבים, ושמחנו שהצטרפו גם פסיכולוגים צעירים יותר. נוסף על ההזדמנות לכתוב סיפורי חיים הייתה לשמחתנו הזדמנות למפגש ולהיכרות בין-דורית.

מוקדם יותר השנה התקיימה הרצאה מוצלחת מטעם פורום הגמלאים בשיתוף אפרת, רכזת העצמאים בהפ"י, בנושא הטבות מס לבני 60 ומעלה. אנו מקווים ליזום עוד הרצאות

וקורסים כאלה בהמשך.

במפגש האחרון של הפורום המשכנו לדון בנושאים מקצועיים אקטואליים לגמלאים. נושא מרכזי שברצוננו לטפל בו הוא הסוגייה של סגירת קליניקות של פסיכולוגים עצמאיים בעקבות פרישה, מחלה, או פטירה. מטרתנו להבהיר את ההנחיות ולהעלות את המודעות לנושא בקרב ציבור הפסיכולוגים ולהציע פתרונות מעשיים לסוגיות שעולות.

מלבד זאת אנו מבקשים להרחיב את שורות הצוות העומד בראש הפורום כדי שנוכל להגדיל את פעילויותינו. כמו כן אנו ממשיכים לחשוב על דרכים שבהן נוכל לסייע במתן מענה למבוגרים והמאוד מבוגרים בכל הקשור לצורכיהם, ובייחוד לצורכיהם הטיפוליים, ולבריאות הנפש שלהם.

חשוב לנו לציין שאנו פורום על-חטיבתי, ועל כן כל חברי הפ"י, מכל החטיבות, מוזמנים/ות להצטרף לפעילויות שלנו. נשמח לשמוע גם ממי שמעוניין להצטרף אלינו ולפעול כדי לקדם את התחום למען החברים הוותיקים. כתבו לנו למייל הזה: [mobileformvatikim@googlegroups.com](mailto:mobileformvatikim@googlegroups.com)

בברכה,

**צוות מובילי פורום ותיקים וגמלאים**



סרקו אותי



**חברי הסתדרות הפסיכולוגים בישראל  
מצטרפים למועדון יחד ומרוויחים**

**ההצטרפות לאוצרן של גמי כל סוגי כרטיסי האשראי!**

## ד"ר אילה בלון, יו"ר מועצת הפסיכולוגים

### חבריי וחברותיי הפסיכולוגים,

בזמן האחרון עלו לכותרות תגובות שונות על פעילותן של מרפאות להתאמה מגדרית ולטיפול הפסיכולוגי באנשים על הקשת הטרנסית. אני מעוניינת לנצל את הבמה המכובדת של פסיכואקטואליה כדי לשתף אתכם בדברים שהעבירה מועצת הפסיכולוגים לחטיבת הרפואה במשרד הבריאות בתגובה על חוזר שמתגבש במשרד הבריאות. להלן עיקרי הדברים ממכתב המועצה:

המטרה המרכזית של התערבות רפואית לצורך התאמה מגדרית היא לשפר את רווחה הנפשית, איכות החיים הנתפסת והתפקוד החברתי של אנשים המצויים על הקשת הטרנסית. פעמים רבות האיזון יחסי הגומלין בין גוף לפסיכולוגיה נמצאים בליבת העיסוק המשותפת של מקצועות הרפואה והפסיכולוגיה, הן ברמה התיאורטית והן ברמה המעשית. מצבים רפואיים והתערבויות רפואיות משפיעים על מצבו הפסיכולוגי של האדם, ומנגד למצבו הפסיכולוגי של האדם השפעות על מצבו הגופני. טיפול תרופתי פסיכיאטרי הוא דוגמה נפוצה להתערבות רפואית שמטרתה בין השאר לשפר את רווחה הנפשית של האדם וטיפול פסיכולוגי המלווה תהליכים גופניים כמו במחלת הסרטן הוא דוגמה נפוצה להתערבות פסיכולוגית בעקבות מצב גופני והתערבות רפואית. ניתוחים בריאטריים, הנפוצים פחות מאלה, הם דוגמה להתערבות רפואית שמטרתה רפואית, אך קשורה בקשר הדוק להתנהגות ולמצב נפשי, מושפעת מאלה ומשפיעה עליהם.

המרפאות להתאמה מגדרית נמצאות ברף העליון של התערבות רפואית לצורך שיפור מצבו הפסיכולוגי והחברתי של האדם. לכן, אנו רואים חשיבות רבה בשיתוף פעולה בשדה לצד חשיבה תיאורטית ומחקר משותפים, במטרה להביא לתוצאות הטובות ביותר עבור הלקוחות של המרפאות.

לפיכך, יש ערך רב לשותפות בין המקצועות השונים ואנו רואים לנכון להדגיש את הצורך בכך שפסיכולוגים ייקחו חלק בצוות המרפאות, לא רק כחלופה לאנשי

בראות הנפש אלא בנוסף לאחרים ויחד איתם. בנוסף, כמו בתהליכים רפואיים אחרים, ובהתאמה לחוק זכויות החולה וחוק כבוד האדם וחירותו, אנו ממליצים לבחור בגישה של "הסכמה מודעת" ולא של "שומר סף" ובמקום וועדות המאשרות פניות ובקשות של לקוחות, לייצר מרחב מקצועי בטוח שמאפשר להם לקבל החלטות מבוססות ידע, מתוך ליווי פסיכולוגי המבוסס על ידע וניסיון ועל הערכה פסיכולוגית בעת הצורך.

כאמור, המטרה של התערבויות רפואיות להתאמה מגדרית היא שיפור במדדים פסיכולוגיים של האדם, כגון רווחה נפשית, שביעות הרצון מהחיים, ההשתלבות החברתית ועוד. הפסיכולוג במרפאה יוכל להציע ליווי לפונים בתהליכי קבלת ההחלטות ובחשיבה ושיח על הדרך המתאימה ביותר עבורו. אשר תביא לתוצאות מיטביות. זאת, תוך התייחסות להיבטים גופניים, חברתיים, רגשיים ואחרים שקשורים לתהליך.

בחלק מהמקרים ניתן להמליץ על הערכה פסיכולוגית שמטרתה להעריך את המצב הפסיכולוגי של האדם ומידת המוכנות שלו להתערבויות רפואיות רלוונטיות, כפי שנעשה כיום לקראת התערבויות רפואיות אחרות כמו לקראת ניתוחים בריאטריים, תרומת איברים מהחי וניתוחים לכריתת איברים בשל CRPS. חשוב לציין כי אין אנו ממליצים על הערכה פסיכולוגית שמטרתה לאבחן דיספוריה מגדרית או להעריך עד כמה הפונה הינוה. על הקשת הטרנסית, אלא על הערכה פסיכולוגית הממוקדת במצב הפסיכולוגי ומנסה להשיב על שאלות הקשורות למוכנות להתערבות הרפואית וההשלכות הפסיכולוגיות הצפויות לאחריה. כדי להשיג כל אלה, אנחנו מציעים לפעול במספר דרכים על פי המפורט להלן:

1. מידע לצורך קבלת ההחלטה - הכנת חומר מונגש הכולל מידע על החלופות השונות, התהליכים המפורטים, המטרות והתוצרים הצפויים, וכן מידע רפואי וסטטיסטי רלוונטי.
2. פרוטוקול להפניה להערכה פסיכולוגית - יש צורך ליצור פרוטוקול מסודר הכולל סינון ראשוני של

המשך בעמוד 13



## גבי פרץ, הפסיכולוג הארצי והממונה על רישוי פסיכולוגים

### שלום לכולם,

באוקטובר 2018 נעשה במערכת הבריאות סקר מקיף ראשון לבחינת סוגיית השחיקה. השיבו על הסקר 42 אלף ויותר עובדים במערכת הבריאות, מתוכם 641 פסיכולוגים. וכך הומשגה השחיקה במסמך המסכם של הסקר: "שחיקה נובעת מעבודה במצב של חוסר איזון כרוני, שבו העבודה דורשת ממך יותר מאשר אתה יכול לתת, ומספקת לך פחות ממה שאתה צריך". שחיקה היא מצב רגשי שלילי שמאופיין בתשישות רגשית, פיזית וקוגניטיבית. מדד השחיקה של כלל עובדי מערכת הבריאות כפי שנמדד באותו הסקר היה 3.4 (בסולם של 1-5). מדד זה גבוה ממדד התקן (בנצ'מרק) של הסקר, שעומד על 3, וגבוה גם בהשוואה לסקר דומה שנערך בקרב מדגם של עובדים אחרים בארץ והיה 2.2. מדד השחיקה של הפסיכולוגים שהשתתפו בסקר הזה היה 3.2. ב-2021 נערך סקר מעקב, ולא נראו בו שינויים של ממש בנתונים אלה. ועם זאת בהתחשב בעובדה שבין הסקרים האלה התמודדנו עם הקורונה, ייתכן שגם שמירה על המצב הקיים היא הישג.

מסקר המעקב עלו הנתונים הכלליים האלה: בתי החולים הם סוג הארגון שבו מדד השחיקה הוא הגבוה ביותר (3.5); הרופאים המתמחים הם האוכלוסייה המקצועית בעלת מדד השחיקה הגבוה ביותר (4.2); עומס בעבודה, קושי לשלב בין עבודה ובין בית וקונפליקטים בין בעלי תפקידים היו גורמי הלחץ המגבירים ביותר את השחיקה; וגיוון ועניין בעבודה ומחויבות הארגון לבריאות עובדיו היו הגורמים המובילים בהפחתת השחיקה.

על בסיס הסקר שנעשה במערכת הבריאות בוצע ניתוח נפרד לסקטור הפסיכולוגים. הוא התבסס על תשובותיהם של 641 פסיכולוגים משלוש קבוצות מרכזיות: פסיכולוגים בבתי החולים הכלליים, בבתי החולים לבריאות הנפש ובקופות החולים. כאמור, גם בקרבם נמצא מדד שחיקה גבוה (3.2). עומס רב בעבודה וקושי לשלב בין הבית ובין העבודה היו הסיבות המרכזיות למדד הגבוה. גורמים מרכזיים נוספים היו חשיפה למוות ולתחלואה, הסביבה הפיזית בעבודה, ריבוי מטלות מנהליות ומערכות מחשוב מעכבות. אשר למשאבי ההתמודדות עם השחיקה דיווחו הפסיכולוגים שגיוון ועניין בעבודה, תמיכת הארגון בהתמודדות עם קשיים ואווירה של ערבות הדדית מקטינים את השחיקה. מחצית בקירוב מהמשיבים ציינו שהם מרגישים בעלי השפעה בארגון ויכולים לפתח קריירה במערכת הבריאות, ועם זאת הדגישו שתנאי השכר והטיפול המקצועי שנותן להם הארגון היו החלשים

ביותר.

בעקבות הסקרים האלה התרחב העיסוק בשחיקה ונעשו ניסיונות לפעול לצמצומה ולהאטת קצב התרחשותה. בכלל הארגונים והסקטורים הוקמו צוותים כדי ללמוד את תוצאות הסקר ולהציע תוכנית התערבות. נפלה בחלקי הזכות להשתתף בשלושה צוותים כאלה: הצוות של כלל מערכת הבריאות, הצוות של הפסיכולוגים והצוות של המשרד הראשי.

במסגרת צוות העבודה לבחינת השחיקה בקרב הפסיכולוגים במערכת הבריאות שאלנו את הפסיכולוגים, בהליך שנקרא שיתוף הציבור, מה יקדם או ימנע הגעת פסיכולוגים לשירות הציבורי. על השאלה ענו 86 פסיכולוגים, ומניתוח התשובות סוכם חמישה מרכיבים שהם בעלי השפעה מרכזית על צמצום השחיקה ושיפורם ימתן את התפתחותה: (1) תגמול ראוי ותמריצים מתאימים לפסיכולוגים על הכשרתם והשקעתם בעבודה ועל הקושי שהם מתמודדים איתו; (2) עומס העבודה הנובע בעיקר מעלייה בצורך בפסיכולוגים ובמחסור בכוח אדם; (3) הרחבת האפשרויות לפיתוח מקצועי ואפשרויות לניהול; (4) מיסוד מנגנונים ותהליכים של תמיכה רגשית; (5) תשתית ראויה של תנאי עבודה.

בחלוף חמש שנים בקירוב מהסקר הראשון נראה שיש שינוי קל לטובה בתחום זה במערכת הבריאות. השחיקה הובלטה מאוד במאבק נגד הקורונה, ונעשו לא מעט פעולות להתמודדות עימה. עם זאת נראה שגם פעולות אלה הולכות ונשחקות בהדרגה, ומתווספת עליהם גם הרגשת תסכול שנובעת מהקושי לעשות שינוי של ממש בתחום זה. בחודשים האחרונים החלו להיראות ניצנים של דבר מה שעשוי לחולל שינוי מהותי בתחום זה, לדעתי. הראשון שבהם הוא פרסום תו התקן לבריאות העובד:

מכון התקנים הישראלי מפרסם בימים אלו את התקן הישראלי ת"י 45003. תקן זה הוא אימוץ של התקן הבין-לאומי ISO 45003:2021. התקן מכיר בגורמי סיכון פסיכוסוציאליים בעבודה - בהם אפיונים של ארגון העבודה, גורמים חברתיים בעבודה ואפיונים של סביבת עבודה כמובילים באופן משמעותי לפגיעה באיכות חיים נפשית ובבריאות העובדים. התקן מספק הנחיות לניהול סיכונים פסיכוסוציאליים כאלו ולקידום שלומות (well being) בעבודה, תוך הדגשת אחריות הארגון לכך... התקן מסמן פריצת דרך משמעותית מבחינת ההכרה במשמעות וחשיבות איכות חיים נפשית בעבודה ובאחריות של הארגונים לדאוג לכך, אך חשוב להדגיש כי יישום נכון

## ד"ר חוה פרידמן, הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך

ארצות הברית, דרום אפריקה, ספרד, שוודיה, קולומביה וארגנטינה - דורגו במדד ברמת הקיטוב הגבוהה ביותר; ותשע מדינות - גרמניה, איטליה, הולנד, יפן, אנגליה, צרפת, דרום קוריה וברזיל דורגו בסיכון גבוה לקיטוב חברתי. קיטוב מדורג על פי המידה שבה המשיבים רואים בחברתם חברה מקוטבת והמידה שבה הם סבורים שאפשר להתגבר על מצב הקיטוב במדינה. עם הגורמים שמגבירים קיטוב נמנים חוסר בזהות משותפת, היעדר אמון בשירותי המדינה, חוסר הוגנת שיטתית, פחדים חברתיים, פסימיות כלכלית ואי-אמון בתקשורת. 53 אחוזים מהמשיבים טענו שהחברה במדינתם מקוטבת כיום יותר מבעבר. ב-15 מתוך 26 המדינות סברו המשיבים שהחברה במדינתם מקוטבת היום יותר מבעבר (סין ותאילנד אינן מופיעות במשתנה זה). לבסוף הופיעו בסקר דוגמאות לתגובות שקשורות לחוסר הסכמה עם דעותיו של האחר ("אם מישהו אינו מסכים עם דעותיכם"), ואלה היו תגובות המשיבים בסקר:

30 אחוזים לא היו מוכנים לסייע לאדם כזה אם הוא נזקק לעזרה.

20 אחוזים לא הסכימו לחיות בשכנות לאדם כזה.

20 אחוזים לא הסכימו לעבוד עם אדם כזה.

לסקר היו תובנות רבות וחשובות, ועל פי אחת מהן נראה שללא התערבות יזומה של מנהיגים ושל ראשי חברות נמשיך לחזות בהתפתחות המשבר באמון במוסדות רשמיים, והיא תגרום משבר בין-איש. במילים אחרות, עורכי הסקר הביעו דאגה ממגמת הקיטוב החברתי במדינות רבות בעולם, במערב ובמזרח, ובייחוד עלה חשש מפני הפיכת הקיטוב האידאולוגי להתרחקות בין-אישית. לרגע אחד בלבד יכולנו להתנחם בעובדה שמדובר בקבוצת מדינות שישראל אינה נמנית עימן, ולפיכך מצבנו שונה. הרגע הזה חלף מהר. קשה לחשוב על ישראל בימים אלה מבלי לחשוב על הקיטוב החברתי ועל השלכותיו על האמון בין אדם ובין זולתו.

ובחזרה אלינו, אל המציאות הפוליטית שלנו. הפסיכולוגים הם בעת ובעונה אחת אנשים ונשים פרטיים, בעלי תפקידים שונים, חברי קהילה מקצועית, נותני שירות פנימי בתוך הפרופסיה (למשל, מבחן התמחות) ומעניקי שירות פסיכולוגי לילדים, למבוגרים, להורים ולצוותי חינוך. איך מחזיקים את השילוב בין היותנו אנשים פרטיים, היותנו בעלי מקצוע חברתי והיותנו חברים בקהילה מקצועית? איך מתרגמים את השילוב הזה למעשים כשהמעורבות הרגשית של רבים מאיתנו גבוהה במיוחד בעקבות המשבר החברתי, ויש אף מי שחווים

הגיליון הזה של פסיכואקטואליה מוקדש לנושא השחיקה. בימים שנכתבות בהם מילים אלה נתונה מדינת ישראל במשבר לאומי-חברתי-פוליטי שלא ידעה כמותו בעבר. החברה הישראלית מקוטבת, מפולגת ומשוסעת. כל אחד מאיתנו הוא אדם פרטי בעל אמונות ודעות חברתיות ופוליטיות וגם פסיכולוג. בעת השברירית הזאת בחרתי לקשור בין שחיקה ובין סוגיית הערבות המקצועית ולהאיר את המתח בין סיכון ובין סיכוי, בין הסכנה בשחיקת הערבות המקצועית ובין האפשרות לחזק את חוסנו כקהילה מקצועית.

בראשיתו של שינוי עמוק, בעיקר אם הוא בעל אופי משברי, חסרה לנו פרספקטיבה - מה משמעות המשבר? כמה זמן הוא יימשך? האם יתמתן או יחריף? כיצד הוא ישפיע עלינו כפרטים, כמשפחה, כקהילה, כחברה? כיצד הוא ישפיע על כל אחד מאיתנו בעבודתו? מה יקרה במערכות היחסים השונות? איני יודעת מה תהיה תמונת המצב החברתית כשיתפרסם הגיליון הזה כמוכן. חוסר הוודאות משמעו שייטכן שהדברים הנכתבים כאן יהיו רלוונטיים, וייתכן שהמציאות תהיה שונה בתכלית.

עם פריצתו של המשבר החברתי החלו להתעורר שאלות רבות בקהילה המקצועית של הפסיכולוגיה החינוכית בפרט ושל הפסיכולוגיה הציבורית בכלל בנוגע לקול הפסיכולוגים. האם צריך להישמע קול פרופסיונלי בהקשר של המשבר? הפסיכולוגיה החינוכית הציבורית מעניקה שירות מטעם המדינה לילדים ולמבוגרים מכל מגזרי האוכלוסייה ומכל הקהילות בישראל. את השירות נותנים פסיכולוגים שעובדים ברשויות המקומיות, והם עצמם נציגי מגזרים חברתיים שונים. המילים שהם בוחרים מקבלות בנקל משמעות פוליטית. זוהי שעת פריחתם של הסטראוטיפים המחלחלים ליחסים בכלל ולמקומות העבודה בפרט - מה משמעותו של המראה החיצוני, של מקום העבודה, של מקום המגורים בהקשר של עמדותיהם הפוליטיות של אנשים ונשים? נדמה שייחוסים פוליטיים אורבים בכל פינה ומבקשים לחדור למליאות מקצועיות, ויש שעמדות פוליטיות מושלכות על הזולת ללא כל דיאלוג או שיח מברר.

ימים אלה מזמנים את ההיכרות עם המונח קיטוב חברתי. זה 23 שנים נמדד האמון של אזרחים בגופים מוסדיים שונים במדינות שונות ברחבי העולם באמצעות "ברומטר האמון" של אדלמן (Edelman, 2023). בשנת 2023 רואיינו 32 אלף איש מ-28 מדינות בנושא זה (ישראל לא השתתפה בסקר). 1,150 איש בקירוב מכל מדינה השיבו עליו. שש מדינות -

צורכי החברים בה ובהנהגת מנהל או אחראי הקבוצה. שמירה על המרקם החברתי של הקבוצה המקצועית ועל הערבות ההדדית צריכה להיות בראש מעיינו.

יש עוד שאלות רבות בנוגע למקבלי השירות בעת הזאת. עקרון הבחירה הוולנטרית צריך לפעול גם בשירותם. במציאות משתנה ומתפתחת, רוויה בחוסר ודאות ובמתחים, עלינו לתת את אמונו במקבלי השירות ולהאמין שידעו לפנות אלינו ולהשמיע, על פי בחירתם, את הצורך בהתערבות פסיכולוגית במרקם יחסי האמון המתקיים בינו. על כל פנים, עקרונות השיח המוגן המותאמים לימים אלה ישמשו ארגז כלים על פי בחירתו של כל אדם ושל כל גוף מוסדי שאנחנו עובדים עימו. זה המקום להזכיר את עקרון הרציפות גם בהקשר של הפסיכולוגים עצמם וגם בהקשר של מתן שירות פסיכולוגי. בהיותנו פסיכולוגים נשכיל לבחור בשיח וליצור תנאים מתאימים לקיומו, אם אנחנו סבורים ששיח כזה יחזק את האמון בין פסיכולוגים בצוות, בין מנהלים במליאה מחוזית ובין פסיכולוגים ובין מקבלי שירות במציאות של קיטוב עמדות.

בתקווה לימים של צמיחה ממשבר,

**חנה**

מקורות

Edelman Trust Barometer (2023). <https://www.edelman.com/trust/2023/trust-barometer>

התרחקות מחברים, מקרובי משפחה, מעמיתים למקצוע על רקע פוליטי? איך מבטיחים אפשרות לשיח ושומרים על מליאה מקצועית שבה אנחנו ערבים זה לזה?

במקצוע שלנו השיח משמש כלי מרכזי לבירור עמדות, דעות ורגשות מקוטבים. בתקופה הזאת, בימים שבהם הגוון של מילים, של משפטים ושל ביטויים מקבל משמעויות פוליטיות, עולות שאלות שונות - והן ראויות להישאל, ויש לזכור שאין מדובר בחדר טיפולים אלא בסביבה מקצועית - האם שיח הוא מטרה או אמצעי? האם פתיחת שיח מקדמת אותנו תמיד למטרה או ייתכנו מצבים שבהם השיח עלול לגרום נזק? כיצד נחזיק את הצורך להשמיע קול אישי עם השמירה על מרקם הטרונגי חברתי-מקצועי שאנחנו עובדים בו היום ונעבוד בו גם מחר?

בשלב הזה אנחנו כבר מצוידים בתובנות בזכות קולותיהם המגוונים של מנהלים ושל פסיכולוגים. וזאת היא התובנה המרכזית שלנו: עלינו להכיל ולכבד את השונות ואת הגיוון בשיוך הפוליטי של הפסיכולוגים כאנשים פרטיים ולוודא שהם לא יפגעו במרקם החברתי המקצועי שלהם, וחשוב לא פחות - לא יפגעו ביחסייהם עם מקבלי השירות.

שיח מוגן יכול להתקיים בין פסיכולוגים, וראוי שיתקיים, ועם זאת יש להדגיש שהוא נתון לבחירת הפרט ולבחירת הקבוצה. כל קבוצה מקצועית של פסיכולוגים (שפ"ח, קבוצת הדרכה וכדומה) מסוגלת למצוא את דרכה הייחודית בקיום שיח על פי

המשך מעמוד 10

משולחנה של ד"ר אילה בלוק, יו"ר מועצת הפסיכולוגים

4. הכנה פסיכולוגית לתהליכים הרפואיים - במידה והלקוח יחליט לעבור התערבות רפואית, חשוב לפעול להכין וללוות אותו בתהליך הרפואי, כפי שמקובל בתהליכים רפואיים מסוג זה, לדוגמא על ידי מתן מידע בהיר לאורך כל התהליך וניטור התגובות הפסיכולוגיות שלו בכל שלב ושלב.

עד כאן מתוך המכתב ששלחה המועצה. המועצה משתדלת להשתתף בתהליכי קבלת החלטות בנושאים שקשורים לפסיכולוגיה ולעבודת הפסיכולוגים במשרד הבריאות ובמערכות הציבוריות השונות הן כאשר פונים ומבקשים את עמדתנו או את שותפותנו הן כאשר לא פונים. נשמח לסיוע בהעלאת נושאים כאלה, באיסוף מידע ומחקר ובכתיבה.

**אילה**

הפונים ושאלונים פסיכולוגים שיועברו על ידי אחד מאנשי הצוות. מטרת הסינון לזהות לקוחות שיש להמליץ להם על הערכה פסיכולוגית לפני ההחלטה על ביצוע התערבויות רפואיות. חשוב שהפסיכולוג בצוות המרפאה יעבור על השאלונים וימליץ על הערכה פסיכולוגית וההיקף הנדרש שלה בהתאם לצורך.

3. ליווי פסיכולוגי לאורך כל התהליך - מומלץ להציע ללקוחות שיחות עם פסיכולוג החל מהפניה הראשונה למרפאה ועד להשלמת התהליך. במידה והלקוח משתתף בטיפול שיחתי על ידי פסיכולוג או איש מקצוע אחר מחוץ למרפאה, חשוב ליצור קשר עם המטפל (בכפוף לויתור סודיות של הלקוח), ולפעול באופן אקטיבי לשיתופו בתהליך.

# בעקבות השקת תקן ת"י (ISO) 45003: על שחיקה ואיכות חיים נפשית בעבודה

אירן דיאמנט<sup>1</sup>

## תקציר

לפני זמן לא רב פורסם בארץ תקן ת"י 45003 בנושא קידום בריאות ואיכות חיים נפשית בעבודה. הוא מבוסס על תקן ISO בין-לאומי שנוגע לאחריות ארגונים לניהול סיכונים פסיכוסוציאליים בעבודה, למניעת שחיקה ולנקיטת פעולות מקדמות בריאות נפשית בארגון. מאמר זה סוקר בקצרה את המעמד התאורטי והמחקרי של תופעת השחיקה ומציג את עיקרי הקווים המנחים בתקן ואת יישומי הרלוונטיים לארגונים במרחב התעסוקתי.

## גורמי סיכון פסיכוסוציאליים ושחיקה

עבודה בעולם התעסוקה המודרני, התובעני, ההישגי והתחרותי כרוכה בהתמודדות עם גורמי לחץ רבים ובהם עומס ולחץ זמן, שעות עבודה ארוכות, זמינות רציפה, ריבוי משימות בו־זמנית, אי־ודאות ודרישות סותרות בתפקיד. אפיוני תעסוקה כאלה מוגדרים כגורמי סיכון פסיכוסוציאליים, וחשיפה מתמשכת וקבועה אליהם יוצרת חוויית עובד שלילית ומשפיעה ישירות על בריאותו (ILO, 1986). גורמי סיכון פסיכוסוציאליים מוגדרים גם כהיבטים בעיצוב ובניהול העבודה ובקונטקסט חברתי וארגוני בעבודה, והם גורמים לעובדים תוצאות שליליות מצטברות מבחינה פיזית ונפשית (Cox et al., 2003). עם היבטים אלה נמנים גם עבודה חזרתית, חדגונית וחסרת משמעות, חוסר הוגנות וצדק בארגון והיעדר יכולות פיתוח עצמי. אחת התוצאות הישירות של חשיפה מתמשכת לגורמי סיכון פסיכוסוציאליים בעבודה היא שחיקה (Burnout).

שחיקה, על פי מילון מילוג והאקדמיה ללשון העברית, היא "התרפסות, כתישה, הפחתה, קיצוץ; גרימה הדרגתית להתבלות בשל שימוש או הפעלה מרובים, אובדן יכולת, פעולה וכוחות". גם בעולם הפסיכולוגיה, בהשאלה מסוימת מעולם הפיזיקה, קשור המושג שחיקה באובדן. הובפול (Hobfoll, 1989) הגדיר שחיקה כתהליך הדרגתי של אובדן

משאבים. תאוריית שימור המשאבים (Conservation of Resources Theory) מניחה כי בני אדם מונעים מרצונם ומשאיתם להשיג ולבנות משאבים בעלי ערך סובייקטיבי ולהגן עליהם. אובייקטים, אפיונים או אנרגיות עשויים להיות בעלי ערך לאדם, או אמצעים להשגת ערך, ועל כן מוערכים כמשאבים משמעותיים. לרכוש, למעמד, להרגשת מסוגלות, לתעסוקה ולזמן עשוי להיות ערך מעשי וסמלי כאחת, בהיותם קשורים לזהות ולהגדרה עצמית. על פי גישה זאת, לחץ נוצר בתגובה על מצב שבו אובדים משאבים, יש סכנה לאיבוד משאבים או כאשר לא מושגים משאבים חדשים בעקבות השקעת משאבים שהיו והתכלו (Hobfoll, 1989; Hobfoll et al., 2018). אם תהיה חוויית האובדן או הסכנה לאובדן כזה ממושכת, תיגרם שחיקה. אובדן המשאבים אף עשוי להתפתח כתהליך סחרור ספירלי (Loss Cycle) שבו אובדן משאבים גורם לאיבוד משאבים מוגבר וחוזר חלילה, ובתוך כך נוצרת "הדבקה" של מרחבי חיים שונים. בסחרור כזה של אובדן מתקשה האינדיווידואל לזהות משאבים זמינים ולשקמם ומתקשה להחלים מהאובדן. מצב לחץ כרוני אקוטי כזה יוצר שחיקה ניכרת (ten Brummelhuis et al., 2011).



לצד דרישות וגורמי לחץ בעבודה מספק מרחב התעסוקה גם משאבים, ואלה עשויים למתן תגובות לחץ ושחיקה (Bakker et al., 2005). מודל דרישות-משאבים (Demerouti et al., 2001) (Job Demands-Resources Model) עוסק בדינמיקה הזאת ומגדיר משאבי תעסוקה כהיבטים פיזיים, פסיכולוגיים

<sup>1</sup>ד"ר אירן דיאמנט היא פסיכולוגית תעסוקתית ארגונית מומחית-מדריכה, ראש המגמה לפסיכולוגיה תעסוקתית בבית הספר למדעי ההתנהגות במכללה האקדמית תל אביב-יפו, יו"ר הוועדה להתמודדות עם לחץ ושחיקה במועצה הלאומית לבריאות העובד ויו"ר הוועדה המקצועית המייעצת לאימוץ תקן ISO 45003 במכון התקנים.

קרדיווסקולריות, סוכרת, דלקות והפרעות שינה (Aronsson et al., 2017; Brough et al., 2018; Igic et al., 2017; Marcatto et al., 2016; Melamed et al., 2006; Salvagioni et al., 2017; Toker et al., 2012) ואף נמצאה קשורה לתמותה מוקדמת (Shirom et al., 2011).

## ויניטה של שחיקה

אני קם בבוקר עייף, מרוקן מכוחות. מניע את הגוף שלי בכבודות, עושה פעולות מכניות - צחצוח שיניים, הכנת קפה, כניסה לרכב. אני חושב על יום העבודה שמצפה לי ואני מרגיש שאין לי את המסוגלות להתמודד עם כל מה שאני יודע שמצפה לי. העומס, הלחץ, המעבר ממטופל למטופל במהירות, בחיפזון, הקריאות למצבי חירום שעולים כל הזמן, היעדר אמצעים מספיקים לפתרון בעיות, היעדר כוח אדם - אין ממי לבקש סיוע, אין ממי לבקש החלפה לרגע. לא יהיה זמן לארוחת צוהריים. לא יהיה זמן לעצור למנוחה. אין גם מקום למנוחה. בלילה ליוותה אותי תמונה של קשישה ששכבה במחלקה. נכנסתי לחדרה במסגרת ביקור רופאים. היא שאלה שוב ושוב מתי תוכל להשתחרר הביתה. עניתי בקוצר רוח שלא סיימנו את הבדיקות ושיודעו לה ויצאתי בחופזה מחדרה. בלילה עלתה בי תמונת ההבעה חסרת האונים שלה. קשישה מחוץ לביתה, תלויה באחרים, באיודאות, בדאגה. זו יכולה הייתה להיות אימי. אנשים הופכים לתיקים, למקרים, לטפסים. הייחודיות שלהם מטושטשת כאשר רואים 30-40 מטופלים ברצף. אני הופך להיות אטום לרגשותיהם. אני לא בטוח שאני רופא טוב כפי שהייתי רוצה להיות.

## היקף רב־סקטוריאלי לשחיקה

שחיקה אינה תופעה זניחה. בסקר שערך משרד הכלכלה (אלפסי־הנלי, 2016) נמצא כי 57 אחוזים מהעובדים השכירים בישראל מדווחים על שחיקה במידה בינונית או רבה, ו־50 אחוזים מדווחים שלהערכתם רוב חבריהם לעבודה מרגישים שחיקה. לפני זמן לא רב ערך המוסד לבריאות ולגיהות (אגוזי ופרדו, 2022) סקר רב־סקטוריאלי להערכת היקפי השחיקה בישראל. נמצא בו ש־49 אחוזים מהעובדים בסקטורים תעסוקתיים שונים במשק הישראלי דיווחו על שחיקה גבוהה עד קיצונית. בסקר רחב היקף בקרב עובדים במערכת הבריאות (משרד הבריאות, 2017) דיווחו 45 אחוזים כי הם מרגישים עייפים ו"סחוטים" פיזית, 35 אחוזים דיווחו כי

וחברתיים־ארגוניים בעבודה שמסייעים להתמודד ביעילות עם דרישות התפקיד ומאפשרים לעובד ביטוי עצמי, שליטה והתפתחות אישית בעבודה (Demerouti et al., 2001; Schaufeli & Bakker, 2004). אוטונומיה וגמישות בעבודה, תמיכה מעמיתים ומהנהלה וגיוון ומשמעות בתפקיד הם דוגמאות למשאבים שמאפשרים לספק את צרכיו הפסיכולוגיים של העובד, ובזכותם הוא יכול להתמודד טוב יותר גם עם דרישות גבוהות ממנו (Bakker et al., 2014; Bakker & Demerouti, 2018). כאשר מרחב תעסוקה חסר משאבים, למשל בגלל אפיוני תרבות ואקלים בארגון, הגדרות תפקיד לקויות ותקשורת ארגונית חסרה, יתקשו העובדים לצמצם את ההשפעה השלילית של הדרישות הגבוהות מהם, להשיג את מטרותיהם ולהתפתח בארגון. במושגים של תאוריית שימור המשאבים יחוו העובדים במצב כזה אובדן של משאבים או כישלון בהשגתם (Hobfoll, 1989).

## שחיקה - סינדרום נפשי תעסוקתי

מדריך המחלות של ארגון הבריאות העולמי, ICD-11 (International Classification of Diseases), הגדיר שחיקה כסינדרום שנובע מלחץ כרוני בעבודה שלא טופל כראוי ומתבטא בשלושה ממדים:

1. הרגשת דלדול באנרגיה, עייפות ותשישות;
  2. התרחקות רגשית, עמדות והרגשות שליליות כלפי העבודה;
  3. ירידה ביעילות המקצועית, בהרגשת מסוגלות והישג.
- סיווג השחיקה ב־ICD כסינדרום, ולא כמחלה, מביא לידי ביטוי את ההכרה בקיום אוסף תסמינים שיש ביניהם קשר מזהה ומוכת, אף שהאטיולוגיה של הגורמים הסיבתיים והתוצאתיים עדיין אינה ידועה מספיק. לצד זאת לשיום, להגדרה ולהופעה הזאת של שחיקה ב־ICD יש חשיבות גדולה מאוד מבחינת ההכרה של הממסד הרפואי בקשר שבין גורמי סיכון פסיכוסוציאליים בעבודה ובין תגובה נפשית שלילית שעשויה לתרום לתחלואה נפשית ופיזית. ועל כן עולה אחריות הארגון לבצע בקרה על גורמי סיכון כאלה. ההגדרה ב־ICD נשענת במידה רבה על ממדי השחיקה של מסלאך (Maslach, 1981; Maslach et al., 2001): תשישות, דפרסונליזציה וחוסר יעילות. על פי הגדרות אלה, עובדים שחוקים הם עובדים שחווים חוויה מתמשכת של עייפות פיזית, מנטלית וקוגניטיבית. הם חווים ניכור, ציניות וניתוק רגשי כלפי עבודתם ומרגישים חוסר מסוגלות והצלחה בעשייתם. שחיקה עשויה להיות מלווה גם בקשיים מנטליים וקוגניטיביים, במצב רוח ירוד, בחרדה, בדיכאון ובפגיעה בבריאות לפרק זמן ארוך, למשל סיכון גובר למחלות

## אבל... הגורם האנושי

מלבד העיסוק התאורטי והמחקרי הנרחב באינטראקציה בין דרישות ובין משאבים בארגון בהקשר של היווצרות לחץ ושחיקה הפנתה הספרות המחקרית זרקור גם לשונות הבין-אישית הפסיכולוגית: המועדות לחוויית השחיקה היא גם עניין אישיותי. עובדים שונים באותה סביבת עבודה עשויים לחוות לחץ, ובעקבותיו לפתח שחיקה, במידות שונות. הבדלים בין אישיים בנטיות, באפיונים, בכישורים וגם בעמדות עשויים להשפיע על האופן שבו נחוות סביבת העבודה ועל אופן הפרשנות וההתמודדות עם דרישות ועם גורמי לחץ בעבודה. באופן דומה ישפיעו מיומנויות וכישורים על יעילות ההתמודדות התעסוקתית. לפיכך, גם הימצאות המשאבים האישיים-פסיכולוגיים או היעדרם הם קריטיים בחוויית לחץ ובהיווצרות שחיקה (Bakker & Demerouti, 2003; Hobfoll et al., 2007). מחקרים מעידים שממדי יציבות רגשית, מוחצנות, מצפוניות ונעימות (ממדים ב-Big Five) קשורים בקשר שלילי לשחיקה (Alarcon et al., 2009; Ghorpade et al., 2007). כן הוכח שמשאבים נפשיים כמו אופטימיות, אמונתו של העובד שהוא יכול לשלוט בסביבתו, הרגשת יעילות עצמית וחוסן נפשי הם משאבים שמסייעים בהתמודדות עם משימות ואתגרים שונים ובהשגת מטרות גם בקונטקסט תובעני בעבודה ומונעים או מפחיתים היווצרות שחיקה (Kammeyer-Mueller et al., 2009; van Doorn & Xanthopoulou et al., 2007; Hulsheger, 2015). גם נמצא כי בזכותם יכול העובד להיעזר טוב יותר במשאבי הארגון, אם אכן ישנם משאבים כאלה (Daniels & de Jonge, 2010; Xanthopoulou et al., 2009). שונות בין-אישית באפיונים שקשורים במרחבי חיים שאינם תעסוקתיים, כמו מצב כלכלי, משפחתי וחברתי, משפיעה אף היא על מועדות ללחץ ולשחיקה (Sabaghe et al., 2018).

אם כן, מי אחראי לאיכות החיים הנפשית בעבודה?

### תקן ISO 45003: ניהול בטיחות ובריאות בתעסוקה - בריאות ובטיחות פסיכולוגיות בעבודה - קווים מנחים לניהול סיכונים פסיכוסוציאליים

במשך שנים רבות הזינה השונות הבין-אישית גישה ולפיה לחץ ושחיקה הם בעיה של הפרט, ועל כן הפרט הוא שצריך לטפל בה, ובתוך כך הזנחה אחריות הארגון לנושא. מבחינה זאת פרסום תקן ISO 45003 הוא פריצת דרך עצומה וחשובה מאוד. אומנם אין הטיפול בפרט מבוטל על פי התקן, אך קודם לו טיפול מערכתי עמוק ורחב היקף בגורמים, בתנאים

הם מרגישים שחוקים ו-34 אחוזים דיווחו על עייפות נפשית. נתונים אלה דומים לנתונים שמתקבלים גם במדינות רבות אחרות באירופה. במדגמים רחבים במדינות שונות נמצא שהיקף השחיקה בקרב עובדים מסקטורים תעסוקתיים שונים מגיע ל-44 אחוזים (Eurofound, 2018). צעירים, עובדים בשלבים הראשונים של הקריירה שלהם ונשים מזהים כקבוצות מועדות לשחיקה (Eurofound, 2018; McKinsey, 2022).



מלבד ההיבטים השלייליים המשפיעים על הפרט קשורה השחיקה לנזקים רבים שנגרמים גם לארגון עצמו: נמצא שפגיעה בתפוקה ובביצועי עבודה, היעדרויות, תחלופת עובדים גבוהה, תאונות וטעויות אנוש קשורות לשחיקת עובדים (Cioni & Savioli, 2016; Probst & Graso, 2013; Taris, 2006; Willard-Grace et al., 2019). למשל, נמצא שבקרב רופאים מקושרת שחיקה לטיפול ירוד בחולים, לסיכון רב לשגות שגיאה מקצועית ולעלייה בהיתכנות לתביעה בגין רשלנות (West et al., 2018); ובקרב מורים נמצא כי שחיקה קשורת להישגים נמוכים של תלמידים (Madigan & Kim, 2021). לתוצאות אלה יש השפעה ישירה על המוניטין וההצלחה של הארגון וכן על העלויות הגבוהות הנגרמות למשק (Hassard et al., 2018). בסקר שערך המוסד לבטיחות ולגיהות מצאו אגוזי ופרדו (2022) כי שחיקה בסקטורים תעסוקתיים שונים בישראל קשורה במובהק לימי היעדרות בשל מחלה ולכוונות לעזוב את העבודה. בסקר של משרד הכלכלה (אלפסי-הנלי, 2016) נמצא כי 37 אחוזים מהעובדים השחוקים דיווחו כי השחיקה פוגעת בתפוקתם במידה בינונית עד גבוהה מאוד והעריכו כי הרגשת השחיקה גרמה לירידה ממוצעת של 32 אחוזים בקירוב בתפוקתם בעבודה.



תאורה לקויה ועודף רעש, היעדר כלים, ציוד או משאבים שנחוצים לביצוע העבודה).

## התקן מנחה ארגונים לפעול בשלוש רמות התערבות:

רמת התערבות ראשונה: זיהוי מקורות מערכתיים ארגוניים לסיכונים פסיכוסוציאליים ולהשפעות מזיקות על בריאות הנפש והשלמות ופעולות מערכתיות לשם בקרה עליהם. התקן מדגיש את חשיבות המדידה וההערכה בארגון כבסיס לפעולות התערבות. מאחר שהארגונים שונים מהותית זה מזה בתנאי העבודה בהם ובמבנה ובאקלים הארגוני שלהם, ולכן שונים גם בגורמי הסיכון הפסיכוסוציאליים שלהם, אין מקום ליישום גנרי של כלי מניעה והתערבות בהם. במקום זה יש לשאוף ליישום מותאם ארגון - על בסיס הערכה מקדימה של גורמי הסיכון היחודיים לארגון ספציפי.<sup>2</sup>

## על הארגונים מוטלת האחריות לזהות את גורמי הסיכון ולמזער את הסיכונים הקשורים בהם. ההשתתפות של העובדים בכל שלבי התהליך קריטית להצלחת ניהול הסיכונים

רמת התערבות שנייה: הגדלת המשאבים המסייעים לעובדים להתמודד ביעילות עם דרישות ועם גורמי לחץ בעבודה. הגדלה זאת נעשית בין היתר באמצעות העלאת מודעות העובדים לסכנות בעבודה, לזכותם לביטוי אישי, לצורכיהם ולציפיותיהם, לזכותם לקבל הדרכה יעילה ויעוץ מקצועי ולצורך להנגיש להם כלים לחיזוק יכולותיהם וכישוריהם ולהבנתם. בהקשר זה הראו מחקרים ששילוב בין התערבות ברובד המערכתי והארגוני ובין התערבות ברובד הפרט (למשל, ייעוץ וטיפול תעסוקתיים תוך ארגוניים) יעיל יותר

ובאפיונים של סביבת העבודה ואופייה, גורמים ותנאים שעלולים לפגוע בבריאות הנפש של העובד.

לארגונים יש תפקיד משמעותי בהסרת גורמי הסיכון או במזעור הסיכונים. לארגון ולעובדים יש אחריות משותפת לשמירה על הבריאות, על הבטיחות ועל השלמות בעבודה, ולשיפורן. על הארגונים מוטלת האחריות לזהות את גורמי הסיכון ולמזער את הסיכונים הקשורים בהם. ההשתתפות של העובדים בכל שלבי התהליך, היא קריטית להצלחת ניהול הסיכונים הפסיכוסוציאליים (מבוא, עמ' 2).

תקן ISO 45003 הוא תקן בין-לאומי שפרסם ארגון התקינה הבין-לאומי ב-2021. זה לא כבר המיר אותו מכון התקנים לתקן ישראלי - ת"י 45003, ובשלב זה מעמדו וולונטרי. התקן קובע כי לארגונים יש תפקיד ואחריות מובהקים בקידום בריאות הנפש בעבודה ובהסרה, במניעה ובצמצום גורמי סיכון פסיכוסוציאליים בעבודה. נכללות בו גם הנחיות מפורטות להסדרה שיטתית של פעילות הניהול ובקרת הסיכונים בארגון. מלבד ההשפעה על איכות החיים הנפשית של העובד מפורטים בתקן היבטי "רווח" לארגון כתוצרים של קיום ההנחיות: שיפור היבטים שונים של תפקוד העובד ובהם מחויבות למקום העבודה ויצרניות, תרומה למוניטין הארגון ומניעת העלויות הכרוכות בהיעדרויות, בתחלופת עובדים רבה, בחקירות ובתביעות משפטיות שמבוססות על הכרה בשחיקה כגורם מאיץ להיווצרות תחלואה.

את תקן ת"י 45003 אפשר ליישם בארגונים מכל הגדלים ובכל הסקטורים. כאמור, מפורטים בו גורמי סיכון פסיכוסוציאליים רבים בעבודה, גורמים שנדרשת בקרה עליהם. עם גורמים אלה נמנים אופן ארגון העבודה (כמו עומס יתר, לחץ זמן, עבודה חזרתית, שעות עבודה לא צפויות או ארוכות - מעבר לשעות המקובלות - קונפליקט תוך-תפקידי), גורמים חברתיים בעבודה (כמו תקשורת לקויה, היעדר תמיכה חברתית, היעדר הוגנות, היעדר גישה לשירותי תמיכה) ואפיונים של סביבת עבודה (כמו תנאי מקום עבודה לקויים,

<sup>2</sup>מתוך התקן: אמצעי בקרה על סיכונים פסיכוסוציאליים הקשורים לארגון העבודה

- א. הארגון יישם אמצעי בקרה עבור סיכונים פסיכוסוציאליים הקשורים לארגון העבודה. האמצעים יכולים לכלול (רשימה חלקית):  
הגדלת השליטה של העובדים על האופן שבו הם מבצעים את עבודתם, למשל על ידי מתן אפשרות לעבודה גמישה, שיתוף עבודה, התייעצות רבה יותר בנוגע לנוהגי עבודה או מתן אפשרות לעובדים לשלוט בקצב מטלות העבודה שלהם.
- ב. מתן אפשרות להפסקות כדי לטפל בעייפות, והגבלת יצירת קשר בענייני עבודה באמצעות טלפון נייד ודוא"ל מחוץ לשעות העבודה.
- ג. התייעצות עם העובדים, ועם נציגי העובדים אם יש, בנוגע לשינויים במקום העבודה והאופן שבו אלה יכולים להשפיע עליהם.
- ד. הגדרת תפקידי עבודה, יחסי פיקוח ודרישות ביצועים כדי למזער בלבול ועמימות.
- ה. תיעודף מטלות ומתן אפשרות להשלימן במסגרת זמן גמישה.
- ו. סיוע בפיתוח כשירות והקצאת מטלות עבודה לעובדים בעלי ידע, כישורים וניסיון נאותים המתאימים למורכבות המשימה ולמשך המשימה.
- ז. מתן גישה רבה יותר לתמיכה חברתית עבור עובדים העובדים מרחוק.

מהתערבות בתחום אחד בלבד (Tetrick & Winslow, 2015). רמת התערבות שלישית: הפחתת השפעות מזיקות של חשיפה לגורמי סיכון פסיכוסוציאליים. רמה זאת עוסקת בהנגשת אמצעי ייעוץ וטיפול לעובדים שנפגעו מחשיפה מתמשכת לגורמי סיכון. במסגרת הפעילות ברמה הזאת נועד התקן להעלות את מודעות המנהלים בארגון לביטויי שחיקה בקרב העובדים (למשל, עלייה בהיעדרויות, ירידה במעורבות ובתפוקה, שינויים בהתנהגות, ריבוי טעויות) ולאחריותם להנגיש להם ייעוץ וטיפול כשצריך. ברמה זאת מופיע גם הצורך בתוכניות שיקום לעובדים שנפגעו וחזרו לעבודה.<sup>3</sup> בהנחיות התקן ניתנה תשומת לב מיוחדת להשתתפות העובדים בכל תהליך הגיבוש של אמצעי ההתערבות והבקרה. כן הובלטה השתתפותם בהגדרת ניהול הסיכונים כיעד ארגוני מרכזי והודגשה הובלתה המוצהרת של ההנהלה בהקשר זה. לארגונים שחסרה בהם מומחיות פנים-ארגונית לרונטית הומלץ לפנות לגורמים מקצועיים חיצוניים.

## סיכום

שחיקה היא תופעה ניכרת ורחבת היקף שקשורה לפגיעה ישירה ורב-ממדית באיכות החיים הנפשית של העובדים. ריבוי הביטויים לתופעה זאת - הנזק לנפש, לבריאות ולכלכלה - במגוון סוגי תעסוקה הביאו לידי הכרה רשמית בתופעה כסינדרום. במרחב שבין האחריות והמסוגלות האישית של העובד לנהל את דרכי התמודדותו עם גורמי לחץ ושחיקה ובין אחריות הארגון ליצור סביבת עבודה מגינה ומיטיבה פורסם זה לא כבר תקן חדש בנושא, ויש בו משום פריצת דרך של ממש. ההנחיות בתקן מגדירות את אחריותו הישירה של הארגון לניהול סיכונים פסיכוסוציאליים בעבודה ולקידום שלמות ואיכות חיים במדידה, במניעה ובהתערבות. אומנם על פי הנחיות התקן נועדו פעולות הארגון לרווחת העובד, אך בה בעת הן עשויות לתרום במידה רבה גם לשיפור היצרניות,

<sup>3</sup>מתוך התקן:

סימנים לחשיפה לסיכון פסיכוסוציאלי

הארגון יאפשר לעובדים לזהות סימנים של חשיפה לסיכונים פסיכוסוציאליים.

דוגמות ברמת היחיד או/וגם ברמת הקבוצה יכולות לכלול:

- (א) שינויים בהתנהגות;
- (ב) בידוד חברתי או נסיגה, סירוב להצעות עזרה, או הזנחה של צורכי שלמות אישיים;
- (ג) זמני היעדרות ממושכים מהעבודה, או הגעה לעבודה בזמן מחלה;
- (ד) היעדר מחזורות;
- (ה) אנרגיה מופחתת;
- (ו) תחלופה תכופה של עובדים;
- (ז) ביצועים באיכות נמוכה או כישלון בהשלמת משימות/מטלות בזמן;
- (ח) רצון מופחת לעבוד עם אחרים;

ההצלחה והמוניטין של הארגונים השונים. בתוך כך ישפרו ארגונים גם את המחברות, יעלו את המוטיבציה ויגדילו את יעילות המשאב האנושי שלהם. לסיים כדאי לציין בקצרה את ההזדמנויות, את הסכנות ואת האתגרים שבתקן:

## הזדמנויות

התקן מעמיד לפני פסיכולוגים בכלל ולפני פסיכולוגים תעסוקתיים-ארגוניים בפרט הזדמנות חשובה להובלה מקצועית בפרקטיקות של יישומו בשטח. פסיכולוגיה תעסוקתית-ארגונית עוסקת באינטראקציות המורכבות שבין אפיונים תעסוקתיים וארגוניים, תגובות ובין היבטים רגשיים ונפשיים. היא דיסיפלינה מקצועית שיש בה ידע, כלים ושיתות שנוגעים הן לפרט הן לארגון, הן בהיבט מדידה ואבחון הן בהיבט ייעוץ וטיפול, וביכולתה לענות על הצרכים השונים העולים מתוך התקן.

## סכנות

כדי ליישם נכון את התקן, או את "רוח התקן", נדרשת מהארגון דייקנות וקפדנות בבחירת הכלים, השיטות והיעדים. בארגס ואחרים (Burgess et al., 2020) ציינו שתוכניות התערבות רבות למניעת שחיקה ולקידום בריאות נכשלות בעולם בגלל פרקטיקות של ניסוי וטעייה, היעדר סטנדרטיזציה והיעדר תוכניות מבוססות ראיות. היות שהתקן הוא קובץ הנחיות ולא כלים של ממש, יש למנוע יישומים שאינם איכותיים דיים בשטח ולוודא שיונגשו כלים מקצועיים מדויקים.

## אתגרים

ההגדרה ב-ICD (ויש לזכור שהוא אוגדן רפואי ולא פסיכולוגי) נוגעת לשלושה ממדים בשחיקה ולהקשר של תעסוקה. מחקר וניסיון קליני עשויים לסייע לנו להגדיר הגדרות רחבות

הכלים שבעזרתם אומדים את השחיקה (ובהם שאלון MBI ושאלון SMBM) מיועדים למדידה בארגון ולא לאבחון הפרט. כיום אין כלי או קריטריונים מוסכמים דיים לאבחון שחיקה ברמת הפרט. במצב כזה זולג לעיתים קרובות האבחון בקרב מטפלים (פסיכיאטרים, רופאים תעסוקתיים, פסיכולוגים) לאבחנות של דיכאון, חרדה והפרעת הסתגלות. גם בתחום הקליניקה לא קיים כיום פרוטוקול טיפולי מובחן לשחיקה. נראה שה"בית" המתאים ביותר לפיתוח וליישום פרוטוקול כזה נמצא בקליניקה של הפסיכולוגיה התעסוקתית. אתגר זה עומד לפתחנו.<sup>4</sup>

ועמוקות מבעבר. בהגדרות אלה עשויים להיכלל גם אשמה, חרטה, אובדן והתרוקנות נפשית כמרכיבים מהותיים בהגדרת שחיקה ובביטוייה. יש מקום להרחיב גם את הבנת הממשק שבין שחיקה שקשורה לתעסוקה ובין שחיקה במרחבי חיים אחרים כמו זוגיות והורות. בתחום המדידה והאבחון חשוב לציין כי כלי המדידה הקיימים כיום לבחינת חוויית העובד וגורמי סיכון פסיכוסוציאליים, כלים שמצויים בשימוש נרחב בעולם, הם הטרוגניים מאוד. בהיעדר כלים אחידים חסרות סטנדרטיזציה ונורמות, ועל כן קשה לבסס מסקנות או השוואות מדויקות. מלבד זאת,



**למען הביטחון התעסוקתי והשקט הנפשי שלך! תוכנית ביטוח אחריות מקצועית**

בלעדי לחברי הפ"י

סוכנות הביטוח טיב קפיטל, מקבוצת אורן מזרח, שמחה להציע את תוכנית ביטוח אחריות מקצועית הקבוצתית של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל! הביטוח כולל שיפורים, הרחבות ותנאים ייחודיים **ומוצע במחיר וכיסוי ללא תחרות!**

**פרטים נוספים באתר הפ"י: [www.psychology.org.il](http://www.psychology.org.il)**

<sup>4</sup>בחדש ינואר הסתיים מחזור ב' של תוכנית ההכשרה במכון מפרשים בנושא שחיקה: זיהוי - מניעה - התערבות. התוכנית עוסקת בהיבטים רחבים של תופעת השחיקה, ומשתתפים בה מיטב אנשי המקצוע בתחום מנקודת המבט של הארגון ושל הפרט. עקב הביקוש הרב צפוי להיפתח מחזור ג' של התוכנית. בימים אלה נערך סקר לאומי רב-סטטוריאלי לאומדן שחיקה וגורמי סיכון פסיכוסוציאליים. ארגונים שמעוניינים להשתתף בסקר יכולים לקבל גישה להעברת כלי אומדן ולקבל ממצאים על ארגונם.

1. אגוזי, ל' ופרדו, א' (2021). הערכת היקפי השחיקה התעסוקתית בישראל והגורמים לה. מסמך של יחידת המחקר של המוסד לבטיחות ולגיהות.
2. אלפסי-הנלי, מ' (2016). שחיקת עובדים בישראל. משרד הכלכלה והתעשייה.
3. [/https://hebrew-academy.org.il](https://hebrew-academy.org.il) /האקדמיה ללשון העברית
4. מילוג, המילון העברי החופשי ברשת. [/https://milog.co.il](https://milog.co.il)
5. משרד הבריאות (2017, 12 ביולי). דוח ועדת ההיגוי בנושא הסקר למדידת חוסן ושחיקה בקרב עובדי מערכת הבריאות דצמבר 2016 - מרץ 2017. משרד הבריאות, ירושלים. [/https://www.health.gov.il/Subjects/HRinHealthSystem/PreventingBurnoutProgram/Documents/BurnoutPrevReport.pdf](https://www.health.gov.il/Subjects/HRinHealthSystem/PreventingBurnoutProgram/Documents/BurnoutPrevReport.pdf)
6. Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work and Stress, 23*(3), 244–263. <https://doi.org/10.1080/02678370903282600>
7. Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health, 17*(1), 264.
8. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7>
9. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology, 22*, 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
10. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2018). Multiple levels in job demands-resources theory: Implications for employee well-being and performance. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of wellbeing* (pp. 1–13). DEF Publishers.
11. Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology, 10*(2), 170–180. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.2.170>
12. Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JDR approach. In *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* (Vol. 1), 389–411. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
13. Brough, P., Drummond, S., & Biggs, A. (2018). Job support, coping, and control: Assessment of simultaneous impacts within the occupational stress process. *Journal of Occupational Health Psychology, 23*(2), 188–197. <https://doi.org/10.1037/ocp0000074>
14. Burgess, M. G., Brough, P., Biggs, A., Hawkes, A. J. (2020). Why interventions fail: A systematic review of occupational health psychology interventions. *International Journal of Stress Management, 27*(2), 195–207. <https://doi.org/10.1037/str0000144>
15. Cioni, M., & Savioli, M. (2016). Safety at the workplace: Accidents and illnesses. *Work, Employment and Society, 30*(5), 858–875. <https://doi.org/10.1177/0950017015590759>
16. Cox, T., Griffiths, A., Randall, R. (2003). A risk management approach to the prevention of work stress. In M. Schabracq, J. Winnubst, & C. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (pp. 191–206). John Wiley & Sons.
17. Daniels, K., & de Jonge, J. (2010). Match making and match breaking: The nature of match within and around job design. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 83*, 1–16. <https://doi.org/10.1348/096317909X485144>
18. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands resources model of burnout. *Journal of Applied psychology, 86*(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
19. Eurofound (2018). *Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
20. Ghorpade, J., Lackritz, J., & Singh, G. (2007). Burnout and personality: Evidence from academia. *Journal of Career Assessment, 15*(2), 240–256. <https://doi.org/10.1177/1069072706298156>

21. Hassard, J., Teoh, K. R., Visockaite, G., Dewe, P., & Cox, T. (2018). The cost of work-related stress to society: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology, 23*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1037/ocp0000069>
22. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*(3), 513–624. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
23. Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J.-P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 5*, 103–128.
24. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>
25. Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Ennis, N., & Jackson, A. P. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 632–643. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.3.632>
26. Igic, I., Keller, A. C., Elfering, A., Tschan, F., Kälin, W., & Semmer, N. K. (2017). Ten-year trajectories of stressors and resources at work: Cumulative and chronic effects on health and well-being. *Journal of Applied Psychology, 102*(9), 1317–1343. <https://doi.org/10.1037/apl0000225>
27. ILO, W. (1986). *Psychosocial factors at work: Recognition and control* (No. 56; Occupational Safety and Health Series). International Labor Organization.
28. Kammeyer-Mueller, J. D., Judge, T. A., & Scott, B. A. (2009). The role of core self-evaluations in the coping process. *Journal of Applied Psychology, 94*, 177–195. <https://doi.org/10.1037/a0013214>
29. Madigan, D. J., & Kim, L. E. (2021). Does teacher burnout affect students? A systematic review of its association with academic achievement and student-reported outcomes. *International Journal of Educational Research, 105*, 101714. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2020.101714>
30. Marcatto, F., Colautti, L., Filon, F. L., Luis, O., Di Blas, L., Cavallero, C., & Ferrante, D. (2016). Work-related stress risk factors and health outcomes in public sector employees. *Safety Science, 89*, 274–278. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.07.003>
31. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior, 2*(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
32. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, P. M. (2001). Job burnout. *Annual review of Psychology, 53*, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
33. McKinsey & Company (2022). *Women in the workplace report*.
34. [https://wiw-report.s3.amazonaws.com/Women\\_in\\_the\\_Workplace\\_2022.pdf](https://wiw-report.s3.amazonaws.com/Women_in_the_Workplace_2022.pdf)
35. Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin, 132*(3), 327–353. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.327>
36. Probst, T. M., & Graso, M. (2013). Pressure to produce= pressure to reduce accident reporting? *Accident Analysis & Prevention, 59*, 580–587. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2013.07.020>
37. Sabagh, Z., Hall, N. C., & Saroyan, A. (2018). Antecedents, correlates and consequences of faculty burnout. In *Educational Research, 60*(5), 131–156. <https://doi.org/10.1080/00131881.2018.1461573>
38. Salvagioni D. A. J., Melanda, F. N., Mesas A. E., Gonzá'lez A. D., Gabani, F. L., & Andrade S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE 12*(10): e0185781.

39. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
40. Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315.
41. Shirom, A., Toker, S., Alkaly, Y., Jacobson, O., & Balicer, R. (2011). Work-based predictors of mortality: A 20-year follow-up of healthy employees. *Health Psychology*, 30(3),
42. 268–275. <https://doi.org/10.1037/a0023138>
43. Taris, T. W. (2006). Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work & Stress*, 20(4), 316–334.
44. ten Brummelhuis, L. L., ter Hoeven, C. L., Bakker, A. B., & Peper, B. (2011). Breaking through the loss cycle of burnout: The role of motivation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(2), 268–287.
45. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2011.02019.x>
46. Tetrick, L. E., & Winslow, C. J. (2015). Workplace stress management interventions and health promotion. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 2, 583–603. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032414-111341>
47. Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, D., & Shapira, I. (2012). Burnout and risk of coronary heart disease: A Prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic Medicine* 74(8), 840–847. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31826c3174>
48. van Doorn, R. R. A., & Hülsheger, U. R. (2015). What makes employees resilient to job demands? The role of core self-evaluations in the relationship between job demands and strain reactions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(1),
49. 76–87. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2013.858700>
50. West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
51. Willard-Grace, R., Knox, M., Huang, B., Hammer, H., Kivlahan, C., & Grumbach, K. (2019). Burnout and health care workforce turnover. *Annals of Family Medicine*, 17(1), 36–41. <https://doi.org/10.1370/afm.2338>
52. Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 14, 121–141. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.14.2.121>
53. Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Deneriyum, E., & Schaufeli, W. (2009). Work engagement and financial returns: A diary study on the role of job and personal resources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82(1), 183–200.
54. <https://doi.org/10.1348/096317908X285633>

# טיפול בשחיקת העובדים בבתי החולים - בין הארגוני לנפשי

יעל אפרתי<sup>1</sup>

## תקציר

תופעת השחיקה במערכת הבריאות היא בעיה אקוטית ובערת ברחבי העולם ובישראל, ונדרשת המשגה מעמיקה שלה וטיפול כוללני בה מכמה היבטים שונים. במאמר הזה אעמוד על מורכבות זאת דרך בחינת ממצאי סקר השחיקה של משרד הבריאות משנת 2021. הממצאים מאפשרים לנו להתבונן במושג השחיקה במערכת הבריאות ולהבחין בין חלקיו הארגוניים לרגשיים. אציג את מודל הפסק"ה של מרפאת "ביחד" בבית החולים שיבא בתל השומר שמציע טיפול בשחיקה לשם תמיכה נפשית בעובדי בתי החולים מתוך ראייה מערכתית, מעמיקה ורוחבית. לבסוף אתאר מקרה שממחיש את עבודת המרפאה ואציג מחקרים כדי לעמוד על האופנים שבהם עשויה התערבות פסיכולוגית לתרום להפחתת שחיקה במערכת ואצל הפרט. מתוך מאמר זה אני קוראת לשילוב הזרועות, הארגוניות והטיפוליות, בבתי החולים כדי לשמור על בריאות הנפש של העובדים במערכת למען המטופלים, העובדים ובני משפחותיהם.

## שחיקה - בין הארגוני לנפשי בסקר השחיקה של משרד הבריאות

שחיקה במערכת הבריאות נחשבת לתופעה מאתגרת ומורכבת שמעסיקה מוסדות וארגונים רבים מתחומים שונים. בשנת 2019 החליט ארגון הבריאות העולמי להוסיף את השחיקה בעבודה לאבחנות ב-ICD-11 ולראות בה הפרעה שפוגעת בבריאותו הנפשית והגופנית של האדם (Della Valle et al., 2006). כדי לאבחן אדם כסובל מ"שחיקה" יש לענות על שלושה קריטריונים: (1) הרגשת חוסר אנרגיה או תשישות; (2) הרגשת חוסר סיפוק עד כדי רגיעה מהעבודה או רגשות שליליים כלפי העבודה; (3) ירידה במיומנות המקצועית והרגשת הישג אישי מופחת (West et al., 2018). מחקרים על שחיקה בקרב עובדים במקצועות ה"עזרה" במדינות שונות מתארים את השחיקה כתופעה פסיכו-חברתית מטרידה (שם). השחיקה משפיעה באופן שלילי על שביעות רצון המטופלים בבית החולים,

פוגעת בעובדים נפשית, מפחיתה מתפוקתם ועקב זאת יוצרת עוד עלויות לארגון ולמערכת הבריאות (West et al., 2018). נראה אפוא כי שחיקה היא "מחלה" שמתפתחת בתוך הארגון, אך באה לידי ביטוי בפגיעה בנפש העובד. על כן בעיסוק בתופעה ובטיפול בה צריכה להיות אבחנה מעמיקה של סיבת השחיקה במקום העבודה והבחנה בין המרכיבים הארגוניים למרכיבים הנפשיים ולביטויים של כל אחד ממרכיבים אלה (De Hert, 2020). לשם כך, וכדי לטפל בשחיקה באופן כוללני, נדרש שיתוף פעולה בין הנהלת הארגון ובין שירותי בריאות נפש העובד הן באבחון הן בטיפול. במאמר זה אדגים את הטענה הזאת בתיאור שיתוף פעולה שמתקיים במרפאת "ביחד" בבית החולים שיבא ובהצגת מודל הפסק"ה.

מחקרים מראים כי שחיקה מתפתחת בהדרגה ובשלב מוקדם בקריירה. העובדים השחוקים ביותר נמצאים במערכת שלוש עד חמש שנים. תרגומו המילולי של המושג מאנגלית, Burnout, מלמד שהנוטים להישחק הם העובדים ה"אכפתיים" שתשוקתם להצלחה ולעזור בוערת בקרבם (Yang & Hayes, 2020). סכנת השחיקה בקרב עובדי מערכת הבריאות בכלל, ובקרב הרופאים בפרט, גבוהה במיוחד בשל מגוון סיבות ובהן תהליך ההכשרה המפרך, עומס ואחריות רבים, מגע עם סבל אנושי ופער בין ערכי המקצוע לאמצעים העומדים לרשות הרופאים כדי להגשים את ייעודם - הטיפול בחולה (Awan et al., 2022).

משרד הבריאות בישראל יזם תוכנית לאומית רחבה לחיזוק עובדי מערכת הבריאות. לשם בניית התוכנית ערך המשרד שני סקרי שחיקה לאומיים נרחבים, ב-2018 וב-2021, ומהם עלתה תמונת המצב של השחיקה במערכת הבריאות בישראל. סקרים כאלה ייחודיים בארץ ובעולם משום שהם מקיפים את מגוון העובדים וסוקרים את מערכת הבריאות בשלמותה. הסקר של שנת 2021 נעשה בזמן משבר הקורונה בליווי של פרופ' שרון טוקר מהפקולטה לניהול באוניברסיטת תל אביב. תוצאותיו שימשו בסיס לקידום מדיניות לבניית תוכניות התערבות ברמה הלאומית במוסדות הרפואיים השונים ברחבי הארץ. ממצאיו הצביעו

<sup>1</sup>יעל אפרתי היא פסיכולוגית רפואית מומחית בהסמכה להדרכה, מנהלת מרפאת "ביחד" לתמיכה בעובדים בבית החולים שיבא. טלפון:

052-6823042; מייל: yaeliefrati@gmail.com

חוסר תקווה, ניתוק ועייפות כרונית. כמו שראינו בסקר השחיקה בישראל, הרופאים הם הסקטור השחוק והמדוכא ביותר. מחקרים מלמדים אותנו שרבים מהם נוטים לנטוש את המקצוע ואף סובלים יותר מאחרים מתחלואה פיזית, מהתמכרות לאלכוהול ולתרופות ואף נוטים להתאבד (Awan et al., 2022).

אם כן, על התערבויות פסיכולוגיות לתמיכה בעובדים להביא בחשבון את חיזוק נפש העובד לצד התערבויות הארגון (De Hert, 2020). התערבויות פסיכולוגיות יתמקדו בשינוי הרגלי חיים. שינויים בתחום זה יאפשרו ליצור איזון טוב מבעבר בין העבודה לחיים, ובזכותם ילמד העובד דרכים להתמודד עם לחץ וטכניקות לפרוק אותו באמצעות הרפיה וספורט ולהתאים את ציפיותיו מעצמו לתנאי העבודה ולמצאות. כמו כן עשויות התערבויות קבוצתיות לשמר ולפתח מערכות יחסים משמעותיות במקום העבודה, ליצור מקום ולפנות זמן לשתף ולשקף היבטים רגשיים בין העובדים. היבטים נוספים שידועים כמטפחים חוסן הם אמונה ורוחניות ומערכות יחסים קרובות מחוץ למקום העבודה. לצד זאת מומלץ לקדם בארגון אוטונומיה דרך מתן אפשרות לעובד להשפיע על סביבת עבודתו, להשתתף בהחלטות הארגון המשפיעות על הפרקטיקה הרפואית ולקבל שליטה רבה מבעבר על לוחות הזמנים. חשוב לתת למערכות השונות שירות מנהלי ושירות צוותי תמיכה, ליצור סביבת עבודה נעימה בקרב העמיתים ולאפשר לוח זמנים גמיש לאיזון בין חיי הבית לעבודה. כמובן, אם המצוקה רבה, יש לפנות לקבלת מענה פסיכותרפי פרטני (שם).

## מרפאת ביחד ומודל הפסק"ה להתערבות המערכת להפחתת שחיקה

### מרפאת ביחד

ביחד היא מרפאה לתמיכה נפשית בעובדי בית החולים שיבא. בבית החולים יש 7,000 עובדים בקירוב וכ-2,500 מתנדבים, גמלאים, בנות שירות וסטודנטים. המרפאה הוקמה בספטמבר 2020, לאחר "הגל הראשון" של הקורונה ולפני "הגל השני". ועם זה היוזמה להקמתה החלה עוד לפני משבר הקורונה בשל המודעות הגוברת למצוקת צוותי הרפואה (כמו גל ההתאבדויות בבית החולים סורוקה בשנת 2019-2020).

לדברי אבי ברוך, סמנכ"ל משאבי האנוש של בית החולים, מרפאת ביחד היא חלק מתפיסה רחבה של מתן שירותים לעובדים ומענה על צורכיהם בתחום הבריאות והנפש. במרפאה יינתן מענה רגשי ומותאם לעובד, כפרט וכחלק מקבוצה, כדי לחזק את החוסן הארגוני במרכז הרפואי

על עלייה קלה של 2 אחוזים (34 אחוזים בסך הכול) בשיעור השחיקה בקרב כלל עובדי מערכת הבריאות (שהשיבו על השאלון) לעומת 32 אחוזים ב-2018. להלן שיעורי השחיקה בחלוקה לסקטורים: שיעורי השחיקה הגבוהים ביותר היו בקרב הרופאים - 42 אחוזים לעומת 40 אחוזים ב-2018; בסקטור הסייעות - 36 אחוזים, כמו ב-2018; במקצועות הבריאות - 33 אחוזים לעומת 29 אחוזים ב-2018; ובמנהל ומשק - 25 אחוזים לעומת 24 אחוזים ב-2018 (משרד הבריאות, 2022).

מהסקר עלו כמה סיבות בולטות לשחיקה שקשורות לארגונים: עומס עבודה - מחסור בזמן לביצוע משימות העבודה, קושי לשלב בין צורכי הפרט לעבודה, עומס מנהלי, עומס פיזי (כגון סחיבה והרמה של משאות, ביגוד מסורבל וחם, שעות עמידה ארוכות) ומערכות מחשוב מעכבות (עוד גורמים שקשורים לארגון יופיעו בטבלה 1 בהמשך המאמר) (משרד הבריאות, 2022). מהמחקרים עלתה גם השפעה מסוימת שיש למרכיבים באישיות העובד על מידת השחיקה שהוא מרגיש. עם מרכיבים אלה נמנים בין השאר ותק, מגדר והיסטוריה אישית (West et al., 2018). הגורמים המגינים על העובדים משחיקה נוגעים לארגון כמערכת אנושית, חברתית וקהילתית. נכללים בהם מחויבות לבריאות העובד, יחס של הוקרה והערכה, תמיכת הארגון בעובד בשעת קושי אישי, הרגשת מוגנות בעבודה, אווירת שיתוף ועזרה הדדית ומשמעות בעבודה. הסקר מלמד כי על התערבות טיפולית להפחתת שחיקה לטפל בהתנהלות הארגון מבחינת חלוקת העבודה, עומסי עבודה, תהליכי עבודה לא יעילים, בירוקרטיה והיעדר שקיפות ושיתופיות (שם).

הגורמים המגינים על העובדים משחיקה נוגעים לארגון כמערכת אנושית, חברתית וקהילתית. נכללים בהם מחויבות לבריאות העובד, יחס של הוקרה והערכה, תמיכת הארגון בעובד בשעת קושי אישי, הרגשת מוגנות בעבודה, אווירת שיתוף ועזרה הדדית ומשמעות בעבודה

את השפעות השחיקה נוכל לזהות גם דרך בעיות הארגון. שחיקה מביאה לידי ניכור וציניות כלפי המטופל ("תשישות החמלה") וגורמת לירידה בתשומת הלב ובאיכות האבחון והטיפול עד כדי כך שקורות טעויות בעבודת הרופא. מבחינה נפשית העובד השחוק תשוש רגשית, סובל מדהי פרסונליזציה, אינו חווה הישג אישי על אף עבודתו הקשה, יש לו רגישות מוגברת למחלות והוא בעל עמדות שליליות כלפי העבודה. מידת שחיקת העובד נמצאת במתאם לאבחון בדיכאון שמאופיין בהרגשת חוסר אונים, כישלון,



מערכתיות, רוחביות, רב־ממדיות ובעלות ערך ונעשו מתוך שיח מכבד ופתוח ובשקיפות. בטבלה 1 מתוארת החלוקה שהוצגה בסקר השחיקה של משרד הבריאות מ־2021 בנוגע לשחיקה בקרב עובדי מערכות הבריאות מבחינת הארגון ומבחינת מצבו הנפשי של העובד. כן מתוארות התערבויות מתאימות שהופיעו במחקרים שסקרתי בחלק זה.

טבלה 1: שחיקה בין הארגוני לנפשי

שחיקה	ארגוני	מאפייני העובד
גורמים	<ul style="list-style-type: none"> <li>פער בין הנדרש מהעובד לאפשרי בתנאי העבודה:</li> <li>חלוקת עבודה</li> <li>תקנים</li> <li>עומסי עבודה</li> <li>תהליכי עבודה לא יעילים</li> <li>בירוקרטיה</li> <li>היעדר שקיפות ושיתופיות</li> <li>איזון בין בית לעבודה</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>מאפיינים אישיים של: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ותק</li> <li>• מגדר</li> <li>• היסטוריה נפשית כמו אירועי חיים או טראומה קודמת</li> </ul> </li> </ul>
השפעות	<ul style="list-style-type: none"> <li>ניכור וציניות כלפי המטופלים</li> <li>ירידה בתשומת הלב וטעויות</li> <li>חוסר שביעות רצון של המטופלים והעובדים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• דיכאון וחוסר אונים</li> <li>• דה־פרסונליזציה</li> <li>• תשישות נפשית</li> <li>• תשישות החמלה</li> </ul>
מענים אפשריים	<ul style="list-style-type: none"> <li>• שינוי ארגוני שממוקד בצורכי הפרט: זמני ארוחות, הפסקות וחופשות</li> <li>• הקלת הבירוקרטיה</li> <li>• איזון בין בית לעבודה</li> <li>• הרחבת האוטונומיה והשליטה</li> <li>• ניהול רגיש פרט</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• שינויי הרגלי חיים לאיזון בין הבית והחיים האישיים לעבודה</li> <li>• מודעות למתח וטכניקות להפחתת מתח</li> <li>• חיזוק, שיפור ופיתוח קהילה מחוץ לעבודה ובמקום העבודה - תמיכת עמיתים</li> </ul>

## מודל הפסק"ה

מודל זה נועד לתאר את חמשת הערוצים שבהם עובדת מרפאת ביחד כדי ליצור תשתית לתמיכה פסיכולוגית ומערכתית לעובדי מערכת הבריאות:

1. הדרכה, הכשרה ובניית תחום ידע לתמיכה בצוותים. בית החולים שיבא גדול מאוד, וכדי לתת מענה לעובדים רבים ככל האפשר צריך ליצור זרועות, שלוחות ואדוות של תמיכה בצוותים בליווי המרפאה ובתמיכתה; למשל, הכשרת פסיכולוגים. מתוך היחידות השונות לתמיכה בצוותים שהם עובדים בהם; הקמת קבוצת הדרכה למטפלים שעוסקים בתחום ומתן הרצאות ייחודיות בנושא תמיכה בצוותים; יצירת הכשרה למנחי באליינט - רופאים בכירים ומטפלי בריאות הנפש - כדי שיוכלו לפתוח קבוצות באליינט פעילות ורציפות ברחבי בית החולים.

ולשמור עליו. הדבר ייעשה מתוך זיהוי פרואקטיבי של האתגרים השונים, ובייחוד של התפיסה המקצועית והרב־מערכתית והבנתן.

ועם המטרות שהציב ברוך להשגת חזון זה נמנים מתן מענה לעובדים בדמות טיפול פסיכולוגי פרטני שמיועד לפרק זמן קצר (ללא עלות); מתן טיפול פסיכולוגי פרטני לעובדים לפרק זמן ארוך (בתשלום מסובסד). מתן מענה קבוצתי לצוותים בנושא מצבי לחץ ושחיקה בעבודה (ללא עלות); ויצירת שיתופי פעולה חדשים בין גורמים שונים שיקדמו עשייה פרואקטיבית למען העובד בניסיון לתת מענה מדויק תמיד על צרכיו.

הקמת המרפאה הייתה מעין הכלאה חדשנית בין שח"ר (שירות, רווחה, חוויה - נספח של משאבי האנוש בשיבא) לשירות הפסיכולוגי של בית החולים שיבא. בהקמתה יצאנו לדרך לא סלולה, ללא מודל מקדים וכמעט בלי ניסיון וידע בנושא. בבניית דרכי העבודה שאבנו ידע ממודלים דומים שנפתחו בבתי חולים בעולם, ובעיקר בבריטניה ובארצות הברית, למשל Center for Stress, Resilience, and Personal Growth בבית החולים הר סיני בניו יורק (Marsa, 2020). ממודלים אלה למדנו כיצד לשלב בין התנעת תהליכי שינוי בניהול ובמדיניות בארגון כדי לתת שירותי בריאות נפש לפרט ולקבוצה וכיצד לטפח חוסן בעובדים בארגון.



במשך השנים התנסינו במתן מענים מגוונים ובדקנו את יעילותם בהפחתת שחיקה. בזכות ראייה מערכתית ושיתופי פעולה עם אנשי מקצוע שונים במערכת - למשל מתחום הפיתוח הארגוני, ההדרכה, פיתוח מנהלים, משאבי האנוש והנהלת בית החולים - נשאנו את דגל החוסן הנפשי והשמירה על בריאות נפשם של העובדים. לצוות הפסיכולוגים בבית החולים פיתחנו הכשרה מקצועית בתמיכה בצוותים; לעובדים יצרנו מענה פרטני לפרקי זמן קצרים וארוכים; ולהפחתת מתחים יזמנו פעילויות כגון מיינדפולנס, צ'י קונג, יוגה, סדנאות כתיבה ופעילויות קבוצתיות להפוגה לצוותים אינטגרליים. הפעילויות האלה גרמו להתערבויות להיות

## תהליך בניית התערבות פסיכולוגית קבוצתית בראייה מערכתית

לא אחת מעורר המפגש הטיפולי עם צוות עובדים שחוק רתיעה והתנגדות מצד העובדים. בעצם הצעת התמיכה הנפשית לטיפול בשחיקה מגדירים את ה"בעיה" בעובד ולא במערכת. וכמו שנוכחנו, פעמים רבות השחיקה נובעת גם מתנאי הארגון ולא רק ממאפייני הפרט. כדי לתאר את המורכבות הזאת אציג כאן תיאור מקרה קצר. לפני ארבע שנים בקירוב הוזמנתי לבית חולים בצפון הארץ ללמד תרגול מיינדפולנס בקבוצה לשם הפחתת שחיקה בקרב צוות הסיעוד של מחלקות הפנימית ונתקלתי בהתנגדות כזאת:

ניגשתי למפגש הראשון בהתרגשות גדולה, שמחתי לקחת חלק במשימה החשובה לתמיכה בצוות שחוק שזקוק לעזרה. הגעתי לחדר יפה ומרוחק ממרכז בית החולים, ולאט לאט התאספו סביבי העובדים באיחור. העובדים התיישבו מולי חלק בסקרנות, חלק באפתיות וחלקם בידיים שלובות ופרצוף חושד. בסבב הפתיחה כל אחד הציג את עצמו ואת הציפיות שלו מהסדנה. הגענו לאחד מהעובדים ששילב ידיים בספקנות והוא אמר, "אני לא מבין מה אני עושה פה ומה המטרה, בגלל שאנחנו שחוקים ועובדים קשה, הביאו לנו פסיכולוגית שנוכל לדבר על זה? לא יעזור לי לדבר על זה... הבעיה היא לא בנו". הוא המשיך, "אנחנו צריכים עוד מיטות, עוד תקנים, מביאים לנו סדנה ופסיכולוגית כדי להשתיק אותנו? לא נסכים לעבוד ככה.

נשארתי חסרת מילים. קצת התביישתי וחשתי את ייאושו. למרות שידעתי שיש לי הרבה מה לתת לעובדים שישבו מולי דרך מיינדפולנס (זהו כלי היכול לחולל פלאות בחיי הנפש ומאפשר לטעום את העולם מחדש, ולהתבונן באופן מרענן על הדרך בה אנו חווים קשיים, אושר וסיפוק) הבנתי שבלי שהעובד השחוק ירצה ללמוד על עולמו הפנימי לא אוכל לתת או לעזור לו בכלום.

**הרופאים הם הסקטור השחוק והמדוכא ביותר. מחקרים מלמדים אותנו שרבים מהם נוטים לנטוש את המקצוע ואף סובלים יותר מאחרים מתחלואה פיזית, מהתמכרות לאלכוהול ולתרופות ואף נוטים להתאבד**

מפגש זה מלמד על חשיבות ההכרה במורכבות ההתמודדות עם שחיקה שנעה בין הארגוני לנפשי ועל חשיבות ההבחנה בה. כן הוא מלמד על הצורך בבניית תוכנית התערבות

2. טיפול פרטני - מתן זכאות לפגישת אינטייק ללא תשלום לכל עובד בשיבא. אחריה יוכל העובד לקבל טיפול לפרק זמן קצר, לאירועים אקוטיים (למשל, בעקבות אירועים במקום העבודה, טראומה משנית או עקיפה או תשישות החמלה), ללא תשלום, או טיפול לפרק זמן ארוך במחיר מסובסד.

3. סדנאות self care. לעובדים שאינם מעוניינים בחשיפה ובשיתוף יצרנו סדנאות שונות לרכישת כלים לשמירה עצמית, למשל מיינדפולנס, חוסן נפשי, ויסות מתחים, צ'י קונג, יוגה וכתיבה. בזכות הסדנאות הללו הם יוכלו להתמודד טוב יותר עם השחיקה שהם חווים בחיי היום-יום.

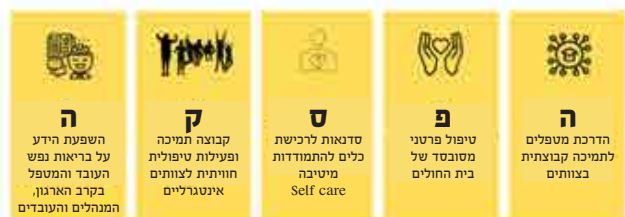
4. קבוצות תמיכה לצוותים - התאמת מענה קבוצתי ממוקד לצוות שמבקש תמיכה. הקבוצות נבנות בשיתוף העובדים והמנהלים ביחידה. אם יש צורך בכך, משלבים גם הליך ארגוני מקדים, או בד בבד עם ההתערבות הנפשית, באמצעות הפיתוח הארגוני של שיבא. הקבוצות מובנות או פתוחות, מוצעות לסקטור אחד או למגוון סקטורים ומוצעות לזמן קצר או ארוך, על פי הצורך (אפרט על כך בהמשך המאמר).

5. הטמעת הידע המצטבר על תמיכה בצוותים בקרב מנהלי הארגון. כדי להביא לידי הפחתת השחיקה על המנהלים להכיר את הידע הקיים בנושא. במאי 2023 נפתחה תוכנית "נאמני חוסן" למנהלים זוטרים, בשיתוף הקואליציה הישראלית לטראומה. בקיץ הקרוב יעלה לאוויר הסכת של המרפאה בעניין זה. מלבד זה המרפאה משתתפת בפורום העצמת מתמחים עם אנשי מקצוע שונים מתוך הארגון כדי לשפר את חוויית המתמחה.

ערוצי פעולה אלה שוזרים עבודה טיפולית לצד פעילות המערכת להטמעת הידע הנרכש בפעילות הטיפולית. יחד נועדו פעולות אלה לשפר את האקלים בבית החולים וליצור סביבת עבודה מיטיבה שמודעת להרגשות, לערכים ולצרכים של העובדים.

### מודל הפסק"ה

לתמיכה פסיכו-רפואית ומערכתית בעובדי מערכת הבריאות



בשיתוף העובדים והנהלה. על תוכנית כזאת להיות מותאמת אישית, רגישה וקשובה לצורכיהם. דרך הכישלונות והטעויות, ובעזרת מחקרים בתחום, פיתחנו במרפאת ביחד תהליך בירור עם המחלקה הפונה לתמיכה, והוא נעשה כאינטייך. בתהליך זה פגשנו את מנהלי המחלקה וכמה עובדים, או דגמנו שיחות עם עובדים אחדים או עם כלל העובדים (תלוי במספר העובדים ובסדר יומם), כדי לברר את סיבת הפנייה לתמיכה ולהבנות ולהגדיר מצוקה במושגים מעולם הנפש. בעזרת המפגש סימנו את מטרות ההתערבות בעבודה עם הצוות כדי ליצור מענה מותאם לקשיים העולים במחלקתם (Roberts, 2000).

בתהליך זה מתברר לעיתים כי יש שחיקה וקושי נפשי במחלקה ובצוות, קשיים שאינם קשורים לסוגיות ארגוניות. כשביכולתנו לזהותם אפשר לקיים התערבות נפשית ממוקדת עובד, פרט ויחסים בתוך הצוות. ולפעמים עולה בתהליך הבירור המקדים שהקושי שהובא בפנינו, הפסיכולוגים, נעוץ במקביל גם בגורמים ארגוניים, ואז נטפל בשני היבטים - פרט וארגון - בד בבד עם יחידת הפיתוח הארגוני. לעיתים יתחבר הטיפול אל תהליך נפרד של יחידת הפיתוח הארגוני שייתן מענה על קשיים שעלו במקום התערבות נפשית לצוות. למשל, פגשנו צוות שהיה בו חיכוך מתמשך בתוך צוות הניהול, ובבירור הבנו כי הסדרת היחסים צריכה להיות מרכז ההתערבות, ורק אחריה נוכל להגיע אל שאר הצוות שסבל בעיקר מתופעות הלוואי של מערכות היחסים האלה. הבחנה ואבחנה מוקדמת עשויות למקד את ההתערבות בפרט ולשים את החלקים הארגוניים בטיפול נפרד או להמשיג אותם כדי לאפשר לעובדים לטפל באזורים שבהם יש להם שליטה, לעורר מיקוד שליטה פנימי ואמונה ביכולת לשנות ולשפר את המצב. בעקבות זאת תפחת עוצמתה של הרגשת חוסר האונים הנובעת מהתמודדות עם הקשיים שמערימה המערכת (רסקין, 1997).

לאחר תהליך האינטייך נבנית תוכנית התערבות מוגדרת מטרה טיפולית ברורה ובה דרכים לביצוע ההתערבות. לתוכנית מותאם גם סטינג (Setting) ברור ובו זהות המשתתפים, מספרם, מספר המפגשים, לוחות הזמנים וכדומה. קביעות אלה נעשות על פי הצרכים הנפשיים שעלו בתהליך הבירור כדי לתת מענה על סיבת הפנייה לתמיכה. תוכנית זאת תוצג לעובדים ולמנהלים כדי לקבל את הסכמתם לתהליך לפני תחילת ההתערבות.

עם הזמן למדתי לענות, לעצמי ולמטופלי המרפאה, על השאלה במה יכולה התערבות פסיכולוגית לתרום להפחתת שחיקה. מניסיוני יכולתי לזהות תרומה ייחודית להתערבות

הפסיכולוגים בצוותים באמצעות בירור והתאמת הדרישות הפנימיות של העובד למציאות, יצירת מרחב בטוח לשיתוף ולתמיכה, בין השאר בסטינג ברור ובתדירות קבועה וקרובה, עידוד וטיפול שמירה עצמית וחמלה עצמית, חתירה למגע עם המשמעות ועם הערכים שהעבודה מאפשרת לעובדיה, הבלטת החיבור בין העובדים לבין עצמם ובין העובדים לארגון, יצירת הרגלים למעבר בריא בין יום העבודה לשגרת החיים בבית, בירור גבולות חיצוניים ופנימיים ושמירה עליהם ושיתופיות ושקיפות. רבות מתשובות אלה תואמות בהמשגות מקבילות לידע המחקרי שהזכרתי בתחילת המאמר בנוגע להתערבויות להפחתת שחיקה (De Hert, 2020).

## דוגמה להתערבות פסיכולוגית קבוצתית

אל מרפאת ביחד פנתה מנהלת צעירה ונמרצת מהשירות "מלוות משפחתיות". שירות חדשני זה נפתח ב-2016 והציע למטופלי אונקולוגיה מורכבים שירות של Case manager, כלומר להיות איש קשר לריכוז הבדיקות, התורים ותכלול בדיקות המטופל. במפגשי האינטייך למדתי, דרך המנהלת ומפגש נפרד עם העובדות, שהתפקיד דורש מגע קרוב מאוד עם חולים קשים מאוד. עוסקות בו בעיקר נשים מתוך רצון לעזור לחולים ולטפל בהם, אך אין להן כל ידע או רקע טיפולי. הן הרגישו שעליהן ללמוד לשמור על עצמן ולהבין מה קורה להן במפגש עם מטופלים והביעו תשישות נפשית ופיזית וקושי רגשי מהתכנים שהן נתקלות בהם בעבודתן. לאחר האינטייך הבנו יחד כי מטרת ההתערבות תהיה הקניית ידע בסיסי על המפגש הטיפולי עם סבל וקושי ומתן מקום לעבד את חוויותיהן.

לאחר הגדרת המטרה המשותפת עם המנהלת והעובדות בנינו סדנה של שמונה מפגשים. ארבעת המפגשים הראשונים יהיו מובנים ובעלי אופי של הכשרה ולמידה. כן נעסוק בהם בגבולות פנימיים וחיצוניים, בהתמודדות עם לחץ והשפעתו על הגוף ובמעבר בין יום העבודה לשגרת הבית. בארבעת המפגשים הבאים יוכלו המטפלות להציג תיאורי מקרה מחיי היום-יום שלהן ולהמשיג את התחושות שהן פוגשות בעצמן או באחר ולעבד את חוויותיהן.

באחד ממפגשים אלה עלתה הפנטזיה "להציל את המטופל" שמשתלטת לעיתים על הווייתנו, שואבת משאבים רגשיים גדולים ומשאירה את החלקים האחרים של חיינו מרוקנים (Esman, 1987). למשל, הטלפון של העבודה ממשיך לצלצל גם בערב וגם בסופי שבוע ועלול לעורר קושי לשמור על שגרה של בית, זוגיות ומשפחה ואף לעורר הרגשה שכל שיחה עשויה להיות גורלית. דרך המרחב המשותף התברר

1. משרד הבריאות (2022, 13 במרץ). התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה: ממצאי הסקר לשנת 2021. <https://www.gov.il/he/Departments/publications/reports/burnout-survey-2021-presentation-1303202>
2. פרדס, א' ובן-נון, י' (2014). שחיקת החמלה: ביטויים, גורמי סיכון, מניעה וטיפול. גרונטולוגיה וגריאטריה, מ"א(1), 92-75. <https://bit.ly/41BeuJI>
3. רסקין, ה' (1997). השתתפות, היענות והתמדה בפעילות גופנית בקרב מבוגרים. בתנועה: כתב עת למדעי החינוך הגופני והספורט, ד' (2), 173-202. <https://www.jstor.org/stable/23633183>
4. Awan, S., Diwan, M. N., Aamir, A., Allahuddin, Z., Irfan, M., Carano, A., Vellante, F., Ventriglio, A., Fornaro, M., Valchera, A., Pettoruso, M., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., Ullah, I., & De Berardis, D. (2022). Suicide in healthcare workers: Determinants, challenges, and the impact of COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.792925>
5. De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171-183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
6. Della Valle, E., De Pascale, G., Cuccaro, A., Di Mare, M., Padovano, L., Carbone, U., & Farinaro, E. (2006). Burnout: Fenomeno di crescente interesse in ambienti di lavoro stressante. *Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunita*, 18(2), 171-177.
7. Esman, A. H. (1987). Rescue fantasies. *Psychoanalytic Quarterly*, 56, 263-270.
8. Marsa, L. (2020, December 22). New resilience center targets traumatized healthcare workers. *Medscape*. <https://www.medscape.com/viewarticle/943061>
9. Roberts, Z. V. (2000). The organization of work. Contributions from open systems theory. In A. Obholzer & Z. V. Roberts (Eds.), *The unconscious at work* (pp. 28-38). Routledge.
10. West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/joim.12752>
11. Yang, Y., & Hayes, J. A. (2020). Causes and consequences of burnout among mental health professionals: A practice-oriented review of recent empirical literature. *Psychotherapy*, 57(3), 426-436. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32463274/>

# תרומתם של משאבי חוסן והעצמה לצמצום שחיקה בקרב אימהות צעירות: התפקיד המתווך של איזון הקונפליקט בממשק קריירה-משפחה

חדוה בראונשטיין ברקוביץ<sup>1</sup>

## תקציר

בפרויקט הזה נבחנה תרומתם של משאבים אחדים לצמצום הקונפליקט קריירה-משפחה והשחיקה בקרב אימהות צעירות עובדות. בפרויקט נכללו שלושה מחקרים, וכל אחד מהם התמקד במשאבים ממקור אחר: הארגון, המשפחה ומשאבי חוסן אישי. המשתתפות היו אימהות לילדים צעירים (אחד מהם לפחות מתחת לגיל עשר) שעובדות במשרה שהיקפה 75 אחוזים לפחות. בכל אחד מהמחקרים מילאו הנבדקות שאלון לבדיקת רמת השחיקה ועוצמת הקונפליקט קריירה-משפחה ושאלון זמינות משאבים (מילוי שאלוני המשאבים בכל מחקר נעשה על פי מקורות המשאב: ארגון, משפחה או חוסן אישי). מניתוח נתיבים שנערך עלה כי זמינות משאבים תורמת לצמצום שחיקה באופן בלתי ישיר, באמצעות התיווך של הקונפליקט קריירה-משפחה. מלבד זאת נמצא כי למשאבי חוסן והעצמה אישית יתרון על פני סוגי המשאבים האחרים וכי הם התורמים ביותר להפחתת רכיבי הקונפליקט השונים ורמת השחיקה. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם ההנחות של תאוריית שימור המשאבים (Hobfoll, 1989). כמו כן יש להם השלכות יישומיות על מניעת שחיקה וההתמודדות עימה, בייחוד אצל אימהות לילדים צעירים. בפרק הדיון מוצגות המלצות להתערבות בייעוץ ובטיפול.

## מבוא

רינת (שם בדוי), בת 39 ואם לארבעה, הגיעה לייעוץ קריירה וסיפרה על מחשבות טורדניות שמציפות אותה בשנה האחרונה בנוגע לעתידה המקצועי, על הרגשת שימון ודכדוך וכן על חוסר סיפוק ומשמעות בעבודה (תסמינים שמאפיינים מצב שחיקה). לרינת תואר שני בכלכלה, אך היא

עובדת בחברת הייטק במשרה מנהלית זוטרה בהיקף של חצי משרה. לדבריה, היא בחרה במשרה הזאת בשל היותה נוחה ומתאימה לה בהיותה אם לארבעה ילדים צעירים (מבן שנה ועד 12). בייעוץ עלה כי שאיפותיה של רינת מגובשות בכיוון אומנות שימושית. היא הביעה תשוקה רבה לעסוק במקצוע שיש בו יצירתיות, אסתטיקה ויישום פרקטי גם יחד, וכישוריה נמצאו מתאימים לנטיות אלה. ואולם היא אינה מקדמת את מימוש החלום הזה מכיוון שהיא חוששת מפני המחיר הגבוה שעלול לגבות ממנה השילוב של תובענות הלימודים והקריירה החדשה במחויבויותיה למשפחתה. נראה כי חששות אלה מזינים ביתר שאת את תסמיני השחיקה שצוינו לעיל כמו במעגל קסמים.

כיצד נוכל לסייע לרינת בייעוץ לפתור את האמביוולנטיות השוחקת אותה ולשפר את רווחתה האישית? האם תוכל רינת למצוא דרכים אשר יסייעו לה לאזן באופן מיטבי בין הדרישות התובעניות בשני תחומים מרכזיים בחייה, תחומים שחשובים ויקרים לה, כך שמימוש החלום בתחום הקריירה לא יפגע בציפיותיה מעצמה כאם? במאמר הזה אנסה לענות על שאלות אלה באמצעות ניתוח אינטגרטיבי של ממצאי פרויקט שערכתי בעשור האחרון ובו שלושה מחקרים (שי ובראונשטיין ברקוביץ, 2018; Braunstein-Bercovitz, 2013; מטרת הפרויקט הייתה לאתר ולאפיין דרכים יעילות לצמצום תסמיני שחיקה בקרב אימהות לילדים צעירים ולבחון את מעורבות הקונפליקט הבין-תפקידי קריירה-משפחה בתהליך זה.

## שחיקה וקונפליקט קריירה-משפחה

המקרה של רינת שהוצג לעיל עשוי להאיר את הקשר המבוסס היטב בספרות בין חוויה של קונפליקט בין-תפקידי,

<sup>1</sup>פרופ' חבר (בגמלאות) חדוה בראונשטיין ברקוביץ היא פסיכולוגית תעסוקתית-מומחית ומדריכה. היא ייסדה את התוכנית לתואר שני בפסיכולוגיה תעסוקתית במכללה האקדמית תל אביב-יפו ועמדה בראשה. טלפון: 052-2808371, מייל: hedvab@mta.ac.il המחברת מבקשת להודות לגל שיפרי ולסמדר פרישבורשטיין על איסוף הנתונים ועל עיבודם, לד"ר בני בנימין על הערותיו התורמות ולד"ר רוני בראונשטיין ז"ל על ייעוץ בניית הנתונים.

ממנה לבית ובאים לידי ביטוי בתגובות חוסר סבלנות וכעס כלפי בני המשפחה הם דוגמאות להפרעה בכיוון עבודה בית. היעדרות מהעבודה בשל מחלת אחד הילדים, או לחץ בעקבות משבר במשפחה שזולג לעבודה הם דוגמאות להפרעה בכיוון בית-עבודה.

הפרויקט המוצג במאמר הזה התמקד בנשים שעובדות במשרות תובעניות למדי והן אימהות לילדים צעירים, מכיוון שנמצא כי לקונפליקט יש השפעה שלילית יותר על נשים לעומת גברים (Livingston & Judge, 2008), ובייחוד כאשר הן אימהות לילדים צעירים (Eby et al., 2005) ועובדות במשרות בהיקף רחב (Proost et al., 2010).

### זמינות משאבים, קונפליקט בין-תפקידי ושחיקה

בשלושת המחקרים של הפרויקט המוצג כאן התבססתי על תאוריית שימור המשאבים (Hobfoll, 1989) ולפיה זמינותם של משאבים מפחיתה הרגשת מתח וחרדה שמתעוררים עקב מצבי לחץ. בחנתי את יעילותם היחסית של משאבים אחדים על צמצום תסמיני שחיקה באמצעות ניהול מאוזן של הקונפליקט קריירה-משפחה. משאבים מוגדרים בתאוריה זאת כמקורות או דרכים להשגת "נכסים" בעלי ערך לרווחתו האישית של הפרט (Well-being). בתרשים 1 מוצג באופן סכמתי מודל התיווך המשותף אשר נבחן בפרויקט (משאבים-קונפליקט-שחיקה). בכל אחד מהמחקרים נבחנה זמינות משאבים ממקור אחר (ראו פירוט להלן).

תרשים 1. מודל התיווך המשותף לשלושת המחקרים ובו מתואר הקשר בין המשאבים, הקונפליקט קריירה-משפחה (הקונפליקט) והשחיקה



תאוריית שימור המשאבים (Hobfoll, 1989) מניחה כאמור כי זמינותם של משאבים מפחיתה את המתח המאפיין מצבי לחץ. על פי הנחת היסוד בתאוריה, רווחה אישית אינה נפגעת באופן מובהק כאשר הפרט מעריך שעומדים לרשותו משאבים מספיקים להתמודדות עם מקורות הלחץ. לכן התמודדות עם מצב של אובדן משאבים, או אף סכנה לאבדם, מעוררת את הפרט לגייס ולהרוויח משאבים ממקורות אחרים ולהגן כך על רווחתו (במונחי התאוריה זהו תהליך של Resource Gain). בהקשר של הקונפליקט קריירה-משפחה, מאמצי התמרון בין הדרישות והתובענות

ובמקרה זה בין קריירה ובין משפחה, ובין תלונות על תסמיני שחיקה כגון דכדוך ופגיעה במוטיבציה (לדוגמה, Jawahar et al., 2012; Simões et al., 2021). שחיקה מוגדרת בספרות כתשישות פיזית, רגשית ומנטלית שמתפתחת בתגובה לחשיפה ללחצים כרוניים של הפרט בתפקידו כעובד, בתפקידי חיים שמחוץ לעבודה וכן נובעת ממתח ומסתירה בדרישות בין-תפקידיים (לדוגמה, Maslach et al., 2001). השפעותיה המזיקות של השחיקה, הן על הפרט הן על ארגונים, מתועדות בספרות בהרחבה. להלן דוגמאות אחדות: ירידה במוטיבציה ובמחויבות של העובד לארגון (Cropanzano et al., 2003), דפרסונליזציה של אחרים (Rouxel et al., 2023) ופגיעה בבריאותו (הפיזית והנפשית) של העובד (Hakanen et al., 2008). כמו כן, בתנאי עומס רב עובדים מתכננים לפרוש מהארגון ולעיתים אף מממשים את התפטרותם בפועל. מגמה זאת התחזקה בעידן הפוסט-קורונה וזכתה לכינוי "העזיבה הגדולה" (McCloughlin et al., 2022). לפיכך יש חשיבות רבה לצמצום ממדי השחיקה והשפעותיה ההרסניות.

### ממצאי הפרויקט הזה שופכים אור על המנגנון שבאמצעותו משאבים מווסתים מתח ותגובות דחק במצבי סיכון להתפתחות שחיקה. הוויסות מתאפשר באמצעות מנגנון תיווך מלא או חלקי, כפונקציית של הצלחת הפרט לאזן באופן מיטבי בין הדרישות הסותרות המופנות בו-זמנית מזירת הבית והעבודה

הצורך לתמרן בין דרישות מקום העבודה ובין המחויבויות הכרוכות בניהול חיי המשפחה - סתירה בין-תפקידית שמובנית במצב שבו כל אחד מבני הזוג מנהל קריירה משלו - הוא גורם דומיננטי בהתפתחות שחיקה כאמור (Boyd et al., 2016; Simões et al., 2021). הקונפליקט המתפתח בעקבות זאת עלול לעורר מתח ותגובות דחק ולפגוע בתפקוד האדם בכל אחת מהזירות (עבודה או בית) או בשתיהן גם יחד (Nauman et al., 2020). מצב קונפליקטואלי זה מכונה בספרות קונפליקט קריירה-משפחה (Work-Family Conflict) (Greenhaus & Beutell, 1985).

לקונפליקט קריירה-משפחה שני רכיבים דו-כיווניים, שהרי דרישות העבודה עלולות לפגוע בביצוע המטלות והמחויבויות בבית (קריירה-מפריעה-למשפחה; Work-Interferes-Family), והפרעה למחויבויות בבית עלולה להפריע לעבודה (משפחה-מפריעה-לקריירה; Family-Interferes-Work) (Greenhaus & Beutell, 1985). הדרישה לענות על מיילים בבית, בשעות הערב, או כעסים ומתחים בעבודה שגולשים

של הקריירה ובין המחויבויות למשפחה מדללים ומנקזים משאבים (Hobfoll et al., 2018), וכדי להימנע או להיחלץ מהמצוקה הנלווית למצב זה נדרש גיוס משאבים חדשים רלוונטיים ויעילים לאיזון הקונפליקט. כישלון לגייסם עלול להסתיים בהופעתם של תסמיני שחיקה (Hobfoll & Shirom, 2001). ואכן, ממצאים קודמים תומכים בהנחות של תאוריית שימור המשאבים ומלמדים כי לזמינות משאבים תרומה חיובית לרווחה האישית. ובייחוד נמצא כי זמינות משאבים מפחיתה את רמת הקונפליקט קריירה-משפחה (Shi et al., 2022) וכן את עוצמת השחיקה (Jawahar et al., 2012).

## הפרויקט

סקירת הספרות שלעיל מלמדת שזמינותם של משאבים חיונית להתמודדות עם הקונפליקט ועם השחיקה. אחת ממטרות המחקרים שבפרויקט זה הייתה לבחון את מנגנון פעולתם של המשאבים - אם המשאבים פועלים ישירות לצמצום שחיקה, או בעקיפין, באמצעות התיווך של רמת הקונפליקט קריירה-משפחה. במילים אחרות, בדקנו עד כמה ויסות ואיזון הקונפליקט קריירה-משפחה (באמצעות משאבים) חיוני, ואף תנאי הכרחי, למניעת שחיקה ולטיפול בה.

בשלב הבא היה עלינו לתת את הדעת על שאלת יעילותם היחסית של המשאבים, כלומר אילו משאבים עשויים להיות יעילים במיוחד (בהשוואה לאחרים) בהפחתת הקונפליקט והשחיקה. לפיכך, מטרה נוספת של הפרויקט הזה הייתה לבחון אילו משאבים משפרים במיוחד את הרווחה האישית של אימהות לילדים צעירים אשר חוות קונפליקט ושחיקה. אפיון משאבים בעלי יעילות מוכחת אמפירית תאפשר השקעה בעלת ערך בהשגתם ובגיוסם וכן בהגדרת יעדי ההתערבות בייעוץ ובטיפול. לשם כך נבחנו בפרויקט הזה מקורות אחדים של משאבים - במחקר א' היה הארגון מקור המשאבים, במחקר ב' המשפחה, ובמחקר ג' משאבי חוסן אישי - ובכול אחד ממחקרים אלה הערכנו את יעילותן של קטגוריות אחדות של משאבים (להלן).

בספרות מדווח כי משאבים שמקורם בארגון (כגון מדיניות ידידותית למשפחה, תמיכה רגשית והבנת קשיים שמתעוררים בממשק עבודה-בית) יעילים בעיקר בהפחתת רכיב הקונפליקט בכיוון עבודה-מפריעה-למשפחה, ומשאבים שמקורם במשפחה (כגון תמיכה מעשית ורגשית) יעילים בעיקר בהפחתת רכיב הקונפליקט בכיוון משפחה-מפריעה-לעבודה (Byron, 2005). משאבים אישיים (כגון הרגשת אוטונומיה, שליטה, ערך) מגבירים את החוסן הכללי של

הפרט, לפי אחת ההנחות של התאוריה לשימור משאבים, ועל כן הם יעילים בוויסות מגוון רחב של מצבי לחץ (Hobfoll, 1989). חיזוק להנחה זאת מגיע ממחקרים אשר מצאו כי הערכה עצמית (Boyar & Mosely, 2007) וויסות רגשי (Blanch & Aluja, 2009) מפחיתים את הקונפליקט בשני הכיוונים (העבודה-מפריעה-למשפחה והמשפחה-מפריעה-לעבודה).

בכל אחד משלושת מקורות המשאבים שנבחנו בפרויקט זה הוגדרו קטגוריות אחדות של משאבים שנגזרו מסיווג המשאבים שהציע הובפול (Hobfoll, 1989):

- המשאבים שמקורם בארגון (מחקר א') היו אלה:
  1. העצמה אישית בארגון (הרגשת שליטה, הצלחה והישגיות, הערכה, גאווה ואוטונומיה שמקורם בארגון);
  2. מדיניות ארגון ידידותית למשפחה (תמיכה רגשית ומעשית);
  3. תנאי רווחה בארגון (מבחינת עומסי זמן ותנאי הסביבה הפיזית).
- המשאבים שמקורם במשפחה (מחקר ב') היו אלה:
  1. העצמה במשפחה (הרגשת שליטה, הצלחה והערכה וגאווה שמקורן במשפחה);
  2. תמיכת המשפחה בעבודת האם (רגשית ומעשית);
  3. תנאי הרווחה במשפחה (למשל, האווירה בבית, בריאות בני המשפחה).
- המשאבים האישיים (מחקר ג') היו אלה:
  1. אינדקס כללי לחוסן אישי שהתבסס על דפוסי תגובה על פי מדד של חמשת גורמי-העל של האישיות (מצפוניות, מוחצנות, נעימות, פתיחות ויציבות רגשית) (John et al., 1991) והופק באמצעות שיטה שהציעו חוקרים אחדים (Boehm et al., 2002). החוקרים דיווחו כי מצאו שחוסן אישי גבוה בא לידי ביטוי בדפוס אישיות ובו שלושה גורמים בולטים: מצפוניות, מוחצנות ויציבות רגשית;
  2. מדד לחוסן תעסוקתי - הלימת פרט-סביבה. הלימת פרט-סביבה משקפת את מידת ההתאמה בין הנטיות התעסוקתיות של הפרט ובין מאפייני העיסוק המקצועי שלו ומנבאת חוסן תעסוקתי, מכיוון שהיא תורמת לשביעות רצון ולהצלחה בעבודה (Holland, 1997).
- ההשערות במחקרים שבפרויקט זה נוסחו בכלליות כך:
  1. זמינות (רווח) של משאבים תפחית את עוצמת הקונפליקט, ובעקבות זאת תצמצם שכיחות הופעתם של תסמיני שחיקה;
  2. למשאבי חוסן אישי ולמשאבי העצמה שמקורם בארגון ובמשפחה תהיה היעילות היחסית הרבה ביותר, שכן הם יפחיתו את הקונפליקט משני כיווניו (עבודה-מפריעה-למשפחה ומשפחה-מפריעה-לעבודה), ועל כן תהיה תרומתם לצמצום השחיקה הגדולה ביותר;
  3. משאבי ארגון אחרים יפעלו

על שחיקה באמצעות הרכיב עבודה־מפריעה־למשפחה בלבד, ומשאבי משפחה אחרים יפעלו באמצעות הרכיב משפחה־מפריעה־לעבודה בלבד.

**מימוש הכישורים ובחירת קריירה שהולמת את נטיות הלב, קריירה מעצימה שמעניקה משמעות ומרחב אוטונומי לביטוי אישי, גם אם היא תובענית, משרתים את מצבה הרגשי ואת רווחתה האישית של האישה טוב יותר ואף מסייעים לה לאזן בין הדרישות של זירות העבודה והבית**

## סקירת שיטות המחקר

### משתתפות והליך

בשלושת המחקרים בפרויקט זה היו המשתתפות נשים נשואות ממשפחות כפולות־קריירה ואימהות לילד אחד לפחות בן עשר שנים או פחות. במחקר א' השתתפו 179 נשים שגילן הממוצע היה 37.8; במחקר ב' השתתפו 200 נשים שגילן הממוצע היה 35.5; ובמחקר ג' השתתפו 144 נשים שגילן הממוצע היה 34.4 שנים. כולן היו בעלות השכלה אקדמית, בעלות ותק של שנה אחת או יותר בתפקיד, והיקף משרתן היה 75 אחוזים או יותר. כולן היו תושבות הארץ עשר שנים לכל הפחות. הוותק בארץ ובתפקיד נטר כדי לבצע בקרה על השפעות אפשריות של מתח ולחץ שנובעים מהגירה או מהסתגלות לתפקיד חדש או משניהם גם יחד. המשתתפות מילאו שלושה שאלונים שנועדו לבדוק את משתני המחקר: שאלון שחיקה, שאלון קונפליקט קריירה־משפחה ושאלון זמינות משאבים. כמו כן הן מילאו שאלון לבדיקת פרטים דמוגרפיים רלוונטיים.

### כלי המחקר

בכל שלושת המחקרים נמדד הקונפליקט קריירה־משפחה באמצעות שאלון זהה (להלן). שחיקה נמדדה באמצעות שאלון זהה במחקר א' ו'ג', ובמחקר ב' השתמשנו בשאלון אחר (להלן). זמינות משאבים נמדדה באמצעות שאלונים רלוונטיים וייחודיים לכל אחד משלושת המחקרים (להלן).

1. שאלון קונפליקט קריירה־משפחה (Kelloway et al., 1999). השאלון מדד את הקונפליקט על שני רכיביו הדו־כיווניים: א) 11 פריטים בחנו את מידת ההפרעה של העבודה למשפחה. למשל, "העבודה גורמת לי מצב רוח רע בבית" או "דרישות העבודה מונעות ממני לבלות עם בני משפחתי במידה שהייתי רוצה" ( $\alpha=0.79$ ); ב) 11 פריטים בחנו את מידת ההפרעה של המשפחה לעבודה. למשל, "אירועים בבית גורמים לי מתח וחוסר שקט בעבודה" או "דרישות

המשפחה מפריעות לעבודתי היום־יומית" ( $\alpha=0.80$ ). 2) שאלון שחיקה (Pines & Aronson, 1988) אשר השתמשנו בו במחקר א' ו'ג'. השאלון בדק תשישות פיזית (למשל, עייפות), תשישות רגשית (למשל, דכדוך) ותשישות מנטלית (למשל, מחשבות טורדניות). על המשתתפות היה לציין בסולם שנע מ־1 (אף פעם) עד 7 (תמיד) עד כמה חוו בששת החודשים האחרונים את הרגשות המתוארים. הציין הכללי שהופק שיקף את רמות השחיקה הכלליות ( $\alpha=0.83$ ); 2) שאלון רמת שחיקה (Shirom-Melamed Burnout Measure, SMBM) שפיתחו שירום ומלמד (Shirom & Melamed, 2006) והשתמשנו בו במחקר ב'. הנבדקות התבקשו לדרג את המידה שבה הרגישו "עייפות נפשית", "קושי להתרכז" "לאות במחשבות" וכדומה בעבודתן בחודש

האחרון. מהימנות השאלון הייתה גבוהה ( $\alpha=0.93$ ). 3) שאלון משאבי ארגון (Braunstein-Bercovitz, 2013) אשר השתמשנו בו במחקר א'. השאלון בנוי משלושה תתי־סולמות; כל תת־סולם מודד סוג משאב ארגוני אחר, ובסך הכול יש בו 20 פריטים. הפריטים מבוססים על מאגר של 74 משאבי התמודדות שהציעו הובפול וילי (Hobfoll & Lilly, 1993). המשאבים הותאמו ותוקפו מבחינת תוכנם למשאבים שמקורם בארגון. תתי־הסולמות היו אלה: א) העצמה אישית בארגון ( $\alpha=0.87$ ). למשל, "הכרת הארגון בהישגים שלי" או "תחושת משמעות ואוטונומיה בעבודה"; ב) תרבות ארגונית תומכת משפחה ( $\alpha=0.80$ ). למשל, "הארגון קשוב למחויבויות המשפחתיות שלי" או "עזרה מעמיתים כאשר עליי לפנות זמן למחויבויות במשפחה"; ג) משאבי רווחה ארגוניים ( $\alpha=0.82$ ). למשל, "הפסקות בהיקף סביר בזמן העבודה" או "תנאי סביבה נאותים בארגון". על כל משתתפת היה לציין את המידה שבה עמד לרשותה כל אחד מהמשאבים בארגון בששת החודשים האחרונים;

3) שאלון משאבי משפחה (שי ובראונשטיין ברקוביץ, 2018) אשר השתמשנו בו במחקר ב'. השאלון בנוי משלושה תתי־סולמות. כל אחד מהם מודד סוג משאב משפחתי אחר, ובסך הכול יש בו 24 פריטים. הפריטים מבוססים על מאגר של 74 משאבי התמודדות שהציעו הובפול וילי (Hobfoll & Lilly, 1993). המשאבים הותאמו ותוקפו מבחינת תוכנם למשאבים שמקורם במשפחה. ואלה היו תתי־הסולמות: א) העצמה אישית במשפחה ( $\alpha=0.87$ ). למשל, "הרגשת גאווה על התפקוד שלי כאם" או "הרגשת שליטה במצבי קושי במשפחה"; ב) משאבי תמיכה רגשיים ומעשיים של המשפחה בעבודת האם ( $\alpha=0.82$ ). למשל, "תמיכת בני משפחה כאשר אני מודאגת בענייני עבודה" או "עזרה מבני משפחה בטיפול



בילדים"; ג) משאבי רווחה משפחתית ( $\alpha=0.78$ ). למשל, "בריאות תקינה לילדיי" או "אווירה רגועה בבית". על הנבדקות היה לציין את המידה שבה עמד לרשותה כל אחד מהמשאבים במשפחה בששת החודשים האחרונים; 3) משאבי חוסן:

א) אינדקס כללי לחוסן אישי שמבוסס על תגובות המשתתפות בשאלון חמשת גורמי העל של האישיות (John et al., 1991). בשאלון 44 פריטים שבדקו את גורמי האישיות האלה: נירוטיות, מוחצנות, פתיחות לחוויות, נעימות ומצפוניות. המהימנות הפנימית של חמשת הסולמות של השאלון טובה למדי ( $\alpha=0.75-0.90$ ). האינדקס לחוסן האישי חושב באמצעות שיטה של ניתוח אשכולות (Boehm et al., 2002);

ב) הלימת פרט-סביבה חושבה באמצעות גרסה של שאלון ה-SDS (Self Directed Search) המותאמת לנשים (Holland, 1985). ב-SDS מיוצגים שישה טיפוסים אישיים ושש סביבות עבודה (ביצועי, חקרני, אומנותי, חברתי, יזמי ומנהלתי). מהימנות הסולמות טובה ( $\alpha=0.87-0.92$ ). ההלימה בין טיפוס האישיות של המשתתפות ובין תחום סביבת העבודה של עיסוקן (כמו שמוגדר ברשימת המקצועות באתר המתודה שהציעו מאיר ואחרים (1994). על פי שיטה זאת, ככל שטיפוס האישיות קרוב יותר להגדרת סביבת העבודה כך רמת ההלימה גבוהה יותר ועשויה לנוע בין 0 ל-5.

## סיכום הממצאים

לבחינת כל אחד מהמודלים לתיווך שהוצעו בשלושת המחקרים בוצעו ניתוחי נתיבים. במחקר א' וב' נעשה ניתוח הנתונים באמצעות שיטת הרגרסיה של משוואות מבניות (Structural Equation Modeling (SEM), והשתמשנו בתוכנת AMOS (גרסה 18) (Arbuckle, 2009). במחקר ג' נעשה ניתוח הנתונים באמצעות רגרסיה הייררכית. עוד קודם לכן חושבו האינטרקורלציות בין כל אחד ממשני המחקר (מנבאים, מתווכים ומשתנים תלויים) כדי לבחון אילו נתיבים עומדים בתנאי סף מוגדרים, ורק נתיבים בעלי מתאם מובהק הוכנסו לניתוח מודל התיווך. כמו כן נקבעו מדדי טיב ההתאמה (Byrne, 2001) - ערכים גבוהים מ-0.9 (ל- $NFI$  ול- $CFI$ ) וערך נמוך מ-0.08 (ל- $SRMR$ ). לבסוף חושבה מובהקות נתיבי התיווך (הקשרים העקיפים) - במחקר א' וב' באמצעות אנליזת בוטסטרפ (Bootstrap) (Preacher & Hayes, 2008), ובמחקר ג' באמצעות מבחן סובל (Sobel, 1982).

בטבלה 1 מוצגים ערכי  $\beta$  של נתיבים מובהקים בלבד במודלים שנבחנו. פירוט תוצאות הניתוחים הסטטיסטיים, ובכללם מדדי טיב ההתאמה של כל אחד מהמודלים שנבחנו, אפשר למצוא בדיווח על מחקרי פרויקט זה (שי ובראונשטיין ברקוביץ, 2018; Braunstein-; 2013; Braunstein-Bercovitz, 2013; Bercovitz et al., 2012).

## טבלה 1. ערכי $\beta$ (מובהקים בלבד) של נתיבי מודל התיווך בכל אחד מהמחקרים כאשר המשתנה התלוי הוא שחיקה

המחקר	משאב	מתווך	משאב מתווך תוצאה (נתיב תיווך)	מלא או חלקי
א' משאבי ארגון	העצמה אישית בארגון	עבודה מפריעה למשפחה	-0.18**	מלא
			משפחה מפריעה לעבודה	-0.15**
ב' משאבי משפחה	העצמה אישית במשפחה	עבודה מפריעה למשפחה	-0.17**	מלא
			משפחה מפריעה לעבודה	-0.10**
ג' משאבי חוסן אישי	מדד לחוסן אישי כללי	עבודה מפריעה למשפחה	-0.70**	חלקי
			משפחה מפריעה לעבודה	-0.15**
ה' משאבי חוסן אישי	מדידת לחוסן אישי כללי	עבודה מפריעה למשפחה	-0.05**	מלא
			משפחה מפריעה לעבודה	-0.04**
ה' משאבי חוסן אישי	מדידת לחוסן אישי כללי	עבודה מפריעה למשפחה	-0.15**	חלקי
			משפחה מפריעה לעבודה	-0.05**

$p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*

סיכום ממצאי המחקרים המוצגים בטבלה 1 מלמד על המגמות האלה: א) זמינותם של משאבים מכל שלושת המקורות שנבדקו בפרויקט זה (ארגוני, משפחתי וחוסן אישי) תורמת לצמצום שחיקה באופן בלתי ישיר באמצעות תיווך (חלקי או מלא) של הקונפליקט קריירה-משפחה; ב) למשאבי ההעצמה האישית שמקורם בארגון ובמשפחה וכן למשאבי חוסן אישי (הלימה פרט-סביבה וחוסן אישי כללי) תרומה בעלת ערך מוסף, שכן הם מפחיתים את השחיקה בתיווך שני רכיבי הקונפליקט - עבודה-מפריעה למשפחה ומשפחה-מפריעה לעבודה; ג) המשאב הארגוני "תרבות ארגון ידידותית למשפחה" מפחית תסמיני שחיקה באמצעות תיווך הרכיב עבודה-מפריעה למשפחה בלבד, והמשאב שמקורו במשפחה, "תנאי רווחה במשפחה", מפחית תסמיני שחיקה באמצעות הרכיב משפחה-מפריעה לעבודה בלבד.

והעבודה בכיוון אחד בלבד. לא נמצא יתרון יחסי מובהק ובעל ערך מוסף למשאבי רווחה בארגון ולמשאבי תמיכה שמקורם במשפחה.

## מסקנות, השלכות ומגבלות

כיצד אפשר ליישם את ממצאי הפרויקט בעבודה עם הפרט ועם הארגון? להלן כיוונים כלליים אחדים: מבחינת הפרט: צפי לקונפליקט קריירה-משפחה (עכשווי או עתידי) והחששות הנלווים לו עלולים לגרום לפרט להימנע מבחירת מסלול קריירה תובעני אף אם יש בו פוטנציאל להעצמה אישית ולמימוש הכישורים. נשים נמנות עם קבוצת סיכון כזאת (Barnett & Gareis, 2000), ובמקרים רבים הן אכן מוותרות על חלומן ומנתבות את עצמן לתפקידים ולמקצועות לפי מידת הידידותיות וההתאמה של העבודה למחויבויותן למשפחתן. ויתור כזה עלול להיות מלווה בהרגשת החמצה ותסכול. אדרבה, הממצאים כאן מחזקים את הרעיון כי דווקא מימוש הכישורים ובחירת קריירה שהולמת את נטיות הלב, קריירה מעצימה שמעניקה משמעות ומרחב אוטונומי לביטוי אישי, גם אם היא תובענית, משרתים את מצבה הרגשי ואת רווחתה האישית של האישה טוב יותר ואף מסייעים לה לאזן בין הדרישות של זירות העבודה והבית.

לשם המחשה נחזור למקרה של רינת שפתחנו בו את פרק המבוא. לרינת אמביוולנציה מקבעת בין רצונה לממש חלום תעסוקתי ובין מסירותה למשפחתה. בהמשך לממצאים שהצגתי כאן יהיה חשוב בייעוץ להגביר את מודעותה למשמעות הרבה שיש לניהול גמיש של משאבים בהפחתת הקונפליקט שהיא נתונה בו, קונפליקט שמביא בחשבון גם משאבי חוסן אישי, למשל את מידת ההלימה של נטיותיה עם העיסוק שלה. נוסף על כך, כדי להפחית את האמביוולנציה שלה ולקדם החלטה שתחלף אותה ממעגל הקסמים השוחק שהיא מתנהלת בו כיום, מומלץ להשתמש בייעוץ בשיטות המקובלות בגישה המוטיבציונית לשינוי (Miller & Rollnick, 2013). שיטות אלה נמצאו יעילות בהפחתת אמביוולנציה בטיפול ובייעוץ בנושאי קריירה (Rochat & Rossier, 2016). במקרה של רינת אפשר לזמן את מה שקרוי במונחי הגישה "שפת שינוי" בהפניית תשומת ליבה ומודעותה לסיבות לחיוב השינוי (למשל, הלימה וביטוי אישי) ולגורמים שמדגישים היבטים שליליים במצב הקיים (למשל, הרגשת חוסר משמעות וכדור).

מבחינת הארגון: כיום ארגונים רבים משקיעים מאמצים מרובים ביישום ובשיפור מדיניות ידידותית למשפחה, בתמיכה מעשית ובהבנה ובהתחשבות בתפקיד הכפול -

המחקרים בפרויקט שלהלן בחנו מודל מבני כללי משותף. ממצאיהם מתקפים ומחזקים גוף ידע אמפירי ותאורטי שקיים בספרות (לדוגמה; Bakker & Demerouti, 2007; Hobfoll, 1989; Liang et al., 2022), והם גם בעלי ערך מחדש ומרחיב. ההשפעה הממתנת שיש למשאבים על המתח המתעורר עקב הקונפליקט הבין-תפקידי קריירה-משפחה ועל צמצום השחיקה מודגמים בכל אחד משלושת המחקרים. יתרה מכך, ממצאי הפרויקט הזה שופכים אור על המנגנון שבאמצעותו משאבים מווסתים מתח ותגובות דחק במצבי סיכון להתפתחות שחיקה. הוויסות מתאפשר באמצעות מנגנון תיווך מלא או חלקי, כפונקצייה של הצלחת הפרט לאזן באופן מיטבי בין הדרישות הסותרות המופנות בו-זמנית מזירת הבית והעבודה.

הנחה מרכזית נוספת בתאוריית שימור המשאבים היא כי למשאבים אישיים יתרון יחסי על פני משאבים ממקורות אחרים, מכיוון שהם מחזקים את חוסנו ואת עמידותו של הפרט ללחצים בכלל ועקב זאת מווסתים את המתח במגוון מצבי לחץ. ככל הידוע לי, הנחה זאת לא נבחנה אמפירית עד כה. בפרויקט הזה העמדנו למבחן את ההנחה הזאת, ונבדקה יעילותם היחסית של משאבים אישיים של חוסן והעצמה בצמצום קונפליקט קריירה-משפחה ושחיקה. בהתאם למה ששוער נמצא כי למשאבי חוסן והעצמה אישית היה יתרון יחסי על פני משאבים אחרים - הם תרמו לצמצום השחיקה דרך שני נתיביו הדו-כיווניים של הקונפליקט, ואילו המשאבים האחרים צמצמו אותה רק דרך אחד מנתיבים אלה (או שלא הייתה להם כל תרומה). בייחוד נמצא שמדד חוסן אישי כללי (שמאופיין ברמות גבוהות של מצפוניות, מוחצנות ויצירתיות רגשית) וכן מדד חוסן תעסוקתי מסוג הלימת פרט-סביבה פועלים לצמצום השחיקה דרך הפחתת הקונפליט בשני הכיוונים - הן גורם ההפרעה של העבודה לבית הן גורם ההפרעה של הבית לעבודה. זאת ועוד, גם כאשר מקור המשאבים הוא חיצוני (ארגון ומשפחה) והם פועלים לחיזוק העצמה אישית (למשל, משמעות, הערכה, אוטונומיה), המשאבים מפחיתים את רמות השחיקה באמצעות שני רכיביו הדו-כיווניים של הקונפליקט. מכאן שמשאבי חוסן והעצמה אישיים שמקורם פנימי או חיצוני משפיעים על הגברת עמידות כללית ללחצים, ולכן הם המשמעותיים ביותר להתמודדות עם שחיקה ולמניעתה. מלבד זאת נמצא, כצפוי, כי משאבי ארגון שממוקדים בגישה שתומכת בממשק עבודה-בית וידידותית כלפיו, או משאבי רווחה במשפחה, מווסתים את השחיקה באמצעות ההפרעות בין זירת הבית

בשני היבטים האלה: א) הסיבתיות המיוחסת ליחסי הגומלין בין המשתנים מוגבלת מכיוון שמערכי המחקר מתאמיים. איום זה לתוקף הממצאים צומצם באמצעות שיטות סטטיסטיות מתאימות; ב) מידת ההכללה של המסקנות בהיבט המגדרי והתרבותי מוגבלת אף היא, משום שהמדגמים היו הומוגניים למדי - במחקרים השתתפו נשים ישראליות בלבד. בשל אופייה הייחודי של החברה הישראלית - מערבית ואינדיווידואליסטית ומעריכה שוויון והגשמה עצמית אך גם מכבדת ערכי משפחה מסורתיים (Benjamin et al., 2011) - מומלץ לבחון את תוקף הממצאים בפרספקטיבה רב-תרבותית רחבה במחקרים עתידיים.

לסיכום, בשנים האחרונות אנחנו מוצאים בספרות בשכיחות עולה את המונח העשרה בין-תפקידית (Work-Family Enrichment) ולפיו שילוב בין תפקידים אינו קונפליקטואלי מטבעו ואינו תובע מהפרט מחיר כבד בלבד, אלא הוא גם בעל פוטנציאל לתוצאות ולהשפעות חיוביות כגון העשרה, העצמה והגברת הרווחה האישית (Chan et al., 2022). אומנם בפרויקט הזה לא נבחנה העשרה בין-תפקידית ישירות, אבל ממצאיו מחזקים את הפוטנציאל החיובי ואת הכוח המניע הטמונים בשילוב מיטבי בין שתי הזירות, עבודה ובית, בכל הנוגע להתמודדות עם שחיקה ועם איזון בין-תפקידי. המפתח מצוי בגיוס ובניהול גמיש של משאבים ובתשומת לב לחשיבותם של משאבי חוסן והעשרה ולהבלטתם.

רשימת המקורות המלאה באתר הפ"י.



עובדת-אימא. מדיניות מבורכת זאת אכן תורמת בפועל לצמצום השחיקה והקונפליקט, וגם הממצאים כאן מחזקים אותה. עם זה אין במדיניות זאת לבדה כדי למנוע שחיקה או להפחית במידה ניכרת מעוצמתה. על ארגונים להתמקד בפיתוח פלטפורמות להעצמת נשים בארגון, לעודד אותן לממש את כישוריהן ולהשיג משמעות ואוטונומיה בעבודתן ובחייהן בכלל. כך תוכלנה נשים לחוות את השילוב של תפקידיהן בזירות העבודה והבית כמעשיר ולא כמצמצם ושחוק ולהיות מגויסות יותר גם למטרות הארגון. רעיון זה זכה גם לתמיכה אמפירית - בארגונים המובילים מדיניות קידום והעשרת עובדים יש שכיחות נמוכה של עזיבה ושל חוסר שביעות רצון (Hobfoll et al., 2018; Strodeur & D'hoore, 2007). למסקנות ולהשלכות שהצגתי לעיל יש גם מגבלות, ובייחוד

המשך מעמוד 11  
משולחנו של גבי פרץ

מעריך זה יוכלו עובדי מערכת הבריאות לקבל טיפול נפשי ממוקד של עד 20 מפגשים בתשלום סמלי. שני מהלכים אלה נועדו להגדיל את מחויבותה של מערכת הבריאות לשלומות עובדיה, שכן בריאות העובדים ומחויבות הארגון לרווחתם סומנו בשני הסקרים כגורם המובהק המסייע להם להתמודד עם שחיקה. אני מקווה שהפעולות האלה יצליחו לסייע לפרט וגם ישפיעו לטובה על מערכת הבריאות כולה בצמצום שחיקה.

בברכה,  
גבי

של התקן או של "רוח התקן" דורש מהארגון דייקנות וקפדנות בבחירת הכלים, השיטות והיעדים (מתוך דברים שכתבה ד"ר אירן דיאמנט, פסיכולוגית תעסוקתית ארגונית מומחית מדריכה לקראת הצגת הנושא למחלקה לקידום בריאות במשרד).

השני הוא נושא שעסק בו הצוות של כלל מערכת הבריאות - הצורך בהקמת מערך תמיכה נפשית בתחום השחיקה לכל עובדי מערכת הבריאות. אני מקווה שמערך כזה יתחיל לפעול בקרוב מאוד (אנחנו מבקשים להפעילו ב-1 ביוני 2023) באמצעות "מרכז אלה" שזכה במכרז להפעלתו. במסגרת

1. שי, ג' ובראונשטיין ברקוביץ, ח' (2018). משאבים שמקורם במשפחה, קונפליקט קריירה-משפחה ושחיקה בקרב אימהות צעירות. אדם ועבודה, 12, 19-27.
2. מאיר, א', נויפלד, מ' והדס ס' (1994). הקשר בין הלימת פרט-סביבה, רווחה אישית וביצוע צוות ביחידת שריון. עבודת סמינר, אוניברסיטת תל אביב.
3. Arbuckle, J. L. (2009). *AMOS Users' Guide, Version 18.0*. SmallWaters Corporation.
4. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
5. Barnett, R. C., & Gareis, K. C. (2000). Reduced-hours job-role quality and life satisfaction among married women physicians with children. *Psychology of Women Quarterly*, 24(4), 358–364. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2000.tb00218.x>
6. Benjamin, B. A., Gati, I., & Braunstein-Bercovitz, H. (2011). Career development in Israel: Characteristics, services and challenges. *Career Planning and Adult Development Journal*, 27, 20–38.
7. Blanch, A., & Aluja, A. (2009). Work, family and personality: A study of work-family conflict. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 520–524. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.12.004>
8. Boehm, B., Asendorpf, J. B., & Avia, M. D. (2002). Replicable types and subtypes of personality: Spanish NEO-PI samples. *European Journal of Personality*, 16 (SpecIssue), S25–S41. <https://doi.org/10.1002/per.450>
9. Boyar, S. L., & Mosley, D. C., Jr. (2007). The relationship between core self-evaluations and work and family satisfaction: The mediating role of work-family conflict and facilitation. *Journal of Vocational Behavior*, 71(2), 265–281. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2007.06.001>
10. Boyd, E. M., Sliter, M. T., & Chatfield, S. (2016). Double trouble: Work-family conflict and well-being for second job holders. *Community, Work & Family*, 19(4), 462–480. <https://doi.org/10.1080/13668803.2015.1074545>
11. Braunstein-Bercovitz, H. (2013). A multidimensional mediating model of perceived resource gain, work-family conflict sources, and burnout. *International Journal of Stress Management*, 20(2), 95–115. <https://doi.org/10.1037/a0032948>
12. Braunstein-Bercovitz, H., Frish-Burstein, S., & Benjamin, B. A. (2012). The role of personal resources in work-family conflict: Implications for young mothers' well-being. *Journal of Vocational Behavior*, 80(2), 317–325. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.10.003>
13. Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Erlbaum.
14. Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 169–198. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2004.08.009>
15. Chan, X. W., Kalliath, T., Brough, P., Siu, O.-I., & Timms, C. (2022). Examining the mediating role of self-efficacy in the relationship between perceived organizational support and work-family enrichment. *International Journal of Stress Management*, 29(3), 281–291. <https://doi.org/10.1037/str0000263>
16. Cropanzano, R., Rupp, D. E., & Byrne, Z. S. (2003). The relationship of emotional exhaustion to work attitudes, job performance, and organizational citizenship behaviors. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 160–169. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.160>
17. Eby, L. T., Casper, W. J., Lockwood, A., Bordeaux, C., & Brinley, A. (2005). Work and family research in IO/OB: Content analysis and review of the literature (1980–2002). *Journal of Vocational Behavior*, 66(1), 124–197. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2003.11.003>
18. Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources and conflict between work and family roles. *The Academy of Management Review*, 10(1), 76–8. <https://doi.org/10.2307/258214>

19. Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B., & Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22(3), 224–241. <https://doi.org/10.1080/02678370802379432>
20. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
21. Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J.-P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 103–128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>
22. Hobfoll, S. E., & Lilly, R. S. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 21(2), 128–148. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(199304\)21:2<128::AID-JCOP2290210206>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/1520-6629(199304)21:2<128::AID-JCOP2290210206>3.0.CO;2-5)
23. Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2001). Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace. In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 57–80). Marcel Dekker.
24. Holland, J. L. (1985). *The Self-Directed Search*. Psychological Assessment Resources.
25. Holland, J. L. (1997). *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments* (3rd ed.). Psychological Assessment Resources.
26. Jawahar, I. M., Kisamore, J. L., Stone, T. H., & Rahn, D. L. (2012). Differential effect of inter-role conflict on proactive individual's experience of burnout. *Journal of Business and Psychology*, 27(2), 243–254. <https://doi.org/10.1007/s10869-011-9234-5>
27. John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, L. K. (1991). *The big five inventory*. Institute of Personality and Social Research, University of Berkeley.
28. Kelloway, E. K., Gottlieb, B. H., & Barham, L. (1999). The source, nature, and direction of work and family conflict: A longitudinal investigation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(4), 337–346. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.4.4.337>
29. Liang, Y., Liu, Y., Park, Y., & Wang, L. (2022). Treat me better, but is it really better? Applying a resource perspective to understanding leader-member exchange (LMX), LMX differentiation, and work stress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 27(2), 223–239. <https://doi.org/10.1037/ocp0000303>
30. Livingston, B. A., & Judge, T. A. (2008). Emotional responses to work-family conflict: An examination of gender role orientation among working men and women. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 207–216. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.1.207>
31. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
32. Mcloughlin, C., Abdalla, A., O'Callaghan, A. K., Casey, S., & Barrett, E. (2022). The impact of COVID-19 on burnout, psychological well-being, and work satisfaction in psychiatry trainees in Ireland. *Academic Psychiatry*, 46(6), 701–709. <https://doi.org/10.1007/s40596-022-01633-0>
33. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
34. Nauman, S., Zheng, C., & Naseer, S. (2020). Job insecurity and work-family conflict: A moderated mediation model of perceived organizational justice, emotional exhaustion and work withdrawal. *International Journal of Conflict Management*, 31(5), 729–751. <https://doi.org/10.1108/IJCM-09-2019-0159>
35. Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free Press.

36. Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879–891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
37. Proost, K., De Witte, H., De Witte, K., & Schreurs, B. (2010). Work-family conflict and facilitation: The combined influence of the job demand-control model and achievement striving. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19(5), 615–628. <https://doi.org/10.1080/13594320903027826>
38. Rochat, S., & Rossier, J. (2016). Integrating motivational interviewing in career counseling: A case study. *Journal of Vocational Behavior*, 93, 150–162. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2016.02.003>
39. Rouxel, G., Michinov, E., Baumgarten, C., Bonneterre, V., Gay, E., & Roche, P.-H. (2023). Workaholism and flow at work in French neurosurgery residents at risk of burnout: A latent profile analysis. *International Journal of Stress Management*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/str0000276>
40. Shi, Y., She, Z., Zhou, Z. E., Zhang, N., & Zhang, H. (2022). Job crafting and employee life satisfaction: A resource-gain-development perspective. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 14, 1483–1502. <https://doi.org/10.1111/aphw.12374>
41. Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176–200. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176>
42. Simões, C., Rodrigues, J., Gonçalves, A. M., Faria, S., & Gomes, A. R. (2021). Work-family conflicts, cognitive appraisal, and burnout: Testing the mediation effect with structural equation modelling. *British Journal of Educational Psychology*, 91(4), 1349–1368. <https://doi.org/10.1111/bjep.12420>
43. Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological Methodology* (pp. 290–312). American Sociological Association.
44. Stordeur, S., D'Hoore, W., & The NEXT-Study Group (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 45–58. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04095.x>

# שימור וחיזוק יכולות חשיבה בגיל המבוגר

אלעד אומר<sup>1</sup> ויורם בראב<sup>2</sup>

## תקציר

העלייה בתוחלת החיים העלתה למודעות שינויים בתפקוד המוח וביכולות החשיבה שמתרחשים בגיל השלישי. עם השינויים הטיפוסיים נמנים ירידה במהירות התגובה, פגיעה בתפקודי הקשב וקשיי שליפה קלים מהזיכרון, והם חלק מתהליך הזדקנות בריאה ושונים מהפגיעה הקוגניטיבית והתפקודית אשר מאפיינת מחלות של הגיל השלישי כגון דמנציה מסוג אלצהיימר. מיפוי המוח במצבי פגיעת זיכרון אצל חולי אלצהיימר ואצל אוכלוסיות נירופסיכיאטריות אחרות, לצד התפתחות תאוריות קוגניטיביות מודרניות, פתחו צוהר להבנת אופן פעולתו של הזיכרון האנושי הן במצבי בריאות הן במצבי חולי. במאמר זה נתאר את השינויים הצפויים בתפקודי החשיבה עם העלייה בגיל ואת הבחנתם מקשיים שמאפיינים מחלות מוחיות ניווניות (דמנציות). כן נציג עדויות מחקריות על פלסטיות המוח ועל תרומתה הפוטנציאלית להפחתת גורמי סיכון למחלות ניווניות. לבסוף נסקור דרכים כגון הרגלי תזונה בריאים, פעילות גופנית ומעורבות בפעילויות פנאי וחברה שבאמצעותן אפשר לשמר יכולות חשיבה בגיל המבוגר ולמנוע, במידת האפשר, את הידרדרותן במשך הזמן.

## שינויים בגיל הזקנה: אלצהיימר ודמנציה (מחלות ניווניות)

בזכות התפתחות שירותי הרפואה המודרניים ושינויים חברתיים אחרים כגון שיפור התזונה והכנסת אמצעי בטיחות למקומות העבודה עולה תוחלת החיים בהתמדה. בני אדם אשר נולדו בשנת 1900 חיו 48.4 שנים בממוצע. בני אדם שנולדו ב־2014 לעומת זאת צפויים לחיות עד גיל 81.9, שינוי בלתי נתפס כמעט שחל בהדרגה במאה האחרונה. אומנם לעלייה בתוחלת החיים יש יתרונות ברורים, אבל בגללה עלו למודעות גם המחלות של הגיל השלישי. דמנציה היא שם שחוזר ועולה בהקשר זה. זהו שמה של משפחת מחלות

שעומדת במוקד תשומת הלב הרפואית משום שמספר החולים בהן צפוי להכפיל את עצמו בכל 20 שנים. ב־2010 חלו בדמנציות 35.6 מיליון בני אדם ברחבי העולם, וב־2050 צפוי מספרם להגיע ל־115.4 מיליון. עלייה זאת צפויה להשפיע בדרכים שונות על שוק העבודה העתידי (Braw et al., 2018) ולהטיל עומס עצום על מערכות הבריאות ועל קרובי המשפחה של החולים. קודם שנדון במחלה ובשינויים שהיא גוררת עלינו להגדיר מהי דמנציה וכיצד פתחה לנו הבנתה פתח להבנת מנגנוני הזיכרון והחשיבה במוח ולפיתוח אמצעים להעלאת הסיכוי לזקנה בריאה.

דמנציה היא משפחה של מחלות שמתאפיינות בירידה הדרגתית בתפקוד המוח, בהידרדרות הולכת וגוברת ביכולות החשיבה והתפקוד הרגשי, בשינוי התנהגות ובפגיעה מובהקת בתפקוד. הדמנציה הנפוצה ביותר היא מחלת אלצהיימר (Alzheimer's disease) אשר אחראית ל־60-70 אחוזים ממקרי הדמנציה. המחלה קרויה על שמו של ד"ר אלויס אלצהיימר, נירופתולוג ופסיכיאטר גרמני אשר גילה את המחלה בזכות היכרותו עם המטופלת אוגוסטה דטר (Auguste Deter) בשנת 1901 (Hippius et al., 2003). מטופלת זאת הייתה בשנות ה־40 לחייה והפגינה קשיים בזיכרון ובהבנה לצד בלבול ושינויים רגשיים התנהגותיים נוספים כגון פרנויה, הזיות וליקויים בתפקוד יום־יומי ובין־אישי. ד"ר אלצהיימר השכיל להבין שלא מדובר בהפרעה פסיכיאטרית מוכרת אלא במחלה שליקויה הבסיסי נובע מפגיעה בזיכרון החולים, ואוגוסטה נהייתה למקרה המתועד הראשון של המחלה. המאפיין המרכזי של מחלת אלצהיימר הוא קושי בלמידת מידע חדש, וליתר דיוק חולי אלצהיימר מתקשים לשמר זיכרון של אירועים, של שיחות, של מסלולים וכדומה, והם נשכחים במהירות. כמו דמנציות אחרות, גם שכיחותה של מחלת אלצהיימר עולה עם הגיל - מאחוז אחד עד חמישה אחוזים בקרב בני העשור השביעי ועד 25 אחוזים ומעלה בקרב בני העשור התשיעי. התסמינים מחמירים בתהליך איטי ומזדחל שמתפרס על פני שנים, ובדיעבד

<sup>1</sup> ד"ר אלעד אומר הוא פסיכולוג שיקומי מומחה ונירופסיכולוג קליני. הוא מרצה באוניברסיטת אריאל בשומרון ובמסלול האקדמי של המכללה למנהל, מאבחן במכון הנירופסיכולוגי בתל אביב ומטפל בפרקטיקה פרטית.

<sup>2</sup> פרופ' יורם בראב הוא פסיכולוג שיקומי מומחה ונירופסיכולוג קליני. הוא פרופ' חבר במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת אריאל בשומרון וראש זרוע האבחון במכון הנירופסיכולוגי בתל אביב.



תובנה חשובה נוספת בהקשר זה התאפשרה בזכות חולים נירולוגים, והבולט שבהם היה הנרי גוסטאב מולייסון (Henry Gustav Molaison) הידוע בכינויו HM. כשהיה מטופל זה בן 27 (בשנת 1953) הוא נותח להסרת מוקד אפילפטי. קריטי בהקשר זה העובדה שגרעין המוח שהוסר בניתוח היה ההיפוקמפוס (Hippocampus), השוכן במרכז אונת הרקה (Temporal lobe; בעצם הוסרו שני חלקי ההיפוקמפוס אשר שוכנים בשתי המיספרות המוח). הניתוח אכן הביא לירידה ניכרת בשכיחות ההתקפים האפילפטיים, אך לווה בליקויי זיכרון רבים. למשל, הנרי נהג לפנות אל האחיות שטיפלו בו כאילו פגש אותן לראשונה, לא זכר דברים שקרו באותו היום, ואם יצאה רופאה מהחדר ולו לזמן קצר שכח שזה עתה ראה אותה. הוא היה יכול לזכור אירועים מעברו, אבל לא היה מסוגל ליצור ולשמר זיכרונות חדשים (Scoville et al., 1957) (למתעניינים בנושא, אנא צפו בסרטון של קלייב ורינג (Clive Wearing), חולה שחוה קשיים דומים לקשייו של הנרי ומקורם בזיהום מוחי חריף <https://bit.ly/3he7Vrq>; ראו גם Rosenbaum et al., 2005). אף שלייווי הזיכרון של HM הופיעו פתאום, ואילו בקרב חולי אלצהיימר הופעתם הדרגתית, זיהו החוקרים במהרה את קווי הדמיון בין התופעות ואת הקושי המובהק ברכישת זיכרונות חדשים שאפיון אותם. במילים אחרות, מיפוי המוח במצב של פגיעה בזיכרון אצל HM פתח צוהר להבנת אופן פעולתו של הזיכרון האנושי.



תובנות אלה תרמו לפיתוח המודל של אטקינסון ושיפריין (Atkinson & Shiffrin, 1968) בסוף שנות ה-60. לדבריהם, הזיכרון מורכב משלושה מאגרים נפרדים: זיכרון חושי, זיכרון לפרק זמן קצר וזיכרון לפרק זמן ארוך. לפי מודל זה, מידע חושי (לדוגמה, דבר שראינו או שמענו) מועבר למאגר ראשוני של זיכרון חושי, ומשם למאגר זיכרון לפרק זמן קצר. מאגר זה מאפשר לשמר את המידע כל עוד אנחנו משננים אותו, והוא תלוי בהפעלה מתמשכת של תאי העצב. למשל, אפשר לחוות מאגר זה כאשר אנחנו משננים מספר טלפון ששמענו כדי לזכור אותו. סביר להניח שהסחת דעת בשלב

אפשר לזהות את הזמן שהחלו בו השינויים שנים לפני קבלת האבחנה הרשמית. למשל, אצל רונלד רייגן, נשיאה ה-40 של ארצות הברית, אבחנו אלצהיימר בשנת 1992, ועם זאת יש עדויות שהוא חווה תסמינים של המחלה שנים קודם לכן, עוד בזמן כהונתו כנשיא (לסרטונים מתקופת כהונתו ראו: <https://bit.ly/33KqEb1>). הדבר בא לידי ביטוי גם במאמר שבחן את נאומיו של רייגן והראה הפחתה הדרגתית, עוד בזמן שהיה נשיא, בשימוש במילים ייחודיות ועלייה ב"ממלאי שפה" (Conversational fillers), מילים כגון "אהה" ו"אוֹקי" שאינן מעבירות מסר, ובשמות עצם לא ספציפיים (Berisha et al., 2015).

### אף שגיל האדם הוא גורם הסיכון הגדול ביותר לירידה קוגניטיבית, דמנציה אינה תוצאה טבעית או בלתי נמנעת של ההזדקנות. מחקרים רבים הראו קשר בין התפתחות דמנציה ובין גורמי סיכון שקשורים לתורשה ולסביבה

אף שגיל האדם הוא גורם הסיכון הגדול ביותר לירידה קוגניטיבית, דמנציה אינה תוצאה טבעית או בלתי נמנעת של ההזדקנות. מחקרים רבים הראו קשר בין התפתחות דמנציה ובין גורמי סיכון שקשורים לתורשה ולסביבה. עם אלה נמנים בין השאר גורמים גנטיים, והמרכזי שבהם הוא הגן APOE שמקיים אינטראקציות עם גנים נוספים שנמצאו קשורים להסתברות גבוהה יותר לדמנציה (Fan et al., 2019). בהקשר של מצבים רפואיים אפשר לציין סוכרת, יתר לחץ דם, השמנת יתר, פגיעות מוח ודיכאון. בהקשר של גורמי סיכון שנובעים מהסביבה אפשר לציין גורמים שקשורים לסגנון חיים, למשל עישון, צריכת אלכוהול מופרזת והיעדר פעילות גופנית. נמצא שגם רמת השכלה נמוכה, קשרים חברתיים מצומצמים וחשיפה לזיהום אוויר הם משתנים שעשויים להיות קשורים לירידה קוגניטיבית ולהתפתחות דמנציה (Livingston, 2020; World Health Organization, 2019). יחדיו אחראים גורמי סביבה אלה ל-40 אחוזים בקירוב ממקרי הדמנציה ברחבי העולם, ותאורטית, ובעזרת הדרכים שנציג בהמשך המאמר, יהיה אפשר לנסות למנוע או לעכב את השפעתם.

### מחלת אלצהיימר, הנרי גוסטאב מולייסון וההבנה המודרנית של הזיכרון האנושי

מחלת אלצהיימר מאופיינת בניוון מוחי שמוקדו הראשוני מערב את האונות הטמפורליות (Berron et al., 2020). המחלה אפשרה לנו הצצה ראשונית למנגנוני המוח שאחראים ליכולות הזיכרון ולפגיעה בהם בגיל הזקנה.



זה תגרום לנו לשכוח את המידע, אבל שינון חוזר ועיבוד של המידע יאפשרו להעביר אותו למאגר הזיכרון לפרק הזמן הארוך. מידע זה נוכל לשלוף בשלב מאוחר יותר בחיינו, לעיתים לאחר שנים רבות, משום ששימורו מתבסס על שינויים במבנה של נוירונים ולא רק בפעילות שלהם. השלב שבו המידע עובר ממאגר זיכרון קצר מועד למאגר זיכרון ארוך מועד נקרא קונסולידציה (גיבוש), והוא הכרחי לאחסון המידע בצורה תקינה ולשליפתו בעתיד. בזכות המקרה של HM ומחקרים רבים שנערכו מאז הובהרה חשיבותו הקריטית של ההיפוקמפוס לתהליך התגבשות זה. המחקרים הראו שנזק היפוקמפלי פוגם ביכולת לאחסן מידע, והפגיעה גורמת לליקוי בלמידת המידע ובזכירתו. במחלת אלצהיימר מתחיל הניוון העצבי באזור ההיפוקמפוס כאמור ומשם מתקדם לאזורי מוח אחרים. לא מפתיע אפוא שביטויה הראשוני של המחלה הוא קושי בלמידת מידע חדש. גם לא מפתיע שתפקודי זיכרון מסוימים יהיו תקינים בקרב חולי אלצהיימר. ואכן, קרובי משפחה של חולי אלצהיימר עשויים לשאול מדוע קרוב משפחתם יכול להיזכר בנקל ובדיוק בזיכרונות משירותו הצבאי אבל מתקשה להיזכר במה שאכל בארוחת הבוקר שלו. הבנת תפקיד ההיפוקמפוס מאפשרת לנו להבהיר לקרובי משפחה אלה שחולה במחלת אלצהיימר מסוגל לשלוף מידע מהעבר הרחוק די בנקל, שכן מידע זה עבר התגבשות עוד בזמן שתפקד ההיפוקמפוס כשורה והוא זמין לשליפה ממאגר הזיכרון למועד ארוך. במילים אחרות, היכולת להעביר מידע ממאגר הזיכרון למועד קצר למאגר למועד ארוך לקויה אצל חולי אלצהיימר ומונעת מהם לקלוט מידע חדש. לעומת זאת, המאגרים עצמם תקינים, ולכן שליפת המידע ממאגר הזיכרון למועד ארוך אפשרית. תובנות אלה, וכן מודלים קוגניטיביים עדכניים מהן שהתפתחו מאז, כמו מודל זיכרון העבודה של אלן באדליי (Baddeley, 2012), מלווים אותנו עד היום. הם גם הבסיס להבנת שינויים נורמטיביים ביכולות הזיכרון עם העלייה בגיל והדרכים להתמודד עם פגיעה בהן.

## שינויים נורמטיביים ביכולות החשיבה

עם העלייה בגיל אנחנו רוכשים ידע וניסיון, ובעקבות זאת יכולת קבלת החלטות שקולה יותר והתמודדות טובה יותר מבעבר עם מצבים מורכבים. כמות הידע שאדם צובר עם השנים הולכת וגדלה. יתרה מכך, יכולתו להתייעל בניהול הידע שצבר משתפרת בזכות מנגנוני פיצוי שהוא רוכש (למשל, שימוש ביומן), ויכולת הלמידה שלו נותרת שמורה למדי גם בגיל המבוגר. ועם זאת העלייה בגיל מלווה בשינויים בתפקוד המוח כגון ירידה בנפח המוח על רקע

אובדן נוירונים והקשרים ביניהם (Liu et al., 2017). שינויים אלה, אשר עתידים להתרחש אצל כל אדם עם הזדקנות, אינם אמורים לפגוע בתפקוד. ליתר דיוק, עלייה בגיל מלווה בירידה קלה במהירות התגובה או העיבוד ובתפקודי הקשב. תלונות אופייניות נוגעות למוסחות דעת (למשל, אי-מציאת חפצים שהונחו במקום לא קבוע בהיסח הדעת או קטיעות בחוט המחשבה) ולזמן הרב הנדרש לעיבוד מידע מורכב בהשוואה לעבר. קשיים קלים בשליפה מהזיכרון צפויים גם הם (לדוגמה, קושי בזכירת שם של מכר או מילה שעומדת על קצה הלשון). קשיים טבעיים אלה נובעים מאייעילות בקליטה ובעיבוד של מידע, אך יוצרים רושם של בעיית זיכרון. למשל, קושי בקליטת מידע בסביבה עמוסה ורועשת, מצב שיקשה עלינו לשמור את המידע במאגרי הזיכרון, ייצור הרגשה של בעיית זיכרון. ואולם בפועל מדובר בתוצר של מוסחות שמקורה פנימי (כגון עייפות או מוטרדות) או חיצוני (סביבה עמוסה ורועשת).

אם כן, כיצד אפשר לדעת שהשינויים שאנחנו מרגישים ביכולות החשיבה נורמטיביים או אינם כאלה? בהקשר זה חשוב לזכור כי השינויים הטבעיים המתרחשים עם הגיל אינם צפויים להתבטא כבעיית זיכרון מובהקת (למשל, שכחה מוחלטת של אירוע בעל משמעות שהתרחש לפני זמן לא רב, איבוד דרך בשכונה שהאדם מתגורר בה) ואינם צפויים להשפיע במידה ניכרת על תפקוד האדם. אפשר לפצות על שינויים אלה בהקצאת זמן רב יותר לביצוע מטלות ובהסתייעות בעזרים כגון יומן. ועם זאת כאשר מרגישים שהתפקוד היום יומי נפגע יש לפנות לביורור מסודר (למשל, במרפאות זיכרון שפזורות ברחבי הארץ או אצל גורמי אבחון פרטיים).

חדשות טובות נוספות מגיעות ממחקרים שנערכו בשנים האחרונות. מחקרים אלה הציגו עדויות ל"גמישות" המוח כך שאפשר לייעל את פעילותם של גרעינים כגון ההיפוקמפוס גם בגיל השלישי. אומנם במשך שנים רבות היה קונצנזוס מחקרי בתחום ולפיו השינויים החלים במוח בזמן ההתפתחות המוקדמת אינם נמשכים לאחר גיל ההתבגרות, אבל כיום ישנן עדויות רבות ליכולת המוח להשתנות בהתאם להתנסויות האדם (פלסטיות המוח). למשל, במחקר של בנגרט ואחרים (Bangert et al., 2006) הודגם כי קורטקס המוח האחראי ליכולת המוטורית של האצבעות מוגדל בקרב נגני כינור ובקרב נגני פסנתר מקצועיים לעומת מי שאינם עוסקים בנגינה. עוד נמצא במחקר זה כי אצל נגני כינור מוגדל הקורטקס האחראי לשליטה המוטורית של יד שמאל לעומת הקורטקס האחראי לשליטה המוטורית של יד ימין. ממצא זה הגיוני משום שיד שמאל פעילה מיד ימין בעת נגינה

משלבת שמן זית, אגוזים ובוטנים, ירקות ופירות, קטניות, עוף, דגים וצריכה מתונה של יין ומדגישה צריכה נמוכה של בשר אדום ומעובד, מוצרי חלב עתירי שומן, משקאות מוגזים ושומן רווי. מחקרים רוי. מחקרים הראו כי דיאטה זאת הפחיתה את הסכנה לחלות במחלות קרדיווסקולריות ובסוכרת וגם הביאה לידי הפחתת המתח הנפשי. יתרה מכך, סקירה של מחקרי אורך הראתה שדיאטה זאת קשורה לצמצום שיעורי ההידרדרות הקוגניטיבית והתפתחות אלצהיימר ואף הביאה לידי שיפור בתפקודי חשיבה ובכללם זיכרון (Klimova et al., 2021). מחקרים אחרים הצביעו על תרומתם של מזונות ומשקאות מסוגים שונים כגון מאכלים דלי שומן, עשירים באנטי־אוקסידנטים (כגון תותים) ובוויטמין B ותה ירוק וקפה (במידה מתונה) להפחתת הסיכון להידרדרות קוגניטיבית ואף על השפעתם המיטיבה על יכולות הזיכרון. מחקר אורך שנערך בקרב 1,321 משתתפים במשך שנים מספר הראה שצריכה מוגברת של חומצה פולית קשורה לשיעורים נמוכים של התפתחות דמנציה (Lefèvre-Arbogast et al., 2016). זהו תחום מחקר פורה, ועל כן הבנתנו בנושאים אלה צפויה להתרחב בשנים הקרובות. ישראל התברכה בפירות, בירקות ובדגים ובמודעות גוברת של אנשים ונשים בארץ לאכילה בריאה (וייתכן שבזכותה יגדל הסיכוי שמטופלינו ישלו אותה בשגרת יומם), ולכן יש לה יתרון על פני מקומות אחרים מבחינה זאת.



## פעילות גופנית ויכולות חשיבה

לפעילות גופנית יש השפעה חיובית לא רק על הגוף עצמו, למשל במניעת אוסטאופורוזיס, בהפחתת כאבים כרוניים ובשיפור השינה, אלא גם על תפקוד המוח. נמצא כי היא מסייעת לשימור נפח ההיפוקמפוס ולהגברת מטבוליזם של גלוקוז באזורי מוח ספציפיים (Eckstrom et al., 2020).

בכינור. בקרב נגני פסנתר לעומת זאת נמצא שהקורטקס האחראי לשליטה המוטורית של יד ימין מוגדל לעומת הקורטקס האחראי לשליטה המוטורית של יד שמאל; זהו ביטוי להפעלה המורכבת יותר של יד ימין לעומת התפקיד המלווה של יד שמאל בעת הנגינה. דוגמה נוספת מופיעה במחקר שנערך בקרב נבדקים בריאים שהשתתפו בקורס אינטנסיבי לקריאת כתב ברייל. במחקר זה הוצגה הגדלה של קשרים בין תאי עצב ושל פעילות עצבית באזור האחראי למישוש ומגע באצבע ששימשה לקריאה (Debowska et al., 2016). המסקנה ממחקרים אלה ומדומיהם היא שלמוח יש פוטנציאל להשתנות בהתאם להתנסויות שאנחנו חווים, ואימון של מיומנות מסוימת עשוי להביא לידי שינויים של ממש במוח. פלסטיות זאת באה לידי ביטוי בייחוד בתהליכי שיקום לאחר פגיעות מוח. לדוגמה, פעמים רבות יגרום תהליך שיקום אינטנסיבי לשיפור בתפקודי השפה של אדם אשר חווה שבץ מוחי ועקב כך נפגעה יכולתו להשתמש בשפה.

**פלסטיות המוח נמשכת לכל אורך החיים, ויש לה השפעות על התפקוד בגיל השלישי. אומנם העלייה בגיל מעמידה אותנו בסיכון מוגבר למחלות כגון דמנציות, אבל היא גם מציעה הזדמנות להפחית גורמי סיכון למחלות אלה באמצעות אימוץ אורח חיים בריא ומיטיב**

## דרכים לשמר יכולות חשיבה בגיל המבוגר

פלסטיות המוח נמשכת לכל אורך החיים, ויש לה השפעות על התפקוד בגיל השלישי (Aron et al., 2022). אומנם העלייה בגיל מעמידה אותנו בסיכון מוגבר למחלות כגון דמנציות, אבל היא גם מציעה הזדמנות להפחית גורמי סיכון למחלות אלה באמצעות אימוץ אורח חיים בריא ומיטיב (Abud et al., 2022). להלן דרכים שבעזרתן אפשר לתמוך בשימור יכולות החשיבה בגיל השלישי.

## זיכרון ותזונה

גורמים קרדיווסקולריים (כגון לחץ דם גבוה, כולסטרול גבוה, עודף משקל וסוכרת) פוגעים בהדרגה במערכת אספקת הדם למוח ומגבירים את הסכנה להתפתחות דמנציה. אימוץ אורח חיים בריא תורם מאוד להפחתת מצבים אלה. הרגלי תזונה בריאים מאיטים את השינויים החלים במוח עם הגיל, תומכים בפעילותו ומחזקים אותו. ירידה במשקל כשלעצמה היא בעלת השפעה חיובית (Barnard et al., 2014), אך יש חשיבות גם למאפייני התזונה. אחת הדיאטות הנחקרות ביותר היא "דיאטה ים תיכונית" (Mediterranean diet). היא



רכישת אוצר מילים חדש, תרגול הגייתן של מילים לא מוכרות ולמידת קריאה וכתובה. פעולות אלה תובעניות ומחייבות קשב לפרטים ולמידה מורכבת, ואלה מביאים לידי שיפור הקישוריות בין הנוירונים ולחיזוק אזורי מוח רלוונטיים. משחקי חשיבה כגון שחמט, דמקה, ברידג' ומשחקי קלפים אחרים הם פעילויות נוספות בעלות השפעה חיובית על שימור רמת יכולות החשיבה. מחקר אורך שנמשך 20 שנים הראה כי נבדקים בגיל השלישי ששיחקו במשחקים אלה היו בעלי סיכון מופחת ב־15 אחוזים לפתח דמנציה, הירידה הקוגניטיבית שלהם הייתה פחותה במשך השנים, ומספר אירועי הדיכאון שחוו היו נמוכים לעומת נבדקי הביקורת (Dartigues et al., 2013). גם למשחקי חשיבה נגישים ושכיחים כמו תשבצים וסודוקו יש השפעה חיובית על המוח, שכן הם דורשים קשב (התעלמות ממסחים ויכולת להתמיד במשימה במשך זמן), ביצוע חישובים ושיטוט במאגרי ידע במוח לשם מציאת מילים ומשמעותן. תחביבים שמערבים הפעלת ידיים כגון סריגה, גינון ונגינה מומלצים אף הם, שכן הם משלבים למידה חדשה ומוטוריקה עדינה. אפשר לאתגר את המוח אפילו בעת ביצוע פעולות פסיביות לכאורה, כמו שהציעה אייל (אייל ורייכנטל, 2008). למשל, אפשר לצפות בשעשועוני טלוויזיה ולנסות למצוא פתרונות בעצמנו, או לפתח שיחה על אירועי היום או על סרט מעניין שצפינו בו. וכן יש מקום לציין את השימוש ההולך וגובר בתוכנות ממוחשבות (כגון תוכנת Lumosity ו־BrainHQ) שמיועדות לשיפור יכולות החשיבה. אפשר לתרגל אותן לבד, בבית או בקבוצה. בדרך כלל הן נועדו לתרגול מגוון רחב של יכולות חשיבה כגון מהירות תגובה, קשב, זיכרון שמיעתי וחזותי, תפקודי שפה, תכנון וארגון. מקצתן גם מציעות מעקב אחר היכולות במשך זמן ומיפוי חוזקות וחולשות כדי לשפר תחומים שדורשים תרגול אינטנסיבי. מחקרים נוטים לתמוך ביעילותן, אך פעמים רבות מעלים ספק בדבר מידת ההכללה של תוצאות אימון ממוחשב

דוגמה לפעילות כזאת אפשר למצוא במחקר אשר השווה בין נבדקים שהחלו תוכנית פעילות גופנית שלוש פעמים בשבוע לעומת נבדקי ביקורת. לאחר שנה נמצא שנפח ההיפוקמפוס גדל בשני אחוזים בקרב קבוצת המתאמנים והצטמצם באחוז וחצי בקירוב אצל נבדקי הביקורת (Aghjayan et al., 2022; Erickson et al., 2011). ההבדל העצום בכמות הנוירונים ובתאי תמך באזור מוח קריטי זה מסביר, בין השאר, את תרומתה של פעילות גופנית לשיפור ביצועים במבחנים קוגניטיביים ולהפחתת הסיכון לחלות במחלות ניווניות. דוגמה נוספת אפשר למצוא במאמר שסקר תשעה מחקרים שבחנו השפעה של אימון אירובי על תפקודי חשיבה בקרב נבדקים שאבחנו אצלם ליקוי קוגניטיבי קל (Mild cognitive impairment, MCI), מצב שבו אדם חווה ירידה ביכולות החשיבה שלו, אך תפקודו היום יומי לא נפגע (Cammisuli et al., 2017). ממצאי הסקירה הראו כי האימון שיפר את התפקוד הקוגניטיבי הכללי של הנבדקים ואת יכולות הזיכרון המילולי, השליטה העצמית והקשב שלהם. השפעה מיטיבה זאת של פעילות גופנית הודגמה גם במחקרים שבוצעו על נבדקים בריאים שלא התלוננו על קשיי זיכרון. נמצא בהם קשר חיובי בין מספר הצעדים שצעדו הנבדקים במשך היום ובין יכולתם לזכור פרטים חזותיים ויכולתם להתאים שמות לפנים (Hayes et al., 2015). אם כן, לפעילות גופנית יש חשיבות הן לבני אדם שאבחנו אצלם ליקוי קוגניטיבי קל (MCI), מצב שמעלה את הסיכוי להתפתחות דמנציה עתידית, הן בקרב בני אדם בריאים.

אשר לסוג הפעילות המומלצת לשימור יכולות זיכרון, יש מקום לכוון לפעילות שיש בה שלושה רכיבים: שיווי משקל, כוח רגליים וזריזות (אייל ורייכנטל, 2008). ויש פעילויות רבות כאלה, למשל הליכה מהירה, ריצה, שחייה, יוגה, רכיבה על אופניים, משחקי כדור, ריקוד וטיולים בטבע. פעילות גופנית אשר משלבת למידה מומלצת במיוחד. למשל, בטאי צ'י לומדים סדרת תנועות גוף וכך משלבים יחד פעילות גופנית מתונה, שיפור הגמישות וחיזוק מנגנוני הלמידה. יתרון נוסף של פעילויות אלה טמון בשיפור מצב הרוח ובעזרה בהתמודדות עם הרגשת חרדה ודיכאון שידועים כמגדילים את הסכנה להתפתחות דמנציה (Sáiz-Vázquez et al., 2021).

## זיכרון ופעילויות פנאי וחברה

פעילויות פנאי אינטלקטואליות מפעילות אזורים במוח ותורמות לשימור ולשיפור יכולות החשיבה (Duffner et al., 2022). אתגור זה של המוח אפשר לבצע בדרכים שונות. דוגמה מובהקת היא למידת שפה חדשה. לימוד כזה מחייב

## סיכום והמלצות כלליות

ההזדקנות מלווה בשינויים בתפקוד המוח וביכולות החשיבה. נכללים בהם ירידה במהירות התגובה ובתפקוד הקשב וכן קשיי שליפה קלים מהזיכרון. שינויים אלה הם חלק מהזדקנות בריאה ושונים מהותית מהפגיעה הגדולה ביכולות החשיבה וביכולת לנהל חיים עצמאיים אשר מאפיינת מחלות של הגיל המבוגר ובראשן הדמנציות. לאימוץ אורח חיים בריא יש תרומה רבה לשמירה על תפקוד מוח מיטבי. בהקשר זה הרגלי תזונה בריאים תומכים במוח ומאיטים את השינויים החלים בו עם הגיל. תפריט שמבוסס על דיאטה ים תיכונית, כמו שפירטנו לעיל, ואכילה מאוזנת יסייעו בשמירה על משקל תקין ויפחיתו השפעת גורמים שפוגעים בתפקוד המוח. פעילות גופנית אף היא בעלת ערך רב שכן היא עוזרת לשפר את המדדים הקרדיווסקולריים, משפרת את מצב הרוח ומחזקת את תפקוד המוח. כן מומלץ לאתגר את המוח באמצעות פעילויות פנאי (תשבצים, משחקי חשיבה), תוכנות מחשב ייעודיות, פעילויות העשרה ומעורבות באינטראקציות חברתיות. פעילויות שכרוכות בלמידה (כגון למידת שפה או לימוד נגינה) יעילות במיוחד ובעלות תפקיד חשוב בשימור תפקוד המוח במשך השנים. שמירה על עקרונות בסיסיים אלה לצד מעקב רפואי מסודר מפחיתים את הסכנה לחלות במחלות של הגיל המבוגר ומשפרים את איכות החיים.

רשימת המקורות המלאה באתר הפ"י.

לתפקוד בפועל בחיי היום-יום. חשוב לשים לב גם לעלות הכספית הכרוכה בשימוש באחדות מהתוכנות. האפשרויות שצוינו לעיל, שאינן כרוכות בהוצאה כספית, עשויות לשמש חלופה לתוכנות אלה בהקשר זה.

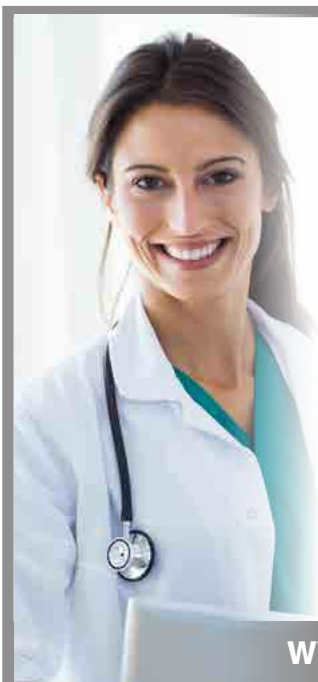
מלבד פעילויות אלה יש להזכיר גם את חשיבותן של פעילויות חברתיות. אומנם בדרך כלל לא היינו מגדירים אותן כפעילויות קוגניטיביות, אבל נמצא שהן בעלות תרומה חשובה לתפקוד המוח. שיחות, אינטראקציות בין-אישיות ופעילות חברתית באופן כללי מחייבות קשב, זיכרון, הבנת עולמו של האחר (Theory of mind) ומגוון יכולות חשיבה אחרות. קשרים חברתיים משפיעים לטובה גם על מצב הרוח, ועובדה זאת חשובה משום שמחקרים הצביעו על קיום קשר בין מיעוט אינטראקציות חברתיות ודיכאון בגיל המבוגר ובין סיכון לחלות בדמנציה (Zahodne et al., 2021). פעילויות חברתיות, פעילויות העשרה, טיולים קבוצתיים וכיוצא באלה עשויים אפוא להשפיע לחיוב על יכולות החשיבה. דיכאון וקשיים רגשיים לעומת זאת הם גורמי סיכון שיש מקום להפחיתם (Sáiz-Vázquez et al., 2021). *The 36-hour day* (36 שעות ביממה) הוא ספר הדרכה מצוין בנושא ומקור מידע מעולה למטפלים ולמטופלים כאחד (Mace et al., 2021), ומלבדו יש גם ספרים שעשויים לשמש מדריכי מטופלים בצורה נגישה (אייל, 1994; אייל ורייכנטל, 2008; כץ, 2003; Jordan, 2020).

# ביטוח בריאות לחברי הפ"י

**תוכנית הביטוח היא מהטובות והמתקדמות בישראל  
בעלות נמוכה בהשוואה לתוכניות ביטוח פרטיות!**

- הרחבה לביטוח המשלים של קופות החולים
- כיסוי למגוון רחב של אירועים רפואיים
- כיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות • ניתוחים בישראל ובחו"ל
- כיסוי לטכנולוגיות רפואיות מתקדמות

חידוש או הצטרפות באתר הפ"י [www.psychology.org.il](http://www.psychology.org.il)



1. אייל, נ' (1994). מסע אל הזיכרון. ספרית מעריב.
2. אייל, נ' ורייכנטל, י' (2008). חוכמת הזיכרון המעשי: המדריך המלא לאימון ולשיפור הזיכרון. אריה ניר.
3. כץ, ע' (2003). סוד הזיכרון המצויין: טכניקות יעילות לזכור בקלות. מודן.
4. Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K., & Myint, P. K. (2022). Determinants of healthy ageing: A systematic review of contemporary literature. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34(6), 1215–1223. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02049-w>
5. Aghjayan, S. L., Bournias, T., Kang, C., Zhou, X., Stillman, C. M., Donofry, S. D., Kamarck, T. W., Marsland, A. L., Voss, M. W., Fraundorf, S. H., & Erickson, K. I. (2022). Aerobic exercise improves episodic memory in late adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Communications Medicine*, 2(1), 1–11. <https://doi.org/10.1038/s43856-022-00079-7>
6. Aron, L., Zullo, J., & Yankner, B. A. (2022). The adaptive aging brain. *Current Opinion In Neurobiology*, 72, 91–100. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2021.09.009>
7. Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. In K. W. Spence & J. T. Spence (Eds.), *The psychology of learning and motivation* (Vol. 2, pp. 89–195). Academic Press.
8. Baddeley, A. (2012). Working memory: Theories, models, and controversies. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 1–29. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100422>
9. Bangert, M., & Schlaug, G. (2006). Specialization of the specialized in features of external human brain morphology. *European Journal of Neuroscience*, 24(6), 1832–1834. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9568.2006.05031.x>
10. Barnard, N. D., Bush, A. I., Ceccarelli, A., Cooper, J., de Jager, C. A., Erickson, K. I., Fraser, G., Kesler, S., Levin, S. M., Lucey, B., Morris, M. C., & Squitti, R. (2014). Dietary and lifestyle guidelines for the prevention of Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, 35, S74–S78. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2014.03.033>
11. Berisha, V., Wang, S., LaCross, A., & Liss, J. (2015). Tracking discourse complexity preceding Alzheimer's disease diagnosis: A case study comparing the press conferences of presidents Ronald Reagan and George Herbert Walker Bush. *Journal of Alzheimer's Disease*, 45(3), 959–963. <https://doi.org/10.3233/jad-142763>
12. Berron, D., van Westen, D., Ossenkoppele, R., Strandberg, O., & Hansson, O. (2020). Medial temporal lobe connectivity and its associations with cognition in early Alzheimer's disease. *Brain*, 143(4), 1233–1248. <https://doi.org/10.1093/brain/awaa068>
13. Braw, Y., Cohen, E., Brender-Ilan, Y., & Sohlberg, I. (2018). A Call for establishing a public policy for mitigating the effects of dementia on modern workplaces. *Economics & Sociology*, 11(1), 172–188. <https://doi.org/10.14254/2071-789x.2018/11-1/11>
14. Cammisuli, D. M., Innocenti, A., & Franzoni, F. (2017). Aerobic exercise effects upon cognition in mild cognitive impairment: A systematic review of randomized controlled trials. *Archives Italiennes De Biologie*, 1, 54–62. <https://doi.org/10.12871/000398292017126>
15. Dartigues, J. F., Foubert-Samier, A., Le Goff, M., Viltard, M., Amieva, H., Orgogozo, J. M., Barberger-Gateau, P., & Helmer, C. (2013). Playing board games, cognitive decline and dementia: A French population-based cohort study. *BMJ Open*, 3(8), e002998. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002998>
16. Debowska, W., Wolak, T., Nowicka, A., Kozak, A., Szwed, M., & Kossut, M. (2016). Functional and structural neuroplasticity induced by short-term tactile training based on braille reading. *Frontiers in Neuroscience*, 10, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00460>
17. Duffner, L. A., Deckers, K., Cadar, D., Steptoe, A., de Vugt, M., & Köhler, S. (2022). The role of cognitive and social leisure activities in dementia risk: Assessing longitudinal associations of modifiable and non-modifiable risk factors. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, 1–10. <https://doi.org/10.1017/s204579602100069x>

18. Eckstrom, E., Neukam, S., Kalin, L., & Wright, J. (2020). Physical activity and healthy aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 36(4), 671–683. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2020.06.009>
19. Erickson, K. I., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., Kim, J. S., Heo, S., Alves, H., White, S. M., Wojcicki, T. R., Mailey, E., Vieira, V. J., Martin, S. A., Pence, B. D., Woods, J. A., McAuley, E., & Kramer, A. F. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(7), 3017–3022. <https://doi.org/10.1073/pnas.1015950108>
20. Fan, J., Tao, W., Li, X., Li, H., Zhang, J., Wei, D., Chen, Y., & Zhang, Z. (2019). The contribution of genetic factors to cognitive impairment and dementia: Apolipoprotein E gene, gene interactions, and polygenic risk. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(5), 1–31. <https://doi.org/10.3390/ijms20051177>
21. Hayes, S. M., Alosco, M. L., Hayes, J. P., Cadden, M., Peterson, K. M., Allsup, K., Forman, D. E., Sperling, R. A., & Verfaellie, M. (2015). Physical activity is positively associated with episodic memory in aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 21(10), 780–790. <https://doi.org/10.1017/s1355617715000910>
22. Hippus, H., & Neundörfer, G. (2003). The discovery of Alzheimer's disease. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 5(1), 101–108. <https://doi.org/10.31887/dcns.2003.5.1/hippus>
23. Jordan, M. (2020). Coping with mild cognitive impairment (MCI). Jessica Kingsley Publishers.
24. Klimova, B., Novotny, M., Schlegel, P., & Valis, M. (2021). The effect of Mediterranean diet on cognitive functions in the elderly population. *Nutrients*, 13(6), 1–10. <https://doi.org/10.3390/nu13062067>
25. Lefèvre-Arbogast, S., Féart, C., Dartigues, J. F., Helmer, C., Letenneur, L., & Samieri, C. (2016). Dietary B vitamins and a 10-year risk of dementia in older persons. *Nutrients*, 8(12), 1–11. <https://doi.org/10.3390/nu8120761>
26. Liu, H., Yang, Y., Xia, Y., Zhu, W., Leak, R. K., Wei, Z., Wang, J., & Hu, X. (2017). Aging of cerebral white matter. *Ageing Research Reviews*, 34, 64–76. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2016.11.006>
27. Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., Samus, Q., Schneider, L. S., Selbæk, G., Teri, L., & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
28. Mace, N. L., & Rabins, P. V. (2021). *The 36-hour day: A family guide to caring for people who have Alzheimer disease and other dementias (A Johns Hopkins Press Health Book)* (7th edition). Johns Hopkins University Press.
29. Rosenbaum, R. S., Köhler, S., Schacter, D. L., Moscovitch, M., Westmacott, R., Black, S. E., Gao, F., & Tulving, E. (2005). The case of K.C.: Contributions of a memory-impaired person to memory theory. *Neuropsychologia*, 43(7), 989–1021. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2004.10.007>
30. Sáiz-Vázquez, O., Gracia-García, P., Ubillos-Landa, S., Puente-Martínez, A., Casado-Yusta, S., Olaya, B., & Santabábara, J. (2021). Depression as a risk factor for Alzheimer's disease: A systematic review of longitudinal meta-analyses. *Journal of Clinical Medicine*, 10(9), 1–16. <https://doi.org/10.3390/jcm10091809>
31. Scoville, W. B., & Milner, B. (1957). Loss of recent memory after bilateral hippocampal lesions. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 20(1), 11–21.
32. World Health Organization (2019). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. <https://www.who.int/publications/i/item/risk-reduction-of-cognitive-decline-and-dementia>
33. Zahodne, L. B. (2021). Psychosocial protective factors in cognitive aging: A targeted review. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 36(7), 1266–1273. <https://doi.org/10.1093/arclin/acab051>

# טיפול במפגש יחיד תומך למידה חברתית-רגשית (SST-SEL)

ד"ר סבטלנה פרוקשב<sup>1</sup>

## תקציר

מחקרים רבים מעידים שטיפול במפגש יחיד (SST) הוא שיטה יעילה של עבודת טיפול פסיכולוגית מבוססת מחקר. לשיטה הזאת יתרונות רבים, והיא תופסת מקום ייחודי בעולם הטיפול. טיפול במפגש יחיד תומך למידה חברתית-רגשית (SST-SEL) עשוי לשמש קו טיפולי אוניברסלי ראשון בעבודה שעושים פסיכולוגים שעובדים במערכות החינוך עם ילדים, עם הוריהם ועם אנשי חינוך.

## מבוא

מגפת הקורונה, סבבי לחימה, אייציבות פוליטית ודומיהם - אירועים שאנחנו מכירים משגרת חיינו - מאתגרים ללא הרף את הפסיכולוגים ואת המטפלים במערכות החינוך. בשנים האחרונות גבר מאוד הצורך בטיפולים פסיכולוגיים. בדוח מסכם של תת-הוועדה בנושא הפערים שנותרו בשירותים הקהילתיים לאחר הרפורמה בבריאות הנפש (2019) דווח על "מחסור חריף בשירותים, המשתקף, בין השאר, בתורי המתנה הולכים ומתארכים. כתוצאה מכך אנשים רבים נותרים ללא טיפול ונוצרת תחושה של אוזלת יד ושחיקה של צוותים טיפוליים" (עמ' 4). במצב שנוצר שבים המטפלים ושואלים איך אפשר לשפר את היעילות ואת הזמינות של הסיוע ושל התמיכה הפסיכולוגיים. מאמר זה יעסוק בפיתרון אפשרי אחד לשיפור הנגשת הטיפולים הפסיכולוגיים הניתנים במערכות החינוך. טיפולים פסיכולוגיים שמוצעים במערכת הציבורית שונים זה מזה באורכם ובאופיים וניתנים למטופלים על פי מטרת הטיפול המוצהרת, על פי החלטת המטפל או המטופל ועל פי אילוצי המערכת הציבורית. לפיכך ברור לכול כי גם משאב הזמן וגם המשאב הכספי המוקצה לטיפולים אלה הם בעלי חשיבות רבה.

עבודה פסיכולוגית במסגרת חינוך שנעשית במפגש יחיד, בשילוב גישת תגובה על התערבות (RTI), עשויה להיות יעילה ולאפשר לקבוע בדיוק מתי יש צורך בטיפול ארוך מהרגיל או בהפניה חיצונית (Jones et al., 2006). הטיפול הפסיכולוגי במפגש יחיד (Single Session Therapy - SST) מוצע כאן

כקו טיפולי אוניברסלי ראשון שמתאים להתערבות עם ילדים ועם הוריהם וגם עם אנשי חינוך. כקו שני עשויים לשמש הטיפולים ההתנהגותיים-קוגניטיביים וכן טיפולים דינמיים קצרי מועד (בדרך כלל מ-12 עד 20 מפגשים). כקו טיפולי שלישי עשויים לשמש טיפולים פסיכואנליטיים ואחרים שמתפרסים על פני שנים. את הטיפול הפסיכולוגי במפגש היחיד אפשר ליישם בלי לגרוע מחשיבות הטיפולים האחרים ומיעילותם בקו השני והשלישי.

## מדוע טיפול במפגש יחיד (SST) דווקא?

שיטת העבודה של טיפול במפגש יחיד, ה-SST, מוכרת ומושרשת במערכת הטיפול במדינות רבות בעולם, למשל בארצות הברית, בקנדה, באנגליה, באוסטרליה, בסינגפור, בסין ובאיטליה. בישראל היא מוכרת שנים רבות, אך אינה חלק בלתי נפרד מהכשרתם וממומחיותם של הפסיכולוגים החינוכיים העובדים במערכת החינוך. שימוש בניסיון ובידע שהצטברו בתחומים רבים - למשל בעבודה עם הורים (Korpilahti-Leino et al., 2006), בעבודה עם בני נוער (Kachor & Brothwell, 2020) וגם כדרך יעילה להנגשת סיוע פסיכולוגי כאשר יש צורך במתן שירות לפונים רבים ברזמנית (Paul & van Ommeren, 2013) - עשוי לתרום לסל הכלים של אותם פסיכולוגים. בטיפול במפגש יחיד נוקטים שיטות עבודה מיידיות וממוקדות שמאפשרות ליצור קשר מקצועי וישיר עם כל מי שפונה לסיוע פסיכולוגי כשהוא נזקק לו. לפיכך טיפול כזה מאפשר לתת לפונים מענה ראשוני, למיין אותם ולהעניק להם טיפול פסיכולוגי ראשוני כמו שנעשה ברפואה דחופה, ברפואה ראשונית או בחדרי המיון, בלי לשלול צרכים והמשכי טיפול אחרים כמובן. לא כל מי שחוה מצוקה נזקק בהכרח לטיפול פסיכולוגי לפרק זמן ארוך; לעיתים קרובות די גם במפגש יחיד. שוב ושוב מעידים הממצאים של מחקרי שכיחות ויעילות הטיפולים של היעוץ הפסיכולוגי כי מפגש יחיד הוא הטיפול השכיח ביותר, ולעיתים תכופות היעיל ביותר, בייחוד כשבוחנים את הקשר בין משך הטיפול, עלותו ובין התועלת הכללית שהוא מעניק הן מייד הן לפרק זמן ארוך.

<sup>1</sup>ד"ר סבטלנה פרוקשב היא פסיכולוגית חינוכית מומחית מדריכה, מנהלת השירות הפסיכולוגי-חינוכי במועצה המקומית עומר.

single visit. It is hypothetically possible for any form of psychotherapy to be conducted in a single session (p. 669).

(טיפול במפגש יחיד הוא מונח כללי שנהוג לתאר בעזרתו כל צורה של פסיכותרפיה שנועדה לטפל בבעיות שמציגים הלקוחות בביקור אחד. באופן היפותטי טיפול כזה אפשרי לכל צורה של פסיכותרפיה).

**בטיפול במפגש יחיד נוקטים שיטות עבודה מיידיות וממוקדות שמאפשרות ליצור קשר מקצועי וישיר עם כל מי שפונה לסיוע פסיכולוגי כשהוא נזקק לו. לפיכך טיפול כזה מאפשר לתת לפונים מענה ראשוני, למיין אותם ולהעניק להם טיפול פסיכולוגי ראשוני כמו שנעשה ברפואה דחופה, ברפואה ראשונית או בחדרי המיון, בלי לשלול צרכים והמשכי טיפול אחרים כמובן**

פריד היה הראשון שדיווח על יעילות אפשרית של מפגש יחיד כשתיאר את מקרי הטיפול של "קטרינה" ושל "גוסטב". את המושג טיפול במפגש יחיד מתוכנן הגדיר טלמון (Talmon, 1990) כפגישה פנים מול פנים בין מטפל ובין מטופל ללא שום מפגש נוסף במשך שנה לפחות. ההגדרה הזאת נעשתה למטרת המחקר והשתנתה מאז. הגדרת התערבות טיפולית במפגש יחיד דומה להגדרתו של טלמון, אך נכללים בה מודלים חלופיים מתקדמים שהתפתחו בד בבד עם התפתחות הטכנולוגיה (כמו שימוש באמצעים דיגיטליים או בכלים דיגיטליים לטיפול עצמי) (Schleider & Weisz, 2017). באופן כללי מוכר היום הטיפול במפגש יחיד כטיפול פסיכולוגי שעשוי לתת מענה טיפולי ראשוני, ולעיתים גם העיקרי (Steenbarger, 2002). טיפול מסוג זה יכול להינתן במסגרת גישה ישירה למרכז טיפול או כמפגש שמתואם מראש (Meichenbaum et al., 2021). המטפלים לפי עקרונות הטיפול במפגש יחיד עובדים גם בבתי חולים (Mulligan, 2022), בקליניקות פרטיות (Piva, 2020) וכן במקומות שמתרחשים בהם משברים הומניטריים (Paul & van Ommeren, 2013).

## עקרונות הטיפול במפגש יחיד, ה-SST

נראה שמושג הטיפול במפגש יחיד מבוסס תאורטית על פרדיגמת טיפול רחבה וגמישה שמאפשרת להנגיש שירותים פסיכולוגיים יעילים יותר מגישה תאורטית אחידה או נפרדת. היום משמש הטיפול במפגש יחיד "מטרייה" שמאגדת תחתיה גם טיפול פסיכולוגי ממוקד וגם עבודה טיפולית מניעתית בתחומים ובהקשרים שונים.

על פי המחקרים המצטברים בתחום נראה ש-50 עד 60 אחוזים מהמטופלים לפי עקרונות הטיפול במפגש יחיד מצליחים לגייס כוחות ומשאבים פנימיים וחיצוניים ואינם מרגישים צורך במפגשי טיפול נוספים (Cannistra, 2018; Hoyt et al., 2020) במחקר של פיווה ואחרים (Piva et al., 2020) דיווחו 81 אחוזים בקירוב מקרב מי שבחרו בטיפול של מפגש יחיד שהם שיפרו את מצבם מבחינת הבעיה שהביאה אותם לטיפול. במחקר אנגלי (Edbrooke-Childs et al., 2021) שנכללו בו 23,300 ילדים בני 12.73 בממוצע שהופנו למרכזי טיפול ציבוריים נמצא כי 46 אחוזים מהם הגיעו לפגישה אחת בלבד. על כן הסיקו החוקרים שחשוב לחזק את יכולתם של המטפלים לממש את מלוא הפוטנציאל של מפגש טיפול יחיד. באופן כללי נראה כי יעילותו של מפגש יחיד כזה בקרב ילדים ונוער, מפגש שעוסק בבעיות רגשיות, נתמכת מחקרית, ושילוב של צורת עבודה כזאת ברצף הטיפול עשוי לשפר את איכות השירות הטיפולי שניתן במערכת הציבורית (Kachor & Brothwell, 2020).

במחקר אורך שהשתתפו בו 258 ילדים בני חמש עד 15 מצאו כי טיפול במפגש יחיד תרם ל-60 אחוזים מהם - מצבם היה ודאי טוב ממצבם של הממתינים ברשימות ההמתנה הארוכות - וכי השפעתו החיובית נשמרה גם אחרי 18 חודשים (Perkins, 2006; Perkins & Scarlett, 2008). הטיפול שהתמקד בחיבור לכוחותיו של המטופל ובחיזוק הרגשת התקווה שלו וניתן במפגש יחיד נמצא יעיל כמענה ראשוני גם בקרב ילדים עם הפרעות קשב וריכוז ומשפחותיהם (Mulligan et al., 2022). ממחקר אחר עלה כי התערבויות ראשוניות במפגש יחיד נמצאו יעילות במניעת דיכאון והפרעות התנהגות בקרב ילדים לאחר אירוע טראומתי פתאומי כמו תאונת דרכים (Zehnder et al., 2010). כמו כן נמצא כי במסגרת מפגש טיפול יחיד אפשר לחזק הרגשת מסוגלות עצמית, לעזור בהתמודדות עם פחדים וחרדות, הן לילדים הן למתבגרים, לחזק את האמונה ולפיה אישיות האדם יכולה להשתנות (Bertuzzi et al., 2021; Davis III et al., 2019; Farrell et al., 2018; Nielsen et al., 2016) ולהפחית רמת דחק מיידית, ובדרך זאת לשפר את הרווחה הנפשית באופן כללי (Kachor & Brothwell, 2020).

## הגדרת המושג "טיפול במפגש יחיד" (SST - Single Session Therapy)

על פי סטינברגר (Steenbarger, 2002),

Single-session therapy is a general term that is used to describe any form of psychotherapy that seeks to address the presenting problems of clients within a



- לאחר ניתוח של 53 מקורות (ספרים, מאמרים וכתבות) שהתמקדו בטיפול במפגש יחיד זיהה קניסטר (Cannistrà, 2022), 14 עקרונות של דפוסי חשיבה (Mindset) של מטפל שעובד לפי עקרונות טיפול במפגש יחיד:
1. מפגש יחיד עשוי להספיק למטופל.
  2. מטפל יכול להיות פעיל בהקשבתו למטופל כבר בפגישתם הראשונה.
  3. לאנשים ולנשים יש משאבים פנימיים וחיצוניים, ואף שמקצתם מוכרים להם, מקצתם עדיין אינם מוכרים, באחדים הם כבר השתמשו ובאחרים עדיין לא השתמשו, הם יכולים להשתמש בכלם.
  4. הפונים לטיפול הם המומחים בכל הקשור לחייהם.
  5. בכל פגישת טיפול אפשר להשתמש בשיטות טיפול שונות על פי צורכי המטופל.
  6. ייתכן שיהיה צורך במפגשים נוספים בעת הזאת או בעתיד, ואין הדבר מעיד על איכות המטפל אלא בעיקר על רצונו ועל צרכיו של המטופל ועל בחירתו בזמן המתאים לתחילת הטיפול ובזמן להפסקתו.
  7. טיפול במפגש יחיד מתאים למטרות, לבעיות ולהקשרים מגוונים.
  8. אפשר לעשות התערבויות צנועות, קטנות וממוקדות.
  9. מותר שלא לקבל מידע מקדים.
  10. אפשר בהחלט להתרכז ב"כאן ועכשיו" ולא רק בעבר או בעתיד.
  11. השיפור מושג מחוץ למפגש הטיפול בדרך כלל.
  12. לעיתים המפגש דורש הבניה כדי לאפשר לכל פגישה להיות שלמה ולעמוד בפני עצמה.
  13. הקשר בין מטפל ובין מטופל עשוי להיווצר מהר.
  14. שום דבר אינו נתפס כמובן מאליו.
- המטפל יתרום להצלחת הטיפול כשימלא אחד או יותר משלושת תפקידיו העיקריים:
- הראשון הוא תפקיד "המאזין הקשוב". כדי למלא את התפקיד הזה על המטפל להיות קשוב, "אכפתי", חם ולא שיפוטי ולעודד את המטופל להיפתח. בתוך כך יבין המטפל את דאגותיו ואת רגשותיו העמוקים ביותר של המטופל. כמו כן הוא יבין את הקונפליקטים החיצוניים והפנימיים שהמטופל מתמודד איתם.
  - השני הוא תפקיד "המאפשר". כדי למלא את התפקיד הזה על המטפל לסייע למטופל לגלות את חוזקותיו הפנימיות, את יכולותיו, את יכולתו הסתגלותו ואת כוח העמידה שלו הן מבחינה אישית הן מבחינת המשפחה או החברה. המטפל שמצליח לחשוף את חוזקותיו האוטנטיות של המטופל מצטייר כאופטימיסט אמין

וכמעודד חיובי.

- השלישי הוא תפקיד "ההבניה מחדש". בשלב זה המטפל והמטופל שבים ובונים, מתייגים וכותבים את התסריט המקורי של המטופל. בתפקידו זה משתמש המטפל בשכנוע, בסוגסטיית, בפרשנויות ובסיעור מוחות משותף עם המטופל.

האתגר העיקרי העומד לפני המטפל במפגש יחיד אינו שליטתו בטכניקות ובכלי טיפול ספציפיים או הוותק שלו בטיפול או ביעוץ דווקא, אלא יכולתו לסגל לעצמו גמישות וגיוון בהלך רוחו ובעמדות הבסיס שלו כלפי הטיפול (Talmon, 2018).

### למידה חברתית רגשית (SEL)

התפיסה הנוגעת ללמידה חברתית-רגשית מוטמעת בהדרגה במערכת החינוך בישראל. מלבד תוכניות מפורטות מיומנויות חברתיות-רגשיות שכבר היו במערכת החינוך נכנסות אליה גם תוכניות רבות אחרות. ישנן תאוריות רבות שתרמו להתפתחות המושג למידה חברתית-רגשית ובהן פסיכולוגיה חיובית, אינטליגנציה רגשית, תאוריות מוטיבציה, התקשרות, למידה חברתית, תאוריות אישיות, עיצוב אופי, חינוך מוסרי וסלוטוגניות ובה הרגשת הקוהרנטיות כבסיס נפשי שתומך בכישורי חיים אחרים. ג'ונס ובופרד (Jones & Bouffard, 2012) זיהו שלושה מקבצי כישורים של למידה חברתית-רגשית:

1. תהליכים רגשיים - כישורים כמו מודעות רגשית, ביטוי רגשי, ויסות התנהגות, אמפתיה ויכולת תפיסה בפרספקטיבות שונות.
2. מיומנויות חברתיות בין-אישיות ובכללן הבנת רמזים חברתיים, אינטראקציות חיוביות עם בני אותו גיל ועם מבוגרים, ניהול קונפליקטים והתנהגות פרו-חברתית אחרת.
3. ויסות קוגניטיבי ובכלל זה כישורים ומיומנויות של שליטה בקשב, ריסון, תכנון עבודה וזיכרון עבודה, גמישות קוגניטיבית ודפוס חשיבה מתפתח (Mindset growth).

להטמעה יעילה של שפת SEL נדרשת גישה שמתואמת בין ההורים ובין צוות בית הספר. כדי להביא לידי הטמעה יעילה עליהם לחלוק חזון, מטרות ואחריות לעבודה. בפועל המבוגרים (גם המורים וגם הורי התלמידים) נכנסים למסגרות החינוך בדרגות שונות של מיומנויות חברתיות-רגשיות, כמו התלמידים. לכל בית ספר יש אפיונים משלו מבחינת הבסיס להתפתחות היום-יומית של מיומנויות SEL. כדי שיהיו תהליכים אלה יעילים נדרשת מעורבות ותמיכתו הרחבה של כל מי שקשור לסביבת בית הספר, ובייחוד של פסיכולוגים שעובדים במערכות החינוך. לכישורי SEL של מבוגרים יש השפעה חיובית על מיומנויות התלמידים, ובכלל

אמפיריים רבים. הקשבה רפלקטיבית. הצגת האפשרויות על פי גיל המטופל.

### שלב 1. תחילת הפגישה הטיפולית

הערכת המצב הפסיכולוגי הנוכחי לפי ממדי תפקוד קוגניטיבי, ביטוי רגשי, הסתגלות חברתית, משאבים בין-אישיים ומוכנות לקבלת סיוע. מדדים אלה עשויים לחזק התמודדות יעילה. טריאג' פסיכולוגי - מתן העדפה לתגובות קשות לעומת קלות. המטפל צריך להיות מוכן לשנות את סדר היום כדי לגעת בדאגות המטופל.

#### מטרות:

- חיבור בין המטפל ובין המטופל.
- הכוונה למטרת הפגישה - "נזהה מה אפשר לעשות ואעזור לך לתכנן את הצעד הבא שלך. גלה איך תוכל להתמודד עם המצב".
- גיוס שותפות - "צריך לעבוד קשה כדי לזהות את הפתרון המתאים, האם זה נשמע לך משהו שאתה מוכן לעשות?"
- הערכת המצב הקיים - "מה השתנה מאז שיחת הטלפון? האם נעשה ניסיון לפתור את הבעיה?"
- שיחה על זמינות המשך הטיפול לפי גישה אחרת או בשיטת המפגש היחיד.
- שאלות שהמטפל יכול לשאול את המטופל: איך אני יכול לעזור לך בדרך הטובה ביותר? איך נראים חייך כשהבעיה מורגשת פחות? התגובה על השאלה הזאת עשויה לכוון את המטפל להכיר את העדפותיו של המטופל.

### שלב 2. קביעת מטרות

לתהליך הגדרת הבעיה יש תרומה חשובה ליצירת ברית עבודה עם המטופל. ריבוי בעיות עלול להגביר הרגשה של אובדן שליטה. בדרך כלל מטופל מעלה כמה בעיות בוזזמנית. חשוב לעזור למטופל לזהות אותן ולקבוע סדר עדיפויות למטרות ולבעיות. יש להגדיר את הבעיה המציקה ביותר, להשקפתו של המטופל, לתקף את חשיבותה ולהתמקד בה בפגישה.

את המטרות שאפשר להשיג בטיפול במפגש יחיד בונים יחד

#### לפי העקרונות האלה:

- מוטב להציב מטרות קטנות ולא גדולות.
- המטופלים מבליטים את המטרות.
- המטרות מתוארות, ספציפית וקונקרטית, במושגי התנהגות או בחוויה רגשית.
- המטרות נגישות במסגרת נסיבות חייו של המטופל.

זה דוגמה אישית של השימוש במיומנויות אלה, ניהול מתח וייסות תגובות רגשיות כדי לנהל מצבים מאתגרים ביעילות. חשוב שלמבוגרים העובדים במסגרות החינוך יהיו כישורי SEL טובים. קשה למבוגרים, ואולי אף בלתי אפשרי, לעזור לתלמידים לבנות מיומנויות שהם עצמם אינם מחזיקים בהן. מורים בעלי יכולות חברתיות-רגשיות מצליחים לתקשר ביעילות עם תלמידים ולהתמודד טוב יותר עם התנהגויות מאתגרות (Jennings & Greenberg, 2009). מאחר שבית הספר והמשפחה הם שני הקשרים הדומיננטיים בחייהם של ילדים, שותפויות חזקות בין בית הספר ובין המשפחה מאפשרות לילדים לחוות קוהרנטיות בנוגע למסרים שהם מקבלים גם בהקשר של ביסוס מיומנויות חברתיות-רגשיות (Jones & Bouffard, 2012). כאשר משלבים עבודה מערכתית עם עבודה טיפולית-מניעתית-פרטנית עם ילדים יכולים הוריהם ואנשי חינוך ופסיכולוגים לתמוך בתהליכי פיתוח שפת SEL במסגרות החינוך. בחירת מטרות טיפול בעבודה טיפולית במפגש יחיד, מנקודת המבט של קידום מיומנויות למידה חברתית-רגשית, הופכת את הטיפול מהסוג הזה לעבודה פסיכולוגית מניעתית אוניברסלית. על פי המטרה ועל פי הידע והניסיון של המטפל נבחרת גם גישת הטיפול שביסוד המרכיב הפעיל בטיפול.

### הצעה למבנה טיפול במפגש יחיד תומך למידה חברתית רגשית SST-SEL - יחידת טיפול שלמה ונפרדת שנמשכת שעה עד שעה וחצי

- שלב מקדים: יצירת קשר לפני הפגישה - שיחת טלפון (מומלץ אך לא חובה).
- שלב 1. תחילתה של פגישת הטיפול.
- שלב 2. קביעת המטרות.
- שלב 3. טיפול פעיל, התמקדות בבעיה באחד משלושת תחומי ה-SEL (תהליכים רגשיים, מיומנויות חברתיות בין-אישיות וייסות קוגניטיבי) לפי המודל של ג'ונס ובופארד (Jones & Bouffard, 2012).
- שלב 4. סגירת פגישת הטיפול (סיום והמלצות להמשך הדרך).
- שלב מעקב: שיחת מעקב קצרה בטלפון או בהודעה כתובה (מומלץ אך לא חובה).

### שלב מקדים

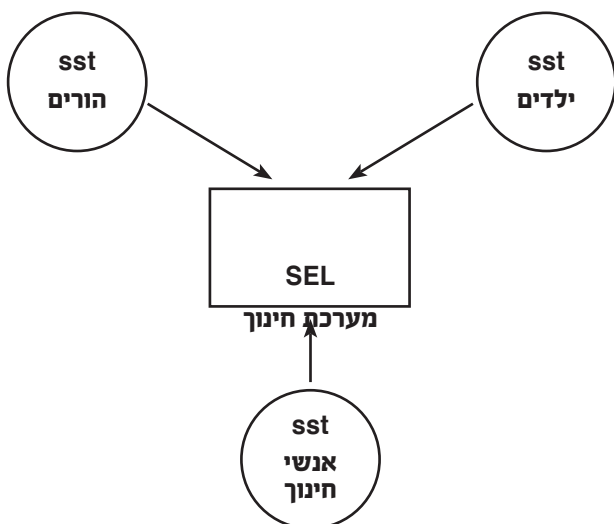
יצירת קשר בשיחת טלפון לפני הפגישה: הסבר קצר על מהות הטיפול במפגש יחיד ועל היעילות המוכחת במחקרים

- כדי לתמוך בפונה או לפתור את הבעיה. הבלטת משאבים ויכולות. הדגשת מקורות תמיכה מהסביבה ובכלל זה מסגרת החינוך והמשפחה. מתן המלצה על משימות אישיות.
  - 3. הצגת האבחנה לא על פי הגדרתה ב־DSM אלא כמסגור מחודש של הבעיה.
  - 4. מתן המלצות קונקרטיות על מה שאפשר לעשות. במקרה הצורך אפשר לבנות תוכנית פעולה.
- שאלה אפשרית: איך תשתמש במה שהיה במפגש? היה ספציפי בתשובתך.
- שיחת מעקב: על פי תוכנו של מפגש הטיפול.

**על פי המחקרים המצטברים בתחום נראה ש־50 עד 60 אחוזים מהמטופלים לפי עקרונות הטיפול במפגש יחיד מצליחים לגייס כוחות ומשאבים פנימיים וחיצוניים ואינם מרגישים צורך במפגשי טיפול נוספים**

#### תגובה על הטיפול

אפשר להציע טיפול אינטנסיבי מהרגיל בטריאדה של SST-SEL ובה טיפול במפגש יחיד בילד, בהורים ובאיש חינוך. כל מפגש כזה יתמקד באחד מתחומי ה־SEL הרלוונטיים למטופל. בדרך זאת יהיה טיפול ה־SST-SEL היחיד אינטנסיבי יותר וכן תגדל תרומת הטיפול לילד והתרומה לביסוס תהליכי SEL במערכת החינוך. הפניה להמשך טיפול תותנה בתגובת התלמיד על הטיפול החד־פעמי הפרטני, פנים מול פנים או מרחוק, תגובתו להורה, לאיש החינוך או לטריאדה טיפולית שממוקדת בצורכי הטיפול של הילד.



- המטרות מתוארות כ"התחלה של משהו" ולא כ"סיומו של משהו".
  - להשגת המטרות נדרשת התנהגות חדשה ולא הגדרתן כחוסר ההתנהגות הקיימת או הפסקתה.
- שאלות אפשריות: מה הבעיה המציקה ביותר? מה התקווה הגדולה ביותר? בדרך כלל בני אדם פותרים בעיות בעצמם, מה עשית עד עכשיו כדי לנסות לפתור את הבעיה? זיהוי השיפורים האפשריים בפרק זמן קצר יסייע למטופלים לגייס משאבים ולהשקיע מאמץ בעבודה משותפת. בעקבות זאת יוכל המטפל להציע למטופל בחירה באפשרות המועדפת עליו כדי לעזור לו להתמקד במה שחשוב לו ברגע זה. על המטפל לשאול מה המטופל מוכן לעשות כדי להשיג את מטרותיו.

#### שלב 3. טיפול אקטיבי

על פי המטרות הספציפיות שנבחרו יתמקדו המטפל והמטופל באחד משלושת תחומי ה־SEL (תהליכים רגשיים, מיומנויות חברתיות או בין־אישיות וויסות קוגניטיבי) ויעבדו לפי גישות טיפול שונות כגון פסיכולוגיה חיובית, גישה נרטיבית, התנהגותית־קוגניטיבית, קבלה ומחויבות. יש להשתמש במשפטים מכווני פתרון ובשעת הצורך גם במשפטים ממוקדי בעיה. המטפל יעודד את המטופל להשתמש באסטרטגיות שעזרו בעבר, אם מדובר בפתרון פונקציונלי, ויוריד את ערכן של אסטרטגיות שלא היו יעילות. המטפל יתמקד בכוחות ובגורמי חוסן כמרכיבים הכרחיים בתהליך ההתמודדות ויעזור לחבר אותם למשאבי המטופל. המטפל ישאל אילו חזקות אישיות של המטופל עשויות להיות שימושיות עכשיו, ואם יהיה צורך ידבר עם המטופל על קשרים משפחתיים ועל חברים ויחזק תפיסה חיובית, ערכים רוחניים, הרגשת תקווה, שליטה פנימית, יצירתיות, עמידות רגשית וחוש הומור.

#### שלב 4. סגירת פגישת הטיפול (סיום והמלצות להמשך הדרך)

יש לשים לב לרצון המטופל - לוודא את שביעות רצונו מהטיפול, לבדוק אם ברצונו להפסיקו או במקרה הצורך להפנותו להמשך טיפול. חשוב להזמין תגובה חיובית ושליטת כאחד: "האם יש משהו שלא דיברנו עליו היום ותרצה לשתף אותי בו?" מומלץ שהמטפל לא ידחה את השאלה הזאת לסוף הפגישה. במשוב בסוף הפגישה צריכים להיכלל ארבעת המרכיבים האלה:

1. ציון המניעים שגרמו לפונה לבוא לפגישה.
2. מתן חיזוק בנוגע למה שנלמד על צורת החשיבה, על רגש ועל התנהגות ועל כל מה שעשוי להיות שימושי

## סיכום

הנגשת השירותים הפסיכולוגיים באמצעות מפגש יחיד חיונית במיוחד במקומות שבהם רב הביקוש על ההיצע. שימוש רחב בטיפול מסוג זה עשוי לצמצם את רשימת ההמתנה ולספק מענה ראוי ואיכותי למספר רב יותר של פונים. הטיפול הפסיכולוגי במפגש יחיד מבוסס על יכולותיהם של מטפל ושל מטופל ליצור חיבור טיפולי ב"כאן ועכשיו" של מפגש הטיפול והוכח כיעיל לא פחות מטיפולים מוכרים אחרים בתחום. טיפול כזה מאפשר לתפוס את הרגע שבו אדם נתון במצוקה בעודו בעל מוטיבציה גבוהה לקבל עזרה, והמענה שהמטפל מעניק טוב יותר מהמתנה ממושכת לעזרה בתחום הנפש במערכת הציבורית. במילים אחרות, טיפול כזה נועד להקל את סבלו של הפונה ואולי גם לשוב ולהניע את יכולת הריפוי העצמי שלו דרך חיבור לכוחות

זמינים פנימיים וחיצוניים, חיזוק מסוגלות עצמית, חיזוק אופטימיות ותקווה, יצירת פרספקטיבה, חשיבה על פתרון בעיות או בניית תוכנית פעולה.

כדי להתחיל לתת שירות על פי שיטת המפגש היחיד נדרש שינוי תפיסה בקרב הפסיכולוגים ואנשי הטיפול. קשה לוותר על מה שמוכר וידוע כתהליך טיפול שנמשך פרקי זמן ארוכים ובמסגרתו לקיחת אנמנזה מפורטת, סטינג (Setting) קבוע ורציף וכל מה שנכלל בסדרת מפגשי טיפול. ועם זאת במפגש יחיד משתנה הרגשת הזמן שעומד לרשותנו בעבודה עם מטופל. קסם הרגע נובע מהעובדה שהכול יכול לקרות כאשר שני בני אדם לפחות נפגשים בפעם הראשונה, ולעיתים אף היחידה.

## ברכות למקבלי התארים

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל מברכת את חבריה אשר קיבלו תואר מומחה ותואר מומחה-מדריך בשנה האחרונה ומאחלת להם הצלחה רבה בהמשך דרכם המקצועית.

בהערכה רבה,

**יורם שליאר**, יו"ר

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

### תואר מומחה

#### החטיבה החינוכית

חן	זלוטניק זגדון
יפית	מזרחי סביניק
אסתר	ליבוביץ
צליל	מנשה מיכאל
רוני	בסרגליק
ענבל	מרום כהן
הדס	פישר כהן
נפתלי	פילר
מחמוד	בשותי
עדי	נס
מיכל	קלמנוביץ
מאיר יצחק	ביר
נעמה	רוטימימון
מעין	פרת
טטיאנה	כהן
יונתן	קלדרון
דנה	דמרי
שלמה	הרשור
נתן	ברגמן
גנה	עיני אלחדף
טל אוולין	אבן-חן פטר
טלי	מסיקה
מריאלה אדית	גולדמן סולמסקי
ספי	גרש

### תואר מומחה-מדריך

#### החטיבה החינוכית

שלהב	סיגל שלומית
קליגמן	גיא
הרשקו	עמליה
גרינברג	חגית
כהן סדס	דאנה רוז
צובל לרואט	מריה לאורה
פישר	רויטל
סיגאוי	לילך חנה
בלומנטל	אורית טל
קליין אורבך	מרינה
ירדני	יובל אליהו

#### החטיבה הרפואית

שיש-מרקוביץ	ליאת
נהלוני	אלעד
מנדלקורן	אורי חן
מן בוטבול	פטריסיה אדריאנה

#### החטיבה ההתפתחותית

עצבה פוריה	נעמה
------------	------

#### החטיבה הקלינית

קוטנר	אלעד ברוך
לאוב	אדם
הימלפרב	איתי
בסרגליק	רוני
שני	אייל
גויכמן מגריל	ליאורה
יפה	גאולה
וייס	יהושע
שפרן	נעמה
גילדין קלרמן	תמר
איזנבך	מנחם
רוזנטל	יעקב
סיידל כהן	טליה
בן עמי	עדי
גילן ואן דן ברינק	עמרי זאב

#### החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית

חכמיגרי	מאור
הוכמן סער	דפנה

1. משרד הבריאות, המועצה הלאומית לבריאות הנפש (2019). דוח מסכם: תת-הוועדה בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים ברפורמה לבריאות הנפש, תל אביב, ישראל.  
<https://www.health.gov.il/Services/Committee/NationalCouncils/mental/Documents/22072019.pdf>
2. שפרלינג, ד' (2019). למידה חברתית-רגשית: מיפוי מושגי ובסיס תיאורטי. דגשים מתוך סקירה. מכון מופ"ת.  
<http://education.academy.ac.il/Index4/Entry.aspx?nodeId=992&entryId=21133>
3. Bertuzzi, V., Fratini, G., Tarquinio, C., Cannistrà, F., Granese, V., Giusti, E. M., Castenuovo, G., & Pietrabissa, G. (2021). Single-Session therapy by appointment for the treatment of anxiety disorders in youth and adults: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychology*, 12, 721382.
4. Cannistrà, F., Piccirilli, F., Paolo D'Alia, P., Giannetti, A., Piva, L., Gobbato, F., Guzzardi, R., Ghisoni, A., & Pietrabissa, G. (2020). Examining the incidence and clients' experiences of single session therapy in Italy: A feasibility study. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 41(3), 271–282. [file:///C:/Users/user/Downloads/SST-FeasibilityStudy%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/SST-FeasibilityStudy%20(3).pdf)
5. Cannistrà, F. (2022). The single session therapy mindset fourteen principles gained through an analysis of the literature. *International Journal of Brief Therapy and Family Science*, 12(1), 1–26. [https://www.jstage.jst.go.jp/article/ijbf/12/1/12\\_1/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/ijbf/12/1/12_1/_pdf)
6. Davis III, T. E., Ollendick, T. H., & Öst, L. G. (2019). One-session treatment of specific phobias in children: Recent developments and a systematic review. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 233–256. <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095608>
7. Edbrooke-Childs, J., Hayes, D., Lane, R., Liverpool, S., Jacob, J., & Deighton, J. (2021). Association between single session service attendance and clinical characteristics in administrative data. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(3), 770–782. [https://research.edgehill.ac.uk/ws/files/37966839/Single\\_session\\_services\\_manuscript\\_blind\\_copy\\_revised\\_Feb\\_21.pdf](https://research.edgehill.ac.uk/ws/files/37966839/Single_session_services_manuscript_blind_copy_revised_Feb_21.pdf)
8. Farrell, L. J., Kershaw, H., & Ollendick, T. (2018). Play-modified one-session treatment for young children with a specific phobia of dogs: A multiple baseline case series. *Child Psychiatry & Human Development*, 49, 317–329. [https://www.researchgate.net/publication/318839141\\_Play-Modified\\_One-Session\\_Treatment\\_for\\_Young\\_Children\\_with\\_a\\_Specific\\_Phobia\\_of\\_Dogs\\_A\\_Multiple\\_Baseline\\_Case\\_Series](https://www.researchgate.net/publication/318839141_Play-Modified_One-Session_Treatment_for_Young_Children_with_a_Specific_Phobia_of_Dogs_A_Multiple_Baseline_Case_Series)
9. Hoyt, M. F., Bobele, M., Slive, A., Young, J., & Talmon, M. (Eds.). (2018). *Single-session therapy by walk-in or appointment: Administrative, clinical, and supervisory aspects of one-at-a-time services*. Routledge.
10. Hoyt, M. F., Young, J., & Rycroft, P. (Eds.). (2021). *Single session thinking and practice in global, cultural, and familial contexts: Expanding applications*. Routledge.
11. Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of educational research*, 79(1), 491–525. <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/bitstream/handle/20.500.12365/17472/jennings2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Jones, S. M., & Bouffard, S. M. (2012). Social and emotional learning in schools: From programs to strategies. *Social Policy Report*, Vol. 26(4), Society for Research in Child Development. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED540203.pdf>
13. Jones, W. P., Kadlubek, R. M., & Marks, W. J. (2006). Single-session treatment: A counseling paradigm for school psychology. *The School Psychologist*, 60(3), 112–115. <http://apadivision16.org/wp-content/uploads/2015/12/TSP-Vol.-60-No.-3-August-2006.pdf#page=12>
14. Kachor, M., & Brothwell, J. (2020). Improving youth mental health services access using a single-session therapy approach. *Journal of Systemic Therapies*, 39(3), 46–55. <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jsyt.2020.39.3.46>

15. Korpilahti-Leino, T., Luntamo, T., Ristkari, T., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Pulkki-Råback, L., Waris, O., Matinolli, H., Sinokki, A., Mori, Y., Fukaya, M., Yamada, Y., & Sourander, A. (2022). Single-session, internet-based cognitive behavioral therapy to improve parenting skills to help children cope with anxiety during the COVID-19 pandemic: Feasibility study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(4), e26438. <https://www.jmir.org/2022/4/e26438/PDF>
16. Mulligan, J., Olivieri, H., Young, K., Lin, J., & Anthony, S. J. (2022). Single session therapy in pediatric healthcare: The value of adopting a strengths-based approach for families living with neurological disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 1–11. <https://capmh.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s13034-022-00495-6.pdf>
17. Nielsen, M. D., Andreasen, C. L., & Thastum, M. (2016). A Danish study of one-session treatment for specific phobias in children and adolescents. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 4(2), 65–76. <https://sciendo.com/pdf/10.21307/sjcapp-2016-011>
18. Paul, K. E., & van Ommeren, M. (2013). A primer on single session therapy and its potential application in humanitarian situations. *Intervention*, 11(1), 8–23. <https://www.interventionjournal.org/article.asp?issn=1571-8883;year=2013;volume=11;issue=1;spage=8;epage=23;aulast=Paul;type=0>
19. Perkins, R. (2006). The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(2), 215–227. <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/147608305X60523>
20. Perkins, R., & Scarlett, G. (2008). The effectiveness of single session therapy in child and adolescent mental health. Part 2: An 18-month follow-up study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(2), 143–156. <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/147608308X280995>
21. Piva, L., Gobbato, F., Guzzardi, R., Ghisoni, A., & Pietrabissa, G. (2020). Examining the incidence and clients' experiences of single session therapy in Italy: A feasibility study. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 41(3), 271–282.
22. Schleider, J. L., & Weisz, J. R. (2017). Little treatments, promising effects? Meta-analysis of single-session interventions for youth psychiatric problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 107–115. <https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/41292903/54465763.pdf?sequence=1>
23. Steenbarger, B. N. (2002). Single-session therapy. *Encyclopedia of Psychotherapy*, 2, 669–672.
24. Talmon, M. (1990). *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. Jossey-Bass.
25. Talmon, M. (2018). The eternal now: On becoming and being a single-session therapist. In M. F. Hoyt, M. Bobele, A. Slive, J. Young, & M. Talmon (Eds.), *Single-session therapy by walk-in or appointment* (pp. 149–154). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351112437>
26. Zehnder, D., Meuli, M., & Landolt, M. A. (2010). Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: A randomised controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4(1), 1–10. <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/1753-2000-4-7>

# ריאיון עם יזהר שער, פסיכולוג יוצר בצילום ובכתיבה<sup>1</sup>

ריאיון וערכה: מיכל שמש

שבו לספר ושמך בחזית הנפש. פרסתי בו יריעה רחבה של חוויות מחיי היום-יום ותובנות פסיכולוגיות בהקשר של חשיפה לטראומה מתמשכת. הספר שוזר בתוכו, כחוט השני, את התקווה לעתיד טוב יותר וקורא לכל אזרח ומנהיג לפעול לבלימת שחזורי ההרס ההדדי בין העמים. שילבתי בו צילומים שלי הן להעצמת החוויה הן ליצירת ניגוד לתכנים המורכבים שעולים בו.



## כלומר היצירה מושפעת מהמציאות וגם משפיעה עליה.

אכן כן. הספר פתח את הלבבות במשרד החינוך וברשויות להבנת גודל המצוקה והצורך לתת טיפולים לפרקי זמן ארוכים בעוטף עזה. הכתיבה היא גם שופר להלכי נפש ורגשות באוכלוסייה. הכתיבה שלי היא גם רגשית - יש בה חשיפה אישית ולא רק אקדמית. יש בספר מרכיב של ריפוי עצמי וגם מרכיב של שליחות חברתית. הכתיבה מאפשרת לי עיבוד פנימי ומגע עם כל הרגשות שלי. בעצם היא הרחבה של חדרי הנפש שלי. בעת הקריאה של הספר מתרחש מגע עם הזולת - כאשר הקורא רואה חלקים דומים בנפשו הוא יכול להזדהות עם הכתוב ובה בעת לעשות תהליך דומה. כלומר לספר יש גם איכויות מרפאות שזורעות הבנה ונותנות פשר למצבים שונים, ובזכותן יכול הקורא להתמודד עם טראומה מתמשכת. מרגש אותי לשמוע על אנשים רבים שחוזרים וקוראים את הספר בעיתות הסלמה ומקבלים הד לרגשותיהם וזוכים להקל את סבלם.

## אתה גם מרבה לטייל בטבע.

אהבתה של אימי לטבע חלחלה אליי. הוריי גרו בירושלים והרבו לטייל בכל הארץ. לפני שבע שנים נפטרה אימי, ומאז

## ספר על עצמך.

אני מנהל שפ"ח מועצה אזורית אשכול, פסיכולוג חינוכי וקליני בכיר, פסיכולוג רפואי ומורשה לעסוק בהיפנוזה. בעבר הייתי פסיכולוג ראשי בתל"מ ופסיכולוג בכיר במחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים ברזילי. בעשור האחרון אני מתמקד בפסיכולוגיה חינוכית וגם משמש רכז מניעת אלימות ומניעת אובדנות במחוז דרום. אני נשוי, אבא לשלושה ילדים וגר בקיבוץ נירים במועצה האזורית אשכול, ק"מ וחצי מהגבול עם רצועת עזה.

## איך התחלת ליצור?

היצירה טמונה בי בהיבט רב-דורי. מצד אבי אני נצר למשפחת שער שהייתה משפחת משוררים בתימן. מצד אימי אני נצר למשפחת ציירים. אבי, יוסף שער ז"ל, יקיר ירושלים, היה מיוצרי וממחבריו של חידון התנ"ך העולמי. הוא נהג להתבונן בתנ"ך באופן יצירתי, בחיבור להלכי הרוח של הזמן הזה. לאבי היתה חשיבה מסתעפת, כלומר יכולת לראות כמה דברים בזמנתי. הוא היה איש חינוך, כתב ספרים, עסק במחקר והרצה. שניים מאחיי הם ארכיטקטים, ואחד מהם גם צייר וכתב מוזיקה. גם אחד מילדיי מצייר כתחביב. אפשר לראות אפוא שאומנות, ויצירה בכלל, הן חלק מהקיום המשפחתי שלי ומשורשיי. מרחב הביניים של היצירה הוביל אותי גם לבחירה בטיפול, שהרי מרחב הביניים נוצר במפגש האנושי ובתוך פרט-קבוצה-מערכת. אני רואה בטיפול, בין השאר, יצירה משותפת שנוקמת בין השותפים בה.

## באילו תחומי יצירה אתה עוסק?

מלבד בצילום, שאתאר בהמשך דבריי, אני עוסק גם בכתיבה - הן סיפורת הן חיבורים תאורטיים ומחקריים. בעבר כתבתי על תפיסת המוות של ילדים, למשל במאמר אבא לא ישוב ובמאמר לרצות למות ולהישאר בחיים - המפגש האמפתי בהערכת סיכון אובדני בקרב בני נוער, והוא יצר תהודה בקרב הפסיכולוגים החינוכיים. כן כתבתי סיפור מטפורי בשם "מה באמת נשים צריכות" שמבוסס על "סיפורת של האישה מבאת" מאת הסופר ג'פרי צ'וסר. ב-2016 כתבתי מאמר בשם זר לא יבין זאת. הוא התמקד בחווייתם של תושבי אשכול לאחר מבצע צוק איתן. המאמר נע בין הריאלי, החווייתי והפנטסטי, עוקף הגנות ומעורר את הרגש ואת המחשבה. מטרתה הייתה לזרוע הבנה רגשית ותקווה בעזרת שימוש בממד המטפורי והסיפורי. ב-2019 הרחבתי את הרעיונות

<sup>1</sup>בעבר התפרסם ריאיון עם יזהר שער שעסק בספרו בחזית הנפש. הפעם הריאיון עוסק ביצירתו בכלל ובייחוד בעבודות הצילום שלו.

והם נוגעים גם במרחב החיות וגם בהיבטים הדיכאוניים או המאניים שהם חלק מאנושיותנו. המגוון הזה מאיר בצורה אחרת את השגרה ואת אפרוריות החיים ונותן מרחב למחזוריות הטבע: בשקיעה נגמר משהו, כאילו מת משהו, מטפורית כמובן, וקיימת תקווה שמהו ישוב ויחיה. אחרי לילה ארוך תשוב השמש ותזרח. אלה הם היבטים של אובדן והתחדשות, של תקווה וגם של ייאוש וקושי שיש לחיות לצידם. התנועה בין החלקים השונים היא המאפשרת לנו להמשיך הלאה. חשוב לתת להם מקום בנפשנו, והטבע נותן לנו תזכורת תמידית למצב זה, עלינו אך להיות שם ולהתבונן.

### איך משתלב הצילום בטבע?

במקום לשמר את חוויותי בטבע רק בזיכרון, שימור מעולה כשלעצמו, חיברתי אותן לאהבתי לצילום. שמתני לב שיש לי יכולת לראות תמונה בעיני רוחי ולשקף אותה בצילום, ליצור חוויה אסתטית שמרחיבה את הנפש. הצילום מתעד ומתקף, במידה מסוימת, את הלכי הנפש שלי. החוויה נעלמת, אבל הצילום נשאר, ונוצרות הרמוניה והבנה. יש כאן היבט אינטואיטיבי שקיים בטיפול בחיים בכלל: האדם משקלל את כל הידע שלו - התאוריה, ניסיון החיים והמפגש העכשווי - ומגיב אינטואיטיבית על המכלול, ולא רק על מעשה מסוים. כך אני מרגיש כשאני מצלם. לעיתים אנחנו פועלים מאינטואיציה ורק בדיעבד מבינים מה התרחש באמת.

### האם הצילום אינו פוגם בנוכחות "כאן ועכשיו"? האם הוא

#### מאפשר פריזמה? משמר את הנוכחות הזאת?

בטיפול אנחנו נוכחים בחוויה, אך גם משמשים אובייקט שמשליכים עליו. אני עצמי הולך בטבע ולא לאתרי צילום. אני בא אל הטבע מתוך עמדה של נכונות להיות מופתע ממה שיקרה בו, ממה שיתגלה בו. בעמדה המדיטטיבית אני נטען מעצם העובדה שאני ב"כאן ועכשיו". אדם יכול להגיע אל הטבע סובל מכאב כלשהו, והוא יתפוגג או שהוא ימצא לו פשר. למשל, לפני זמן לא רב נפטר החותן האהוב שלי. התחלתי לסבול מכאבי רגליים אז והבנתי שהכאב הוא ביטוי פיזי לאבל שלי. הפשר התגלה לי בזמן הליכה בטבע, והבנתי מה הגוף אומר לי. המצב הביטחוני פוגע בגוף, ולכן צריך להיות קשוב לגוף, שכן הוא הסמן הראשון למצוקה. בתיאורי המקרים בחזית הנפש אני מתאר זאת.

כמעט איני נוהג לצלם באירועים כי צילומים כאלה הם תיעוד ולא יצירה. צילום כזה אינו גורם הנאה וריפוי, מלבד צילום אנשים שאני אוהב בשילוב הטבע. הטבע הוא יוצר ענק שמצייר ציור, ואני נותן לו תוקף בצילום. ועם זה אין תחליף לחוויה הרב־חושית כשמרגישים התמזגות עם הטבע. הצילום גם מגרה את אזורי היצירה של האחר. אני מפרסם את צילומי בקבוצות עולמיות, ולעיתים ציירים מבקשים ממני אישור לצייר את מה שצילמתי. כך הטבע שנתן לי השראה לצילום ממשיך לתת השראה לציירים דרך צילומי.

פיתחתי ביתר שאת את החיבור לאימא אדמה באמצעות הליכות בטבע. בזכות ההליכות האלה נוצר אצלי חיבור אישי חזק ובעל נופך רגשי לטבע. נזקקתי לחיבור הזה בייחוד לאחר שני מקרים טרגיים שחוויתי - שניים מחבריי, בני קיבוצי, נהרגו במבצע צוק איתן לפני תשע שנים. חיפשתי דבר מה שיעזור לי, כאדם, להיטען ושמתני לב שהליכה בטבע מטעינה את נפשי. היא נעשית בצורה מדיטטיבית, והמפגש עם הטבע מעלה אצלי הרהורים ותשומת לב להלכי נפש. המפגש עם הטבע הוא כמו חדר משחקים שההולך בו שותף לו - חלק ממנו קשוב לו ולומד ממנו. הטבע משמש מרחב ביניים משחקי; במרחב הזה ניתן הד לעולם הפנימי שלנו ונוצר חיבור לילד הפנימי שבנו. רחשי הטבע, למשל תנועה של זחל, של נחש, המיית הרוח, רעמים, ציוץ הציפורים, הם כמו מוזיקה באוזניי. הקשבה ל"כאן ועכשיו" מאפשרת לנו לתת תשומת לב לניואנסים עכשוויים, ליצור מגע עם הסובב אותנו ו"לנקות את הראש" מטרדות היום־יום. אני מטייל בכל עונות השנה ואיני מגביל את עצמי לתנאי מזג האוויר. העשייה הזאת שלי, ההתמודדות שלי עם איתני הטבע, כאילו אני עצמי חלק מהטבע, מחשלת אותי. בתפיסה שלי אדם נמצא וחווה את הדברים בכל מקום שהוא נמצא בו. לדוגמה, לפני זמן לא רב טיילתי עם אשתי בשווייץ. למרות הקור הגדול ששרר בחוף הרגשנו חום ואור פנימיים. החוף יוצר מציאות פנימית. במפגש עם הטבע מרגיש ההולך בו שהוא חלק ממהו גדול ממנו, וההרגשה הזאת מגבירה את הענווה שלו ואת קטנותו.



### איך למדת לאן עליך ללכת?

אני חי באזור שיש בו הרבה שטחים פתוחים בעלי יופי צרוף. כאשר המצב הביטחוני מאפשר זאת אפשר ללכת בהם. אני יכול ללכת בעקבות רחש כלשהו ולהגיע לשטח שיש בו רמשים ופרפרים; אני יכול להלך על חוף הים ובמקרה לראות צב ים ענק שנפלט אל החוף. אני אוהב במיוחד את רגעי הזריחה והשקיעה. הטבע יצר מכלול צבעים שקיים דקות אחדות בלבד. העננות הייחודית והאבק שבאוויר מגבירים את ספקטרום הצבעים. הטבע מגוון בצבעים יוצאי דופן,



### נסה לחבר בן תחומי העיסוק שלך.

במצב הנוכחי במדינה יש בי תקווה שמהוה בטבע האנושי יגרום לאינטגרציה, לצמיחה מחודשת, שבה גם אחרי שבר גדול וקוטביות. אנחנו כפסיכולוגים נמצאים באזורים המצמיחים ביותר ויודעים להיות קשובים לכאב, לסבל ולכוחות הטמונים בכל אדם באשר הוא. אני עוסק רבות בצמיחה מתוך טראומה. למרות הפתולוגיה, הכאב, החרדות והתוקפנות יש באדם מקום שאינו מוותר ויוצר הזדמנויות חדשות. אני שוהה בקושי ובכאב, אך בה בעת תר אחרי מקומות אחרים. משהו מצליח להתארגן רק כשאנחנו מחוברים לקושי הגדול. אין הכוונה לחשיבה חיובית אלא לחיבור לרגשות הקשים, מתן מקום להם, הכלתם, למידה מהם. החיבור לקושי מאפשר יצירה, ולא אחת היא נובעת מכאב ומניואנסים רגשיים חזקים. לטעמי, גם אחרי הצינה תגיע התחממות, והתקווה תתפוס את מרכז הבמה. וזה מה שאני מאחל לכולנו, תהיה אשר תהיה עמדתנו הפוליטית. יש משהו מעבר לנו, ואנחנו יכולים לחצות כל שבר.

בנעוריי כתבתי שירה ורציתי ללמוד ספרות. אחר כך עסקתי בספורט. בשלב מסוים הבנתי שאלה תחביבים בלבד. בעיסוקיי המקצועיים היום כל הדברים הללו מתחברים לחומרים המתפרסמים ולצילומים שלי. אני עדיין כותב מאמרים, סיפורים, הלכי נפש, אבל לא הכול יוצא לאור. אני משתף הלכי נפש בפייסבוק, והם מגיעים לקהל גדול שכן פוסט הוא קצר, נגיש ומחבר. ולעיתים תמונה שווה אלף מילים. לפני שנתיים בערך, בימי הקורונה, פורסם בפסיכואקטואליה מאמר שלי שהתבסס על פוסטים שכתבתי באותה תקופה ייחודית שהדיה עדיין שרויים בנפשם של רבים.

**יזהר, בטובו, הרשה לי לבחור מצילומיך כדי לשתף את הקוראים בחוויית הטבע והיצירה מבעד לעיניו הטובות.**



### עד כמה אתה עסוק בטכניקת הצילום?

כל הצילומים שלי נעשים בסמארטפון. היכולת הטכנולוגית נמצאת במכשיר. זהו כלי שמאפשר להראות הלכי הנפש. לאחר הצילום אני מעבד מעט את התמונות בטלפון עצמו - מיישר, משפר את החדות, את האופן שבו מופיעים דמות ורקע במצלמה ומוודא שיש סימטריה והרמוניה. למשל, הפרח ייראה חד והרקע מטושטש. את העריכה הזאת למדתי מתוך התנסות. אני מקפיד לטפל רק במה שמשמר את מה שאני רואה. הצילום בזוויות השונות, הן של המצלמה הן של המיקום לעומת האובייקט המצולם, יוצר ספקטרום של צבעים שהעין אינה רואה במבט הראשון. גם העמידה מול השמש או מאחוריה יוצרת עלילה שונה לתוצר הצילום. למצלמות המתקדמות בסמארטפון יש גם בינה מלאכותית, והיא מעצימה את תוצרי הצילום.

### אתה מוצא פנאי להליכה בטבע ולצילום בשגרת החיים העמוסה?

אכן, בחיי היום יום, בשגרה שיש בה ריבוי משימות בעבודה, בימים רגילים ובזמן חירום, אין פנאי, אבל בתפיסה שלי צריך לשלב בחיים את היצירה ואת ההיטענות כשגרת בריאות הנפש. אני מתכוון רק ל"להציל את המציל", מצב שיש לו חשיבות כמובן, אלא לאחריות אישית, "להציל את עצמי". המשימה שלי היא להקל את סבלו של האחר, והיא מחייבת אותי לשהות באזורים שבהם לנפש יש פוטנציאל רעיל, במצב של מתח מתמיד מסוכן ושוחק. במצב כזה כל אחד צריך לטפל בעצמו ולא "להיות על הקצה". אני צריך לדאוג לעצמי כדי לנהוג באחריות חברתית ולסייע לאחר. אם נפשי לא תהיה פנויה וערה למרחב גדול של ניואנסים רגשיים, כיצד אוכל לסייע לאחר? מאחר שאני מודע לעניין הזה, וחשוב לי מאוד להיטען, גם כשאני נוסע לשיבות הרחק מהבית אני מגיע למקום שעה לפני הישיבה ומשוטט בטבע סביב. כשאני יוצא לעבודה בזריחה אני משלב הליכה בטבע, וכך גם בשקיעה ובסופי השבוע.

### האם היצירה היא גם כלי תקשורת מבחינתך?

לעיתים אדם שיוצר משהו רוצה שהיצירה תתקשר עם האחר, תאפשר לאחר עולם של השלכות, תיצור הדים. ביצירה יש ארבעה שלבים: חוויה, צילום, עיבוד ופרסום. שיתוף ביצירה עונה על היבטים נרקיסיסטיים בריאים של נראות וגם נותן תוקף לחוויה שלי ושל המתבונן המזדהה עימה. הצילום שלי הוא אינטואיטיבי כאמור, ואחריו מגיעה התבוננות ופרשנות בדיעבד. הפרסום מעלה פרשנויות נוספות. כאן אני מחבר את זה שוב לאבי ז"ל: הוא נתן פרשנויות לתנ"ך, ואחר כך נחשף לפרשנויות חדשות מאחרים. בתהליך האבל על אבי נכללו קריאה בפרשת השבוע, כל שבוע במשך חצי שנה, וכתובת פרשנות במבט שלומד את מה שמתעורר בי - אינטואיציות ישנות שאני מעלה וקורא וזוכר מדברי אבא. את התבוננות שלי פרסמתי בחוברת למשפחה.

# מבט אקולוגי-מערכתי על ייעוץ להורים

מירי נהרי ואיריס ברנט

כלפי הילד. הם אינם פונים למען עצמם. תשומת הלב של היועץ שיפגוש אותם תתמקד בהם בדרך כלל; הוא יראה בהם את סוכן השינוי שעליו מוטלת האחריות, ולו יש היכולת, ליצור את השינוי אצל הילד.

ייעוץ הורי החל כמתן עצות מעשיות. את העצות וההנחיות הקשורות להיגיינה נתנו בעיקר רופאים, ובעשותם כן סייעו בצמצום תמותת תינוקות. ענף זה התפתח למתן עצות בכל תחומי ההורות, החל בעצות שנתן פרויד, שנגעו בעיקר לעידוד ההורים שלא להחמיר עם ילדם יותר מדי, וכלה בימינו, שבהם עצות ניתנות כמעט בכל תחומי החיים ועוסקות בהתנהלות היום-יומית של הורים וילדים. עם הזמן התרחב תחום העצות להורים ונעשה טיפול בהורים יותר מהכוונה ישירה. כיום הולכת וגדלה הציפייה מההורה לשנות את עצמו כדי שיהיה הורה טוב יותר לילדו. כלומר תחום העצות עבר שינוי מהנחיה מעשית לעבודה פנימית מעמיקה עם ההורה. לכאורה אין תפיסת העולם הזאת מכוונת את ההורה ישירות, אבל מצויות בה הנחיות למה שנחשב בעיני הפסיכולוג להתנהגות הורית נכונה ולפרקטיקות ליישומה.

**אמרת שבעבר התמקדו בהורה ובתהליכים הפנימיים שמתרחשים אצלו כדי לשפר את התנהגות הילד. אני חושבת שבעבר התמקדה הגישה בילד ובבעיה שלו, והשאלה הייתה איך היועץ יכול למצוא את הדרכים לייעץ להורה להיות הורה טוב יותר לילדו כדי שמצבו של הילד יהיה טוב יותר.**

נכון. עולות השאלות מה הן מטרות הייעוץ להורים, את מי מבקשים לשנות ומהי התפיסה בנוגע להורים ולהורות שבבסיס המטרות הללו. כדי לענות על שאלות אלה כדאי להבין את ההיסטוריה של הייעוץ להורים. הפסיכולוג מניח שצריך לתרגם את הידע הפסיכולוגי ההתפתחותי המדעי לעצות שהורים יוכלו להשתמש בהן. מה שאני מכנה כאן "גישת ההתערבות" החלה בסוף המאה ה-19 במדינות אנגלו-אמריקניות מתוך הידע על התפתחות הילד. תחילה היו גישות אלה רפואיות בעיקרן, כמו גישתו של הרופא ד"ר ספוק (Spock), שאף הפך אחר כך למעין גורו של הורים בנוגע לאופן שבו יש לגדל ילדים. לאחר זמן מה יצאו לאור גם ספרי הדרכה פסיכולוגיים ובהם עצות "עשה" ו"אל תעשה" בנושא גידול ילדים. זה היה הבסיס שנחשב אחר כך לדרך ה"נכונה" לגדל ילדים. באמצעות הגישות האלה

ייעוץ והדרכה להורים הוא נושא חשוב, רחב ובעל היסטוריה עתיקה. בתקופת הקורונה עלה הצורך בייעוץ במיוחד. עוד במקורות שלנו ניתן ייעוץ להורים, למשל "חוסך שבטו שונא בנו" (משלי י"ג כ"ד). האם הורים אכן זקוקים לייעוץ? ואם כן, מתי ואיך? פניתי אל איריס ברנט כדי שתשתף אותנו במחשבותיה על הנושא. איריס מציעה תפיסה אקולוגית-מערכתית לייעוץ להורים. היא הייתה נציגת הפי" בננושא הורות במועצה הציבורית להורים בישראל וגם הקימה את "פינת ההורות" בכתב העת פסיכואקטואליה לפני 12 שנים בקירוב. בימים אלה איריס מסיימת לכתוב את עבודת הדוקטורט שלה בנושא הדרכת הורים.

## איריס, תוכלי להציג באופן כללי את הגישה שאת מציעה?

הגישה שאני מציעה משתמשת בידע שנצבר בתחום מתן עצות להורים עד היום, ידע שמתבסס על פסיכולוגיה פסיכואנליטית התפתחותית וידע של טיפול משפחתי. היא מרחיבה את בסיס הידע הזה בגישתו של הפסיכולוג ברונפנברנר (Bronfenbrenner, 1979) שפיתח תאוריה אקולוגית של התפתחות האדם. ברונפנברנר הוביל לשינוי הפרספקטיבה של הבנת התפתחות הילד בהדגישו את ההשפעה הרבה שיש לסביבה, לחברה ולתרבות על ההתפתחות של הילד ושל ההורים ואת הקשרים ההדדיים המתקיימים ביניהם. התפיסה האקולוגית של ייעוץ להורים משתמשת בתפיסתו של ברונפנברנר ומעבירה אותה אל נקודת המבט של ההורה. שאלתי את עצמי כיצד הסביבה והתרבות שההורה פוגש משפיעות על עיצוב זהותו ועל הפרקטיקות ההוריות שהוא בוחר בהן. ב"סביבה" הכוונה לכל הדמויות שההורה מקיים איתן קשרי גומלין: הילד, אחיו, בן או בת הזוג השותפים לגידול הילד, המורה או הגננת וגם ההשפעות העקיפות על ההורה כמו תרבות הייעוץ להורים. בניתי להורים תפיסת ייעוץ שמאפשרת לפרק את הגורמים השונים בהקשר שבו ההורה פועל, גורמים שעשויים לתרום לעיצוב הבעיה, ולהשתמש בידע הזה כדי לחשוב עם ההורה יחד על דרכים להקטין את בעיית הילד או לפותרה.

## מה מאפיין את הייעוץ המקובל להורים?

בדרך כלל הורים פונים לייעוץ משום שהם מודאגים בנוגע לילדם. הם מצפים לקבל עצה, "כלים", הנחיה כיצד לנהוג

כנורמלי. נשים וגברים מרגישים שהם חייבים להביא ילדים לעולם כדרך להגדיר את עצמם כבני אדם שלמים. בתפיסה שאני מציעה יש דיאלוג שמאפשר להכליל את המתחים ואת הניגודים הסותרים הללו. הגישה של ברונפנברנר מאפשרת להמשיג את האינטראקציה של האדם עם הסביבה מתוך התמקדות באופן שבו האדם תופס את המציאות הזאת. ברונפנברנר סבר שהאדם פעיל בהתמודדותו עם הסביבה. המומחה אינו יכול או כול יודע, וההורה נתפס כנוכח, חושב ופעיל במפגשו עם היועץ. העצה הנכונה ביותר בתפיסה האקולוגית-מערכתית אינה העצה המקצועית המדעית אלא היא פתרון שנוצר בדיאלוג ובהתייחסות לכל המערכת - הילד, ההורה או ההורים, האחים, מערכת החינוך. מחשבה זאת היא שעומדת במרכז הגישה האקולוגית-מערכתית.

### את מציעה גישה ייעוץ אחרת?

לפני עשר שנים ויותר התפתחה גישה ייעוץ אחרת בתגובה על השיח הפטרוני המדעי על הורות. הגישה הזאת מבוססת בעיקרה על חוקרים מתחום הסוציולוגיה, האנתרופולוגיה, על חוקרי מדיניות חברתית של הורים ומעט על פסיכולוגיה, ויש בה ניתוח חברתי של הורות. בשנת 2010 הקימו פורדי (Furedi) ולי (Lee) מרכז מחקר באוניברסיטת קנט באנגליה, - Centre of Parenting Culture Studies - על פי טענתם המרכזית, גידול ילדים והורות הם שתי סוגיות חברתיות נפרדות. הורות, Parenthood, היא ביולוגית, וגידול ילדים הוא Parenting. גידול ילדים הפך את ההורות למערכת של מיומנויות נרכשות שכל הורה חייב לרכוש. כלומר ההורות בחברה המודרנית המערבית הופרדה מתהליך ההולדה או מההתנהגות היום-יומית של גידול ילדים ונוצר תפקיד חברתי שדורש לימוד, הכשרה, התמקצעות, אינטנסיביות והשקעת זמן, אנרגיה וכסף. חלק אינטגרלי מהורות זאת הוא צריכת עצות. לדברי פורדי ולי (2005), התפיסה היא שאם לא יקבל ההורה את העצות של איש המקצוע, עלול הילד להיפגע. יתרה מכך, האחריות לתוצאות התפתחות הילד מוטלת במלואה על כתפי ההורה. חוקרי תרבות ההורות טענו שנעשה מעבר מהורות שמתאפיינת בקשרים משפחתיים או שבטיים להורות שבה ההורה הוא כול יכול מצד אחד, ולכן צפוי להיות אשם אם משתבש משהו, אך זקוק לעצות מצד אחר. החוקרים טענו שהיועצים אינם מתייחסים להורים כאל מי שיש להם ניסיון מצטבר, כאל מי שיכולים ללמוד מניסיון עצמי של מה שהם למדו בילדותם, כאל מי שיש להם חלומות, ערכים ונורמות חברתיות משלהם, אלא כאל מי שאינם מסוגלים להיות הורים ללא הדרכה, הכוונה או פיקוח.

יצרו המומחים המייעצים תרבות שהגדירה מהי הורות נכונה. הייתה הנחה שיש ידע אחד מוסכם ונכון להורות נכונה, ומתפיסה זאת התפתחה, באופן טבעי כמעט, התפיסה שעל ההורה הטוב לקבל את העצות וליישמן.

### כלומר ההורה אינו יודע להיות הורה טוב ולכן הוא זקוק להדרכה ולעצות שעליו ליישמן כדי להיות הורה טוב?

לכאורה זה נכון. וכאן באמת מתחיל המתח בין הורים ובין יועצים. מצד אחד הפסיכולוגיה טוענת שההורות היא ביולוגית, ולכן ההורה נתפס כמצויד ברצון טבעי להשקיע אנרגיה וזמן בילד, ועל כן מצפים ממנו לרצות לחפש עצות לגידולו. מצד אחר, לפי בסיס התאוריה הפסיכודינמית של פרויד וממשיכיו, ההורה הוא פגום בדרך כלל, יש לו קונפליקטים פנימיים שהוא אינו מודע להם, ועל כן הוא יפגע בילד. ויש עוד בעיה אימננטית - תחום הייעוץ הפסיכולוגי יצר ציפייה ולפיה אכן קיימת עצה אובייקטיבית נכונה, אף שהידע וההנחיה אינם אחידים. במשך כל השנים נעו הפסיכולוגים בין גישה הייעוץ המאפשרת ובין הגישה הסמכותנית. תנועה זאת מתרחשת גם היום, והורים מרגישים מבלבלים. בעיה אחרת נוגעת בציפייה שהיועץ ייתן הנחיה ברורה, אבל תחום הידע הפסיכולוגיסטי אינו מצייד את ההורים בהוראות ברורות באמת כיצד עליהם לנהוג.

עניין חשוב ומיוחד לישראל קשור להיותה מדינה שמתבססת על הגירה, ולכן יש בה מגוון רב של התנהגויות הוריות שונות. אלמוג (2004) זיהה 26 סגנונות הורות שונים. מצד אחד ישנה בישראל מורשת שמושפעת בעיקר מהחברה ומהתרבות המסורתית ולפיה ישנן הנחיות ברורות לגידול ילדים. בגישה זאת מבליטים את המחויבות לחברה ולא את צורכי הילד. מצד אחר אנחנו חיים בארץ רוויית מתחים. המתח הביטחוני של חיים באיום קיומי - המלחמות, האובדנים - מדגיש את המחויבות לילד, לביטחון ולאשרו. דוגמה מובהקת במיוחד היא הפער בין הדגשת הגישה "הילד במרכז" (Child Centeredness) עד הגיעו לגיל גיוס ובין הצורך לשלוח אותו לשרת בצבא משום שכעת המדינה במרכז.

וצריך להוסיף עוד עניין. אחוז האימהות בישראל הוא מהגבוהים ביותר ב-OECD. יתרה מכך, 77 אחוזים בקירוב מהאימהות עובדות גם כשגיל ילדיהן צעיר. כלומר ילדים מתחילים להיכנס למערכת החינוך בגיל צעיר מאוד בהשוואה למדינות מערביות אחרות. יש כאן מעין סתירה בין תפיסת הילד במרכז שממליצה על התקשרות הורית (Parenting attachment), כלומר על האם להישאר בבית ולטפל בילד, ובין התרבות שבה האם יוצאת לעבודה ומזניחה את הילד לכאורה. אפשר להוסיף כאן את חשיבות הערך של ההורות בישראל - ההורות מגדירה את האדם

כך החזירה את המנדט לקונגרס ואמרה שאינה יכולה להציע תשובות על השאלות שהתבקשה לענות עליהן.

### איך היית רוצה לראות את המודל שלך במציאות?

בתפיסה שלי ביעוץ להורים נכללת המערכת האקולוגית המקיפה את ההורה. הייתי רוצה שתהיה בארץ מדיניות לאומית מסודרת שמאפשרת לכל הורה לקבל ייעוץ, ללא אבחנה קלינית של הילד שמקטלגת אותו ומשפיעה על ההורים, על הילד ועל המפגש שלהם עם היועץ. הייתי רוצה שלהורים תהיה נגישות ליעוץ בתחנה מתאימה, בסגנון Walk-In-Clinic, ששם יוכלו לשתף איש מקצוע ולקבל הדרכה מתוך דיאלוג שיעזור להם לברר מהי הדרך הטובה והמתאימה להם ביותר להתמודד עם הנושא שבגיניו הגיעו להתייעצות. לדעתי, כאשר הורה מגיע להתייעצות עשוי המפגש איתו להתקיים משלוש נקודות מבט: מנקודת מבטו של המומחה לפסיכולוגיה התפתחותית שיעוץ עצה מקצועית; מנקודת מבט מקצועית של הגישה המשפחתית ולפיה הבעיה היא מערכתית וקשורה ליחסים בתוך המשפחה; ומנקודת מבט ולפיה אין עצה אובייקטיבית מדעית נכונה אלא בעיה מורכבת שיש בה שלושה מוקדים: 1. מוקד האדם על תהליכיו הפנימיים הנפשיים, כלומר האם, האב, הילד וכל אחד מחברי המערכת שמביא את נקודת מבטו ואת עצמו; 2. מוקד היחסים במערכת של כל אחד מבני המשפחה עם המערכת שהם נמצאים בה - ההורה עם הילד, עם בן או בת הזוג, עם המורה וכן הלאה; 3. מוקד של הבנה ופירוק האופן שבו תרבות הייעוץ, השיח על הורים וציפיות החברה מהם הם מקצת הגורמים המעצבים את דרכי ההתמודדות שהורה נוקט. למשל, האם ההורה יכול לשוחח עם הגננת בחופשיות ולהבין את מצבו של הילד, או שהוא מרגיש מואשם כל כך ולכן מתקשה לנהל שיחה גלויה ופשוטה עם הגננת כדי לחשוב יחד על הבנת הבעיה ומציאת הדרכים להתמודד איתה?

**אם הבנתי נכון, לעומת התפיסה של "אנחנו, אנשי המקצוע, יודעים מה נכון ואתם תלמדו" את מציעה תפיסה ולפיה ההיועצות נעשית עם איש המקצוע, אבל המוקד הוא הדיאלוג בין איש המקצוע ובין המשפחה.**

נכון. אני אכן מוסיפה את הדיאלוג, את הרעיון שפעמים רבות תרבות העצות להורים היא שעיצבה את הבעיה והשפיעה על יצירתה. אני גם מוסיפה שיש להביא בחשבון את הסביבה של הילד כחלק מהדרך להתמודד עם אתגרים וקשיים שלו. כלומר לפעמים הורה מגיע ליעוץ אל פסיכולוג ש"יודע" איך לגדל ילדים לפי הדרכים ה"נכונות"; יש יעוץ שרואים בו את המורכבות של המשפחה, של ההורה עצמו ושל החברה על

**פעם לא עסקו במובהק במושג "הורות". ילדים גדלו "ברקע של ההורים". עם הזמן התפתחה תפיסה ולפיה ההורה אחראי לכל מה שקורה לילד בבגרותו, כלומר ההורים אשמים אם התוצאה אינה טובה. תפיסה זאת אינה תואמת את התפיסה שאת מציגה?**

נכון. הרבה יותר קל להטיל את כל האחריות על ההורים במקום שהמדינה תשקיע בתכנון חברתי, תכנון שייתן מענה על צרכי הילדים וההורים. במובן הזה אכן צריך שבט שלם כדי לגדל ילד. כאשר אני משוחחת עם הורים אני מפרקת את ההשפעות של השיח החברתי והשיח המקצועי על הורים שמתייעצים איתי. כלומר אני בודקת כיצד ההורה תופס את השפעות התרבות על תפקיד ההורה, את הציפיות הגבוהות והסותרות ואת ההרגשה שיש משטרת הורים וכיצד דברים אלה משתקפים בזהות ההורית ובפרקטיקות שההורים נוקטים. לדעתי, הורים יכולים לדלות ידע גם ממקומות נוספים ולא רק מהידע המקצועי. למשל, יש פתרונות שנלמדים מתוך מה שההורים ראו שהוריהם עשו, או לא עשו; יש התנהלויות שהורים לומדים מאחד הילדים שלהם; יש הורים שלומדים מתוך השיח עם בן או בת הזוג ומתוך אהבתם את הילד והרצון להגן עליו. במקום לבנות את ההורות מתוך מודל של ידע פטרוני מדעי יסמכו ההורים על עצמם, על התפיסות וההבנות שלהם ויחליטו שהם הורים טובים כמו שהם. התפיסה הזאת על הורות שתלויה בידע המקצועי החלישה את ההורה ופגעה בהערכתו העצמית. אני מציעה תפיסה שמעצימה את ההורה, שאומרת להורה שיש לו דעות ורצונות ומחשבות שספג מהוריו, מהחברה ומהאופן שהוא מסתכל על קושי. תפיסה כזאת מעצימה את ההתנהלות של האדם כהורה. פורדי (Furedi, 2002) טען בספרו שהגישה של תרבות הייעוץ להורים יצרה הורים שרואים סכנות סביבם כל הזמן, מרגישים שהם עלולים להזיק לילדיהם, שילדיהם זקוקים להגנה ושהם עצמם אינם הורים טובים דיים.

כבר הזכרתי את המשפט הידוע "צריך שבט שלם כדי לגדל ילד". לעומת תפיסה זאת באה התפיסה המדעית ולפיה רופאים ופסיכולוגים מציעים מודל אחד נכון לגידול ילדים, וההורים צריכים ללמוד אותו. על הבסיס הזה נבנתה תעשייה שלמה של ספרי הדרכה להורים, קורסים להורים, הדרכות "איך להיות הורים טובים", והתפתחה תרבות שבה ההורים אמורים לצרוך את הידע המקצועי וליישם אותו כדי להיות הורים טובים. בהקשר זה יש אנקדוטה מעניינת: בשנת 1965 הזמין הקונגרס האמריקני את ד"ר ספוק (Spock), את אלפרד אדלר (Adler) ואת מרגרט מיד (Mead) לנסח נייר עמדה שיעסוק בשאלות כגון איך לגדל ילדים מאושרים, מה ילדים צריכים ואיך נדע שהורים גידלו את ילדיהם נכון. במשך שנתיים עבדה הקבוצה המכובדת הזאת יחדיו ואחר

הרעיונות והפתרונות שההורה, הילד או אני עצמי מביאים למפגש ומאפשרים להורה ולילד להיות מי שהם באופן המתאים ביותר לילד ולמשפחתו. התרבות שאומרת להורה שיש רק דרך אחת לפעול על פיה - ובייחוד בחברה שלנו, חברה רב־תרבותית שיש בה דרכים שונות לגידול ילדים - מחלישה אותו. אני מבקשת לחזק את ההורה בשיח משותף עם היועצת. לשיח זה היועצת מביאה ידע וניסיון, ונשאלות בו שאלות שיעזרו להורה להשתחרר מהכבלים של המשטור החברתי. בעזרתם הוא יוכל לחשוב עצמאית על תפקיד ההורה בדרך המתאימה לו.

מאפייניה; ויש מצבים שהתרבות של הייעוץ המקצועי עצמה פוגעת ביכולת ההורה לתפקד כהורה. מאחר שאנחנו חיים בתרבות שבה החברה אומרת לנו שיש דרך נכונה ולא נכונה לגדל ילד, וצריך לעשות כך ולא כך, מגיע ההורה לייעוץ בציפייה שמומחה יגיד לו מה עליו לעשות או לא לעשות. אני רוצה לפרק את השיח הזה שמעצב את ההתנהגויות שההורה בוחר בהן כדי שיהיה חופשי מהמשטור החברתי ויוכל לחשוב ביצירתיות ובעצמאות על הפתרונות הזמינים לו ועל מטרותיו בקשר לילדו. מתוך הפירוק הזה אני רואה בכל פעם מחדש את שפע

המשך מעמוד 24

טיפול בשחיקת העובדים בבתי החולים - בין הארגוני לנפשי

ציינתי את הצורך בשילוב כוחות בין הנהלת הארגון לשירות הפסיכוסוציאלי של בית החולים כדי להביא לידי הקטנת השחיקה במערכת. שיתוף פעולה מיטבי בין גורמים אלה עשוי ליצור מענה מקיף.

בחלקו האחרון של המאמר הצגתי את האופן שנבנית בו התערבות פסיכולוגית קבוצתית במרפאת ביחד דרך תיאור מקרה. הבהרתי את חשיבותם של מרחבים קבוצתיים ל"תמיכת עמיתים" שמופיעים רבות בספרות על שחיקה (De Hert, 2020). מרחבים אלה יוצרים מקום שאפשר לדבר בו, להיתמך, לשתף ולעבד חוויות טראומטיות משותפות מתוך חיי בית החולים בלי שיפוט. בניית מרחבים כאלה היא תהליך מורכב שנדרשים לו זמן, סבלנות ואמונה. להבנתי, על הפסיכולוג להכיר בחשיבותו של מרחב זה ולהכיר את התמות שבהן יכול מרחב כזה לעסוק כדי לתרום להפחתת השחיקה בקרב העובדים בבית החולים. באמצעות המרחב נדע לזהות מתי נדרשת התערבות נפשית ומתי מדובר בצורך של המערכת בשינוי בארגון דווקא.

כדי לתקף ולבסס את מודל העבודה שהצגתי יש צורך בעוד מחקר וביצירת מודלים נוספים ומבוססים להתערבויות קבוצתיות בתחום השחיקה בעבודה בקרב צוותי רפואה. מחקר כזה יוכל לסייע בבחינת יעילותן של ההתערבויות השונות לצוותים הסובלים משחיקה, מטרואומטיזציה משנית ועקיפה ומפציעה מוסרית. בעזרתו יהיה אפשר לזקק את הכלים ואת ההתערבויות המוצעים לבעלי המקצוע במערכות חשובות אלה, לדייק בהם ולמנוע משברים אישיים ומשברים בארגון כאחד.

להן שהן הגיעו אל התפקיד הרגיש והחשוב הזה כדי ללוות אנשים ברגעים עוצמתיים בחייהם. ובשם ה"משמעות" הן בוחרות בהתמסרות טוטלית, אך נותרות מרוקנות בסוף יום העבודה ומרגישות שכל האנרגיות נשאבו מהן. התכנים הקשים שהן פוגשות והאנשים הסובלים שפגשו ביום העבודה מלווים אותן גם בביתן, והן מתקשות לעבור מהעבודה אל ה"בית".

המפגשים הולידו הבנה מעמיקה על "הרווח המשוני" המדומיין בפנטזיית ההצלה. כדי להציב גבולות בהתמודדות עם רגשות אלה למדנו יחד כלים לזיהוי הגבול של כל אחת מתוך הכרה שלכל אחת ישנם גבולות שונים. שמנו לב פנימה, דרך תרגול מיינדפולנס לגוף, לרגשות ולמחשבות כדי לזהות את חציית הגבול הפנימי שלנו בזמן אמת. פרדס (פרדס ובן־נון, 2014) כינתה זאת בעבודתה היכרות עם "גלאי עשן" פנימי שלנו, כדי שנוכל להבחין בהפעלתו ולעזור לעצמנו. נתנו לגיטימציה וחשיבות להנחת גבולות ולימדנו אותן לשמור על עצמן דרך בירור משאביהם הפנימיים.

## סיכום

במאמר זה סקרתי את מושג השחיקה בארגון ובנפש הפרט. הצגתי בו את ההבנה שמשבר השחיקה במערכת הבריאות מעלה צורך בשינויים גדולים בארגון עצמו ובבניית כלים יעילים לטיפול נפשי כדי לסייע לעובדים. הצגתי את מרפאת ביחד של בית החולים שיבא, את מודל הפסק"ה ותיאורי מקרה כדי לזקק את תרומתה הייחודית של התמיכה הפסיכולוגית לצמצום שחיקה אצל הפרט ובקבוצה. כן

## לפינת הפרופיל בחרנו הפעם בישי שליף,

השירות הפסיכולוגי החינוכי במודיעין עלית במשך 30 שנים<sup>1</sup>. בעבר היה יו"ר ועד איגוד המנהלים של השירותים הפסיכולוגיים החינוכיים (שפ"ח), ובמשך שבע השנים עד 2021 שימש יו"ר הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה חינוכית. ישי מומחה ומוביל את הגישה הנרטיבית בטיפול. הוא גם מיישם כיום את תחום הטיפול הנרטיבי גם בתחום הייעוץ



הארגוני. כבר בתחילת דרכו המקצועית התמחה בהתערבויות בקהילה במצבי חירום והוא ממשיך להנחות סדנאות בנושא בכנסים מקצועיים ובמסגרות עבודה שונות (בדרך כלל עם הפסיכולוגית רחל פארן) זה עשרות שנים. בתחילת שנות האלפיים היה שותף ליוזמה ופיתוח של הגישה "קש"ר: קשב ושיח רב־תרבותי - ליצירת שיח מוגן בנושאים קונפליקטואליים<sup>2</sup> על בסיס הגישה הנרטיבית. ישי, הפסיכולוג החרדי הראשון יליד ישראל, היה פורץ דרך בעידוד הצטרפותם של חרדים נוספים למקצוע. בהוקרה על תרומתו הרבה לפסיכולוגיה החינוכית הציבורית במשך השנים קיבל פרס מפעל חיים בכנס החטיבה החינוכית האחרון שהתקיים ב־2022. ישי ממשיך בדרכו הפעילה ולאחרונה יוזם הקמת קבוצות של מעגלי קשב ושיח מוגן בין קבוצות בעימות בשיתוף עם הפ"י.

### ערכה: שרונה מיטל

ללמוד כל מה שרציתי. למה בחרתי בפסיכולוגיה? כי עבדתי כמדריך בישיבה של הרבה בחורים מחוץ לארץ, והיו בחורים שהסתובבו וטיילו בעולם ועברו בארץ ובאו לטעום טעמה של תורה. השיחות איתם קיבלו פן של ייעוץ, ובעקבות זה חשבתי שפסיכולוגיה תתאים לי ואני אתאים לה. הגעתי ללימודים האלה אחרי לימודים בישיבה וכולל כאמור, מגיל 16 ועד 30, וזה לא דבר מצוי שאדם כמוני ילך לאקדמיה, ועל אחת כמה וכמה ללמוד פסיכולוגיה. עד כמה שידוע לי הייתי פורץ דרך בהיותי הפסיכולוג החרדי הישראלי הראשון. למדתי באוניברסיטה העברית מ־1987 עד 1994.

#### נתקלת בהתנגדות בקהילה שלך כשבחרת ללמוד פסיכולוגיה?

במשך שנתיים למדתי פסיכולוגיה בסתר. רק אשתי והוריי היו שותפים לסוד. חוץ מהם איש לא ידע שאני לומד פסיכולוגיה. וכשדיברתי על כך בגלוי אמרו כולם, מנטורי קרתא ועד אורתודוקסים מודרניים, שהגיע הזמן שיהיו פסיכולוגים שיוכלו להכיר ולהבין את אורחות החיים של העדה החרדית.

#### נתחיל בראשית דרכך בלימודים ובעבודה. איך מגיע אדם חרדי ללימודי פסיכולוגיה?

אני יליד חיפה. גרנו בחיפה כי אבא שלי היה איש חיל הים. עד כיתה ד' למדתי בבית הספר הריאלי בחיפה ואחר כך, עד סוף היסודי, למדתי בסביון. עברנו לסביון כי אבי התחיל לעבוד בתעשייה האווירית. בסוף כיתה ח' עברתי לישיבה תיכונית, ואחרי ש"קפצתי כיתה", בכיתה י"א, הלכתי ללמוד בישיבה ולמדתי בכולל, גם אחרי הנישואים שלי, עד גיל 30 בערך. כשגמרתי את הלימודים והחלטתי ללמוד מקצוע עשיתי שלב ב' בצבא והייתי רב צבאי במילואים הרבה שנים.

#### ולמה החלטת ללמוד פסיכולוגיה דווקא?

באמת התלבטתי בין פסיכולוגיה ובין מחשבים. עזבתי את הלימודים אחרי כיתה י"א כאמור, ולא קיבלתי תעודת בגרות. בגיל 30 יכולתי להירשם לאוניברסיטה בלי בגרות, רק על סמך ציון הפסיכומטרי, והפסיכומטרי שלי אפשר לי

<sup>1</sup>חלקים מכתבת הפרופיל לקוחים מריאיון שנערך לכתבה "Can We Talk? Will You Listen?" Jerusalem Report, May 8, 2023 ומדברים שאמר ישי כשקיבל פרס מפעל חיים מהחטיבה לפסיכולוגיה חינוכית בהפ"י ב־2022.

<sup>2</sup>שליף, י, ליתן, א' ופארן, ר' (2007). קש"ר: קשב ושיח רב תרבותי יצירת שיח מוגן בנושאים קונפליקטואליים. ירושלים: מחלקת פרסומים, משרד החינוך. <https://cms.education.gov.il/NR/rdonlyres/25A913DD-F76C-4F18-8B8D-139F709CC8DD/91599/hakdamavemavo.pdf>



נוסף שאני עוסק בו היום הוא הקמת תוכניות ללימודי מוסמך בפסיכולוגיה לקהילה החרדית.

### בנוגע לעתיד הפסיכולוגיה החינוכית אמר ישי:

בתחום הפסיכולוגיה החינוכית נעשה שינוי גדול מאוד ב־30 השנים האחרונות - מעבודה שהייתה בעיקרה בנויה על שיבוץ פסיכולוגים במסגרות, לעבודה שהיום הרבה יותר מורכבת לתחומים רבים ומגוונים, באמצעות מקורות מימון שונים, והענקת הבחירה של איזה תוכניות יפעיל הפסיכולוג נעשית יותר ויותר על ידי המסגרות. היום יש לצרכנים של הפסיכולוגיה החינוכית הרבה יותר בחירה, ולכן אנחנו מוכרחים לשווק ולמכור את התחום ולגייס אליו אנשים. המצב הכלכלי הרבה יותר מורכב ומגוון. וזה השינוי "על רגל אחת", והוא ילך ויתעצם.

### ועל איזה פתרון אתה ממליץ?

אני חושב שצריך לראות בדברים הזדמנות ולא דווקא סכנה. ואכן, הפילוסופיה של החיים שלי היא לראות בקשיים אתגרים ולא סכנות.

### כאשר ריאיון שלמה מיטל את ישי לג'רוסלם רפורט הוא שאל אותו: אתה מרפא אנשים בעזרת סיפורים. אתה מומחה לטיפול נרטיבי. כיצד סיפורים מרפאים?

אנחנו מאמינים שהחיים הם כמו בנין רב־קומות, ובאנגלית ל"רב־קומות" (multi-story) יש משמעות כפולה. הבעיה היא שלעיתים קרובות לאנשים יש סיפור חד־קומתי בחייהם ולא רב־קומתי. וכשאנחנו מראיינים אנשים שמגיעים אלינו לעזרה אנחנו מתחילים בהנחה שיש יותר מסיפור אחד בחייהם. אנחנו מחפשים איתם יחד "תוצאות ייחודיות" או יוצאים מן הכלל לסיפור הבעייתי (unique outcomes) בחייהם עצמם. אנחנו מניחים שיש להם ידע חיים, ואם נצליח לחשוף אותו ולהתחבר אליו נוכל ליצור סיפור מועדף.

לכל סוג טיפול יש מטפורה שמביעה את המשמעות של אופן הפעולה של הטיפול. שימוש במטפורה נרטיבית הוא חלק מהאמונה שלנו שהחיים הרבה יותר גמישים ממה שחשבו מומחי טיפול קודמים. כשאתה מדבר על גישה מבנית להבנת אנשים, גישה שבה אנחנו מתייגים אנשים, המשמעות היא שאנחנו אומרים שאדם הוא כזה, או כזה, או כזה, וקשה מאוד לשנות מבנה; אבל הסיפור גמיש מאוד, והחזקת מטפורה גמישה מאפשרת שינוי בריא.

### כאילו תחומים עסקת במשך השנים מלבד העיסוק בגישה הנרטיבית?

### ספר קצת על המשפחה שלך.

אני נשוי לדינה, אישה נהדרת, מרפאה בעיסוק, ויש לנו שלושה ילדים - שתי בנות ובן ו־15 נכדים (עד כה). אנשים שואלים, "רק שלושה ילדים?" ואני אומר שאנחנו אומרים תודה גם על השלושה. לא כל דבר בא בהזמנה.

### בעת קבלת פרס מפעל חיים בשנה האחרונה סיפר ישי קצת יותר על תשוקתו לעבודה כפסיכולוג ועל הקדשת חייו המקצועיים לעבודה הציבורית. להלן קטע מדבריו.

מאיפה הג'וק הזה שלעבוד לצורכי ציבור זה הרבה עבודה ואין מתן שכר בצידה? [כאן פירט ישי על הפעולות הכרוכות בניהול תחנה, על תיאומים עם שפ"י ברמה המחוזית והארצית] הכול דורש סבלנות. מתנדבים צריכים המון, המון סבלנות ותהליכים קורים לאט. אז מאיפה הג'וק הזה? מאז שהודיעו לי על קבלת הפרס בשבועיים האחרונים חשבתי על השורשים. אני רוצה להזכיר את הסבים שלי וההורים שלי, שכולם עסקו בצורכי ציבור. סבא היה עסקן בפדרציה הציונית באנגליה, ובשונה מאחרים עלה ארצה. קיים את מה שדרש מאחרים. הסבא השני עלה לארץ ישראל מאוקראינה אחרי מלחמת העולם הראשונה, ומעבר לעבודה של סיתות אבנים בירושלים, כחלק מעבודה עברית, עסק בקליטת עולים שהגיעו אחריו ובין השאר התברר ששלח את העולים לקבל הלוואה מהבנק שהלווים לא ידעו שהמממן היה הוא עצמו. אבי עסק בצורכי ציבור, היה קצין בחיל הים ועסק בפיתוח הסטי"לים וטילי גבריאל. אימי עסקה בצורכי ציבור כחברת ועד וגזברית ועד המורים בברי"אילן גם שנים רבות אל תוך הפנסיה. אז כנראה שמהו עובר בגנים! אני מסביר לצוות שלי בשפ"ח שחלק מתפקידנו בהנהגת השירות הציבורי הוא לדחוף אנשים להיכנס לתפקידים ולתרום מה שיכולים.

### לקראת הריאיון איתו ביקשנו מישי להוסיף ולספר על חלומותיו ומטרותיו המקצועיים לעתיד.

יש לי חלום שאני משקיע בו, אם כי לא מספיק, והוא לכתוב שני ספרים. אחד יהיה ספר על עבודה נרטיבית בעברית ויהיו בו התרגילים שאנחנו משתמשים בהם להוראת הגישה הנרטיבית. הספר השני יתאר את העבודה ב־30 שנות השירות הפסיכולוגי במודיעין עילית. בהתחלה עבד בשירות פסיכולוג אחד יום בשבועיים, ועם הזמן הוא התפתח. היום יש בו 50 פסיכולוגים בערך. הספר יתאר את כל מה שכוון בהתפתחות הזאת.

במסגרת ניהול השירות עסקתי גם בקליטת פסיכולוגים עולים רבים, עד כדי כך שהשפ"ח כונה מרכז קליטה. תחום



**הקשבה היא מרכיב חשוב בתוכנית שיח מוגן. חוקרים גילו שמאזין ממוצע זוכר רק 25 אחוזים ממה שנאמר. גם רגע אחרי שנסיים שיחה עם מישהו נזכור, בממוצע, רק חצי ממה שהוא אמר. כלומר ההקשבה שלנו גרועה מאוד. באוניברסיטה ובבתי הספר לא מלמדים הקשבה, אף שזאת מיומנות אנושית חיונית. אולי יש לך תוכנות כיצד להתמודד עם הבעיה הזאת? ישי, איך נוכל לשנות משהו מהותי כל כך כמו חוסר היכולת שלנו להקשיב לאנשים בלי להתפרץ לדבריהם?**

אני חושב שפיתוח סקרנות הוא דרך אחת לפתח את המיומנות הזאת. כלומר להבין שלדברים שאנשים אומרים יש הרבה רבדים. כשמישהו אומר, "אני מרגיש רע עם המצב" אנחנו מניחים שאנחנו יודעים על מה הוא מדבר, אבל מה זה אומר "אני מרגיש רע"? ספר לי על זה, ספר על זה סיפור. שינוי דרך ההקשבה והדיבור בסיפורים מועילים. גיסי היא מספרת סיפורים במקצועה, וכשיש לנו סוף שבוע עם המשפחה ויש ילדים בני שנה או שנתיים ומבוגרים בני 80 ו-90 אנחנו עורכים שעת סיפור אחרי הארוחה, והילדים באים להקשיב. גם בני ה-20 באים להאזין לזה עם הקשישים. למה? כי לסיפור יש כוח להזמין אדם להקשיב. הבעת הערכים וההעדפות בסיפורים ובאנקדוטות היא דרך יעילה מאוד לטיפול הקשבה תכליתית חזקה. אנחנו יכולים לנהל דיאלוג ביעילות באמצעות סיפורים.

**אילו תוכנות נוספות תרצה לחלוק איתנו בנוגע לקשב ולשיח מקרב בין קבוצות בעימות?**

הגישור היה בעבר הדרך המועדפת לגשר על הפער בין יריבים לאויבים, בין בעל לאשתו ובין ילדים להורים, והגישה העיקרית בגישור הייתה חיפוש אחר אינטרסים משותפים. אני חושב שלא זאת הדרך. הדרך היא שכל אחד יספר את הסיפור שלו, ואחרים יקשיבו לו מקרוב. ההתמקדות בהקשבה תיצור את השינוי, ויהיה אפשר לפעול בלי לחץ להגיע לעניין משותף.

באחד הקורסים הראשונים שהעברנו על גישור נרטיבי, בחיפה, השתתפו ערבים ויהודים, דתיים ולא דתיים. הגענו למצב שהערבים הקשיבו להיסטוריה של יהודים שהגיעו

בשנתיים וחצי הראשונות עבדתי במ"א מטה בנימין בד בבד עם העבודה בבתי הספר והייתי חלק מקבוצה רב-מקצועית שהתמחתה בהתערבות בחירום. זה היה בזמן האינתיפאדה, ולמדנו על בשרנו מה זאת עבודה בחירום. כמו כן הוזמנתי שלוש פעמים לרואנדה, באמצעות דלויטש סנטר, המרכז הנרטיבי באוסטרליה שהקים מייקל ווייט, ולימדתי שם. זאת הייתה חוויה משמעותית מאוד מבחינתי.

הייתי מעורב עם משפחות גם בהתנתקות. הייתי שם עם רחל פארן. לפני ההתנתקות באנו לשם להעביר סדנאות ליועצים ולמורים, ואחרי ההתנתקות היינו שותפים ליצירת פרויקט "תיעוד משפחתי" שבו ריאיינו 300 משפחות בערך על האופן שבו הן חוו את תהליך ההתנתקות. לא ראינו בזה עבודה טיפולית אלא יצירת סיפור בעל ערך על מה שחוו התושבים. הסיפור הזה יהיה מקור לימוד של כל הנוגעים בדבר על הקשיים וההתמודדויות והכוחות שהיו להם. על העבודה בחירום פרסמתי כמה מאמרים גם בספר סוגיות בפסיכולוגיה חינוכית - מהלכה למעשה בהוצאת משרד החינוך וגם בכתבי עת בין-לאומיים.

בהקשר זה הוסיף ישי והסביר שהחזרה שלו בתשובה נעשתה בהדרגה ומתוך דגש על שינוי שהולך "עם ההורים ולא נגדם". תהליך זה לימד אותו "שיעור לחיים, וכפי שהרב שלי אמר - 'דם זה לא מים', כלומר במשפחה יש כוח מייטיב ותומך. כפסיכולוגים זה מסר חשוב, ואני חושש שמסר חשוב זה על המרכזיות של המשפחה לא חדר מספיק לטיפול הפסיכולוגי חוץ מהטיפול המשפחתי."

**בכתבה לג'רוסלם רפורט ביקשו מישי להתייחס למצב הנוכחי: בזמן האחרון, אחרי כמה חודשי מחאות, לרבים מאיתנו יש הרגשה קשה שעיקרון "ואהבת לרעך" לא נשמר אף שהוא ערך יהודי מרכזי. המיזם על פי תוכנית השיח המוגן שלך מבטיח ותופס תאוצה לאחרונה. מה אנחנו יכולים לעשות מבחינה מעשית כדי ליישם את העיקרון "ואהבת", שהוא עיקרון גדול בתורה לדברי רבי עקיבא?**

אבי, שהיה קצין בכיר בחיל הים, אמר פעם, "נראה שישראלים שונאים אחד את השני... אבל השנאה היא סוג של מערכת יחסים. באמריקה כולם מנומסים מאוד ויש הרבה פחות שנאה, אבל זה בא מתוך חוסר אכפתיות, מאדישות." אני חושב שאם נעצב מחדש את הסיפור ונבין שהשנאה, הצעקות וההפגנות הן בעצם מעשים של אכפתיות, נוכל לעשות שינוי במה שמתפתח מהמצב הנוכחי. הדרך שבה אנחנו מספרים זה לזה את הסיפור היא שיוצרת את ההבדל העצום [באופן ההתייחסות אחד לשני]. אנשים יוצאים להפגין דווקא משום שאכפת לנו כל כך. פעם אמרו שההפך מאהבה היא לא שנאה אלא אדישות. לנו הישראלים אכפת!



ומתי לא היו שיח וקשב פורים. אפיינו את המצבים האלה והגדירו קווים מנחים וכללים כדי שהשיחה תוכל לקדם אותנו. לאחרונה חיברתי עם צוות ההיגוי של המיזם לעידוד "מעגלי שיח מאחה ומוגן" כללים שמתבססים על התוכנית שפיתחנו עם עמיתי במשרד החינוך במסגרת העבודה הרבת־תרבותית.

לסיכום, מדבריו של ישי שליף בריאיון הזה ומהנאמר עליו בדברי ההוקרה כאשר קיבל פרס מפעל חיים בשנה האחרונה נראה שהוא הקדיש, ומוסיף להקדיש, את זמנו ומרצו לפסיכולוגיה החינוכית הציבורית. הוא מצדד בגישה שאינה רואה קשיים ובעיות כאיומים אלא הזדמנויות ואתגרים. הוא מאמין נלהב בגישה נרטיבית לא רק כגישה לטיפול אלא כדרך חיים שמעודדת את הכרת הטוב של האחר ואת קבלת השונות בין אנשים מתוך כבוד.

מאירופה, מהשואה, ואנחנו, היהודים, הקשבנו לסיפורים של הערבים שגורשו מבתיהם ב־1948. אומנם לא הכול השתנה פתאום, אבל בסופו של דבר היינו במקום אחר מזה שהתחלנו בו. העובדה שלא היינו צריכים להגיע לעניין משותף אלא להקשיב לסיפורים של אחרים בלבד היא שאפשרה את השינוי.

**הישראלים נוטים להתווכח ולצעוק יותר משהם מקשיבים ומשוחחים. לפני עשור ויותר היית שותף ליוזמה לעזור לאנשים לעסוק בדיאלוג משמעותי ופורה. איזו עצה היית נותן לאנשי הציבור ולנו כדי שתהיה הסכמה כלשהי בנוגע למצב במדינה? איך אפשר לנהל דיאלוג פורה?**

עצבו יחד קווים מנחים להקשבה: דברו על מצבים שבהם הקשבתם לבני קבוצה שונה מכם וניהלתם איתם שיח

**עשרת הדיברות לשיח מאחה ומוגן**

- א. נאפשר לכל הקולות להישמע תוך חלוקת זמן שוויונית.
- ב. נדבר על עצמנו, מניסיונו ואמונותינו ונימנע מלדבר על אחרים.
- ג. נימנע מהכללות או מהערות על "טבע הדברים".
- ד. נקשיב בפתיחות מתוך רצון להבין את האמונות והדאגות של האחר.
- ה. נשאל ונברר את כוונת דברי האחר ונימנע מהנחות לגבי כוונותיו.
- ו. נקשיב מבלי להתפרץ לדברי השני, למעט כשמתקשים לשמוע.
- ז. נשמור על קשר עין ושפת גוף מקשיבה.
- ח. אין חובה לדבר, ניתן לבקש לדלג.
- ט. נימנע מזלזול ושיפוטיות מכל צורה.
- י. נתאפק ונקשיב גם כשהנאמר קשה לשמיעה.



# מהפסיכולוגיה בעולם

ערכה: ליאת הלפמן

## התמודדותם של עובדי מערכת הבריאות עם שחיקה ומיטביות

יווק מורטי

רב אף יותר על העובדים והעובדות שיוותרו במערכת. מצב זה יפגע בחוסן החברתי והכלכלי של האומה.

מורטי ציין שכדי לתמוך בעובדי מערכת הבריאות ולאפשר להם להמשיך בעבודתם יש לוודא שמתקיימות חמש דרישות: (1) על העובדים לקבל תנאי העסקה נאותים ובהם שכר הולם, ימי חופשה ומחלה במידה מספקת, מדיניות ברורה ונחרצת שמגנה עליהם. מפני אלימות וכן ציוד מגן אישי (מסכות, כפפות, חלוקים וכדומה) בכמות מספקת ובכלל זה עתודות של ממש; (2) צריך להקל את העומס המנהלי המוטל על הצוותים: יש ליצור מערכות תיעוד קלות ונוחות לשימוש ולהגדיל את התיאום בין מערכות של גופים שונים כך שהדרישה לפעולה אנושית תפחת. מורטי ציין שבעקבות יישומה של תוכנית בשם "להיפטר מדברים מטופשים" בהוואי נחסכו אלפי שעות עבודה של צוותי סיעוד; (3) יש לחזק ולשפר את מעטפת בריאות הנפש לצוותי הרפואה; (4) צריך לחזק את ההשקעה הציבורית בתשתיות לבריאות הציבור - מתקציבים לתקנים ולתשתיות במערכת הבריאות עצמה ועד עיסוק במנבאים חברתיים של בריאות כגון מעמד סוציאקונומי, פערי מגדר וגישה לשירותי בריאות בפריפריה הגאוגרפית והחברתית; (5) יש לפתח תרבות שמחזקת מיטביות, תרבות שיש בה מקום להעלאת קשיים ללא סנקציות והיא מודעת להטיות השונות הגלומות בה ופועלת נגדן.

במאמר דעה זה עסק מורטי בשחיקה בקרב עובדי מערכת הבריאות בארצות הברית. השחיקה נוצרה בעקבות מגפת הקורונה, הקשרה הרחב והשפעותיה. אומנם המאמר דן בהתרחשויות בארצות הברית, אבל אפשר לראות הקבלות של ממש לנעשה בישראל. בתחילת דבריו ציין מורטי את הפער בין ההערכה שזכו לה עובדי מערכת הבריאות בתחילת המגפה הכלל עולמית לעומת היעדרה, ואף החלפתה באיומים ובגידופים עם הזמן, בגלל הפחת מידע מסלף (דיסאינפורמציה). עובדי מערכת הבריאות זכו ליחס הזה אף שניצבו בחזית ההתמודדות, ולא רק עם מחלת הקורונה אלא גם עם השפעתה של המגפה הכלל עולמית על הבריאות בכלל ועל בריאות הנפש בפרט, ועקב זאת על מצב החברה.

צוותי הרפואה נאלצו להתמודד לא רק עם חשיפה למחלות אלא גם עם מראות קשים של מטופלים ומטופלות ושל משפחותיהם. הם התמודדו עם המצב אף ששנים רבות לא זכו לתמיכה חומרית ונפשית, העמיסו עליהם מטלות מקצועיות ומנהליות ופגעו בהם פיגועה מוסרית שנבעה מחוסר האפשרות שלהם לתת מענה מקצועי כנדרש בגלל פערים אלה. לפי הדיווחים בארצות הברית, מחצית ויותר מאנשי הצוות הרפואי סובלים. משחיקה ומתסמינים שונים כגון קשיי שינה, דיכאון, חרדה ופוסט-טראומה מאז התפשטות המגפה. לפי נתונים אלה, מיליוני עובדי מערכת הבריאות בארצות הברית צפויים לעזוב אותה בשנה הקרובה. עזיבתם תגרום מחסור מהותי, והוא ייצור עומס

סרקו אותי



Murthy, V. H. (2022, August 18). Confronting health worker burnout and well-being. *New England Journal of Medicine*, 387, 577–579. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2207252>

## שכיחותה של תשישות החמלה בקרב מקצועות טיפוליים וקשריה לחמלה לאחר, לעצמי ולביקורת עצמית

נטליה אונדרייקובה ויוליה חלמובה

על שונות גבוהה בשכיחותה של תשישות החמלה בין פרטים ובין מקצועות ומיקומים. מחקרים שונים הראו שהשונות עשויה להיות קשורה בגורמים כגון חמלה לאחר ולעצמי, הדור שהשתייכו אליו המשיבים והמשיבות, ההערכה שחוו במקום העבודה, מספר השנים במקצוע ואסטרטגיות ההתמודדות.

ניכר שחמלה לאחר ולעצמי עשויה להיות גורם מגן מפני תשישות החמלה. על כן ביקשו מחברות המאמר לבחון את הנושא במדגם של מגוון מקצועות טיפול ומתוך בחינה של ביקורת עצמית כגורם סיכון. במחקר שערך נכלל סקר בקרב 474 משיבותים ממקצועות טיפול וסיעוד שונים: סיעוד, רפואה, רפואת חירום (פרמדיקים), הוראה, פסיכולוגיה, פסיכותרפיה, עבודה סוציאלית, שיטור ואנשי דת. הממצאים העידו על מדדים שונים בקרב מקצועות שונים. תשישות החמלה הייתה הרבה ביותר במקצועות הרפואה (סיעוד, פסיכולוגיה ורפואות.ים) וההוראה ופחותה ביותר בקרב הפסיכותרפיסטיות.ים. החמלה העצמית של הרופאים והרופאות הייתה נמוכה במידה ניכרת מהחמלה העצמית בקרב מקצועות אחרים. לרופאים היה ה-*CS* המדווח הנמוך ביותר לעומת שאר מקצועות הסיעוד. כמו כן נראה שמידת החשיפה לגורמים בעלי פוטנציאל שחיקה (למשל, מספר המטופלים בשבוע) תורמת לפיתוח תשישות חמלה, וביקורת עצמית היא גורם שמנבא תשישות חמלה. כן נמצא שהמשתנים הבלתי תלויים (ביקורת עצמית, חמלה עצמית, חמלה לזולת, שביעות רצון מהחמלה, מספר השנים במקצוע ושעות שבועיות עם לקוח/מטופל) הסבירו 43.8 אחוזים מהשונות בתשישות החמלה. ביקורת עצמית וחמלה עצמית לא תיווכו במידה רבה את ההשפעה של מספר השנים במקצוע ואת מספר שעות העבודה השבועיות על תשישות החמלה. המחברות הציעו לחזק את ההכשרה, בייחוד בקרב מקצועות הרפואה, בניהול ביקורת עצמית וחמלה עצמית ולעסוק בהגבלת שעות העבודה השבועיות.

אונדרייקובה וחלמובה הציעו להתבונן בקשר שבין תשישות החמלה בקרב אנשים ממקצועות הטיפול והסיעוד ובין חמלה לאחר, לעצמי וביקורת עצמית. הן הציעו להגדיר חמלה על פי ג'ן: הרגשה שמתרחשת כאשר רואים את סבלו של אדם אחר ומניעה את הרצון לעזור לו. הן אף הציעו להמשיג את החמלה כבנויה מחמישה מרכיבים, על פי שטראוס: הכרה בסבל, הבנת האוניברסליות של הסבל האנושי, תגובה רגשית לאדם הסובל, סיבולת לאי-נוחות ומוטיבציה לפעול כדי להקל את הסבל. החמלה עשויה להיות מופנית גם פנימה (חמלה עצמית כלפי האובייקט שהוא אני), והיא היפוכה של ביקורת עצמית אשר נכללים בה הערכה מתמדת של העצמי ואחריה רגשות בושה, כישלון, אשמה או חוסר ערך.

לדברי פיג'לי, לעצם מעשה החמלה יש השלכות: במאמצינו להזדהות עם האדם הסובל ולראות דברים מנקודת מבטו עלולים גם אנחנו לסבול בסופו של דבר. אפשר להגדיר תשישות חמלה כמצב של מתח עקב עיסוק בתכנים טראומטיים, בגלל טיפול בטרומה ראשונית (טיפול באדם שחוה טראומה) או טיפול בטרומה משנית (טיפול בבעלי ניסיון בטיפול במי שחוה טראומה). תשישות החמלה תתאפיין בניסיונות להימנע מתזכורות לטרומה, ועקב ההימנעות יפחת העניין שלנו בסבלו של האחר ותקטן יכולתנו לשאת את סבלו. אפשר להמשיג את תשישות החמלה כשילוב של טראומטיזציה משנית ושחיקה. התסמינים המאפיינים את תשישות החמלה הם קוגניטיביים (למשל, ירידה בריכוז, אדישות), רגשיים (למשל, חוסר אונים, חרדה, חוסר תחושה), התנהגותיים (למשל, עצבנות, רגיעה, ערנות יתר), רוחניים (למשל, אובדן מטרה, ספק באמונות קודמות, חוסר סיפוק עצמי), סומטיים (למשל, הזעה, דופק מהיר, סחרחורת), מופיעים ביחסים בין-אישיים (למשל, ירידה ברצון לאינטימיות, בידוד מאחרים, קונפליקטים בין-אישיים מוגברים), ובאים לידי ביטוי גם בביצועי עבודה (למשל, מוטיבציה מופחתת, היעדרות, תשישות). מחקרים מעידים

סקרו אותי



Ondrejková, N., & Halamová, J. (2022). Prevalence of compassion fatigue among helping professions and relationship to compassion for others, self-compassion and self-criticism. *Health and Social Care in the Community*, 30, 1680–1694. <https://doi.org/10.1111/hsc.13741>.

## גורמים שתורמו לשחיקה בקרב מורים בעת מגפת הקורונה

טים פרסלי

ללימודים בעת שהשיבו על השאלון. השאלות בו נגעו למאפייני המורים, ההוראה, התמיכה המנהלית, לחרדה הקשורה למגפה ולקשיים הקשורים להוראה בעת הזאת. כמו כן היו גם שאלות שנועדו להעריך שחיקה. הגורמים אשר ניבאו שחיקה, מתוך שליטה במשתנים האחרים במודל, היו חרדה בנוגע להוראה, להתמודדות עם הורים, למגפה הכלל עולמית עצמה ולתמיכה המנהלית. הממצאים היו יציבים, ללא תלות במוצא הצוותים, במיקומם ובסוג ההוראה באותה העת.

אם כן, אפשר לראות שגם ההתמודדות האישית וגם ההתמודדות עם דרישות המקצוע החדשות תרמו לשחיקה במידה רבה, והתמיכה מצד המערכת שימשה גורם הגנה מהותי. הממצאים תורמים להבנת גורמי הסיכון שיש לנסות ולמתן למען צוותי הוראה וכדי להבין את חשיבות התמיכה של המערכת במניעת השחיקה בקרב מורים בתקופות לחץ ואחריהן.

המאמר זה, כמו המאמר הקודם, עוסק בעומס הנוסף שהוטל על צוותים בימי הקורונה. הפעם מדובר בצוותי הוראה בארצות הברית. גם במקרה הזה אלה צוותים אשר כבר היו בסיכון גבוה לשחיקה עקב עומס עבודה רב, ריבוי משימות ומערכת תמיכה חסרה. לפני המגפה עמד שיעור המורים העוזבים על שמונה אחוזים בשנה בקירוב. 20-30 אחוזים מהמורות והמורים עזבו בחמש שנות ההוראה הראשונות. בעת המגפה הכלל עולמית היו המורים והמורות חוד החנית בנושא מתן מענה לילדים ולהורים בשעה שהם עצמם נאלצו להסתגל במהירות רבה לסביבה פדגוגית חדשה - וירטואלית, היברידית, בקפסולות ובעלת משאבים מועטים מאוד. בד בבד היה עליהם להתמודד עם המגפה ועם השפעותיה עליהם כפרטים.

פרסלי ערך סקר בקרב מורות ומורים בארצות הברית אשר לימדו חודש לפחות לאחר החזרה

סרקו אותי



Pressley, T. (2021). Factors contributing to teacher burnout during COVID-19.

*Educational Researcher*, 50(5), 325–327. <https://doi.org/10.3102/0013189X211004138>

חצים להתעדכן?  
**היכנסו אלינו לאתר!**  
כל האירועים  
כל הפעילויות  
כל הכנסים

**www.psychology.org.il**

# עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים

כתב וערך: שבתאי מגר<sup>1</sup>

## לתפוס אותם לפני שהם נופלים - הפסיכואנליזה של ההתמוטטות

כריסטופר בולאס | תרגום מאנגלית: אמיר עצמון | הוצאת תולעת ספרים, 2021 | 161 עמ' כולל מפתח ערכים

שמתחיל אי שם במעמקי הים (הילדות), 'מתעורר', גורף עוצמה, צובר תאוצה, מתקדם ומאיים להציף, לשטוף ולפרק את העומד בדרכו (הנפש והגוף). בולאס מנחה לראות את האדם שעומד לפני חוויה חזקה כזאת, ללמוד את קורותיו ומקורותיו, להתחבר איתו ולעשות איתו את המהלכים הטיפוליים באורח אנושי, הדדי ומקצועי ובכלל זה השקעת שעות רבות מעבר לשעה הטיפולית הרגילה.

המטפל המקצועי יודע לצפות את ההתמוטטות, ובזמן התרחשותה הוא נמצא עם המטופל ומלווה אותו בחוויית ההתמוטטות ממש. הזמן הוא גורם חשוב ומכריע. במקרים מתאימים בולאס עורך פגישות במשך יום שלם ואף במשך יומיים או שלושה רצופים. במקרים האלה הוא גם דואג לארגן ליווי של צוות תומך.

בפרק הסיכום בולאס מתמצת היטב את עיקרי הגישה וחוזר ומדגיש את הרגישות ואת האחריות שעל המטפלים לנקוט ביישום מערך טיפולי כזה. הפרק הבא (פרק 13) הוא פרק שאלות. המראיין, סשה בולאס, שואל את כריסטופר בולאס על הספר ועל עבודתו. השאלות מעמתות את בולאס עם הרציונל העומד בבסיס גישתו ועם המהלכים הקיצוניים שבה. הוא נדרש ועונה לשאלות על השוואות בין גישתו ובין הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי. הוא מדבר על מסגרת הטיפול הפסיכואנליטי ועל הזירות החיוניות לשמירתה וכן על חריגות נחוצות שמתבקשות במצבים מיוחדים. בתשובותיו הוא פורס את הבנתו ואת ניסיונו בתפיסת הפסיכואנליזה ומסביר את גיבוש הגישה ואת סגנון העבודה שלו. השיח מחדד את האמירות ואת התיאורים בספר ותורם עוד הבחנות ותובנות על תפיסת חוויית הטיפול בכלל ועל קבלת ההחלטות של המטפל. ספר מעניין, קולח, מעורר מחשבה, מרגש במה שהוא שוטח לפני הקורא ומציע לו מבחינה מקצועית.

מהות מסעו של הספר היא לאתר ולתפוס בזמן איתותים המורים על התמוטטות נפשית צפויה. בולאס מנמק זאת באפשרות הנפתחת להבין את המצוקה המהותית של העצמי; ובאמצעות ההבנה הזאת ההתמוטטות עשויה להפוך לפריצת דרך. בהקדמה כתוב: "ספר זה מוקדש לאתגרים שמציבים מטופלים או אנליזנדים המראים באופן פתאומי או בהדרגה סימנים של התמוטטות, ומסיבות כאלה ואחרות אינם יכולים לקבל מענה באמצעות הגישה הטיפולית השגורה" (עמ' 7). בולאס מציע 'אנליזה מורחבת' כנתיב חלופי לדרכים הרגילות להתמודדות - אשפוז או טיפול בתרופות נוגדות פסיכזה או נוגדות דיכאון. גישתו היא "תגובת נגד לשיטות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי (CBT) והטיפול הדיאלקטי התנהגותי (DBT), אשר יכולות לעכב משבר הכרחי אך לא יורדות לממדי העומק של ההתנהגות הסימפטומטית" (עמ' 8).

בולאס רואה בהתמוטטות כורח פסיכולוגי שמוכתב מהופעתן של סוגיות דחיות בגלל אירועים שנחו בחייו המוקדמים של העצמי או בגלל התפרקות שנובעת מחולשות הטבעיות בו. על אף האימה הכרוכה בהתמוטטות עשוי המפגש עם זיכרונות כואבים מן העבר להפוך את האסון המתקרב למרחב פוטנציאלי שייתכן בו שינוי עמוק.

ההתמוטטות הנפשית מוצגת כחיונית ונחוצה לטיפול ולהשתקמות, ועם זה נדרש מהמטפלים לפעול בתשומת לב ובדייקנות מוקפדת לאיתור הסימנים המזהים את בואה ולקביעת העיתוי המתאים להתערבות הטיפולית. לשם כך מתוארים ונבחנים אפיונים שונים, סימנים ותסמינים מקדימים להתמוטטות ולשבירה. נעזרים בהם כדי לקבוע שלבים והערכות לעוצמת ההתמוטטות ולדרכי הטיפול, ובכלל זה קביעת תדירות המפגשים. התייחסותו של בולאס לבוא ההתמוטטות דומה לגל



<sup>1</sup> שבתאי מגר הוא פסיכולוג ייעוצי-תעסוקתי מומחה, בעל קליניקה פרטית, משורר, מדריך ומנחה קבוצות וסדנאות כתיבה ומנחה ומדריך בער"ן.

## ליפול למעלה - כתיבה עכשווית על גוף בטיפול

עורכת: שנער פנקס־סמט | הוצאת פרדס 2022 | עמ' כולל מקורות 386

התבוננות בו ותחושות גופניות שמתעוררות מתוך האנרגיה בין שני המשוחחים בחדר ובעקבותיה. החלל מלא בשני הגופים, והם מכלל לנפשות החיות בהם. המרחב הטיפולי יכול להיות קפוא ויכול להיות גמיש ונע וזורם. הוא יכול להישאר חוסם ומסתיר, ואפשר לעשותו ער, נושם ונפתח. העיסוק הגלוי בגוף, במצבו ובהחזקתו מסייע להנעת תהליכים טיפוליים בין־אישיים הדדיים. ה'אני' מצטייר ביתר חדות דרך חיבורו לגוף וגם דרך נפרדותו ממנו. המאמרים מלווים בתיאורי מקרים שממחישים יישומים של עקרונות טיפוליים ומעוגנים בתאוריות שונות. תיאורי המקרה הם כר נרחב לחשיבה ולרעיונות יצירתיים למטפלים. הם עשויים להעלות בהם רצון להתנסות בגישה פתוחה יותר לתובנות גופניות וגם להפעלת גופם.

הגוף מדבר. הגוף משַׁדֵּר. הגוף שחקן נוכח במשחק המפגש הטיפולי. מטפלים ומטפלות שאמונים על הטיפול בדיבור מתרכזים בעיקר בשיח המילולי ובקליטת רבדיו ומתמחים בהצעת פרשנויות ותרגומים. להם, ולמטפלים בכלל, מניח הספר, בשלל מאמרים, הזמנה לתקשר עם הגוף היושב והנוכח בחדר, נע ונושם, חסום או חופשי, על עושר הבעות ותנוחותיו והמידע הרב שהוא מקיים ומעביר.

הגוף עצמו, נוכחותו, רישומו, שייכותו לאדם וחיבוריו לנפש, מידת ההתקרבות אל הגוף או קביעת המרחק ממנו, עוצמת המגע איתו ועם המסרים הנובעים ממנו והסודות המוטמנים בו - אלה התכנים והנושאים במאמרים. נידונים ומטופלים גם הרתיעה מהתקרבות גופנית או הריתוק אל הגוף, אופני



## עם הזרם

ז'וריס־קרל הוימנס | תרגום: בני ציפר | הוצאת מודן, 2023 | הוצאת תשע נשמות, 2021 | 104 עמ', כולל אחרית דבר

נע איתו, ונדמה שהגבולות מיטשטשים בין האדם ובין תפיסת מצבו. שאיפותיו ידועות לו, הוא גם יודע לדמיין, אך התפכחות ממצבו המעומעם מביאה אותו מייד להסתגלות למציאות שלו ואף גורמת לו קורטוב הנאה ממנה ומחוסר המאמץ שהוא זוכה לממש. הספר נכתב בסוף המאה ה־19, וגם היום קל לזהות בו דיוקן של אדם שמחפש את עצמו ומחפש משמעות לחייו, תוהה ונודד בגודש היצע שהחברה המודרנית מציעה ונותר ערירי ועירום.

ספר על בדידותו של אדם שלא בהכרח רואה בעצמו אדם בודד, אבל חי כבודד, חושב כבודד ואף מתאווה להיות בודד. גיבור הסיפור, ז'אן פולטן, מעביר את חייו בכיתות רגליים, בחיפוש אחר מקום שיוכל לשבת בו, לאכול, ליהנות ואולי גם לנוח. בדרכיו הוא הולך מדחי אל דחי. לרגעים נדמה שהגורל מאיר לו פנים, והינה הוא נוגע באושרו, אך הרגעים האלה כבים מהר ומצטרפים לְאִשְׁלִיָּה.

ספר על אדם בדיאלוג עם בדידותו ועם הגדרת מצבו הקיומי. הוא נע בתוך חייו, מצבו הקיומי



# כבוד המקצוע, כבוד האדם

עו"ד אדר גרין, עו"ד צ'רלי בוזגלו<sup>1</sup>

לוותר על הדרישות ועלולים להעמידו בבעיה. אנו מציעים להתמודד עם הדרישות המייגעות הללו באמצעות טיפול שונה במהותן, התבוננות בהן דרך פריזמה שונה: **כמעשה של כבוד**. אין אלה דרישות טכניות שמקימות מכשולים בדרך להתערבות הפסיכולוגית המוצלחת, **אלא הן חלק בלתי נפרד מן הכבוד למקצוע והכבוד למטופלים**. יתרה מכך, זוהי התשתית ליצירת יחסי כבוד בין המטפל ובין המטופל. למשל, קבלת הסכמה מדעת מפורשת וברורה לטיפול, יצירת "חוזה טיפולי" מוסכם, קבלת הסכמה משני ההורים לטיפול בילדם הקטין, הפרדה בין רשומה ובין תרשומת אישית, שמירת תיקי הטיפול באופן מסודר - **הן כולן פעולות שבונות יחסי**

**כבוד אל המטופל ואל המפגש בין מטפל ובין מטופל.**

הכבוד הזה מעוגן גם בדרישות החוק. למשל, סעיף 3 לכללי הפסיכולוגים (אתיקה מקצועית), תשנ"ב-1991 קובע: **"פסיכולוג ישמור על כבוד המקצוע ויימנע מכל מעשה העלול לפגוע בכבוד המקצוע"**. וסעיף 110 (א) לחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 קובע: **"מטפל, כל מי שעובד בפיקוחו של המטפל וכן כל עובד אחר של המוסד הרפואי ישמרו על כבודו ועל פרטיותו של המטופל בכל שלבי הטיפול הרפואי"**.

כפועל יוצא מייטיב ומוצלח של היחס המכבד מנעות "תאונות משפטיות" שבהן מטפלים מגלים כי אין ביכולתם להתגונן נגד תלונות או לסייע בידי מטופליהם בגלל מחדלים שהם "טכניים" לכאורה: רשומות לא מסודרות, אי-קבלת הסכמה מהורה, אי-קבלת כתב ויתור סודיות מפורש או כל פעולה נדרשת מסוג זה. ואף שהמטרה אינה התגוננות משפטית אלא טיפול מיטבי, בעת צרה או בעיה מתברר בדרך כלל כי לעבודה המסודרת יש חשיבות גדולה.

בהצלחה!

פניות רבות לייעוץ משפטי שמגיעות אלינו מחברי הפ"י נוגעות לשאלות בעניינים שהם לכאורה בשולי המקצוע, שאלות שלעיתים קרובות אף נושאות ממד טכני כגון מהו היקף החובה לקבל הסכמה מדעת לטיפול, איך למסור רשומה ללקוח, כמה זמן יש לשמור רשומות ואיך לנסח טופס ויתור סודיות.

מאחר שגיליון זה עוסק בשחיקה, ומאחר שלפעמים אנשי מקצוע אינם מבצעים כנדרש את שעליהם לעשות בנושאים שציינו בפסקה הקודמת בגלל השחיקה שהם חווים, מוקדשת הפעם הפינה המשפטית למחשבה על עניינים אלה. שהרי עומס ושחיקה, הרצון להתמקד בעניינים מהותיים ולא בעניינים פרוצדורליים לכאורה ו"סתם" היעדר עניין גורמים לנו לעיתים "לעגל פינות". ואכן, במסגרת הייעוץ לחברי הפ"י נתקלנו במקרים (ולאו דווקא של הפונים עצמם) שבהם הטיפול או ההתערבות הפסיכולוגית נעשו ברצינות רבה, אך פעולות נלוות שנדרשות בחוק לא נעשו עד תום. למשל, מקרה שבו פסיכולוג קיבל לטיפול קטין בהסכמת אחד מהוריו בלבד אשר טען כי הוא האפוטרופוס היחיד של הילד לאחר גירושי הוריו. הפסיכולוג לא וידא כי ההורה שפנה אליו הוא אכן האפוטרופוס היחיד של הקטין וגילה, באיחור, שהוא המשמורן היחיד של הקטין, אך גם ההורה הלא משמורן עדיין מוגדר אפוטרופוס.

במקרים אחרים התברר במסגרת הייעוץ כי הפסיכולוג לא ניהל רשומות מסודרות או לא הפריד בין הרשומות ובין התרשומת האישית שלו. הבעיות צפות כמוכן כשמתקיים סכסוך משפטי והפסיכולוג נדרש להיות חלק ממנו, אם בעדות ואם בתגובה על תלונה שהוגשה נגדו, ואז מאוחר לתקן את המעוות. ברי כי אלה מחדלים שהיה אפשר למנוע אילו הקפיד הפסיכולוג על כל דרישות החוק והאתיקה. ואולם עומס בעבודה, שחיקה או אייחוס חשיבות לעניינים האלה כאמור גורמים לעיתים למטפל

<sup>1</sup> משרד צ'רלי בוזגלו עורכי דין ונוטריון מייעץ להפ"י.

# מיסוי הכנסות משכר דירה למגורים וחובת הדיווח

רו"ח אריה דן<sup>1</sup>

## 2. מסלול מס מופחת בשיעור של עשרה אחוזים

מסלול מופחת על הכנסה משכר דירה למגורים בשיעור של עשרה אחוזים יחול אם יתקיימו התנאים האלה:

- א. הדירה משמשת למגורים בישראל.
- ב. ההכנסה מדמי השכירות אינה הכנסה מעסק לפי סעיף 2(1) בפקודת מס הכנסה.

כאשר ההכנסות החודשיות משכר הדירה עולות על כפל תקרת הפטור (10,942 ₪ לחודש נכון לשנת 2023) לא יתקיים כל פטור, וכל סכום ההכנסה החודשית יהיה חייב במס בשיעור של עשרה אחוזים או בשיעור של מדרגות המס לפי בחירת הנישום.

בחירה במסלול דיווח בשיעור של עשרה אחוזים מס מופחת מחייבת דיווח לרשות המיסים. עלינו להגיש הודעה או בקשה להחלת סעיף 122 לפקודת מס הכנסה שבה נדווח על הכנסות משכר הדירה במסלול מס מופחת בשיעור של עשרה אחוזים ונשלם את המס.

## 3. חיוב במס לפי מדרגות המס

במסלול זה יחול החיוב במס על פי מדרגות המס של הנישום לפי שיעור מס שולי בהתאם לכלל הכנסותיו. כאשר מדרגת המס הראשונה ממוסה מתחילה ההכנסה משכירות בשיעור של 31 אחוזים, מלבד מי שמלאו לו 60 שנים. נישומים בני 60 ומעלה זכאים למדרגות מס מופחתות בגין ההכנסות משכירות אם לא הגיעו למדרגת שיעור מס של 31 אחוזים. מסלול זה מתאים בדרך כלל במקרים שבהם יש למשכיר הוצאות גבוהות בגין הנכס המושכר, ובחירה בו מחייבת הגשת דוח שנתי למס הכנסה. במסלול זה אף אפשר לדרוש קיזוז הוצאות שוטפות שהוצאו בייצור הכנסה.

בשנה האחרונה מס הכנסה מנסה לאתר את האזרחים אשר ברשותם דירות והם אינם מדווחים על ההכנסה מהשכרתן. ברשות מס הכנסה מידע על אזרחים רבים שברשותם דירות והם נהנים מדמי שכירות מעל תקרת הפטור, אבל אינם מדווחים על הכנסתם ואינם משלמים את המס הנדרש. אזרחים אלה עוברים על החוק ומוגדרים כמעלימי מס. רשויות המס פועלות בדרכים שונות כדי לממש את הגבייה ממעלימי מס אלה. בין השאר הן משתמשות במחשבי מס הכנסה אשר מסונכרנים עם רשם המקרקעין (טאבו). הנתונים מוצלבים, ומכתבי גבייה ודרישות לתשלום נשלחים לחייבים. אני שב ומדגיש כי העלמת מס היא עבירה פלילית שעשויה לגרום העמדה לדין פלילי, קנסות ועד שבע שנות מאסר.

לסיכום, משכירי דירות רבים אינם מכירים את מסלול המיסוי הכדאי להם ולא את חובת הדיווח החלה עליהם. לכן אני ממליץ לפנות למומחה מס להתייעצות ולקבלת סיוע בבחירת מסלול הדיווח והמס המיטבי הכדאי להם וסיוע בהגשת הדוח.

כאשר יש לנו הכנסות משכר דירה, מדירה שקנינו להשקעה או מדירה שקיבלנו בירושה, אנו שואלים איך אפשר לשלם את מינימום המס האפשרי בחוק או לא לשלם מס כלל במסגרת הפטור ממס שניתן על השכרת דירה למגורים. כדי לענות על השאלה הזאת תחילה עלינו להבין מהם התנאים למתן פטור ממס על הכנסות משכר דירה למגורים.

המשכיר דירה או דירות למגורים זכאי לפטור מלא ממס על הכנסותיו משכר דירה בכל חודש שבו הכנסותיו אינן עולות על 5,471 ₪ לחודש. בעלי דירות שאינם זכאים לפטור חייבים לדווח למס הכנסה ולשלם מס על הכנסותיהם באחד המסלולים שנקבעו בחוק.

להלן חובות הדיווח והמיסוי על פי המסלולים השונים בחוק; מסלולי מס על השכרת דירה:

1. מסלול הפטור ממס (מלא או חלקי).
2. מסלול חיוב במס מופחת בשיעור של עשרה אחוזים.
3. מסלול חיוב במס לפי מדרגות המס.

## 1. מסלול הפטור

כדי להיות זכאים לפטור על ההכנסות משכר דירה למגורים עלינו לעמוד בכמה תנאים מצטברים:

- א. הדירה, או חלק ממנה, משמשת למגורים.
- ב. הדירה אינה רשומה בספרי העסק של המשכיר.
- ג. הדירה מושכרת ליחיד (אפשר להשכיר גם לחברה אם השימוש בדירה נעשה למטרת דיור לזכאים כמו שקבע משרד הבינוי והשיכון).
- ד. הדירה משמשת לשוכר למגורים בלבד.
- ה. למשכיר מסמך או הסכם חתום בידי השוכר כי הדירה משמשת למגורים.

אם הכנסת דמי השכירות אינה עולה על תקרת הפטור החודשית אין חובת דיווח, אבל אם עברתם את תקרת הפטור קיימת חובת דיווח. תקנות מס הכנסה פוטרות אותנו מחובת דיווח כאשר הכנסת שכר הדירה ממגורים אינה עולה על תקרת הפטור, על פי תקנות מס הכנסה סעיף 2 (א): יחיד תושב ישראל שכל הכנסתו בשנת המס הייתה הכנסה ממשכורת או הכנסה נוספת או צירוף של כולן או חלקן יהא פטור מהגשת דין וחשבון.

אם הכנסת שכר הדירה למגורים עולה על תקרת הפטור, אנו עוברים למסלול פטור חלקי שבו סכום ההכנסה הפטורה מוקטן בסכום שבו עולה סך ההכנסה על תקרת הפטור, והסכום החייב במס ממוסה על פי שיעור המס השולי שהכנסתנו מגיעה אליו. במצב זה חלה עלינו חובת דיווח על ההכנסות מהשכירות.

<sup>1</sup>רו"ח אריה דן, רו"ח של הפ"י, משרד רו"ח סנדק, דן ושות'.



## צילה טנא שלנו

ב־26 בינואר 2023 נלקחה מאיתנו, לאחר מחלה קשה, הפסיכולוגית החינוכית צילה טנא, חברתנו היקרה למערכת פסיכואקטואליה. צילה עבדה במערכת 20 שנים בקירוב, עוד מראשיתה, ואף ערכה את גיליונות כתב העת.

צילה נולדה בהרי אוראל שברוסיה וכשהייתה בת ארבע עלתה ארצה עם משפחתה והתגוררה בשכונותיה הדרומיות של תל אביביפו בתנאי מצוקה כלכלית. צילה סיפרה כי אימה נטעה בה, באחותה ובאחיה אופטימיות וגישה חיובית לחיים, אמון בבני אנוש וכבוד לכל אדם באשר הוא, ללא הבדלי גזע, מין ומעמד חברתי, למרות קשיי החיים שהתמודדו עימם.

כשהייתה צילה בת חמש החלה ללמוד בכיתה א' משום שכבר שלטה בקריאה. היא הייתה הצעירה בכיתה תמיד. כשהייתה בת 17 החלה ללמוד בחוג לפסיכולוגיה ופילוסופיה באוניברסיטת תל אביב. בהיותה בת 21 נישאה לבן זוגה, אברשה, והוא היה שותף אמיתי לחייה האישיים והמקצועיים כאחד. אברשה הוא איש חינוך, מורה בתיכון ובמכללה לחינוך, בלשן ועורך ספרות. הוא אף סייע בהתנדבות בעריכת הלשון של גיליונות כתב העת פסיכואקטואליה בשנותיו הראשונות. לצילה ולאברשה שני בנים - הבכור הוא פרופסור למשפטים ויועץ לממשלות ולחברות, והצעיר הוא פסיכיאטר, מנהל המרפאה לבריאות הנפש בבית החולים איכילוב בתל אביב יפו.

צילה נעשתה פסיכולוגית חינוכית מדריכה ומטפלת משפחתית מוסמכת, מומחית בנושא אבחון וטיפול בילדים לקויי למידה ובעבודה טיפולית עם הורים. משנת 1967 היא עבדה בשפ"ח תל אביביפו ומשנת 1975 ניהלה את תחנת שלם. משנת 2010 ועד פרישתה הייתה אחראית הדרכה וסגנית מנהל שפ"ח תל אביביפו לצידו של מנהל השפ"ח משה אלון. בד בבד עם עבודתה המקצועית שימשה צילה יו"ר החטיבה החינוכית בהפ"י במשך שתי קדנציות, הייתה חברה בוועד המרכזי של הפ"י ונציגת הפסיכולוגים החינוכיים במועצת הפסיכולוגים במשך כמה קדנציות. כן הייתה חברה בוועדת האתיקה של הפ"י, ובמסגרת זאת הייתה שותפה פעילה בעדכון קוד האתיקה של הפסיכולוגים. מלבד זאת פרסמה מאמרים מקצועיים חשובים בתחומי הפסיכולוגיה



החינוכית וההדרכה בפסיכולוגיה החינוכית. בשנת 2002 זכתה עם צוותה מתחנת שלם בפרס "אתגר" לאיכות ולמצוינות מטעם עיריית תל אביביפו. הצוות קיבל את הפרס על יישום פרויקט התערבות ייחודי כוללני לטיפול בילדים בעלי הפרעות התנהגות קשות. פרויקט זה זכה למוניטין ארצי ונכלל בתוכניות שפ"י להתערבויות למניעת אלימות בבתי הספר. בשנת 2007 זכתה צילה בפרס "מנהלת מצטיינת" מטעם מנהל החינוך בעיריית תל אביב יפו. בשנת 2008 קיבלה את "אות החינוך והקהילה" לשנת תשס"ח מטעם שכונת התקווה. היא קיבלה את האות בזכות הפעילות הקהילתית הנרחבת שיישמה בתחנתה ושיתופי הפעולה עם גורמי הרווחה בנושאים שונים כגון בריאות הציבור ושיקום שכונות במסגרת המרכזים הקהילתיים בשכונה.

זוהי "אני מאמין" המקצועי של צילה, כמו שהיא עצמה ניסחה בכתבת הפרופיל עליה שפורסמה בפסיכואקטואליה באפריל 2020:

כמי שמאמינה בלמידה כמניע עיקרי בצמיחה ובהתפתחות שלנו כבני אדם וכאנשי מקצוע הייתי פתוחה תמיד ובכל הזדמנות ללמוד באופן פורמלי, אך לא פחות למדתי מן הניסיון, מן המפגש עם כל ילד, הורה ומנהל, עם אנשי הצוות שלי ועם עמיתים למקצוע. כבר כפסיכולוגית צעירה מאוד בראשית דרכי בשפ"ח שאבתי מסרים קטנים אך חשובים ששירתו אותי לאורך הדרך. לדבריה, עוד בראשית דרכה היא למדה "שלא תמיד כאשר אנו, אנשי בריאות הנפש, רוצים לתת רוצים גם האחרים לקבל". בהמשך דרכה למדה מהתערבויות חירום למפוני מלחמת המפרץ ש"בכל מקרה - החיבור הראשוני הוא אנושי ולא מקצועי". מילדים למדה ש"ידע כללי הוא עניין יחסי וציון נמוך במבחן אינטליגנציה פורמלי אינו בהכרח עדות ליכולות קוגניטיביות נמוכות". היא גם למדה ש"במצבי קונפליקט קשה לרצות את כולם ושההקשבה, ההתחברות הרגשית והאמפתיה להורה או למורה חשובות פי כמה מהפתרון המעשי".

צילה המנהלת ראתה בצוות הפסיכולוגים שלה לקוח חשוב לא פחות מן האוכלוסייה שאנחנו נותנים לה שירותים. היה חשוב לה ללכד את בעלי הנטיות והכישורים המגוונים

דימויים ומטפורות, ציטטות הונגשו לה כמודרכת כמו מפתחות שהיא הפקידה להמשך רפלקציה עצמאית. השילוב הזה בין שני אופני החשיבה, האחד שפורס מגוון עשיר של מחשבות ורעיונות ומאפשר תחילה ללכת לאיבוד בין הפנים לחוץ, והשני, המסמל בחירה, מיקוד ואינטגרציה, נצרכו בתוכי כמודל עבודה. התנועות יצרו עבורי דו שיח רתמי, סדר בחשיבה וארגון פנימי.

הפסיכולוג תמיר פראוי, מנהל תחנת יפו שפ"ח תל אביב, התמחה אצל צילה ואמר כי

עבורי היא הייתה אם טובה דייה, ואולי לא רק טובה דייה אלא טובה מאוד, נפלאה ביותר, כזו שידעה לחזק את האמונה בעצמי, כפסיכולוג, כזו שתמיד יכולתי לחוש ממנה את הגיבוי, התמיכה, האמונה, העידוד וההערכה שכל כך חיוניים במיוחד בשלבים הראשונים של תהליך ההתפתחות המקצועי שלנו.

הפסיכולוגית מיכל אייזן, סגנית מנהלת תחנת שלם, סיפרה כי "צילה שאלה והתעניינה. העמיקה וחקרה... השאלות שהפנתה אליי אפשרו לי ללמוד, לחשוב, להתבונן, להרגיש, לשאול ולתקשר ובסופו של יום, הרחיבו את עולמי".

הפסיכולוגית שרון וולובסקי, ממדור פנימיות בשפ"ח תל אביב, סיפרה כי "צילה הכניסתני תחת כנפה הגדולה והצבעונית, חיקה החמים היווה מקלט ומצע לתהיות ולאתגרים המקצועיים והאישיים שלי. כשלמדתי לעוף, היא ידעה ברב חניניות לשלח אותי לחתוך את השמים..."

חברות וחברי מערכת פסיכואקטואליה מצטרפים לדברי ההספד של דניאלה ברזמן, מנהלת תחנת שלם תל אביב:

תודה. תודה, צילה, על מי שהיית בדיוק כמו שהיית - יפה, זוהרת, תכולת עיניים ומורת דרך. נוחי עכשיו. הרי אמרת שעבדת קשה מדי (אם כי אני מכירה אותך היטב - ודאי תרצי להספיק לכתוב עוד כמה דוחות, וככה להישאר מעורבת, חושבת ומחוברת לחיים). נתגעגע אלייך. את תחסרי לנו מאוד מאוד. באהבה עצומה!

יהי זכרה ברוך.

והלא אחידים בצוות הפסיכולוגים כדי ליצור בתחנה מארג מעניין של אנשים בעלי יכולות משלימות ונקודות השקפה שונות. בדיעבד אפשר לראות שהשקפתה ומעשיה העמיקו את הלמידה ההדדית בין העובדים ושיפרו מאוד את סך כל התוצרים והתפוקות של התחנה.

גם במערכת פסיכואקטואליה היה לצילה תפקיד מרכזי מאוד. היא הייתה הרוח החיה בבחירת הנושאים לגיליונות, בפנייה לכותבים, באיסוף מאמרים ובבקרה על המאמרים ויזמה ויצרה את הפינה "פסיכולוגים יוצרים". אחרי מותה של העורכת יוכי בן-נון ("ז"ל) אך טבעי היה שהיא תהיה עורכת כתב העת. בזכות השקעתה של צילה הגענו למוצר מקצועי ואקטואלי שגאוות כולנו עליו.

מלבד עיסוקיה הרבים בתחומי הפסיכולוגיה הייתה צילה גם אומנית. במשך שנים ארוכות נהגה לרשום בעיפרון דיוקנאות של מי שהשתתפו איתה בישיבות השונות. עשר שנים בקירוב היא פיסלה והצליחה לבטא בפסליה את דימויה הפנימיים בנוגע לנשיות ולאמהות. היא גם כתבה סיפורים והותירה במגירה שני רומנים שגיבורותיהם הן נשות טיפול.

התנהלותה המקצועית והאישית זכתה להערכה מקצועית רבה אצל מודרכים ואצל קולגות כאחד ובאה לידי ביטוי גם בדברי ההספד שנשאו על קברה. הפסיכולוגית שלי קורן משפ"ח תל אביב ציינה כי

צילה הייתה פסיכולוגית חינוכית בכל רמ"ח איבריה. היא ניחנה ביכולת לשאת ניגודיות ומורכבות. ידעה להפריד בין אישי למקצועי ואז לפנות מקום לחיבור ביניהם. לנוע בין צחוק והומור לבין רצינות ואחריות. היא הביאה את עצמה במלואה והייתה מודל להשקעה לסקרנות יוזמה ועשייה. השכילה להבין ששוני וגיוון מביאים להתפתחות אישית ומקצועית.

דניאלה ברזמן, מנהלת תחנת שלם תל אביב, התחילה את התמחותה אצל צילה בשנת 1992. בדברי ההספד על צילה אמרה כי למדה ממנה "שני אופני חשיבה" וגם

הרבה עושר, יצירתיות, חלימה ודמיון, עולמות תוכן שונים מדיסציפלינות שונות (פילוסופיה, ספרות, אומנות)

# BE HAPPY

## ביטוח בריאות הקבוצתי של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

**במציאות כמו שלנו חשוב שלך ולבני משפחתך יהיה ביטוח בריאות פרטי.**

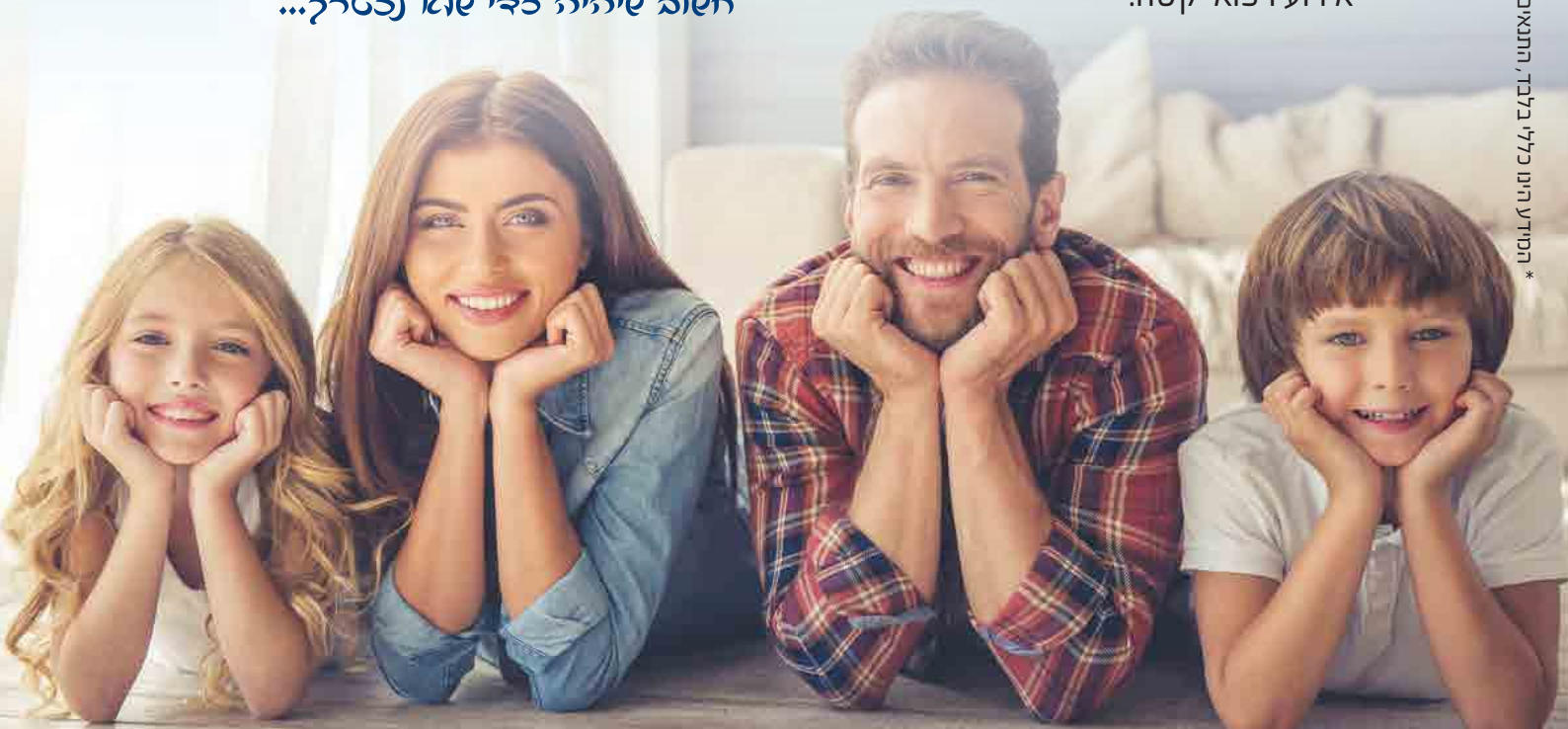
☺ בשביל חופש הבחירה בנותני שירות רפואיים ☺ בשביל קבלת שירותים רפואיים בזמינות מרבית

☺ בשביל לכסות הוצאות רפואיות יקרות ☺ בשביל הביטחון והשקט הנפשי שלך!

**פוליסה BE HAPPY הינה הרחבה לביטוח המשלים בקופת חולים (אין כפל ביטוח!) מוצעת לחברי הפ"י ומשפחותיהם ובמחירים ובתנאים אטרקטיביים במיוחד, וכוללת בין השאר:**

- כיסוי להשתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה).
- כיסוי מורחב לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות עד לסך של 2,000,000 ₪ וכן תרופות מיוחדות עד תקרה של 1,000,000 ₪.
- הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה, או אירוע רפואי קשה.
- ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.
- שירותים אמבולטוריים כגון: התייעצות עם רופא מומחה בדיקות אבחוניות, טיפולי שיקום, כיסוי לנשים בהריון, כיסוי מיוחד לילדים ועוד...

**חשוב שיהיה כבי שאלא (33רק...)**



**פוליסה BE HAPPY גובשה ומלווה ע"י**

**חברת הייעוץ ש. לוטינגר ושות' - המובילה בתחום ביטוחי הבריאות בישראל  
לפרטים והצטרפות בטלפון 072-2227357, או במייל: irena-n@ayalon-ins.co.il**

## Preserving and strengthening thinking abilities in old age

**Dr. Elad Omer**, Licensed rehabilitation psychologist and clinical neuropsychology specialist, Lecturer at Ariel University, Shomron, and at the College of Management Academic Studies (COLMAN), and private practice.

**Prof. Yoram Braw**, Licensed rehabilitation psychologist and clinical neuropsychology specialist, associate professor, Department of Psychology, Ariel University, Shomron, Head of the assessment division, the Neuropsychology Clinic, Tel Aviv.

The growing life expectancy, aside from its advantages, has increased awareness of changes in the brain and cognitive functioning that occur in old age. Typical changes include decreased processing speed and attention, along with mild difficulties in retrieval. These are part of healthy aging and differ from the cognitive and functional impairments that characterize diseases of old age, such as Alzheimer's disease. The brain mapping of memory impairment in Alzheimer's patients and other neuropsychiatric populations, alongside the development of modern cognitive theories has enhanced our understanding of human memory of both healthy and pathological conditions. In this article, we describe the changes in cognitive functions that are associated with healthy aging and distinguish them from those that characterize neurodegenerative diseases (i.e., dementias). Research evidence about brain plasticity and its potential contribution to reducing risk factors for the development of dementias is also described. Finally, we review ways by which cognitive abilities can be preserved in old age and, if possible, means of preventing their deterioration over time. These include healthy nutrition, physical activity, and involvement in leisure activities and social interaction.

## Single Session Therapy supporting Social Emotional Learning

**Dr. Svetlana Prokashcheva**, Licensed educational psychology specialist and supervisor, director of educational psychology services, Omer Local council.

Many studies show that single session therapy (SST) is an effective form of psychological therapy and it is a well supported evidence-based practice. Treatment in a single session has many advantages and it holds a unique place in the therapeutic world. Single Session Therapy supporting Social Emotional Learning (SST-SEL) can be used as a universal first line of treatment. It is particularly suitable for psychological intervention by psychologists with children, as well as parents and educators working in educational frameworks.

## ABSTRACTS

### Intervention for burnout in a hospital: Organizational and emotional elements

**Yael Efrati**, Licensed medical psychology specialist and trainee in supervision, Director of the Beyahad Clinic for worker support, Shiba Medical Center, Tel Hashomer, Israel.

Employee burnout in the health care system is an acute problem. Finding a solution requires a deep conceptualization and development of comprehensive interventions to address the problem from several different angles. Examining the concept of burnout through the findings of the Ministry of Health's burnout survey 2021 points to the organizational elements of burnout alongside its emotional elements. The "Hafsaka" model is a working model developed and used by the BEYAHAD clinic ("together" in Hebrew), the healthcare workers support unit at Sheba Hospital. This model offers a systemic, in-depth and broad view of psychological support for hospital employees. Based on a clinical case study of psychological intervention I will describe the possible unique contribution of the psychology clinic to reducing burnout. Interventions based on the integration of organizational and therapeutic branches [divisions] in hospitals can lead to maintaining workers' mental health for the benefit of the patients, the workers and their families.

### Resilience and empowerment reduce the negative effects of work-family conflict on burnout among young mothers

**Prof. Hedva Braunstein-Bercovitz**, Licensed specialist and supervisor in occupational counseling psychology, Professor, Emeritus, Tel Aviv-Yaffo Academic College.

Based on the conservation of resource theory (Hobfoll, 1989), the current project examined the relative effectiveness of several resources in reducing burnout through the mediation of career-family conflict. The project included three studies, each one focused on resources from a different source: organizational resources, family resources, and resources of personal resilience and empowerment. The participants were mothers of young children—at least one of whom was under the age of 10—who worked in either a full-time position or a part-time position of not less than 75%. In each of the studies, the participants completed three questionnaires that measured burnout, career-family conflict, and resource availability (organizational, family, or personal resilience). An analysis using structural equational modelling indicated that resource availability reduces burnout indirectly through the reduction of mediation of career-family conflict. In addition, personal empowerment and resilience resources have an advantage over the other types of resources in reducing burnout and career-family conflict. Implications for preventing and coping with burnout, especially among mothers of young children, are discussed. Finally, recommendations for intervention in counselling and psychotherapy are suggested.

English abstracts are included online

הצטרפו לאלפי  
אנשי המקצוע  
שכבר מחוברים  
למטופלים שלהם.

**PTech™**

כל המבחנים בקליק



אבחון מקצועי בעידן דיגיטלי

[custserv@psychtech.co.il](mailto:custserv@psychtech.co.il)

**02-643-5360**



**סייקטק**

GIUNTI

[www.psychtech.co.il](http://www.psychtech.co.il)



**תואר שני בגרונטולוגיה - תוכנית לימודים ביןתחומית העוסקת בחקר וטיפול באוכלוסיית הגיל השלישי באמצעות שילוב ייחודי של קורסים ממדעי החברה וממדעי החיים.**

תואר שני בגרונטולוגיה מעניק כלים לטיפול באוכלוסיית הגיל השלישי בתחומי רווחה, בריאות, רפואה מונעת, שיקום ועוד.

חדש! מגמת "טיפול בזקנים" הכוללת שילוב ייחודי של קורסים יישומים. במסגרת המגמה תלמדו כיצד לקדם תקשורת טובה עם המטופל הזקן, ועקרונות חשובים באבחון וטיפול. הלימודים במגמה אינם מעניקים הסמכה או רישיון לעסוק כמטפלים בתחום, בוגרי המגמה יוכלו להמשיך ללימודי תעודה בפסיכותרפיה במגוון בתי ספר.

לימודי גרונטולוגיה מיועדים לבוגרי מדעי החברה ומדעי החיים, עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, סיעוד, ובעלי מקצועות הבריאות אשר מעוניינים להתמקצע בחקר הזיקנה ולהשתלב במגוון תפקידים כגון: ניהול בתי אבות, מרכזים סיעודיים, ניהול מרכזי יום, מכוני מחקר בתחום הביולוגיה של הזיקנה והגרונטולוגיה.

**ההרשמה פתוחה!**

**לפרטים נוספים ולהרשמה**

**ניתן ליצור קשר 03-5317010**

**אוניברסיטת בר-אילן**  
Bar-Ilan University



# תואר שני בלימודי גרונטולוגיה

## מקצוע לעתיד של כולנו

**אוניברסיטת בר-אילן מזמינה אותך להבין את הגיל השלישי ולהתפתח מקצועית.**