

מאפייני חובשים שטופלו ביחידה לתגובות קרב

סא"ל (מיל') יורם בן יהודה^{1,2}, מירי כפיר¹, יורם ברק³, אל"מ גד לובין¹, אל"מ (מיל') חיים קנובלר^{4,5},
¹מחלקת בריאות הנפש, חיל רפואה, ²מכון "דרכים", רחובות ³בי"ס לרפואה סקלר, אוניברסיטת תל אביב,
⁴האוניברסיטה העברית ירושלים, ⁵אוניברסיטת בן גוריון

ת ק צ י ר

רקע: בשנים האחרונות החל להצטבר מידע אודות הסיכון להתפתחות תסמונות נפשיות, לרבות תסמונות בתר-חב-לתיות (פוסט-טראומטיות), אצל עובדי כוחות הצלה ורפואה בעקבות אירועי אסון. בין אנשי המקצוע שבסיכון להתפתחות תגובות אלה מצויים גם צוותים של חילות רפואה.

מטרות: מטרת המחקר היו לאפיין את אוכלוסיית החובשים, נפגעי ההפרעה התר-חבלתית ביחידה לטיפול בנפגעי תגובות קרב בצה"ל ("היחידה לת"ק"), ולהשוות משתנים שונים המבדילים בין החובשים, והשפעתם על-פי חומרת התסמינים במגמה לאתר גורמי סיכון ייחודיים.

שיטות: במחקר נותחו תיקיהם הרפואיים של 80 מטופלים "אנונימיים" ביחידה, שנבחרו אקראית מן השנים 2005-2006, תקופת המחקר, אשר מקצועם הצבאי הראשי היה "חובש". נערכו השוואה בין נתוני הרקע של החובשים לבין אלו של יתר החיילים, ובדיקה אם לטיפול בנפגעים הייתה השפעה על רמת התסמינים התר-חבלתיים של החובשים. כמו כן נבדקה עוצמת הקשר בין משתנים נוספים לבין חומרת התסמינים.

תוצאות: מרבית המטופלים תפקדו בעת האירוע החבלתי כחובשים בשירות סדיר, בעוד שהפנייה לטיפול ביחידה לתגובות קרב – ת"ק¹ נעשתה כתשע שנים מאוחר יותר, בשירות המילואים. זאת, כשנתיים מאוחר יותר מחיילים אחרים. נמצא כי טיפול במכרים מהווה גורם סיכון מובהק להתפתחות תסמינים בתר-חבלתיים, חדים יותר אצל חובשים. כצפוי, חובשים אשר לקו בתסמונות ברמת חומרה גבוהה יחסית שוחררו משירות מילואים, ואילו חובשים אשר לקו בתסמונות ברמת חומרה נמוכה נשארו בשירות. כמו כן, חובשים חסרי מערכת משפחתית תומכת לקו בתסמינים חדים יחסית.

מסקנות: תוצאות המחקר מאשרות את ההנחה כי טיפול בנפגעים המוכרים לחובש, מהווה גורם סיכון להתפתחות תסמינים בתר-חבלתיים, ברמת חומרה גבוהה. יש לערוך מחקרים נוספים בעתיד, להרחבת הידע בתחום, ולבדיקת יעילותה של תכנית חיל רפואה למניעת תגובות אלה, אשר פועלת בשנים האחרונות.

¹ ת"ק – תגובות קרב.

מילות מפתח: Post traumatic stress disorder, Medics, Military, Debriefing.

ר ק ע

ה שתפתותן של מדינות מערביות בלחימה באזורים שונים בעולם, והתגברות אירועי הטרור בהן, הביאו בשנים האחרונות למיקוד ההתעניינות בטיפול בנפגעי נפש באירועי אסון ודחק. אירועי ה-11 בספטמבר 2001, הבהלה שנגרמה ממתקפת מעטפות האנתרקס שבאה אחריהם, האיום המתמשך בטרור כימי, ביולוגי ואטומי, על רקע המלחמה המתמשכת באפגניסטן ובעיראק, כל אלה העלו את הצורך להיערכות השירותים הפסיכיאטריים בארצות המערב לטיפול בנפגעי דחק [1].

ההפרעה התר-חבלתית (PTSD – Post Traumatic Stress Disorder) נכללה במדריך האבחנות של איגוד הפסיכיאטריה האמריקאי (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM III) החל ממהדורתו השלישית, בשנת 1980 [2]. הצורך לאבחן את ההפרעה בצורה מדויקת עלה בעיקר בשל ריבוי מקרים של הפרעה בתר-חבלתית אצל חיילים אמריקאים אשר שירתו בווייטנאם, ואשר לקו בתגובות קרב (ת"ק), שהיא מקרה פרטי של ההפרעה התר-חבלתית. אז, הוגדרו לראשונה, התסמינים הנפשיים השכיחים המשותפים לנפגעי חבלה רבים כהפרעה פסיכיאטרית, הניתנת לאבחון ולטיפול. מאז, לאחר עריכת מחקרים רבים בתחום והצטברות תוצאותיהם, שונתה במעט האבחנה במדריכים הבאים. במרבית המחקרים עסקו באבחון נפגעי החבלה עצמם ובטיפול בהם.

בשנים האחרונות החל להצטבר מידע אודות הסיכון להתפתחות תסמונות נפשיות, כולל תסמונות בתר-חבלתיות, אצל עובדי כוחות הצלה ורפואה בעקבות אירועי אסון. כך לדוגמה תוארו תגובות דחק אצל שוטרים, אצל פרמדיקים וצוותי אמבולנסים, שטיפלו בניצולי ההתמוטטות של מערכת כבישים, ברעידת אדמה שאירעה בקליפורניה בשנת 1989 [3]; אצל צוותי הצלב האדום האמריקאי שטיפלו בניצולי רעידת האדמה שאירעה בלוס אנג'לס בשנת 1994 [4]; אצל כבאים אשר עסקו בניפוי והצלה בעקבות פיצוץ בניין הממשל ב-Oklahoma City בשנת 1995 [5] ואצל שוטרים שחילצו ניצולים משריפה בדיסקוטק בשבדיה [6].

התייחסות מיוחדת מוענקת לעובדי הצלה אשר נחשפו לגופות ולמוות באירועי האסון. אלה נחשבים כעובדים הנמצאים בסיכון מוגבר ללקות בתסמונות בתר-חבלתית ובתסמינים בתר-חבלתיים [7]. בעבודה ראשונה מסוגה, נמצאו תסמינים בתר-חבלתיים חודרניים והימנעותיים אצל עובדי חדר מתים בצבא

במרחב פיקוד המרכז [17]. מניסיון השנים האחרונות עלה כי שיעור נפגעי הדחק הנפשיים דמה לשיעור ההרוגים מבין הנפגעים, ועלה על השיעור שדווח בעבר בצה"ל, כמו זה שדווח בהקשר למלחמת לבנון הראשונה (אז: 10%-20% מכלל הנפגעים, [18]).

ריבוי הרוגים ביחידה לוחמת קשור מיידית לחבלה, מכמה סיבות: בדרך כלל מדובר באירוע קשה יותר הכרוך בטיפול בגופות, ולעיתים בגופות של חברים. כל אלה הם גורמים מוכחים להתפתחות ת"ק.

לעומת זאת, לכידות, פיקוד איכותי, הניעה, משמעת, וביטחון בהפעלת הציוד המבצעי, מסייעים במניעת התפתחות של תגובות בתר-חבלתיות, ולחוסנם הנפשי של חיילי היחידה. במחקרים שנערכו על קבוצות שנחשפו לאירועים חבלתיים, דרגו הנחקרים את השיחות עם חברים לקבוצה כגורם העזרה החשוב ביותר, ואף יותר משיחות עם בני זוגם או עם פסיכולוגים [19], [20].

חשיבות האיתור והטיפול המידי

העקרונות הפסיכולוגיים של הטיפול בתגובות קרב, ידועים בצבאות המערב מזה קרוב לתשעים שנים, מאז מלחמת העולם הראשונה. אלו הם שלושת העקרונות המרכזיים המהווים את הבסיס לשיטות המקובלות של התערבות במשבר [21]. הם עוצבו לאור הנסיון שנצטבר בטיפול בנפגעי תגובות קרב במלחמת העולם הראשונה, על-ידי הפסיכיאטר הצבאי האמריקאי Salmon [22], ובהמשך על-ידי Spiegel ו-Kardiner [23], העקרונות הם: קרבה, מיידיות וציפייה. כלומר: הן המניעה השניונית והן הטיפול בנפגעי ת"ק חדה צריכים להתבצע קרוב ככל האפשר בזמן ובמקום לאירוע, תוך הבעת ציפייה להמשך תפקוד תקין.

תוכניות למניעת הפרעות בתר-חבלתיות קיימות בחילות רפואה, ותוכנית כזאת אף תוארה על-ידי Baker לגבי צוותים של הצי האמריקאי [24]. ואולם, למיטב ידיעתנו, טרם פורסמה עבודה שהתמקדה במאפייניהם של חובשים, נפגעי תגובות קרב.

מטרות המחקר

- 1) אפיון אוכלוסיית החובשים נפגעי תגובות קרב, אשר טופלו ביחידה לטיפול בנפגעי תגובות קרב בצה"ל;
- 2) השוואת משתנים שונים המבדילים בין החובשים מבחינת השפעתם על חומרת התסמינים, ומציאת גורמי סיכון ייחודיים.

אוכלוסייה ושיטות

העבודה התבצעה ביחידה לטיפול בנפגעי תגובות קרב, במחלקת בריאות הנפש במפקדת קצין רפואה ראשי בצה"ל. המחקר היה רטרוספקטיבי. המחקר הקיף את תיקיהם של 80 חובשים, גברים, אשר טופלו ביחידה לתגובות קרב בשנתיים שקדמו לעבודה הנוכחית, ואשר תהליך אבחונם הסתיים והחומר הרפואי בהם נמצא מלא. בחירת התיקים הייתה אקראית.

ארצות הברית, אשר טיפלו בגופות החללים במלחמת המפרץ הראשונה בשנים 1990-1991, ביחס ישיר למידת חשיפתם לגופות ולחלקי גופות [8]. בדומה לכך נמצא כי חשיפה לזוועות השואה גרמה לתופעות דחק נפשיות אצל העובדים אשר הקימו את מוזיאון השואה בושינגטון [9].

לאור ההבנה כי עובדי מערכות ההצלה והבריאות המעורבים בטיפול באסונות, מועדים לתגובות נפשיות עקב חשיפתם למצבים אלה, מקובל כיום להציע להם התערבות מונעת-מגנה, על מנת שיוכלו להתמודד עם דחק באירועי האסון — Critical incident stress management [10, 11]. ההתערבות המונעת צריכה להיות מקיפה, להפחית את הלחץ שבו נמצאים העובדים, למנוע התפתחות של תגובות דחק, ולטפל בתגובות אם יופיעו למרות פעולות המניעה וההגנה.

על רקע זה הוכנה בחיל רפואה תכנית מקיפה וכוללנית למניעה ולטיפול בתגובות דחק בקרב בצוותי רפואה בצה"ל, המושתתת על "נוהל שיחת הצוות לאחר אירוע חבלה" ליחידות הרפואה, המשלבת את ניסיון חיל רפואה עם הידע בספרות העולמית לגבי ה"דיכוב" הפסיכולוגי.

ה"דיכוב" הפסיכולוגי (ד"פ¹) הומלץ בשנת 1997 כקו מנחה בטיפול בנפגעי הפרעת דחק בתר-חבלתית, על-ידי צוות המשימה מטעם החברה הבינלאומית לחקר דחק חבלתי [12], ונכלל בקווים המנחים הנ"ל כטיפול הראשוני בהפרעה [13].

הד"פ נתמך על-ידי ממצאים שנתגלו לראשונה על-ידי ההיסטוריון הראשי של צבא היבשה האמריקני במלחמת העולם השנייה, הגנרל S.L.A. Marshal [14]. מרשל ואנשי צוותו ערכו תחקירים של קרבות, ובהם מסרו המשתתפים את סיפור הקרב כפי שזכרו אותו, בצורה כרונולוגית, כאשר המראיינים מגיבים בצורה אוהדת ולא שיפוטית. תהליך זה — "תחקור היסטורי קבוצתי" — Historical group debriefing — גרם להעלאת המורל אצל רבים מהמשתתפים בתהליך, לעיתים תוך שינוי גישתם לתוצאות הקרבות. יש לציין כי ההקשר שבו נעשה הד"פ במסגרת הצבא שונה בתכלית מתהליך הד"פ האזרחי: מדובר בתחקור של קבוצות חיילים, השומרות על המסגרת הפיקודית, תוך חיזוק לכידותן, ולא בטיפול חד-פעמי בנפגעי דחק, שלעיתים אין ביניהם כל קשר פרט לכך שנחשפו לאותו אירוע חבלתי. נוהל ההנחיות הפסיכולוגיות של חיל רפואה קרוב במהותו לד"פ המקורי של הגנרל Marshal. הד"פ מתמקד בתגובות המתרחשות בזמן הווה, תוך הימנעות מקביעת תוויות פסיכיאטריות, והדגשת הפן הנורמאלי של התגובות. המנחים מסבירים למשתתפים כי הם אנשים נורמאליים, שתגובתם נורמאלית, אשר התנסו באירוע שאינו נורמאלי. למרות זאת, קיימת אי-בהירות בנוגע לייעילותו של הד"פ כטיפול במי שכבר נפגע בתגובת דחק, וקיים ויכוח בין החוקרים לגבי נחיצותו. יש הטוענים כי הוא עלול להיות מסוכן לחלק מהמטופלים [15, 16].

התערבויות בריאות הנפש ביחידות, לאחר אירועי אסון

בהתבסס על ניסיון שהצטבר בשנים 2000-2004, יש לצפות לריבוי נפגעי ת"ק במקביל לריבוי הרוגים: ממצא זה הוא מובהק הן מהלחימה במבצע "חומת מגן", והן מהלחימה בעצימות מוגבלת

¹ ד"פ — דיכוב פסיכולוגי.

ט ב ל ה 1: חומרת התסמינים בהתפלגות על-פי מצבם המשפחתי של החובשים

גרופים	נשואים + ילדים	נשואים	רווקים
N = 5	N = 26	N = 11	N = 38
3.20 ± 1.1*	2.12 ± 1.0*	2.64 ± 1.1	2.55 ± 1.2

* ניתן להתרשם מההבדל המובהק בין החומרה הנמוכה ביותר בקרב הנשואים שהם הורים, לזאת של הגרושים, שהיא הגבוהה ביותר: $t = -2.28$, $p < 0.03$.

פרופיל רפואי בגיוס ולאחר הטיפול ביחידה לת"ק

פרופיל רפואי בגיוס: למעט חובש אחד, בעל פרופיל רפואי 64, לכל החובשים היה פרופיל רפואי בתחום הכשירות לשירות קרבי, כפי שהתחייב ממקצועם הצבאי: 60- מהם (75%) היה פ"ר¹, 97 ולאחרים פ"ר בין 72 ל-82.

פרופיל רפואי לאחר הטיפול ביחידה לת"ק:

- 13 (16.3%) שוחררו מהשירות הצבאי בפ"ר 21;
- 55 (68.8%) סווגו בפ"ר 45;
- 2 (2.5%) סווגו בפ"ר 64;
- 1 (1.3%) המשיך להיות מסווג בפ"ר 72;
- 4 (5.1%) המשיכו להיות מסווגים בפ"ר 82;
- 3 (3.8%) המשיכו להיות מסווגים בפ"ר 97;
- לגבי 3 נחקרים נוספים (3.8%) אין נתונים.

מכאן, שרק 8 (10%) מהחובשים הנחקרים לא סווגו כבלתי כשירים לשירות קרבי בתום הטיפול ביח' לת"ק.

כצפוי, מרבית המשוחררים (9 מתוך 13, 70%) לקו בהפרעה בתר-חבלתית חדה יותר בצורה מובהקת, אשר התבטאה בתסמינים בחומרה גבוהה או בינונית גבוהה, בעוד שמבין מקבלי פ"ר 45 כמעט כולם (52 מתוך 55, 95%) דורגו כלוקים בתסמינים בחומרה קלה עד בינונית. הבדל זה הוא מובהק סטטיסטית: $x^2 = 29.43$, $p < 0.001$.

מצב תעסוקתי

- 9 (11.3%) לא עבדו;
 - 17 (21.3%) היו סטודנטים;
 - 13 (16.3%) עבדו בעבודות מזדמנות;
 - 11 (13.8%) החליפו עבודות;
 - 29 (36.3%) עבדו בעבודה קבועה;
 - 1 (1.3%) היה עדיין חייל בשירות חובה.
- בטבלה להלן (טבלה 2) מוצגת חומרת התסמינים של החובשים בהתאם למצבם התעסוקתי.

ט ב ל ה 2: חומרת התסמינים בהתפלגות על-פי מצבם התעסוקתי של החובשים

אינם עובדים N = 9	סטודנטים N = 17	עבודות מזדמנות N = 13	החליפו עבודות N = 11	בעבודה קבועה N = 29
3.33 ± 0.9*	2.29 ± 1.0	2.69 ± 0.9	3.09 ± 1.2	2.00 ± 1.1*

* (כצפוי) ניתן להתרשם מההבדל המשמעותי בין חומרת התסמינים הנמוכה של החובשים העובדים כיום בעבודה קבועה, לבין חומרת התסמינים הגבוהה של אלה שאינם עובדים: $t = 3.2$, $p < 0.003$.

גם ההבדל בין חומרת התסמינים אצל העובדים לבין חומרתם אצל אלו שהחליפו עבודות הוא מובהק, לפני תיקון Bonferroni.

¹ פ"ר – פרופיל רפואי.

איסוף נתונים

ניתוח התיקים כלל את המשתנים הבאים: גיל, מצב משפחתי, השכלה, מקצוע באזרחות, פרופיל רפואי בגיוס, פרופיל רפואי בתום הטיפול, קב"א¹, דפ"ר², צד"כ³, דרגה, פסילת מקצוע חובש, תפקוד כחובש בעת האירוע החבלתי, התרחשות האירוע בתקופת שירות סדיר/מילואים/קבע, ותק בשירות בעת האירוע, אירועי דחק נוספים, תיאור האירוע המרכזי, תיאור אירועים נוספים בשירות, טיפול בגופות, טיפול במכרים, חשיפה לסיכון עצמי, פציעה בעת האירוע, תחושת חוסר אונים, תחושת חוסר גיבוי מצד מפקדים, תגובה בעת האירוע: ניתוק/קיפאון/חרדה/סערה/תפקוד אוטומ-טי/הלם/אחר, זמן בין החבלה לבין הפנייה לטיפול, הגריין לפנייה, חומרת התסמונת לפי הבודק: קלה/קלה-בינונית/בינונית/בינונית-גבוהה/גבוהה. טיפול ביחידה לת"ק: שחרור/הורדת פרופיל רפואי/טיפול/תביעה. נתונים כלליים: חבלות קודמות, חבלות מאוחרות, אירועי דחק בחיים, הערות. לא נכללו במחקר פרטים מזהים ע"מ לשמור על האנונימיות של המשתתפים.

העבודה אושרה על-ידי הוועדה לניסויי אנוש של חיל רפואה.

עיבוד סטטיסטי

משתנים קטגוריים עובדו סטטיסטית בעזרת מבחנים מסוג "כי בריבוע". משתנים רציפים עובדו בעזרת מבחני שונות רב-כיווניים. העיבוד הסטטיסטי בוצע בעזרת תוכנת SPSS.

תוצאות

הגיל בעת הפנייה והגיל בעת החבלה

טווח הגילים בעת הפנייה ליחידה לתגובות קרב היה בין 20 ל-50, והגיל הממוצע ± סטיית התקן היה 29.9 ± 6.38 .

טווח הגילים בעת האירוע החבלתי היה בין 19 ל-28, והגיל הממוצע בעת האירוע החבלתי ± סטיית תקן היה 20.6 ± 1.99 .

מכאן, שמשך הזמן הממוצע שעבר מעת הפגיעה החבלתית ועד לפנייתם של החובשים ליחידה לתגובות קרב, היה למעלה מ-9 שנים. זמן ממוצע זה, מהפגיעה עד לפנייה לטיפול, ארוך בשנתיים לערך מהזמן שבין הפגיעה לטיפול שהיה מקובל בפניות ליחידה לתגובות קרב עד לשנים האחרונות (כשבע שנים בממוצע).

הבדל זה הוא משמעותי וכולט (מסדר גודל של סטיית תקן שלמה של גיל החובשים בעת החבלה, לדוגמה). הגיל הממוצע בעת הפגיעה מעיד על כך שמרבית החובשים נפגעו בעת שירותם הסדיר, שירות חובה, ופנו לטיפול היחידה לתגובות קרב כאנשי מילואים.

לא נמצא קשר בין חומרת התסמינים הבתר-חבלתיים, שנמדדו על-פי סולם בן 5 רמות חומרה: 1 = קלה, 2 = קלה-בינונית, 3 = בינונית, 4 = בינונית-גבוהה, 5 = גבוהה, לבין הגיל בעת הפנייה או לבין הגיל בעת החבלה.

מצב משפחתי

- 38 (47.5%) רווקים;
- 11 (13.8%) נשואים ללא ילדים;
- 26 (32.5%) נשואים והורים לילד אחד לפחות;
- 5 (6.3%) גרושים.

בטבלה להלן (טבלה 1) מוצגת חומרת התסמינים של החובשים בהקבלה למצבם המשפחתי.

¹ קב"א – קבוצת איכות.

² דפ"ר – דירוג פסיכולוגי ראשוני.

³ צד"כ – ציון דרך.

נתוני האיכות מלשכת הגיוס

גבוהה מזו של החובשים שלא חשו בסיכון אישי: 2.55 ± 1.2 לעומת 2.07 ± 0.8 , אך הבדל זה אינו מגיע למשמעות סטטיסטית מובהקת.

טיפול במכרים

45 חובשים (57%) דיווחו כי טיפלו בנפגעים מוכרים להם בעת החבלה, לעומת 34 (43%) שלא דיווחו על כך.

נמצא כי חומרת התסמינים של החובשים שטיפלו במכרים הייתה גבוהה בצורה מובהקת מזאת של החובשים שלא טיפלו במכרים: 2.73 ± 1.1 לעומת 2.09 ± 1.1 , $p < 0.012$, $t = 2.58$.

יתר המשתנים שנבדקו לא העלו הבדלים בקרב החובשים המטופלים.

דיון

העבודה הנוכחית היא מחקר ראשוני (Pilot study) לאפיון החובשים אשר טופלו ביחידה לתגובות קרב במחלקת בריאות הנפש. מטרת העבודה היו: אפיון אוכלוסיית החובשים נפגעי תגובות קרב, והשוואת משתנים שונים המבדילים בין חובשים אלה, והשפעתם על חומרת התסמינים. כל אלה, בניסיון ראשוני למציאת גורמי סיכון ייחודיים להתפתחות תגובות קרב באוכלוסיית החובשים הקרביים.

הבדל בולט שנמצא, בין אוכלוסיית החובשים לבין יתר המטופלים ביחידה לתגובות קרב, היה משך הזמן בין הפגיעה החבלתית לבין התחלת הטיפול. לגבי קבוצת החובשים שנחקרה משך זמן זה היה ארוך בשנתיים מאשר לגבי יתר המטופלים. מגמה זו מעידה על בעיה שהייתה בעבר בנגישות לטיפול, ועל הצורך להכין תוכניות מניעה וטיפול מיוחדות לאוכלוסיית החובשים הקרביים. כמו כן, יש לתת את הדעת על כך כי מדובר באוכלוסייה של חיילי מילואים של חיל רפואה, בעלי ידע רב משל חיילים אחרים בתחום תגובות הקרב. מכאן, שיתכן שהתופעה של אי-הגעה לאבחון ולטיפול עלולה להיות שכיחה עוד יותר אצל נפגעים מחילות אחרים. כמו כן, ייתכן כי אחת הסיבות להפניית החובשים ליחידה לתגובות קרב הייתה קריאתם לשירות מילואים. מכאן, שעלול להיות כי נפגעים אחרים, שלא נקראו או שלא ייקראו לשירות מילואים, לא יגיעו כלל לאבחון ולטיפול. העובדה שמרבית החובשים הנפגעים נפגעו בעת שירות החובה מעידה על בעיה במניעה הראשונית (לפני האירוע החבלתי) והשניונית (מייד לאחר האירוע החבלתי) באותן שנים, אצל צוותי הרפואה הסדירים בצה"ל. ממצא זה מחזק את הצורך בהתערבות מונעת לשם התמודדות עם דחק באירועי אסון: Critical incident stress management, אשר מופעלת בקרב צוותי הרפואה בצה"ל [27].

גורם סיכון מובהק להתפתחות תסמינים בתרחיבלתיים חדים יחסית אצל חובשים, היה הטיפול במכרים. גורם סיכון זה נמצא לגבי הקבוצה שנבדקה כמוכהק יותר מגורמי סיכון אחרים, כגון: חשיפה לגופות, תופעה נוספת הידועה גם מעבודות קודמות, לרבות זו של מחלקת בריאות הנפש בצה"ל שפורסמה בעיתון זה בשנת 2004, ואשר נמצא בה קשר מובהק בין מספר החללים באירוע חבלתי, לבין מספר הנפגעים בתגובות קרב בעקבותיו [17]. החשיפה למוות של חברים בקרב היא גורם סיכון מובהק לתחלואה בתרחיבלתי מסוגים שונים. לאחרונה פורסם מחקר היסטורי הכולל סקירת תוצאותיהם של אירועים חבלתיים במלחמת האזרחים בארצות הברית (לפני למעלה מ-140 שנים!), המוכיח שוב כי חשיפה למוות חברים ללחימה מהווה גורם סיכון משמעותי ביותר להתפתחות

דירוג פסיכולוגי ראשוני (דפ"ר) (מקביל למבחני מנת משכל על-פי מבחן אוטיס): טווח: מ-30 עד 90. ממוצע \pm ס"ת: 62.19 ± 13.4 (הדפ"ר הממוצע של חיילי צה"ל בעת הערכתם המקורית של חיילי מילואים אלה היה קרוב ל-50, ונתוני הקבוצה תואמים את נתוני הדפ"ר הממוצע של חובשים קרביים, הגבוהים מאלה של כלל החיילים).

ציון דרך (צד"כ) (ציון הניתן באבחון הפסיכוטכני לאחר ראיון חצי מובנה): טווח: מ-12 עד 38. ממוצע \pm ס"ת: 26.37 ± 4.9 . (גם לגבי מדד זה ציוני החובשים שנבדקו גבוהים יחסית מהממוצע, מאחר שמדובר באוכלוסייה של חיילים שעברו מיון לשירות קרבי בצה"ל).

קבוצת איכות (קב"א) כולל את הדפ"ר, הצד"כ, ציון ההשכלה וציון העברית): טווח: מ-45 עד 56. ממוצע \pm ס"ת: 52.5 .

בהתאם לצפוי, מאחר שמדובר באוכלוסייה שנבחרה מראש לתפקיד (חובש קרבי), נתוני האיכות שנבדקו גבוהים מהממוצע.

לא נמצאו הבדלים כלשהם בהתפלגות חומרת התסמינים על-פי נתוני האיכות.

דרגות

בעת שטופלו ביחידה לת"ק היו דרגות החובשים כדלהלן:

1	(1.3%)	טוראי;
3	(3.8%)	רב"ט;
29	(36.3%)	סמל;
38	(47.5%)	סמ"ר;
6	(7.5%)	רס"ל;
2	(2.5%)	קצינים.

לא נמצאו הבדלים משמעותיים בהתפלגות חומרת התסמינים על-פי דרגות.

אופי השירות בעת האירוע החבלתי

71 חובשים, (89%) תפקדו כחובשים בעת האירוע החבלתי. 7 בלבד (9%) היו חובשים שבעת הפגיעה החבלתית לא תפקדו במקצועם כחובשים. לגבי 2 חובשים לא נמצאו נתונים על אופי שירותם בעת הפגיעה.

חומרת התסמינים של החובשים שלא תפקדו כחובשים הייתה נמוכה בממוצע מזאת של האחרים: 2.0 ± 1.3 לעומת 2.48 ± 1.1 . הבדל זה אינו מגיע למשמעות סטטיסטית.

פגיעה גופנית

16 חובשים (20%) נפצעו פגיעה גופנית, לעומת 64 (80%) שלא נפצעו. חומרת התסמינים של החובשים שנפצעו פגיעה גופנית נמצאה נמוכה מזאת של החובשים שלא נפצעו, 2.06 ± 0.9 לעומת 2.56 ± 1.2 , אך הבדל זה אינו מגיע למשמעות סטטיסטית מובהקת.

חשיפה לגופות

65 חובשים (81%) נחשפו לגופות באירוע החבלתי, ורק 15 (19%) לא נחשפו לגופות.

נמצא כי חומרת התסמינים של החובשים שנחשפו לגופות הייתה גבוהה מזו של החובשים שלא נחשפו לגופות: 2.55 ± 1.2 לעומת 2.07 ± 1.0 , אך הבדל זה אינו מגיע למשמעות סטטיסטית מובהקת.

סיכון אישי

65 חובשים (81%) דיווחו כי הרגישו סכנה לשלומם בעת האירוע החבלתי, לעומת 15 (19%) שלא חשו כך.

נמצא כי חומרת התסמינים של החובשים שחשו בסיכון אישי הייתה

7. *Ursano RJ, Fullerton CS, Vance K & Kao TC*, Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *Am J Psychiatry*, 1999; 156: 353-359.
8. *McCarroll JE, Ursano RJ, Fullerton CS & al*, Effects of exposure to death in a war mortuary on posttraumatic stress disorder symptoms of intrusion and avoidance. *J Nerv Ment Dis*, 2001; 189: 44-48.
9. *McCarroll JE, Blank AS Jr & Hill K*, Working with traumatic material: effects on Holocaust Memorial Museum staff. *Am J Orthopsychiatry*, 1995; 65: 66-75.
10. *Mitchell JT & Everly SE Jr*, Critical stress management and critical incident stress debriefings: evolutions, effects and outcomes. In: Raphael B, Wilson JP (eds.): *Psychological Debriefing, theory, practice and evidence*, pp. 71-90, Cambridge University Press, 2000.
11. *Hammond J & Brooks J*, The World Trade Center attack. Helping the helpers: the role of critical incident stress management. *Crit Care*, 2001; 5: 315-317.
12. *Foa EB, Keane TM & Friedman MJ*, Guidelines for treatment of PTSD. *J Trauma Stress*, 2000; 13: 539-587.
13. *Bisson JI, McFarlane A & Rose S*, Psychological Debriefing. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ: *Guidelines for treatment of PTSD*. *J Trauma Stress*, 2000; 13: 539-587.
14. *Marshal SLA*, *Men under Fire: The Problem of Battle Command in Future War*. William Morrow, New York, 1947.
15. *Kaplan Z, Iancu I & Bodner E*, A review of psychological debriefing after extreme stress. *Psychiatr Serv*, 2001; 52: 824-827.
16. *Shalev AY*, Stress management and debriefing: historical concepts and present patterns. In: Raphael B, Wilson JP (eds.): *Psychological Debriefing, theory, practice and evidence*, pp. 17-31, Cambridge University Press, 2000.
17. *Ostfeld I, Sides H, Lubin G & al*, Acute stress reactions in combat exposures with multiple casualties. *J Isr Mil Med*, 2004; 1: 79-82.
18. *Belenky GL, Noy S & Solomon Z*, Battle stress, morale, cohesion, combat effectiveness, heroism and psychiatric casualties: the Israeli experience. In GL Belenky (Ed.), *Contemporary Studies in Combat Psychiatry* (pp. 11-20), Westport CT, Greenwood Press, Inc, 1987.
19. *Weisaeth L*, *Stress Reactions to an Industrial Disaster*. University of Oslo, 1984.
20. *Dittmann S*, *Comrade Support: A Guide*. HQ Defence Command Joint Medical Services, Department of Psychiatry, Oslo, 1999.
21. *Caplan G*, *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, New York, 1964.
22. *Salmon TW*, War neuroses and their lesson. *New York Medical J*, 1919; 109: 993-994.
23. *Kardiner A & Spiegel H*, *War, Stress and Neurotic Illness*. Hoeber, New York, 1947.
24. *Baker MS*, Preventing post-traumatic stress disorders in military medical personnel. *Military Medicine*, 1996; 161: 262-264.
25. *Pizarro J, Silver RC & Prause J*, Physical and mental health costs of traumatic war experiences among Civil War veterans. *Arch Gen Psychiatry*, 2006; 63: 193-200.
26. *Kaplan Z, Weiser M, Reichenberg A & al*, Motivation to serve in the military influences vulnerability to future posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*, 2002; 109: 45-59.
27. *Knobler HY, Levi Y, Laor N & al*, The Medical Corps plan for prevention of combat stress reactions. *Maarachot*, 2005; 399: 30-35. [Hebrew]

המחבר המכותב: ד"ר חיים קנובלר, רח' הזית 16 ב', רחובות 76349
 טל': 08-9462069, פקס': 08-9363304
 דוא"ל: knobler@zahav.net.il

תסמינים בתר-חבלתיים [25]. יש לקחת בחשבון את הממצא, כי טיפול בחברים ליחידה מהווה סכנה ממשית להתפתחות תסמינים בתר-חבלתיים, בתכנון שירותי הרפואה הקרבית בצה"ל.

לא נמצא קשר בין פציעה גופנית לבין התגברות חומרתם של התסמינים בתר-חבלתיים של החובשים (היא אולי הפחיתה אותם). כמו כן, לא נמצאה התאמה בין נתוני האיכות של החובשים בלשכות הגיוס לבין פגיעתם. זאת בניגוד לממצא מעבודה קודמת לגבי כלל החיילים אשר טופלו ביחידה לת"ק, בה נמצא קשר בין נתוני ציון ההניעה ממבחן הצד"כ לבין התפתחות תגובת קרב [26]. ניתן להבין הבדל זה מאחר שהחובשים המטופלים באים מקבוצה הומוגנית, של חובשים קרביים, אשר ציון הצד"כ שלהם היה יחסית גבוה מלכתחילה. גם היעדר קשר בין שאר נתוני האיכות, וכן בין דרגותיהם של הנפגעים, לבין חומרת הפגיעה, יכול להיות מוסבר בכך שמדובר באוכלוסייה בעלת נתוני רקע הומוגניים, גבוהים יחסית.

הממצאים המשמעותיים הנוספים שנמצאו בעבודה הם ככל הנראה תוצאתיים, ויכולים להעיד הן על כך שנפגעים קשה מתפקדים פחות טוב, והן על כך שנפגעים שנהנים ממערכת תומכת מתפקדים טוב יותר. על השפעת המצב המשפחתי על חומרת התסמינים ניתן ללמוד מן הממצא: הימצאות התסמינים החדים ביותר אצל הנפגעים הגרושים, לעומת אלו הקלים ביותר אצל הנשואים ההורים לילדים. על השפעת המצב התעסוקתי על חומרת התסמינים ניתן ללמוד מן הממצא: הימצאות התסמינים החדים ביותר אצל הנפגעים מחוסרי העבודה, לעומת אלו הקלים ביותר אצל העובדים בעבודה קבועה. כך צפוי הממצא שהחובשים שפוטרו מהשירות בפרופיל רפואי-נפשי 21 לקו בהפרעה בחומרה גבוהה יותר מאלה שהושארו בשירות מילואים.

לסיכום, העבודה הנוכחית היא מחקר ראשוני בלבד. ראוי להרחיבה, הן על-ידי הכללת מספר חובשים מטופלים גדול יותר, הן על-ידי השוואת מצבם של החובשים המטופלים למצב המטופלים האחרים, והן על-ידי בדיקת מאפייניהם של הגורמים השונים המסייעים להחלמה.

ביבליוגרפיה

1. *Bleich A, Kutz I*, Chemical and biological terrorism: psychological aspects, and guidelines for psychiatric preparedness. *Harefuah*, 2002; 141: 111-117.
2. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (DSM III)*, American Psychiatric Association, 1980.
3. *Marmar CS, Weiss DS, Metzler TJ & al*, Stress responses to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *J Trauma Stress*, 1996; 9: 63-85.
4. *Armstrong K, Zatzick D, Metzler T & al*, Debriefing of American Red Cross personnel: pilot study on participants' evaluations and case examples from the 1994 Los Angeles earthquake relief operation. *Soc Work Health Care*, 1998; 27: 33-50.
5. *North CS, Tivis L, McMillen JC & al*, Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing. *Am J Psychiatry*, 2002; 159: 857-859.
6. *Renck B, Weisaeth L & Scarbo S*, Stress reactions in police officers after a disaster rescue operation. *Nord J Psychiatry*, 2002; 56: 7-14.