

האם הטרור עיוור למגדר? החשיפה והתגובות של נשים וגברים לאינתיפאדה

זהבה סולומון, מרק גלקופף ואבי בלייך

המאמר מתאר מחקר שבחן את ההבדלים בין נשים לגברים בחשיפה לאירועי טרור ובתגובה אליהם. נבחנה השפעתם של משתנים, כגון רמת חשיפה, תחושת ביטחון, יעילות עצמית ואסטרטגיות התמודדות עם סימפטומים פוסט-טראומטיים. משתפי המחקר היו מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל. הממצאים מראים כי נשים סובלות מסימפטומים פוסט-טראומטיים ומתחושת דיכאון יותר מגברים, וכי הסיכוי שלהן לפתח הפרעת דחק פוסט-טראומטית גבוה פי שישה מזה של גברים. עוד נמצא כי תחושות הביטחון והיעילות העצמית של נשים נמוכות יותר מאלו של גברים, וכי ישנם הבדלי מגדר באסטרטגיות ההתמודדות עם איומי הטרור. לאחר הצגת הממצאים נדונים ההבדלים בין נשים לגברים במידת הפגיעות הפוסט-טראומטית.

מבוא

מאז פרוץ אינתיפאדת "אל-אקצה" בשלהי סתיו 2000 נשטפה ישראל בגל עכור של התקפות טרור אלימות וקטלניות במיוחד. קרבנות הטרור היו אנשים מכל שדרות הציבור ובני כל הגילים. בין ספטמבר 2000 לסוף אפריל 2002 נהרגו 472 אנשים, בהם 318 אזרחים, ונפצעו 3,846 אנשים, בהם 2,708 אזרחים, מרביתם באורח קשה. מספר נפגעי הטרור עמד באפריל 2002 על כ-0.007% מ-6.4 מיליון תושבי מדינת ישראל. חמש מאות ושישים התקפות טרור בתוך תחומי הקו הירוק גבו את חייהם של 185 בני אדם. פיגועי הטרור, שלבשו צורות שונות, כמו ירי, דקירות, פיגועי התאבדות ומטעני חבלה, התרחשו במקומות ציבוריים – באוטובוסים, בתחנות אוטובוס, במסעדות ובבתי קפה, בדיסקוטקים, באולמי שמחות, בסופרמרקטים ובקניונים. המחבלים פגעו גם באנשים שנחו בכתייהם ואף במי שישנו במיטותיהם. ריבוי הפיגועים, מגוון המקומות וסוגי התקיפה גרמו לתחושה שהכול מותקפים ושאינן מקום מוגן ובטוח.

חשיפה לאירועים טראומטיים מוכרת כגורם פתוגני היוצר ומאיץ תחלואה סומטית ופסיכיאטרית (APA, 1994). מחקרים שבחנו את ההשפעות הפתוגניות של חשיפה לאירועים טראומטיים שונים הראו כי קיימת שונות רבה בתגובות. נראה כי אנשים שונים מגיבים באופן שונה למצבים דומים. אחד הממצאים השכיחים והעקביים חושף כי נשים וגברים נבדלים אלה מאלה בהערכת לחצים ובתגובות הנפשיות המופיעות אחריהם. הדברים אמורים הן באשר לתגובות תת-קליניות (Stein, Walker, Hazen, & Forde, 1997) והן באשר להפרעות מאובחנות, כגון חרדה, דיכאון (Palinkas, Petterson, Russell, & Downs, 1993) ותסמונת פוסט-טראומטית. באשר לתסמונת הפוסט-טראומטית, כמה וכמה מחקרים מצביעים כי נשים סובלות מתסמונת פוסט-טראומטית יותר מגברים (Breslau et al., 1998; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

ממצא זה נכון גם באשר לפיגועי טרור. באחרונה, לאחר אירועי הטרור ב-11 בספטמבר 2001, שבהם נפגעו מרכז הסחר העולמי בניו יורק והפנטגון, נעשו ברחבי ארצות-הברית סקרים אחדים באמצעות הטלפון והאינטרנט, ובהם נבדקה השפעתם של האירועים על תחושות הביטחון של אזרחים ועל שכיחותן של הפרעות פוסט-טראומטיות. הסקרים חשפו שמגה פיגוע כדוגמת הפיגוע במרכז הסחר הוא אכן גורם פתוגני רב-עצמה שהותיר את חותמו המזיק על אזרחים רבים. במדגם של תושבי מנהטן נמצא כי 8.8% דיווחו על סימפטומים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית (Galea et al., 2002), ובמדגם של תושבי ניו יורק נמצא כי יותר ממחצית תושבי העיר דיווחו לפחות על סימפטום פסיכיאטרי חמור אחד או לחלופין על שני סימפטומים קלים עד בינוניים (DeLisi et al., 2003). נמצא כי שכיחות הסימפטומים הפוסט-טראומטיים בניו יורק הייתה גבוהה באופן משמעותי לעומת שאר מדינות ארצות-הברית (Schlenger et al., 2002). כמה מחקרים הראו כי נשים היו פגיעות יותר להפרעות פוסט-טראומטיות בעקבות הפיגועים מאשר גברים (DeLisi et al., 2003; Schlenger et al., 2002).

עם זאת, אין תשובה ברורה וחד-משמעית לשאלה מדוע נשים מגיבות באופן חריף יותר למצבי לחץ. הסבר אפשרי אחד קשור להערכה דיפרנציאלית של גורם הלחץ. ייתכן שנשים נוטות לתפוס גורמי לחץ מסוימים כמאיימים יותר (Bar-Tal, Lurie, & Glick, 1994), מה שעשוי להעצים את תוויית הטרומה שלהן ולהגביר את פגיעותן.

הסבר אפשרי אחר הוא שנשים מעריכות שיכולת ההתמודדות שלהן יעילה פחות מזו של גברים. במחקרים שונים נמצא כי ההערכה העצמית של יכולת ההתמודדות תחת לחץ היא הגורם המשפיע על התפתחותן של תגובות פוסט-טראומטיות עתידיות ועל מצוקה נפשית כללית של אנשים (Benight & Harper, 2002; Benight, Swift, Sanger, Smith, & Zeppelin, 1999).

גם אסטרטגיות ההתמודדות השונות של גברים ונשים שנחשפו לאירוע טראומטי עשויות להסביר את הבדלי הפגיעות הפוסט-טראומטית ביניהם. גברנידו ורוסנר (Gavranidou & Rosner, 2003), לדוגמה, ציינו כי נשים נוטות לנקוט באסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש (כגון עיסוק בדאגות, בפחדים ובתחושות האשמה שמעורר בהן האירוע הטראומטי שחוו) כאשר הן מעריכות ששליטתן במצב נמוכה. סגנון התמודדות זה מגביר את הסיכון שהן תפתחנה הפרעת דחק פוסט-טראומטית. גברים, לעומת זאת, נוטים להמעיט בערך האירוע, לקחת את תפקיד ה"גיבור" או לעסוק בפעילות להסתת הדעת. גם במחקרם של פטייסק, סמית' ודודג' (Ptacek, Smith, & Dodge, 1994) התברר כי במצבי לחץ נקטו נשים באסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש (האשמה עצמית והאשמת הזולת ומשאלת לב) וחיפשו תמיכה חברתית, ואילו הגברים נקטו באסטרטגיות ממוקדות בעיה (חיפוש מידע על גורם הלחץ ודרכים לפתרון המצב). הבחנה דומה בין אסטרטגיות ההתמודדות של גברים ונשים הוזכרה גם במחקרים נוספים (לדוגמה, Karanci et al., 1999).

ייתכן גם שההבדל בין נשים לגברים הוא חברתי-תרבותי, ומקורו בתפקידי המגדר השונים שבכל חברה וחברה ובהגדרתן של התנהגויות "גבריות" ו"נשיות". נוריס ואחרים (Norris, Perilla, Ibanez, & Murphy, 2001), לדוגמה, מצאו כי בחברה האמריקאית ובחברה המקסיקנית נשים מדווחות על תגובות פוסט-טראומטיות חזקות יותר מגברים. עם זאת, הבדלי המגדר היו משמעותיים יותר בחברה המקסיקנית המטפחת ערכים מסורתיים יותר של גבריות ונשיות.

אפשר שנשים וגברים נבדלים אלה מאלה לא רק בתגובותיהם אלא גם או בעיקר בדיווחים עליהן (Bryant & Harvey, 2003; Gavranidou & Rosner, 2003; Norris et al., 2001). לנשים יש הרשאה חברתית גדולה יותר לדווח על חולשה וקושי מאשר לגברים, ולפיכך ייתכן שהן נוטות לדווח יותר בגלוי על תגובות דחק.

פעמים רבות אירועי הדחק שגברים ונשים נחשפים אליהם שונים. לדוגמה, מלחמות. גברים משתתפים, בדרך כלל, באופן אקטיבי במלחמה ונחשפים ללחצי הקרב, ואילו הנשים נמצאות באופן מסורתי בבית בעורף.

היו אף מי שניסו להסביר לפחות את מקצת ההבדלים בתגובות של נשים וגברים באמצעות סוג החשיפה (Gavranidou & Rosner, 2003). חוקרים אלו סבורים כי נשים נחשפות לאירועי דחק שונים מאלו שגברים נחשפים אליהם, וחשיפה שונה מקשה על בחינה שיטתית של תגובותיהם של נשים וגברים גם במחקרים של אירועי דחק דומים.

הטרור הוא, כאמור, עיוור ופוגע בנשים ובגברים כאחד, לפיכך מטרתו של מחקר זה הייתה לבדוק אם גברים ונשים נבדלים אלה מאלה בכמה היבטים מרכזיים:

1. האם קיים הבדל בין גברים לנשים בחשיפה לאירוע טרור?

2. האם גברים ונשים מעריכים באופן שונה את מידת האיום שמעורר הטרור ו/או את יכולתם להתמודד עם איום זה?
3. האם גברים ונשים משתמשים באסטרטגיות התמודדות שונות מול איום הטרור?
4. האם ישנם הבדלי מגדר במשקעים פוסט-טראומטיים בעקבות פיגועי הטרור?

שיטת המחקר

המדגם

אוכלוסיית היעד הייתה כלל אזרחי ישראל בני 18 ויותר. המדגם נבחר מתוך מאגר נתונים טלפוניים בן ארבעים שנה, המשמש לסקרי דעת קהל וכולל נתונים סוציו-דמוגרפיים על 920 משקי בית. החוקרים פנו טלפונית באופן אקראי ל-742 אזרחים מהמאגר הזה וביקשו מהם להשתתף במחקר. 69% נענו לבקשה. המדגם הסופי כלל אפוא 512 מרואיינים. המדגם מייצג את כלל אוכלוסיית הבוגרים בישראל, וטעות הדגימה המקסימלית היא 4.5%.

מאחר שאוכלוסיית ישראל הטרוגנית מאוד, נעשה המדגם בשיטת דגימת שכבות אקראית מתוך המאגר הנ"ל, והמספרים נבחרו אקראית בעזרת מחשב עד שהושג מספר הנבדקים הנדרש בכל שטחה. השטחות הוגדרו באמצעות המשתנים האלה: גיל, מקום מגורים, עולים מחבר העמים, חברי קיבוצים, יהודים חרדים, ערבים, יהודים שהם או אבותיהם נולדו באירופה או אמריקה, יהודים שהם או אבותיהם נולדו באסיה או באפריקה. גודל כל שטחה נקבע בהתאם למידע על ייצוגה באוכלוסיה, לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2001).

המדגם כלל 250 (48.9%) גברים ו-262 (51.1%) נשים. היו בו 444 (86.8%) יהודים ו-68 (13.2%) ערבים ישראלים. גיל הנבדקים נע בין 18 ל-66, והגיל הממוצע עמד על 38.35 (SD=15.8). ל-48.4% מהמשיבים הייתה לפחות השכלה על-תיכונית חלקית, ל-46.9% השכלה תיכונית, ול-4.7% השכלה יסודית בלבד. מבין היהודים, 11% הגדירו את עצמם כדתיים, 30.5% כמסורתיים, 4.9% כחרדים ו-53.6% כאתאיסטים. מרבית הנבדקים מתגוררים בערים (79.4%, N=406), והנותרים ביישובים חקלאיים או כפריים (7.4%, N=38), בכפרים ערביים (13.2%, N=68), בקיבוצים (2%, N=10), וביישובים שמחוץ לקו הירוק (1.8%, N=9). כאשר להכנסה, רוב הנבדקים (49.3%, N=179) דיווחו על הכנסה נמוכה מהממוצע, 31.7% (N=145) דיווחו על הכנסה ממוצעת ו-28.9% (N=132) דיווחו על הכנסה גבוהה מהממוצע. המדגם ייצג את האוכלוסייה בישראל בכך שבמשתנים

שנבדקו החלוקה הפנימית הייתה דומה לחלוקה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה המתייחסת לכלל האוכלוסיה הבוגרת בישראל (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2001).

נעשה ניסיון להשוות בין מי שהשתתפו במחקר לבין מי שלא השתתפו בו אך הופיעו במאגר הנתונים. ההשוואות לא העלו כל הבדלים משמעותיים במשתנים האלה: מגדר, הכנסה, מקום מגורים, עולים מול ותיקים, חברי קיבוצים, חרדים, ערביי ישראל ומוצא (מארצות המערב לעומת ארצות המזרח). המשתתפים היו מבוגרים מעט יותר ($M=38.2$, $SD=14.2$) ממי שלא השתתפו ($M=35.7$, $SD=15.4$) ($t=2.1$, $df=740$, $p=.04$).

מבין המשתתפים הסוציו-דמוגרפיים (דת, השכלה, מקום לידה, גיל, הכנסה), המשתנה היחיד שבו נמצא הבדל בין נשים לגברים הוא משתנה הדת. יותר גברים מנשים הגדירו את עצמם כחילוניים (63.6% ו-44.2% בהתאמה), ויותר נשים מגברים הגדירו את עצמן כמסורתיות (34.8% ו-25.7% בהתאמה) כדתיות (14.7% ו-7% בהתאמה) או כחרדיות (6.3% ו-3.7% בהתאמה), ($\chi^2=17.97$, $df=3$, $p=0.000$).

כלי המחקר

החשיפה נבדקה באמצעות שלוש השאלות האלה: 1. האם הנבדק נחשף לאירוע טרור? 2. האם חברו או בן משפחתו נחשף לאירוע טרור או נהרג בו? 3. האם הנבדק, חברו או בן משפחתו נפצע באירוע טרור?

על בסיס התשובות לשלוש השאלות חולקו הנבדקים לשש קבוצות: 1. ללא חשיפה לטרור. 2. חבר או בן משפחה נחשף אך לא נפגע. 3. חבר או בן משפחה נפצע. 4. הנבדק נחשף אך לא נפגע. 5. הנבדק וגם חבריו או בני משפחתו נחשפו לטרור. 6. חבר או קרוב נפצע או נהרג.

האיום האובייקטיבי נבדק באמצעות שלושה מדדים: מגורים באחת הערים – ירושלים, תל אביב, נתניה וחיפה (שבהן התרחשו מרבית פיגועי ההתאבדות) לעומת מגורים מעבר לגבולות הקו הירוק; מגורים בערים לעומת מגורים באזורים לא עירוניים, למעט מגורים בהתנחלויות בשטחים; משיבים יהודים לעומת משיבים ערבים. הסימפטומוטולוגיה הפוסט-טראומטית נבדקה באמצעות גרסה מעודכנת של שאלון סטנפורד להערכת לחץ (SASRQ – Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire) (Cardena, Classen, & Spiegel, 1991). לשאלון זה תכונות פסיכומטריות מקובלות, והוא משמש להערכת סימפטומים פוסט-טראומטיים אקוטיים וכרוניים, וכן להערכת הפרעת דחק אקוטית ותסמונת פוסט-טראומטית. בשאלון 23 היגדים המחולקים לחמש קבוצות המייצגות את חמשת הצברים של התסמונת הפוסט-טראומטית המוגדרת על ידי מגדר DSM-IV. במחקר הנוכחי נכללו

ארבעה פריטים הבוחנים התנסות חוזרת (קריטריון B); שבעה פריטים של הימנעות (קריטריון C); ושישה פריטים של עוררות יתר (קריטריון D); בדיקת דיסוציאציה נעשתה באמצעות ארבעה פריטים (דה-פרסונליזציה, דה-ריאליזציה, קהות רגשית ואמנזיה); בדיקת ליקוי תפקודי נעשתה באמצעות שני פריטים: האחד בחן קשיי תפקוד בעבודה והשני קשיי תפקוד חברתי.

הנבדקים התבקשו למקם את תשובותיהם על סולם ליקרט של חמש דרגות (0 – לא מסכים; 4 – מסכים לחלוטין), ולדווח כמה זמן הם סובלים מהסימפטום הנדון (1 – יומיים או פחות; 2 – פחות מחודש; 3 – יותר מחודש). אומדן המהימנות הפנימית לגרסה הנוכחית של השאלון במחקר הנוכחי היה $\alpha = 0.91$.

סימפטום נחשב רלוונטי ל-*TSR* (Traumatic Stress Related symptoms) ול-*PTSD*, אם הנבדק לכל הפחות הסכים (האפשרות השלישית מתוך החמש) עם ההיגד והצהיר כי סבל מהסימפטום במשך לפחות חודש. אמת מידה זו שימשה בניית מספר סימפטומי ה-*TSR* וקריטריוני הסימפטומים ל-*PTSD* ול-*ASD* (Acute Stress Disorder).

להערכת התסמונת הפוסט-טראומטית שימשו קריטריונים של מגדר *DSM-IV*. מאחר שהתצפיות במחקר היו מבוססות על כלי לדיווח עצמי ולא על הערכה קלינית, המשיבים לא הוגדרו כמי שסובלים מתסמונת פוסט-טראומטית או מהפרעת דחק אקוטית אלא כמי שסובלים מסימפטומים דמויי תסמונת פוסט-טראומטית ומהפרעה אקוטית.

תחושת הדיכאון נבדקה באמצעות שאלה כללית, "באיזו מידה אתה חש עצב ודכדוך?", שנועדה לסקור ולאמוד תחושה כללית של דיכאון ולא ניסיון לאבחן דיכאון. אסטרטגיות ההתמודדות נבדקו באמצעות גרסה קצרה של שאלון *COPE* (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). לשאלון מקובל זה תכונות פסיכומטריות מוכחות, ונעשה בו שימוש רב במחקרי טראומה קודמים (Bleich, Gelkopf, & Solomon, 2003; Murphy, Johnson, Chung, & Beaton, 2003; Schauben & Frazier, 1995). בשאלון 14 שאלות. עשר מהן נלקחו במדויק מהשאלון המקורי וייצגו אסטרטגיות ישירות וברורות של התמודדות: תמיכה רגשית/ביטוי רגשי, תמיכה אינסטרומנטלית, אמונה באל, קבלה, התנתקות רגשית, הכחשה, שימוש באלכוהול או עישון סיגריות, שימוש בתרופות הרגעה, הומור ועיסוק בפעילויות שונות. ארבע השאלות הנוספות נועדו להעריך באיזו מידה עקבו הנבדקים אחרי שלום יקיריהם לאחר כל פיגוע, באיזו מידה צפו בטלוויזיה, קראו עיתונים או האזינו לרדיו כדי להשיג מידע (התמודדות אקטיבית), באיזו מידה נמנעו מחשיפה לתקשורת בכלל ולחדשות בפרט (הימנעות) ובאיזו מידה ביקשו תמיכה או עזרה מחבריהם או מבני משפחתם (חיפוש אקטיבי אחר עזרה ותמיכה חברתית). הנבדקים התבקשו לדרג את תשובותיהם על סולם ליקרט של חמש דרגות (0 – כלל לא; 4 – במידה רבה).

עוד נשאלו הנבדקים, עד כמה סייע להם בהתמודדות כל היגד שדיווחו עליו בחיוב. במחקר הגישוש הטלפוני שבוצע על מדגם מייצג של שלושים סטודנטים נמצאה מהימנות גבוהה במבחן חוזר בטווח של שבועיים ($r=0.83$ — $r=0.98$).

האוריינטציה לעתיד נבדקה באמצעות שני פריטים שנלקחו מתוך סולם לבחינת אוריינטציה לעתיד (Saigh, 1997). האחד, מידת האופטימיות של המשיבים כאשר לעתידם האישי, והשני, מידת האופטימיות של המשיבים כאשר לעתיד מדינת ישראל. הנבדקים התבקשו לציין באיזו מידה הם מסכימים עם ההיגדים ולמקם את תשובותיהם על סולם ליקרט של שש דרגות (1 — מסכים מאוד; 6 — כלל לא מסכים). תשובה נחשבה חיובית כאשר המשיב דיווח לפחות על הסכמה בינונית. במחקר הגישוש הטלפוני שבוצע על מדגם מייצג של שלושים סטודנטים נמצאה מהימנות גבוהה במבחן חוזר בטווח של שבועיים ($r=0.90$ — $r=0.92$).

תחושת הביטחון נבדקה באמצעות שני פריטים שחוברו בעבור מחקר זה. הנבדקים נשאלו באיזו מידה הם חשים איום על חייהם ועל חיי יקיריהם. התשובות לשתי השאלות דורגו על סולם ליקרט של חמש דרגות (0 — כלל לא; 4 — במידה רבה). התשובות לשאלות אלו אוחדו בניתוח הרגרסיה. תשובה תוגנה כחיובית, אם הנבדק דיווח לפחות על הסכמה בינונית. במחקר הגישוש הטלפוני שבוצע על מדגם מייצג של שלושים סטודנטים נמצאה מהימנות גבוהה במבחן חוזר בטווח של שבועיים ($r=0.90$ — $r=0.93$).

היעילות העצמית נבדקה באמצעות פריט בודד. הנבדקים נשאלו באיזו מידה הם מאמינים שייצעו מה לעשות אם ייקלעו להתקפת טרור. התשובות לשאלה זו דורגו על סולם ליקרט של חמש דרגות (0 — כלל לא; 4 — במידה רבה). תשובה הוערכה כחיובית, אם הנבדק דיווח לפחות על הסכמה בינונית. במחקר הגישוש הטלפוני שבוצע על מדגם מייצג של שלושים סטודנטים נמצאה מהימנות גבוהה במבחן חוזר בטווח של שבועיים ($r=0.90$).

הפנייה לעזרה נבדקה באמצעות כמה שאלות: באיזו מידה חש הנבדק צורך לקבל טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי? באיזו מידה הנבדק פנה לקווי מצוקה טלפוניים, והאם הפנייה סייעה לו? והאם בדעתו לשוב ולפנות לעזרה טלפונית בעתיד? המאפיינים הסוציודמוגרפיים נבדקו באמצעות שאלות על המשתנים האלה: מגדר, גיל, השכלה, שנת עלייה, הכנסה, מידת הדתיות, מוצא עדתי, מקום מגורים (עיר, יישוב כפרי, קיבוץ, עירוני מול לא עירוני), ארץ לידה (ישראל/אחר).

מהלך המחקר

הנתונים נאספו באמצעות שאלון מובנה ובו 51 שאלות. אם לא צוין אחרת, הנבדקים התבקשו להשיב על השאלות במסגרת זמן של "השנה וחצי האחרונות מאז פרץ

האירועים", החופפת לפרק הזמן שחלף מאז פרוץ אינתיפאדת "אל-אקצה" ועד לתקופת ביצוע המחקר.

לאחר מחקר גישוש, שכלל שלושים נבדקים, עוצבה גרסתו הסופית של השאלון כך שתתאים למחקר טלפוני. נוסח השאלות פשוט, ופריטים שהיו קשים להבנה שוכתבו. גם מספר השאלות הופחת. על 88% מהשאלונים השיבו הנבדקים בתוך 12-15 דקות. נבדק שלא השיב לחמש שאלות ויותר הוגדר כמי שלא השיב, והריאיון עמו הופסק. חמישה נבדקים לא השלימו את הריאיון והוגדרו "לא משיבים".

ממצאים

לוח 1 מציג את הממצאים העיקריים.

לוח 1: התפלגות משתני המחקר לפי מגדר

χ^2	נשים		גברים		
	%	N	%	N	
					חשיפה
	60.4	157	50.4	125	לא נחשף – לא מכיר אדם שנחשף
	11.2	29	12.9	32	מכיר אדם שלא נפגע
	18.1	47	14.1	35	מכיר אדם שנפגע
	5	13	9.3	23	נחשף – לא מכיר אדם שנחשף
	1.2	3	5.2	13	מכיר אדם שלא נפגע
16.901 **	4.2	11	8.1	20	מכיר אדם שנפגע
					איום אובייקטיבי
0.098	18.6	47	17.5	45	מגורים באזור סיכון גבוה
0.407	78.3	198	80.5	207	מגורים באזור עירוני
0.038	87.4	221	86.8	223	מוצא יהודי
					סימפטומטולוגיה פוסט-טראומטית
15.67 ***	83.9	219	69.1	172	לפחות סימפטום דחק אקוטי אחד
20.147 ***	46.5	121	27.3	68	לפחות סימפטום חודרני אחד
28.548 ***	66.9	174	43.4	108	לפחות סימפטום הימנעותי אחד
15.244 ***	57.9	151	40.6	101	לפחות סימפטום עוררות יתר אחד
8.057 **	39.6	103	27.7	69	פגיעה בתפקוד תעסוקתי
1.852	15	39	10.9	27	פגיעה בתפקוד חברתי
1.448	29.2	76	24.5	61	לפחות סימפטום דיסוציאטיבי אחד

האם הטרור עיוור למגדר?

χ^2	נשים		גברים		
	%	N	%	N	
					סימפטומטולוגיה פוסט-טראומטית – המשך
12.579 ***	16.5	43	6.4	16	דה פרסונליזציה
2.108	10	26	6.4	16	דה ריאליזציה
2.85	11.1	29	6.8	17	אמנויה
0.004	11.9	31	12	30	קהות רגשית
27.179 ***	16.2	41	2.7	7	הפרעת דחק פוסט-טראומטית
5.71 *	4.7	12	1.2	3	הפרעת דחק פוסט-טראומטית (קריטריון מחמיר)
37.361 ***	71.6	187	45	112	תחושת דיכאון
					אוריינטציה לעתיד
6.993 **	77.8	203	86.7	216	אופטימיות לגבי העתיד האישי
7.641 **	61	158	72.6	180	אופטימיות לגבי עתיד המדינה
					תחושת ביטחון
26.717 ***	71.4	185	49	122	תחושת סכנה פרטית
29.795 ***	79.2	205	56.5	139	תחושת סכנה לחיי הקרובים
26.023 ***	63.8	136	85.3	185	יעילות עצמית
					פנייה לעזרה
2.006	6.8	17	3.9	10	צורך בטיפול נפשי
0.601	11.2	29	13.4	33	פנייה בעבר לקו מצוקה
0.682	10.3	3	17.6	6	עזרה לאחר פנייה בעבר
11.111 ***	19.5	46	8.8	21	פנייה בעתיד לקו מצוקה

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$ *** $P < 0.001$

חשיפה לאירועי טרור

כאמור, אובחנו שישה סוגי חשיפה לטרור. בארבעה מסוגי החשיפה היה אחוז הגברים שנחשפו לטרור גבוה יותר מזה של הנשים, וההבדל הכללי ברמת החשיפה בין נשים לגברים היה מובהק.

איום אובייקטיבי

תוצאות מבחני t העלו כי מי שמתגוררים באזורי סיכון גבוה נחשפו באופן משמעותי ליותר אירועי (M=1.5, SD=1.6) ממי שמתגוררים באזורי סיכון נמוך (M=0.9).

(SD = 1.4) ($p = 0.001$, $df = 510$, $t = -3.8$); כי תושבי העיר נחשפו ליותר אירועי טרור ($M = 1.15$, $SD = 1.5$) מאשר התושבים הלא עירוניים ($M = 0.72$, $SD = 1.4$), ($t = 5$), וכי יהודים נחשפו ליותר אירועי טרור ($M = 1.2$, $SD = 1.5$) מאשר ערבים ($M = 0.57$, $SD = 1.4$), ($t = 7.9$, $df = 507$, $p = 0.001$). לא נמצא הבדל בין נשים לגברים באף לא אחד משלושת מדדי האובייקטיבי.

סימפטומטולוגיה פוסט-טראומטית

נשים ($M = 5.2$, $SD = 5.04$) דיווחו על סימפטומים רבים יותר של TSR מאשר גברים ($M = 2.84$, $SD = 3.52$), וההבדל נמצא מובהק ($t = 6.129$, $df = 508$, $p = 0.000$). גם מספר הנשים שדיווחו על לפחות סימפטום דחק אקוטי אחד היה גבוה מזה של הגברים. גם עצמת הסימפטומים של TSR הייתה גבוהה יותר אצל נשים ($M = 22.24$, $SD = 16.11$) מאשר אצל גברים ($M = 13.17$, $SD = 12.34$), והבדל זה נמצא מובהק ($t = 7.014$, $df = 495$, $p = 0.000$).

באשר לסימפטומים פוסט-טראומטיים, יותר נשים מגברים דיווחו על לפחות סימפטום אחד מקבוצת הסימפטומים החודרניים (קריטריון B), על לפחות סימפטום אחד מקבוצת הסימפטומים הקשורים להימנעות (קריטריון C), ועל לפחות סימפטום אחד מקבוצת הסימפטומים של עוררות-יתר (קריטריון D). לא נמצא הבדל בין מספר הנשים והגברים שדיווחו על לפחות סימפטום דיסוציאטיבי אחד מבין הארבעה שנשאלו עליהם. עם זאת, ממוצע הסימפטומים הדיסוציאטיביים לנשים ($M = 0.49$, $SD = 0.91$) היה גבוה יותר מזה של גברים ($M = 0.31$, $SD = 0.61$), ($t = 6.47$, $df = 508$, $p = 0.000$). דה פרסונליזציה הייתה שכיחה יותר אצל נשים מאשר אצל גברים, ואולם לא נמצא הבדל בשכיחותן של דה ריאליזציה, אמנויה וקהות רגשית. גם מספר הנשים שדיווחו על פגיעה בתפקוד תעסוקתי היה גבוה יותר ממספר הגברים. בפגיעה בתפקוד חברתי לא נמצא הבדל בין נשים לגברים.

הפרעת דחק פוסט-טראומטית הייתה שכיחה יותר באופן משמעותי, פי שישה, אצל נשים. גם לאחר שימוש בקריטריונים מחמירים יותר (כאשר נלקחו בחשבון רק תשובות שנעו מ"מסכים במידה רבה" ומעלה) נותר הבדל מובהק בין נשים לגברים. ככל המדגם כולו נמצא מקרה אחד בלבד שענה על הקריטריונים ל-ASD.

תחושת דיכאון

נמצא כי יותר נשים סובלות מדיכאון מאשר גברים.

אסטרטגיות התמודדות

לוח 2 מציג את התפלגות אסטרטגיות ההתמודדות לפי מגדר.

לוח 2: התפלגות אסטרטגיות ההתמודדות לפי מוצר

סיוע בתמודדות	גברים				נשים				אסטרטגיית ההתמודדות	
	שימוש באסטרטגיות התמודדות		שימוש באסטרטגיות התמודדות		סיוע בתמודדות		שימוש באסטרטגיות התמודדות			
	%	N	%	N	%	N	%	N		
0.062	8.333 **	82.3	153	78	192	83.2	188	87.7	228	בירור שלומם של בני המשפחה והחברים
7.748 **	0.828	34.3	70	83.1	206	47.8	99	79.9	207	שיחה על המצב ועל דרכי פעולה
6.093 *	11.017 ***	48	82	69.8	173	60.6	129	82.3	214	שיחה על הרגשות עם אנשים אחרים
0.831	0.11	60.8	110	74.5	184	65.3	128	75.8	197	השלמה עם המצב והסתגלות אליו
0.329	0.675	55.1	86	66.3	163	51.9	82	62.7	160	זיכרון מידע על המתרחש
0.994	9.491 **	81.2	108	53.4	133	85.5	147	66.8	173	אמונה באלהים
0.155	1.062	81.8	108	53.2	132	82.5	104	48.6	126	הומור
1.886	3.232	67.7	84	50.6	126	59.1	65	42.6	110	התעלמות מהפינועים
0.04	20.792 ***	85.5	59	27.7	69	84.4	103	47.3	123	פעילויות מסויחות דעת
0.013	7.515 **	60.3	38	26.3	65	61.2	60	37.7	98	הימנעות מרדין או מטלויזיה
6.251 *	27.331 ***	69.6	16	10.1	25	90.5	67	28.5	74	תמיכה ממשפחה או מחברים
1.436	2.543	76.9	10	5.2	13	91.3	21	8.8	23	תרופות הרגעה
0.108	0.074	63.3	7	5.2	13	57.1	8	5.8	15	אלכוהול או טיגרייות

* p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001

האם הטרור עיוור למגדר?

הלוח מראה כי אסטרטגיות ההתמודדות השכיחות ביותר אצל נשים היו בירור שלומם של בני משפחה וחברים ושיחות עם אנשים על הרגשות שהמציב מעורר. לעומת זאת, אסטרטגיות ההתמודדות השכיחות ביותר אצל הגברים היו שיחות על המציב ועל מה שניתן לעשות בקשר אליו ובירור שלומם של בני המשפחה והחברים.

יותר נשים מגברים השתמשו באסטרטגיות ההתמודדות האלה: בירור שלומם של אנשים קרובים, שיחות על רגשות עם אנשים אחרים, חיפוש אחר תמיכת משפחה או חברים, עיסוק בפעילויות מסיחות דעת, הימנעות מרדיו או מטלוויזיה ואמונה באלוהים.

יותר גברים מנשים התמודדו עם הלחץ באמצעות שיחות על המציב ועל מה שניתן לעשות בקשר אליו, ובאמצעות חיפוש מידע על המתרחש או על ידי התעלמות מהפיגועים, ואולם ההבדל לא נמצא מובהק.

מבין אסטרטגיות ההתמודדות הפופולריות ביותר אצל הנשים (כלומר, ש-50% ויותר מן הנשים השתמשו בהם), דיווחו הנשים שהאמונה באלוהים ובירור שלומם של בני משפחה וחברים הן היעילות ביותר עבורן. אצל הגברים, לעומת זאת, מבין אסטרטגיות ההתמודדות הפופולריות דווחו ההומור ובירור שלומם של בני משפחה וחברים כמנגנונים היעילים ביותר. השימוש בשני המנגנונים האפקטיביים ביותר – שיחה על המציב ועל דרכי פעולה נאותות ושיחה על הרגשות – נמצא בולט יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים (כל זאת, כשלוקחים בחשבון רק את המנגנונים הפופולריים ביותר).

גם המספר הממוצע של אסטרטגיות ההתמודדות שנקטו נשים ($M=3.86$, $SD=1.56$) היה גבוה יותר מזה של הגברים ($M=3.52$, $SD=1.47$), ($t=2.57$, $df=507$, $p=0.01$).

אוריינטציה לעתיד

כאמור, הנבדקים התבקשו לדווח מהי מידת האופטימיות שלהם באשר לעתידם ולעתיד המדינה. רוב הנבדקים (82.2%) דיווחו על אופטימיות באשר לעתידם האישי. יותר גברים מנשים דיווחו על אופטימיות הן באשר לעתידם האישי והן באשר לעתיד המדינה, וההבדלים נמצאו מובהקים.

תחושת ביטחון

נמצא הבדל מובהק בין נשים לגברים בשני מדדי תחושת הביטחון, סכנה אישית וסכנה לאנשים קרובים. בשני המדדים נמצא כי נשים חוששות יותר מגברים.

יעילות עצמית

רוב הנבדקים (74.7%) סברו כי יטיבו לתפקד אם ייחשפו לאירוע טרור. כצפוי, יותר גברים דיווחו על יעילות בעת פיגוע מאשר נשים, וההבדלים נמצאו מובהקים.

פנייה לעזרה

לא נמצא הבדל בין מספר הנשים והגברים שחשו צורך לפנות לטיפול נפשי מקצועי. באשר לפנייה לקווי מצוקה, נתקבלו תשובות שונות בשאלות שהתייחסו לעבר ולעתיד. לא נמצא הבדל במספר הנשים והגברים שפנו בעבר לקווי המצוקה, אולם יותר נשים מגברים דיווחו שיעזרו בעתיד בקווים אלו. בין המדווחים על פנייה בעבר לקווי מצוקה לא נמצא הבדל במספר הנשים והגברים שדיווחו כי הפנייה סייעה להם.

כדי לאמוד את תרומתם הישירה והמצטברת של המשתנים התלויים בוצעו שתי רגרסיות לניאאריות, האחת לסימפטומים של TSR והשנייה לדיכאון, וכן רגרסיה לוגיסטית אחת, לסימפטומים דיכוטומיים של PTSD. בכל רגרסיה נבדקו המנבאים המובהקים משבע קבוצות של משתנים (סוציו־דמוגרפיים, חשיפה, סיכון אובייקטיבי, התמודדות, יעילות עצמית, אוריינטציה לעתיד ותחושת ביטחון). מנבאים שאינם מובהקים הושמטו מהניתוח כדי לגבש מודל תמציתי ככל האפשר (ראו לוח 3).

לוח 3: ניתוחי רגרסיה לניבוי תסמונת פוסט־טראומטית, תחושת דיכאון ומספר סימפטומים פוסט־טראומטיים

PTSD ²		תחושת דיכאון ¹		TSRS ¹		משתנים
95%CI	Odds Ratio	R ² change	β	R ² change	β	
3.0–17.4	7.19 ***	10.0***	-.32 ***	7.4 ***	-.28 ***	Step 1 מגדר
1.9–11.8	4.76 ***	1.9 **	-.32 ***	1.3 **	-.27 ***	Step 2 מגדר
1.5–3.1	2.16 ***		.14 **		.12 **	נולד/ה בישראל או בחו"ל תחושת ביטחון גיל

המשך



זהבה סולומון, מרק גלקופף ואבי בלייך

PTSD ²		תחושת דיכאון ¹		TSRS ¹		משתנים
95%CI	Odds Ratio	R ² change	β	R ² change	β	
		4.9 ***		12.6 ***		Step 3
2.2–14.5	5.62 ***		-.24***		-.15 **	מגדר
1.4–2.8	1.97 ***		.23 ***		.10 *	נולדה/ בישראל או בחו"ל
1.3–2.8	1.94 ***				.38 ***	תחושת ביטחון
			.12 ***			התמודדות – תרופות הרגעה
						גיל
		2.7***		11.8 ***		Step 4
2.1–14.5	5.54 ***		-.23***		-.13 **	מגדר
1.5–3.0	2.10 ***		.23***		.36 ***	תחושת ביטחון
1.2–2.7	1.78 ***		.17 ***		.35 ***	התמודדות – תרופות הרגעה
1.2–2.8	1.85 ***		.09			התמודדות – סיגריה, אלכוהול
						גיל
		1.7 **		2.1 ***		Step 5
			-.22 ***		-.14 **	מגדר
			.22 ***		.33 ***	תחושת ביטחון
			.16 ***		.31 ***	התמודדות – תרופות הרגעה
			.11 *		.15 ***	התמודדות – סיגריה, אלכוהול
			.14 **			גיל
						התמודדות – אמונה באלהים
		1.0 *		1.7 ***		Step 6
			-.21 ***		-.13 **	מגדר
			.20 ***		.31 ***	תחושת ביטחון
			.16 ***		.30 ***	התמודדות – תרופות הרגעה
			.10 *		.16 ***	התמודדות – סיגריה, אלכוהול
			.13 **		.13 **	הימנעות מטלוויזיה או רדיו
			.12 **			התמודדות – אמונה באלהים
						גיל
				1.0 **		Step 7
					-.12 **	מגדר
					.31 ***	תחושת ביטחון
					.30 ***	התמודדות – תרופות הרגעה
					.16 ***	התמודדות – סיגריה, אלכוהול
					.12 **	הימנעות מטלוויזיה או רדיו
					.10 **	התמודדות – אמונה באלהים

ב-Step 4 "נולדה בישראל או בחו"ל" איבדה את מובהקותה והושמטה מהלוח.

***p<.001 ** p<.01 * p<.05

1 רגרסיה ליניארית 2 רגרסיה לוגיסטית

ניתוחי הרגרסיה הראו קשר בין כל אחד משלושת המשתנים התלויים לבין המאפיינים האלה: מגדר, תחושת ביטחון, שימוש בתרופות הרגעה וצריכת סיגריות ואלכוהול. כמו כן נמצא כי מספר הסימפטומים של TSR קשור להתמודדות באמצעות הימנעות מטלוויזיה ורדיו, וכי אמונה באלוהים קשורה הן למספר הסימפטומים של TSR והן לתחושת דיכאון. נמצא גם קשר בין גיל לבין תחושת דיכאון.

דיון

המחקר ניסה לבדוק היבטים שונים של פגיעות פוסט-טראומטית בעקבות פיגועי טרור אצל גברים ונשים. ההכרה בהשפעה שיש למשתנים סוציו-דמוגרפיים רבים על היווצרותה של פגיעות זו היא שחייבה שימוש במדגם הטרוגני ביותר, שייצג, ככל האפשר, את האוכלוסייה הבוגרת של מדינת ישראל. פן ייחודי נוסף של המחקר קשור לעיתוי איסוף הנתונים – בעיצומה של אינתיפאדת "אל-אקצה" ושל גל פיגועים חסר תקדים שהתלווה אליה. ניתן לקוות כי ההתבססות על מדגם מגוון ומייצג ועריכת המחקר כשגורם הדחק היה בשיא עצמתו הניבו מסקנות בעלות תוקף רב ורלוונטיות.

ממצאי המחקר מעידים על כמה הבדלים משמעותיים בין נשים לגברים באופן השפעתם של פיגועי הטרור, בדרך תפיסתם ובאסטרטגיות ההתמודדות עמם. על אף שנשים חשופות פחות מגברים לטרור, הפיגועים מעוררים אצלן תחושה חזקה יותר של סכנה לעצמן ולקרובים אליהן. נשים דיווחו על סימנים לפגיעות פסיכולוגיות גבוהה יותר מזו של גברים, והיא באה לידי ביטוי במספר הסימפטומים הפוסט-טראומטיים שהן סבלו מהם לאחר הפיגועים. התברר גם כי רמת הדיכאון של הנשים גבוהה מזו של הגברים. עוד נמצא, כי גברים היו אופטימיים יותר מנשים ביחס לעתידם האישי וביחס לעתיד המדינה, והאמינו ביכולתם להתמודד עם אירועי טרור יותר מהנשים. מן הממצאים ניתן ללמוד גם על הבדלים בין גברים לנשים באסטרטגיות ההתמודדות עם מציאות של ריבוי פיגועי טרור. בין היתר נמצא כי נשים נוטות לשוחח על רגשותיהן ולברר מה שלום בני משפחתן וחבריהן יותר מגברים. התמונה המתקבלת מן המחקר היא כי נשים פגיעות יותר מגברים להשלכותיהם הפסיכולוגיות של פיגועי הטרור, וכי הן בעלות סיכוי גבוה פי כמה לסבול מסימפטומים פוסט-טראומטיים. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאי מרבית המחקרים שבחנו הבדלי מגדר בתגובות לאירועים טראומטיים. המחקרים העלו ממצא עקבי שלפיו שיעור הפרעת הדחק הפוסט-טראומטית במשך החיים אצל נשים כפול

מזה של גברים (Breslau et al., 1998; Kessler et al., 1995). גם כאשר נבדקה הפרעת דחק פוסט-טראומטית עכשווית נמצא כי נשים פגיעות הרבה יותר מגברים (Stein, Walker, & Forde, 2000). במשך השנים נבדקו היבטים נוספים במצוקתן הפסיכולוגית של נשים לאחר אירועים טראומטיים, ובין היתר נמצא, כמו במחקר הנוכחי, כי הן סובלות מרמות גבוהות יותר של דיכאון ושל חרדה בהשוואה לגברים (Palinkas et al., 1993).

בניסיון להסביר את ההבדלים בסימפטומטולוגיה פוסט-טראומטית בין נשים לגברים יש להתייחס למשתנים שבדרך כלל מסבירים שונות בתחום זה. אחד המשתנים הבולטים הוא רמת החשיפה לטרור. במחקרים שנערכו בעשור האחרון במדינות שונות נמצא כי על פי רוב גברים נחשפים לאירועי טרור יותר מנשים. אחוז גבוה יותר של גברים דיווחו על חשיפה לאירוע טראומטי אחד לפחות במהלך חייהם על אף שהמחקר הנוכחי התמקד באירוע שלכאורה אמור לפגוע בקרבנותיו באופן עיוור וחסר הבחנה, בכל זאת נמצאו הבדלים בין רמת החשיפה של הגברים לזו של הנשים. הגברים נחשפו לאירועי טרור יותר מהנשים, ועל כן אין לראות בחשיפה הדיפרנציאלית הסבר לפגיעותן המוגברת של הנשים. כמו כן, אין לייחס את ההבדלים בתגובות לסוג האירוע, הואיל והמחקר התמקד באותו סוג של אירועים.

תפיסתו הסובייקטיבית של אדם עשויה לספק חלק מן ההסבר להבדלי המגדר במצוקה הפוסט-טראומטית. התפיסה מורכבת, למעשה, משני תהליכי הערכה: הערכה ראשונית – גודל האיום הנשקף – והערכה שניונית – יכולתו של הסובייקט להתמודד עם האיום. הממצאים הנוגעים להערכה הראשונית מלמדים כי פיגועי טרור מעוררים חשש גדול יותר אצל נשים מאשר אצל גברים, והממצאים הנוגעים להערכה השניונית מראים כי הערכתן של נשים את יכולתן להתמודד נמוכה מזו של גברים. הקשר בין הערכה נמוכה של יכולת ההתמודדות עם אירועי דחק לבין התגובות הפסיכולוגיות שאירועים אלו מעוררים אצל האדם מוכר מן הספרות (Benight & Harper, 2002; Benight et al., 1999), ונראה כי הוא מספק לפחות חלק מן ההסבר לממצאי מחקר זה. השילוב בין שני תהליכי הערכה שליליים, הראשוני והשניוני, עלול להעצים את אפקט הלחץ אצל נשים. אישה שרואה בפיגועי הטרור סכנה ממשית לחייה ולחיי קרוביה, ונוסף על כך מעריכה שאמצעי התמודדות שלה דלים, עלולה לחוות את האירוע כקשה במיוחד. תפיסת גורם הלחץ כמאיים עשויה גם להוביל להערכה נמוכה של יכולת ההתמודדות, שהרי ככל שהאיום גדול יותר נדרשים לאדם כוחות ההתמודדות חזקים יותר.

את ההבדלים שנמצאו בתהליכי ההערכה של גברים ונשים ניתן לייחס, בין השאר, לתפקידי המגדר המושרשים בחברה הישראלית ולתהליכי הסוציאליזציה שבמסגרתם מתגבשים תפקידים אלו. כפי שציינו נוריס ואחרים (Norris et al., 2001), בחברות

המטפחות השקפות עולם מסורתיות על תפקידי מגדר עשויה להיווצר פולריזציה של תפקידים: הגברים נעשים "גבריים יותר" והנשים "נשיות יותר". לפולריזציה כגון זו ניתן לצפות בחברה הישראלית שבה השירות הצבאי, ובייחוד חוויות הקרב והלחימה שלעתים כרוכות בו, עשוי לחדד את ההבדלים בין גברים לנשים (Bar-Yosef & Padan-Eisenstark, 1977) ולפתח תפיסות שונות על פגיעות ועל יכולת התמודדות עם לחצים, בעיקר לחצים על רקע ביטחוני כדוגמת פיגועי טרור.

אם כן חשוב לשוב ולהבחין בין חשיפה לטרור או היכרות עם סיטואציות של פיגוע לבין אופן תפיסת הפיגועים והשלכותיהם. המשתנה הראשון, אובייקטיבי יותר באופיו, לא נמצא במחקר זה כמספק הסבר להבדלי הפגיעות בין נשים לגברים, ודווקא תהליך ההערכה הסובייקטיבי הוא שעשוי לשפוך אור על ההבחנה בין נשים לגברים.

לבסוף, ניתן לנסות ולהסביר את הבדלי הפגיעות הפוסט-טראומטית בין גברים לנשים ביעילות אסטרטגיות ההתמודדות שלהם עם הטרור. ממצאי המחקר חושפים כי גברים ונשים נבדלים אלה מאלה באסטרטגיות ההתמודדות שהם מאמצים, והם תומכים, לפחות באופן חלקי, בהבחנה בין התמודדות ממוקדת רגש להתמודדות ממוקדת בעיה, שעלתה במחקרים קודמים (Folkman & Lazarus, 1980; Karanci et al., 1999; Ptacek et al., 1994). נשים, כך נראה, חשות צורך עז יותר לשוחח על הרגשות שמעוררים בהן הפיגועים – אסטרטגיית התמודדות ממוקדת רגש. עוד עולה מן המחקר, כי לאחר פיגוע טרור נשים נוטות יותר מגברים לחפש תמיכה חברתית ולדאוג לקרוביהן. הממצא שלפיו נשים מסתמכות על תמיכה חברתית ועל קשרים חברתיים כאסטרטגיות להתמודדות עם מצבי לחץ חוזר על עצמו בספרות (Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porath, & Monnier, 1994; Ptacek et al., 1994). עם זאת, יש לזכור, כי בצד התמיכה שנשים שואבות מסביבתן הן גם מגלות כלפיה דאגה. באופן כללי נראה כי נשים מושפעות יותר מגברים ממצוקת הזולת (Dohrenwend & Dohrenwend, 1976; Strobe & Strobe, 1983). נשים עסוקות יותר ב"השגחה" על הסובבים אותן, והתמודדותן עם הלחץ והחששות שמעוררים הפיגועים נעשית אגב הפניית תשומת לב רבה לסביבתן הקרובה. כפי שציינה גרינגלס (Greenglass, 1995), התנהלותן הבין-אישית של נשים בתחום זה מחייבת הגדרה רחבה יותר של מושג ההתמודדות, כך שתכלול בתוכה לא רק פעולות להקלת מצוקתו של היחיד אלא גם פעולות להקלת מצוקתם של הקרובים אליו. ייתכן שפעולות ההשגחה מחריפות את מצוקתן של הנשים יותר משהן מקלות עליה, משום שיש בהן מלבד חוויית הטרור של האדם עצמו גם דאגה וחשש מצטברים לאנשים נוספים בדרגות קרבה שונות, בעיקר לילדיהן (Solomon, 1995).

הגברים, לעומת זאת, על אף שאינם אדישים לסביבה, נוטים להתמקד באירוע עצמו ובפרטים הקשורים אליו. לא נמצאו, אמנם, הבדלים מובהקים בין נטייתם של

גברים ונשים לשוחח על המצב ועל מה שניתן לעשות לגביו, אולם הממצאים מראים כי אסטרטגיית התמודדות זו שכיחה ביותר אצל גברים ולא אצל נשים. גם הנטייה לחפש מידע על האירוע ממוקמת אצל גברים במדרג שכיחות גבוה יותר מאשר אצל הנשים, על אף שההבדלים בשכיחות לא נמצאו מובהקים. ניתן לשער, כי העדיפות היחסית שגברים מעניקים לאסטרטגיות התמודדות אלו מאפשרת להם לשמור על משאבים נפשיים יקרים. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים קודמים שמצאו כי אסטרטגיית התמודדות ממוקדת בעיה עשויה לשמש חייך מפני השפעות פתולוגיות של לחץ (Hovanitz & Kozora, 1989). השימוש באסטרטגיית התמודדות זו בפגיעות טרור מעניין במיוחד, משום שאופיים האכזרי והפתאומי של הפגיעות אינו מותיר מקום רב למציאת פתרונות אינסטרומנטליים לשינוי המצב, לפחות לא מיד. הדבר בולט בייחוד לאור ממצאי הספרות שמהם עולה כי בדרך כלל קיימת התאמה בין אסטרטגיית ההתמודדות לבין ההקשר שבו משתמשים בה, וכי יעילותה של אסטרטגיית ההתמודדות היא פונקציה של מידת התאמה זו.

נמצא קשר בין אסטרטגיות התמודדות נוספות שנשים משתמשות בהם יותר מגברים לבין מצוקה פוסט-טראומטית. אחת האסטרטגיות היא הימנעות מצפייה ברדיו ובטלוויזיה לאחר פגיע טרור. ממצא זה מעניין במיוחד, הואיל ובמחקרים אחרים שבהם נבחנה חשיפה עקיפה לאירועי טרור דרך הטלוויזיה (לדוגמה, Schlenger et al., 2002) נמצא קשר חיובי בין שעות הצפייה לסימפטומטולוגיה פוסט-טראומטית. על כן ניתן היה לצפות כי דווקא ההימנעות מצפייה בסיקור הפגיעות תקל על המצוקה. הסבר אפשרי לממצאי המחקר הנוכחי הוא כי נבדקים שמראש חשו מצוקה קשה יותר, הם שהחליטו לא לצפות.

מן המחקר עולות כמה בעיות מתודולוגיות. הבולטת שבהן היא הטיה אפשרית בדיווח. כפי שצוין, גברים ונשים עשויים להיבדל לא רק במאפייניהם הפסיכולוגיים אלא גם בכוננותם לדווח על מצוקותיהם, ובעיקר על חולשותיהם. באופן מסורתי גברים נוטים לדווח פחות על מצוקה, ונשים אינן נמנעות מדיווח גלוי. עם זאת, אין להתעלם מכך שבמחקר נמצאו כמה וכמה הבדלים בין נשים לגברים. לפיכך, לא נראה כי בעיות דיווח, גם אם הן קיימות, פוגעות באופן משמעותי בתוקפם של הממצאים. בעיה נוספת קשורה ליכולתו של הנבדק לבודד את השפעותיו הישירות של הטרור מתוך הקשר החיים הכללי. חיי היום-יום מזמנים לאדם בעיות שונות שאינן קשורות בהכרח למצב הבטחוני, ולעתים קרובות קורה שההתמודדות עם הטרור נעשית בד בבד עם התמודדויות אחרות, בעיקר כאשר הפגיעות מתרחשים בתדירות גבוהה והופכים לדבר שבשגרה.

בתקופה שבה נזקי הטרור ניכרים במקומות רבים בעולם ואינם עוד מנת חלקן של מדינות ספורות בלבד, יש צורך במחקרים נוספים שיבחנו מהן ההשלכות הפסיכולוגיות של הפגיעות. יש לקוות כי מחקרים אלו יעמיקו לבדוק מה מקומו

של משתנה המגדר, אחד המשתנים המבחינים הבסיסיים ביותר בחברה בתמונת הפגיעות הפוסט-טראומטית בעקבות הטרור. כמה מן המשתנים שנבחנו כאן עשויים לשמש בסיס למחקרים של השנים הבאות. תשומת לב מיוחדת רצוי להקדיש לאסטרטגיות ההתמודדות ולשימוש הדיפרנציאלי שעושות בהן אוכלוסיות שונות. יעילותן של האסטרטגיות, הסיבות לשימוש בהן ומידת התאמתן לסוג האיום הן היבטים חשובים שהוזכרו במחקר הנוכחי ויש להמשיך ולהעמיק בהם.

מקורות

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2001). שנתון סטטיסטי לישראל. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Bar-Tal, Y., Lurie, O., & Glick, D. (1994). The effect of gender on the stress process of Israeli soldiers during the Gulf War. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 7, 263–276.
- Bar-Yosef, R., & Padan-Eisenstark, D. (1977). Role system under stress: Sex-roles in war. *Social Problems*, 25, 135–145.
- Benight, C.C., & Harper, L.L. (2002). Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 177–186.
- Benight, C.C., Swift, E., Sanger, J., Smith, A., & Zeppelin, D. (1999). Coping self-efficacy as a mediator of distress following a natural disaster. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 2443–2464.
- Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Journal of the American Medical Association*, 290, 612–690.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., & Anderski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit arear survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626–632.
- Bryant, R.A., & Harvey, A.G. (2003). Gender differences in the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 226–229.
- Cardena, E., Classen, K., & Spiegel, D. (1991). *Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire*. Stanford, CA: Stanford University Medical School.
- Carver, C.S., Scheier M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.

- DeLisi, L.E., Maurizio, A., Yost, M., Papparozi, C.F., Fulchino, C., Katz, C.L., Altesman, J., Biel, M., Lee, J., & Stevens, P. (2003). A survey of New Yorkers after the Sept. 11, 2001 terrorist attacks. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 780–783.
- Dohrenwend, B.S., & Dohrenwend, B. P. (1976). Sex differences and psychiatric disorders. *American Journal of Sociology*, *81*, 1447–1472.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*, 219–239.
- Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Gold, J., Bucavlas, M., Kilpatrick, D., Stuber, J., & Vlahov, D. (2002). Posttraumatic stress disorder in Manhattan, New York City, after the September 11th terrorist attacks. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *79*, 340–353.
- Gavranidou, M., & Rosner, R. (2003). The weaker sex? Gender and post-traumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, *17*, 130–139.
- Greenglass, E.R. (1995). Gender, work stress, and coping: Theoretical implications. *Journal of Social Behavior and Personality*, *10*(6), 121–134.
- Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. L., Ben-Porath, Y., & Monnier, J. (1994). Gender and coping: The dual-axis model of coping. *American Journal of Community Psychology*, *22*, 49–82.
- Hovanitz, C.A., & Kozora, E. (1989). Life stress and clinically elevated MMPI scales: Gender differences in the moderating influence of coping. *Journal of Clinical Psychology*, *45*, 766–777.
- Karanci, A.N., Alkan, N., Askit, B., Sucuoglu, H., & Blata, E. (1999). Gender differences in psychological distress, coping, social support and related variables following the 1995 Dinar (Turkey) earthquake. *North American Journal of Psychology*, *1*, 189–204.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 1048–1060.
- Murphy, S.A., Johnson, L.C., Chung, I. J., & Beaton, R.D. (2003). The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later. *Journal of Traumatic Stress*, *16*, 17–25.
- Norris, F.H., Perilla, J.L., Ibanez, G.E., & Murphy, A.D. (2001). Sex differences in symptoms of posttraumatic stress: Does culture play a role? *Journal of Traumatic Stress*, *14*, 7–28.
- Palinkas, L.A., Petterson, J.S., Russell, J., & Downs, M.A. (1993). Community patterns of psychiatric disorders after the Exxon Valdez oil spill. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1517–1523.
- Ptacek, J.T., Smith, R.E., & Dodge, K.L. (1994). Gender differences in coping with stress: When stressor and appraisals do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *20*, 421–430.
- Saigh, P.A. (1997). A comparative analysis of the future orientation ratings of traumatized youth. In P.A Saigh (Ed.), *Current research on child adolescent posttraumatic stress disorder*. Symposium conducted at the annual meeting of the international society of Traumatic Stress Studies, Montreal Canada.

- Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly, 19*, 49–64.
- Schlenger, W.E., Caddell, J.M., Ebert, L., Jordan, B.K., Rourke, K.M., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J.M., Fairbank, J.A., & Kulka, R.A. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: Findings from the national study of Americans' reactions to September 11. *Journal of the American Medical Association, 288*, 581–588.
- Solomon, Z. (1995). *Coping with war-induced stress: The Gulf War and the Israeli response*. New York: Plenum Press.
- Stein, M.B., Walker, J.R., & Forde, D.R. (2000). Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy, 38*, 619–628.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L., & Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1114–1119.
- Strobe, M. S., & Strobe, W. (1983). Who suffers more? Sex differences in depressive symptomatology: A community study. *Journal of Health and Social Behavior, 14*, 291–299.

