



מדיניות הטיפול במשפחות עם ילדים שמתמודדות עם אובדן ושכול אזרחי מחקר הערכה מעצבת

אורטל טופורק בר יואה שורק
ברכי בן סימון

עריכת לשון: מרב שני
תרגום לאנגלית (תקציר): עמי אשר
עיצוב גרפי: ענת פרקו טולדנו

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

המחקר הוזמן על ידי משרד הרווחה והביטחון החברתי ומומן בסיועו

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | כסלו תשפ"ד | נובמבר 2023

תקציר

רקע

לפי נתוני משרד הבריאות בכל שנה נפטרים בישראל כ-50,000 איש בכל הגילים ומכל סוגי נסיבות המוות. עם זאת, להערכת הגורמים המטפלים רק 5% מבני המשפחה השכולים בישראל מקבלים מענה כוללני מן המדינה, ממשרד הביטחון, מביטוח לאומי ו/או ממשרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן: משרד הרווחה). שאר בני המשפחה השכולים בישראל, ובהם ילדים רבים מתחת לגיל 18, אינם מקבלים מענה כוללני או אינם מקבלים מענה כלל מהשירותים הציבוריים.

מכאן כי המדיניות בישראל כלפי בני משפחה שכולים אינה אחידה, ומידת התמיכה והסיוע שהמשפחות מקבלות קשורה לנסיבות שבהן התרחש האובדן. בני משפחה שאיבדו את יקיריהם על רקע ביטחוני-לאומי זכאים לתמיכה הנרחבת ביותר, ואילו משפחות שאיבדו את יקיריהן כתוצאה מתאונות דרכים, אובדנות ועבירות המתה (להלן: שכול אזרחי מוכר) זכאיות לתמיכה מן המדינה, אולם תמיכה זו מצומצמת ומוגבלת בזמן. לעומת זאת המדינה אינה מכירה באובדן של משפחות שאיבדו את יקיריהן בנסיבות אחרות, כמו מחלות וסיבות בריאותיות שונות, טביעות ותאונות ביתיות, והן אינן זכאיות לסיוע ולהטבות מן המדינה. (להלן: שכול אזרחי לא מוכר).

מאז שנת 2017 מפעיל משרד הרווחה תוכנית סיוע לנפגעי שכול הכוללת שלושה רכיבים: מערך מסירת הודעות מרות, מרכזי סיוע מרחביים וכריסה של מרכזי טיפול בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי ברשויות המקומיות. התוכנית היא תוכנית התערבות אחודה שמיועדת לעזור למי ששכלו בנסיבות שהמדינה מכירה בהן בן או בת, בן זוג או בת זוג, הורה, אח או אחות כתוצאה משכול אזרחי מוכר. מרכזי הסיוע פועלים באמצעות העמותות "מרכז אלה" ו"בשביל החיים" ובפיקוח משרד הרווחה.

כארבע שנים לאחר הפעלת תוכנית מרכזי הסיוע פנה משרד הרווחה למכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לקבל מידע שיסייע בפיתוח מדיניות התמיכה עבור בני משפחה שכולים שאובדנם אינו מוכר ולשיפור דרכי העבודה בתוכנית מרכזי הסיוע עבור בני משפחה שכולים שאובדנם מוכר. כך, מידע זה יסייע גם בבניית מדיניות כללית בתחום הסיוע לשכול האזרחי.

מטרה

מטרות המחקר היו (1) לספק מידע שיסייע לקובעי מדיניות להרחיב את מדיניות הטיפול במשפחות שכולות לכלל המשפחות עם ילדים עד גיל 18 המתמודדות עם אובדן ושכול אזרחי ולטייב את דרכי ההתערבות בתחום זה; (2) להעריך את עבודת מרכזי הסיוע עם משפחות אלה במגוון היבטים, כגון שיטות העבודה ותפיסות אנשי המקצוע בנוגע לעבודה שנעשית.

שיטה

המחקר כלל סקירת ספרות שנועדה ללמוד על ההשפעות של אובדן ושכול אזרחי על הורים וילדים במשפחות שבהן ילדים עד גיל 18, להכיר כלים שמשמשים לאבחון ולהערכה של משפחה בשכול או בטרואמה ולבחון מהם העקרונות של הפרקטיקה המיטבית לטיפול בהן. איסוף המידע לסקירה נערך בין החודשים ינואר ואפריל 2023. נוסף על כך נערכו 25 ראיונות עומק חצי מובנים: אחד עשר ראיונות עם בעלי תפקיד במטה משרד הרווחה ואנשי מקצוע; עשרה עם אנשי מקצוע שלמקצועם ממשק עם בני משפחות שכול אזרחי וארבעה ראיונות עם בני משפחות שכול אזרחי שהמדינה אינה מכירה באובדן. הראיונות בוצעו בחודשים מאי 2022 עד נובמבר 2022. יתר על כן, במחקר זה התבצע ניתוח נתונים (מבחן χ^2) מסקר פנימי בנושא שביעות רצון שערך בשנת 2021 מטה משרד הרווחה בקרב מקבלי השירות במרכזי הסיוע.

ממצאים עיקריים

מדיניות התמיכה הנוכחית במשפחות השכול האזרחי אינה מבוססת על שיקולים ענייניים ונראה שהתבססה על השפעות של קבוצות לחץ ולא מתוך מדיניות סדורה. כך למשל האופי הטראומטי או האלים שמיוחס לאובדן במסגרת השכול האזרחי המוכר יכול לאפיין גם שכול אזרחי לא מוכר. בני משפחה שכולים כתוצאה משכול אזרחי מתמודדים עם צרכים רבים, שרובם אינם מקבלים מענה. מדיניות זו מביאה לכך שרוב המשפחות הצעירות (עם ילדים עד גיל 18) המתמודדות עם שכול במשפחה, אינן מקבלות מענים מתאימים מהמדינה. לכן הצורך הראשון במעלה הוא הכרה במשפחות השכול האזרחי שהמדינה אינה מכירה בו כיום. לאחר מכן, זוהו עוד שבעה צרכים מרכזיים של בני משפחה שכולים: סיוע נפשי ללא הגבלת זמן, סיוע כלכלי וליווי תעסוקתי, מיצוי זכויות, מענים בריאותיים, קבלת תמיכה חברתית מן הקהילה בסביבת המשפחה, תמיכה מתמשכת בילדים במסגרות החינוך והנצחה של הנפטרים. מהערכת תוכנית מרכזי הסיוע עלו חוזקות בולטות של מרכזי הסיוע, ובהן ליווי כוללני, חיבור בין ידע מהשדה לידיע אקדמי ופיתוח מומחיות באובדן ושכול, איכות ומקצועיות של העובדות הסוציאליות במרכזים ויכולתן לגמישות והחרגת המענה בעת הצורך. בה בעת הועלו אתגרים שמרכזי הסיוע מתמודדים עימם כתוצאה ממדיניות הסיוע למשפחות שכולות, עקב נושאים שקשורים לכוח האדם במרכזי הסיוע, ובשל מענים טיפוליים מוגבלים לבני המשפחות השכולות.

סיכום והמלצות

לשכול יש השפעות קריטיות על הבריאות הנפשית והפיזית של בני המשפחה השכולים. בהתאם, לבני משפחה שכולים יש מגוון צרכים במישורי חיים שונים בטווח הקצר והארוך. צרכים אלה משתנים מאדם לאדם, ובקרב ילדים הם שלובים גם בצורכי השלב ההתפתחותי שבו הילד נמצא. מדיניות התמיכה במשפחות שכול אזרחי המבחינה בין סוגי אובדן נתפסת כבדלנית ומפלה. להלן המלצות נבחרות שעלו מן המחקר:

- מומלץ לפעול להכרה מלאה בכל משפחות השכול האזרחי, וכן לספק סיוע ותמיכה לפי עומק ההשפעות על חייהם של בני המשפחה ולא לפי נסיבות האובדן

- מומלץ להקפיד על מסירת הודעה מרה לכל בני המשפחה השכולים באופן המקצועי ביותר ותוך התאמה תרבותית
- מומלץ לפעול למתן מענה כוללני ומלא יותר לבני המשפחות השכולות במגוון היבטים ותחומי חיים, לרבות בתחומים המשפטי, התעסוקתי והבריאותי, שכיום ההתייחסות אליהם מעטה או נעדרת כליל
- רצוי לשקול את האפשרות שלא להגביל את משך התמיכה לחמש שנים לכל היותר ולהאריך את הטיפול הנפשי שמקבלים בני המשפחה בהתאם לצורכיהם
- מומלץ לפתח דרכי עבודה כוללניות יותר בטיפול בילדים שאיבדו בן משפחה או בת משפחה
- מומלץ להרחיב את המענים הציבוריים לטיפול רגשי ולתמוך בהם כדי לאפשר לכל מי זקוק לקבל את הטיפול המותאם לו

רקע

לפי נתוני משרד הבריאות בכל שנה נפטרים בישראל כ-50,000 איש בכל הגילים ומכל סוגי נסיבות המוות. עם זאת, להערכת הגורמים המטפלים רק 5% מבני המשפחה השכולים בישראל מקבלים מענה כוללני מן המדינה, ממשרד הביטחון, מביטוח לאומי ו/או ממשרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן: משרד הרווחה). שאר בני המשפחה השכולים בישראל, ובהם ילדים רבים מתחת לגיל 18, אינם מקבלים מענה כוללני או אינם מקבלים מענה כלל מהשירותים הציבוריים.

מכאן כי המדיניות בישראל כלפי בני משפחה שכולים אינה אחידה, ומידת התמיכה והסיוע שהמשפחות מקבלות קשורה לנסיבות שבהן התרחש האובדן. בני משפחה, דהיינו בני זוג, הורים, ילדים ואחים, שאיבדו את יקיריהם על רקע ביטחוני-לאומי זכאים לתמיכה הנרחבת ביותר, ואילו משפחות שאיבדו את יקיריהן כתוצאה מתאונות דרכים, אובדנות ועבירות המתה (להלן: שכול אזרחי מוכר) זכאיות לתמיכה מן המדינה, אולם תמיכה זו מצומצמת ומוגבלת בזמן. לעומת זאת המדינה אינה מכירה באובדן של בני משפחה שאיבדו את יקיריהם בנסיבות אחרות, כמו מחלות וסיבות בריאותיות שונות, טביעות ותאונות ביתיות, והן אינן זכאיות לסיוע ולהטבות מן המדינה (להלן: שכול אזרחי לא מוכר).

מאז שנת 2017 משרד הרווחה מפעיל תוכנית סיוע אחודה המיועדת לעזור לבני משפחות שכול אזרחי מוכר הזכאיות לסיוע לפי נסיבות המוות, מתוקף חוק אחר או החלטת ממשלה נפרדת. בתוכנית שלושה רכיבים: מערך מסירת הודעות מרות, מרכזי סיוע מרחביים ופריסה של מרכזי טיפול בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי ברשויות המקומיות. מרכזי הסיוע פועלים באמצעות העמותות "מרכז אלה" ו"בשביל החיים" ובפיקוח משרד הרווחה.

כארבע שנים לאחר הפעלת תוכנית מרכזי הסיוע פנה משרד הרווחה למכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לקבל מידע שיסייע בפיתוח מדיניות התמיכה עבור בני משפחה שכולים שאובדנם אינו מוכר ולשיפור דרכי העבודה בתוכנית מרכזי הסיוע עבור בני משפחה שכולים שאובדנם מוכר. כך, מידע זה יסייע גם בבניית מדיניות כללית בתחום הסיוע לשכול האזרחי.

מטרת המחקר ושאלות המחקר

מטרות המחקר היו (1) לספק מידע שיסייע לקובעי מדיניות להרחיב את מדיניות הטיפול במשפחות שכולות לכלל המשפחות עם ילדים עד גיל 18 המתמודדות עם אובדן ושכול אזרחי ולטייב את דרכי ההתערבות בתחום זה; (2) להעריך את עבודת מרכזי הסיוע עם משפחות אלה במגוון היבטים, כגון שיטות העבודה ותפיסות אנשי המקצוע בנוגע לעבודה שנעשית.

להלן שאלות המחקר:

1. מהן ההשפעות של אובדן ושכול על הורים וילדים במשפחות שבהן ילדים עד גיל 18?
2. מהם הסטנדרטים ואמות המידה להפעלת שירותים לטיפול בבני משפחות שכולות במדינות שונות בעולם? מהן גישות הטיפול באובדן ושכול?
3. מהם צורכיהם של בני משפחות שכול אזרחי (מוכר ולא מוכר) בישראל?
4. מהן התפיסות של אנשי המקצוע על מטרות ההתערבות במרכזי הסיוע?
5. מהן דרכי העבודה במרכזי הסיוע? מהם היתרונות של מרכזי הסיוע ומה האתגרים שמרכזי הסיוע מתמודדים איתם בטיפול במשפחות שכולות?
6. כיצד אפשר לשפר את מדיניות התמיכה במשפחות שכול אזרחי בכלל ואת דרכי העבודה במרכזי הסיוע בפרט? מהם הקשיים שמעלה מדיניות התמיכה במשפחות שכול אזרחי?
7. כיצד תופסים כיום אנשי המקצוע את דרכי העבודה שהונהגו במרכזי הסיוע בתקופת מגפת הקורונה?

שיטה

המחקר כלל סקירת ספרות שנועדה ללמוד על ההשפעות של אובדן ושכול אזרחי על הורים וילדים במשפחות שבהן ילדים עד גיל 18, להכיר כלים שמשמשים לאבחון ולהערכת משפחה בשכול או בטרואמה ולבחון מהם העקרונות של הפרקטיקה המיטבית לטיפול בהן. איסוף המידע לסקירה נערך בין החודשים ינואר ואפריל 2023. נוסף על כך נערכו 25 ראיונות עומק חצי מובנים: אחד עשר ראיונות עם בעלי תפקיד במטה המשרד ואנשי מקצוע; עשרה עם אנשי מקצוע שלמקצועם ממשק עם בני משפחות שכול אזרחי וארבעה ראיונות עם בני משפחות שכול אזרחי לא מוכר. הראיונות בוצעו בחודשים מאי 2022 עד נובמבר 2022. יתר על כן, במחקר זה התבצע ניתוח נתונים (מבחן χ^2) מסקר פנימי בנושא שביעות רצון שערך בשנת 2021 מטה משרד הרווחה בקרב מקבלי השירות במרכזי הסיוע.

ממצאים עיקריים

א. ממצאים בנוגע לחייהן של משפחות שכול אזרחי ולמדיניות הטיפול בהן

□ **מסקירת הספרות עלה שלאובדן יש מגוון השפעות על חייהם של שכולים בטווח הקצר והארוך, והשפעות אלה שונות מאדם לאדם. אצל ילדים השפעות האובדן שלובות גם בהשפעות השלב ההתפתחותי שבו הילד נמצא.** האובדן משפיע על הבריאות הפיזית והנפשית, על התפקוד החברתי, על הדינמיקה המשפחתית, על התפקוד ההורי והזוגי ועל התפקוד בתחומי התעסוקה והלימודים. ההתמודדות של נשים וגברים, בנים ובנות, עם אובדן ושכול אינה בהכרח דומה, והדבר נובע בין השאר מהבדלים בציפיות מן המינים ומהשפעות חברתיות וסביבתיות. בקרב רוב האנשים השכולים האובדן מעורר מצוקה ופוגע במהלך חייהם התקין, אך הם משלימים איתו ומסתגלים אליו כעבור זמן. כעשירית מן השכולים ממשיכים לחוש מצוקה רבה ומתמודדים עם קשיי תפקוד ניכרים לאורך זמן, תופעה המוגדרת כ'הפרעת אבל מתמשכת'.

- **מסקירת הספרות וממחקר זה עלה כי לבני משפחה שכולים יש מגוון צרכים במישורי חיים שונים, ובהם:** הכרה במשפחות שכול אזורי שאינו מוכר, סיוע נפשי ללא הגבלת זמן, סיוע כלכלי וליווי תעסוקתי, מיצוי זכויות, מענים בריאותיים, קבלת תמיכה חברתית מן הקהילה בסביבת המשפחה, תמיכה מתמשכת בילדים במסגרות החינוך והנצחה וקיום קשר עם הנפטר.
- **מדיניות התמיכה במשפחות שכול אזורי, המבחינה בין סוגי האובדן, נתפסת מפלה ובדלנית.** צוין שמדיניות התמיכה במשפחות שכול אזורי אינה מבוססת על שיקולים ענייניים. כך למשל האופי הטראומטי או האלים שמיחוס לאובדן במסגרת השכול האזורי המוכר יכול לאפיין גם שכול אזורי לא מוכר.

ב. ממצאים בנוגע לתוכנית מרכזי הסיוע

- **השירות שניתן במרכזי הסיוע מבוסס על חיבור בין ידע מקצועי מן השטח ובין ידע אקדמי עדכני.** הדבר מתבטא בין השאר בהכשרה ייעודית-מקצועית שניתנת לעובדות הסוציאליות של מרכזי הסיוע בבית הספר המרכזי להכשרת עובדים סוציאליים לפני כניסתן לתפקיד. להידוק הקשר בין הידע המקצועי מן השטח לידע האקדמי העדכני הוזמנה כרכיב בדוח זה גם סקירת ספרות על סטנדרטים ואמות מידה להפעלת שירותים לבני משפחות שכולים וגישות טיפול עדכניות באובדן ושכול.
- **המענה שניתן למשפחות שכול אזורי אינו כוללני דיו.** אחת מנקודות החוזק של מרכזי הסיוע שציינו המרואיינים היא היותו שירות כוללני. עם זאת, מממצאי המחקר עולה שמדיניות הסיוע למשפחות שכול אזורי אינה כוללנית דיה, והיא מספקת מענה רק על חלק מצורכי המשפחות השכולות.
- **הגבלת משך הזמן שבו ניתן סיוע למשפחות מהווה קושי למקבלי השירות.** רבים מן המרואיינים סברו שהגבלת משך הזמן שבו אפשר לקבל ליווי ממרכזי הסיוע (עד חמש שנים מיום האובדן) היא שרירותית ולעיתים אינה תואמת את צורכי השכולים; בקרב חלק מן המשפחות המשבר והצורך בסיוע מתעוררים רק מאוחר יותר, ולעיתים אף כעבור יותר מחמש שנים.
- **תנאי ההעסקה של העובדות סוציאליות והמנהלות במרכזי הסיוע מהווים קושי לנותנות השירות.** בקרב כלל המרואיינים הייתה הסכמה רחבה שהעובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע איכותיות ומקצועיות. ואף על פי כן מרבית המרואיינים העידו ששכרן נמוך ביחס להשקעה הנדרשת, שהן מתמודדות עם עומס עבודה ועומס בירוקרטי רב שמציבות ההפניות לטיפולים פרטיים, וכן עם שחיקה רגשית. נוסף על כך המרואיינים סברו שההדרכה שהן מקבלות אינה מספקת ושיש צורך לעבות את מעטפת ההדרכות לשיפור תפקודן.
- **המענה הטיפולי הניתן לבני המשפחה השכולים אינו מספק.** לתפיסת המרואיינים טיפול נפשי הוא אחד המענים החשובים והנחוצים ביותר לבני משפחה שכולים, ובכל זאת יש שני קשיים מרכזיים שנוגעים למתן מענה טיפולי לבני המשפחה השכולים, כפי שעלה בראיונות: זמן הטיפול, שמוגבל לרוב עד שנה לערך ולעיתים אינו מאפשר את מיצוי הטיפול במסגרת הזמן, ומציאת מטפל מתאים לכל אחד מבני המשפחה.
- **המענה הניתן לבני משפחה שכולים מן האוכלוסייה הערבית כרוך בקשיים עבור נותני השירות ומקבליהם.** מרואיינים הצביעו על קשיים ייחודיים לתת מענה לשכולים מן האוכלוסייה הערבית: (1) קשה לרתום אותם לקבל ליווי וטיפול ממרכזי הסיוע מאחר שצריכת שירותים מסוג זה מקובלת פחות ובעיקר בקרב נשים; (2) הקושי הכלכלי הקיצוני, שהוא מאפיין של חלק

מהמשפחות השכולות באוכלוסייה זו, אינו מותיר פניות לקבלת טיפול וסיוע; (3) הליווי שמרכזי הסיוע נותנים למשפחות אלה לא בהכרח מותאם להן תרבותית. ואכן, מהסקר עלה ששכולים מהאוכלוסייה הערבית היו פחות שבעי רצון מן הליווי שקיבלו מהעובדת הסוציאלית של מרכזי הסיוע בהיבטים שונים לעומת שכולים מהאוכלוסייה היהודית; (4) אין כיום די מטפלים רגשיים דוברי ערבית מומחים באובדן ושכול גם בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי וגם בקרב המטפלים הפרטיים. בהתאם לכך ממצאי הסקר לימדו שבני משפחה שכולים ערבים היו פחות שבעי רצון מן הטיפול הנפשי שקיבלו לעומת יהודים; (5) מעטים מאוד שירותי הליווי הרוחני בשפה הערבית והקבוצות הטיפוליות בשפה בערבית.

◦ **חסרים מענים ציבוריים לטיפול רגשי ולתמיכה חברתית בילדים, והמענה שניתן להם במסגרת מרכזי הסיוע אינו כוללני דיו.** מהראיונות עולה שהמענים הציבוריים לטיפול רגשי ולתמיכה חברתית בעבור ילדים מצומצמים, ולכן ילדים שזקוקים למענה מקבלים אותו בעיקר ממטפלים פרטיים. נוסף על כך נראה שהמענה שניתן להם ממרכזי הסיוע אינו כוללני דיו. כך למשל עלה שההורים אינם מקבלים די הכוונה למסירת ההודעה המרה לילדים. עוד עלה מן המחקר שהקשר שמקיימות ביניהן המערכות הציבוריות לטובת טיפול בילדים שאיבדו בן משפחה או בת משפחה קרובים אינו מיטבי. למשל, אין קשר בין העובדת הסוציאלית של מרכזי הסיוע ובין מסגרות החינוך של הילדים, ובמסגרות החינוך אנשי המקצוע לרוב מתקשים במתן תמיכה לילדים לאורך זמן.

סיכום והמלצות

לשכול יש השפעות קריטיות על הבריאות הנפשית והפיזית של בני המשפחה השכולים. בהתאם, לבני משפחה שכולים יש מגוון צרכים במישורי חיים שונים בטווח הקצר והארוך. צרכים אלה משתנים מאדם לאדם, ובקרב ילדים הם שלובים גם בצורכי השלב ההתפתחותי שבו הילד נמצא. מדיניות התמיכה במשפחות שכול אזורי המבחינה בין סוגי אובדן נתפסת כבדלנית ומפלה. על סמך ממצאי מחקר זה גובשו כמה המלצות לפיתוח המדיניות בעבור משפחות השכול אזורי ולטיוב תוכנית מרכזי הסיוע לבני משפחה שכולים:

1. **מומלץ לפעול להכרה מלאה בכל משפחות השכול האזורי,** וכן לספק סיוע ותמיכה לפי עומק ההשפעות של האובדן על חייהם של בני המשפחה ולא לפי נסיבות האובדן. מומלץ לעשות זאת בין השאר באמצעות מינוי עובדת סוציאלית מומחית באובדן ושכול בכל רשות מקומית, שתפקידה יהיה לתמוך בבני המשפחה השכולים כתוצאה משכול אזורי ולסייע להם תוך תיווך למשאבים ומענים רלוונטיים.
2. **מומלץ להקפיד על מסירת הודעה מרה באופן המקצועי ביותר.** מומלץ שהראשונים למסור את ההודעה המרה יהיו אנשי מקצוע. אם נוצר מצב שבו בני המשפחה קיבלו את ההודעה מגורמים אחרים, חשוב להקפיד שההודעה המרה תימסר באופן רשמי בכל זאת גם על ידי אנשי המקצוע. מומלץ להקפיד שההודעה תימסר בשפת האם של בני המשפחה ותוך התאמה תרבותית. נוסף על כך חשוב שההורים יקבלו הנחיה מקצועית כיצד למסור את ההודעה המרה לילדיהם.
3. **מומלץ לפעול למתן מענה כוללני ומלא יותר לבני המשפחות השכולות במגוון היבטים ותחומי חיים וללא הבחנה בין סוגי המשפחות השכולות.** רצוי לתת סיוע כלכלי נרחב יותר לבני המשפחה שנפגעו כלכלית, למשל באמצעות סל מענים גמיש; רצוי

לתת הכוונה תעסוקתית למי שזקוק לה; מומלץ לספק ייעוץ משפטי לבני משפחות שכול מכל הסוגים, ולא רק לנפגעי עבירת המתה; רצוי לפתח מאגר ידע בנוגע למיצוי זכויות של בני משפחה שאיבדו את יקיריהם ולסייע יותר במיצוי הזכויות; מומלץ שהליווי של מרכזי הסיוע יכלול התייחסות להיבט הבריאותי ויעודד שכולים להיבדק בדיקות רפואיות תקופתיות; רצוי שעובדת סוציאלית של מרכזי הסיוע תהיה בקשר עם מסגרות החינוך שבהן לומדים הילדים כדי לקדם הסתגלות מיטבית שלהם אליהן.

4. מומלץ לשקול את האפשרות שלא להגביל את משך זמן התמיכה לחמש שנים לכל היותר.

5. **רצוי לפעול לשיפור תנאי העסקתן של העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע,** בין השאר באמצעות הרחבת התקינה וגיוס עובדות סוציאליות נוספות לעבודה במרכזי הסיוע, כך שיקטן עומס המקרים על כל אחת מהן. כמו כן כדי לצמצם מצבים החושפים אותן לטראומטיזציה משנית מומלץ לשלב בעבורן הדרכות נוספות, קבוצתיות ופרטניות, ולערוך חשיבה יחד עימן על דרכים נוספות לשיפור התמיכה בהן במסגרת תפקידן.

6. **רצוי לפעול לפיתוח מערך הטיפול בבני המשפחה ולהשבחתו ולהרחבת מעגל המטפלים.** בתוך כך מומלץ לשקול את הארכת הטיפול הנפשי שמקבלים בני משפחה בהתאם לצורכיהם. נוסף על כך מומלץ לפעול להגדלת מספר המטפלים המומחים באובדן ושכול הן בתחנות ליעוץ זוגי ומשפחתי הן במגזר הפרטי. יתר על כן, רצוי לבחון כיצד אפשר לשמר את המטפלים הפרטיים שמעוניינים לטפל בבני משפחה שכולים באמצעות מרכזי הסיוע ולהרחיב את מספרם. זאת ועוד, אפשר לשקול טיפול נפשי מקוון בעבור אנשים שבסביבתם הקרובה אין מטפלים זמינים.

7. **מומלץ לפעול לפיתוח המענים הטיפוליים בקרב האוכלוסייה הערבית.** הגעת נשים למרכזי הסיוע לצורך את שירותי הטיפול אינה מקובלת בקרב האוכלוסייה הערבית, על כן מומלץ שהעובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע יערכו יותר פגישות בבתי המשפחות. מומלץ גם לאפשר לאוכלוסייה זו יותר טיפולים בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי באמצעות הגדלה ניכרת של מספר המטפלים דוברי השפה הערבית או הקצאת משפחות שכולות למטפלים הקיימים. יתר על כן מומלץ לדאוג להכשרת יותר מטפלים פרטיים דוברי השפה הערבית בטיפול באובדן ושכול ולפעול למתן יותר שירותים נלווים נוספים, כמו ליווי רוחני וקבוצות תמיכה בשפה הערבית.

8. **מומלץ לפעול לתכלול המענים לטיפול בילדים שאיבדו בני משפחה ולהרחבתם.** מומלץ שלעובדת סוציאלית של מרכזי הסיוע יהיה קשר עם המערכות הציבוריות המטפלות בילדים, ובמיוחד שיהיה לה קשר עם מסגרת החינוך שבה לומד הילד, ושהיא תנחה את אנשי המקצוע בעבודתם עם הילד באופן שיקדם את הסתגלותו לאובדן ואת תפקודו במסגרת החינוך. נוסף על כך יש צורך בולט בהרחבת המענים הציבוריים לטיפול רגשי ולתמיכה חברתית בילדים בכלל ובאלה שאיבדו בן משפחה או בת משפחה בפרט.

דברי תודה

הצלחתנו של מחקר מחייבת שיתוף פעולה פורה, ותודותינו שמורות לאנשי ונשות המקצוע שליוו מחקר זה. ראשית, ברצוננו להודות לד"ר אילן שריף, מנהל תחום אובדן ושכול בשירות לרווחת הפרט והמשפחה במשרד הרווחה והביטחון החברתי, על שיתוף פעולה פורה והדוק לכל אורך המחקר. אנו מודות לאילן גם על השיתוף בתובנות ובידע המקצועי שצבר בתחום. כמו כן ברצוננו להודות ליוסף (אסי) אהרונוב, מנהל אגף מחקר באגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה, ולגילה קריגספלד ויערה קליפר, המפקחות על מרכזי הסיוע מטעם משרד הרווחה והביטחון החברתי.

תודתנו נתונה למנהלות תוכנית הסיוע בעמותות, מרגו מויאל (עמותת "אלה") וסיגל פרייס (עמותת "בשביל החיים"), ולעובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע. מחקר זה לא היה יכול להתבצע ללא נכונותן להביא מנסיוןן ולשתף בתפיסותיהן.

תודה מיוחדת לאנשי המקצוע מתחומים משיקים – נציגת מטה משרד המשפטים, נציגת מטה משרד החינוך, מנהלי תחנות לטיפול זוגי ומשפחתי, פסיכותרפיסטים, מלווה רוחנית ופעילים חברתיים בתחום של אובדן ושכול אזרחי – על תרומתם הרבה לידע שנצבר במחקר זה.

אנו מודות מקרב לב לבני המשפחות השכולות על שפתחו לנו צוהר לעולמם ואפשרו לנו ללמוד לעומק על חייהם ורגשותיהם. ולסיום, אנחנו מבקשות להודות לד"ר וצ'סלב קונסטנטינוב ורות ברוך קוברסקי ממכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל על הסיוע בעיבוד ובניתוח הנתונים מסקר שביעות הרצון שהועבר במרכזי הסיוע על ידי משרד הרווחה והביטחון החברתי.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	1.1 מדיניות הסיוע לבני משפחות שכול אזרחי מוכר
3	2. המחקר
3	2.1 מטרת המחקר ושאלות המחקר
3	2.2 שיטת המחקר
5	2.3 ניתוח הנתונים
5	2.4 אתיקה במחקר
6	3. סקירת הספרות
6	3.1 הגדרה של שכול ושל אבל
6	3.2 אבל שאינו מוכר
7	3.3 השפעות השכול על יחידים ומשפחות
11	3.4 השפעות אובדן בן משפחה על ילדים
14	3.5 היבטים מגדריים בהתמודדות עם אובדן
14	3.6 צרכים של משפחות שכולות
16	3.7 סטנדרטים ואמות מידה להפעלת שירותים לבני משפחות שכולים
21	3.8 גישות טיפול באובדן ושכול
34	4. ממצאים
34	4.1 משפחות שכול אזרחי: כאבן, הסתגלותן וצורכיהן
47	4.2 הערכת תוכנית מרכזי הסיוע
81	5. מגבלות המחקר והמלצות למחקרים עתידיים
82	6. תובנות והמלצות
82	א. תובנות בנוגע לחייהן של משפחות שכול אזרחי ולמדיניות הטיפול בהן
83	ב. תובנות בנוגע לתוכנית מרכזי הסיוע
86	עוד פרסומים של המכון בנושא
87	מקורות
104	נספחים
104	נספח א: מדריך ריאיון עם אנשי מטה וגורמי הטיפול במרכזים
106	נספח ב: מדריך ריאיון לאנשי מקצוע מתחומים שונים
107	נספח ג: מדריך ריאיון למשפחות שבהן נפטר הורה או ילד כתוצאה ממחלה או תאונה ביתית או במקום העבודה

109	נספח ד: סקר שביעות רצון של מקבלי שירות
110	נספח ה: מאפייני מקבלי השירות שהשיבו לסקר שביעות רצון
115	נספח ו: מאפייני הסיוע שניתן במרכזי הסיוע ושביעות הרצון ממנו

רשימת לוחות ותרשימים

17	תרשים 1: פירמידת הטיפול בילדים של ה-ICBN
111	לוח ה-1: המרכזים שבהם טופלו משתתפי הסקר
112	לוח ה-2: משתני רקע של המשתתפים בסקר
113	לוח ה-3: מאפייני האובדן של המשתתפים בסקר
114	לוח ה-4: מספר הטיפולים וסוג הטיפול שניתן במרכז
115	לוח ו-1: השתתפות ביום הזיכרון על פי דיווח המשיבים, לפי גיל
116	לוח ו-2: מאפייני שביעות רצון מעובדות סוציאליות על פי דיווחיהם של המשתתפים בסקר, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה
117	לוח ו-3: תדירות הקשר בין המשיבים בסקר ובין עובדת סוציאלית במרכז סיוע, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה
118	לוח ו-4: מאפייני שביעות רצון מהמטפל על פי דיווחיהם של המשתתפים בסקר, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

לפי נתוני משרד הבריאות בכל שנה נפטרים בישראל כ-50,000 איש בכל הגילים ומכל סוגי נסיבות המוות. עם זאת, להערכת הגורמים המטפלים רק 5% מבני המשפחה השכולים בישראל מקבלים מענה כוללני מן המדינה, ממשרד הביטחון, מביטוח לאומי ואו ממשרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן: משרד הרווחה) (תקשורת בין-אישית, 15.11.23). שאר בני המשפחה השכולים בישראל, ובהם ילדים רבים מתחת לגיל 18, אינם מקבלים מענה כוללני או אינם מקבלים מענה כלל מהשירותים הציבוריים.

מכאן כי המדיניות בישראל כלפי בני משפחה שכולים אינה אחידה, ומידת התמיכה והסיוע שהמשפחות מקבלות קשורה לנסיבות שבהן התרחש האובדן. בני משפחה שאיבדו את יקיריהם כתוצאה מפעולות איבה,¹ היינו על רקע ביטחוני-לאומי, זכאים לתמיכה הנרחבת ביותר מן המדינה וללא הגבלת זמן.² משפחות שאיבדו את יקיריהן מכל סיבה שהיא שייכים לקטגוריית שכול אזרחי (להלן: משפחות שכול אזרחי). גם בתוך קטגוריה זו המדיניות אינה אחידה: משפחות שאיבדו את יקיריהן כתוצאה מתאונות דרכים (להלן: שכולי תאונות דרכים), אובדנות (להלן: שכולי אובדנות) ועבירות המתה (להלן: נפגעי עבירת המתה) זכאים לתמיכה מן המדינה (להלן: משפחות שכול אזרחי מוכר), אולם תמיכה זו מצומצמת ומוגבלת בזמן. לעומת זאת המדינה אינה מכירה באובדן של משפחות שאיבדו את יקיריהן בנסיבות אחרות, כמו מחלות וסיבות בריאותיות שונות, טביעות ותאונות ביתיות, והן אינן זכאיות לסיוע ולהטבות מן המדינה. מקובל להתייחס לאובדן מסוג זה בתור 'אובדן לא מוכר' (Doka, 2002). גם בדוח מחקר זה נעשה שימוש במושג 'אובדן לא מוכר' או 'שכול אזרחי לא מוכר' בנוגע לאובדן שהתרחש בנסיבות שבגינן בני המשפחה אינם זכאים לסיוע. מחקר זה בוחן הן את מדיניות הסיוע למשפחות שכול אזרחי מוכר והן את מדיניות הסיוע למשפחות שכול אזרחי לא מוכר.

1.1 מדיניות הסיוע לבני משפחות שכול אזרחי מוכר

נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מורים שמדי שנה נהרגים כ-1,070 איש כתוצאה מתאונות דרכים, אובדנות ועבירות המתה (רצח והריגה) (אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה, 2019). בשנת 2009 הוקם תחום אובדן ושכול במשרד הרווחה. מטרתו הייתה להעניק סיוע ותמיכה מקצועיים לבני משפחה המתמודדים עם אובדן פתאומי ושכול בעקבות רצח, תאונות דרכים ואובדנות באמצעות הקמת מרכזי סיוע אזוריים (מילשטיין ואח', 2020).

תוכנית מרכזי הסיוע עברה תמורות והתפתחויות רבות במשך השנים: תחילה ניתן השירות במרכזי סיוע נפרדים לכל אחד משלושת סוגי האובדנים. אולם בהמשך, לנוכח קשיים בנגישות גאוגרפית ותרבותית ולנוכח הצורך באיחוד משאבים בעבור אוכלוסיות עם צרכים דומים התקבלה החלטה לאגד את הסיוע במערך שירות אחד. ואף על פי כן כל קבוצה זכאית לסיוע מתוקף חוק אחר או החלטת ממשלה נפרדת: הסיוע למשפחות שכולות כתוצאה מתאונות דרכים מוענק מתוקף [חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים](#), [התשל"ה-1975](#) והתיקון לחוק זה, משנת 2006; הסיוע למשפחות שכולות כתוצאה מעבירות המתה (רצח והריגה) ניתן מתוקף

¹ ראו הגדרה לפגיעת איבה באתר כל זכות.

² ראו פירוט ההטבות והזכויות של משפחות חללי פעולות איבה באתר כל זכות.

[החלטת ממשלה מספר 936 מיום 22.11.2009](#); ומשפחות שכולות כתוצאה מאובדנות זכאיות לסייע מתוקף [החלטת ממשלה מספר 1091 מיום 22.12.2013](#) כחלק מ"התוכנית הלאומית למניעת אובדנות".

כיום, תוכנית הסייע כוללת שלושה רכיבים: מערך מסירת הודעות מרות, מרכזי סיוע מרחביים ופריסה של מרכזי טיפול בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי ברשויות המקומיות. תוכנית הסייע היא תוכנית התערבות אחודה שמיועדת לעזור למי ששכלו בנסיבות שהמדינה מכירה בהן בן או בת, בן זוג או בת זוג, הורה, אח או אחות כתוצאה מתאונות דרכים, אובדנות או עבירות המתה. מרכזי הסייע פועלים באמצעות העמותות "מרכז אלה" ו"בשביל החיים" ובפיקוח משרד הרווחה.

תהליך ההפניה למרכזים אינו אחיד: בתאונות דרכים ועבירות המתה מקבל מנהל השירות במשרד הרווחה את שמות הנפטרים ובני משפחותיהם מהמשטרה, ולאחר אישור עקרוני השמות מועברים למנהלות תוכנית מרכזי הסייע לפי האזור הגאוגרפי של המשפחה. המנהלות מנתבות את המשפחות הפוטנציאליות לליווי של עובדות סוציאליות במרכזי הסייע, ואלה פונות למשפחות לאחר השבעה. בנוגע למשפחותיהם של מתאבדים, כיום אין גורם שמתכלל בזמן סביר בסמוך למועד ההתאבדות את המידע על אודות בני משפחה שהתאבדו. לכן במקרים אלה לרוב יוזמים בני המשפחה את הקשר עם מרכזי הסייע או שגורמי סיוע שונים, כמו המחלקות לשירותים חברתיים, מרפאות לבריאות הנפש וכדומה, מפנים אותם לקבלת סיוע.

להלן פירוט הרכיבים במערך הסייע:

1. הודעה מרה – במקרים שבהם האובדן הוא תוצאה מתאונת דרכים או עבירות המתה, עובדת סוציאלית מהמחלקה לשירותים חברתיים ושוטר מוסרים יחד את ההודעה המרה למשפחה בסמוך לאובדן.
 2. מערך הליווי של מרכזי הסייע – כאמור, מערך הליווי מושתת על עבודה של שתי עמותות שמחזיקות לפי מרכז שמונה מרכזי סיוע מרחביים המכסים את כל הארץ. כל משפחה מקבלת ליווי צמוד מעובדת סוציאלית של מרכז סיוע. העובדת הסוציאלית מתכללת את תהליך הליווי והטיפול במשפחה ונמצאת איתה בקשר שוטף. הליווי ניתן למשך שנתיים, ואפשר לקבלו עד חמש שנים מיום האובדן.
 3. מערך טיפולי – בני המשפחה מקבלים טיפולים שונים. ראשית, נבדקת האפשרות למתן מענה טיפולי באמצעות אחת מ-120 התחנות לטיפול זוגי ומשפחתי ברשויות. הטיפול ניתן לבני משפחה בוגרים (בני 18 ויותר) כטיפול פרטני או כטיפול בהשתתפות כל בני המשפחה שגילם מעל 18, אך יש תחנות מעטות שמספקות שירות זה גם לילדים ובני נוער. אם לא נמצא מענה מתאים בתחנות, בני המשפחה (הן ההורים הן הילדים) יכולים לקבל טיפולים פרטניים מטעם מרכזי הסייע על ידי פסיכותרפיסטים מוסמכים למשך שנה, עם אפשרות להארכה לשנתיים, ובעלות סמלית של 50 ש"ח לחודש (נכון למועד כתיבת הדוח). כמו כן הם יכולים לקבל ליווי רוחני על ידי מלווים רוחניים מוסמכים או טיפולים קבוצתיים. על פי הוראת תקנות העבודה הסוציאלית (תע"ס) לנושא זה ההשתתפות בקבוצות התמיכה שמופעלות במרכזי הסייע אפשרית ללא הגבלה וללא עלות.
- כארבע שנים לאחר הפעלת תוכנית מרכזי הסייע פנה משרד הרווחה למכון מאיר-סג'וינט-ברוקדייל בבקשה לקבל מידע שיסייע בפיתוח מדיניות התמיכה עבור בני משפחה שכולים שאובדנם אינו מוכר ולשיפור דרכי העבודה בתוכנית מרכזי הסייע עבור בני משפחה שכולים שאובדנם מוכר. כך, מידע זה יסייע גם בבניית מדיניות כללית בתחום הסייע לשכול האזרחי.

2. המחקר

2.1 מטרת המחקר ושאלות המחקר

מטרות המחקר היו (1) לספק מידע שיסייע לקובעי מדיניות להרחיב את מדיניות הטיפול במשפחות שכולות לכלל המשפחות עם ילדים עד גיל 18 המתמודדות עם אובדן ושכול אזרחי ולטייב את דרכי ההתערבות בתחום זה; (2) להעריך את עבודת מרכזי הסיוע עם משפחות אלה במגוון היבטים, כגון שיטות העבודה ותפיסות אנשי המקצוע בנוגע לעבודה שנעשית.

להלן שאלות המחקר:

1. מהן ההשפעות של אובדן ושכול על הורים וילדים במשפחות שבהן ילדים עד גיל 18?
2. מהם הסטנדרטים ואמות המידה להפעלת שירותים לטיפול בבני משפחות שכולות במדינות שונות בעולם? מהן גישות הטיפול באובדן ושכול?
3. מהם צורכיהם של בני משפחות שכול אזרחי (מוכר ולא מוכר) בישראל?
4. מהן התפיסות של אנשי המקצוע על מטרות ההתערבות במרכזי הסיוע?
5. מהן דרכי העבודה במרכזי הסיוע? מהם היתרונות של מרכזי הסיוע ומה האתגרים שמרכזי הסיוע מתמודדים איתם בטיפול במשפחות שכולות?
6. כיצד אפשר לשפר את מדיניות התמיכה במשפחות שכול אזרחי בכלל ואת דרכי העבודה במרכזי הסיוע בפרט? מהם הקשיים שמעלה מדיניות התמיכה במשפחות שכול אזרחי?
7. כיצד תופסים כיום אנשי המקצוע את דרכי העבודה שהונהגו במרכזי הסיוע בתקופת מגפת הקורונה?

2.2 שיטת המחקר

למחקר זה היו שלושה רכיבים:

1. סקירת ספרות

צוות המחקר ערך סקירת ספרות במטרה ללמוד על ההשפעות של אובדן ושכול אזרחי על הורים וילדים במשפחות שבהן ילדים עד גיל 18, להכיר כלים שמשמשים לאבחון ולהערכת משפחה בשכול או בטרואמה ולבחון מהם העקרונות של הפרקטיקה המיטבית לטיפול במשפחות שכול אזרחי. הסקירה התבססה על סקירות ספרות שיטתיות, מאמרים אקדמיים וספרות אפורה (מסמכי מדיניות, מחקרי הערכה, אתרי אינטרנט של שירותים ועוד). איסוף המידע לסקירה נערך בין החודשים ינואר ואפריל 2023, והוא אותר במאגרי מידע אקדמיים, ברובו במאגר המידע PsycNet, וברשתות האינטרנט באמצעות מנועי החיפוש Google Scholar ו-Google. לצורך העמקת הידע נסקרו מאמרים נוספים שצוטטו במאמרים שעלו בחיפוש. החיפוש נערך באמצעות

מילות המפתח bereavement, grief, loss בשילוב עם מילות המפתח best practice, evidence-based practices, children, families, services, intervention & barriers.

2. רכיב איכותי

במחקר נערכו 25 ראיונות עומק חצי מובנים, 11 מהם עם בעלי תפקיד במטה משרד הרווחה ועם אנשי מקצוע: ראיון עם נציג מטה משרד הרווחה; שני ראיונות עם מפקחות מחוזיות מטעם משרד הרווחה שאמונות על פיקוח ובקרה על עבודת העמותות המפעילות; שני ראיונות עם מנהלות תוכנית מרכזי הסיוע; ושישה ראיונות עם עובדות סוציאליות ממרכזי הסיוע. עשרה מסך הראיונות נערכו עם אנשי מקצוע מתחומים משיקים, קרי אנשי מקצוע שלמקצועם ממשק בתחום האובדן והשכול בפרקטיקות שונות ומתחומים שונים שבהם יש נגיעה בשכול: נציגת מטה משרד המשפטים, נציג מטה משרד החינוך, נציגה נבחרת מהאקדמיה העוסקת בתחום, שלושה ראיונות עם מנהלות תחנות לטיפול זוגי ומשפחתי, שני ראיונות עם פסיכותרפיסטיות שעובדות בתחנות או מטפלות באופן פרטי, ראיון עם מלווה רוחנית וראיון עם פעיל חברתי שהוא גם אב שכול. נוסף על כך בוצעו ארבעה ראיונות עם בני משפחות שכול אזרחי לא מוכר.

חלק מן הראיונות התקיימו פנים אל פנים ואחרים באמצעות שיחת וידיאו (Zoom), בחודשים מאי 2022 עד נובמבר 2022. כל ראיון ארך בין שעה לשעתיים. בראיונות נעשה שימוש במדריכי ראיון שנכתבו עם אנשי מקצוע ממטה משרד הרווחה (ראו **נספחים א, ב ו-ג**) והותאמו לתפקיד המרואיי (Rabionet, 2011). מדריך הראיון התמקד בתפיסותיהם של אנשי המקצוע בנוגע למערך מרכזי הסיוע תוך התייחסות למטרותיו, לדרכי העבודה של העובדות הסוציאליות ולהשפעות מגפת הקורונה על מערך הסיוע; הראיון עם מנהלות תוכנית מרכזי הסיוע בעמותות ועם העובדות הסוציאליות במרכזים עסק בתיאור תפקידן, בתיאור סוגיות בולטות בתפקיד העובדת הסוציאלית ובתיאור היתרונות של מרכזי הסיוע והאתגרים שמרכזי הסיוע מתמודדים איתם בטיפול במשפחות שכולות; הראיון שנערך עם בני משפחות שכול אזרחי לא מוכר עסק בהשפעות האובדן על חיי המרואיין ומשפחתו, תוך ניסיון לבחון לאילו מענים הוא ובני משפחתו הזדקקו על רצף הזמן (בשבוע הראשון, בחודש הראשון, בשנה הראשונה ובחלוף כמה שנים).

3. רכיב כמותי

במחקר זה התבצע ניתוח נתונים (מבחן χ^2) מסקר פנימי בנושא שביעות רצון שערך בשנת 2021 מטה משרד הרווחה בקרב מקבלי השירות במרכזי הסיוע (להלן: הסקר). הסקר נשלח באופן מקוון לדואר האלקטרוני האישי של כל מקבל שירות למילוי לפי רצונו ובחירתו. החוקרים ביקשו ללמוד על שביעות הרצון של בני המשפחה שצורכים את שירותי מרכז הסיוע על כל היבטיו: הקשר עם העובדת הסוציאלית, קבלת טיפול פרטני, זוגי או משפחתי, סיוע במיצוי זכויות, סיוע משפטי ואף על התנדבות והשתתפות בטקסי הזיכרון שמארגנים מרכזי הסיוע. בהתאמה למטרות הסקר, למקבלי השירות הוצגו שאלות על הרקע הדמוגרפי שלהם (כגון גיל, מין וקבוצה באוכלוסייה), על מאפייני השכול (כגון קרבה למנוח, נסיבות התרחשות האובדן, הזמן שחלף מהאובדן) ועל השירות שקיבלו ושביעות רצונם ממנו (למשל, תדירות הקשר עם העובדת הסוציאלית במרכז הסיוע והמידה שבה סייע הליווי בהתמודדות עם האובדן).

נתוני הסקר הועברו לידי צוות המחקר במכון ברוקדייל לצורך ניתוחם והפקת תובנות בנוגע לאוכלוסיית מקבלי השירות ושביעון הרצון ממרכזי הסיוע. על הסקר השיבו 402 איש מכ-1,000 מקבלי שירות במרכזי הסיוע מדי שנה (כ-40% היענות). חשוב לציין שהמדגם אינו מייצג מאחר שלצוות המחקר לא היו די נתונים כדי לאפיין את האוכלוסייה הכוללת של מקבלי השירות כך שיהיה אפשר להשוות בינה ובין אוכלוסיית המשיבים ולבחון את מידת הייצוגיות של מקבלי השירות. מכיוון שהנתונים אינם בהכרח מייצגים את אוכלוסיית מקבלי השירות, שולבו בדוח רק נתונים שבוחנים השוואה בין קבוצות שההבדלים ביניהם מובהקים (ראו **נספחים ד, ה ו-ו**).

2.3. ניתוח הנתונים

ניתוח נתונים איכותני: הראיונות תומללו, נותחו ועובדו בידי צוות המחקר במכון ברוקדייל באמצעות תוכנת Atlas.ti 9 בגישת הניתוח התמטי האיכותני (שקדי, 2011). הם קודדו לקטגוריות שחלקן הוגדרו מראש, חלקן התבססו על מדריך הריאיון ועלו ממנו ישירות וחלקן עלו מדברי המרואיינים. בקידוד נוצרו תחת קטגוריות-העל תת-קטגוריות, כך שכל קטגוריה כללה כמה תת-קטגוריות על פי התמות שעלו, ולתת-הקטגוריות נוצרו קטגוריות משנה (שקדי, 2011; Strauss & Corbin, 1998).

ניתוח נתונים כמותי: המידע נותח בתוכנת SPSS גרסה 28 על פי הנתונים. כדי ללמוד על ההבדלים בין קבוצות במחקר השתמש צוות המחקר במבחן χ^2 לבחינת קשר בין משתנים קטגוריאליים ולהתפלגויות (באחוזים). לאחר מכן בוצע מבחן One-way Anova להשוואה בין הממוצעים.

בהמשך הדוח יוצגו סטטיסטיקה תיאורית וכן הבדלים מובהקים – אם התגלו.

2.4 אתיקה במחקר

ועדת האתיקה של מכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל אישרה את המחקר. במסגרת המחקר ובעת קבלת הסכמת המרואיינים הבהיר צוות המחקר למרואיינים כמה עקרונות:

- השתתפותם במחקר היא על בסיס התנדבותי בלבד, והם אינם מחויבים להשתתף בו
- בדוח תישמר האנונימיות שלהם ולא יצוינו פרטים מזהים או תיאורי מקרים שיאפשרו את זיהויים
- הם יוכלו להפסיק את הקשר עם צוות המחקר בכל עת שיחפצו או לא להשיב לשאלות מסוימות, ולדבר לא תהיה כל השפעה שלילית
- צוות המחקר ביקש מן המרואיינים רשות להקליט אותם לטובת תמלול מלא של דבריהם לצורכי המחקר, והוצע להם לקבל את תמלול הריאיון. נמסר להם שהם יוכלו לבקש לעצור את ההקלטה בכל עת שירצו. הובטח שההקלטות ותמלילי הראיונות יישמרו שמירה מאובטחת במכון ברוקדייל

3. סקירת הספרות

3.1 הגדרה של שכול ושל אבל

מוות של אדם אהוב נחשב לאחד מאירועי החיים הקשים ביותר ומעוררי הדחק. זוהי חוויה כואבת, אשר יש לה השפעות פיזיות, פסיכולוגיות וחברתיות (Shear, 2012). שכול (bereavement) במשמעותו המורחבת המקובלת בספרות המקצועית הוא חוויית ההתמודדות האישית והמשפחתית עם אובדן של אחד מבני המשפחה או של אדם יקר. לאחר האובדן אנשים שכולים חשים מגוון רגשות שליליים, כמו עצב עמוק, חוסר אמון, געגועים, חרדה, כעס או אשמה. נוסף על כך הם עלולים להרגיש סימפטומים פיזיים כמו עייפות ונדודי שינה.

האופן שבו יגיב הפרט לאובדן תלוי בכמה גורמים: נסיבות השכול, טיב מערכת היחסים עם המנוח ומתחים בסביבה החברתית שנגרמים ממתח משפחתי או מרגשות בידוד ובידודות (קפולניק ורפאל-אשורי, 2019; Welsh Government, 2021). בין השכולים יש גם מי שחשים מצוקה רבה וחווים קשיי תפקוד ניכרים (רובין ואח', 2016; שריף, 2019; 2021).

שניים מן המושגים המקובלים להשפעה מתמשכת וקשה של השכול על האדם הם 'אבל מורכב' (complicated grief) ו'הפרעת אבל מתמשכת' (prolonged grief disorder – PGD). ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization – WHO) נדרש להגדרת התסמינים של הפרעת אבל מתמשכת בספר הסיווג הבין-לאומי למחלות (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD [WHO], 2016). לפיו, התסמינים הם כמיהה עזה לנפטר או עיסוק מתמיד בו, המלווה בכאב רגשי עז. אנשים עם הפרעת אבל מתמשכת מתקשים ליהנות מפעילות חברתית ולחוש חיוביות ואינם יכולים לקבל את מותו של האדם האהוב. נטען שכעשירית מהאנשים ששכלו אחד מיקיריהם מאובחנים כבעלי הפרעת אבל מתמשכת (Sealey et al., 2015). אנשים אלה מדווחים על שיעורים גבוהים של חוסר משמעות, הפרעות שינה, קשיים בעבודה ובפעילות חברתית. שיעור גבוה מהם מאובחנים בהפרעות נפשיות ובמחלות לב, כלי דם וסרטן (Bryant et al., 2014).

להלן גורמי הסיכון להפרעת אבל מתמשכת: אובדן של יותר מאדם אחד בפרק זמן קצר; תלות גבוהה באדם שנפטר; היות המוות אלים ופתאומי ובגיל צעיר של הנפטר; תפיסה של המוות כהתרחשות שאפשר היה למונעה; חשיפה למוות פתאומי או אלים או לתחושת סבל מתמשכת של הנפטר במקרה של מחלה ממושכת; היסטוריה קודמת של בעיות נפשיות, בפרט הפרעת דחק פוסט טראומטית או דיכאון (Shear, 2012).

3.2 אבל שאינו מוכר

מלבד הכאב והצער שהשכול מזמן, בני משפחה שכולים פוגשים לעיתים גם קשיים מן המציאות. אחד הקיצוניים הוא 'יגון לא מוכר' (disenfranchised grief), מושג שטבע דוקה (Doka, 2002), ומשמעו שאנשים המתמודדים עם סוגים מסוימים של אובדן

אינם זוכים להכרה בזכויות הנובעות ממדיניות חברתית מתאימה ולתמיכה ממוסדת. היעדר הכרה חברתית בזכות להתאבל עשוי לנבוע מתפיסה חברתית שאינה מכירה במערכות יחסים מסוימות, בניסיונות מוות ובדרכי ביטוי של אבל, או שנרתעת מהן (Lebel, 2014). לפי נימאייר וג'ורדן (Neimeyer & Jordan, 2002) יחס זה נובע מכשל אמפתי, כישלון של אדם או מערכת חברתית להבין את חוויית האבל ומשמעות האובדן של אחר. מסרים כאלה מצד החברה עלולים להחריף את התגובות הרגשיות הקשות לאובדן (Doka, 2002; Attig, 2004).

קושי נוסף מקורו ב'אובדן לא מוקר', מושג שטבע לבל (2013) ומגדיר סוגי אובדנים שהמדינה והציבור מודעים לקיומם, אך אינם מזכים את האבלים בדי הוקרה, כבוד ומעמד חברתי. לבל דן גם בהייררכייה של סוגי האובדן ובמיקום הנמוך של האובדנים האזרחיים בתוך הייררכייה חברתית מפלה זו.

3.3 השפעות השכול על יחידים ומשפחות

מוות של בן משפחה הוא אירוע שמשפיע על שאר בני המשפחה כפרטים, על מערכות היחסים ביניהם ועל המשפחה כולה כמערכת. האובדן ותהליך ההסתגלות אליו עשויים להיות שונים בתכלית בעבור בני אותה משפחה, בהתאם למאפיינים אינדיווידואליים של כל אחד מהם, כמו אופיים, המגדר שלהם, גילם, סוג הקשר שלהם עם הנפטר ומקומם במעגל המשפחתי.

בחלק הבא ייבחנו המאפיינים וההשפעות של ארבעה סוגי אובדנים במשפחה: אובדן בן/בת זוג, אובדן ילד, אובדן הורה ואובדן אח או אחות.

3.3.1 אובדן בן זוג או בת זוג

באובדן של בן/בת זוג חדלה תמיכה חברתית, רגשית ופיזית של אדם שהייתה עימו חברות ארוכת שנים (Klaus, 2021; Schmitz, 2021). פעמים רבות אובדן מסוג זה מערער את הזהות העצמית, שכן חלק ניכר מן הדימוי העצמי קשור במערכת היחסים הזוגית (לביא וברום, 2011). קשיים מרכזיים של אלמנים ואלמנות הם: התמודדות עם בדידות שכרוכה באובדן, וכן חרדה בשל היעדרה של הדמות שמילאה צורכי תלות וביטחון (Moss & Moss, 1996); התמודדויות חדשות, למשל ירידה ברמת החיים בעקבות פטירתו של המפרנס העיקרי (Dyregrov, 2002; McMenemy et al., 2008); הסתגלות לתפקידים שמילאו בן או בת הזוג שנפטרו, כגון טיפול בילדים, פרנסה ואחזקת הבית; האילוץ לנווט בין הצרכים והמצוקות האישיים והמשפחתיים (לביא וברום, 2011).

השפעות על הבריאות הפיזית והנפשית

אובדן בן או בת זוג עלול להשפיע על בריאותם הפיזית של אלמנים ואלמנות בטווח הארוך (Das, 2013; Joaquim et al., 2021); (Thimm et al., 2020). כך למשל התגלה במחקרים שונים ששכול מקושר במיוחד עם אירועי לב וכלי דם (Bartrop et al., 2016). עם זיהומים (Carey et al., 2014), עם זיהומים (Lu et al., 2016; Vitlic et al., 2015) ועם סוכרת מסוג I (Virk et al., 2016). עוד נמצא שאנשים שאיבדו את בני או בנות זוגם הם בסיכון גבוה יותר לסבול מדיכאון (Nakagomi et al., 2020; Schmitz, 2021), בדידות, עצב, חרדה (Yang & Gu, 2021) ואובדן תקווה לעתיד (Naef et al., 2013). רוב האנשים מסתגלים בתוך שנים אחדות לאובדן בן או בת הזוג (Stroebe & Schut, 2010), אך יש שכולים שחווים תסמיני אבל מתמשך ועלולים לסבול מתסמיני דיכאון עשרות שנים אחרי האובדן (Jadhav & Weir, 2018; Klaus, 2021; Yang & Gu, 2021).

ממחקרים שונים עולה שיש שוני בין גברים לנשים מבחינת ההסתגלות לאובדן (Li & Lin, 2020; Stroebe et al., 2001; Yoon et al., 2022): נחשף שלאמנים ואלמנות עלייה בתסמינים של דיכאון בשנה-שנתיים הראשונות לאחר האובדן, אך בקרב אלמנות ההתאוששות מן הסימפטומים הדיכאוניים מתרחשת לאחר כשנתיים ומהירה יותר לעומת זו של האלמנים, שעלולים לחוות רמות גבוהות של דיכאון עד עשור לאחר האובדן (Jadhav & Weir, 2018; Yu et al., 2021).

השפעות על ההורות

מחקרים שונים שנערכו בהשתתפות אלמנות ואלמנים מלמדים שלתפיסת המשתתפים, האובדן של בן או בת הזוג שלהם השפיע על דפוסי ההורות שלהם: (1) היו שסיפרו על קושי להתמודד בו-זמנית עם אבלם ואובדן חייהם הקודמים ועם ההסתגלות לתפקוד במשפחה חד-הורית. בעבור חלקם ההתמודדות הייתה מתישה, והם דיווחו על ירידה בתפקוד ההורי שלהם וביכולתם לעמוד איתן בראש המשפחה (Bugge et al., 2014; Glatt, 2018; Glazer et al., 2010); (2) אחרים דיווחו שהיה ביכולתם לענות על הצרכים הבסיסיים של ילדיהם, אך הם התקשו לענות על צורכיהם הרגשיים של הילדים (Rolls & Payne, 2007; Saldinger et al., 2007; Wilkinson et al., 2003); (3) היו הורים שהתקשו במיוחד לקבל החלטות שנוגעות לילדיהם מחשש שלהחלטותיהם יהיו השפעות שליליות על רווחתם והתפתחותם של הילדים (McClatchey, 2018); (4) חלק מן ההורים הרגישו צורך למלא את מקומו של ההורה שנפטר ולשמש לילדים אם ואב, למרות ההכרה בכך שיתקשו לפצות על היעדרן של תכונות מסוימות של ההורה האחר (Glazer et al., 2010); (5) במקרים מסוימים השתנה סגנון ההורות והיה לקשוח יותר בשל תסמיני דיכאון של ההורים (Haine et al., 2008).

השפעות על המצב החברתי

מבחינה חברתית אובדן בן או בת זוג מצריך הסתגלות למצב חדש, שבו חיים ללא איש האמון הקרוב ביותר אשר היה מקור לתמיכה חברתית עיקרית (Freak-Poli et al., 2022). לאחר האובדן ניכרת תחילה אצל אלמנים ואלמנות ככלל ירידה בפעילות החברתית ובקשרים חברתיים (Yoon et al., 2022) בגלל היעדר מוטיבציה להיות בקשר עם אחרים או בגלל רתיעה לצאת למפגשים חברתיים כשהם לבדם (Klaus, 2021; Naef et al., 2013).

למצב החברתי של האלמנים והאלמנות חשיבות רבה בתהליך ההסתגלות לאובדן וחשיבות רבה לרווחתם (Huisman & Lemke, 2022). מהספרות עולה שהשתתפות חברתית גבוהה לאחר אובדן, הכוללת תקשורת עם בני משפחה וחברים והשתתפות במפגשים כחלק מתנועות חברתיות או ממועדונים חברתיים, קשורה לבריאות כללית טובה יותר (Jones, 2016). עוד עלה שבעקבות התפתחות בתחום הטכנולוגיה והאינטרנט, אלמנים ואלמנות עשויים להרגיש מחוברים יותר מבעבר לרשתות חברתיות, ומצב זה עשוי להקל במעט על הבדידות והכאב העמוק שהם חשים לאחר ההתאלמנות, ובכך להגביר את הרווחה האישית שלהם (Jones, 2016).

3.3.2 אובדן ילד

אובדן של ילד נחשב לאחד מאירועי החיים הקשים ביותר להורה ונחווה כשבר של הסדר הטבעי של מעגל החיים, שלפיו ילדים מאריכים ימים אחרי הוריהם (Keesee et al., 2008); הורים מולידים ילדים בבגרותם ומצפים שילדיהם יהיו חלק מחייהם עד יום מותם. השכול מערער את האמונה בעולם צודק והגיורי (Neimeyer et al., 2014; Neimeyer, & Lichtenthal, 2017; Vig et al., 2021), ואף את משמעות החיים (life significance) (Hibberd, 2013).

אובדן הילד מוביל לשינוי בתפיסת העולם של ההורה ובתפיסה העצמית שלו: כאשר ילד מת ההורה חווה אובדן שאי אפשר לתקנו, שמקורו בתחושה שהילד הוא המשך עצמיותו – זהו אובדן של תחושת העצמי מכיוון שתקוות, שאיפות וחלומות כה רבים של ההורה הוטענו בדמותו של הילד (שלו, 2017; Wheeler, 2001; Braun & Berg, 1994); נוסף על כך, ההורה השכול מאבד את תפקידו החברתי ואת זהותו כמגן ומטפל, וחלק מן ההורים חווים אובדן זה ככישלון (Lieberman, 1989; Braun & Berg, 1994); הורים שכולים רבים מתארים אשמה כבדה על כך שלא הצליחו להגן על ילדם (Murphy et al., 1998; Rando, 1993).

מהסיבות שתוארו לעיל החוקרים מסכימים שאובדן ילד שונה מאובדנים אחרים, ובמקרים אלה קשה יותר להשתמש בהנחות הכלליות באשר לתהליך אבל נורמטיבי והסתגלות לפרידה (לביא וברום, 2011). ואכן, במחקרים שונים התגלה שהכאב הנפשי שמכה עם אובדן ילד הוא החזק ביותר מבין האובדנים האחרים, וקשיי ההסתגלות, לרבות הקושי לחזור לתפקוד יום-יומי מיטב, הם הממושכים ביותר (Aho et al., 2006; Koskela, 2011). בהתאם לכך, נמצא ששיעור ההורים הסובלים מהפרעת אבל מתמשכת גבוה באופן ניכר משכולים של אובדנים אחרים (Lannen et al., 2008; Lichtenthal et al., 2011). הגעגועים והצער שהורה יכול לחוש בעקבות אובדן ילדו עשויים להימשך כל חייו (Aho et al., 2006; Koskela 2011).

אף על פי שהצער ומשך הזמן שהוא נחוה בעוצמה גבוהה יכולים להיות שונים מאדם לאדם, מחקרים שונים מלמדים שיש שוני בין תגובות האבל של אימהות לתגובות האבל של אבות, ושנשים נוטות להפגין כלפי חוץ סימפטומים עזים יותר של מצוקה מן האבות, ולפרק זמן ממושך יותר (Avelin et al., 2013; Cacciatore et al., 2008).

השפעות על הבריאות הפיזית והנפשית

אובדן ילד מזוהה בספרות המקצועית כאחד האובדנים עם ההשפעות הקשות ביותר ואף ההרסניות ביותר על בריאותם הנפשית והפיזית של ההורים בטווח הארוך (Bogensperger & Lueger-Schuster, 2014; Lichtenthal et al., 2011). כך למשל נמצא שמצב בריאותם של הורים שאיבדו את ילדם היה טוב פחות מזה של הורים שלא איבדו ילד שנים רבות אחרי האובדן. כמו כן הם סבלו יותר סימפטומים של דיכאון, ודיווחו על רווחת חיים נמוכה יותר לעומת הורים שלא איבדו את ילדם (Rogers et al., 2010; Song et al., 2010). נוסף על כך נחשף שככל שנסיבות המוות היו אלימות יותר, כך היה מצב בריאותם טוב פחות (Song et al., 2010). להורים שאיבדו ילד הייתה היתכנות גבוהה יותר לאשפוז בבתי חולים רגילים (Znoj & Keller, 2002) ובבתי חולים פסיכיאטריים (Li et al., 2005).

השפעות בהיבט הרוחני

אובדן ילד מעלה שאלות בקרב ההורים השכולים על משמעות החיים. אובדן מסוג זה מערער את האמונות, הערכים והעקרונות שלפיהם ההורים השכולים חיים (Meert et al., 2009), ואת תפיסותיהם הרוחניות (Alvarenga et al., 2021), ומעלה שאלות בנוגע לתפקידיהם, צורכיהם ומטרותיהם הקיומיות, האינדיבידואליות והחברתיות (Znoj & Keller, 2002; Bergstraesser et al., 2015).

מחקר שבחן את דפוסי יצירת המשמעות המחודשת לחיים בקרב 155 הורים שילדיהם מתו בנסיבות שונות, אלימות ולא אלימות, מצא שכ-55% מההורים שאיבדו את ילדם בנסיבות אלימות לא מצאו היגיון באובדן לעומת 32% מההורים שאיבדו את ילדם בנסיבות לא אלימות. עוד עלה מהמחקר שהורים ששכלו את ילדם בנסיבות אלימות דיווחו על רמות גבוהות יותר של תסמיני הפרעת אבל מתמשכת וקושי מוגבר ביצירת משמעות מחודשת לחיים (Lichtenthal et al., 2011).

השפעות על הזוגיות

מסקירה שיטתית של מחקרים על ההשפעות של אובדן ילד על מערכת היחסים הזוגית עולים ממצאים מעורבים: בחלק מן המחקרים נמסרו עדויות על החוסן של הקשר הזוגי ואף על צמיחתו, ובמחקרים אחרים עדויות להשפעות שליליות של האובדן על מערכת היחסים הזוגית (Albuquerque et al., 2016). השפעות חיוביות נראו למשל במחקרים איכותניים שהראו שהאובדן קירב בין בני הזוג והשפיע על חיזוק הקשר ביניהם, וכי הקשר עצמו שימש מקור נחמה בהקשר זה (Bergstraesser et al. 2015; Essakow & Miller 2013; Titus & de Souza, 2011). זאת ועוד, במחקר כמותני נמצא שההיתכנות של הורים שאיבדו את ילדם להישאר נשואים זה לזה או בזוגיות הייתה גבוהה יותר באופן מובהק מאשר בקבוצת הביקורת, שבה היו הורים שלא שכלו את ילדם (Eilegård & Kreicbergs, 2010).

במחקרים אחרים התגלו השפעות שליליות של האובדן על מערכת היחסים הזוגית: נמצא שהמצוקה העמוקה של ההורים עלולה להקשות על בני הזוג להיות זמינים רגשית ולהעניק תמיכה זה לזה (לביא וברום, 2011); שהמצוקה עלולה להעמיק את הקשיים בתקשורת ואת הקונפליקטים ביניהם (Cacciatore et al., 2008; Toller & Braithwaite, 2009); שהיא עלולה לגרום להיווצרותה של תחושת זרות (Gilmer et al., 2012; Koskela, 2011); ואף לגרום לקושי לקיים קשר מיני אינטימי (Paley, 2008). כמו כן הכאב שנגרם בשל אובדן הילד יכול להגביר את חוסר יציבותם הרגשית של בני הזוג (Koskela, 2011). ההשפעות השליליות של אובדן ילד על הקשר הזוגי עלולות לנבוע גם מהבדלים בין ההורים באופי ההתאבלות וממצבים של האשמת ההורה האחר בזוגיות עלולים להוביל לפרידה וגירושין (Arnold & Gemma, 2008; Koskela, 2011; Rogers et al., 2008).

השפעות על התפקוד ההורי

בתקופת האבל הראשונית נוטים ההורים לשקוע לחלוטין בכאב שמעורר אובדן הילד, והדבר מצמצם פעמים רבות את פניותם לילדים החיים ומקשה עליהם לסייע להם בתהליך האבל שלהם (לביא וברום, 2011; Rubin, 1993). גם התערעורת היחסים הזוגיים בין ההורים, אם היא מתרחשת, עלולה להקשות על זמינות ההורים לילדיהם. לעיתים נוטים ההורים לאידיאליזציה של הילד שמת מאחר שהיא מאפשרת לשמר את מקומו המרכזי ובו-בזמן להפכו לדמות מרוחקת. הלך רוח זה עלול להכביד על הילדים שנתרו בשל ההשוואה הסמויה או הגלויה בין האחאים והציפייה שהם ימלאו את מקום הילד המת. לעיתים ההורים אף מפנים כלפי הילדים כעס ותסכול (Fanos, 1996). במקרים אחרים עלול יחסם של ההורים לילדים הנותרים להיות מגונן יתר על המידה (Christian, 2007).

באחד המחקרים התייחסו בני משפחות שכולות עם ילדים (בעיקר צעירים) להשפעת השכול על חוויית ההורות (אקרמן ואח', 2017). הם תיארו מגוון רגשות, למשל חשש שיעבירו לילדיהם חרדה מפני העתיד לקרות וקושי להתמסר לחוויית החיוביות בחיי הילדים הנותרים משום שהם שרויים בצער עמוק על הילד שאיבדו.

3.4 השפעות אובדן בן משפחה על ילדים

לעיתים ילדים שאיבדו בן משפחה או בת משפחה מתמודדים עם שני ערוצי כאב: הראשון קשור באובדן של אדם יקר ובמפגש עם המוות על כל משמעויותיו. השני נוגע בקשר עם הוריהם (אב, אם או שניהם), שבהיותם שקועים בכאבם עלולים להפוך לנוכחים-נפקדים בחייהם. הילדים מתמודדים באחת עם כאב אובדן ובשני ערוצים נוכח האסון שפקד אותם (אקרמן ואח', 2017).

3.4.1 אובדן הורה

אובדן הורה בילדות הוא אירוע משברי שעלול להיות גם טראומטי (Haine et al., 2008), ואחד מן האירועים הקשים ביותר שילדים עשויים לפגוש בחייהם (Kaplow et al., 2010). התייתמות מאלצת ילדים להתמודד עם רגשות שלא חשו בעבר ועם תמורה עמוקה ובלתי צפויה בעולמם (Silverman, 2000). אובדן הורה פירושו אובדן של דמות התקשרות שמספקת מסגרת לעולמו, ממלאת את צרכיו הפיזיים והרגשיים, מגיבה אליו ומכוונת אותו, משמשת לו אובייקט אהבה וכן מקור הזדהות, שיקוף ואישור (Palombo, 1981; silverman, 2000).

ילדים שהתייתמו דיוחו על חרדה מהיוותרם לבד בעולם לאחר מות הורה (Eppler, 2008). עם זאת, רובם מסתגלים לאובדן ההורה כעבור זמן מה בהיבט התפקודי בתחומי החיים השונים. לפי כמה מחקרים, למגדר של ההורה שנפטר עשוי להיות תפקיד מכריע בתגובה לאובדן, ונטען שבנות נפגעות יותר מאובדן אם, ובנים נפגעים יותר מאובדן אב. כך למשל התגלה שבנים שהתייתמו מאביהם הראו יותר תסמינים של דיכאון וירידה גדולה יותר ברווחת החיים מבנות שהתייתמו מאביהן (Marks et al., 2007). במחקר אחר עלה שההיתכנות לאשפוז פסיכיאטרי של צעירים עד גיל 30 – גברים שאיבדו את אבותיהם ונשים שאיבדו את אימותיהן – הייתה גבוהה הרבה יותר מאשר במקרים של גברים שהתייתמו מאימותיהם ושל נשים שהתייתמו מאביהן (Böckerman et al., 2021).

הגורמים שהוכחו כחשובים ביותר להסתגלות בריאה של הילד הם מצבו הנפשי של ההורה החי וקשר הילד עימו. הורות חמה ותומכת, שאינה נשענת על הילד אך מעודדת תקשורת ושיתוף, נקשרת להתמודדות טובה יותר של הילד עם האובדן (Haine et al., 2003; Raphael et al., 2001). תקשורת חיובית במשפחה היא גורם חוסן להתמודדות עם בעיות רגשיות שמתעוררות בעקבות אובדן. ובר ואח' (Weber et al., 2021) גילו שהיבטים מסוימים של תקשורת משפחתית, כמו שיתוף ברגשות, הבעת הערכה זה לזה, הקשבה ושימוש במיומנויות הבעה בעל פה הם היבטים חשובים להורות תומכת ומכילה, ושהורות חיובית ותומכת מספקת את הסביבה הנחוצה לילדים שכולים, פוגשת את צורכיהם, את מטרותיהם ואת התפתחותם. גם גישה לתמיכה חברתית מן המשפחה המורחבת, ממורים ומחברים עשויה למתן את ההשפעות השליליות של מות ההורה על מצבם של הילדים (Koblenz, 2015).

השפעות על הבריאות הפיזית

במחקר שבחן דיווח עצמי של מבוגרים על איכות חייהם התחוויר שרוב המשתתפות בנות 30 שהתייתמו בילדותן העידו על מצב בריאות גרוע או סביר, וכי לגברים בני 30 שהתייתמו בילדות הייתה היתכנות גבוהה פי שניים ויותר לסבול מבעיות בריאות כרוניות לעומת גברים ממשפחות שבהן שני ההורים חיים (Parsons, 2011). במחקר אחר נחשף שהמצוקה המתמשכת שנגרמת מן האובדן משפיעה על הפרשה מוגברת של הורמונים, כגון פינפרין, נוראפינפרין, קורטיזול, אדרנלין ואחרים, הגורמים לשינויים

פיזיים ופסיכולוגיים רבים. חוסר האיזון ההורמונלי המתמשך נמצא מקושר להתפתחות מחלות כמו סוכרת מסוג 2, מחלות לב וכלי דם ומחלות בדרכי הנשימה העליונות (Luecken & Roubinov, 2012). יתרה מזו, מחקרים הראו שאובדן הורה בילדות מקושר עם סיכון גבוה יותר לתמותה בגיל צעיר. ואולם מחקרים אלו התקשו להצביע על גורמים סיבתיים (Li et al., 2014; Rostila et al., 2012). מחקרים רבים הצביעו על כך שילדים שהוריהם התאבדו בילדותם היו בסיכון גבוה יותר באופן ניכר להתאבדות (Guldin et al., 2015; Rostila et al., 2014).

השפעות על הבריאות הנפשית

ילדים שהתייתמו פגיעים לבעיות רגשיות וסומטיות שעלולות להתרחש מייד עם האובדן או להתפתח כמה שנים מאוחר יותר (Weber et al., 2021). חוקרים מצאו שוב ושוב שאובדן הורה בילדות מקושר עם מצוקה פסיכולוגית ושבקרוב מרבית הילדים הוא מתבטא בתגובות אבל חריפות (Stikkelbroek et al., 2016), בהן פחד, חוסר אונים, חרדה, כעס, נרגנות, בעיות התנהגות ונסגה התפתחותית (Dyregrov, 2008; Holland, 2008), נדודי שינה, מחשבות חודרניות, אדישות או אפאתיות ותסמינים פסיכוסומטיים (Bylund-Grenklo et al., 2016; Dyregrov, 2008; Liu et al., 2013). עוד התגלה שמוות של הורה הוא גורם סיכון להתאבדות הגדול פי שניים בקירוב בקרב הצאצאים לעומת האוכלוסייה הכללית (Sandler et al., 2016). יש לציין שבמרבית המקרים התגובות החריפות רווחות בשנתיים הראשונות לאחר המוות, והתסמינים פוחתים עם הזמן (Stikkelbroek et al., 2012).

רוב הילדים יכולים לקבל את התמיכה שהם זקוקים לה מהמשפחה ומהקהילה, חלקם יהיו זקוקים לתמיכה נוספת, ורק מעטים יהיו זקוקים לסיוע ממומחים (Irish Childhood Bereavement Network [ICBN], 2017; Millar et al., 2020). הגם שחסרים נתונים מדויקים, חוקרים טענו שבין עשרה לעשרים אחוזים מהילדים עלולים לחוות תגובות חריפות לאורך זמן (Bylund-Grenklo et al., 2016; Luecken, 2008; Luecken, & Roubinov, 2012). הסיכון להתמשכותן של תופעות אלה גבוה יותר ככל שהאובדן מתרחש בגיל צעיר יותר (Bolton et al., 2016) ובמקרים שהמוות היה פתאומי ואלים (Luecken, 2008; Rostila et al., 2016).

השפעות על מצב הלימודים, על שאיפות לימודיות ועל השכלה גבוהה

במחקרים נחשף שלילדים שהתייתמו יש קושי להתרכז ולהתמקד בלימודים, בעיקר בשנתיים הראשונות אחרי המוות, אך עם הזמן הקושי חולף (Leucken & Roubinov, 2012; Stikkelbroek et al., 2016). הקושי להתרכז תועד במחקרים שבהם נערכו ראיונות עם הילדים (Lytje, 2016a; Silverman & William, 1992) ועם מוריהם (Dyregrov et al., 2016). התגלה שהוא נובע מזיכרונות טורדניים של ההורה הנפטר, בפרט במקרים שהמוות היה אלים וטראומטי. מחקרים אחרים הראו שילדים שאיבדו הורה בילדות הם בסיכון להישגים נמוכים יותר לעומת חבריהם (Abdelnoor & Hollins, 2004; Berg et al., 2014). כמה חוקרים דיווחו גם שלילדים אבילים היו פחות שאיפות לימודיות ופחות תוכניות לפיתוח קריירה מלחבריהם (Brent et al., 2012; Dyregrov, 2015). חיזוק לכך נראה במחקרים שגילו שילדים שהתייתמו בילדות לומדים פחות שנות לימוד (Böckerman et al., 2021) ובמחקר שבחן את ילידי 1982–2000 באוכלוסייה הדנית, עלה שבקרוב ילדים שהתייתמו בילדותם הייתה היתכנות נמוכה יותר לרכוש השכלה גבוהה. היתכנות זו אף הייתה נמוכה יותר בקרב גברים לעומת נשים (Høeg et al., 2017). במחקר עדכני שנערך בישראל ובחן את ההבדלים בין מות הורה למות אח או אחות, בתקופת הגיל הרך, נמצאה פגיעה זהה בהישגים הלימודיים של הילדים, אשר נמדדו בהשגת תעודת בגרות (נבון ואח', 2023).

השפעות על המצב החברתי והקשר עם קבוצת השווים

מחקרים שנערכו עם ילדים מעידים שהאובדן גרם להם להרגיש שהם איבדו קשר עם קבוצת השווים, וחלקם הרגישו שבהשפעתו התקשו להתחבר עם ילדים אחרים (Dyregrov & Dyregrov, 2011; Lytje, 2016a). ילדים סיפרו גם שלאחר חזרתם לבית הספר לא ידעו חבריהם לכיתה כיצד לדבר איתם על האובדן, ולכן הם מיעטו מאוד לשוחח על תחושותיהם. הדבר גרם להם להרגיש זרים ושונים מחבריהם לכיתה ולחוש שהם לבד עם אולם (Lytje, 2016b). מחקר אחר לימד שילדים לא הרגישו נוח לדבר עם חבריהם על התייתמותם כי סברו שלא יבינו אותם או לא יוכלו לעזור להם. רבים הרגישו שהתבגרו מהר יותר ממחבריהם שלא התייתמו ושהם שונים מבני גילם, והתחושה הגבירה את בדידותם (Koblenz, 2015).

3.4.2 אובדן אח או אחות

אף כי מוות של אח או אחות הוא אחד מאירועי החיים הקשים ביותר ויש לו השפעה דרמטית על חייהם של האחאים, שנים רבות הוזנחה ההתייחסות לאובדן זה. בוצעו אך מחקרים ספורים בנושא זה, ולא הושקעו משאבים לפיתוח מענים ותוכניות התערבות בעבורם. משום כך ילדים שאיבדו אחים כונו שנים רבות 'המתאבלים שנשכחו' (the forgotten grievers) (Crehan, 2004; Rostila et al., 2012). לעומת זאת, בעשור האחרון הולך ומתפתח גוף המחקר בעולם ובישראל על ההשפעות של אובדן אחים על חיי אחיהם שנותרו (אל-דן קצ'ולארו, 2016; כהן, 2015; Fletcher et al., 2013; D'Alton et al., 2022).

במחקרים שונים נמצא שתגובות הילדים לאובדן אח או אחות והתמודדותם עימו משתנות בהתאם לשלב ההתפתחותי שלהם – מן הגיל הרך ועד ההתבגרות – ובהתאם לתפיסות המשתנות בנוגע למושג המוות (לביא וברום, 2011). לאובדן אח או אחות יש השפעות ארוכות טווח על חיי הילד הן בגלל האובדן עצמו הן בגלל השינויים שמתרחשים בעקבותיו בדינמיקה המשפחתית ובתפקוד ההורי (ראו הרחבה בסעיף 3.3.2). עם מות האח מפסידים האחים שנותרו בחיים חבר, שותף ומתחרה. תחושות רווחות שעליהן ילדים מדווחים הן אשמה על היריבות שקדמה למוות או על עצם הישרדותם שלהם, פחד מהמוות וכעס (Christian, 2007). ילדים צעירים ששכלו אח או אחות מבטאים רגשות של צער ועצב ואף מאובחנים כסובלים מדיכאון. חלקם מעמידים פנים שהם משחקים עם האח או האחות שנפטרו. יש מתבגרים שנוטים לבטא את הקושי שהם חשים באופן מוחצן ולהיות מעורבים יותר בהתנהגויות סיכון כמו צריכת אלכוהול וסמים (Barrera et al., 2013). צעירים שאיבדו אח או אחות דיווחו במידה מועטה יותר מצעירים שאיבדו חבר קרוב או שלא חוו אובדן על כך שהעולם צודק והגיגיו בעיניהם, שיש משמעות לחייהם ושהם חשים ערך עצמי. בקרב 15%–57% מן הצעירים ששכלו אח או אחות יש היתכנות להפרעת אבל מתמשכת, שהיא לעיתים ביטוי לכמיהה לאח ולמערכת יחסים עם אח (Herberman Mash et al., 2013).

קושי נוסף שמאפיין אחים שכולים הוא הצורך להסתגל לשינויים בקשריהם עם הוריהם ולתמורות בדינמיקה המשפחתית. חלק מן הילדים מדחיקים את רגשותיהם בנוגע לאובדן מכיוון שאינם מעוניינים לדבר על נושא זה עם הוריהם ולהכביד עליהם. אחרים מרגישים צורך למלא את חסרונו של הילד שנפטר במשפחה או צורך לקחת על עצמם תפקידים נוספים במשפחה ולהקל על הוריהם (Dickens, 2013). קושי נוסף שהוזכר הוא התחושה שמלבד הצורך של האחים להתמודד עם תהליך האבל שלהם עצמם, עליהם להתמודד עם מתחים שנובעים מתגובות האבל של הוריהם ועם העובדה שהוריהם מוגבלים בזמינותם הרגשית וביכולתם לספק מענה לצורכיהם הרגשיים. מאפיינים אלה הופכים את אובדנם של אחים לאובדן כפול (Buckle & Fleming, 2011).

השפעות על הבריאות הפיזית והנפשית

אובדן של אח או אחות בילדות מקושר עם היתכנות גוברת להתפתחות הפרעות נפשיות, להתמכרות לסמים ולאכזריות, ואף לניסיונות התאבדות (Bolton et al., 2016), וכן עם סיכון מוגבר לתמותה בטווח הקצר והארוך. כגיעות גבוהה יותר נמצאה בקרב אחאים שהיו קרובים בגיל או מאותו מין (Yu et al., 2017). נטען גם שלנשים שאיבדו אח או אחות יש היתכנות גבוהה יותר לחלות בשבץ קטלני, אך לא בקרב גברים שאיבדו אח או אחות בילדותם (Rostila et al., 2013).

השפעות על מצב הלימודים, על רכישת השכלה גבוהה ועל המצב החברתי אצל ילדים שאיבדו אח או אחות בילדותם ניכרת לרוב ירידה בהישגיהם הלימודיים בטווח הקצר (Glatt, 2018), וניכרות השפעות גם בטווח הארוך (נבון ואח', 2023). נמצא שבקרב צעירים ששכלו אח או אחות בילדות אחוז הנשירה מבית הספר גבוה יותר, ממוצע שנות הלימוד נמוך יותר וההיתכנות שירכשו השכלה גבוהה או ישיגו ציונים גבוהים במוסדות להשכלה גבוהה נמוכה יותר. עוד נמצא שלבנות ששכלו אח או אחות סיכון גבוה יותר לנשירה ולהיעדר השכלה גבוהה לעומת בנים שאיבדו אח או אחות (Fletcher et al., 2013). השפעות על המצב החברתי נמצאו דומות מאוד לאלה שהיו לילדים שאיבדו הורה בילדות.

3.5 היבטים מגדריים בהתמודדות עם אובדן

ההתמודדות של נשים וגברים, בנים ובנות, עם אובדן ושכול אינה בהכרח דומה, והדבר נובע בין השאר מהבדלים בציפיות ומהשפעות חברתיות וסביבתיות (Rando, 1993). אנשי מקצוע העידו שאבות, לעומת אימהות, נוטים לחזור מהר יותר לעבודה לאחר אובדן, מבטאים פחות רגשות ונעזרים פחות בסביבה החברתית לצורך עיבוד האבל. התנהגויות אלה תואמות את הציפיות החברתיות מהם כגברים באוכלוסייה המערבית (Bergstraesser et al., 2015; Berrett-Abebe et al., 2017; Cantwell-Bartl, 2018). מרטין ודוקה (Doka & Martin, 2011; Martin & Doka, 1996) המשיגו את ההבדלים בין גברים לנשים בסגנון האבל שלהם וכינו אותם אסטרטגיות התמודדות שונות. לדבריהם, נשים פועלות בסגנון התמודדות אינטואיטיבי לעומת גברים, שמשתמשים בסגנון התמודדות אינטרוונטלי. השוני בדפוסי ההתמודדות בין גברים לנשים עשוי להתבטא גם בעוצמת האבל, במשכו ובטבעו.

3.6 צרכים של משפחות שכולות

ממחקרים שבחנו את צורכי בני המשפחות השכולות והמענים שהם מבקשים (שריף, 2019; 2021; Kentish-Barnes, et al., 2021) עלו צרכים רבים בצירים שונים:

- **הצורך במידע:** גם בעידן המידע האלקטרוני והמקוון בני המשפחות השכולות חסרים מידע מתאים (Baker, 2004; Garstang, 2008; et al., 2014; McMenamy et al., 2008) בכמה נושאים: נסיבות המוות; סידורי קבורה ואבל; גופים ותהליכים משפטיים; אפשרויות תמיכה רגשית וטיפול מקצועיים בקהילה. ממחקרים עולה שיש צורך שהמידע יימסר במקצועיות, תוך התאמה תרבותית ובריגישות מתאימה (McMenamy et al., 2008; Metzger et al., 2015).

- **צרכים בריאותיים:** מחקרים מלמדים שבני משפחה שכולים סובלים ממחלות כרוניות, מחלות כאב ומחלות אחרות, וכן מקשיי שינה ניכרים, וכי הם נמצאים בסיכון למות מסיבות שונות בטרם עת. לפיכך יש צורך להקפיד על מעקב בריאותי ובדיקות תקופתיות (Knowles et al., 2019; Li et al., 2003).
- **צרכים רגשיים ובין-אישיים:** היות שבני משפחה שכולים עלולים לסבול מבעיות פסיכולוגיות רבות, בפרט בני משפחה שאיבדו את יקיריהם בנסיבות טראומטיות (Alam et al., 2012), עולה מהספרות צורך בסיסי בתמיכה מבני משפחה אחרים, מחברים ומאנשים שעברו אירוע דומה ולעיתים גם בתמיכה רגשית מקצועית (Garstang et al., 2014).
- **צרכים כלכליים:** הצורך בתמיכה כלכלית למשפחות שכולות הוא תוצאה של הוצאות כלכליות מרובות ששכול מביא לא אחת. בתקופת האבל הראשונה ההוצאות הן למשל על קבורה, אירוח בזמן השבעה, הליכים משפטיים ועוד. לאחר תקופה זו משפחות רבות נקלעות למצב כלכלי קשה וקבוע בעקבות חובות. לכך מתווספות הוצאות נוספות, למשל על סיוע משפטי והנצחה (McMenamy et al., 2008).
- **צרכים תעסוקתיים:** ההורים השכולים מדווחים לעיתים על שינוי תעסוקתי בעקבות האובדן. מקורו בהיעדרם מעבודתם לעיתים קרובות בשל סיבות רגשיות, בריאותיות ומשפטיות הקשורות לאבל ושכול או תחושה שיעילותם מוגבלת, וכן כתוצאה מפיטורים בשיעור גבוה בשל סיבות אלה (Casey, 2011).
- **צרכים משפטיים:** להורים שכולים צרכים משפטיים הקשורים בסוגיות שונות של הליכים אזרחיים, כמו הסדרת רכוש וירושה, אפוטרופסות ועוד (פוגץ ואח', 2015; 2016; Metzger et al., 2015).
- **צרכים דתיים, רוחניים וצורכי הבניית משמעות:** אובדן במשפחה הגרעינית עלול לגרום לערעור ואף לאובדן מערכות שלמות של משמעות, אמונות וערכים. בעבור אנשים שמקיימים אורח חיים דתי, לעיתים נדרש סיוע ממנהיגות דתית. האובדן עלול גם לגרום למשבר אמונה, ויש צורך במענה בתוך הקהילה הדתית (Neimeyer & Bruke, 2017). לעיתים, לאחר אובדן יזדקקו בני משפחה למענים רוחניים רחבים יותר ממענים דתיים. מענים רוחניים מוגדרים כמענים לנפש האדם, חיבור לעצמי וחיבור אל העולם שמעבר לעצמי ולכוחות שגדולים ממני (Hawthorne et al., 2016). לעיתים הצורך בחיבור ובחיזוק הרוחניות מתקשר לצורך בשמירה על קשר עם הנפטר והבניית משמעות מחודשת (Sadeghi et al., 2016). יש להדגיש שמענים רוחניים מתאימים גם לאנשים שאינם מקיימים אורח חיים דתי (Dyer & Hagedorn, 2013). חיפוש משמעות, שכרוך בניסיון להבין את האובדן ובניסיון למצוא תכלית לחיים לאחר האובדן, הוא צורך נוסף של שכולים (Lichtenthal et al., 2011). נוסף לצרכים אלו עולה גם סוגיה של השגת משמעות נוכח עמדות חברתיות, בין היתר הכרה בייחודיות האובדן המסוים והכרה בעצם הכאב שקשור באובדן זה, בייחוד על רקע היעדר משמעות חברתית מוסכמת בהקשר של שכול אזרחי (Shaul, 2012).
- **צרכים הנוגעים לקשר עם הנפטר והנצחה:** קיומו של קשר עם הנפטר הוא צורך מרכזי בהווייתם של בני משפחה שכולים, והוא עשוי לספק נחמה ולעזור בתהליך ההתמודדות עם האבל, ומכאן נובעת חשיבותו (רובין ואח', 2016). עם קיום קשר זה נמנות פעולות כגון שמירת חפצים שונים של המנוח ועיסוק בהם, מחשבות על המנוח ועל נשמתו, ביקורים במקומות שבהם שהה, השתתפות בפעילות שמכבדת את המנוח, השתתפות בטקסים וימי זיכרון, ביקורים תכופים בבית הקברות, קיום תקשורים עם המנוח ועוד (Ronen et al., 2010).

3.7 סטנדרטים ואמות מידה להפעלת שירותים לבני משפחות שכולים

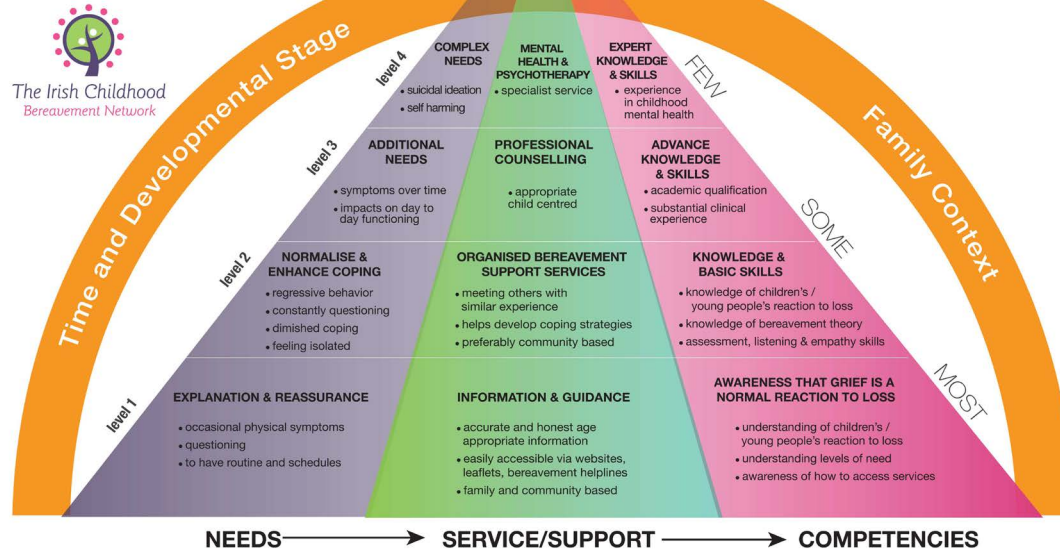
בעבור רוב האנשים השכולים האובדן מעורר מצוקה ופוגע במהלך חייהם התקין, אך הם משלימים איתו ומסתגלים אליו כעבור זמן (Zisook et al., 2014). לשון אחר, מרבית האנשים חשים אבל רגיל ואינם זקוקים להתערבות מצד אנשי מקצוע, אך יצאו נשכרים מקבלת עידוד וחיזוק, הכרה באובדן שלהם וגישה למידע בדבר עיבוד האובדן, מקורות תמיכה וסיוע. יש לציין שבין השכולים מעטים מפתחים תסמינים של אבל מורכב או הפרעת אבל מתמשכת וזקוקים להתערבות של אנשי מקצוע (ICBN, 2017; Kissane et al., 1998).

ההנחה היא שמרבית השכולים יכולים לקבל את התמיכה שהם זקוקים לה מהמשפחה ומהקהילה, ורק מעטים זקוקים לתמיכה נוספת או לסיוע ממומחים. רצוי שהתמיכה תיעשה בהתאם לאבחון והערכה של צורכי הפרט (Agnew et al., 2010), וכך יהיה אפשר לנצל ביעילות רבה יותר את המשאבים הקיימים ולספק שירות מותאם שזמין לכל הזקוקים לו.

ההבנה שמרבית השכולים אינם זקוקים לתמיכה מיוחדת יכולה להפחית את העומס משירותים שמספקים תמיכה וסיוע. ואכן באתרים ממשלתיים ובארגונים המאגדים תחתם שירותי תמיכה בשכולים ברמה הלאומית יש מודלים שונים לדירוג הייררכיית הצרכים והמענים ולהגדרה של חלוקת המשאבים. כך למשל במודל של NICE (National Institute For Health and Clinical Excellence), ארגון הפועל בבריטניה, שלושה רכיבים: (1) אוניברסלי – מציע מידע על ההתמודדות עם השכול במטרה לעורר מודעות ולסייע לפרט ללמוד היכן הוא יכול למצוא תמיכה נוספת. לאנשים הזקוקים לתמיכה נוספת אפשר להנגיש את המידע באמצעות שיחה, דף מידע או מקורות מקוונים; (2) ייעודי – מספק לאנשים גישה לשיתוף הרגשתם במגוון הזדמנויות פורמליות ועשוי לכלול מפגשים קבוצתיים, תמיכת עמיתים, קבוצות חברים או השתתפות בקבוצות העוסקות בסוג מסוים של שכול, למשל התאבדות; (3) ספציפי – מפנה לתוכניות התערבות עם מומחים, כגון תוכניות של שירותי בריאות הנפש, תמיכה רגשית וייעוץ מקצועי (Welsh Government, 2021).

ה-ICBN (The Irish Childhood Bereavement Network) מציג את כירמידת הטיפול בילדים שכולים שהשיק בשנת 2014 ג'יימס ריילי (James Reilly), שר המשרד לענייני ילדים ונוער דאז (**תרשים 1**). בהיעדר גישה לאומית לטיפול בילדים שכולים באירלנד נועדה הפירמידה לשמש מדריך לאנשי מקצוע ולמבוגרים בזיהוי צורכיהם של ילדים ובני נוער שהתמודדו עם אובדן ובמתן מענה לצרכים אלו. הפירמידה מדגישה את התפקיד שהמשפחה והקהילה ממלאות בתמיכה בילדים ובבני נוער שכולים. הפירמידה מחולקת לשלושה חלקים: החלק בצד שמאל, המסומן בסגול, מגדיר את צורכי הילדים ובני הנוער – מצרכים בסיסיים עד מתקדמים; החלק במרכז, המסומן בירוק, מגדיר את התמיכה הנדרשת או את השירותים הנדרשים כדי להיענות לצרכים; והחלק הימני, המסומן בוורוד, מגדיר את סוג המסוגלות או הכשירות שהילדים ובני הנוער אמורים לפתח. הקשת סביב הפירמידה מדגימה את ההכרח שהטיפול בהם יעשה בהקשר המשפחתי ובתיאום עם שלבי ההתפתחות של הילד (ICBN, 2017).

The Irish Childhood Bereavement Care Pyramid



www.childhoodbereavement.ie/pyramid

Review Date/ October 2015



בהתאם להייררכיית הצרכים של השכולים ולהנחה שמרביתם יתמודדו עם אבל רגיל ויהיו זקוקים לתמיכה מהמשפחה והקהילה בלבד, ארגונים המפעילים שירותי תמיכה וליווי בתחום האובדן והשכול, בפרט לילדים ובני נוער, פועלים בשני ערוצים: הראשון, מתן תוכניות טיפול והפניה לתוכניות כאלה; השני, הנגשת מידע ומשאבים על אופני התמודדות עם אבל ואובדן, הסבר של התופעה והעלאת המודעות אליה ומתן כלים לאנשים שאינם מטפלים מקצועיים על דרכי תמיכה מיטביות לשכולים.

דוגמה לעבודה על פי עקרונות אלה היא שלושת הארגונים להלן:

- The National Alliance for Grieving Children (NACG)** הוא ארגון ללא מטרת רווח הפועל בארצות הברית להעלאת המודעות לצרכים של ילדים ובני נוער שכולים ומספק מידע ותמיכה בעבור כל מי שתומך בהם. באתר של הארגון אפשר למצוא ערכות הסבר על האופן שבו מומלץ לדבר עם ילדים, פרטים על מרכזים שמטפלים בילדים שכולים, סמינרים וכנסים בנושא ועוד.

- **The Irish Childhood Bereavement Network (ICBN)** הוא ארגון מבוסס חברים שפועל באירלנד ומציע מידע על אופני התמיכה בילדים ובבני נוער שהתמודדו עם אובדן ועל מקורות תמיכה מקומיים ולאומיים הזמינים להם. באתר יש מידע למשפחות, לאנשי מקצוע ולבתי ספר (מורים) על דרכי התמיכה בהם בשלבי חיים שונים. גם ארגון זה מציע כנסים וסמינרים.
 - **The Childhood Bereavement Network (CBN)** הוא ארגון מבוסס חברים הפועל בבריטניה במטרה לתמוך בילדים ובבני נוער שכולים. הארגון פועל בחסות הוועדה הלאומית לילדים ובשיתוף עם גורמים נוספים שפועלים בתחום. הוא מציע מידע על מקורות תמיכה באזור המגורים וכן מידע בעבור משפחות, בתי ספר וחברים, ופועל לשפר את השירותים המוצעים לילדים שכולים ולהעלאת המודעות לנושא גם באמצעות מחקר.
- מענים בתחום של אבל ואובדן ניתנים במגוון מערכות: טיפול פרטי, בתי חולים, מרכזים לטיפול פליאטיבי (טיפול תומך ומקל לחולים במחלות חשוכות מרפא), שירותים בקהילה, בתי לוויית, מרכזים לטיפול ארוך טווח, בתי קברות, ארגונים דתיים, מרכזי בריאות הנפש ושירותי בריאות באופן כללי (Breen et al., 2018). שירותים אלה צריכים לאמץ אמות מידה שיבטיחו הלימה בין איכות השירות שהם מציעים ובין השירות בפועל. להלן סטנדרטים לעבודה מיטבית שמומלץ שארגונים יאמצו כדי להציע שירותים זמינים ואיכותיים לאנשים המתמודדים עם אובדן:
- **תיאור השירות והתוכנית וניסוח מדיניות והליכים.** יש לספק מידע בכתב ובעל פה על המטרות והחזון של השירות, על סוג המענים שהוא מציע ועל היקפם, על העלות שלהם ועל השירותים או המענים החיצוניים שהוא מפנה אליהם. גם המדיניות והפרוצדורות של השירות צריכות להיות כתובות, והן צריכות להתכתב עם החזון, הערכים והתיאור של השירות (National Alliance for Children Grief [NACG], 2013). יש לדאוג לפיקוח ולהגדרת הליכים ופרוטוקולים שיבטיחו שהמטופלים יקבלו שירותים אתיים, בטוחים וראויים (ICBN, 2017).
 - **דבקות וכשירות.** אחד העקרונות להפעלה של שירות איכותי הוא היושרה (integrity) של נותני המענה, וזו נמדדת על פי שני מדדים: דבקות וכשירות. דבקות מציינת את המידה שבה המטפל עוקב אחר הנחיות המדריך שנבנה לתוכנית ההתערבות ומיישם את הטכניקות ואת הגישות העומדות בבסיסה. בכשירות הכוונה לרמת הכישורים שיש למטפל, ליכולת שלו להביא בחשבון את ההיבטים הרלוונטיים של ההקשר הטיפולי ולהגיב אליהם כראוי (Chan et al., 2004).
 - אנשי מקצוע וארגונים שמספקים תמיכה לילדים ולמשפחות צריכים להכיר את התחום (ספרות, מחקר ופרקטיקות מיטביות) ולהבטיח שהם מעודכנים בנעשה ושהידע שלהם על התחום ועל תחומים נלווים הוא מגוון ורחב (NACG, 2013). שירותים שמציעים תמיכה צריכים לייסד מנגנונים לבחינה קבועה של הכישורים והמסוגלות של אנשי הצוות והמתנדבים ולספק להם הזדמנויות לפיתוח מקצועי כדי להבטיח שיהיו להם הניסיון וההכשרה הרלוונטיים לתמיכה שהשירותים מציעים. בהדרכה הראשונית יש ללמד כישורי הקשבה, תמיכה בשכול וזיהוי רמת התמיכה הנחוצה באותה עת, ובכלל זה זיהוי מצבים שבהם נדרשת תמיכה נוספת או תמיכת מומחה (Welsh Government, 2021; Griese et al., 2017).
 - **הדרכת מתנדבים ותמיכה בהם.** ארגונים שנשענים על מתנדבים צריכים לשמר סטנדרטים גבוהים, ועל כן לספק הכשרה, הדרכה, הערכה וקוד התנהגות. על הארגונים גם לספק תמיכה ברווחה אישית של המתנדבים (NACG, 2013).

- **התאמה לרקע, למאפיינים ולצרכים של השכולים.** על השירותים לתמיכה בשכולים להיות מותאמים לגיל, למגדר, לאמונות דתיות, לנורמות חברתיות ולתרבות של כל אדם (Millar et al., 2020; Welsh Government, 2021). התרבות שבה חיים השכולים משפיעה השפעה הדוקה על התמודדותם עם השכול. לקבוצות אתניות, לבני דתות שונות ולבני עדות שונות יש מסורת הן של משמעות המוות והשכול הן של הדרך שעל היחיד והמשפחה להתמודד עם השכול. דת, תרבות וחברה יכולים לשמש גם מנגנוני סיוע. הדת משפיעה על התרבות, מציבה גבולות ומספקת בסיס להתמודדות בשילוב עיבוד מידע ובאופני האבל (Shalev et al., 2021). על נותני המענים לכבד כל גיוון על רקע תרבותי, אתני, מגדרי, כלכלי, דתי ונטייה מינית כדי למנוע חסמים לקבלת המענה ולשאוף לכשירות תרבותית ולהיכרות עם מידע שישפר את המענה המוצע (NACG, 2013; Shalev et al., 2021). התאמה לתרבות ולאמונות דתיות צריכה להיכלל באופן הפנייה של אנשי המקצוע לשכולים, בעיצוב הקשר עימם, בשימוש בשפה הרלוונטית בשיחה, בגילוי רגישות תרבותית לטקסים ולמנהגים הדתיים ועוד (רובין ואח', 2016; Stroebe et al., 2001). כך למשל יש להציע מענים במגוון שפות, ובכללן שפת הסימנים וכתב ברייל או אמצעים אחרים לאנשים לקויי ראייה או שמיעה (Welsh Government, 2021), או להציע טיפול בבית אם הגעה למקום השירות יכולה להיות חסם לקבלת המענה (Shalev et al., 2021). יש להיות ערים לצרכים המסוימים של כל שכול, לזמנים השונים שבהם הוא זקוק לתמיכה ולכך שהוא עשוי לחזור ולבקש תמיכה יותר מפעם אחת בעקבות האובדן (Welsh Government, 2021).
- **התאמה למגדר של השכולים (מבוגרים).** יש להתאים את התמיכה לשכולים בהתאם למגדר הואיל ושכול של נשים וגברים אינו זהה: יש הבדל באופי התייחסותם הרגשית ובהבעת רגשות קשים בפועל, בקשייהם בעבודה, בדרכי היעזרות במשפחה המורחבת, באופי הקשר עם הילדים הנותרים, באופי הקשרים המתמשכים עם הנפטר ובדפוסי התמודדותם עם השכול (Alam et al., 2012; Doka & Martin, 2011).
- **התאמה לגיל ומגדר השכולים (ילדים ובני נוער).** תוכניות התערבות שמיועדות לילדים שכולים צריכות להביא בחשבון כמה גורמים: (1) סיבת המוות; (2) הזמן שחלף מאז המוות. בשתי סקירות ספרות שיטתיות (Haine et al., 2008; Sandler et al., 2013) על תוכניות התערבות עם ילדים שהתייתמו עלתה מסקנה שתוכניות התערבות קצרות יחסית עשויות למנוע התפתחות בעיות רגשיות בקרב ילדים ומתבגרים שנמצאו בסיכון גבוה יותר לפתח בעיות מסוג זה כל עוד תוכניות אלו ניתנות להם סמוך לאובדן (Weber et al., 2021); (3) השלב ההתפתחותי של הילד. ילדים צעירים משתפים יותר ברגשותיהם לעומת מתבגרים, שנוטים להסתגרות. כמו כן הצעירים סובלים יותר מהצקות לעומת מתבגרים וילדים מצופים להתנהג כמבוגרים; (4) המגדר. נטען שבנות מפגינות התנהגות מופנמת לעומת בנים שמפגינים התנהגות מוחצנת (Haine et al., 2008). מחקרים שנערכו באוניברסיטת אריזונה ובחנו את התוצאות של תוכנית התערבות בשם FBP (Family Bereavement Program) [התוכנית מתוארת בהרחבה בפרק 3.8.1, תוכניות התערבות ממוקדות במשפחה] מראים שהתוכנית מפחיתה קשיים רגשיים בקרב בנות יותר מבקרב בנים (Sandler et al., 2013). החוקרים משערים שהסיבה לכך היא שבנות במשפחות שכולות נוטלות על עצמן יותר תפקידים הוריים ובכך פוגעות בהתפתחותן התקינה. הם גם סוברים שהשפעות ההתערבות עשויות לנבוע בחלקו מארגון מחדש של התפקידים המשפחתיים, שמאפשר לבנות לשוב וליטול משימות המתאימות להן מבחינה התפתחותית (Haine et al., 2008).

- **זמינות.** שירותי התמיכה צריכים להיות זמינים לכל השכולים שאיבדו ילד, בוגר או בן משפחה מבוגר. הטיפול יכול להיות פנים אל פנים או להינתן באמצעים אחרים, כגון ייעוץ טלפוני, מפגש מקוון ועוד (Breen et al., 2018; Ridley & Frache, 2020). המענים צריכים להיות זמינים לשכולים בפרק זמן סביר. אי-קבלת טיפול בזמן עלולה לגרום להתפתחות תסמינים של אבל מורכב או הפרעת אבל מתמשכת ותסמינים רגשיים אחרים, כמו דיכאון וחרדה, ותסמינים התנהגותיים, כגון שימוש בחומרים ממכרים וכגיעה עצמית. כמו כן תיתכן עלייה בסיכון להתאבדות. בקרב ילדים ובני נוער אי-זמינות עלולה לגרום להתפתחות התנהגויות מסכנות, בעיות התנהגות, היעדרויות מבית הספר, הפרעות אכילה ובריאות נפשית לקויה (Welsh Government, 2021).
- **בטיחות.** יש להקפיד על מדיניות של בטיחות, דיווח ובדיקה של אנשי הצוות והמתנדבים בהתאם לחוק המקומי והלאומי באשר לאנשים העובדים עם ילדים. מדיניות זו נועדה להגן על הילדים ובני המשפחה מטיפול לא נאות ומפגיעה, ועל אנשי הצוות מהאשמות לא צודקות. בכל שירות צריך להעסיק איש מקצוע אחד לפחות בעל תואר שני או יותר בבריאות הנפש או במשאבי אנוש שיוכל לפקח ולייעץ (NACG, 2013).
- **חיסיון והבטחת מידע.** יש להשתמש באמצעים הנדרשים להבטחת חיסיון המידע, על כל צורותיו, שהלקוחות משתפים במסגרת השירות. על אנשי הצוות והמתנדבים לעבור הדרכה על חשיבות שמירת החיסיון, כל אחד בהתאם לאופן שבו הדבר מתבטא בתפקידו וברמת האחריות שלו (NACG, 2013).
- **מערכות יחסים וניגוד עניינים.** על אנשי הצוות והמתנדבים לקבל הדרכה בנוגע למערכות יחסים וניגוד עניינים שיכולים לפגוע במשפחות או להוביל לניצול (NACG, 2013).
- **סנגור (advocacy).** יש לעודד אנשי שירותים לפעול בתוך הקהילות המקומיות שלהם ולהתאמץ ברמה המקומית להעלות את המודעות לנושאים המשפיעים על ילדים, בני נוער ומשפחות שכולות, למשל על ידי השתתפות בימים לאומיים שנקבעו לקידום הנושא ובכנסים והשתתפות בשדלנות (לובינג) (Griese et al., 2017; NACG 2013). ברמה הלאומית יש לפתח מדיניות לאומית ותשתית מקומית שתיתן מענה הולם לצורכיהם המגוונים של שכולים (ICBN, 2017). פעולות אלה צריכות להיות מכוונות להעלאת המודעות בקרב אנשי מקצוע בתחום הבריאות והחינוך ובקרב חברי קהילה במטרה להרחיב את הגישה לשירותים בתחום אובדן ושכול (Ridley & Frache, 2020). יתר על כן יש לעודד ערכים ועקרונות קהילתיים של חמלה. לדוגמה, בוויילס הקימו מיזם בשם "קהילות מחוברות" שמטרתו להתמודד עם בדידות וניכור חברתי ולבנות קשרים חברתיים חזקים יותר (Welsh Government, 2021). פעולות מעין אלה נועדו לספק תמיכה לשכולים שהתמיכה הלא רשמית של בני משפחה וחברים בקהילה אינה זמינה להם או אינה עונה על צורכיהם.
- **ביסוס מערכות רב-תחומיות ורצף של שירותי מניעה ממוסדים.** מערכות רב-תחומיות ורצף טיפולי מכחיתים סיכון, מקדמים כישורי התמודדות ורווחה אישית בקרב ילדים שכולים והוריהם (Griese et al., 2017) ומאפשרים לספק לילדים ולבני נוער המתמודדים עם אובדן את התמיכה הנדרשת להם בזמן הנכון ומידי האנשים הנכונים (Millar et al., 2020). יש לספק שירותי הדרכה על אבל וטראומה להורים, ליועצים, למורים ולאנשי צוות אחרים שיחזקו את יכולת התגובה ואת היקף המענה של המערכת (Griese et al., 2017). יתרה מזו, חיוני להרחיב את ההדרכה לנותני שירותים שניוניים כמו בתי ספר, אנשי מקצוע בתחום הבריאות, מתנדבים וכדומה. שיתוף פעולה יעיל בין שירותים רפואיים (בתי חולים, הוספיס) לשירותים קהילתיים (בתי

ספר, ארגונים ללא מטרת רווח) חשוב לצורך הנגשת שירותים לאחים שכולים (Ridley & Frache, 2020). דרכים לבסס מערכות רב-תחומיות ורצף מענים הן למשל מימון שירותים בידי המדינה או קבלת החזר מהביטוח בלי קשר לאבחון.

- **המשכיות.** לשכול בילדות קשיים ייחודיים – הוא אינו רציף, אלא מופיע לסירוגין ומאופיין על ידי שלבי ההתפתחות הרגשית והקוגניטיבית של הילדים. בתום תוכנית ההתערבות יש שירותים שמציעים קבוצות המשך שמאפשרות למשפחה להתקדם בהתמודדות עם האבל בקצב שלה ומענים לילדים בהתאם לשלב ההתפתחות שלהם, ויש שירותים שמציעים מפגשים לא פורמליים. עם זאת, שירותים רבים אינם מציעים המשכיות. שירותים לילדים שכולים צריכים להביא בחשבון את צורכי כל היחידה המשפחתית לתקופת הזמן שהיא זקוקה לתמיכה. בעבור ילדים, בית הספר יכול להיות גורם מגייס לתוכניות התערבות ולמתן תמיכה (Ridley & Frache, 2020).
- **מדידה, הערכה ומחקר.** נדרשת הערכה שוטפת של התוכניות כדי ללמוד על יעילותן ולשפר אותן לפי הצורך (NACG, 2013), ומומלץ לקדם מחקרים בתחום כדי לחזק ולבסס את הידע על מגוון הצרכים של השכולים ואת ההבנה כיצד מוטב להיענות לצרכים אלה (Griese et al., 2017). בחינה של שיטות וכלי הערכה ששימשו שירותים לילדים שכולים בבריטניה לימדה שאיסוף המידע על עבודת השירותים מוגבל. מתברר שחלק מהשירותים מעריכים רק את המענים העיקריים שהם מציעים ולא את המגוון כולו, ויש מחסור בהערכה של תוצאות ההתערבות ושל תהליכים ארגוניים. גם כאשר נאסף מידע הוא אינו מנותח, והממצאים אינם מדווחים. כל אלה מקשים על השירותים לנטר את העבודה שלהם לאורך זמן, להוכיח את ההשפעה שלהם או להשוות בינם ובין מגזרים אחרים (Rolls & Penny, 2011).

3.8 גישות טיפול באובדן ושכול

באבל מתרחשים בה בעת תהליך תוך-אישי ותהליך בין-אישי. תהליכים אלה משפיעים זה על זה ומושפעים זה מזה, ונעשים בהם עיבוד מחדש של מערכת הקשרים עם המנוח ושל מערכות היחסים עם בני המשפחה שעודם בחיים וארגון מחדש של החיים ללא המנוח (קפולניק ורפאל-אשורי, 2019). כאשר מציעים התערבות ותמיכה למשפחות שכולות יש להסתכל גם על היחיד וגם על המשפחה הואיל ותחושותיהם והנסיבות חופפות, אך לא תואמות לגמרי (Breen et al., 2018). הפרטים שמרכיבים את המשפחה והמשפחה כמכלול שלובים זה בזה, וראיית המורכבות יכולה להעמיק את ההבנה ולהגדיל את הכוח והדיוק של הניבוי באשר להסתגלות של אנשים שכולים (Stroebe & Schut, 2015).

שירותים המציעים תמיכה באנשים שאיבדו את יקיריהם נוקטים גישות טיפול מגוונות כדי לענות על צורכי השכולים. מן הספרות עלו כמה גישות נפוצות בתוכניות התערבות בתחום של אובדן ושכול, והן מוצגות להלן.

3.8.1 תוכניות התערבות ממוקדות משפחה

המשפחה היא מקור התמיכה העיקרי בעת משבר ואובדן, בסיס התמיכה הטבעי במצבים אלו (Kissane et al., 1998; Millar, 2020; Ridley & Frache, 2020; Schuler et al., 2012). בהתאם, אחת הגישות הבולטות בטיפול באנשים שכולים היא תמיכה באבל כההליך משפחתי (Millar et al., 2020).

צוות כותבים בין-תחומי ובין-לאומי שחקר את נושא האבל בהקשר המשפחתי בעזרת תאוריה, מחקר, פרקטיקה ותחומי חינוך, הסיק שלמרות מורכבות העבודה עם משפחות היא הכרחית לצורך ראייה כוללת של האבל ומתן מענה הולם לצרכי בני המשפחה (Breen et al., 2018).

לטענת הכותבים יש ללמוד אבל בהקשר של המשפחה בתוכניות להשכלה גבוהה המיועדות לפסיכולוגים, לאחיות, לפסיכיאטרים, לעובדים סוציאליים, לאנשי דת ולאנשי מקצוע אחרים שנמצאים במגע עם משפחות שכולות. דיסציפלינות שונות, ובפרט מדיניות של סוף החיים, מקדמות את הטיפול במשפחה כיחידה, אולם אין לכך כמעט ביטוי מעשי בתוכני הלימוד, היינו חסר תרגום של הרעיונות לתכנים שאפשר ללמד. אומנם תחום זה מתפתח, אך לאט. נוסף להשכלה פורמלית יש חשיבות גם ללמידה מעשית, למשל צפייה באנשי מקצוע מיומנים שיכולים לשמש מודל לחיקוי לאופן עבודה מיטבי עם משפחות שכולות, שימוש במתודה של סימולציות ומתן הדרכה שוטפת והשתלמויות לצוותים (Breen et al., 2018).

שתי תפיסות שיש ביניהן חפיפה ואשר מנחות את הטיפול במשפחה הן 'המשפחה כיחידת הטיפול' ו'טיפול ממוקד משפחה'. הטיפול במשפחה כיחידת הטיפול הוא מאפיין בולט מאוד בטיפול הפליאטיבי, והוא מובנה מטבעו כי הוא מנחה החלטות כגון כיצד יינתנו השירותים, לכמה זמן ולמי. טיפול ממוקד משפחה מתייחס לכך שהיחידה המשפחתית היא במוקד הטיפול ולא הפרט, הוא מכוון תהליך, וביסודו עומדים שיקולים יום-יומיים של טיפול ישיר.

מתן מענה שבו המשפחה במרכז עשוי להיות מאתגר בגין הקושי לבצע הערכה של המשפחה כיחידת טיפול כדי לקבוע מה חשוב לבני המשפחה. התערבות מסוג זה מאתגרת אף יותר במקרים שבהם יש צורך הן בהתערבות פרטנית הן בהתערבות משפחתית (Breen et al., 2018). אחד הגורמים לקושי הוא ההבדל בין בני המשפחה בתגובתם לאובדן; פרטים מגיבים אחרת לאובדן ועשויים לחוות מגוון דרכי אבלות בעוצמות שונות ולפרקי זמן שונים, והדבר נכון גם לבני המשפחה (קפולניק ורפאל-אשורי, 2019; Breen et al., 2018). יש לכבד הגדרה עצמית של חוויית האבל וכן תפיסות של בני המשפחה בדבר רצונם והצורך שלהם בתמיכה. יש להציע מידע, ויש לראות את המשפחה כיחידה אחת – לפגוש כל אחד בנפרד ואת כל המשפחה יחד – במקום שבו היא נמצאת (Genset et al., 2021; Griesse et al., 2017).

בספרות מזכרות שתי תוכניות התערבות נפוצות שנועדו לשפר את תפקוד המשפחה ולהיטיב את תהליך ההסתגלות של המשפחה לאובדן.

(1) טיפול באבל ממוקד משפחה – The Family Focused Grief Therapy (FFGT)

בספרות שעוסקת בתוכניות התערבות משפחתיות יש התייחסות רבה לאובדן בעקבות מחלה, ככל כנראה בשל השכיחות הגבוהה של בני משפחה שמתמודדים עם אובדן מסוג זה, ובפרט עם אובדן בעקבות מחלת הסרטן; מחלת הסרטן פוגעת בשלוש מארבע משפחות, ועל כן היחס אליה הוא כאל אירוע חיים (Schuler et al., 2012). אבחון של מחלה סופנית מחייב את כל המשפחה להסתגל למציאות החדשה ולעשות התאמות בשגרת היום שלה (Schuler et al., 2017) ובתחומי האחריות שלה. האופן שבו המשפחה תתפקד במציאות החדשה ישפיע על הרווחה הרגשית שלה (Kissane et al., 1998), ולכן חשוב ללמוד על צרכיהם הרגשיים של בני המשפחה ולהעריך את יכולתם לעבוד כמערכת טיפול יעילה (Schuler et al., 2017).

ניכרים הבדלים בין משפחות שכולות באופן ההתמודדות שלהן עם מוות של אחד מבני המשפחה. להלן כמה מאפיינים שזוהו במחקר של משפחות המתמודדות ביעילות עם השכול במשפחה: (1) כל אחד מבני המשפחה יכול לדבר באופן חופשי ופתוח על האובדן ועל רגשותיו בנוגע אליו עם שאר המשפחה; (2) בני המשפחה מסוגלים להביע אמפתיה זה כלפי רגשותיו של זה וסובלנות לאופני ההתאבלות השונים; (3) בני המשפחה יכולים להכיל פגיעות (Genset et al., 2021; Glatt, 2018). משפחות מתמודדות ביעילות רבה יותר עם השכול גם ככל שתהליכי ההתארגנות מחדש שלהן מתאפיינים ביותר גמישות.

הערכת תפקוד המשפחה חשובה לזיהוי נקודות החוזק והחולשה שלה ולחיצוק המיקוד בהמשך העבודה (Chan et al., 2004). מוס ומוס (Moss & Moss, 1996) פיתחו כלי בשם FRI (The Family Relationships Index) שמשמש לזיהוי משפחות שזקוקות לסיוע בשיפור התפקוד שלהן. בכלי יש 12 היגדים של נכון או לא נכון, ובהם: בני המשפחה עוזרים ותומכים באמת זה בזה; בני המשפחה שומרים לעיתים קרובות לעצמם את רגשותיהם; במשפחה שלנו רבים הרבה; אנחנו אומרים ככל העולה על דעתנו בבית; רק לעיתים רחוקות בני המשפחה כועסים בגלוי; קשה "לשחרר קיטור" בבית בלי להרגיז מישהו; אנחנו משתפים זה את זה בבעיות אישיות; בני המשפחה אינם מאבדים כמעט אף פעם את העשתונות. הכלי מציע גם דרך לחישוב של "ציון" המשפחה לפי קטגוריות של לכידות, רמת התקשורת הבין-משפחתית וקונפליקט. הציון הסופי הוא סיכום הנקודות לאחר היפוך הכיוון של ההיגדים שמייצגים קונפליקט (Kissane et al., 1998).

הכלי שימש בכמה מחקרים (Chan et al., 2004; Schuler et al., 2012; Schuler et al., 2017) שבדקו את אחת התוכניות הנפוצות במרכזים לטיפול פליאטיבי – 'טיפול באבל ממוקד משפחה', FFGT (Family Focused Grief Therapy). זוהי תוכנית מניעה קצרה, ממוקדת ומוגבלת בזמן (6 עד 18 חודשים) שניתנת למשפחות בתפקוד נמוך (משפחות שרמת הלכידות ורמת התקשורת הבין-משפחתית שלהן נמוכות ורמת הקונפליקט גבוהה). כל מפגש אורך 90 דקות, ובסך הכול יש בה בין שבעה לעשרה מפגשים, שאותם אפשר לחלק לשלושה שלבים: שלב האבחון והערכה, שבו שני מפגשים שבועיים; שלב ההתערבות, שבו בין ארבעה לשישה מפגשים דו-חודשיים או חודשיים; ושלב הסיכום, שבו מפגש או שניים (Chan et al., 2004). מטרת התוכנית היא לשפר את הסתגלות בני המשפחה ולחזק את תפקודה על ידי חקירת הלכידות המשפחתית, הבעת המחשבות והרגשות ופתרון הקונפליקטים (Chan et al., 2004; Kissane et al., 1998). התוכנית גם מקדמת שיתוף של האבל בין בני המשפחה, הכרה בדפוסים מקובלים של התייחסות והתמודדות ויכולת לחקור כל דאגה או חשש ולהיאבק בהם. כך המשפחה הופכת למערכת חברתית חדשה שתומכת בחבריה בעת משבר (Kissane et al., 1998).

מודל ההתערבות נשען על כמה מסגרות תאורטיות: תאוריית ההתקשרות, שעל בסיסה מזהים סגנונות התקשרות (בטוחה, עוינת, מנוכרת), פתיחות ושיתוף פעולה בין בני המשפחה, וכיצד אלה מועברים בין הדורות ותורמים או מסכלים התמודדות עם האובדן; גישה של תהליכי הסתגלות קבוצתית, שעל פיהם בוחנים לכידות של המשפחה, שמאפשרת שיח יצירתי ושילוב הומור והנאה; גישת החוסן, המאפשרת למטפל לזהות ולאשר את החוזקות של המשפחה כדי לקדם הסתגלות; גישה שלפיה עושים עיבוד קוגניטיבי והבניית משמעות לשם מתן פשר למה שקרה בהתאם לאמונות ולהנחות קודמות על העולם ועל האופן שבו הוא פועל; וגישה שלפיה בוחנים דפוסי תקשורת ופתרון קונפליקטים אשר משפיעים על רמת ההבנה המושגת (Schuler et al., 2012).

מחקרים שבחנו את התוכנית עשו שימוש במחקר אקראי מבוקר (Randomized Controlled Trial – RCT). במחקר שנערך בארצות הברית נמצא שמשפחות בסיכון חוות ירידה בתפקוד המשפחה, ומצב המשפחה נמצא קשור באופן מובהק לעלייה במצוקה נפשית ולהסתגלות חברתית נמוכה יותר לעומת משפחות שלא נמצאו בסיכון (קבוצת הביקורת). ממצאי המחקר תמכו בתוצאות הכלי ולימדו על הדיוק שלו ועל החשיבות של מודל טיפול ממוקד משפחה (Schuler et al., 2017).

מחקר שנערך באוסטרליה חיזק את ההשערות ששלושת הסוגים של משפחות בסיכון (משפחות החוות מצוקה ודיכאון, אך מחפשות עזרה, משפחות כאוטיות המסרבות לטיפול ומשפחות שחלה בהן ירידה בינונית בלכידות, אך הסיכון לתוצאות פסיכו-חברתיות דלות גבוה) חוות יותר דיכאון, תחלואה, קשיים חברתיים ומשפחתיים, וכן מתקשות להתמודד עם צער צפוי לעומת משפחות שלא הגדרו בסיכון. התסמינים מעידים על אפשרות שמשפחות אלה הן בסיכון לאבל מורכב או הפרעת אבל מתמשכת. המחקר הראה ירידה ברמות הדיכאון בקרב שכולים שהשתתפו בתוכנית ואחוז נמוך יותר של משפחות שסבלו מתסמינים של אבל מורכב או הפרעת אבל מתמשכת בקרב קבוצת הניסוי לעומת קבוצת הביקורת (16% לעומת 25%). התוצאות גם הראו שבממוצע בני המשפחה דיווחו על עלייה ניכרת בתקשורת ביניהם בין המפגש הראשון לרביעי (Schuler et al., 2012).

מחקר נוסף שנערך באוסטרליה מצא שמשפחות במצוקה גבוהה נתרמות במיוחד מטיפול באבל ממוקד משפחה. במשפחות אלה יש מוטיבציה גבוהה לקבלת סיוע ואחוז גבוה של תחלואה פסיכו-חברתית. בקרב משפחות עוינות (כאוטיות המסרבות לטיפול) נמצא שהקונפליקט פחת אחרי שישה חודשים, אבל עלה חזרה אחרי 13 חודשים (לעומת קבוצת הביקורת, שבה לא חזר הקונפליקט). נתון זה מדגיש את הצורך לנקוט זהירות בטיפול במשפחות אלה (Kissane et al., 2006).

מחקר אחר שנערך בארצות הברית בחן את אופן יישום התוכנית והצביע על יישום מוצלח של רכיבי התוכנית בשלבים השונים שלה, בפרט במתן מענה לארבעת נושאי המפתח: אבל, תקשורת, לכידות וקונפליקט ומתן תמיכה למשפחה. זאת ועוד, נמצא שתכנון התוכנית והסיום שלה הושגו גם הם באופן מספק במרבית המקרים (Chan et al., 2004).

(2) תוכנית השכול המשפחתי – The Family Bereavement Program (FBP)

אחת מתוכניות ההתערבות הנפוצות והנחקרות ביותר בתחום של תוכניות התערבות ממוקדות משפחה היא 'תוכנית השכול המשפחתי' (Family Bereavement Program – FBP). זוהי תוכנית מניעה לילדים ולהורים המבוססת על מסגרת מושגית של חוסן בהקשר של הסתגלות משפחתית לאובדן של הורה (Sandler et al., 2013) ונותנת מענה למגוון רחב של תחומים תוך שימוש במגוון שיטות, כפי שיפורט בהמשך (Haine et al., 2008). תהליך ההסתגלות מאפשר להורים וילדים לספק את צורכיהם הבסיסיים ולהשלים משימות התואמות את שלב ההתפתחות שלהם במבנה המשפחתי החדש שנוצר לאחר האובדן. בצרכים בסיסיים הכוונה לצורך בבטיחות ובשלמות ביולוגית (biological integrity), הערכה עצמית חיובית, תחושת שליטה ומערכות יחסים משמעותיות ותומכות (Sandler et al., 2013).

התוכנית מבוססת על 12 מפגשים קבוצתיים לילדים ולהורים שמתקיימים בו-בזמן אך בנפרד. הקבוצות לילדים מקדמות תקשורת יעילה ויחסים חיוביים עם ההורים, מלמדות אסטרטגיות התמודדות, מפחיתות מחשבות על נושאים מעוררי מתח, מחזקות את ההערכה העצמית, מבהירות במה הילד יכול לשלוט ובמה לא ומחזקות הבעת רגשות. בתוכנית גם נלמדים תהליך האבל וההבנה

שהילד לעולם אינו אשם, מידע שעשוי להפחית מחשבות שעלולות להוביל לקשיי הסתגלות חמורים, למשל לקיחת אחריות על המוות ותחושות של הילדים שהם אינם מבינים את שקרה להם וכיצד להתמודד עם זה (Mental Health Technology Transfer Center Network [MHTTC], 2020). בהקשר זה נטען שחשוב לנרמל את המוות ולספק מידע שיכול להפחית חרדה בנוגע לעתיד (Haine et al., 2008). הקבוצות להורים מקדמות הורות חיובית באמצעות הדגמה של חום ורגש, תקשורת פתוחה, משמעת יעילה והפחתה של חשיפת הילד לאירועים מעוררי מתח, כמו דאגות כלכליות. ההורים גם לומדים כישורים לשיפור הרווחה הרגשית (MHTTC, 2020).

דוגמאות לאסטרטגיות שנלמדות בקבוצות הילדים וההורים: להשתמש בתקשורת סימבולית, כגון להצמיד פתק לבלון ולשחרר אותו או לכתוב מכתבים להורה המנוח; לפתח פעילויות זיכרון, למשל לעלות לקבר או לערוך טקס זיכרון; לתרגל משחק תפקידים שנועד ללמד כיצד למסגר מחדש מחשבות שליליות ולהפוך אותן לדיבור חיובי יותר על עצמך; לעודד את ההורים להרבות בפידבקים חיוביים לילד; לזהות אירועים שעליהם יכולה להיות לנו שליטה; להשתמש באסטרטגיות התמודדות ממוקדות בעיה; להתמקד בהיבטים החיוביים של המצב בפתרון בעיות וחיפוש תמיכה (Haine et al., 2008).

מחקרי אורך שעשו שימוש במחקר אקראי מבוקר (RCT) ובחנו את תוצאות התוכנית על מגוון אוכלוסיות מלמדים על הצלחתה בהפחתת תסמיני אבל ובשיפור ההתמודדות עם האובדן (Haine et al., 2008; Hagan et al., 2017; Sandler et al., 2010; Sandler et al., 2016; Schoenfelder et al., 2015). מחקרים מצאו שיפור ביחסי הורה-ילד גם שש שנים לאחר ההתערבות, עלייה בכישורי ההסתגלות וירידה בקשיים רגשיים של ההורה מייד לאחר סיום ההתערבות, הפחתה של תסמיני אבל מורכב או הפרעת אבל מתמשכת בטווח הקצר והארוך והפחתה של הפנמת בעיות או החצנת בעיות וחיזוק הערכה עצמית (Hagan et al., 2017). אחד המחקרים מצא שתוכנית ההתערבות הפחיתה מצבים של ניתוק או חוסר ביטחון חברתי (חוסר אמון, בדידות, חוסר שליטה, אובדן תחושת ביטחון ועצבנות) שש שנים לאחר ההתערבות בעבור שלוש תת-קבוצות: בקרב אלו שחוו פחות תסמיני אבל מורכב או הפרעת אבל מתמשכת בכניסה לתוכנית, בקרב קבוצת הגיל הבוגרת (13–16) ובקרב בנים (Sandler et al., 2010). מחקר אחר לימד שאף על פי שהתוכנית לא נועדה למנוע אובדנות בקרב ילדים הייתה לה השפעה על מניעת אובדנות בטווח הארוך (שש שנים ו-15 שנים אחרי תום ההתערבות). המחקר גם מצא שתוכנית ההתערבות השפיעה על גורמי סיכון רבים לאובדנות ברמה האישית – למשל השפעה ישירה על התנהגות א-סוציאלית ועל דיכאון והשפעה עקיפה על שימוש בחומרים ממכרים, וכן ברמה המשפחתית – השפעה ישירה על שיפור כישורי הורות (Sandler et al., 2016).

ל-FBP פותחו מגוון גרסאות. למשל, בשוודיה פותח מודל מקוצר יותר של התוכנית, שכונה The Grief and Communication Family Support Intervention וכלל שלושה מפגשים של 90 דקות (לעומת 12 מפגשים של שעתיים) בהשתתפות ההורה והילד או הילדים. התוכנית המקוצרת נבחרה כדי להנגיש אותה למשפחות שכולות וכדי להגדיל את היתכנות קיומה במערכת הבריאות השוודית. יוצרי הגרסה השוודית של התוכנית החליטו להתמקד בשני נושאים בלבד משלל הנושאים המטופלים בתוכנית המקורית – אבל ותקשורת. המודולות העוסקות בנושאים אלה הותאמו לפורמט של טיפול משפחתי תחת זה של טיפול קבוצתי. התוכנית יועדה למשפחות ששכלו הורה שנה אחת לפחות קודם לכן ושיש בהן ילדים בני שלוש ומעלה מתוך הנחה ששנה היא די זמן להתרגל לחיים בלי המנוח, וילדים בני שלוש ויותר כבר יכולים להביע את רגשותיהם. הכותבים הסיקו מתוצאות מחקר

ההערכה שעשו בהשתתפות שתי משפחות בלבד שהמשפחות זקוקות ליותר משלושה מפגשים, ושתמיכה קבוצתית יכולה לסייע במקרים אלה (Weber et al., 2021).

מודל אחר, שהוא אינו גרסה של התוכנית, אך נשען אף הוא על תאוריות פסיכולוגיות והתפתחויות קלסיות ועל תאוריות בתחום האבל, הטראומה וההיקשרות, הוא CGC (Comprehensive Grief Care), שפותח בבית ג'ודי בארצות הברית, מקום המשלב פרקטיקה ומחקר. המודל רואה באבל תגובה אוניברסלית וטבעית ומאמין שלכל פרט יש יכולת להסתגל לאובדן בעזרת התמיכה והטיפול המתאימים. הוא מציע תמיכה לילדים, בני נוער וצעירים (בני 3–25) ולהוריהם. התוכנית העיקרית שניתנת במסגרת זו היא Pathfinders, תוכנית מניעה קבוצתית שנמשכת עשרה שבועות, ובמסגרתה מתקיימים בנפרד מפגשים להורים ומפגשים לילדים וצעירים בקבוצות שהמשתתפים בהן בני אותו גיל. לתוכנית גרסאות מקבילות שמותאמות לקבוצות השונות, אך נושאיהן אחידים: חינוך, הקניית כישורי התמודדות, מתן הזדמנות להבעה, בחינת הנרטיב, אסטרטגיות הנצחה ותמיכה הורית. מלבד תוכנית התערבות זו מוצעים טיפול פרטני ומשפחתי למי שזקוקים לתמיכה נרחבת יותר, ויש גם קבוצות שנפגשות פעמיים בחודש לאחר סיום התוכנית כדי להציע המשך של התמיכה בבניית כישורי ההתמודדות ונושאים אחרים שנידונים בתוכנית בייחוד בצמתים שונים של ההתפתחות של הילדים והצעירים. מחקר הערכה שנעשה על התוכנית העיד על שיפור ניכר בקרב המשתתפים בתסמינים של דיכאון, מצוקה ותסמיני אבל מורכב או הפרעת אבל מתמשכת (Griese et al., 2017).

3.8.2 מודלים נוספים לטיפול במשפחה

- מודל התהליך הדואלי של סטרובה ושוט (Stroebe & Schut, 2015) הוא מודל התמודדות המביא בחשבון גם את חוויית האובדן וגם את חוויית השינוי (השיקום). מודל התהליך הדואלי האינטגרטיבי (The Dual Process Model-Revised – DPM-R) הוא הרחבה של המודל הדואלי ומבוסס על נקודת מבט מובנית יותר של התמודדות אישית-משפחתית. המודל בוחן את האופן שבו ההתמודדות עם האובדן ועם השיקום מתבטאת ברמת הפרט וברמת המשפחה במטרה לתת מענה לבור העצום שנפער בין הגישה האישית לגישה המשפחתית בהתמודדות עם האובדן והשיקום, וכדי להציע התערבות שתענה על צרכי הפרט והמשפחה כאחד, מתוך תפיסה שהשלם גדול מסך חלקיו.

דוגמה לתוכנית התערבות הנשענת בין השאר על מודל זה היא מחנה של שלושה ימים המיועד לבני נוער וצעירים ששכלו אח או אחות או התייתמו מהורה עקב מחלת הסרטן. המחנה הוא הפעילות המסכמת של תהליך התערבות, ומתקיימים בו מפגשים קבוצתיים של 90 דקות עם בני הנוער השכולים ועם הוריהם. המחנה מספק לבני הנוער מסגרת לשיפור מיומנויות ההתמודדות שלהם עם האבל, למילוי צרכים כמו מידע, פעולות הפגה, תמיכה חברתית, תמיכה רגשית וצרכים פרקטיים, וכן למתן פשר לאובדן. התוכנית מספקת למשתתפים גם מרחב לשתף בסיפור החיים ובמורשת של המנוח, להכיר בהשפעה שהייתה למנוח על חיי המשפחה ולכבד, להתאבל ולזכור אותו בחברת בני נוער וצעירים אחרים שמתמודדים עם אותו אובדן. בכל מחנה משתתפים בדרך כלל 20–25 צעירים, המחולקים לקבוצות של בין שמונה לעשרה צעירים בכל קבוצה, וארבעה עד שישה מנחים עם הכשרה פסיכו-סוציאלית (פסיכולוגים, עובדים סוציאליים או אנשי מקצוע ממקצועות דומים). לכל קבוצה שני מנחים. במחקר הערכה של התוכנית, שבחן את איכות התוכנית ואת השפעתה על חיי המשתתפים לאחר סיומה, נעשה שימוש בארבעה כלים למילוי עצמי לפני התוכנית ושלושה חודשים לאחריה. 109 משתתפים מתוך 151 משתתפים מילאו את

הכלים, והממצאים מלמדים על שביעות רצון גבוהה מהתוכנית, מעורבות במפגשים הקבוצתיים ומציאתם כמסייעים בחיי היום יום. לא זו בלבד, דווח על הנאה מפעילויות הפנאי, וכן נמצא שיפור ניכר ביכולות להתמודד עם טראומה והפחתה של צרכים לא מסופקים לניהול רגשות, תמיכה חברתית, הפגה, תכנון לעתיד ונגישות למידע ולתמיכה. לא נצפה שינוי בעוצמת האבל או במתן משמעות לאובדן. ראיונות עומק שנערכו עם 13 מהמשתתפים תמכו בממצאים הכמותיים וגם לימדו על צמיחה אישית, שהיא רכיב במתן משמעות (Patterson et al., 2021).

- מודל לטיפול משפחתי-מערכתי באובדן מבוסס על תאוריית המערכות המשפחתית של בואן (Bowen theory) העוסקת בתפקוד רגשי רב-דורי ורואה את הבידול (דיפרנציאציה) של העצמי כמורכב משני ממדים: הממד התוך-אישי, כלומר האיזון בין מערכת החשיבה למערכת הרגש, שמאפשר לפרט לחשוב מתוך נפרדות רגשית ומחשבתית; והממד הבין-אישי, היינו יכולת האיזון בין היחיד המשפחתי לנפרדות ולאוטונומיה של היחיד במערכות יחסים. ככל שרמת הבידול גבוהה יותר ורמת החרדה הכרונית נמוכה יותר כך תהיה יכולת ההתמודדות של הפרט והמשפחה עם לחצים פסיכולוגיים טובה יותר (קפולניק ורפאל-אשורי, 2019).

מודל הטיפול המשפחתי-מערכתי מבוסס על שלושה צירים: הציר ההתפתחותי, שמתייחס למיקום של כל אחד מבני המשפחה במערכת המשפחתית ולקטיעה שגרם האובדן לתהליך ההתפתחות הטבעי שלהם; ציר האובדן, שבוחן את משמעות האובדן בעבור כל אחד מבני המשפחה ואת סוג האבל שחוהו כל אחד מהם – תקין או פתולוגי (מושהה או מתמשך); וציר המטפל, שבו המטפלים מתבקשים לבחון את יכולתם לשאת את הקולות השונים שעולים מן המשפחה. על פי מודל זה יש לתפור חליפה אישית לכל משפחה המביאה בחשבון את שלושת הצירים האלה. למשל, למשפחה עם הורה דומיננטי וילדים מתבגרים יכול להתאים טיפול פרטני לכל אחד מבני המשפחה לצד טיפול משפחתי. ריבוי מטפלים מחדד דילמות טיפול ומצריך פגישות עבודה של המטפלים כדי לזהות סוגיות הדורשות התייחסות ברמת הפרט וברמת המשפחה. למשפחה עם ילדים צעירים שההורה המעורב בגידולם נפטר יש להתאים טיפול לילדים בהתאם לצורכיהם, ולהורה הנותר טיפול המחזק את התפקוד ההורי שלו (קפולניק ורפאל-אשורי, 2019).

להלן תוכניות התערבות לפרטים ולמשפחות המבוססות על גישות טיפול נוספות. התוכניות מוצגות על פי הגישה העיקרית שמנחה אותן:

Meaning in Loss (MIL) Therapy (1)

יצירת משמעות היא גישה שבדרך כלל מיוחסת לתהליך אישי של הסתגלות לאובדן, שבו יש התמקדות במציאת משמעות אישית לחיים לאחר האובדן והבניה מחדש של הזהות, אולם היא מתאימה גם להתערבות פרטנית וגם להתערבות משפחתית (Breen et al., 2018). מציאת משמעות חדשה לחיים נמצאה כגורם המקושר עם הסתגלות מחדשת לחיים לאחר אובדן (Lichtenthal et al., 2011). ניימר (Neimeyer, 2000) הגדיר את תהליך מציאת המשמעות כתהליך שעיקרו קבלת האובדן ונסיבות המוות, מציאת מטרה חדשה לחיים והגדרה מחדש של הזהות העצמית. אחת מאסטרטגיות ההתמודדות בקרב הורים שכולים היא התקרבות לדת ולרוחניות כדי לנסות ולתפוס את המוות תפיסה חיובית יותר, אף כי חוויית החיים לעולם לא תהיה דומה לזו שהייתה לפני האובדן, ותחושת הגעגעוע לילד תמשיך להתקיים לעד. האמונה הדתית מסייעת להפחתת הכאוס הרגשי לאחר האובדן, ואירועי

החיים הקשים נתפסים בתור אירועים בשליטתו של אלוהים וכאירועים שמזמנים חוויות רוחניות וצמיחה (Mohamed Hussin et al., 2018).

מחקר שבחן את דפוסי יצירת המשמעות המחודשת לחיים בקרב 155 הורים ששכלו ילד בנסיבות אלימות ובנסיבות לא אלימות מצא חפיפה בין הצורך במציאת היגיון לאובדן ומשמעות מחודשת בחיים ובין מציאת משמעויות רוחניות ודתיות לאובדן בקרב שתי קבוצות ההורים. כך למשל הורים שאיבדו את ילדם בנסיבות אלימות נתנו מגוון סיבות למוות, כגון רצון האל, היעדר סבל ממושך בזמן האובדן והסברים ביולוגיים או רפואיים. ייחוסים אלו מסייעים להסתגלות לאחר האובדן מאחר שמקורם בנסיבות חיצוניות שאין עליהן שליטה, שלא כמו מחשבה מטרידה שלפיה התנהגות הילד מילאה תפקיד מסוים בנסיבות האובדן (Lichtenthal et al., 2011).

גישת MIL מבוססת על עקרונות הטיפול הנרטיבי ונועדה לסייע לשכולים לבנות או לאמץ דרכים לחבר בין תחושת האובדן לחיבור מחדש למנוח. גישה זו משולבת בתוכניות התערבות ולרוב משמשת רכיב בתוכנית כוללת יותר לטיפול באובדן ושכול. בתוכנית התערבות שמבוססת על גישה זו המפגשים מחולקים לקבוצות של מודולות שמקדמות הן עיבוד של סיפור האובדן והשפעותיו על חיי השכול הן אישור סיפור הרקע של מערכת היחסים עם המנוח כדי לאפשר המשכיות וביטחון בסיפור האישי של השכול. בתוכנית ההתערבות 12–14 מפגשים קבוצתיים שמאורגנים כרצף של שלבי שיקום המשמעות ומתקיימים פנים אל פנים או במקוון (MHTTC, 2020).

עיבוד הסיפור של האובדן מסייע במקרים של אובדן לא פתור. במחקר שנערך באנגליה השתתפו חמש משפחות שאיבדו בן משפחה קרוב במחלה או בתאונה. המשפחות התבקשו לספר יחד על המוות ולחזור על הסיפור לקראת סוף הטיפול. במחקר נמצאו סימנים של אובדן לא פתור בקרב כל המשפחות. הסימנים התבטאו בשימוש במילים מעורפלות לתיאור אירועי המוות או העלמת פרטים מחלק מבני המשפחה. אף כי הסתרת פרטים נועדה להגן על בני המשפחה, בעיקר על ילדים, היא יוצרת בלבול וחוסר יכולת לבנות את סיפור המוות האישי ויכולה להוביל להאשמה עצמית. לעיתים ניסיון של בן משפחה אחד למצוא משמעות והיגיון במוות מופרע על ידי בן משפחה אחר שאינו מוכן לקבל את סיפורו ואת האופן שבו הוא תופס את האירועים שהובילו למוות. עורכי המחקר המליצו על שימוש בתאוריית ההתקשרות כמסגרת להבנת הנרטיב של משפחות שכולות ושל המפגש הטיפולי (Willcox et al., 2019).

התפתחות, שינוי וצמיחה בעקבות אובדן הם חלק מתהליך של מתן משמעות או מציאת פשר באובדן. מחקר איכותני בהשתתפות שבע משפחות שאיבדו ילד מתבגר בהתאבדות מתאר את התהליך שעוברת המשפחה (Genset et al., 2021). החוקרים כתבו שהתאבדות היא אסון משנה חיים, שבעקבותיו באה תקופת שקיעה שמשולבים בה גלגלי הצלה (מקורות תמיכה, אמונות, חוזקות, חוויות קודמות, לכידות משפחתית), כלומר השורדים צפים מעלה למרות הפצע הבל יימחה. המשתתפים תיארו שינוי וצמיחה בעקבות האובדן, אך אף על פי שהשינוי מוצג כחיובי, המשפחות ציינו שהאובדן צילק אותן לכל החיים.

הואיל ובתקופת האסון הרגשות עזים ביותר, והמשפחה נמצאת במשבר, חשוב לנרמל רגשות כמו כעס, הנפוץ מאוד אחרי אובדן, לכבד את הרגשות של בני המשפחה באשר הם ולאשר מחדש את המקורות ואת השירותים שעומדים לרשות המשפחה. המחקר

גילה שחיפוש תשובות לסיבות שבשלהן התאבד המתבגר הוא רכיב חשוב בתהליך השינוי ושגם חשוב לקבל את העובדה שייתכן שאין תשובה מלאה לשאלה זו (Genset et al., 2021). זאת ועוד, החוקרים זיהו כמה דרכים שבהן אנשי מקצוע בתחום הבריאות יכולים לתמוך בתהליך הצמיחה של המשפחות אחרי טראומה, למשל לעודדן ליצור טקסים בעלי משמעות לשכולים, מאחר שהטקסים מסייעים בהבניית תהליך האבל ובשמירת זיכרונות על המנוח.

אחד הנושאים שהדגישו משתתפי המחקר הוא חשיבות התקשורת. בהמשך לכך אנשי מקצוע יכולים לעודד את בני המשפחה להביע את רגשותיהם, ולא רק בתוך המשפחה אלא גם במחיצת אנשים אחרים שהתמודדו עם אובדן דומה. מי שתקשורת מילולית אינה נוחה או מתאימה לו יכול להשתמש בדרכי תקשורת אחרות, כגון אומנות או כתיבה (Genset et al., 2021).

Complicated Grief Therapy (CGT) (2)

קבוצה נוספת של התערבויות משתייכות למודל בשם (Complicated Grief Therapy) CGT (Shear & Bloom, 2017). דוגמה לתוכנית מסוג זה היא [The Center for Prolonged Grief](#). בתוכנית 16 מפגשים שנועדו להשיג שתי מטרות: (1) לשקם את תפקוד השכולים ולסייע להם להסתגל לאובדן; (2) לעורר 'נקודות תקועות' ולטפל בהן כך שחשיבה על המוות לא תעורר תחושות חזקות של כעס, אשמה או חרדה.

בתוכנית זו שבע אבני דרך לריפוי: הבנת האבל, ניהול רגשות, חשיבה חיובית על העתיד, חיזוק מערכות יחסים, סיפור 'סיפור' המוות, למידה כיצד לחיות עם בני המשפחה ושימור הזיכרון של המנוח. התוכנית משתמשת בנהלים מוגדרים היטב וברצף מפגשים מובנה כדי להציג כל אחד משבעת הנושאים. המפגשים בנויים בדומה למפגשי טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT): בתחילתם נעשית סקירה של סדר היום, אחר כך עוסקים במיקוד אובדן, אחריו במיקוד שיקום ומסיימים בתוכניות לשבוע הקרוב. ההתערבות פרטנית, אך מחקרים מראים שאפשר להתאים אותה גם לטיפול קבוצתי (MHTTC, 2020).

תוכנית זו היא הראשונה שנמצאה יעילה לטיפול באבל מורכב או הפרעת אבל מתמשכת, ומודל זה, המכונה כיום (Prolonged) PGDT (Grief Disorder Therapy), הוא מודל ההתערבות שנבחן בהרחבה רבה במחקרים. מענקי מחקר אפשרו לבדוק אותו בכמה הזדמנויות, ונטען שהוא נמצא יעיל בטיפול בין-אישי בדיכאון ושניכר שיפור בולט בטווח של ארבעה עד חמישה חודשים לאחר סיומו במצבם של 70% מהמתופלים שסבלו במשך שנים ולפעמים עשורים. בסך הכול השתתפו 641 אנשים במחקרים שנערכו במשך השנים. פותחו גם כלים לאבחון אבל ממושך, ואלה זמינים לרכישה באתר של המרכז לאבל ממושך הפועל באוניברסיטת קולומביה ([Therapy Aids - Center for Prolonged Grief \(columbia.edu\)](#)).

אחד המחקרים שבחנו את יעילות תוכנית ההתערבות בדק בין השאר אם שילוב תרופה נוגדת דיכאון משפר את תוצאות ההתערבות. בניסוי השתתפו 395 בוגרים שכולים, רובם נשים לבנות ומשכילות, שענו על הקריטריונים של אבל מורכב או הפרעת אבל מתמשכת וגויסו מכמה מרכזים רפואיים גדולים בערים שונות בארצות הברית. המשתתפים חולקו אקראית לארבע קבוצות: משתתפים שנרשמה להם התרופה, משתתפים שקיבלו פלסבו, משתתפים שקיבלו את התרופה וגם תוכנית התערבות ומשתתפים שקיבלו תוכנית התערבות ופלסבו. 20 שבועות נערכה בדיקה חודשית של המשתתפים, והתוצאות לימדו על יעילות ההתערבות וחזקו ממצאים של מחקרים קודמים שהצביעו על יעילותה. כמו כן נמצא שהוספת תרופה נוגדת דיכאון אינה משפרת את התוצאות, אך היא יעילה בשיפור תסמיני דיכאון שמתלווים לאבל המורכב (Shear et al., 2016).

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Grief (3)

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי לאבל הוא גישה ממוקדת המבוססת על ההנחה שמחשבות משפיעות על תחושות והתנהגויות, ואלה יכולות להשפיע על ההכרה (קוגניציה). תוכנית התערבות המבוססת על גישה זו תפעל לעידוד קבלה של האובדן, לשינוי תפיסות של אבל לא טוב ולהפחתת פרקטיקות של התעלמות שמשמרות תגובות פתולוגיות של אבל. הגישה נשענת על ארבע מודולות עיקריות: למידה של תהליכי אבל נורמליים ומורכבים; חשיפה להיבטים הכאובים ביותר של האובדן; הבניה מחדש של האובדן כדי לאפשר שינוי; הקניית התנהגויות מותאמות לאבל כדי לסייע לשכול להתחבר מחדש לפעילויות בעלות ערך שהוא עשה בעבר. תוכנית ההתערבות היא גם פרטנית וגם קבוצתית, ובדרך כלל כוללת 12 מפגשים (MHTTC, 2020).

דוגמה לתוכנית המבוססת על טיפול קוגניטיבי-התנהגותי היא Greif-Help. התוכנית מיועדת לילדים ולבני נוער ששכלו בן משפחה קרוב וכוללת תשעה מפגשים של טיפול התנהגותי-קוגניטיבי בהשתתפות הילדים וחמישה מפגשי ייעוץ עם ההורים. במחקר שבדק את תוצאות התוכנית השתתפו עשרה ילדים ובני נוער שהופנו לטיפול במרפאה של אוניברסיטת אוטרקט בהולנד בגלל תסמינים של אבל מורכב או הפרעת אבל מתמשכת. אלה היו מאפייני המשתתפים: טווח הגילים 8–18; איבדו בן משפחה קרוב (רובם איבדו הורה, אחד איבד אחות ואחד דודה); ללא מגבלה שכלית התפתחותית או עיכוב התפתחותי; לא היו בטיפול פסיכולוגי או תרופתי אחר; לא השתמשו בחומרים ממכרים; לא הראו תסמינים פסיכוסטיים או היו בסיכון לאובדנות. ממצאי המחקר, שנשען על דיווח עצמי של המשתתפים, לימדו שטיפול התנהגותי-קוגניטיבי יעיל בקרב ילדים שהתמודדו עם אובדן. הטיפול השפיע במיוחד על הפחתת תסמינים של אבל מורכב או הפרעת אבל מתמשכת וכחות על מצבי דיכאון, פוסט טראומה והפנמה והחצנה של בעיות. מכאן עולה צורך בטיפול משלים, מאחר שתוכנית זו מתמקדת בעיבוד האובדן (Spuij et al., 2015).

Grief and Trauma Intervention (GTI) for Children (4)

תוכנית התערבות זו נשענת על גישת טיפול קוגניטיבי-התנהגותי וטיפול נרטיבי, ומיועדת לילדים בני 7–12 שמתמודדים עם אבל ותגובה פוסט טראומתית בעקבות מוות, אסון או אלימות. התוכנית מכוונת לקבוצה וליחידים וכוללת עשרה מפגשים של כשעה עם הילדים ולפחות מפגש אחד של ההורה עם המנחים. במפגשים נעשה שימוש בטכניקות הנטועות בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי ובטיפול הנרטיבי, ובכלל זה חשיפה נרטיבית לטראומה באמצעות ציור, שיחה וכתביה, פיתוח נרטיב עמוק וקוהרנטי תוך חשיפת המחשבות והרגשות של הילד, פיתוח אסטרטגיות התמודדות חיוביות ומתן פשר לאובדן (Hagan et al., 2017; MHTTC, 2020). התוכנית מופעלת בדרך כלל בבתי ספר או בשירותים בקהילה, ולכן מתקיים גם מפגש אחד עם צוות החינוך בבית הספר. הילדים מקבלים פרס על המיומנויות שתרגלו בבית בזמן שחלף בין המפגשים, וכל מפגש מסתיים בתרגילי נשימה ובטקס סיום, אם הקבוצה פיתחה כזה. מחקרים רבים שבחנו את תוצאות תוכנית ההתערבות מצאו שהיא הפחיתה תסמינים של פוסט טראומה בקרב ילדים שהתמודדו עם אובדן של אדם אהוב בעקבות רצח או אסון (הוריקן קטרינה). אחד המחקרים מצא הפחתה ניכרת בחרדה ושיפור של ממש בתמיכה חברתית, שנמשך גם שנה אחרי סיום התוכנית (Hagan et al., 2017).

תוכנית שנשענת על עקרונות דומים היא Let's talk about it, תוכנית התערבות קבוצתית שפותחה בטולוז, צרפת, לתמיכה במשפחות שכולות. את המפגשים החודשיים – ארבעה מפגשים של שעה וחצי כל אחד המתקיימים בשעות הערב – מנחים פסיכולוג או פסיכיאטר של ילדים המיומנים בהנחיית קבוצות, ואשר קיבלו יום הדרכה אינטנסיבי על אבל בקרב ילדים. אחרי כל

מפגש המנחים פוגשים פסיכיאטר, ופעמיים בשנה כל המנחים נפגשים לדון בתהליך ולערוך שינויים נדרשים. לפני ההתערבות עושה רופא ילדים הערכה שמטרתה לתעד היסטוריה רפואית, להבין את נסיבות המוות של האדם האהוב ואת האופן שבו הילד מבין את האבל, וכדי להסביר את מודל ההתערבות. אם נראה שהילד אינו מעוניין לשתף בקבוצה את רגשותיו הוא יופנה לסוג טיפול אחר. לאחר ההערכה הילדים משובצים בקבוצות בהתאם לגילם (6–12; 13–18) ולקרבתם למנוח.

תוכני המפגשים משלבים פעילויות יצירה ודיונים הקשורים באבל. כל מפגש נפתח בחדר האומנות בפעילות יצירה, לדוגמה ציור של המנוח, יצירת מנדלות המתארות כל רגש בצבע אחר, יצירת קולאז' של בני המשפחה ועתידם ויצירת דמויות של המנוח או של חפצים זכורים הקשורים למנוח בחמר. לאחר פעילות זו עוברים לחדר אחר, חמים ואינטימי יותר, ובו מתקיימים דיונים הקשורים באבל. הדיונים אינם מתוכננים מראש, אלא מתפתחים מנושאים שהמשתתפים מעוניינים להעלות. מטרת התוכנית היא לפתח את כישורי ההתמודדות של הילדים באמצעות תמיכה חברתית ונורמליזציה, פעילויות לשימור הזיכרון של המנוח וטיפול חוסן נפשי (Ridley et al., 2021).

בתום ארבעת המפגשים המשפחה מוזמנת להיפגש שוב עם רופא הילדים לקבלת דוח סיכום על כל ילד. בדוח מצוינים צרכים שזוהו ומדווח על ההתקדמות שנעשתה בתוכנית ההתערבות. במקרה הצורך יופנה הילד לטיפול פרטני. בתקופת ההתערבות מוצעת להורים אפשרות להשתתף בקבוצה להורים שמובלת בידי מתנדבים מארגון תמיכה בשכולים ונערכת בנפרד, אך סמוך למקום המפגש של הילדים (Ridley et al., 2021).

מחקר הערכה שבחן את שביעות רצון המשתתפים (הורים וילדים) מהתוכנית באמצעות שאלון מקוון ובו שמונה שאלות הצביע על שביעות רצון גבוהה מההתערבות. מרבית המשיבים ציינו שההתערבות סייעה להם ותאמה את ציפיותיהם. ההשתתפות בתוכנית עזרה להפחית בידוד חברתי, הקלה על הבעת תחושות אבל ותמכה ביצירה של תחושת קהילה בין המשפחות האבלות. רוב המשיבים הביעו רצון שההתערבות תימשך עוד ושיהיו בה מספר רב יותר של מפגשים (Ridley et al., 2021).

(5) תמיכת עמיתים

תמיכת עמיתים היא אסטרטגיית סיוע לילדים ולבני נוער לנרמל את התחושות שלהם בנוגע לאובדן ולסגל לעצמם טכניקות התמודדות (Millar et al., 2020). חיבור לשכול אחר מפחית תסמיני אבל ומעצים את תחושת הרווחה האישית ואת הצמיחה האישית. תמיכת עמיתים באינטרנט היא פורמט שהולך ומתפתח (MHTTC, 2020). אולם אף כי תמיכת עמיתים יכולה לספק נורמליזציה וקשרים עם אחרים שהתמודדו עם אובדן, ואף שהמודל של קבוצת תמיכה מציע סיוע רב ערך לבני נוער בעלי תגובות אבל נפוצות, נראה שאלה שחווים תסמיני אבל מורכב או הפרעת אבל מתמשכת, תגובות טראומתיות, אובדנות או קשיים מנטליים אחרים לא יקבלו את הסיוע הנדרש להם מקבוצת תמיכה. מחד גיסא יש להיזהר מתיג ומפתולוגיזציה, ומאידך גיסא יש להיות מודעים לצרכים המגוונים של השכולים ולתכנן תוכניות התערבות למי שמפתח תסמיני אבל מורכב או הפרעת אבל מתמשכת (Griese et al., 2017).

בית החולים לילדים סנט ג'וד, השוכן בממפיס, ארצות הברית, מפעיל תוכנית התערבות שנוסדה בהשראת הורים שכולים ובהובלתם. תוכנית השכול מציעה שירותי תמיכה ומשאבים נרחבים למשפחות לפני מות ילד במשפחה ואחרי מותו, ויש לה שלושה מוקדים:

(1) התערבות טיפולית ושירותי תמיכה, כגון חונכות הורה-הורה, טקסי זיכרון ועֶרְפָּה להתמודדות עם ימים שבהם הקושי רב שפיתחו צוות פסיכולוגים וערכו הורים שכולים, ובה רשימה של מקורות תמיכה מוסדיים, שאלות נפוצות והמלצות כיצד לדבר עם הילד ועם אחרים על סוגיות סוף החיים; (2) חומרי תמיכה בשפול שעיצבו ההורים, למשל שליחת כרטיס תנחומים למשפחה שבועות ספורים אחרי האובדן. לכרטיס מצורפים גלייה שבה ההורים יכולים לציין אילו חומרים, משאבים ופרטי קשר של מקורות תמיכה היו רוצים לקבל או ספר ובו מצוינים מועדים שיכולים להיות רגישים במיוחד למשפחה; (3) השתתפות הורים בהדרכה, למשל הדרכת הצוותים, או השתתפות במחקרים כדי להרחיב את ההבנה של התנסות ההורים והמשפחות בשכול (Snaman et al., 2017).

הכותבים ציינו חסמים תרבותיים או רגשיים שונים להפעלת התוכנית, שמשלבת את ההורים השכולים בצוות התמיכה, כמו סטיגמה הנקשרת במוות ובשכול, שמובילה לאי-נחוח של איש המקצוע להיות בקשר ישיר עם הורים שכולים, לשתף איתם פעולה או להעצים אותם כחברי צוות שווים. הכותבים הציעו אסטרטגיות להתגבר על החסמים, למשל להטמיע תוכניות התערבות חינוכיות שבהן ההורה השכול נמצא בקשר עם איש מקצוע בתחום הבריאות בפורום בטוח; לתת לאנשי המקצוע הדרכות מטעם מומחים בצוות התוכנית ורכז שְׂכּוֹל; לאפשר להורים או למשפחות להשתתף השתתפות פעילה בפורומים חינוכיים עם אנשי צוות כדי להבליט את חוזקותיהם ואת תרומתם; להזכיר לאנשי הצוות לבטוח בהורים שעברו הדרכה; לעודד את אנשי המקצוע להיות פתוחים ללמוד מהניסיון שלהם ולהסכים לשנות את נקודת המבט שלהם על בסיס החוויות ששותפו איתם.

חסמים נוספים להפעלת התוכנית יכולים להיות הערכת יתר של מוכנות ההורים להשתתף במגוון פעילויות לשכולים. שילוב מרובה מדי של ההורים בפעילויות עשוי לגרום להם למעמסה רגשית, כלכלית או חברתית. הדרך להתגבר על חסם זה היא לקיים הערכה ראשונית יסודית של מסע האבל של ההורים ושל הצרכים הנוכחיים שלהם, לספק להם מפגשים קבועים ומוסדרים עם אנשי צוות הטיפול ועם רכז שכול, לקבוע יעדים והתחייבויות מציאותיות מבחינת הזמן שהם נכונים להשקיע, ולחבר יחד כמה אירועים שבהם משתתפים ההורים השכולים תחת יצירת אירועים מרובים שיגזלו מזמנם ויגדילו את מאמצי ההורים (Snaman et al., 2017).

להפעלת תוכניות מסוג זה יכולים להיות גם חסמים מוסדיים, אדמיניסטרטיביים או כספיים. חסם אחד עשוי להיות היעדר תמיכה מוסדית, וכדי להתמודד איתו מוצע להעצים את ההורים לשמש מליצי יושר מוסדיים-ארגוניים כדי לדבר באירועים אדמיניסטרטיביים ולעשות לובינג לתמיכה מוסדית נוספת או שוטפת. עוד מוצע לאסוף מידע על מספר המשפחות הזכאיות לתמיכה, אחוז המשפחות שמקבלות בקביעות תמיכה ותפיסת המשפחות את היתכנות קיומם של שירותי התמיכה והתועלת שלהם. חסם אחר הוא מציאת מקורות תמיכה כספיים שיאפשרו את קיום התוכנית. בנוגע לכך הכותבים המליצו להשתמש ככל האפשר בכוח עבודה ללא שכר: להשקיע בהכשרת הורים מתנדבים או חונכים; להשתמש בשירותי מתנדבים לשליחת דואר, להעברת חומרים למשפחה וכדומה; להקצות תפקיד של רכז שכול מיומן שירכז, יתעד ויספק תובנות על מאמצי הצוות והמתנדבים ושיעקוב אחר כל שירותי השכול. חשוב לבצע הערכה קבועה של רכז או מתאם השכול לזיהוי סימני עייפות ועידוד תחזוק עצמי ופגישות של הרכזים והמתאמים עם צוות התוכנית (Snaman et al., 2017).

(6) ליווי רוחני

טיפול ממוקד בפרט צריך להיות כוללני ולכלול גם ממד רוחני ודתי כשהפרט מעוניין בכך. טיפול רוחני עונה על הממד של חולי, מגבלה, סבל ושכול שהוא מעבר למיידי ולפיזי (Welsh Government, 2021). הליווי הרוחני הוא התערבות הממוקדת באדם ומסייעת לו לזהות את משאביו הרוחניים ולחזק אותם כדי שישמשו לו עוגן בשעת משבר. הוא נועד לסייע לאנשים לשמור על זהותם האישית במצבי איום על חייהם וליצור משמעות ותקווה במצב של מצוקה ושל אובדן.

ליווי רוחני התפתח בארץ במסגרות המטפלות בעיקר במצבי סוף החיים, מחלה ומשברים, ובשנים האחרונות הוא משמש גם לטיפול באוכלוסיות נוספות בקהילה ככלי המסייע להתמודדות במצבי טראומה ומשבר, אובדן ושכול ושלבי מעבר במעגל החיים הכולל. משנת 2016 הליווי הרוחני הוא אחד השירותים המוצעים במרכזי הסיוע במסגרת התוכנית 'מקום לנש(י)מה'. מחקר שנערך במכון ברוקדייל מלמד על הטמעתו בעבודת המרכזים ובתרומתו לתחושת הרווחה האישית של מקבלי הליווי ולשינוי התנהגותי-תפקודי אישי ומשפחתי (מילשטיין ואח', 2020).

לסיכום, הנחת המוצא של מודלים ותוכניות שונים היא ששכול היא חוויית חיים אוניברסלית, שאבל והסתגלות לאובדן הם תגובות טבעיות ושלכל פרט יש יכולת להסתגל לאובדן בעזרת התמיכה והטיפול המתאימים (Griese et al., 2017). ההבנה היא שכל פרט יכול להציע לעצמו הבנה לא שיפוטית וחסד, חמלה עצמית ברגעים של כאב או כישלון, אנושיות ומודעות קשובה [מיינדפולנס], וכל פרט יכול לראות בהמשכיות הקשר עם המנוח חלק אינטגרלי מתהליך האבל וההתאבלות (Neff אצל Patterson et al., 2021). הספרות מלמדת שתוכניות התערבות בתחום אובדן ושכול הן מגוונות, החל בחינוך לאבל ומתן אסטרטגיות התמודדות, עבור בתמיכה קבוצתית ושיתוף וכלה בטיפול. המסגרות התאורטיות הנפוצות במודלים ובתוכניות הקיימות הן התאוריה ההתפתחותית, טיפול התנהגותי-קוגניטיבי, טיפול ממוקד טראומה, טיפול הבעתי ותוכנית לשכול משפחתי (Ridley & Frache, 2020). תוכניות התערבות לילדים ולבני נוער מתאפיינות בשילוב פעילויות הפגה עם פעילויות בנושא שכול ובעבודה קבוצתית הנעשית בהנחיית שני אנשי מקצוע.

4. ממצאים

4.1 משפחות שכול אזרחי: כאבן, הסתגלותן וצורכיהן

בפרק זה יוצגו תחילה המצבים שבהם באים לידי ביטוי הכאב והאובדן של בני משפחות השכול האזרחי ותהליך ההסתגלות הראשוני שלהן לחיים שלאחריו. לאחר מכן יוצגו תפיסותיהם של מגוון מרואיינים – בני משפחות שכול אזרחי לא מוכר, עובדות סוציאליות במרכזי הסיוע ואנשי מקצוע מתחומים משיקים – בנוגע לצורכי משפחות השכול האזרחי.

4.1.1 כאב האובדן ותהליך ההסתגלות הראשוני

בני משפחה שאיבדו את יקיריהם חשים כאב נפשי עמוק ומתמשך. כך תיארה אחת מהאימהות השכולות את מצבה הרגשי:

” אני היום חיה בגיהינום, אני בוכה המון, אני בבית העלמין פעמיים, שלוש בשבוע [...] חלק אומרים: 'בחרנו בחיים', אני לא בחרתי בחיים, אני בחרתי לא להתאבד. יש הבדל מאוד משמעותי בדבר הזה. ואיך אני עושה את זה? ניסוי וטעייה. יש כל מיני קלישאות: 'יש לך עוד ילדה', 'יש לך בשביל מה לחיות'. בולשיט. כשהילד שלך מת, אתה רוצה למות איתו. נקודה. אני לא חושבת שהמחלה הסופנית היא מתנה, ואני לא חושבת שאני יכולה לגדול מהמשבר, וזה מגלה לי כמה אני חזקה. בולשיט. היית נותנת לי עכשיו את האופציה, הייתי רוצה להיכנס לתוך הקבר ולשכב ליד הילה (שם בדוי)”. (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

בהמשך אמרה שהיא חווה את מצבה הרגשי כ"התפרקות" שבאה לידי ביטוי בפעולות הפשוטות של חיי היום יום:

” אני מתחילה לבכות מול הסירים ומתפרקת. אני לא יכולה. או שאני שורפת את זה, או שאני מתפרקת. אני לא יכולה. זה כאילו מזוהה לי מדי עם ה-happiness [שמחה] שהיה. אני לא מתחברת. אני בקושי הולכת לסופר, קשה לי. אני רואה במדפים מוצרים שהילה (שם בדוי) אהבה. בואי, לראות אישה מתפרקת בסופר. זה אחד הפתטיים שיש, אז אני נמנעת. יש דברים שאני לא עושה [...] אני לא עושה ערבי חג [...] אני לא יכולה, אני יושבת בערב חג ואני נורא קורסת לעצמי כי רע לי.” (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

שתיים מן המרואיינות התייחסו לחוויית הפירוק הרגשי והציגו בדבריהן גישות שונות להתמודדות עם האובדן. האחת הרגישה שחוויית ה"פירוק" הרגשי החלה מאז האובדן ומחמירה ככל שהזמן עובר. לדבריה, הזמן שעובר אינו מרפא את הכאב:

” אני מגלה שבשנה האחרונה אני speechless [חסרת מילים] לגבי רוב הדברים שחוויתי, פתאום נעלמו לי המילים. כל הזמן אומרים: 'הזמן עושה את שלו', אז הזמן החרא הזה עושה את שלו, וזה לא בכיוונים טובים, זה יותר גרוע. אז כן, 'הוא עושה את שלו', אבל לא בכיוון הרצוי כנראה.” (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

האם האחרת תיארה תהליך של הסתגלות למצב החדש והבניה מחודשת של החיים:

” התחושה היא שהעולם התפרק. זה כאילו רק לי זה קרה. רק אצלנו זה קרה. כאילו יש תחושה כזאת ולאט לאט לומדים להסתכל גם על עוד אנשים שזה קרה להם, ומה הם עשו, ואיך הם התמודדו וללמוד מהם. מה אני רוצה ללמוד מהם? ומה אני רוצה לא ללמוד מהם? וכולי, ולבנות את עולמי מחדש.” (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

בחלק מן הראיונות עלתה מציאת משמעות מחודשת לחיים כאסטרטגיית הסתגלות לאובדן:

” יש רגעים שאני שואלת את עצמי: 'למה אני בעצם חיה? איזה משמעות יש עכשיו?' לא שאני מחפשת איך להתאבד, ממש לא, אני מחפשת למה לחיות. נכון שיש לי שתי בנות, ואני מאוד אוהבת אותן, ואני דואגת להן, ואני יודעת שאני צריכה להיות שם עבורן, ויש לי שתי נכדות וההורים שלי והמשפחה המורחבת, אבל אני עבור עצמי, למה? אז למה לחיות?" (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

” השנה הראשונה הייתה מאוד קשה בהתמודדות. זה הגדרות, זה כל הזמן להגדיר מחדש את הכול, זה להגדיר מחדש איך נראים הימים, איך נראים הלילות, זה להגדיר מחדש איך נראית ארוחה משפחתית. אני לא הייתי מוכנה, לא היו פה ארוחות שבת, וגם כשהיו הן היו מאוד קשות, הייתה צלחת שלו שהיא ריקה, לא הייתי מוכנה לחגוג את החגים, זה להגדיר הנאה מחדש, ממה נהנים? ממה מותר בכלל ליהנות? כי אסור לי ליהנות, איך אני יכולה לחייך? או איך אני יכולה לצחוק? או איך אני יכולה ליהנות כשהילד נמצא מתחת לאדמה? כאילו מתחת לאבן באדמה, זה להגדיר אפילו ברמה של אכלתי כי הייתי חייבת, לא נהניתי מאוכל, כאילו ללכת לסופר וזה היה איום ונורא, עד היום אני קונה אוכל שהוא היה אוכל, ועובר התוקף ואני זורקת, אבל אני קונה, מאוד אהב מילקי, אז יש כל הזמן מילקי במקרר, מלוואח שיש כל הזמן, לקח לי כמה חודשים טובים להכין שניצל עוד פעם ואורז, זאת אומרת ההתמודדות עצמה היא יום יומית, זה כאילו כל יום שעובר זה עוד לסמן, וי, המון אוטומטי, כי אין ברירה, זה לא משהו שאפשר לעכל את זה.” (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

4.1.2 צורכיהן של משפחות שכול אזרחי בישראל

בפרק זה יוצגו צרכים של משפחות שכול אזרחי כפי שבאו לידי ביטוי בראיונות העומק שנערכו עם אנשי המקצוע שמפעילים את המרכזים, עם אנשי מקצוע מתחומים משיקים ועם בני משפחות שכול אזרחי לא מוכר.

אובדן של בן משפחה מכגיש את בני המשפחה השכולים עם צרכים שייטכן שלא הכירו כלל בטרם האובדן. חשוב להכיר צרכים אלה ולבחון אם מרכזי הסיוע מספקים להם מענה. תת-הפרק הראשון, "צורך בהכרה של משפחות שכול אזרחי לא מוכר", עוסק רק במשפחות שכול אזרחי לא מוכר. תת-הפרקים האחרים עוסקים בכלל משפחות השכול האזרחי.

א. צורך בהכרה של משפחות שכול אזרחי לא מוכר

המרוויינים סיפרו את סיפור האובדן מנקודת מבטם וביטאו מגוון רגשות, בהם אהבה, כעס, האשמה עצמית, קבלה ואי-קבלה, דכדוך וכאב עמוק על האדם שאיבדו ועל האופן שבו השתנה עולמם האישי והמשפחתי. אף על פי שבמקרים מסוימים חלפו שנים מאז האובדן, המעורבות שלהם בסיפור הייתה גבוהה ביותר, כאילו התרחש האובדן זה לא מכבר.

הצרכים שעלו בראיונות מגוונים, ובראשם הצורך בהכרה באובדן במסגרת המדיניות הממשלתית. מרבית השכולים שרואיינו הביעו תסכול או אכזבה ואף ציינו שהמדיניות הנוכחית כלפי סוגי אובדן שונים מפלה ובדלנית ועיוורת למצבן של חלק מן המשפחות. עובדת הסוציאלית באחד ממרכזי הסיוע אמרה: "היררכיית השכול במדינה הזו היא בלתי נסבלת." כוונתה הייתה למדרג שלפיו רק שתי קבוצות שכול מקבלות תמיכה וסיוע: (1) משפחות ששכלו את יקיריהן על רקע ביטחוני; (2) משפחות שכול אזרחי מוכר. לדברי אחד האבות השכולים שאובדנו אינו מוכר: "יש כאן קיפוח והזנחה מצד החברה הישראלית".

הן ההורים השכולים הן אנשי המקצוע סברו שההבחנה בין משפחות שכול ביטחוני ומשפחות שכול אזרחי בהקשר של מתן תמיכה וסיוע היא שרירותית, כך גם בנוגע להבחנה בין סוגי השכול האזרחי בהקשר זה. אומנם המדיניות הממשלתית מדגישה שההכרה בסוגי שכול אזרחי מסוימים נשענת על האלימות והפכתאומיות שמאפיינות אותם, אולם יש אובדנים אזרחיים שמתאפיינים גם הם באלימות ופכתאומיות ובכל זאת אינם מוכרים. עמדות אלה באות לידי ביטוי בדברי ההורים ואנשי המקצוע:

” אני מסתכלת על תמיכה שמקבלים במקומות אחרים, אני מאוד מכירה את מה שמשרד הביטחון נותן, ואני אומרת למה? זאת אומרת, סרטן בראש לילדה בת 14 או ילד שיצא מהבית ביום כיפור וחזר בארון כי הוא היה על קורקינט, זה לא פחות פיגוע מאוטובוס שמתפוצץ. זה לא פחות פיגוע מנגמ"ש שנשרף. בסוף זה פיגוע, זה פיגוע אזרחי אומנם, אבל ילדה שמתה בחדר הסמוך זה פיגוע. ואין קול ואין עונה, כי אתה כאילו, לא נעים להגיד, אבל אתה שייך למוות פחות שווה." (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

” מה עם מי שבן המשפחה שלו יצא לרוץ בבוקר וחטף דום לב ומת? הוא לא מקבל שום דבר. לא סיוע משפטי, לא סיוע נפשי, לא סיוע כספי, כלום ואין הבדל. מי שהילד שלו טבע בבריכה בחצר לא מקבל שום דבר. למה הוא לא זכאי ומי שהילד שלו מת בתאונת דרכים כן? התחשמלות, טביעה ביים, שום דבר כזה לא מקבל [...] תאונות מטוס ותאונות סירה לא מוכרות, רק תאונה על הכביש. היו בשלוש שנים האחרונות שש תאונות מטוסים קלים שנהרגו בהן הנוסעים, הם לא זכאים כי זה לא על הכביש. הרי יש כל כך הרבה סוגי מיתות שבני המשפחה של הנפטרים לא מקבלים שום מענה, אין בזה שום היגיון." (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

משפחות שכול אזרחי לא מוכר מבקשות הכרה בהן ותמיכה מצד המדינה. הן מבקשות שמתן המענה לא יהיה בהתאם לנסיבות האובדן, אלא בהתאם להשפעות שלו על חייהם. כך למשל עולה מדבריה של אם שכולה:

”אם קטוע הרגליים הוא מפציעה בג'נין או מתאונת דרכים, זה לא משנה. אתה תעשה לו נגישות בכל מקרה. אין מישהו שעומד בשער ואומר: 'אה, קטיעת הרגליים שלך היא מהצבא, אז תשתמש ברמפה, ואתה זה מהאזרחות, אז לא, תעלה במדרגות או תסתדר.' אותו דבר עיוורים, כשעיוור לוחץ על הכפתור ברמזורים, לא משנה מאיפה הוא נהיה עיוור. הנכות הרגשית, הנכות התפקודית, האבל הנוראי, חורבן הבית הזה, זה לא משנה מה הייתה הסיטואציה שבגינה הגענו למצב הלא תפקודי הזה, כלנו צריכים עזרה באותה מידה.” (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

בריאיון עימה, הציגה פסיכותרפיסטית כמה שיקולים לטובת תמיכה במשפחות שכולות מכל סוגי האובדנים:

”אני חושבת שהעניין של הסבסוד צריך להיות כללי ולא רק ספציפי לתחומים של הרצח, התאבדות ותאונות דרכים, אני מברכת מאוד על המימון שניתן בתחומים האלה, אבל בעיניי הוא צריך מאוד להתרחב. אנחנו בזמנו [...] כתבנו מכתב לשר הרווחה [...] וניסינו להעביר את המסר של כמה חשוב שכל משפחה תוכל לקבל מענה ותמיכה וליווי אחרי אובדן, כי גם אם נראה שיש לזה עלות מאוד גבוהה, לטווח הארוך העלויות הן בעצם מתקזזות כי ההשלכות של חוסר טיפול בהתמודדות עם אובדן הן בכל התחומים, כמו שאמרנו, גם בתפקוד וגם בתעסוקה, וגם בגידול של הילדים, וגם בהיבט הבריאותי, באמת זה חולש על כל המישורים. חשוב נורא לתת מענה שוויוני לכל אובדן באשר הוא, ולא לדרג את האובדנים.” (פסיכותרפיסטית, אנשי מקצוע מתחומים משיקים)

מדברים אלה עולה שלהיעדר ההכרה והתמיכה מן המדינה במשפחות שכול אזרחי לא מוכר השפעות שליליות על תפקוד ההורים; הן עד כדי כך מרחיקות לכת שחלקם אינם מוצאים בהם כוח לדבר עליהן ולהילחם על קבלת הכרה מן המדינה.

”אני מתפקדת, מתפקדת חרא, מתפקדת בינוני, אבל אני מתפקדת. יש הורים, המון, ואני יכולה להראות לך את הקבוצות שאני נמצאת בהן, אני יכולה להראות לך את המצוקות של ההורים [...] יש להם תחושה של בור, חור שחור. חוסר הכרה בהם מצד מדינת ישראל. אין להם כוח לדבר את זה אפילו, ובגלל זה אני רוצה לדבר אותם.” (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

היעדר ההכרה והתמיכה מצד המדינה אף מגביר את תחושת הבדידות שאנשים שכולים חשים ממילא, תחושה שיש בה משום גורם סיכון לבני המשפחה. בהקשר זה אמרה אחת האימהות:

”יש כאלה שנרקבים בבית לבד ואף אחד לא יודע על זה אפילו. יש הורים, אחות במקצועה, אחות במחלקת ילדים, שהילדה שלה מתה, והיא לא יכולה יותר לטפל בילדים חולים. אף אחד לא דואג לה, אף אחד לא בא.” (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

בני משפחות שהתראיינו שיתפו בקושי שלהם לפנות לסיוע לאחר האובדן וציינו שמקורו בכמה סיבות: ראשונה, קושי נפשי לפעול באופן אקטיבי לחיפוש סיוע. שנייה, חוסר מידע בנוגע לאנשי מקצוע שיכולים לסייע וזמינים להם. כלומר, עליהם להשקיע מאמצים בחיפוש מידע על השירותים שיש ונגישים להם גאוגרפית, על הקריטריונים לקבלת סיוע וכדומה. יתרה מזו, עלה הצורך בגורם סיוע מקצועי שיגיע אל המשפחה לאחר האובדן לצורך מיפוי הצרכים ברמה האישית והמשפחתית ובמשך תקופות זמן שונות בטענה שההתמודדות משתנה, ועל כן מצריכה התבוננות מחודשת על צרכי המשפחה.

כיום, בהיעדר גורם מקצועי מסייע למשפחות אלה, הן נאלצות להסתגל למצבן בכוחות המצומצמים שברשותן ובאמצעות תמיכה מהסביבה הקרובה והזמינה להן. כך תיארה אחת האימהות השכולות:

” אני פריווילגית. יש לי מוקדי תמיכה שאינם תלויים בדבר. הם אוהבים אותי בזכות עצמי, עוד לא המאסת את עצמי מספיק עליהם כדי שהם יברחו. מקום העבודה שלי מחבק ואומר לי שיש לי עדיין מה לתת, והם מהממים, שיקום וחוסן ברמות שאני לא רואה אצל משפחות אחרות. אני לא רואה את זה. ואני רואה אנשים מתפרקים עוד בשלבי הגסיסה [של המחלה של בן המשפחה] או בשלבי השבעה.” (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

הממצאים במחקר זה מצביעים על כך שנדרשים כוחות רבים להסתגלות מחדש לחיים אחרי האובדן. האמירות לעיל מתארות אך קורטוב מן ההתמודדות היום יומית של משפחות שכול אזורי לא מוכר, שנדרשות למצוא כוחות להתמודד לבדן עם אובדן ועם מציאות חדשה ושברירית. רוב המשפחות יתקשו לחפש עזרה באופן אקטיבי, ובהשתתפותן במחקר זה הן מבקשות להפוך את האוכלוסייה לסולידרית יותר כלפיהן.

ב. צורך בסיוע נפשי ללא הגבלת זמן

הן אנשי המקצוע הן בני בני המשפחה השכולים שרואיינו תיארו התמודדות נפשית מורכבת וצורך בסיוע נפשי מתמשך שיינתן לאורך זמן או בתקופות רגישות. המרואיינים העידו על הקושי שהם ניצבים לפניו עקב הגבלות שחלות על משך הטיפול ועל פרק הזמן שבו הוא מסובסד (ראו הרחבה בתת-הפרק 4.2.3, בסעיף העוסק בקשיים במתן טיפול נפשי לבני המשפחות השכולות). גם היעדר סיוע במימון טיפול נפשי למשפחות שכול אזורי לא מוכר הוצג כקושי. המרואיינים סברו שיש לספק סיוע נפשי ללא הגבלת זמן לכל המשפחות השכולות וללא הבחנה בין סוגי השכול.

” ואני רואה טיפול פסיכולוגי למשפחות שכולות במשרד הביטחון [...] עכשיו, עיני אינה צרה בהם, אני חושבת שזה נכון וזה צריך וזה נדרש וזה נהדר, אבל אני אומרת במקביל שהם לא עושים את זה כי זה צ'ופר. מישוהו חשב שהדבר הזה הוא נדרש, והוא נדרש כי הם משפחה שכולה.” (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

הצורך בטיפול נפשי ובסיוע במימונו עלה בבירור גם מתשובת אח שכול לשאלה איך היה ממליץ לעזור למישהו שמתמודד עם אובדן דומה לשלו:

” תמיכה פסיכולוגית, אם הוא גם יכול תוך כדי, תמיכה הפסיכולוגית זה הטופ, הטופ, הטופ. תמיכה משפחתית כמובן, צריך שיהיה לו האנשים שידבר איתם מהמשפחה גם, ולדחוף אותו להמשיך בחיים. לא לשכוח, וגם למצוא עם אנשים לדבר על השכול, במיוחד אנשים שהם לא יכולים לאפשר לעצמם כלכלית את הפסיכולוגים הפרטיים. מה שאני עושה, מה שאני כן יכול, ההורים שלי משלמים לי את זה, יש אנשים שלא יכולים לאפשר לעצמם את זה כלכלית אני מניח.” (אח שכול, אובדן לא מוכר)

ג. צורך בסיוע כלכלי ובליווי תעסוקתי

לאחר האובדן, בני המשפחה נדרשים להתמודד עם מציאות חדשה; לעיתים עליהם להתמודד גם עם הידרדרות כלכלית עד כדי צבירת חובות גדולים בשל הקושי של אחד ההורים או שניהם לחזור לשגרת העבודה ולתחום העיסוק הקודם, או במקרה שבו ההורה שנפטר היה המפרנס היחיד במשפחה. מן הממצאים עולה שבהקשר הכלכלי והתעסוקתי אין הבדל בין משפחות שכול אזרחי מוכר ובין משפחות שכול אזרחי לא מוכר.

אחת מן העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע שעובדת בעיקר עם האוכלוסייה הערבית תיארה נסיבות שבהן נקלעות משפחות לקושי כלכלי חמור:

” במיוחד כשהגבר נרצח והוא היה המפרנס היחיד ומשאיר בת זוג עם מספר ילדים שאין לה יכולת לפרנס. המשפחות שאני מלווה הם בדרך כלל מגיעים מרקע שהוא קשה. רקע מורכב. רובם משפחות של רווחה, אז בכלל.” (העובדת הסוציאלית במרכז הסיוע)

בני המשפחה השכולים שרואיינו תיארו בין היתר את מצבן הכלכלי של משפחות שליוו את אחד מיקיריהן לאורך זמן בהתמודדות עם מחלה סופנית או קשה. “מחלה עולה כסף” אמר אחד המרואיינים והסביר שהצורך בסיוע כלכלי נוצר זמן רב לפני האובדן. לדברי המרואיינים היה עליהם לרכוש תרופות שמחירן גבוה, לעיתים ללא סבסוד ממשלתי. יש משפחות ששצוברות חובות בתקופה זו, ולאחר מות יקיריהן עליהן להתמודד גם עם תשלומי החובות, וכך להימצא בסכנה של הידרדרות כלכלית.

יש לציין שכיום לא כל משפחות השכול האזרחי המוכר מקבלות סיוע כלכלי, אלא רק נפגעי עבירת המתה. רק משפחות אלה זכאיות לקבל מענק כספי חד-פעמי בסך 5,000 ₪, והוא ניתן להן מייד לאחר האובדן כהשתתפות בהוצאות אבל.

מן הראיונות התחוור שלאחר אובדן בכלל ואובדן ילד בפרט יש לבני המשפחות השכולות קושי לחזור למעגל העבודה ובייחוד לעיסוק ולמקום העבודה שהיו קשורים בהם קודם לאובדן. הקושי תואר בעיקר בראיונות שנערכו עם בני המשפחות וניכר שהשפעתו המיידית היא פגיעה ביכולת להשתכר בכבוד. קושי זה לא עלה בראיונות עם העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע ככל הנראה מכיוון שכיום מרכזי הסיוע אינם מספקים תמיכה כלכלית. אחת האימהות השכולות שהתראיינה סיפרה על הקושי האישי שלה לחזור לעיסוק שלה בטרם האובדן:

” תראי, אני עצמאית כבר עשר שנים, זאת אומרת כשהאובדן קרה אני כבר הייתי עצמאית, השנה הראשונה כגעה מאוד, כי לא יכולתי לעבוד, גם אם הייתי רוצה, עכשיו אם הייתי שכירה אז העבודה נשמרת או מה שיהיה, ובואי נגיד אם הייתי עצמאית בעלת חנות אז היה אחרת, אבל אני מטפלת, ואני לא יכולה לטפל אז השנה הראשונה הייתה כלכלית מאוד קשה.” (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

מרואינת אחרת תיארה מגוון מצבים שמוכרים לה מחייה, מקרים שבהם הורים ששכלו את ילדם אינם מסוגלים לחזור לעיסוקם הקודם:

” יש אימא, אחות במקצועה, אחות במחלקת ילדים, שהילדה שלה מתה והיא לא יכולה יותר לטפל בילדים חולים. אף אחד לא דואג לה, אף אחד לא בא ואומר לה: 'את יכולה לצאת לחופשת מחלה ולחזור'. היא פשוט נרקבת בבית, לא מסוגלת לחזור לעבודה. מקום העבודה שלה כמובן צריך עובדת וממשיך הלאה, אז או שמזיזים אותה מהתפקיד או שמוצאים לה מחליפה, והיא הופכת להיות מיותרת ואז עוד משהו בחיים שלה הופך להיות מזעזע. אנשי חינוך שלא יכולים לחזור להיות מורים בבית ספר. עכשיו, יש אלטרנטיבות לכל האנשים האלה, יש מישהו שיכול לשבת ולחשוב ולהגיד: 'וואלה, אז הוא לא יכול, שילך לעשות בינתיים מחקר בספרייה ויחזור בעוד שנה אחרי טיפול'. זה לא קורה.” (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

חלק מההורים המרואינים שאובדנם אינו מוכר העידו שלעיתים חשו מוצפים רגשית בתחום העיסוק הקודם שלהם. אחרים סיפרו שנאלצו לבחור תחום עיסוק אחר מאחר שרצו לחולל שינוי בחייהם לאחר האובדן ולעסוק בעבודה שתאפשר להם להנציח את המנוח. כך או כך, נראה שיש צורך עמוק בתמיכה כלכלית לסיוע לפחות בתקופה הראשונה שלאחר האובדן, תקופת ההתאוששות וקבלת המצב החדש. בהקשר זה עולה גם הצורך בליווי ובהכוונה תעסוקתית.

ד. צורך במיצוי זכויות

מרואינים מהמטה במשרדי הממשלה ומקרב אנשי מקצוע מתחומים משיקים ומרואינות מקרב העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע דיווחו על הצורך של המשפחות בסיוע במיצוי זכויותיהן. לדבריהם, מימוש זכויות בגין אובדן חשוב בין היתר מכיוון שהוא עשוי לאפשר את שיקום המשפחה בהיבטים רבים. עם זאת, ניכר שאנשי המקצוע ובני המשפחה לא הכירו את היצע הזכויות למשפחות שכול אזרחי, הן של משפחות שכול אזרחי מוכר הן של משפחות שכול אזרחי לא מוכר. בעובדה זו כשלעצמה יש משום ממצא שמשקף תמונת מצב של המשפחות השכולות. שכן, אם אנשי המקצוע אינם מצויים בפרטים אין ביכולתם למסור מידע למשפחות השכולות.

מדברי המרואינים עולה צורך במיצוי זכויות בשני צירים מרכזיים, כפי שיפורט להלן: צורך בסיוע משפטי וצורך בסיוע בתיווך בין המשפחות השכולות ובין המחלקות לשירותים חברתיים.

סיוע משפטי – אף על פי שהצורך של משפחות שכול אזרחי לסוגיו בסיוע וליווי משפטי מוכר וידוע, כיום הוא ניתן רק לנכנעי עבירת המתה, הזכאים לו מתוקף חוק. הפער בזכות לסיוע המשפטי בין מיני המשפחות השכולות מוכר במרכזי הסיוע ומשפיע על דרכי ההתערבות בטיפול במשפחות. כמו כן הוא משפיע על התמודדות המשפחות עם האובדן. ההבדל בסיוע המשפטי לפי סוג האובדן כפי שעלה מהראיונות יתואר להלן:

עבירות המתה: מקרים של נפגעי עבירת המתה נידונים בוועדת זכאות, שבה יושבים נציגים מהמשטרה, ממשרד המשפטים וממשרד הרווחה. לאחר אישור הזכאות המשפחה מקבלת למשך כשנתיים מהאובדן ייצוג משפטי מעורך דין שהמדינה מממנת את שירותיו. אחת המרואיינות ממטה משרד המשפטים שבשלב מסוים מתקיים הליך פלילי בין המדינה (הפרקליטות) לנאשם, שבו המשפחה אינה צד בדבר. תפקידו של עורך הדין לספק ליווי למשפחה בתהליך זה, היינו לספק לה מידע וידע על מושגי יסוד בהליך הפלילי ולעזור לה להביע את עמדתה במקומות שבהם החוק מאפשר זאת, כגון בנוגע להסדר טיעון שמתקיים עם הנאשם. עורך הדין מסייע למשפחה גם במקרים שבהם היא מבקשת להגיש ערעור על פסק הדין שהתקבל וגם כאשר המשפחה מבקשת להגיש תביעה אזרחית נגרת להרשעה הפלילית, כלומר תביעה כספית נגד הנאשם. כמו כן נאמר שאף על פי שהסיוע ניתן למשך שנתיים בלבד, לעיתים התהליכים נמשכים זמן רב יותר, והליווי ממשיך עד תום ההליכים.

תאונות דרכים: שכולי תאונות דרכים אינם זכאים לסיוע משפטי מטעם המדינה אף על פי שיש להם צורך של ממש בסיוע זה; הם זקוקים להכוונה בשדה המשפטי שבו הם נדרשים לפעול מייד לאחר האובדן, ולסיוע בטיפול בסוגיות בירוקרטיות שהאובדן מזמן, כגון תביעת הביטוח, העברת המכונית לבחון ועוד. לרוב משפחות אלה מקבלות בסופו של דבר פיצוי כספי מחברת הביטוח ובאמצעותו הן משלמות על ייעוץ וסיוע משפטי.

אובדנות: גם שכולי אובדנות אינם זכאים לסיוע משפטי, אם כי הם זקוקים לו במישור האזרחי בתחומי חיים שונים, לדוגמה בבואם למצות את זכויותיהם בסוגיות של ירושה, אפוטרופסות, הסדרת חובות, מימוש זכויות בביטוח לאומי ועוד.

אחת המרואיינות התייחסה להבדל בין הזכות לסיוע משפטי שניתן לנפגעי עבירת המתה ובין זה שניתן לשכולי תאונות דרכים ולשכולי אובדנות:

”הסיוע לנפגעי המתה עובד מדהים, אם ירחיבו את זה לנפגעים נוספים ולקבוצות אוכלוסייה נוספות, גם דרך אגב נפגעי תאונות דרכים זה must [הכרחי], בייחוד שהייתה עבירה פלילית, הליך פלילי הוא מאוד טעון ומאוד קשה. אז זה יהיה מדהים, אם משפחות של מתאבדים יקבלו גם מפת דרכים וגם גורם משפטי שיסייע להם ולו ברמת הייעוץ זה גם מאוד יעזור.” (נציגת מטה ממשרד המשפטים, אנשים מתחומים משיקים)

המרואיינים סיפרו שכיום שכולי תאונות דרכים ושכולי אובדנות נאלצים לצרוך שירותי סיוע משפטי פרטי ולשלם סכומים גבוהים בעבורו. יתר על כן, לדברי המרואיינים אין פיקוח על השירות שניתן להן, והרבה מן המשפחות עלולות לשלם סכום גבוה על שירות שאינו איכותי, אינו נותן מענה מדויק לצורכיהן ואינו עומד בשורה אחת עם הסיוע שהמדינה מספקת לנפגעי עבירת המתה.

”משפחות שכולות לוקחות הרבה פעמים עורכי דין יקרים מדי, על סמך שיקולים מוטעים ולא דווקא שיקולים מקצועיים נכונים, והמדינה הייתה צריכה להעמיד לרשות המשפחות השכולות סיוע משפטי כזה שהוא גם לא יקר וגם מקצועי ומדויק למה שהם צריכים.” (נציג מטה ממשרד המשפטים)

לאחר האובדן שכולי תאונות דרכים ושכולי אובדנות מגייסים כוחות להסתגלות לחייהם החדשים, ולכן לא תמיד יתפנו, פיזית ונפשית, לעסוק בהליכים המשפטיים. לכן, ובהיעדר זכאות לעורך דין מטעם המדינה, עלול מיצוי הזכויות של משפחות אלה להתעכב זמן ממושך. אחת המרואיינות התייחסה לכך והדגישה את הצורך המכריע של משפחות שבהן נותרו קטינים לאחר האובדן בסיוע משפטי:

”
אני חושבת שברגע שחווים אובדן ושכול כל כך משמעותי ואין את המעטפת הראשית של מיצוי הזכויות, אז 'רגע, אני נמצא באיזושהי צומת דרכים, ולאן אני הולך?' זה עושה להם [למשפחות] המון סדר, הן לא מתעסקות בזה, בייחוד שיש לנו קטינים שם בתמונה, אבא שהתאבד ונותרה אלמנה עם חמישה ילדים, אז כן, אני חושבת שהיא צריכה לקבל את זה, היא צריכה רגע את הגורם שיכוון, שיעשה לה סדר. 'רגע, בואי, נראה אם היה ביטוח חיים, בואי נראה אם היו חובות, אז נסגור את החובות, בואי נראה רגע אם צריך צו ירושה, בואי נראה מה עושים עם הרכב שהותיר אחריו המנוח, ואיך מסדרים את זה ואיך מוכרים את זה, או רגע איך מסדרים את הדירה', כאילו כל מיני דברים שהיום אין לזה מענה, ובפרט כשיש קטינים על אחת כמה וכמה, המצב יותר מורכב." (נציגת מטה ממשרד ממשלתי)

דברים אלו מבהירים שהצורך בסיוע וליווי משפטי לאחר האובדן קיים גם בקרב שכולי תאונות דרכים ושכולי אובדנות, והוא אף חזק יותר בקרב משפחות עם ילדים, שבהן הפניית לעיסוק בסוגיות הברוקרטיות מצומצמת יותר. כמו כן לעיתים במשפחות אלה נדרש סיוע משפטי לנוכח סוגיות של אפוטרוכסות על הילדים.

תיווך בין המשפחות השכולות ובין המחלקות לשירותים חברתיים – העובדות הסוציאליות תיארו את הצורך של המשפחות השכולות במיצוי זכויות, ובפרט את הצורך בתיווך בין המשפחות ובין שירותים ומוסדות בקהילה, כצורך שנובע בעיקר מצורך בסיוע כלכלי. צורך זה הוגדר כאמצעי לשיפור רווחת המשפחות. בעת ביצוע המחקר מרכזי הסיוע מעניקים סיוע ותמיכה כלכלית לנפגעי עבירת המתה בלבד, ולכן העובדות הסוציאליות נדרשות לתווך בין המשפחות שזקוקות לסיוע כלכלי ובין המחלקות לשירותים חברתיים.

לעיתים ההפניה למחלקות לשירותים חברתיים נעשית גם בעניין צרכים אחרים של בני המשפחה, למשל שילוב הילדים במועדונית בשעות אחר הצהריים בתור פתרון לשעות הפנאי. לעיתים העובדת הסוציאלית ממרכז הסיוע מכירה בכך שצרכי המשפחה שהיא מטפלת בה מורכבים, והיא לא תוכל לסייע בכולם. במקרים אלה היא יוצרת קשר עם עובדת סוציאלית במחלקה לשירותים חברתיים לשם מיכוי צרכי המשפחה ומתן סיוע מקיף יותר. ממצא זה עלה בראיונות עם העובדות הסוציאליות בעיקר במקרים שבהם אותרו צרכים משולבים – בתחום הכלכלי ובתחום בריאות הנפש – וכאשר יש קטינים במשפחה. העובדת הסוציאלית במחלקה לשירותים חברתיים יכולה לסייע למשפחות אלה ולהיות בעבורן משענת נוספת.

ה. צורך במענים בריאותיים

מעט מן המרואיינים העלו את הצורך במענה בריאותי, ועל פי רוב הוא עלה בעקיפין. המרואיינים סברו שכיום המרכזים אינם ערוכים לסייע במתן מענה בריאותי למרות הצורך בשטח. הם הסבירו שתהליך האבל מתקיים הן ברובד הרגשי הן ברובד הפיזי, כלומר הכאב הנפשי שנחווה עקב האובדן עלול להוביל לכאב גופני יום יומי ולהתבטא בכאבי ראש, מיגרנות, כאבי גב, כאבי רגליים, ועלול להפוך לכאב כרוני ולפגוע בתפקוד היום יומי של הפרט. להלן דוגמאות למצבים שבהם נפגעה בריאות השכולים עקב כאב האובדן:

” משהו שמאוד שמת לי לב אליו במיוחד לאנשים שבתחילה כשיצרתי איתם קשר הם אמרו: 'תודה, אנחנו לא צריכים כלום ואנחנו כבר חזרנו לשגרה', ואחרי שישה חודשים או שנה הם יוצרים קשר ומספרים שהם הפסיקו לעבוד, לא כי הם רוצים להפסיק, כי הם לא יכולים לעבוד, כי יש כאב שתוקף את כל הגוף שלהם והם לא מבינים מאיפה זה הגיע. וגם יש את קשיי השינה.” (עובדת סוציאלית במרכז הסיוע)

” ככה היא ישנה [נפטרה]. ומאז אני, הכתף, את רואה פה כחולים? אני עוברת טיפולים בכתף. לא זזה. לא יכולה, כאילו מתה. שלוש שנים אני עם כתף שלא זזה ועם ידיים רועדות. זאת היד שלי. זאת היד שהיא לחצה [ברגע האחרון לפני שנפטרה]. מזעזע [...] זה פוסט טראומה, לגמרי. אני מאובחנת עם פוסט טראומה. הינה, זה גם הקנאביס.” (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

מן האמור לעיל עולה שהכאב הנפשי שזור בכאבים הפיזיים וקשה להפריד ביניהם. נציג מטה של משרד ממשלתי טען, בהתבסס על הספרות המקצועית, שבני משפחה שכולים בסיכון גבוה יותר לחלות, ולכן יש צורך במענה שיכלול העלאת המודעות לקשר שבין אובדן ובין בעיות בריאות והפניה לבדיקות תקופתיות שייטעו לשכולים לשמור על בריאותם.

ו. צורך בתמיכה חברתית מן הקהילה בסביבת המשפחה

קהילות בסביבה הקרובה של הפרט הן חלק מרשתות התמיכה שלו ויש להן תפקיד בולט בחיזוק החוסן והעמידות בעת משברים. בראיונות התברר בעקיפין הצורך במענה מן הקהילה בסביבה הקרובה מייד לאחר האובדן. המרואיינים תיארו דרכים שונות שבהן סייעה להם הקהילה לאחר האובדן, את התמיכה הרחבה ואת המענים שקיבלו לצרכים שהמדינה אינה מספקת להם מענה. כמה מרואיינים הדגישו את חשיבות הסיוע בזמן השבעה; הם סיפרו שבימים אלה תמיכת הקהילה הייתה מדויקת לצורכיהם, למשל סיוע בתפעול השבעה.

” למשל, בן אדם בא לשבעה, אומר: 'שלום איפה המטבח? אני רק דואג פה שהמטבח יהיה מסודר' וזהו וזהו מה שהוא עושה. עכשיו אתה אומר: 'וואו, איזה דבר ענק זה!'. כן? [...] ואם הם צריכים כיסאות ואם הם צריכים בחורף תנורים לשים בחוץ. אפשר לסייע בהמון דברים. אבל מה שחשוב הוא המעורבות של הקהילה בהקשר הזה, של השכול [...] ויש הבדל כמובן בין כפר קטן בפריפריה לבין שכונה בתל אביב המנוכרת. אבל הצורך הוא אותו צורך של המשפחה בהקשר הזה.” (נציג מטה של משרד ממשלתי)

מדברים אלה אפשר להבין שהצורך בתמיכה חברתית-קהילתית הוא צורך אוניברסלי. אחת המרואיינות, אם שכולה מן האוכלוסייה הערבית שמתמודדת עם אובדן בתה, תיארה את התמיכה המתמשכת שקיבלה מבני הכפר שבו היא מתגוררת והמחישה את ערכה הרב ואת חשיבותה של תמיכה מסוג זה.

” אני ובעלי, ממש יש לנו משהו בכפר שלנו, שכל הכפר מכבדים אותנו, אוהבים אותנו, ממש [...] עוזרים בהכול, מי שצריך עזרה והכול. שבמקרה הזה של הבת שלנו, הכפר שלנו ממש לא עוזבים אותנו דקה אחת. דקה אחת. משעת המקרה [מאז שהיא חלתה] עד שהיא נפטרה, שנה, כל הכפר, כל הכפר באו לעזור לנו, באמת. ” (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

מדברים אלה ומדברי אחרים משתמע שיש צורך בתמיכה מן הקהילה הסובבת, צורך בתחושה שרואים את המשפחה, חשים את כאבה ותומכים בה מבחינה רגשית. אחת המרואיינות מהשדה האקדמי הדגישה את חשיבות התמיכה מסוג זה בהתמודדות עם המשבר.

” התמיכה החברתית היא קריטית, מי שזכה לשכנים תומכים, לקיבוץ עוטף, לקהילות שעוטפות, אז את רואה שמצליחים להתמודד, העטיפה הזאת גם לא נגמרת, והיא ממשיכה, ודי עוזרים, אבל משפחות שהם עולים חדשים הם משפחות בסיכון חד-משמעית, הבדידות היא הסיכון – ולה צריך לתת מענה. ” (אקדמאית ומטפלת, אנשי מקצוע מתחומים משיקים)

למרות הצורך הבסיסי בתמיכה מן הקהילה הסובבת, מדברי המרואיינות לא כל אחד זוכה לה, והיא סבורה שמשפחות שחוו אובדן ולא מקבלות תמיכה מסוג זה עלולות לחוות בדידות שתעמיד אותן בסיכון.

ז. צורך בליווי ותמיכה מתמשכת בילדים במסגרות החינוך

הצורך בליווי ותמיכה מתמשכת בילדים במסגרות החינוך עלה ישירות ובעקיפין בעיקר בראיונות שנערכו עם אח ואחות שכולים ובראיונות עם אנשי מקצוע שיש להם ממשק עם מערכת החינוך. כך למשל סיפרה אחות שכולה על הקושי לחזור לבית הספר לאחר האובדן:

” לבית ספר היה לי נורא קשה לחזור. הייתי הולכת וחוזרת ופתאום שנה של י"ב שגם ככה התחילה לי ברגל שמאל, חותמים לי אותה ב'כנראה שאת לא תסיימי כבר בית ספר'. ובאמת השתדלתי ובאמת ניסיתי אבל זה לא אפשרי. זה לא אפשרי, הינה אני אומרת, זה לא אפשרי. זה קשה. ספרות בכיתה י"ב, היה לנו כמה שירים לבגרות. שיר אחד על ילד קטן שמת. כאילו איזה חרא, איזה קשה, היה לי קשה בספרות נורא וזה גם הכביד עליי. בית ספר, פשוט אין לך ראש לזה. את מנסה להיות בבית ספר ואת מנסה להחזיק את עצמך, אבל הראש שלך בדברים אחרים, זה נורא נורא טרי, נורא נורא טרי. ” (אחות שכולה, אובדן לא מוכר)

אח שכול סיפר על הקושי שחש בדיבור על האובדן עם חברים בבית הספר, ולאחר מכן בישיבה:

” החברים שלי אנשים מאוד תומכים, אני אגיד לך ככה, אבל אני לא מדבר איתם הרבה על מוות כי הם לא יודעים איך לעכל את זה. הומור שחור אני אומר תמיד כי הם מבינים שאני צוחק. אפילו עם החבר הכי טוב שלי אני לא אדבר על מוות כאילו בצורה רצינית יותר מדי. בישיבה עכשיו יש לי חבר אחד שהגיע איתי מהתיכון ואני מדבר איתו קצת יותר על הנושא הזה, רק אבל במשפטים בודדים, כי הם לא מכירים את זה, הם לא מכירים את זה.” (אח שכול, אובדן לא מוכר)

מדברים אלה ניכר שילדים ומתבגרים אינם משוחחים כלל או לכל הפחות אינם מרחיבים את הדיבור עם קבוצת השווים על האובדן. מן הראיונות עלה גם שאנשי המקצוע במסגרות החינוך חסרי ידע בנוגע לטיפול בילדים שכולים וחסרי מיומנות. כך למשל בריאיון עם אשת מקצוע היא תיארה מקרה ששמעה מאם שכולה: האם סיפרה שבנה בן השלוש נפטר, ואחיו הגדול ממנו, בן החמש, שחזר לגן כמה ימים לאחר מות אחיו, חפר בורות בחצר. הגננת הבחינה בכך והבינה שהתנהגותו היא חלק מן ההתמודדות עם האובדן, אך לא ידעה כיצד להגיב וביקשה מהאם שתבוא לאסוף אותו. המרואיינת סיפרה שהילד נכח בלוויה של אחיו, שהתקיימה כמה ימים קודם לכן, והיא פירשה את התנהגותו כחיפוש אחר אחיו שנקבר. המקרה הזה מעיד על היעדר מידע וכלים להתמודד עם נושא האובדן והשכול במסגרות החינוך. לדברי אב שכול פעיל חברתי, מערכת החינוך אינה ערוכה לספק תמיכה בילדים שחוו אובדן ושכול בשל היעדר משאבים והכשרה מתאימה.

” מערכת החינוך לא ערוכה לקבל ילד שחוזר משבעה על אח שלו, אין פרוטוקול מסודר. היועצות בתחילת השנה באות עם התיק הכבד, כל כך הרבה צרות שישנן, פתאום באמצע השנה זה נופל עליהן, גם הן לא עברו הכשרה, עכשיו איפה המורה בתמונה? איפה המנהלת בתמונה? הן עוברות קורס מד”א, הן עוברות קורס החייאה כזה, או משהו כזה לילדים, אבל מה קורה במקרה כזה של אובדן?” (פעיל חברתי, אנשי מקצוע מתחומים משיקים)

האב ציין גם שהמחסור בהכשרה של אנשי חינוך ושל כלל העובדים במסגרת החינוך מורגש:

” אנחנו מדברים על נפש של מורה, של מנהל, של המזכירה, של השרת, שהילד הזה, הילד גם למד בכיתה, או אחיו הוא היה רואה ואומר לו כל יום שלום, הוא לא יודע איך לגעת, השרת לא יודע איך לגעת בילד, איך לחבק את הילד, הוא מפחד פחד מוות.” (פעיל חברתי, אנשי מקצוע מתחומים משיקים)

נשות מקצוע אחרות שרואיינו סבורות שמערכת החינוך ערוכה למתן מענה נקודתי בעיתות משבר, אך לא למתן תמיכה רציפה:

” בית ספר הוא מקום שמעולה במשבר, הבעיה היא לאורך זמן, ואני יכולה להגיד לך שגם בקליניקה אני רואה את זה, וגם במחקר זה עלה, כי אנחנו פעם ראשונה ביקשנו לדבר עם ילדים לפחות שנתיים מאז שזה קרה, ובעצם אנחנו מבינים שהמערכת לא יודעת להחזיק את זה לטווח ארוך, ודווקא אחרי שנתיים מבחינתה, הילד, זה עבר לו, לא? כאילו אבא שלו מת בגיל שש, זה עבר לו בגיל שמונה, כבר עברו שנתיים, כמה זמן עבר? עברו שנתיים, מה שאני רואה בקליניקה ומה שאנחנו רואים במחקר, מה שאני רואה במהלך שנים, קודם כול ככל שהזמן עובר נהיה יותר קשה.” (אקדמאית ומטפלת, אשת מקצוע מתחומים משיקים)

”
כמעט ולא תראי מקרה חירום שלא מוחזק על ידי כל השרשרת (מורות, יועצות וכדומה). הבעיה מגיעה עם המתמשך. איפה יהיו הכוחות להחזיק את זה במתמשך. ולזה אני אומרת בפירוש, אני בלי בושה אומרת את זה. יש אנשים [אנשי חינוך] שמצליחים לעשות את זה, וזו גדולה שלהם. זאת באמת גדולה שלהם. אבל לחשוב שזה אוטומטית יעשה על ידי כל מורה וכל גננת? זה לתת משימה בלתי אפשרית. זה בגדול מה שאני אומרת ואני אומרת את זה ברור לגמרי.“ (נציגת מטה של משרד ממשלתי, אנשי מקצוע מתחומים משיקים)

כלומר, במקרה של שכול, הליווי של המחנך, כדמות חשובה וקרובה לילד, נשען על המוטיבציה והפניות שלו, ואינו מעוגן במדיניות מוסדרת. נציגת מטה של משרד ממשלתי סברה שהקושי של מערכת החינוך בהתייחסות לילדים שאיבדו בן משפחה או בת משפחה נובע בין השאר מעומס העבודה המוטל על כתפי מורים ויועצות, המתעצם והולך בשל התגברות והחמרה של בעיות בתחום בריאות הנפש אצל ילדים.

עוד נאמר שבולט היעדר הקשר בין עובדות סוציאליות של מרכזי הסיוע ובין אנשי מקצוע ממסגרות החינוך של הילדים לצורך בחינת מצב הילדים והעלאת הצורך בתמיכה שוטפת בהם.

ח. צורך בהנצחה

שכולים שהתראיינו במחקר זה תיארו דרכים שונות שבהן הם בחרו להנציח את יקיריהם. תיאוריהם חידדו את הצורך שלהם להנציח את המנוח כדי לחוש שהקשר איתו נמשך, וכך להתמודד ביתר קלות עם האובדן. אחת מן האימהות השכולות שאיבדה את בנה בתאונה ביתית סיפרה שלאחר האובדן החליטה לתרום שניים מאיבריו כפעולת הנצחה, והאיברים הושטלו בגופן של שתי נערות. זאת ועוד, היא החלה להעביר הרצאות לבני נוער בבתי ספר על הסכנות הטמונות ברשתות החברתיות. כך סיפרה:

”
אני תרגמתי את הכאב למקום אחר, אני ניתבתי את זה למקום אחר כי לא רציתי לכאוב, כן נתתי לכאב להיות שם [...] אבל גם חיפשתי כל הזמן פתרונות, והפתרונות היו בזה שהתחלתי להעביר הרצאה על לחץ חברתי בעידן המסכים. אני חושבת שזה הדבר הכי טוב שיכולתי לעשות לעצמי, וזה היה הטיפול הכי נכון, זאת גם הייתה ההנצחה של הילד, נורא פחדתי שישכחו אותי, ובעצם ככה הנצחתי אותי, והצלתי מאות ילדים.“ (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

האם העידה שהרחיבה את עשייתה להנצחת בנה:

”
ההרצאות הן לא בחינם, גם תמחרתי אותן במחיר שהוא בכלל לא גבוה ויש לו סמליות לסכום, 1,100 שקלים, זאת אומרת, 11 זה הגיל של תומר [שם בדוי], והאפסים אלו שני האיברים שהושטלו אצל נערות אחרות. ולכל מקום שאני מגיעה אומרים לי 'מה? זה כלום, את יכולה לקחת יותר', אני לא רוצה לקחת יותר, כי אני לא עושה את זה ממקום עסקי, וכשיש בתי ספר שאין להם כסף, אז אני מגיעה ואני מתנדבת בחינם.“ (אם שכולה, אובדן לא מוכר)

כדי לענות על צורך ההנצחה, מרכזי הסיוע מקיימים ימי הנצחה נפרדים לכל אחד מסוגי האובדן (ראו הרחבה בתת-פרק 4.2.2 "תפיסות אנשי המקצוע על תהליך ליווי המשפחות במרכזי הסיוע על רצף הזמן").

4.2 הערכת תוכנית מרכזי הסיוע

בחלק זה יתוארו תפיסותיהן של נשות המקצוע שמפעילות את מרכזי הסיוע בנוגע למטרות של תוכנית מרכזי הסיוע, לתהליך הליווי של מרכזי הסיוע למשפחות שכול אזרחי מוכר ולדרכי הפעולה של העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע. לאחר מכן יתוארו תפיסותיהם של נציגי המטה במשרדי הממשלה, העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע ואנשי מקצוע מתחומים משיקים באשר ליתרונות של מרכזי הסיוע והאתגרים שמרכזי הסיוע מתמודדים איתם בטיפול במשפחות שכולות. לבסוף יתוארו תפיסות אנשי המקצוע בנוגע להשפעות מגפת הקורונה על עבודתם של מרכזי הסיוע. לצד הממצאים הנבחרים מן המחקר האיכותני ישולבו גם ממצאים מהסקר.

4.2.1 תפיסות אנשי המקצוע בנוגע למטרות ההתערבות במרכזי הסיוע

אנשי המקצוע במטות של משרדי הממשלה ונשות המקצוע שמפעילות את מרכזי הסיוע התבקשו לתאר את תפיסותיהם בנוגע למטרות ההתערבות במרכזי הסיוע. התשובות נגעו במהות ובפרקטיקה.

”המטרה של הסיוע הזה באמת זהה כמו לתת מקל הליכה למי שפתאום הרגליים רועדות לו וקשה לו ללכת. אנחנו מקל ההליכה.” (מנהלת תוכנית מרכזי הסיוע)

מנהלת התוכנית הסבירה שהכוונה לסיוע לשכולים להתמודד מבחינה רגשית ולחזור לתפקוד הבסיסי בתחומי החיים השונים. השימוש במטפורה "סיוע בהליכה" חזר גם בדבריה של עובדת סוציאלית במרכז סיוע בתארה את מטרות ההתערבות לתפיסתה:

”המקום המצומצם של התפקיד זה להגיע למשפחות בעצם בסמוך לאובדן בנסיבות טראומטיות, פתאומיות, תאונות דרכים, רצח, התאבדות, בני משפחה מקרבה ראשונה, ולעזור להם בעצם להתמודד, לעזור להם ללכת את הצעדים הראשונים בהתמודדות עם האובדן שהוא נושא בתוכו את הטרומה שהיא דבר נפרד, את האובדן שהוא דבר נפרד, ואת החיבור ביניהם.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

אומנם נאמר שאי אפשר לרפא את כאב האובדן, אולם אפשר לסייע למשפחות ללמוד לחיות עימו.

”המטרה העיקרית היא לסייע למי שחווה את האובדן לחיות עם האובדן. אנחנו לא יכולים לרפא, להחזיר את מי שמת אי אפשר. שזה אולי מטרה שונה ממקומות טיפוליים אחרים, ששם את רוצה שהבן אדם יבריא, שהבן אדם יצא מתוך מעגל העוני, שהבן אדם יצא מתוך מעגל האלימות, פה אי אפשר לצאת. נכנסת למעגל השכול, ו- once you are in you are in [אם את או אתה בפנים, אתם בפנים]. כאילו לא יוצאים משם. אבל ללמוד לחיות עם זה. לפתח את התקווה שאפשר לחיות אחרי אובדן הכי טראומטי וטרגי שיש, לתת את התחושה שהם לא לבד. זה גם המקום של להגיד 'המדינה פה והיא נותנת התייחסות' הוא מאוד מאוד משמעותי.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

מדברי העובדת הסוציאלית עולה שמתן ההכרה מטעם המדינה באובדן מסייע להסתגל לחיים עם האובדן. כמה מן המרואיינים סברו שברוב המקרים תאושש המשפחה מהנסיבות הטראומטיות שבהן התרחש האובדן וכי יהיה תהליך טבעי של החלמה וחזרה לתפקוד. הם חשבו שתפקיד מרכזי של השירות שניתן במרכזי הסיוע הוא להראות לבני המשפחה, בעיקר בשנתיים הראשונות שלאחר האובדן, שאפשר לחיות עם האבל. וכך למשל נאמר:

”משפחות בסופו של דבר ממשיכות בחיים, למעט אלה שמחזיקות את האבל לאורך שנים, וזה הופך להיות ממש פתולוגי וקשה. יש להן כוח וקורים דברים, מתקדמים, ממשיכים לחיות, יש ילדים, יש שמחות, יש עצב, יש הכול. אבל אם אנחנו אפשרנו להם בשנה, בשנתיים הראשונות האלה הקריטיות גם לגיטימציה לכאוס, וגם מאירים להם את המסלולים, את האפשרויות, גם מחברים אותם מחדש קצת לחיים ואומרים להם שאפשר. מה אנחנו בעצם אומרים? 'בואו, אפשר גם וגם. אפשר לחיות עם האבל, אפשר עדיין לא לשכוח את הנפטר', אנחנו בעצם מאפשרים להם לנוע בין שני המקומות. אנחנו מדברים על זה שזה תהליכים מאוד מאוד ארוכים. התקווה שלי כמלווה משפחות זה שבאמת משהו מתוך הקשר, הביטחון שאנחנו מצליחים לתת להם בהתחלה, הולך איתם הלאה.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

עובדת סוציאלית אחרת אמרה שמטרת ההתערבות היא לסייע לבני המשפחה לפתח מודעות לתהליך שהם עוברים בזמן החולף מרגע האובדן, לפתח שיחה ולקיים תקשורת בדבר התהליך שהם עוברים כדי לקדם הסתגלות בריאה יותר אליו.

”אני פה כדי לתת הכרה, זה מן מושג, אני לא באמת מתחברת למושג הזה, מבחינתי אני פה כדי לאפשר דיבור על האובדן ולמידה של עם מה אני מתמודד בעצם, והטיפול ארוך הטווח, זה שנה עד שנתיים, זה ממש למידה, זה ליווי בלמידה של להבין מה קורה לי עם הזמן שמשתנה, שעובר, וזה סופר חשוב, כי כשלא נותנים לזה מקום, והנטייה היא להיסגר ולהסתגר ולסגור, אז תופעות הלוואי של זה הן מרחיקות לכת, בייחוד שמדובר בילדים, בכל הגילאים, גם תינוקות מבחינתי.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

מנהלת תוכנית מרכזי הסיוע חשבה שאי אפשר לקצר את תהליכי ההסתגלות וכי הכרחי להתמודד עם תקופה קשה בהתחלה.

”זה כמו בן אדם שנפל לביצה, לא יעזור כלום, הוא צריך קצת להתבוסס בבוץ הזה לפני שהוא יצליח לתפוס את החבל ולהתחיל לצאת החוצה. אז החבל שם, אנחנו החבל. אבל אי אפשר למהר ולהוציא אותו. צריך קצת להיות שם. אז לזמן יש מרכיב מאוד משמעותי בתהליך ההתמודדות עם האובדן. ואין קיצורי דרך בעיני. אין קיצורי דרך. כשחברה שלי, אחרי שמונה חודשים שבעלה נפטר ממחלה סופנית יושבת אצלי בבית ואומרת לי 'אני אגיד לך את האמת אני פשוט רוצה למות. אני רוצה שאלוהים יקח אותי. הילדים שלי כבר גדולים, הם לא צריכים אותי, אני פשוט רוצה למות'. וכשאני יושבת לידה ואני מסוגלת להגיד לה: 'רונה [שם בדוי], אני כל כך מבינה אותך וזה לא מבהיל אותי. אני חושבת שגם אני הייתי רוצה למות. אבל אני אומרת לך רונה, בעוד חצי שנה יש סיכוי סביר שכבר לא תרצי למות'. לזמן יש פה תפקיד מרכזי. החברה הזו היום חיה בזוגיות מטורפת חדשה והיא לא שוכחת את היום הזה. זה היום שבו אני נטעתי בה את התקווה שיבוא יום ויהיה אחרת ולא נבהלתי מזה שהיא אמרה לי שהיא רוצה למות. זה התפקיד שלנו שם.” (מנהלת תוכנית מרכזי הסיוע)

מדבריה של המרואיינת עולות שתי תובנות המשולבות זו בזו, **ולפיהן זמן ותקווה יאפשרו את ההסתגלות לאובדן**. עם הזמן התחושות הקשות עשויות לקהות מעט ובני המשפחה עשויים ללמוד לחיות עם האובדן, לחוות חוויות טובות ולחוש רגשות חיוביים ואופטימיים לצד הכאב והקושי. תובנות אלה באות לידי ביטוי גם בדבריה של אחת מן העובדות הסוציאליות בתשובתה לשאלה כיצד היא תופסת תהליך התערבות מוצלח:

” לראות בפרספקטיבה של זמן את האדם חוזר לחיות חיים מלאים ואיכותיים ושמחים לצד הכאב, אבל הוא חי את חייו הלאה ולא נשאר שקוע רק בתוך האובדן. אנחנו פוגשים בני משפחה שגם שנה אחרי לא יוצאים מהמיטה, רוצים למות בעצמם. לא מצליחים להרים את הראש. אפשר להבין אותם אבל זה מקום שבו זה באמת משהו שיותר קשה. מבחינתי הצלחה זה לראות בן אדם שאומר: 'הכאב הולך איתי לכל מקום אבל אני ממשיך לחיות את החיים שלי הלאה.' ” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

4.2.2 תפיסות אנשי המקצוע על תהליך ליווי המשפחות במרכזי הסיוע על רצף הזמן

נשות המקצוע תיארו בראיונות את מערך העזרה הכולל (להלן: המערך) שניתן לבני משפחה שכולים. ליווי שנותנות העובדות הסוציאליות למשפחות הוא חלק מרכזי ומהותי במערך, והוא עטוף במעטפת של שירותים נלווים. המערך מבוסס על שיתוף פעולה עם שירותים נוספים, ותהליך הליווי מתבצע בשלבים שיפורטו להלן:

א. הודעה מרה

רגע ההודעה המרה למשפחה הוא רגע משנה חיים שנצרב בזיכרון; ברגע אחד נקטע רצף החיים. המרואיינים סברו שאופן מסירתה של ההודעה המרה הוא גורלי ובעל השפעה של ממש על המשך ההתמודדות עם האובדן. לכן חשוב למסור את ההודעה באופן המקצועי ביותר. כך אמרה אחת המרואיינות:

” תמיד אמרתי ששלב ההודעה זה השלב הכי קריטי בכל מסע ההתמודדות של המשפחה עם האובדן. משפחה שקיבלה את ההודעה בצורה לא מקצועית, מה שתנתי לה בהמשך זה כבר לא יעזור. כי זה מה שנחרט ונשרט אצלה. זה כמו חתך לא תקין. מה שנעשה, לא יחזור להיות יפה. זה יישאר ככה.” (פסיכותרפיסטית, אנשי מקצוע מתחומים משיקים)

ברוב מהמקרים מי שמוסרים את ההודעה המרה לכולי תאונות דרכים ולנפגעי עבירת המתה הם קצין משטרת התנועה ועובד סוציאלי או עובדת סוציאלית מטעם המחלקה לשירותים חברתיים ברשות שהמשפחה קשורה בה. במקרים שבהם המנוח נפטר בבית החולים מוסרי ההודעה המרה הם אנשי המקצוע בבית החולים. במקרים שבהם בני המשפחה אינם מקבלים הודעה מרה מגורם רשמי הם עלולים לשמוע אותה מהתקשורת.

” המדינה באה ואומרת: 'למה בכלל צריך את ההודעה? הרי זה יגיע אליהם מתישהו ומי שמנו להיות אלה שמודיעים להם. אוקיי. תאונה אזרחית לגמרי בכביש, למה אנחנו צריכים לבוא ולהגיד להם? שהם יקבלו את זה מהתקשורת'. ואנחנו יודעים בצורה מאוד ברורה שהודעה מסודרת מהימנה וכולי מביאה לזה שיש הרבה פחות מרמור, הרבה יותר נכונות לקבל מענים ולהיעזר, ובעצם להתחיל איזשהו תהליך של שיקום, כאילו כבר מהתחלה. בעקבות ההתחלה הזו.” (נציג מטה משרד ממשלתי)

בראינות עם אנשי המקצוע התחוור שבני משפחה חוזרים ומזכירים את ההודעה המרה בתוך חדר הטיפולים, ושהאירוע מהותי בתהליך בניית הנרטיב במסע הטיפולי. לכן, לדברי המרואיינים גם במקרה שבו המשפחה קיבלה את ההודעה המרה ממקור לא כורמלי (תקשורת, בני משפחה וכדומה), יש ערך רב לכך שיגיעו גם מודיעים ויעבירו את ההודעה באופן מקצועי. העברת ההודעה המרה בשפה שבה מדברים בני משפחה הוא אחד המאפיינים של מקצועיות. לדברי המרואיינים עיקרון זה אמור להיות כלל אצבע, אך כיום ההקפדה על כך אינה מיטבית. כך למשל סיפרה אחת מנשות המקצוע מן האוכלוסייה הערבית:

” יש לי שלוש משפחות שלא קיבלו את ההודעה בשפה שלהן. מישהו לא ערבי הודיע להם שהם איבדו, ועד היום הם לא מבינים מה אמרו להן. עד היום בעיניהם הם לא קיבלו הודעה. אני לא מפסיקה לתת את הדוגמה הזו על אישה שאיבדה את הבן שלה. הבן שלה עבר תאונת דרכים, הועבר במצב אנוש לבית חולים. המודיע הגיע לשם, המודיע לא היה דובר ערבית, והאישה יחסית דלה, אישה לא עם הרבה ידע, וגם את השפה העברית כמעט לא ידעה, והוא הודיע בשיא הרגישות, אבל במילים שהיא לא הבינה אותן.”
(פסיכותרפיסטית, אנשי מקצוע מתחומים משיקים)

אחת מהעובדות הסוציאליות שמלווה משפחות מן האוכלוסייה הערבית מתחה ביקורת על כך שכמה מן המשפחות שבטיפולה לא קיבלו הודעה מרה מן המשטרה בשל מקרה אלימות חריג שהופנה אל המשטרה באותו אזור.

” המשטרה טוענת שאם המשפחה רוצה לקבל הודעה מרה הם צריכים לבוא לתחנה לקבל את הבשורה. היום אין להם אפשרות ללכת לתחנה. הם בדרך לתחנה יכולים לקבל את הסרטון של הרצח של הבן שלהם בטלפון, בווטסאפ, אז איך אתם רוצים ממשפחה אבלה שכולה שתגיע לתחנה כדי שתיתנו להם את הבשורה המרה? איפה התפקיד שלכם?” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

גם ילדים באוכלוסייה הערבית עלולים להיפגע ממצב זה, כפי שדיווחה אחת המרואיינות:

” זאת הטענה שלהם, והמשפחות שלי נותרות בלי הודעה מרה. יש לי ילדה בכיתה ד' שקיבלה את הסרטון שאבא שלה נרצח בווטסאפ. זה משהו שהוא הגיוני? זה משהו שלא נתפס.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

בקרב כלל המרואיינים הייתה הסכמה שחשוב שההורים או מבוגרים אחרים שקרובים לילדים ימסרו להם את ההודעה המרה. בפועל, המבוגרים במשפחה לא תמיד יודעים כיצד להעביר את המידע לילדים, חלקם אף עלולים להימנע מכך או לצייר תמונה שאין לה אחיזה במציאות. יש ערך עליון לכך שההודעה המרה תימסר לילדים באופן שיותאם להם בהיבט של שפת הדיבור שלהם, תרבותם והשלב ההתפתחותי שבו הם נמצאים. לכן חשוב להקפיד לתדרך את ההורים או מבוגרים אחרים שקרובים לילדים במסירת ההודעה המרה ולוודא שהם אכן עושים זאת כראוי.

ב. יצירת קשר טלפוני עם המשפחה ותחילת תהליך היישוג

לאחר מסירת ההודעה המרה לשכולי תאונת דרכים או נפגעי עבירת המתה, המוסרים מעבירים את פרטי הקשר של המשפחות למנהלת תוכנית מרכזי הסיוע באזור הגאוגרפי שבו הן מתגוררות. במקרים של אובדנות אין גורם רשמי שבאחריותו להפנות את המשפחה למרכזי הסיוע, ובפועל רוב ההפניות נעשות באמצעות העובדת הסוציאלית מן המחלקה לשירותים חברתיים או

שהמשפחה פונה באופן עצמאי. מנהלות תוכנית מרכזי הסיוע אמונות על חלוקת ההפניות לעובדות הסוציאליות במרכזים, ואלה פונות אל המשפחות ומציעות להן ליווי ותמיכה ממרכזי הסיוע.

לשיטתו של נציג מטה ממשרד ממשלתי, זהו תהליך ייחודי של יישוג המשפחות באופן אקטיבי (reaching out), שאינו מאפיין את רוב שירותי הרווחה; על פי רוב אנשים שזקוקים לסיוע ומעוניינים בו פונים בעצמם ומבקשים אותו. פרקטיקה זו נשענת על תפיסה שהתגבשה בשנים האחרונות בתחום האובדן והשכול במשרד הרווחה, עוד טרם הוקמו מרכזי הסיוע, ולפיה ההגעה אל משפחות שחוות שכול טראומטי – תחת שהן יפנו לעזרה בכוחות עצמן – עשויה לצמצם את התסכול שהן עלולות לחוש בהמשך התהליך.

” הבנו שאנחנו צריכים להגיע למשפחות ולא שהם יגיעו אלינו. אנחנו בהתחלה מאוד התלבטנו על העניין הזה. ברווחה בדרך כלל מקובל לגבי אנשים מבוגרים שאם יש להם בעיה כזו או אחרת הם פונים. אבל מה קרה? הגיעו אלינו משפחות עם רמת מרמור ותסכול כל כך גבוהים. כדי להימנע מזה, יצרנו תהליך הפוך. סך הכול המדינה יודעת מי היה בתאונת דרכים. ויותר מזה, גם היינו אצלם בבית, מסרנו את ההודעה. אז אנחנו מגיעים אליהם שוב פעם, בפעם השנייה מגיעים אליהם. יש פה תהליך מאוד מיוחד ברמת היישוג והוא עוזר לנו להתחיל את תהליך העבודה איתם בצורה טובה יותר.” (נציג מטה ממשרד ממשלתי)

העובדת הסוציאלית ממרכזי הסיוע יוצרת קשר טלפוני ראשוני עם המשפחה בסמוך לאובדן, יום או יומיים לאחר השבעה. היא מציגה את עצמה, מספרת על העמותה שבאמצעותה היא פועלת (“אלה” ו”בשביל החיים”), ומתארת את הליווי שהיא יכולה להעניק למשפחה. לאחר מכן היא מציעה לקבוע פגישה ראשונה בבית המשפחה, אלא אם המשפחה מעדיפה לקיים את הפגישה במרכז הסיוע או במקום אחר. אם בני המשפחה מסרבים לקבל סיוע בשלב זה, העובדת הסוציאלית מזמינה אותם ליצור עימה קשר כשהיו מוכנים. בכך כוונתה להעניק להם תחושה של שליטה על התהליך, בייחוד לנוכח הנסיבות, שבהן המשפחה איבדה את יקירה בפתאומיות או באופן אלים. כך מתארת אחת מהעובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע:

” אחרי שאנחנו יוצרים קשר, הקשר הראשוני הזה, אני מציגה את עצמי, מציגה את העמותה, מציגה את הצרכים ומבקשת לקבוע איתם פגישה בקצב שלהם. אני תמיד אומרת ש”יכול להיות שכרגע אתם לא מוכנים”, ש”כרגע אתם לא בנויים, אני נמצאת, אני אחרי השיחה שלנו שולחת לכם בוואטספ את השם שלי יחד עם הפלאייר של מרכזי הסיוע וברגע שאתם תהיו מוכנים אתם מוזמנים ליצור איתי קשר, וגם אם אתם לא יוצרים איתי קשר אני אצור אתכם קשר אחרי זמן מה שאתם אולי תהיו מוכנים”. כי אני מבינה שבשבעה הם יכולים להיות מאוד עסוקים באירוח של אנשים, בלוויה עצמה, בסידור הלוויה עצמה [...] אז אני לא רוצה להעמיס עליהם יותר מדי. אז אני תמיד נותנת להם הרגשה שהם מחליטים, שזה בשליטתם.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

בהמשך, העובדת הסוציאלית יוצרת קשר עם בני המשפחה מעת לעת, בהתאם לנסיבות ולמצב המשפחה, ומציעה להם שוב את עזרתה ואת המענים של מרכזי הסיוע. הפנייה למשפחה יכולה להתבצע בהפרש של חודש מפעם לפעם או אחת לכמה חודשים.

מתפיסות המרואיינים עלה שבקרר האוכלוסייה הערבית יש קושי גדול יותר לעומת בקרב האוכלוסייה היהודית ביישוג המשפחות ובגיוסן לתהליך הליווי במרכזי הסיוע. הדבר נובע בין השאר מתפיסה חברתית, המסתייגת מהליווי וקבלת הסיוע:

” במגזר הערבי כאילו הנטייה יותר להפנים את זה ולהגיד שזה משהו מאלוהים. אז לא כל כך מקובל כאילו לבטא את הרגשות ולדבר את הכאב. גם מתביישים בזה. ובאמת חשוב כל נושא העבודה על הגיוס, אחרת אנחנו לא נצליח לעבוד איתם.” (פסיכותרפיסטית, אשת מקצוע מתחומים משיקים)

אחת מהעובדות הסוציאליות שמלווה את האוכלוסייה הבדואית בנגב הסבירה שהקושי בגיוס המשפחות לקבלת ליווי וטיפול אף מועצם לנוכח העובדה שהחברה הבדואית היא חברה פטריארכלית.

” יש פה את כל האוכלוסייה הבדואית, עכשיו בתחומי העניין שלנו ברצח ובתאונות דרכים הם נוטלים חלק יותר גדול מחלקם היחסי באוכלוסייה, מצד שני הם לא צרכנים מצטיינים של שירותים. מצד שני גם אנחנו, אני אין לי את היכולת להגיע אליהם כמו למשפחות במגזר היהודי [...] נגיד, קשה להגיע לנשים ולילדים כי איש הקשר גם מבחינת המשטרה וגם אחרי זה מבחינת המשפחה הפטריארכלית זה בן אדם אחד שמחליט בשביל כולם. יכול להיות שפחות דחוף לו ללכת לטיפול כי הוא לא בעניין, אבל יש כאלה שכן, אז לפעמים לא נגיע אליהם.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

בראיונות עלתה סיבה נוספת לקושי לגייס בני משפחה מהאוכלוסייה הערבית לטיפול, והיא הכחשת נסיבות האובדן, בייחוד במקרים של אובדנות:

” יש שם אשמה, אשמה נורא גדולה, ויש בושה חברתית ודתית ותרבותית וקבוצתית וזה. אז משפחה שתהיה מסומנת כל החיים. הם המשפחה של המתאבד ההוא, ובמיוחד מבחינה דתית, הוא לא ייכנס לגן עדן, כי זה אסור מבחינה דתית שמישהו יחליט לשים קץ לחייו. אז יש את הקושי הזה לבלוע את סוג האובדן הזה. אז את שומעת דברים כמו: 'לא, מה פתאום, אנשים אומרים שהוא התאבד? וואו, איזה רעים. הוא לא התאבד, הוא מסכן, היה זה, נפל, נפל מגובה, אנחנו זה, הוא קיבל התקף לב ואז הוא נפל מהגג, כאילו מנסים למצוא איזשהו סיפור שהוא לא התאבד, אלא קרה לו משהו שלא היה בשליטתו.” (פסיכותרפיסטית, אנשי מקצוע מתחומים משיקים)

ג. פגישת האינטייק

פגישת האינטייק היא התערבות טיפולית ראשונית שמקבלים השכולים במרכזי הסיוע ומקיימת אותה העובדת הסוציאלית. פגישה זו מתקיימת לרוב בבית המשפחה ומשתתפים בה העובדת הסוציאלית, אחד ההורים או שניהם (או אפוטרופוס אחר) או כל בני המשפחה, בהתאם לרצון המשפחה. העובדות הסוציאליות אמרו שהן מעודדות את בני המשפחה להגיע בהרכב מלא. מדברי המרואיינים היה אפשר לחלץ שתי מטרות עיקריות של פגישת האינטייק:

1. **מתן התערבות טיפולית ראשונית.** הענקת מרחב אינטימי ובטוח לבני המשפחה לשתף בסיפור האובדן עד ליצירת סיפור

קוהרנטי משותף ככל האפשר. כמה מן העובדות הסוציאליות התייחסו לפגישת האינטייק:

” פגישת אינטייק זו חתיכת פגישה, היא יכולה להיות גם לפעמים שלוש שעות פגישה, זה משהו שזה באמת לבוא ולתת מרחב להתאבל בו ולדבר בו על הכול, לשתף בכל הרגשות והמחשבות שיש להם ממקום מאוד לא שיפוטי, ממקום שיכול לשמוע אימא של בחור מתאבד אומרת: 'אני מרגישה הקלה', מה שהיא לא יכולה להגיד בשום מקום אחר ופה היא יכולה להגיד את זה.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

” אני יושבת עם כל המשפחה, אנחנו מדברים על האובדן, שעליו לא הצליחו לדבר בימי האבל הראשונים, בשבעה. הם לא הצליחו לשמוע את הסיפור ביחד. איפה אתה היית? ואיפה את היית? ואיך את הגבת? ומי אמר לך? את שומעת ואת רואה, כאילו כולם מקשיבים לכולם פתאום, וכולם רוקמים את הסיפור ביחד. יש אח שלא ידע שאח שלו היה במקום ההוא ומי אמר לו, הם לא פנויים בכלל לשאול אחד את השני את הדברים האלה, ואז אנחנו מדברים על זה, אז אנחנו נזכרים במנוח, ואנחנו רואים תמונות, ואנחנו מחזיקים את זה עד שאנחנו נוכל לתת טיפול.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

בראיונות מתואר הערך הרב של פגישת האינטייק. פגישה זו מאפשרת שיחה גלויה ופתוחה על האובדן בשונה משיחות עם אנשים רבים אחרים, שמעדיפים להתרחק מסיפורי אובדן:

” רוב האנשים לא רוצים להיות עם אנשים לאחר אובדן בסיפורים האלה. בסיפורים, במראות שהם ראו, בתחושות שהם חשים. יש איזה הרחקה חברתית. עצם זה שאתה שם ואתה רוצה לדבר, אז אתה איתם בתוך הדבר הזה.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

עם זאת, ניכר מהראיונות שהעובדות הסוציאליות נשארות לא אחת עם חוויה קשה:

” אני חושבת על חמש השעות שישבתי עם אם שכולה, חמש וחצי שעות, והייתי גמורה בסוף, ממוטטת, אבל לא היה רגע שיכולתי באמת לסיים את זה, וזה להיות שם נורא נורא קשוב ובאינטימיות מאוד גבוהה.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

הפגישה מצריכה מהעובדות הסוציאליות להחזיק את המרחב (setting) הרגשי-טיפולי שמאפשר את השיחה, את העברת הסיפור המשפחתי ואת התכנים הקשים, שאף מעוררים חרדה, וגם להישאר פעילות וקשובות במרחב אינטימי שנמשך זמן רב. העובדות הסוציאליות תיארו את פגישת האינטייק כאזור "לא ידוע", שכן אין פגישה שדומה לאחרת, וכל אחת מזמנת למשתתפים בה התמודדות עם תחושות של כאב עמוק, צער ועצב. במקרים שבהם אי אפשר לקיים פגישת אינטייק בהרכב משפחתי מלא מסיבות משפחתיות, אישיות או גאוגרפיות, תתקיים הפגישה עם חלק מבני המשפחה או באופן פרטני עם בני משפחה.

2. **הערכת הצרכים של בני המשפחה.** מן הראיונות עם העובדות הסוציאליות עולה מטרה נוספת של פגישת האינטייק, והיא הערכת הצרכים המשפחתיים והאישיים של בני המשפחה בנקודת הזמן הראשונה לאחר השבעה. לתפיסתן, תפקידן בשלב

זה לזהות מי מבני המשפחה זקוק לסיוע ולאיזה סוג סיוע הוא זקוק. במקרים מסוימים, למשל לאחר אובדן טראומטי מאוד או שהמשפחות מתאפיינות בהתמודדות עם מצבים פגיעים נוספים, פגישת אינטייק אחת אינה מספיקה. במקרים אלה יתאמו העובדות הסוציאליות בין פגישה לשלוש פגישות נוספות, או שישלימו מידע הכרחי בשיחת טלפון. כך למשל סיפרה אחת העובדות הסוציאליות:

” הרבה פעמים זה לא מסתכם בפגישה אחת. הרוב ממשיך בקשר מול כל אחד מבני המשפחה כדי לדייק את המענה ואנחנו מאוד מאוד משתדלים, גם מפאת עומס ולחצים, לגבש איזושהי תוכנית התערבות כבר בסוף הפגישה הראשונה, לאחר עוד כמה שיחות של השלמה שעושים איתם אחר כך.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

ד. שיתוף בני המשפחה בהחלטות בדבר סוגי הטיפול שמתאימים להם
עבודת מרכזי הסיוע מושתתת על גמישות והתאמת המענה המדויק לכל אחד מבני המשפחה.

” התפיסה שלנו היום על טיפול בשכול היא מאוד ברורה. אין טיפול אחד לשכול, אין דרך אחת לטפל בשכול אלא אדם צריך לבחור לעצמו את הדרך שבה הוא מטופל.” (נציג מטה ממשרד ממשלתי)

תפיסה זו נשענת על ההבנה שיש שונות גדולה מאוד בין בני אדם ובין משפחות מבחינת יחסם לאובדן ולקבלת טיפול. כאמור, מהראיונות עם העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע עלה שלאחר פגישת האינטייק (או פגישות האינטייק) נערך תהליך של מיפוי צרכים בשיתוף פעולה מלא עם המשפחה, וכן בירור של העובדת הסוציאלית עם כל אחד מבני המשפחה איזה מענה מתאים לו ביותר.

” אני בטוח לא עושה את ההחלטות. אני שמה את זה על השולחן. אנחנו מדברים על זה. ושוב, לפעמים זה עניין של תהליך. עכשיו אולי לא מתאים קבוצה, אבל אולי בעוד חצי שנה כן. ואם כן אז מדברים על היתרונות והחסרונות, כאילו מה קבוצה יכולה להביא איתה. המון פעמים כאילו גם יש איזה הסבר סביב הדבר הזה. כאילו מה הקבוצה יכולה לעשות לי. אני לא מכיר קבוצה. מדברים גם על זה. אבל לפעמים זה לא מתאים. לפעמים גם חוזרים אליו אחרי שנה או אחרי שנה וחצי. אבל מי שכביכול מחליט, מי שמוצא את סוג הטיפול המתאים זה המשפחה. משפחה, בן המשפחה. אני כן יכולה לתת את דעתי המקצועית. אנחנו באים לדבר על זה, פותחים בפניהם כאילו את האופציות. וגם לפעמים את יודעת, יש שמתחילים עם משהו אחד ומגלים שאולי צריך משהו אחר.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

דברים אלה מלמדים שהעובדת הסוציאלית חוזרת מפעם לפעם לבני המשפחה לבדוק אם המענים שניתנו להם עדיין תואמים את הצרכים המשתנים של כל אחד ואחד, ואם יש צורך במענים אחרים או נוספים. מטרת התהליך עצמו להעניק תחושה של שליטה לבני המשפחה. היבט זה חשוב במיוחד בעבודה עם משפחות שחוו אובדן שליטה על חייהם לנוכח האובדן הפתאומי והאלים או הטרומטי בחייהם. המרואיינים מהמטה וממרכזי הסיוע המרחביים תיארו מענים שונים:

1. טיפול פסיכותרפויטי (טיפול בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי או טיפול פרטי) – על פי רוב לאחר הערכת הצרכים העובדת הסוציאלית של מרכזי הסיוע מציעה טיפול פסיכותרפויטי כמענה הראשון. מבוגרים מעל גיל 18 יכולים לקבל טיפול פרטני, זוגי או משפחתי בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי ברשויות המקומיות או טיפול פרטי.

הטיפול בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי – הטיפול בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי ניתן מראש לשנה אחת. במידת הצורך אפשר להאריכו בחצי שנה, ובתום ההארכה להאריך בשנית בחצי שנה נוספת. כלומר, הטיפול הפסיכותרפויטי בתחנות יכול להינתן עד שנתיים. משרד הרווחה מסבסד את הטיפול ועלותו למטופל נמוכה מאוד. מטפלות מן התחנות לטיפול זוגי ומשפחתי שהתראיינו במחקר סיפרו שבמקרים שבהם נראה שמשך הטיפול אינו מספיק והמטופל מרגיש צורך בהמשך טיפול הן אינן נוהגות לקטוע אותו באמצע, אלא מציעות המשך טיפול במחיר שאינו מסובסד.

נכון למועד כתיבת דוח זה, רוב התחנות לטיפול זוגי ומשפחתי אינן מציעות טיפול פרטני לילדים, והילדים מקבלים טיפול בתחנות רק כחלק מטיפול משפחתי. במקרים שבהם הילדים אינם יכולים לקבל טיפול ממטפלים או פסיכולוגים במסגרת בית הספר או בשירות הפסיכולוגי-חינוכי, אפשר להציע לילד טיפול פסיכותרפויטי פרטי ולקבל אישור חריג למימון הטיפול מטעם המפקחת של מרכזי הסיוע (ראו הרחבה בנוגע לקשיים בעבודה מול התחנות לטיפול זוגי ומשפחתי בתת-פרק 4.2.3 בחלק העוסק בקשיים במתן טיפול נפשי).

טיפול פסיכותרפויטי פרטי – מרכזי הסיוע מממנים עד 35 מפגשים של טיפול פרטי, ובמקרים מסוימים עד 45 מפגשים. מהראיונות עולה שמי שזקוקים לטיפול פרטי הם בעיקר מבוגרים מן האוכלוסייה הערבית וילדים. יש כמה סיבות שבשלהן מבוגרים מן האוכלוסייה הערבית צורכים טיפול פרטי: (1) היעדר תחנה לטיפול זוגי ומשפחתי באזור מגוריהם; (2) זמינות נמוכה לטיפול בתחנה לטיפול זוגי ומשפחתי באזור מגוריהם; (3) חוסר במטפלים בתחנה לטיפול זוגי ומשפחתי שדוברים ערבית או שהם בעלי מומחיות באובדן ושכול. באשר לילדים, כאמור לעיל, חסרים מקומות בשירות הציבורי שיכולים לספק להם טיפול, וברוב המקרים לא נותר אלא להפנותם לטיפול פרטי. אחת ממנהלות התוכנית של מרכזי הסיוע פירטה:

”היום יש כבר הרבה יותר טיפולים פרטיים מאשר בתחנות. אם יש בערך 300–350 הפניות לתחנה אז אני חושבת שהגענו לכמעט 500 (טיפולים) פרטיים. שוב, חלק מזה כי באמת לא בכל מקום יש תחנה. לילדים אין מסגרות ציבוריות של הרווחה שאנחנו יכולים להיעזר בהן. אז כמעט כולם הולכים לטיפול פרטי.” (מנהלת תוכנית מרכזי הסיוע)

ההפניה לטיפול פרטי מקנה לילד יתרון עצום, שכן כך מתאפשר להתאים את סוג הטיפול לצרכיו – שיחות, טיפול בעזרת בעלי חיים, טיפול באומנות, טיפול במוזיקה, טיפול בתנועה או רכיבה טיפולית – ובכפוף להיצע המטפלים הקיים באזור מסוים תוך שיתוף הילד והוריו בהחלטה.

2. ליווי רוחני – ליווי של מלווים רוחניים, אנשי מקצוע בעלי מומחיות בתחום שמרכזי הסיוע מעסיקים כפרילנסרים, הוא פרטני. תוכנית הליווי כוללת 35 מפגשים או נמשכת עד שנה, הקצר מביניהם. מטרת הליווי לחזק את משאביו הרוחניים של הפרט, כך שיוכלו להיות עוגן בעבורו בשעת משבר. מן הראיונות עולה שלליווי הרוחני שפה וכלים ייחודיים שמסייעים לבני המשפחה

בחיבור למשאבי הרוח ולכוחות ריפוי פנימיים. יש שמפגשי הליווי הרוחני מתקיימים בחיק הטבע והפעילות כוללת האזנה למוזיקה, כתיבה משותפת, קריאת טקסטים מהיהדות ומהבודהיזם, מדיטציות ועבודה על נשימות, והכול בהתאם למומחיות המלווה ולצורך ולרצון של מקבל הליווי. כך תוארו מאפייני הליווי הרוחני מנקודת מבטה של אחת ממנהלות תוכנית מרכזי הסיוע:

” זה מתאים למשפחות שלא מעוניינות בטיפול הקלסי. לא מתחברים. הדבר הזה שנקרא ליווי רוחני, זה סטינג יותר רחב, מתייחס ככה למרכיבים הרוחניים שקשורים לאובדן. גוף נפש. זה בדרך כלל ליווי שנעשה בבית המלווה ולא בקליניקה פורמלית. יש בני משפחה שזה מאוד מדבר אליהם אז אנחנו גם עושים את זה.” (מנהלת תוכנית מרכזי הסיוע)

וכך תיארה זאת מלווה רוחנית שהתראיינה למחקר:

” אני יכולה לעזור בכל מיני דרכים, אני מתחילה מהתבוננות. לא מייד להביא איזה מזור, אלא קודם לראות, להצליח להתבונן ולראות את הקשר ואת המקום הזה שהכול הרבה יותר פגיע, במקום שההגנות נושרות אז גם הגוף יותר חשוף. למשל אני מלווה אישה שהיא לא אדם שנגיד קורא טקסטים או שירה, אבל איכשהו יצא שמתוך השיח איתה כמה וכמה פעמים עלו לי כל מיני טקסטים והבאתי לה אותם. [...] והיא הרגישה שזה מדבר את המקום שהיא נמצאת בו. האפשרות להביא טקסט במובן של להביא עוד מילים למקום שבו האדם נמצא. היא יכולה, או ביחד, אנחנו יכולות להסתכל על זה ולראות מה יש בטקסט הזה. ואז זה מעורר עוד דבר.” (מלווה רוחנית, אשת מקצוע מתחומים משיקים)

מן הראיונות עלו כמה יתרונות של הליווי הרוחני. ראשית, זהו הטיפול היחיד שמתקיים בטבע או בבית המטופל, דבר אשר עשוי להקל על מטופלים שמתקשים לצאת מהבית או להתמיד בהגעה לטיפול. שנית, בראיונות מתוארת גמישות רבה והתאמה לצורכי המטופל. דוגמאות לכך מופיעות באמירות שלהלן:

” הם מנסים להתאים את זה למטופל, הם מביאים, את יודעת, בהתאם, אם נגיד הייתה אישה מאוד דתייה, אז הם כתבו תפילות ולמדו תפילות ונתנו מקום לדת בתוך זה. הבן שלה שנהרג בתאונת דרכים הוא היה מוזיקאי וכתב שירים, אז הם קראו את השירים שלו, הם ניתחו את השירים שלו. זה עבודה מאוד אישית דתית כזאת. היה מישהו שהוא בחר הייטקיסטי כזה, איזה מנכ”ל בכיר בהייטק, משהו רחוק לגמרי מרוחניות. אבל דווקא בגלל זה, זה קסם לו. הוא כבר היה בטיפולים, הוא רצה משהו אחר. אז שמה העבודה זה יותר, את יודעת, טקסטים שמותאמים לנושא שלו, לדברים שקשורים אליו.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

לתפיסת המרואיינים אחד הקשיים של ליווי רוחני כיום הוא חוסר בולט של מלווים דוברי ערבית, ובהתאם, זהו מענה שאינו מוצע כמעט לבני משפחה מהאוכלוסייה הערבית.

3. קבוצה טיפולית – יתרונו של מענה קבוצתי זה במפגש של השכולים עם בני משפחה אחרים שחוו אובדן דומה ומתמודדים עם קשיים דומים, בשילוב הנחייה והכוונה מקצועית:

” בקבוצה כזו הם אומרים דברים שהם מבינים אחד את השני בחצי משפט או בלי מילים או רק במבט, או כשהם מספרים משהו אז את רואה איך כולם עושים ככה עם הראש, דברים שאני כמנחה, כמטפלת יש לי אולי אמפטיה לזה אבל אני לא מבינה את זה בחוויה האמיתית של הדברים. אני יכולה להגיד לך על קבוצת הסבים, שהיה המון שיח על הקשר שלהם עם הילדים שלהם שאיבדו ילד. כי הם איבדו נכד אז בעצם הילדים שלהם הפכו להורים שכולים וזה חוויה שאני לא מכירה אותה. אז אני שומעת שהם מדברים על זה שהילד שלהם פתאום נהיה לו רע, כעוס כלפיהם. ילד שלפני זה היה מאוד קרוב וכל זה, הם נכגעים ממנו. ההורה השני, הסבא השני מבין בדיוק על מה מדובר ויכול להדהד להם את זה מהמקום של החוויה שלו [...] והתחושה הזאת שמישהו מבין אותך כל כך לעומק היא מאוד מחזקת.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

אחת העובדות הסוציאליות סיפרה על אם שהיא ליוותה ותיארה את הקבוצה כמענה שסייע לה יותר ממענים אחרים:

” היא בכלל לא זכרה את כל הדברים האלה שהיא קיבלה [במסגרת מרכזי הסיוע], הדבר שהכי עזר לה הייתה הקבוצה. כי לשבת בקבוצה עם אימהות אחרות מבחינתה היה הכי משמעותי. זאת אומרת שם היא הרגישה הכי מובנת, יותר מכל מקום בעולם.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

בקבוצה יכולים להירקם קשרי תמיכה שימשיכו גם אחרי שיסתיימו הפגישות, וזה יתרונה הנוסף.

” בקבוצה של ההורים בתאונות דרכים שהנחיתי נשאר קשר מאוד מאוד הדוק לפחות בין שלוש משתתפות שם. בקבוצה של הסבים אני לא בטוחה כי הם היו מפוזרים בכל הארץ. הקבוצה של התאונות דרכים הם כולם היו מאותו אזור, אז הם המשיכו להיפגש לקפה אחר כך וכאלה, את יודעת. זה אחרת, וסבים לדעתי לא נשארו בקשר. אבל יש קבוצת ווטסאפ אז הם לפעמים כותבים שם דברים. זאת אומרת הם כן, כל פעם שיש יום השנה או איזה אירוע מיוחד וזה הם כותבים שם ואז הם מגיבים אחד לשני, הם שולחים חג שמח שם, יש רצון לשמור על משהו בתוך הקבוצה.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

מרכזי הסיוע מפעילים מדי שנה יותר מ-50 קבוצות ייחודיות ומגוונות הן מבחינת המתודה הן מבחינת משך הזמן שהן פועלות. מנהלת תוכנית מרכזי הסיוע סיפרה שיש קבוצות ארוכות טווח, קלסיות, הנפגשות אחת לשבועיים במשך שנתיים, והמתודה היא שיחה קבוצתית. עוד היא סיפרה שמרכזי הסיוע יוזמים קבוצות ייחודיות שמתמקדות בטיפול קבוצתי באמצעות כלים יצירתיים כמו וידאותרפיה, פסיכודרמה ועוד.

מרואיינים שעובדים במרכזי הסיוע דיווחו שיש משום אתגר בפתיחת קבוצות, והסבירו שהסיבה לכך היא התמקדות הקבוצות בסוג מסוים של אובדן או קרבה למנוח, ולעיתים אין די משתתפים מתאימים לקבוצה. למשל, יש קושי לפתוח קבוצה טיפולית לאחים ויתומים כתוצאה מהתאבדות, מכיוון שהאוכלוסייה שמקבלת מענה מן המרכזים מפוזרת בשטח גאוגרפי רחב. משמעות הדבר שבני משפחה עשויים להתקשות בהגעה למרכז שבו יתקיימו המפגשים מדי שבוע לתקופה ממושכת, כפי שמתבקש בהתחייבות לתהליך קבוצתי. לדברי אחת העובדות הסוציאליות, אתגר זה בולט יותר בקרב האוכלוסייה הערבית:

”
אם אני אפגוש משפחה בדואית אז אני לא אגיד לה: 'תשמעו יש לנו מענה של קבוצות', כי אין, יש בתל אביב ליהודים, זה לא רלוונטי אליהם, למרות שאנחנו חושבים איך לעשות את זה, אבל זה לא רלוונטי אליהם ברמה של הפגישה. אז אם זה בכלל לא רלוונטי זה לא מוזכר, ברמת התכלס. לצערי הרב זה לא רלוונטי לרוב האנשים, אבל כן אנחנו שואלים. חלק מהאנשים שומעים על זה איכשהו ורוצים, אז אנחנו שומרים את הפרטים שלהם ועוברים על זה מדי פעם כדי לראות אם יש לנו מספיק אנשים לפתוח קבוצה." (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

עם זאת, העובדות הסוציאליות תיארו נקודת מפנה שקרתה בתקופת מגפת הקורונה, עם הטמעתו של ממשק הזום בארץ ובעולם. כך, במרכזי הסיוע נוצרו קבוצות "חוצות מרכזים" שעסקו בסוגיות משותפות והתקיימו בזום, ובני המשפחות השתתפו בתהליך טיפולי-קבוצתי מביתם (ראו הרחבה בתת-פרק 4.2.5 "תפיסות על עבודת מרכזי הסיוע בתקופת הקורונה").

4. התנדבות – ההתנדבות הזכרה רק בראיונות ספורים. אחת המפקחות תיארה בקצרה שבעת ביצוע המחקר מערך ההתנדבות קורם עור וגידים. בהתאם, עלה מסקר שביעות הרצון שנערך במרכזי הסיוע שהתנדבות הוצעה רק ל-11% מבני המשפחה שטופלו ביחידת הסיוע. המטרה היא שבני משפחה שהתמודדו עם אובדן יעברו תוכנית הכשרה ולאחריה יוכלו להתנדב ולסייע למשפחות אחרות מתוך הבנה שבהתנדבות יש היבט תרפויטי שמסייע לשני הצדדים.

5. מענה אוניברסלי: ימי זיכרון – מהראיונות עולה שמרכזי הסיוע יוזמים אחת לשנה יום זיכרון ארצי לכל אחד מסוגי האובדנים האזרחיים המוכרים – תאונות דרכים, אובדנות ועבירות המתה – ומזמינים משפחות שמקבלות ליווי במרכזי הסיוע, בהתאם לסוג האובדן. אחת מן המרואיינות סיפרה שבעבר היה רק יום זיכרון אחד, והוא הוקדש להרוגי תאונות דרכים. לאחר תקופה מסוימת הוסיפו יום זיכרון לנפגעי עבירת המתה, ובחמש השנים האחרונות החלו לקיים יום זיכרון גם לשכולי האובדנות. לדבריה, ימי הזיכרון מבטאים את הכרת המדינה באובדנים מסוג זה. היא הדגישה שהם מספקים במה לאובדנות בשיח הציבורי. מרואיינת אחרת תיארה את הייחודיות והמשמעות של ימי הזיכרון של מרכזי הסיוע:

”
אני חושבת שיש המון משמעות לימי זיכרון, גם לפונים וגם לעובדים. שפתאום יכולים ככה לעמוד בגאווה ולראות את המלווים שלהם מודים. זה נורא עוצמתי הימים האלה, קשה לתת לזה מילים מדויקות, אבל לראות את המלווים פתאום ביחד באותו יום וללוות אותם לתוך הדבר הזה, יש לזה המון משמעות בעיניי." (נציגת מטה משרד ממשלתי)

יש לציין שלמרות ייחוס המשמעות הרב להנצחה ולזיכרון, מניתוח ממצאי הסקר עולה שרק 22.9% מהמשיבים השתתפו בטקסי הזיכרון בשנת 2021. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין גברים ונשים בדפוסי ההשתתפות בטקס יום הזיכרון, אך נמצא הבדל בין משיבים בגילים שונים ($c(4) = 12.54, p = .014$). עוד נמצא שאחוז בני 65+ שדיווחו על השתתפות בטקס הוא הגבוה ביותר, ועומד על 37.9%; בקרב שכולים שגילם עד 25 ובקרב בני 50–65 אחוז המשתתפים נמוך יותר, 25%; ובקרב בני 25–49 רק 16% משתתפים (**לוח ו-1**).

ה. דרכי העבודה במרכזי הסיוע: ליווי המשפחה על ידי העובדת הסוציאלית ומעקב אחר הטיפול של שירותים נלווים לאחר פגישת האינטייק והתאמת המענים הטיפוליים לבני המשפחה מתחילה העובדת הסוציאלית תהליך ליווי למשך כשנתיים. אחת העובדות הסוציאליות העידה שמהות הליווי היא יצירת קשר בעל ערך עם המשפחה.

קודם כול אני מציעה להם את עצמי, את עצמי כמלווה במשפחה, כנוכחות, כהקשבה, כתמיכה." (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

לכל משפחה צרכים משלה: יש משפחות שמעוניינות בקשר אינטנסיבי ובשיח שוטף על האובדן, הטרומה וההתמודדות. משפחות אחרות זקוקות בעיקר לידיעה שהעובדת הסוציאלית זמינה להן בעת הצורך. כך עולה מדבריה של אחת העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע:

ואז זה עובר לשלב הליווי. יש משפחות שאני יודעת שאני חייבת להתקשר אליהן אחרי כמה ימים ולבדוק מה קורה, כי הן בסערה, יש משפחות שאני כבר מבינה שהן לא רוצות כרגע, או שהן מספיק מלוות ונתמכות, והקשר הבא יהיה בעוד חודש, או בכלל עוד חצי שנה, תלוי בהתפתחויות. וכן, תהיה להן תמיד את האפשרות לפנות אליי, יש להן את הפלאפון שלי, יש להן את הפרטים, זהו, זה שלב הליווי, זה שונה ממשפחה למשפחה, לפעמים זה כולל ביקורים." (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

יש שבשלב הליווי נאלצים בני משפחה להמתין לטיפול פסיכותרפויטי זמן ממושך. חלקם זקוקים לתמיכה רגשית אינטנסיבית יותר מזו שהעובדת הסוציאלית יכולה להעניק להם בתקופה זו. במקרים אלה העובדות הסוציאליות מתווכות בין המשפחות למחלקות לשירותים חברתיים באמצעות ייזום פגישה משותפת, ודואגות לכך שבני המשפחה יקבלו מעטפת תמיכה נוספת והחזקה עד לקבלת הטיפול. המרואיינים סבורים שיש משפחות שנמנעות מטיפול במחלקות לשירותים חברתיים בשל חשש ששמים יכתם.

העובדות הסוציאליות סיפרו שכאשר בני משפחה מתחילים טיפול פסיכותרפויטי הן חשות הקלה בידיעה שהם פחות מוצפים רגשית. בשלב זה הן מתמקדות בשמירה על קשר עימם, ובמקרה הצורך מציעות להם מענים בקהילה ומתווכות בין המשפחות ונותני המענה. כמו כן הן יוזמות שיחות טלפון עם ראש המשפחה או ראשת המשפחה כדי לעקוב אחר התקדמות הטיפול הפסיכותרפויטי שניתן לבני המשפחה. זאת ועוד, הן מקבלות דיווח רשמי על מספר המפגשים שהתקיימו בטיפול הפרטי ומידע בנוגע להתרשמות המטפל או המטפלת מהתקדמות הטיפול, בין היתר כדי לבצע את ההליך הבירוקרטי לצורך קבלת החזרי תשלום ממשרד הרווחה. לתפיסת העובדות הסוציאליות מעקב אחר ההתקדמות במסגרת הטיפולים הפרטיים מעמיס על עבודתן, האינטנסיבית מאוד ממילא. עם זאת הן ציינו שהוא מאפשר להן להיות מעורבות בטיפול בבני המשפחה.

כל סוף חודש נקבל את הדיווחים, נכין אותם, נארגן אותם, נעביר אותם בדיווח למשרד הרווחה. כולל דרישות התשלום. כן קבלות, לא קבלות. המעקב אחרי מספר הטיפולים. המעקב אחרי טיפולים, בסופו של דבר יש לנו מרכז אדמיניסטרטיבי שהוא אמון על כל הנושא של הדיווח למשרד הרווחה, אבל העובדים הסוציאליים מוצאים את עצמם גם בתוך הדבר הזה. אז המנגנון הוא לא פשוט מהבחינה הזאת." (מנהלת תוכנית מרכזי הסיוע)

לצד המעקב אחר התקדמות הטיפול הפסיכותרפויטי, העובדות הסוציאליות חוזרות ומעבירות למשפחות השכולות את המסר שהן זמינות לכל צורך שעולה. אחת העובדות הסוציאליות הסבירה שיש חשיבות למעקב אחר המשפחות ולזמינות להן כי צורכי בני המשפחה משתנים עם הזמן ורצוי לבדוק אותם מעת לעת. עובדת סוציאלית אחרת השתמשה במילה "למידה" בהקשר של תהליך הליווי. מדבריה עולה שהליווי אינו קבוע אלא משתנה ומצריך למידה הדדית, וכן הרהור וחשיבה הן שלה הן של בני המשפחה על התהליך שהם עוברים ועל צורכיהם המשתנים.

העובדות הסוציאליות ציינו את הערך המוסף שהן מביאות כנשות מקצוע, את יכולת ההקשבה, ההכלה והנכחות שלהן לצד מקצועיות בלתי מתפשרת ומומחיות בתחום האובדן והשכול. עם זאת, אחת מן העובדות הסוציאליות טענה שיש עומס רב בעבודתן, ולכן ליווי המשפחות אינו צמוד כפי שהייתה רוצה. מן הראיונות עלה שאחת הסיבות לעומס היא עודף מקרים מכיוון שיותר אנשים מן האוכלוסייה שצורכת את שירותי מרכזי הסיוע מאובחנים עם בעיות בתחום בריאות הנפש. לדברי המראיינים, ריבוי בעיות מסוג זה ניכר בעיקר בקרב שכולי אובדנות ובקרב משפחות באוכלוסייה הערבית, המתאפיינת בצרכים מרובים וסובלת ממחסור בשירותים טיפוליים עם מומחיות בתחום האובדן.

בסקר נשאלו המשיבים באיזו מידה הם שבעי רצון ממאפיינים שונים הנוגעים לקשר שלהם עם העובדת הסוציאלית במרכז הסיוע (לוח ו-2 בנספח ו). סך הכול 72% דיווחו כי הם מרוצים במידה רבה או רבה מאוד מן הליווי שקיבלו מהעובדת הסוציאלית, 73% דיווחו שהרגישו במידה רבה או רבה מאוד שהעובדת הסוציאלית היא כתובת לפנייה בעת הצורך ו-60% דיווחו שהעובדת הסוציאלית סייעה להם לקבל מידע ולממש זכויות שמגיעות למשפחה.

כמו כן בהשוואת הממוצעים (לוח ו-2 בנספח ו) בין יהודים לערבים נמצאו הבדלים בכל שלושת ההיגדים, ואלה מצביעים על שביעות רצון גבוהה יותר בקרב היהודים שהשיבו על הסקר. שיעור היהודים שדיווחו על שביעות רצון גבוהה מהליווי שקיבלו (ממוצע = 3.94, סטיית תקן = 1.293) גבוה משיעור הערבים שדיווחו כך (ממוצע = 3.44, סטיית תקן = 1.374); $F(1,398) = 5.804, p = .016$. שיעור היהודים שדיווחו שהרגישו שהעובדת הסוציאלית היא כתובת לפניית (ממוצע = 3.97, סטיית תקן = 1.325) גבוה משיעור הערבים שדיווחו כך (ממוצע = 3.36, סטיית תקן = 1.433); $F(1,234) = 8.326, p = .004$. זאת ועוד, שיעור היהודים שדיווחו כי העובדת הסוציאלית עזרה להם לקבל מידע ולמצות זכויות (ממוצע = 3.55, סטיית תקן = 1.485) גבוה משיעור הערבים שדיווחו כך (ממוצע = 3.04, סטיית תקן = 1.476); $F(1,234) = 4.319, p = .038$.

בראיונות עם אנשי המקצוע נחשפו תפיסות שלפיהן תהליך הליווי כפי שהוא כיום מתמקד בעיקר בתיאום ותכלול הטיפול ואין מספיק זמן וקשב לקיים קשר קרוב עם כל משפחה, התואם את צרכיהן של המשפחות. אחת מן העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע תיארה שחזונה הוא שהליווי יהיה צמוד יותר ואישי יותר:

” הייתי רוצה שהליווי יהיה משהו הרבה יותר קטן, משהו הרבה יותר אישי, משהו שמאפשר באמת ליווי. קוראים לזה ליווי אבל זה יותר תכלול, יותר להבין מה כל אחד צריך ולחבר לו ולהמשיך הלאה.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

” דבר ראשון לשיפור זה כמות המשפחות שכל אחד מאיתנו מלווה. היכולת שלנו להיות שם בשבילים [...] כשזה כל כך הרבה משפחות היא מעטה. אני הייתי רוצה להגיע לכולם פעם בחודש. לא רק לבודדים. אני הייתי רוצה לא רק להיות בקשר טלפוני, גם לפגוש אותם. לא את כולם, אבל שתהיה את האפשרות, היום אין לי זמן לזה”. (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

בהקשר זה, מניתוח נתוני הסקר עולה שלא נמצא הבדל מובהק בתדירות הקשר עם העובדת הסוציאלית ממרכז הסיוע בין יהודים לערבים (לוח ו-3 **בנספח ו**). בסך הכול 59% מהמשיבים דיווחו שהיו בקשר עם העובדת הסוציאלית לפחות פעם בחודש. חשוב לציין שמדובר בקשר טלפוני, וייתכן שאין בו די כדי לענות על צורכי המשפחות, לבטח במקרים מורכבים.

מן הראינות עם אנשי המקצוע עלו תפיסותיהם בנוגע לתיווך בין המשפחות ובין השירותים השונים בקהילה, למשל תיווך בין המשפחות ובין המחלקות לשירותים חברתיים ותיווך בין המשפחות ובין מרכזים או מרפאות שמעניקים סיוע בתחום בריאות הנפש. כך למשל סיפרה אחת מן ממנהלות תוכנית מרכזי הסיוע:

” כשנכנסים למשפחה אחרי אובדן הרבה פעמים צפים ועולים הרבה, הרבה, הרבה סיפורים ומערכות יחסים ופתולוגיות מאוד קשות ואנחנו מאוד מאוד מנסים לדייק את המענה ככה שאם יש מישהו עם צרכים של בריאות הנפש נוכל להפנות אותם למסגרת המתאימה. ונכון שזה לא כתוב במרכז. זה נכון שזה לא מענה שלנו. אבל אנחנו כבר שם, אז אנחנו מחפשים, יוצרים את הקשרים, פונים, מפנים, לוחצים שיקבלו. בעצם עושים את העבודה שהמערכת אמורה הייתה לעשות בעצמה.” (מנהלת תוכנית מרכזי סיוע)

כמה מנשות המקצוע ממטה משרד הרווחה וכמה עובדות סוציאליות טענו שהעובדות הסוציאליות ממשיכות ללוות את המשפחות גם יותר משנתיים, משך הזמן הרשמי שהוקצב לליווי. חלק מן העובדות הסוציאליות סיפרו שהן מתקשות לומר למשפחות שכולות שיפסיקו להעניק להן שירות משום שתם הזמן המוקצב לליוויין, ולכן הן משאירות ברשימותיהן משפחות אלה ובוחנות אמצעים לסייע להן אם המשפחות פונות אליהן.

” יש לי מלא משפחות, אם אני סוכרת נגיד משפחות שיש לי בליווי, שזה בעצם עד שנתיים, אבל יש הרבה משפחות מעבר, יש משפחות שלוש שנים, ארבע שנים, חמש שנים, שולחות ווטסאפ, מתקשרות, שואלות, את לא יכולה להגיד 'לא' למשפחה, את לא יכולה לוותר עליהם. יש מידה של מחויבות בעבודה הזו, שהיא קצת מעבר למחויבות המקצועית, יש מחויבות אנושית והיא אישית כאילו כלפי המשפחה הכאובה.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

למעשה, תהליך הליווי אינו מסתיים באופן רשמי, והפסקת הטיפול בפועל מתרחשת בעיקר ביוזמת המשפחה, כפי שעולה מן הדברים האלה:

” בתום השנתיים האלה יש כמה אפשרויות. האפשרות הנפוצה היא שהאנשים כבר עברו את הטיפול, מיצו את זכויותיהם, הפסיקו להתעניין בלהיות איתנו בקשר, פשוט מציינים לנו שנגמרו השנתיים. אם יחזרו להיות איתנו בקשר נבדוק איך לעזור להם, אם הם לא יחזרו להיות איתנו בקשר כנראה לא נחפש אותם אלא אם כן הם נורא יתאימו לאיזה קבוצה או משהו כזה. אם אנשים נמצאים במהלך טיפול או טיפול קבוצתי, אז הם פשוט ממשיכים ולא מודעים שנגמרו השנתיים שלהם, בקיצור, לא קורה שום דבר אחרי השנתיים האלה, חוץ מנגיד שאנחנו מנסים ומשתדלים להתחיל לחשוב על זה.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

בהקשר זה חשוב לציין כי קובעי המדיניות סבורים שיש לשים גבול ברור יותר בסיום תהליך הליווי במרכזי הסיוע ולהפנות לשירותי המשך בקהילה.

4.2.3 תפיסות על אודות היתרונות של מרכזי הסיוע והאתגרים שמרכזי הסיוע מתמודדים איתם בטיפול במשפחות שכולות

בפרק זה יתוארו היתרונות של מרכזי הסיוע והאתגרים שמרכזי הסיוע מתמודדים איתם בטיפול במשפחות שכולות כפי שבאו לידי ביטוי בראיונות עם העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע, מנהלות תוכנית במרכזי הסיוע ואנשי מקצוע מהמטה.

א. תפיסות על אודות היתרונות של מרכזי הסיוע

1. ליווי כוללני

מרואיינים שונים סברו כי היתרון המרכזי של מרכזי הסיוע הוא המענה הכוללני שניתן בהם, הנשען על התפיסה שלפיה יש לתת מענה לצרכיו הייחודיים של כל אחד מבני המשפחה בד בבד עם מענה למשפחה כולה בתור מערכת אחת. השירות כולל מענים לצרכים מסוגים שונים, והוא מבוסס על עבודת תכלול שוטפת, מעקב אחר הצרכים, מתן מענים בפועל ותיווך בין המשפחות ובין שירותים שונים בקהילה.

2. חיבור בין ידע מן השדה לידע אקדמי ויצירת מומחיות בתחום אובדן ושכול

יתרון נוסף שנחשף בדברי המרואיינים ממטה המשרד הממשלתי וממרכזי הסיוע היא שהשירות שניתן מבוסס על חיבור בין ידע מן השדה המקצועי לידע אקדמי עדכני:

” אני חושב שאנחנו עובדים צמוד עם גופים בעלי ידע ועם חיבור בין הקורסים לעבודה לאקדמיה למערך האקדמאי. אני לא רוצה להגיד שהעבודה מבוססת תוצאות, אבל זה שם. עבודה מבוססת ידע. בהחלט יש פה רבדים של ניסיון שנצברים לצד קריאת חומרים אקדמיים כל הזמן, וכל הזמן יש חיבור בין האקדמיה לשטח.” (נציג מטה ממשרד ממשלתי)

דברי המרואיינים הצביעו בעקיפין על כך שהתפיסה המקצועית שלהם מושתתת על תאוריות מרכזיות בעבודה סוציאלית, ובהן התאוריה האקולוגית (social-ecological model) ותאוריית המערכת המשפחתית (family system theory), ותיאוריות מתחום השכול. החיבור בין הידע המקצועי בשטח לידע האקדמי נותן תוקף (validity) לעבודת העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע. נציג מטה ממשרד ממשלתי סיפר שבמסגרת בית הספר המרכזי להכשרת עובדים סוציאליים נוצרו קורסים שמטרתם לפתח מומחיות בטיפול באובדן ושכול ומיומנויות במסירת ההודעה המרה. כלומר, השירות שניתן למשפחות הוא אינו שירות "כללי" של עבודה סוציאלית, אלא שירות שמונחה על ידי הכשרה ייעודית-מקצועית. כך הוא תיאר זאת:

” אני חושב שפה לא יצרנו איזושהי מהפכה גדולה. איפה כן ייצרנו מהפכה? כשבאנו ואמרנו שהעובד הזה צריך ללמוד איך לעשות את זה. נשמע טריוויאלי, אבל אם אנחנו מסתכלים על האחים הגדולים שלנו, משרד הביטחון, מה הוא מבקש מבן אדם? שכדי שיטפל במשפחות תהיה לו תעודת תואר שני בעבודה סוציאלית, כאלה דברים. הוא לא בודק אם עשו קורס בתחום השכול. זה לא מעניין אותנו, נכון? לוקחים כאיזושהי הנחה שעובדים סוציאליים, פסיכולוגים יודעים לטפל בשכול, ואנחנו באנו מנקודת הנחה שהם לא יודעים לטפל בשכול כי לא היו להם קורסים באוניברסיטה של טיפול בשכול.” (נציג מטה ממשרד ממשלתי)

3. העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע איכותיות ומקצועיות

בקרב המרואיינים הייתה הסכמה רחבה שהעובדות הסוציאליות שעובדות במרכזי הסיוע איכותיות ומקצועיות. הן תוארו בתור מי שעוסקות בתחום של אובדן ושכול מתוך שליחות רבה וגאווה יחידה וכמי שמרוצות מבחירתן ללוות משפחות שהתמודדו עם אובדן. כלל המרואיינים הסכימו שהעובדות הסוציאליות מחויבות לעבודתן בהיבט הרגשי והמקצועי כאחד, דבר אשר מאפשר שיתוף פעולה פורה ביניהן. אחת מן העובדות הסוציאליות העידה על עצמה שהיא אוהבת מאוד את עבודתה, ושלתפיסתה אם לא הייתה מאמינה ביכולת של המשפחה לצמוח מן המשבר לא הייתה יכולה להמשיך בעיסוקה. להלן כמה דוגמאות מן הראיונות:

” דבר ראשון החוזק הוא ההון האנושי שקיים, הבחירה של העובדים, האישיות שלהם. הם פשוט עובדים ברמה מאוד מאוד גבוהה רגשית, מקצועית, זו עבודה מאוד מאוד קשה. להיות בתוך השכול כל כך הרבה ולנסוע למשפחות ולחפש אותם ולמצוא אותם, זה עבודה מאוד קשה. הדבר הראשון אני רוצה להגיד שיש עובדים מדהימים. וזה מרגש אותי כל פעם לפגוש אותם מחדש. החום שלהם. עבודת הצוות גם ביניהם, יש שיתופי פעולה טובים והם מאוד סובלניים ומכילים והם חברים. אני חושבת שבלי זה זה היה קשה.” (מפקחת)

נקודות החוזק הן שבאים אנשים עם passion [תשוקה] בדרך כלל, עם איזושהי תחושה שליחות. אי אפשר בלי זה.” (נציג מטה ממשרד ממשלתי)

” אני לא עושה את זה בשביל הכסף הקטן שאני מקבלת, אני עושה את זה כי אני מחוברת לזה. אני מחוברת למשפחות האלה. אז אני אעשה את זה גם בשישי וגם בשבת אם יש צורך. אף פעם לא יקרה שמשפחה תתקשר אלי ואני אגיד להם: 'לא תודה אני לא אדבר אתכם עכשיו.'” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

4. גמישות והחרגת המענה בעת הצורך

כמה מרואיינים תיארו מקרים שבהם העובדות הסוציאליות המשיכו לתווך בין יוזמות בקהילה ובין משפחות שאיבדו את יקיריהן חמש שנים קודם לכן, ואם טרם נערך החיבור בין המשפחות למחלקה לשירותים חברתיים אף תיווכו ביניהן. נוסף על כך הן הציעו למשפחות להשתתף בקבוצות טיפול במרכזי הסיוע.

” לא אמרנו 'לא' לאף אחד שביקש להצטרף לקבוצה טיפולית. גם אם הוא לא עומד בקריטריונים. גם אם עברו שלושים שנה.” (נציג מטה ממשרד ממשלתי)

המקרים שתוארו מבטאים את המחויבות הרבה של מפעילי מרכזי הסיוע בכל הדרגים לסיוע לבני המשפחות השכולות באשר הן, אלו שאובדנן מוכר ואלו שלא.

ב. תפיסות על אודות הקשיים שנגרמים עקב המדיניות ומשפיעים על מערך השירות של מרכזי הסיוע בחלק זה יוצגו קשיים ואתגרים בעבודת מרכזי הסיוע ובמשק עם שירותים נוספים, כפי שעלו מתפיסותיהם של המרואיינים.

1. הקשיים שמתעוררים עקב המדיניות בסיוע למשפחות שכולות

בראיונות עם העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע ואנשי מקצוע מתחומים משיקים עלו כמה החלטות במדיניות משרד הרווחה ביחס למשפחות שכול אזורי שמאתגרות את מרכזי הסיוע ואת העובדות בהם ומקשות על המשפחות השכולות, ואלה הן:

היעדר סיוע למשפחות שכול אזורי לא מוכר – כמה מרואיינים ביקרו את מדיניות הסיוע הרשמית הנוכחית, שאינה מיועדת למשפחות שכול אזורי לא מוכר אף על פי שיייתכן שהיה טראומטי או אלים כאובדן ושכול כתוצאה מתאונות דרכים, אובדנות ועבירות המתה. על כך אפשר לקרוא בהרחבה בתת-הפרק 4.1.2 “צורכיהן של משפחות שכול אזורי בישראל”.

הגבלת מתן הליווי והסיוע לחמש שנים מיום האובדן – כיום הטיפול במרכזי הסיוע מוגבל לשנתיים, ולצורך קבלת הטיפול אפשר לפנות למרכזי הסיוע מיום האובדן ועד חמש שנים מאוחר יותר לכל היותר. קובעי המדיניות סיפרו שהתקציב שהמדינה מקצה לטיפול במשפחות שכול אזורי מוכר מוגבל, ולכן הוחלט לשים דגש בחיזוק המשפחות סמוך להתרחשות האובדן ומניעת החמרה במצבן. רבים מהמרואיינים הצרו על הגבלת משך הזמן שבו אפשר לקבל סיוע, בעיקר היות שחלק מן המשפחות או בני המשפחה השכולה אינם בשלים דיים לקבל ליווי וסיוע בשנים אלה. לעיתים הצורך בסיוע מתעורר מאוחר יותר, אלא שאז המדיניות אינה מאפשרת את צריכת השירות.

” היום זה מוגבל לחמש שנים, לצערנו. יש לנו הרבה הרבה עניינים סביב הדבר הזה, כי במיוחד נגיד בנושא של אובדנות יש משפחות שההכרה בצורך בליווי ובעזרה נפשית מתעורר אחרי הרבה מאוד שנים, ולצערנו היום אין לנו מענה עבורם.” (מנהלת תוכנית מרכזי הסיוע)

סוגיה זו באה לידי ביטוי ביתר שאת בקרב משפחות מן האוכלוסייה הערבית בגלל ההתייחסות התרבותית הייחודית לחלק מסוגי האובדן. למשל, במקרה של אובדנות נראה שיש בוושה והכחשה גדולה של נסיבות האובדן, ולכן המשפחות מתקשות לפנות לעזרה ולבקש טיפול בשנים הראשונות. כך סיפרה אחת מן המרואיינות בנוגע למשפחה מן האוכלוסייה הערבית שהיא מלווה:

” יש לי בני משפחה שפנו אליי אחרי עשר שנים. הם אמרו לי: 'היום אנחנו עיכלנו שאנחנו לא יכולים לבד. אנחנו נגיד לכם את האמת. שנה וחצי, שנתיים, אמרנו, זה מאלוהים. מה, אנחנו נערער על החלטת אלוהים? לא, זה בסדר גמור. זה מאלוהים, אנחנו נקבל'. אבל אחרי כמה שנים הם הבינו שהם לא יכולים יותר לבד.”
(פסיכותרפיסטית, אנשי מקצוע מתחומים משיקים)

היעדר הבטחות המספקת לליווי וטיפול בחמש שנים הראשונות בולט בייחוד אצל ילדים. בחלק מן המקרים הילדים צעירים בעת התרחשות האובדן ואינם בשלים דיים לטיפול או שאינם מרגישים צורך בו, גם לא בטווח של חמש שנים מיום האובדן. עם זאת, ייתכן שבחלוף חמש שנים או יותר תחושותיהם בדבר טיפול ישתנו. חלק מן המרואיינים ביקרו מדיניות זו, שאינה מותאמת למאפיינים הייחודיים של ילדים ולתהליך ההתפתחות שלהם.

” אני חושבת שזו טעות חמורה [להעניק טיפול לילדים עד חמש שנים מזמן האובדן]. אני חושבת שילדים לפעמים בהתחלה לא רוצים לדבר עם אף אחד, הם רוצים רגע, הם עוד לא מבינים מה קרה להם, הם באמת לא מבינים, ואז כשהם כבר בשלים, הם כבר לא יוכלו לקבל את זה.” (פסיכותרפיסטית, אנשי מתחומים משיקים)

בהקשר זה יש לציין שלשם קבלת טיפול לילדים אפשר להגיש בקשה חריגה גם אם חלפו למעלה מחמש שנים מאז האובדן. אף על פי שברוב המקרים יאושר הטיפול, התהליך חריג ואינו מוצהר כחלק ממדיניות משרד הרווחה.

הגבלת הטיפול הנפשי לשנתיים או ל-45 מפגשים – מרואיינים רבים התייחסו לפרק הזמן ולהיקף שמוגדרים לטיפול נפשי מסובסד כסוגיה שיש לבחון מחדש. כאמור לעיל, טיפול נפשי בתחנות ניתן בעת הצורך לשנה, ובאישור מיוחד אפשר להאריכו עד לשנתיים בסך הכול. טיפול פרטי ניתן ל-35 מפגשים או לשנה (הקצר מביניהם), ובעת הצורך אפשר להאריכו באישור המפקחת ל-45 מפגשים לכל היותר. כך אמרה אחת העובדות הסוציאליות בהתייחס לפער בתמיכה בין משפחות שכולות על רקע ביטחוני ומשפחות שכול אזרחי:

” כמו שתומכים במשפחות השכולות של משרד הביטחון ככה אנחנו רוצים לתמוך במשפחות השכולות של השכול האזרחי. הפער הוא עדיין עצום. אם בן משפחה של משרד הביטחון יכול לקבל טיפול נפשי מעתה ועד עולם, בלי מגבלה, אצלנו יש מגבלה. באישור חריג זה עד שנתיים בתחנה ובטיפול פרטי זה 35 פגישות. זה לא מספיק. בהרבה מקרים זה לא מספיק.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

חלק מהמרוויינים סברו שאין להגביל את משך הטיפול הנפשי מכיוון שכאב האובדן אינו פוסק, ובכל תקופת חיים נחוזה אחרת.

”הכאב לא נגמר אחרי עשר שנים וגם לא אחרי חמש שנים וגם לא אחרי שהם מסיימים את ה-35 טיפולים. הכאב מלווה אותם לכל החיים. וזה רק מוכיח את העובדה שהאובדן זה משהו שתוקף אותנו, שמלווה אותנו לכל החיים. המענים שלנו, לצערי הרב, כאילו אני מאוד מעריכה את המענים האלה כי זה יותר טוב מכלום, אבל זה לא משהו שילווה אותם לכל החיים. ה-35 פגישות בסופו של דבר יסתיימו, ומה הלאה? מי כאילו יישאר איתם? אז לצערי האובדן זה לא משהו שמפחיתים אותו או שמעלימים אותו או ששוכחים אותו. אז מישהו צריך שייתן להם מענה גם אחרי עשר שנים, גם אחרי עשרים שנה. כי זה משהו שיש בו צורך.” (מנהלת תוכנית הסיוע)

יש גם משפחות שמסתפקות בליווי הבסיסי, כפי שעולה מדבריה של מנהלת תחנה לטיפול זוגי ומשפחתי:

”יש אנשים שמגיעים ממוקד, רוצים לעשות משהו מאוד ממוקד. הם מבקשים לסיים בתום השנה, הרבה פעמים שנה גם מייצגת עבורם זמן סביר לאבל – ‘זהו, אני לא מתאבל יותר’ [...] אבל בהמון טיפולים אחרים זה ממש לא ככה.” (מנהלת תחנה לטיפול זוגי ומשפחתי)

אך יש לזכור שבעבור משפחות אחרות פרק הזמן והיקף המפגשים אינם מספקים, וסיום הטיפול מוקדם מדי עלול להיות טראומטי.

”זה לפעמים טראומטי לסיים טיפול אחרי שנתיים. כי אם באותו זמן הם חווים משהו מסוים בזמן שאנחנו מלווים אותם, ואנחנו לא יכולים לתכנן מה הם יחוו, דברים קורים להם, זה יכול להיות מאוד טראומטי לסיים את זה לא בזמן. וזה יוצר גם תחושה מאוד קשה לעובדות. מכניס אותן למצוקה לפעמים.” (מנהלת תחנה לטיפול זוגי ומשפחתי)

לדברי מרוויינים שונים חשוב לאפשר למשפחות לחזור לטיפול נפשי במיוחד בתקופות רגישות וכאשר מופיעים זרזים שמציפים אותם מבחינה נפשית.

”משפחות שחוו טראומה מאוד קשה ולפעמים דבר קטן פתאום עשר שנים אחרי, אבל לפעמים זה גם דבר גדול, משפחות של נרצחים, אוקיי? יש ועדת שחרורים לרוצח. איזה משבר זה. אוקיי? לפעמים יש ועדות פסיכיאטריות קבועות בזמן שהוא בכלל מאושפז [...] שמחליטות אם הוא משוחרר לחופשה, ואולי לזה שהוא יכול לבוא לשכונה שלי. לפעמים רואים אותו בשכונה מטייל בחופשיות. דבר כזה יכול להפיל. אז אם אנחנו מאפשרים גם חזרה לטיפול אחרי כמה שנים או פשוט טיפול יותר ארוך. כאילו למה טיפול לשנתיים ולא לשלוש? או לארבע או לחמש. הרי הבעיה לא תסתיים אחרי שנתיים, אנחנו יודעים את זה.” (נציג מטה ממשרד ממשלתי)

התחנות לטיפול זוגי ומשפחתי מצליחות להתגבר על הקושי שמעוררים הגבלת פרק זמן הטיפול והיקפו בהציען המשך טיפול בעלות שאינה מסובסדת. עם זאת, יש משפחות שאינן יכולות להרשות לעצמן המשך טיפול בעלות גבוהה. אחת העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע הציעה לספק לבני המשפחה חלופות לטיפול נפשי.

” וגם אם אתם רוצים לתחום בזמן, תספקו להם מענה אחר. מישהו אחר שיראה אותם. גם אם הם יתעוררו אחרי עשר שנים ויגידו: 'זהו, אני לא יכול להתמודד עם זה יותר ועכשיו אני רוצה שמישהו יעזור לי'. קודם כול אני מברכת על האומץ הזה, לבוא אחרי עשר שנים ולהגיד: 'אני לא יכול יותר, אני רוצה עזרה'. אז בואו, אנחנו מברכים את זה, וזה ממש טוב שאתם מתעוררים אחרי עשר שנים, אבל אנחנו רוצים לתת לכם מענה ולא לסגור את הדלת ולהגיד אנחנו לא עוזרים לכם. זה משהו שממש כואב לי כשאני עושה את זה.”
(עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

היעדר שיוויון במתן הסיוע למשפחות שכול אזרחי מוכר – כל משפחות השכול האזרחי המוכר זכאיות לליווי ולשירותי טיפול נפשי, אך נפגעי עבירת המתה זכאים גם למענק כספי בסך 5,000 ₪ ולסיוע משפטי ללא עלות מטעם משרד המשפטים למשך שנתיים. רק שלושה מרואיינים התייחסו לסוגיה זו, אך ניכר שהיא בעלת משקל בעבורם. הם סברו שיש להעניק לכל המשפחות אותם מענים כי לכולן יש צורך בהם.

” חוץ ממשפחות רצח שמקבלות סיוע משפטי, שני התחומים האחרים לא מקבלים סיוע משפטי. המשפחות האלה מתמודדות עם כל מיני סוגיות משפטיות אחרות. נגיד תאונות דרכים במיוחד, כי יש שם הליך פלילי לפעמים. יש קשר עם המשטרה ויש תסכולים ויש כעסים ויש שאלות. המשפחה צריכה למצוא את עצמה מתמודדת עם זה לבד למשל. או גם משפחות של מתאבדים עולות כל מיני סוגיות משפטיות: ירושה, מעמד אישי וכל מיני דברים. אז לדעתי מגיע גם להן לקבל סיוע כזה.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

2. קשיים הקשורים לכוח האדם במרכזי הסיוע

להלן פירוט הקשיים שעומדים לפני שתי העמותות בניהול והפעלת התוכניות של מרכזי הסיוע:

פריסה גאוגרפית רחבה לכל העובדות הסוציאליות – תחום האחריות של העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע מתפרס על מרחב גאוגרפי עצום. לדברי המרואיינים מצב זה מכביד על עבודת הליווי השוטפת של העובדות הסוציאליות משתי סיבות: עליהן לנסוע כברת דרך ארוכה כדי לקיים ביקורי בית; עליהן להכיר רשויות רבות שבהן המענים זמינים ויש בהן אנשי קשר שיסייעו בחיבור לשירותים שונים, כמו מחלקות לשירותים חברתיים ומרכז לטיפול זוגי ומשפחתי – אם קיים.

עומס עבודה גבוה – כל אחת מן העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע אמורה לטפל ב-65 משפחות בקירוב בזמן נתון. בפועל, מדי חודש מצטרפות משפחות חדשות למעגל השכול, וגם אלה זקוקות לסיוע.

” לא יודעת אם אני יכולה אפילו להסביר את חוויית הכובד שאנחנו סוחבים. על כל משפחה, ותבינו, זה משפחות שמצטרפות. כל חודש כל העובדים הסוציאליים נוספות לו עוד ועוד משפחות נוסף על הקיימות [...] לפי המרכז הם [העובדים הסוציאליים] אמורים לטפל ב-65 משפחות. אבל אם לעובד כל חודש נוספים חדשים אז אנחנו מהר מאוד עוברים את המכסה הזאת!” (מנהלת תוכנית מרכזי הסיוע)

אחת המרואיינות ציינה שהעומס נוצר בעיקר בשנים האחרונות עם התגברות המודעות בציבור לקיומם של מרכזי הסיוע ולשירות שהם מעניקים, ובגלל האלימות הגואה באוכלוסייה הערבית.

” אני לבד לא יכולה לספק את המענה האידיאלי לכל המשפחות שיש לי. וזה משהו שכל הזמן הולך ומתעצם. זה לא מצטמצם. הרצח לא מצטמצם, כל יום יש מקרה רצח חדש, כל יום יש משפחה שכולה חדשה שאני מקבלת. ואני רק אחת שמקבלת בכל החברה הערבית באזור שלי. אז נראה לי שצריך להרחיב את המענים ולהרחיב את המשרות, שתהיה עוד עובדת סוציאלית שתלווה את המשפחות האלה איתי. זאת התקווה שלי [...] אני נכנסתי ב-2020. כל מי שהיה לפני 2020 יכול להיות שלא הצליחו להגיע אליהם.” (עובדת סוציאלית ממרכז סיוע)

עומס בירוקרטי במתן טיפול נפשי לכל אחד מבני המשפחה – העובדות הסוציאליות דיווחו על עומס בירוקרטי רב בעבודתן בכל מה שקשור למתן טיפול נפשי לבני המשפחה. הן סיפרו שבמקרים רבים אין תחנה לטיפול זוגי ומשפחתי באזור שבו מתגוררת המשפחה, ועליהן לטפל בתהליך הבירוקרטי של העברת ההועדות (קוד במשרד הרווחה לאישור תקציב לקבלת השירות) לתחנה ביישוב אחר, שבה תקבל המשפחה טיפול; הן דיווחו על הקושי למצוא בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי ובקרב המטפלים הפרטיים לכל אחד מבני המשפחה מטפל מתאים לצרכיו שיהיה נגיש וזמין בעבורו; הן דיווחו על העומס הבירוקרטי שנובע מההתקשרות עם המטפלים הפרטיים; לבסוף הן העידו על הצורך לבצע מעקב על קיום מפגשי הטיפול ובנוגע להתקדמות הטיפול של כל אחד מבני המשפחה ולתעד את הפרטים במערכת ממוחשבת. לדבריהן מצטבר עומס בירוקרטי רב בהתחשב במספר המשפחות שבטיפולן ובמספר הגדול אף יותר של בני משפחה הזקוקים לטיפול.

שכר נמוך ביחס לדרישות התפקיד – מרואיינים סברו שהשכר שמקבלות העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע נמוך ביחס לדרישות התפקיד ולהשקעה הרגשית והפיזית הרבה שלהן, ושראוי שיקבלו תגמול ושכר גבוהים יותר. אחת המנהלות התייחסה לסיכון הרגשי של העובד הסוציאלי והשוותה אותו ללוחם בחזית:

” צריך לראות אותו [את העובד הסוציאלי במרכזי הסיוע] כמו הלוחם בחזית שמקבל רמת פגיעות א' פלוס. ככה צריך להסתכל על העובדים שלנו. לא מסתכלים עליהם ככה. זה הדבר הכי חשוב לי. הכי מרכזי לי, כאילו, שכל כך חשוב לי שמשרד הרווחה יבין שכשהוא שולח עובדת סוציאלית לתפקיד הזה זה כמו לשלוח חייל לקרב. וזאת האחריות שאנחנו צריכים לקחת ולכן צריך להתייחס לזה גם בראייה של שכר וגם בראייה של מעטפת תומכת. לדעתי מגיעה להם תוספת סיכון. הסיכון של הפגיעה האישית הנפשית הוא מאוד מאוד גבוה. אין לנו תקציבים בכלל [...] אבל אנחנו כעמותה שמשתתפת במכרז אנחנו צריכים [...] סכום X עבור בן משפחה ובסכום X הזה אנחנו צריכים להביא לחשבון את הכול. את השכר של העובד, את ימי הכיף בשבילו, ימי גיבוש, אוורור. את כל מה שקשור לעובד. עכשיו, אם אני אנקוב בסכום גבוה, כמו שאני חושבת שצריך, אני לא אזכה במכרז. ואז אתה נותן סכום שהוא סביר כאילו לאוּזן, אבל הסכום הסביר הוא לא מותאם.” (מנהלת תוכנית מרכזי הסיוע)

עומס רגשי וטראומטיזציה משנית – העובדות הסוציאליות סיפרו שהחשיפה היום יומית לסיפורי האובדן הקשים ולשיח האינטנסיבי על הכאב הנפשי שמקורו באובדן מוסיפה לעומס הרגשי שלהן, גורמת לשחיקה ואף לטראומטיזציה משנית. כך אמרה עובדת סוציאלית במרכז סיוע:

”רמת השחיקה היא גבוהה, החשיפה שלנו למקרים הקשים האלה היא כל כך אינטנסיבית שאת פוגשת שתי משפחות חדשות בשבוע, וזה כל הזמן להיות עמוק עמוק בשכול טרי. כדי שעובד יוכל להיות עובד טוב צריך לתת לו תחזוקה מאוד משמעותית [...] אני חושבת שאם לא תהיה התייחסות לזה, גם לעובדים יהיה קשה להחזיק לאורך זמן וגם אני מאוד חוששת מהמחיר שאנחנו נשלם לטווח ארוך במצב הרגשי שלנו.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

הסוגיה של עומס נפשי, שחיקה רגשית וטראומטיזציה משנית עלתה גם בישיבות הצוות ככזו שמצריכה התייחסות:

”זה כבר מפגש שני [בישיבת צוות] שאנחנו מדברים על השחיקה, על הקושי שלנו, על הטראומטיזציה המשנית. את יודעת, זה כזה, פוגש אותי, החרדה לאנשים שאנחנו אוהבים, החרדה בכלל מהחיים [...] אני פוגשת אנשים, אני חושבת שאולי זה המפגש האחרון שלי איתם בחיים, כל הזמן, אנשים שהם המשפחה שלי, החברים שלי, כל אדם שאני פוגשת בערך אני אומרת: 'אוי, אולי אני אראה אותו פעם אחרונה.'” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

מגוון מגבלות של ההדרכות הקבוצתיות שניתנות לעובדות הסוציאליות – המרואיינים הדגישו שהדרכה חיונית ביותר בעבודה בתחום השכול. לדבריהם, היא חשובה לטובת פיתוח מקצועי, והיא מספקת מרחב לשאלת שאלות ולקיום דיונים מקצועיים. ההדרכה חשובה גם לשם אוורור והחזקה רגשית, והיא עשויה לסייע בצמצום הטראומטיזציה המשנית שנובעת מעיסוק אינטנסיבי בשכול.

בעת ביצוע המחקר, האחריות למתן ההדרכות המקצועיות מוטלת על עמותת “אלה” ועמותת “בשביל החיים”, אך אין אחידות בתדירות ההדרכות ובאיכותן: דווח שבאחת העמותות ההדרכה הקבוצתית מתקיימת אחת לחודש, ואילו בעמותה האחרת אחת לשבועיים. המרואיינים התייחסו גם לרכיבים עקרוניים שמשפיעים על הדרכות; לטענתם למנחה ההדרכה הקבוצתית השפעה על איכותה, ובהתאם, לעיתים ההדרכה הקבוצתית טובה, מקצועית ומסייעת ולעיתים לא, ועל כן חשוב לבחור את המנחה בקפידה. עוד נאמר שההדרכות הקבוצתיות מתקיימות גם בהשתתפות המנהלות. לדברי העובדות הסוציאליות, יש צורך בקיום הדרכה שלא בנוכחות המנהלות כדי לאפשר מרחב בטוח לשיתוף כן בתחושות וברגשות קשים לנוכח העומס והשחיקה בתפקיד.

קושי בגיוס עובדות סוציאליות למרכזי הסיוע – מרואיינים הצביעו על הצורך בגיוס עובדות סוציאליות למרכזי הסיוע כדי להפחית מהעומס הרגשי והפיזי.

” אני חושבת שהצרכים והאתגרים, דבר ראשון לדעתי מבחינת כוח אדם, הם [מרכזי הסיוע] עדיין לא מצליחים לאייש לפי היכולות אפילו של העובדים, הידיים עמוסות. יש להם יותר משפחות ממה שהן אמורות לעבוד איתם וזה גורם לעומס, גם נפשי וגם פיזי. אז אני מקווה שהם יצליחו לגייס עוד עובדים. לא פשוט לגייס עוד עובדים לתחום עבודה כזה.” (מפקחת על עבודת מרכזי הסיוע, מטה ממשרד הרווחה)

מרואינת זו ואחרים סברו שטבוע קושי מהותי בגיוס עובדים סוציאליים לעבודה במרכזי הסיוע מכיוון שכדי להצטרף לצוות המטפל יהיה עליהם לעבור הכשרה ייעודית ולרכוש מיומנויות עבודה עם משפחות שכולות. לצד זאת נאמר שתחום אובדן ושכול אינו מבוקש, ואין הרבה עובדים סוציאליים שיהיו מוכנים לעסוק בו וללמוד את המיומנויות הנדרשות לו בגלל השחיקה והטראומטיזציה המשנית הנלוות אליו.

אחת ממנהלות תוכנית מרכזי הסיוע שהתייחסה לקושי בגיוס עובדות סוציאליות למרכזי הסיוע טענה שהסיבה לכך נעוצה בשכר. לדבריה שכן של העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע בסיסי, ולכן עובדות סוציאליות ותיקות, בעלות ניסיון והכשרה מקצועית אינן מעוניינות לעבוד במרכזי הסיוע. רק עובדות סוציאליות צעירות יחסית, בתחילת הקריירה המקצועית, פונות למרכזים.

אתגרים בתפקיד מנהלות תוכנית מרכזי הסיוע בעמותות: עומס ניהולי ורגשי וצורך בתמיכה – אחת המרואיינות סברה שעומס העבודה של מנהלות תוכנית מרכזי הסיוע הולך וגדל במשך השנים בגין כמה סיבות: ריבוי המשפחות הצורכות את השירות, ריבוי וגיוון הצרכים של משפחות אלה, הצורך המתמיד בכיתוח מענים חדשים והגדלת מספר התקנים של העובדות הסוציאליות. מן הראינות עלה שמוטל על המנהלות עומס עבודה ועומס רגשי רב: הן נאלצות בה בעת לתמוך בעובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע לנוכח שחיקתן, לנהל באופן שוטף את תוכנית מרכזי הסיוע, לחנוך עובדים חדשים ולעסוק כל העת בכיתוח ובהרחבת המענים.

יתר על כן, מן הראינות עלה שמנהלות תוכנית מרכזי הסיוע אינן מקבלות הדרכה מקצועית ותמיכה שוטפת שיש בהן כדי לסייע להן להתמודד עם עומס העבודה והעומס הרגשי שהן נתונות בהם. אחת המנהלות סיפרה שנאלצה לתמוך בעובדת סוציאלית שהייתה במשבר נפשי קשה מאוד, והיא חשה חרדה של ממש שהעובדת תכגע בעצמה. היא העידה שבזמן התמיכה היא עצמה הייתה תחת מעמסה רגשית כבדה ונזקקה מאוד להדרכה אישית.

מכאן עולה צורך במתן הדרכה מקצועית למנהלות שתקל על העומס הרגשי שלהן, ובכך תסייע להן לנווט ולנהל בתבונה את נשות הצוות ואת עומס המשימות. אחת ההצעות שעלו בראינות הייתה שלכל אחת מן המנהלות תהיה עובדת סוציאלית לצידה שתסייע בחניכה של העובדות הסוציאליות במרכזים ובניהול שוטף של המיזמים והמענים.

3. קשיים במתן טיפול נפשי לבני המשפחות השכולות

מרואיניים טענו שהטיפול הנפשי הוא אחד המענים החשובים והנחוצים ביותר לבני המשפחות השכולות, ובה בעת תיארו את מגוון הקשיים במתן הטיפול הנפשי למשפחות אלה:

מחסור במטפלים מומחים באובדן ושכול בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי – מספר המשפחות השכולות שזקוקות לטיפול בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי עולה על מספר המטפלים המומחים בתחנות, ולא אחת נוצר עיכוב בטיפול בבני המשפחות מסיבות מגוונות: פעמים רבות העובדות הסוציאליות מפנות משפחות לטיפול בתחנות, אך הן אינן מתקבלות לטיפול; במקרים שבהם התקבל אישור עקרוני להתחלת טיפול מהתחנה, יש שהמטפל יוצר קשר עם המטופל, אך הם אינם מצליחים לתאם ביניהם את זמני המפגשים; לעיתים העובדות הסוציאליות מקבלות הצעה לטיפול ממטפלים שאינם בעלי הכשרה מתאימה בתחום האובדן, ויש סבירות שהמטופלים ינשרו.

אחת מנשות המקצוע במטה ציינה שלתחושתה יש נשירה גדולה יותר בטיפול שמתקיים בתחנות מטיפול פרטי, שבו מנסים לדייק ככל האפשר את ההתאמה בין צורכי המטופל להכשרה ולמומחיות של המטפל. עוד עלה מן הראיונות שהמחסור במטפלים בעלי מומחיות בטיפול במשפחות שכולות מעמיס על מטפלים מומחים, שנאלצים לטפל במקרים רבים בתחום אובדן ושכול, ושוחק אותם:

” צריך לשמור על העובדים. עובדת אצלי בתחנה לא מקבלת יותר מכמה מקרים של שכול ואובדן. אם היא מתמחה בטיפול בשכול, אם היא עברה או עוברת קורס או מיועדת לעבור, היא לא תקבל יותר משישה טיפולי שכול. עובדת שלא עברה קורס, ולא תצא לקורס, ורק אני מדריכה אותה, לא תקבל יותר מאחד שניים. כי אל”ף, זו אחריות גדולה וצריך להכשיר אותם, והם צריכים להיות, באמת שיהיה להם יכולת להחזיק טיפולים כאלה ולתת את כל המשאבים לנושא הזה ואין מספיק משאבים.” (מנהלת תחנה לטיפול זוגי ומשפחתי)

כמה ממנהלי התחנות ומן העובדות הסוציאליות סיפרו שיש תחנות שבהן המנהלים עצמם מטפלים בחלק ממשפחות השכולים כדי לנסות ולהפחית במעט את הנטל הרגשי שהמטפלים מתמודדים עימו, ובמטרה לצמצם את שחיקם ולשמר אותם במערכת.

קושי במציאת מטפלים פרטיים למשפחות השכולות – המרואיניים דיווחו על קושי רב למצוא מטפלים פרטיים מתאימים לבני המשפחות השכולות הן מבחינת צורכיהם ורצונותיהם של בני המשפחה הן מבחינת זמינותם ונגישותם של המטפלים. כך סיפרה מנהלת תוכנית מרכזי הסיוע:

” אני כמעט כל יום מקבלת מעובד סוציאלי מסמכים של מטפל שהוא מבקש שאני אאשר אותו. אנחנו עושים מאמצים עילאיים כדי לדייק ולתת להם את המשהו הזה, ולפעמים הציפיות של המשפחה הן ליום, אני מדברת איתך ברמה של יום ושעה מסויימים, מרחק גאוגרפי מוגדר ואם אין – אין. אם נתנו וזה התחיל וזה לא מתאים ולא מצאנו מענה אחר, אנחנו ניאלץ להגיד 'לא'. אנחנו סוג של שירות בוטיק.” (מנהלת תוכנית מרכזי הסיוע)

הקושי למצוא מטפלים פרטיים מתעצם מפאת המחסור בשירותים של טיפול נפשי, וכן לנוכח תנאי המימון של מרכז הסיוע. כך עולה מדבריה של עובדת סוציאלית במרכז סיוע:

” היום המצב הוא שהמטפלים עמוסים. המסגרות הציבוריות לא ממלאות את ייעודן באופן שעונה על הצורך החברתי כרגע בטיפול. הקורונה גרמה להצפה מטורפת אצל מטפלים. אנשים פונים לטיפולים פרטיים כי אין מענים. היום ההמתנה לטיפול פרטי, אפילו דרך קופות חולים, שלא לדבר על המסגרות האחרות, היא של חודשים ושנים. אז קודם כול למצוא מטפל פנוי זה סיפור. ולמצוא מטפל שיסכים להתקשרות מולנו, עם כל המשתמע, שאנחנו משלמים סכום מוגדר שהוגדר על ידי משרד הרווחה כסכום המקסימלי, יש מטפלים שלא מוכנים לטפל בסכום הזה, זה 300 שקלים כולל מע"מ.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

הקושי במציאת מטפלים מתאימים ובגיוסם לפי תנאי המרכז עולה בעצימות יתרה בקרב האוכלוסייה הערבית והאוכלוסייה החרדית.

” יש קושי לגייס מטפלים חרדים. גם בתחנות אין מטפלים חרדים. וגם כשמקבלים אישור לטיפול פרטי מאוד קשה לגייס מטפלים חרדים. כשכבר יש הם לוקחים המון כסף ואנחנו לא יכולים לשלם להם את מה שהם רוצים לקבל. בעיה.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

קושי גדול במתן טיפול נפשי לבני משפחה שכולים מן האוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה הכללית – אחד האתגרים שעומדים לפני העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע הוא הגשת עזרה לאוכלוסייה הערבית, המתאפיינת בקושי רב יותר מהאוכלוסייה הכללית לפנות לטיפול ולשתף בתחושות, מחשבות ורגשות הקשורים באובדן. אחת המטפלות סיפרה שהתקשתה לגייס את בני המשפחה להגעה לתחנה לטיפול זוגי ומשפחתי, ולכן הטיפול הנפשי ניתן בבית המשפחה. עם זאת, מצב זה היה מאתגר מאוד:

” בהתחלה, את יודעת, זה להוביל אנשים מאפס, ולהרים אנשים מאפס. לא היו מוכנים לצאת אלינו. אני יושבת בתחנה. אנשים אמרו: 'לא, אנחנו לא נוסעים, זה קשה לי, רחוק לי, אין לי אוטו, אין לי רישיון, הילדים, בעלי בעבודה, איך אני אגיע?' אז אני הייתי נוסעת לבתים שלהם ויושבת בבתיים, שזה גם בעצמו קצת מורכב, ויש לזה גם מאפיינים מסוימים, זה בטריטוריה שלהם, בחוקים שלהם, בנתונים שלהם, נכנסת שכנה, מדברת באמצע על דברים שהם לא קשורים. אין לנו את היכולת לסמן שאנחנו בכגישה טיפולית, שזה הזמן שלנו, 'בבקשה תחזרי אחר כך'. לא, זה לא מקובל. נכנסת, אני יושבת, מחכה עד שהיא תסיים ותלך, ואז אומרים, 'איפה עצרנו?' כמובן שזה קללק את כל האווירה הטיפולית.” (מטפלת משפחתית בתחנה לטיפול זוגי ומשפחתי)

מטפלת משפחתית ערבייה סיפרה שבתחילת הליווי היא פעלה באופן יזום כדי לגרום לבני המשפחה השכולים להגיע לטיפול בתחנה:

”אחר כך הגענו למסקנה שעם כל הקושי נרצה להכניס את האנשים אלינו ולהביא אותם אלינו לטיפול [בתחנה]. אני אומרת 'אנשים', אבל הרוב הכמעט מוחלט זה נשים, בעיקר נשים. מי שמגיע אליו זה נשים, כי זה גם קשור לפרופיל המקובל בחברה הערבית.” (מטפלת משפחתית בתחנה לטיפול זוגי ומשפחתי)

אתגר ייחודי לאוכלוסייה הערבית שעולה מדברים אלה הוא שגברים (אבות) פחות מגיעים לטיפול. כך אמרה אחת המטפלות הערביות:

”זה היה מסע מאוד קשה לגרום לגברים להגיע אלינו לחדר הטיפול. זה גם היה לא פשוט. כאילו גברים לא צריכים עזרה [...] אין להם זמן לבכות, אין להם זמן להרגיש ולהתעסק בזיכרונות. הם תכל'ס צריכים לפרנס את הבית, אז מהר מאוד הם חוזרים לעבודה שלהם. כל מה שעליהם לעשות זה לקבל את מה שנגזר עליהם מאלוהים, וזהו, בסדר, מדלגים. אז היום, איך שאמרתי, הפרופיל של המטופלים שלי הוא הרוב נשים, אבל אני מרגישה שיש קצת עלייה בגברים שנכנסים אלינו, יש קצת עלייה בהפנמה של הגברים שזה לא פוגע בגבריות שלהם, זה בסדר להיכנס.” (מטפלת משפחתית בתחנה לטיפול זוגי ומשפחתי)

אחת מן העובדות הסוציאליות תיארה אתגר ייחודי שמאפיין את האוכלוסייה הבודואית; נמצא שנשים צריכות לקבל אישור לקבלת הטיפול מגברים:

”יש פה את כל האוכלוסייה הבודואית [...] הם לא צרכנים מצטיינים של שירות, וגם אנחנו, קשה לנו להגיע אליהם [...] קשה לנו להגיע לנשים ולילדים כי איש הקשר גם מבחינת המשטרה [במקרים של רצח] וגם אחרי זה הוא הגבר. מבחינת המשפחה הפטריארכלית זה בן אדם אחד שמחליט בשביל כולם. יכול להיות שפחות דחוף לו ללכת לטיפול כי הוא לא בעניין, אז לפעמים לא נגיע אליהם.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

קושי נוסף שעלה מדברי המרואיינים הוא מיעוט מענים מותאמים תרבותית לאוכלוסייה הערבית.

”האוכלוסייה הערבית היא אוכלוסייה שלא תמיד יש לה מענים טיפוליים, בטח אם דרוש מטפל דובר השפה. רשימות ההמתנה יותר ארוכות, וההשתלבות בטיפול יותר מורכבת. תמיד זה יהיה טיפול פרטי וזה מאוד לא פשוט.” (נציגת מטה ממשרד ממשלתי)

גם ביישובים גדולים שבהם מתגוררים תושבים ערבים רבים, למשל חיפה ועכו, אין כיום בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי מטפלים דוברי ערבית, כל שכן מטפלים מומחים דוברי ערבית בתחום אובדן ושכול.

”כל הנושא של אובדן ושכול [בחברה הערבית] זה נושא שהוא מאוד סטיגמטי. לא מבוקש. לכן גם אין הרבה מטפלים עם הכשרה בנושא של אובדן.” (מנהלת תחנה לטיפול זוגי ומשפחתי)

כך אמרה מטפלת משפחתית ערבייה:

”מאז שהתחלנו [לתת שירות בתחנות למטופלים של מרכזי הסיוע] אני היחידה שהתעסקתי בחברה הערבית באובדן ושכול. במרכז לפני חמש שנים נכנסו עוד עובד ועובדת לחברה היהודית, אבל לחברה הערבית זה רק אני. לצערי אין הרבה עובדים סוציאליים שכן ירצו להיכנס לתחום הזה. זה תחום לא פשוט, זה תחום שהרבה אנשים מערבים בינו לבין העצמי והאישי והמשפחתי, הרבה אנשים שאומרים שמאוד קשה להם להתעסק כל הזמן עם אובדן ועם מוות [...] לקורס של אובדן ושכול ב'דימול' [בית הספר לעובדים בשירותי רווחה] בדרך כלל מעט מאוד נרשמים מהחברה הערבית. זה לא פשוט להתעסק באובדן בחברה הערבית. זה לא פשוט.” (מטפלת משפחתית בתחנה לטיפול זוגי ומשפחתי)

עוד עלה מדברי המרואיינים שסוגים שונים של אובדנים נתפסים אחרת אצל האוכלוסייה הערבית. למשל, תאונות דרכים נתפסות כאובדן שאין בו אשמים.

”בהתחלה אני התעסקתי במשפחות [מן האוכלוסייה הערבית] שחוו אובדן כתוצאה מתאונת דרכים. תאונת דרכים זה היה סוג של אובדן שהוא נייטרלי כזה. תאונת דרכים, מאלוהים, אין אשמים, אין רעש בזה, תאונת דרכים קרתה, וזה בסדר.” (מטפלת משפחתית בתחנה לטיפול זוגי ומשפחתי)

לעומת זאת, על אובדן כתוצאה מעבירת המתה ואובדנות יש תיוג שלילי. ראוי לציין גם שהיה קושי רב לאתר מרואיינים ממשפחות שכול אזרחי לא מוכר מן האוכלוסייה הערבית. כלומר, נראה שיש קשר בין חוסר היענותם להתראיין ובין הקושי שלהם לעסוק בנושא האובדן ולחשוף אותו בפני אנשים זרים, דבר שנחשב לטאבו חברתי. אחת ממנהלות התחנות סיפרה שבשל הקושי של בני האוכלוסייה הערבית לצרוך שירותי רווחה, המטפלות המשפחתיות לוקחות על עצמן אחריות נוספת במסגרת הטיפול ומסייעות בתיווך ביניהם ובין השירותים שמספקים מענים שהמשפחה זקוקה להם:

”הם לא מגיעים לרווחה. אז כשאנחנו מבינים ופוגשים אותם, אנחנו כאילו מחויבים לתת להם גם מענה [...] אנחנו הרבה פעמים ניסינו לגייס עובדת סוציאלית מהרווחה שתטפל במקרים האלה, אבל בגלל העומס והלחץ הן לא מצליחות להגיע כל שבוע או כל שבועיים למשפחה, זה מאוד קשה להן, יש להן לכל אחת מאתיים תיקי משפחות, אז זה לא כל כך יישומי. אז אנחנו נאלצים לפעמים באמת לפנות לעמותות. חלק מהמשפחות בטיפולנו גם סובלות מאוד מבחינה כלכלית. אז אנחנו מנסים גם לעשות גיוס כספים, ולעזור להם. ממש.” (מנהלת תחנה לטיפול זוגי ומשפחתי)

כאמור, המטפלים מתמודדים עם עומס רב בתחנות. אחת המנהלות שעובדת עם האוכלוסייה הערבית תיארה זאת כך:

”אני כל הזמן בעומס. אבל כל הזמן כאילו לא יכולה במקרי רצח להגיד 'לא'. לא יודעת אם זה טוב או לא טוב, אני לא יודעת, כי היו לזה מחירים מאוד כבדים עליי, גם רגשית וגם על הצוות. אבל כאילו אני לא יכולה להגיד 'לא' למשפחות האלה. זה מקרים שאני מרגישה שזה כמו חדר מיון, או חדר ניתוחים, זה להתעסק בסכנה. כאילו מאוד חשוב שאנחנו נהיה שם ונקבל את המשפחות. אובדן מרצח זה גם מאוד אכזרי.” (מנהלת תחנה לטיפול זוגי ומשפחתי)

בעת ביצוע המחקר האלימות באוכלוסייה הערבית גואה, ורבים בה מקרי הרצח. עם זאת התקציב להפעלת מרכזי הסיוע ולהגדלת התקינה של כוח האדם נותר דל. כאמור, המנהלת שצוטטה הרגישה שבמקרים קיצוניים של אובדן כמו רצח, אי אפשר להשאיר את המשפחות לבד, והצוות שלה מתגייס לסייע להן עם מעט המשאבים שעומדים לרשותו, דבר אשר מעמיס אף יותר על הצוות ועליה, ויש להניח שיש לכך השפעה על השחיקה של הצוותים המטפלים.

” לצערי הרב בעיקר בחברה הערבית אין מספיק מטפלים בשפה הערבית. אין מספיק תחנות לטיפול משפחתי, ואם כבר יש, אז אין מספיק מטפלים. רשויות לא תמיד מגייסות עוד פרילנסרים לתחנות. המרכזים עושים המון עבודה, הם נכנסים להרבה משפחות, אבל יש פער בין המענים שלנו בשטח, במגזר הציבורי, לבין הצורך, וגם גאוגרפית [...] לא פשוטה ההגעה, ובחברה הערבית, למשל, אישה מבוגרת לא תצא ברכב למקום אחר. אז אנחנו יותר רגישים לזה, ולכן אני מוצאת את עצמי בשנה האחרונה, שנתיים האחרונות מאשרת המון טיפולים פרטיים.” (מפקחת)

כאמור, במקרים שבהם לא מתאפשר מענה טיפולי בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי מקבלים השכולים הפניה לטיפול פרטי. עם זאת, בולט המחסור במטפלים פרטיים בעבור האוכלוסייה הערבית.

” אני מדברת על האוכלוסייה הערבית למשל, היא אוכלוסייה שלא תמיד יש לה מענים טיפוליים, בטח אם דרוש מטפל דובר השפה. רשימות ההמתנה יותר ארוכות. ההשתלבות בטיפול יותר מורכבת. כמעט תמיד זה יהיה טיפול פרטי, וזה מאוד מאוד לא פשוט. לטווח קצר יותר כי זה צריך, שזה באמת רק המטפל והמטופל בחדר, אבל זה פחות לראות את התמונה המשפחתית של מה קורה עם שאר בני הבית.” (מנהלת מרכזי הסיוע)

כמה מרואיינים הצביעו על כך שאין די מטפלים פרטיים מומחים באובדן ושכול שיכולים לתת טיפול מותאם לבני משפחה מן האוכלוסייה הערבית. כך תיארה אחת מהמרואיינות:

” לצערי אין לי בחברה הערבית הרבה מטפלים שיש להם מומחיות באובדן, כרגע אני עושה את הקורס של שכול ואובדן. אבל רוב המטפלים שאני עובדת איתם אין להם את המומחיות הזאת. אנשים נותרים בלי מענה בכלל, אז לפחות שיקבלו מענה, ותוך כדי אנחנו סומכים על המטפלים האלה שיקבלו את ההדרכה המתאימה, את הקורסים המתאימים כדי שיתאימו את עצמם למטופלים שלהם. אני לפעמים נאלצת להעביר בן אדם לקבל טיפול בעיר אחרת כי אין לי את הטיפול המתאים בעיר שלו. וזאת גם טרחה, והרבה פעמים המשפחות האלה אין להם רכב. כאילו אין להם מישהו שייקח אותם ויחזיר אותם. אז זאת גם התעסקות.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

הפתרון שמציעות כיום העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע הוא טיפול פרטי, ובולט המחסור בטיפול משפחתי, הכולל גם טיפול בילדים ופרספקטיבה טיפולית על המשפחה כמערכת.

בסקר עלו ממצאים שמתקשרים לקושי במתן טיפול נפשי לאוכלוסייה הערבית מהסיבות שצוינו בפרק זה. המשיבים נשאלו באיזו מידה הם שבעי רצון ממאפיינים שונים הנוגעים לעבודת המטפל (לוח ו-4 בנספח ו). 86% דיווחו שהמטפל היה קשוב

במידה רבה או רבה מאוד לבעיותיהם והתאים להם את הטיפול, ו-71% דיווחו שהטיפול סייע להם בהתמודדות עם האובדן במידה רבה או רבה מאוד. עם זאת, בהשוואה בין הממוצעים של יהודים ושל ערבים נמצאו הבדלים בשני ההיגדים, המצביעים על שביעות רצון גבוהה יותר מעבודת המטפל בקרב היהודים שהשיבו על הסקר. שיעור היהודים שדיווחו על קשב רב של המטפל והתאמת טיפול (ממוצע = 4.40, סטיית תקן = 0.997) גבוה משיעור הערבים שדיווחו כך (ממוצע = 3.00, סטיית תקן = 1.826); $F(1,234) = 7.532, p = .007$; כמו כן שיעור היהודים שדיווחו שהטיפול סייע להתמודדות עם האובדן (ממוצע = 3.99, סטיית תקן = 1.168) גבוה משיעור הערבים שדיווחו כך (ממוצע = 3.27, סטיית תקן = 1.172); $F(1,260) = 10.102, p = .002$; קושי גדול יותר לספק טיפול נפשי לילדים לעומת מבוגרים – בראיונות עם אנשי המקצוע מן הדרגים השונים תוארה הפגיעה הנפשית שעלולה להיגרם לילדים שאיבדו בן משפחה או בת משפחה:

” ילד שחווה שכול טראומטי הוא ילד עם פוטנציאל להיות ילד בסיכון. ” (נציג מטה ממשרד ממשלתי)

נאמר גם שיש קושי רב יותר במתן טיפול נפשי לילדים שאיבדו בן משפחה או בת משפחה לעומת מבוגרים שכולים. ראשית נציג את השפעות האובדן והשכול על חייהם של ילדים ולאחר מכן נתאר את הקשיים. לדברי העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע, אובדן בכלל ואובדן אלים ופאטאומי בפרט עלול לפגוע באמון הבסיסי שיש לילדים בעולם ובדמויות משמעותיות בחייהם.

” השבוע הייתה לי שיחה עם בת של אבא שנרצח, שאמרה לי שהיא עוד מעט מאבדת את האמון במשפחה שלה. היא כבר חושדת בכולם. חושדת שכולם רוצים לרצוח אותה, שכולם כאילו רוצים לבוא נגדה. הייתה לי עוד שיחה עם מישהי שאנחנו שולחים אותה לטיפול, לא איתה [באופן ישיר] אבל עם המטפל שלה, ומסתבר שהיא אמרה לו שהיא מאמינה שהיא לא תחיה יותר מגיל 18, שהיא תגיע לגיל 18 ולא יהיו לה חיים יותר. שכאילו תכלית החיים שלה הם עד 18 ואחרי זה היא תמות כמו שאבא שלה מת, כלומר נרצח. אז כאילו אין היבט בחיים של הילדים האלו שהוא לא פוגע בהם. ” (עובדות סוציאליות במרכז סיוע)

אחות שכולה העידה על עצמה שהיא סובלת מחרדות בעקבות אובדן אחיה הקטן:

” זה נורא, נורא, נורא. זה הופך את החיים והופך את הנפש וצורת החשיבה ועוד הרבה הרבה דברים, זה כמו שאמרתי אני נורא חרדתית והתחילו לי התקפי חרדה ונהייתי יותר פחדנית [...] אני לא יודעת איך כאילו להתמודד בצורה שתעזור לי. ” (אחות שכולה, אובדן לא מוכר)

דברים אלה מוצאים הד בממצאים שעלו מראיונות נוספים, שלפיהם אובדן במשפחה הגרעינית עלול לערער את מצבם הרגשי והנפשי של הילדים. הילדים נאלצים להתמודד בעל כורחם עם האובדן, ולעיתים גם עם היעדר פניות של הוריהם אליהם. אחת מן המרואיינות, מנהלת תחנה לטיפול זוגי ומשפחתי, חיזקה את ההבנה ופירטה את ההשפעות של אובדן במשפחה הגרעינית על חיי הילדים:

יש המון השפעות לאובדן על ילדים. ההתמודדות שלהם היא ממש מורכבת [...] חלקם זה הסתגרות ובדידות, תלוי גם בגילאים, אבל אם זה בגילאי ההתבגרות זה לפעמים גם מחשבות אובדניות, למה הוא ולא אני? את מי אהבו יותר? יש המון אידאליזציה סביב מי שנפטר לפעמים, וזה מייצר פער מאוד גדול, האם אני בכלל יכול לעמוד בציפיות וברף הגבוה הזה שהוצב שם. האובדן מוביל הרבה פעמים לבעיות מאוד משמעותיות בתפקוד, קושי להתרכז, ירידה גדולה בציונים, התנתקות חברתית, יש המון המון קשיים כתוצאה מההתמודדות עם האובדן." (מנהלת תחנה לטיפול זוגי ומשפחתי)

מהדברים לעיל אפשר ללמוד עד כמה חשוב להעניק התערבות מתאימה לילדים שהתמודדו עם אובדן במשפחתם ולספק להם טיפול נפשי. אולם יש קושי רב להעניק לילדים טיפול נפשי לעומת מבוגרים מכמה סיבות: ילדים אינם חלק מאוכלוסיית היעד הישירה של התחנות לטיפול זוגי ומשפחתי, ולכן אינם יכולים לקבל טיפול פסיכותרפויטי פרטני. נוסף על כך הטיפול בשירות הפסיכולוגי-חינוכי לא תמיד זמין לילדים בשל מיעוט משאבים, ובכלל, היצע המענים הציבוריים לטיפול נפשי ולתמיכה חברתית בילדים בישראל מצומצם.

לכן האפשרות היחידה של מרכזי הסיוע היא להפנות את הילדים לטיפול פרטי למרות האתגרים הכרוכים בכך. מדברי המרואיינים עלה צורך של ממש בהרחבת המענה של טיפול פסיכולוגי מטעם השירותים הציבוריים בעבור ילדים. בהקשר זה סיפרה עובדת סוציאלית במרכז סיוע על שתי תחנות לטיפול זוגי ומשפחתי שבהן ניתן מענה פרטני לילדים:

כן, יש שם מטפלת אחת שמטפלת באובדן בילדים מדהימה שעובדת עם בעלי חיים וזה נס, ממש נס, זה מדהים אותי. מאוד קשה לילדים שזקוקים לטיפול. אני בחוסר אונים, כשאני מגיעה למשפחה זה אחד הדברים שאני מחזיקה [...] חוסר אונים, מה אני הולכת לפגוש, זה חור שחור מבחינתי בתוכנית הזאת." (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

הגבלת טיפול לילדים פעם אחת בחייהם – אחת המרואיינות מתחומים משיקים שעוסקת זמן רב בטיפול ובהכשרת אנשי מקצוע לטיפול באובדן ושכול הציעה להתייחס לילדים שהתמודדו עם אובדן בהתאם לשלבי ההתפתחות שלהם. לדבריה, לאחר האובדן הם נדרשים להתמודד עם אתגרי השלבים ההתפתחותיים בצד האבל. לתפיסתה יש להציע לילדים סיוע ועזרה בכמה נקודות זמן בהתאם לשלבי ההתפתחות השונים. בהקשר זה חשוב לציין שילדים זכאים לפנות לטיפול פעם אחת בלבד. אם הפנייה נעשתה בילדותם (למשל, לרכיבה טיפולית) לא יוכלו לממש את זכאותם לטיפול מסוג אחר (למשל, טיפול פסיכולוגי) בגיל מאוחר יותר. לעומת זאת מי שלא ניצלו את זכאותם לטיפול בילדותם, יוכלו לממש אותה גם לאחר חמש שנים מיום האובדן.

4.2.4 תפיסות על דרכים לשיפור המענה של מרכזי הסיוע

- שילוב עובדת סוציאלית מומחית באובדן ושכול מטעם הרשות – לדברי נציג מטה ממשרד ממשלתי רצוי שבכל רשות תמונה עובדת סוציאלית מומחית באובדן ושכול, שתפקידה יהיה לסייע למשפחות השכול האזרחי. כך, כל משפחה תוכל להיות מוכרת על ידי המדינה ולקבל סיוע. בריאיון הסביר נציג המטה שהצעה זו יכולה לפתור את הקושי שמעמידה הפריסה הגאוגרפית הרחבה של העובדות סוציאליות כיום.
- ניצול זכאות לסיוע ללא מגבלת זמן – כמה מרואיינים סיפרו שבעבר משפחות שכול מוכר שטופלו במרכזי הסיוע יכלו לנצל את זכאותם לליווי או לקבלת טיפול בכל עת וללא קשר לזמן שעבר מאז האובדן. הם תיארו את המדיניות הזו כנקודת חוזק שסייעה למשפחות ולילדים לממש את זכאותם כשהרגישו צורך בכך. כמה מרואיינים סברו שכדאי להחזיר מדיניות זו, ולא להגביל את מימוש הזכויות במרכזי הסיוע לעד חמש שנים מיום האובדן.
- סל גמיש למתן סיוע כלכלי – מנהלות תוכנית מרכזי הסיוע, מפקחות ועובדות סוציאליות במרכזי הסיוע העידו שיש משפחות שמגיעות לממש את זכאותן לטיפול במרכזי הסיוע, ובפגישת האינטייק מתברר שמצבן הכלכלי מורכב. אחת ממנהלות תוכנית מרכזי הסיוע הציעה שיהיה לכל עמותה סל גמיש למתן סיוע כלכלי למשפחות שזקוקות למענה חירומי-נקודתי. כיום הדרך היחידה שבה העובדות הסוציאליות יכולות לסייע למשפחות אלו היא באמצעות הפנייתן למחלקות לשירותים חברתיים. אולם התיווך אורך זמן לעיתים, ועל כן מענה כזה במסגרת מרכזי הסיוע עשוי להיות נחוץ ובעל חשיבות רבה בעבור משפחות מסוימות, בכרט אלה שלא טופלו במחלקות לשירותים חברתיים טרם האובדן.
- בניית מאגר ידע של מיצוי זכויות לטובת משפחות שכול אזרחי – כמה מהעובדות הסוציאליות סברו שיש צורך ללוות את המשפחות גם בתחום של מיצוי זכויות. בה בעת הן טענו שבקיאותן בתחום הזכויות אינה מספקת כדי ללוות את המשפחות בתחום זה, והן מסייעות על בסיס ניסיון ולא מתוך ידע מבוסס. בהקשר זה, מנהלת תוכנית מרכזי הסיוע הציעה לבנות מאגר מידע מסודר שעניינו הזכויות של משפחות שכול אזרחי.
- הוספת משאבים כספיים – כמה מרואיינים סברו שיש צורך בתוספת תקציב למרכזי הסיוע לכמה שימושים: (1) הרחבת מספר הטיפולים שניתנים כחלק מהטיפול הפרטי לבני משפחה שמתמודדים עם השפעות מורכבות כתוצאה מהאובדן ונזקקים ליותר מ-45 טיפולים; (2) עיבו מועטפת התמיכה שמקבלות כיום העובדות הסוציאליות במרכזי סיוע באמצעות הוספת הדרכות והכשרות; (3) הגדלת תקנים של עובדות סוציאליות כדי להפחית את העומס מן העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע.

4.2.5 תפיסות על עבודת מרכזי הסיוע בתקופת מגפת הקורונה

מגפת הקורונה נמשכה כשנתיים, ובמהלכה היו כמה גלי תחלואה ותמותה רבה. הממשלה הטילה מגבלות וסגרים, בין היתר סגירה של מקומות עבודה, צמצום התקהלויות ואף צמצום בפעילותם של שירותי רווחה. אף על פי כן מרכזי הסיוע הוחרגו מן המגבלות והסגרים, ועבודתם השוטפת לא פסקה. אולם מן הראיונות עלה שגם העבודה הסדירה הופרעה והתאפיינה באי-יציבות ואף בפגיעה מסוימת במשפחות שכולות.

” ממרץ כולנו נכנסנו לבתים לא יצאנו מהבית [...] אז היה המון שיח עם המשפחות על ההתמודדות שלהם על מה קורה בתוך ההסתגרות, וזה הכי גרוע למשפחות שלנו. מאז היה עוד ריחוק ועוד בדיקות ועוד בדידות. היו המון קשיים. וגם עם משפחות חדשות, כאילו מה עושים? איך עושים שבעה ככה? נוצר המון לחץ כאילו סביב הדבר הזה. בסופו של דבר קודם כול הבנו שהזום זה מענה. להגיד לך שאני מתחברת אליו? לא. הייתי שמחה לשבת איתך פנים מול פנים לדבר איתך כמו שצריך. יש כאלה אנשים שעפים על הזום. שסבבה להם שיש זום עכשיו. אני מעדיפה לדבר עם הבן אדם, להרגיש אותו, לתת לו חיבוק בסוף. אז כן. אז אי אפשר לומר שהתרגלנו, אבל זאת המציאות שהייתה ואיתה עבדנו. עבדתי איתה בסדר גמור. זה היה אותו מענה כאילו. המון פעמים גם תחנות. תחנות כאילו נסגרו, עבדו חלקי, עבדו [...] נוצר גם צוואר בקבוק כזה. וגם איכשהו משפחות כחות פנו.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

מן הראיונות עלה שכדי לאפשר את המשך פעילותם של מרכזי הסיוע בתקופה זו נערכו התאמות בדרכי העבודה. כמו כן נאמר שהרכב אוכלוסיית המטופלים בתקופת המגפה השתנה מעט. למשל, הטיפול בשכולי תאונות דרכים פחת באופן ניכר בשל הסגרים ומיעוט הנסיעות בכבישים. לעומת זאת בימי המגפה ובעיקר בתקופה שלאחריה, המכונה פוסט קורונה, חלה עלייה בשכולי אובדנות בעקבות הידרדרות נפשית של אזרחים רבים. כלומר, בתקופת מגפת הקורונה התרחשו שני תהליכים מקבילים ועקרוניים שהשפיעו על עבודת מרכזי הסיוע:

1. **מעגל המשפחות השכולות התרחב.** רבות המדינות בעולם שלא היו ערוכות למגפת הקורונה, בהן גם ישראל. חוסר המוכנות בא לידי ביטוי בהתנהלות היום יומית ובדרכי העבודה, בהיעדר צפי לתמותה הגבוהה שהמגפה גבתה, ובאי-ודאות באשר להתקדמותה והתפתחותה. לפי נתוני אתר משרד הבריאות, מתחילתה של מגיפת הקורונה בישראל ועד היום נפטרו מנגיף הקורונה 12,553 איש ואישה (עולם הדאטה, משרד הבריאות, 14.6.2023). מן הראיונות ניכר שלמרות התרחבות מעגל השכול בימי המגפה, בגלל המדיניות שהונהגה נבצר מצוותי מרכזי הסיוע להעניק סיוע למשפחות:

” קחי את תקופה הקורונה. למעלה מ-10,000 מתים מקורונה. תכפילי את זה בארבע, חמש, זה ממוצע בני משפחה שנפגעו מהקורונה. יש לנו פה עשרות אלפים של אנשים שאיבדו את היקר להם. מה המדינה עשתה? כלום ושום דבר [...] אנחנו מנסים לשנות. אגב, אנחנו כעמותה, יחד עם משפחה שתרמה, אנחנו נתנו עשרה טיפולים בחינם לכל בן משפחה כזה שפנה. אבל זה לא התפקיד שלנו, זה תפקיד של המדינה.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

דברים אלו משקפים את הפער במדיניות הסיוע של מרכזי הסיוע, שעיקרה הבחנה בין סוגי השכול האזרחי (שכול מוכר ושכול לא מוכר). מדיניות מפלה זו בלטה ביתר שאת בתקופת המגפה, שבה למרכזי הסיוע לא היה מנדט להעניק סיוע למשפחות שאיבדו את יקיריהן כתוצאה מן המחלה. כמה מרואיינים סברו שבני המשפחה שאיבדו את יקיריהן לנגיף נפגעו הן מהאובדן כשלעצמו הן מכיוון שנבצר מהם לקבל ליווי, ניחומים, ביקורים בביתם ואף מגע. המגפה השפיעה עליהם במובן זה שלא הייתה תמיכה חברתית, ועל כן המשפחות השכולות חוו את השפעות השכול בעצימות גבוהה יותר. כך תיארה זאת אחת מן המרואיינות אשר ליוותה משפחות שכולות בתקופה זו:

” הקורונה עשתה חורבן, כי כל מה שאני מדברת עכשיו לא התקיים, כל המשפחות שאנשים מתו או בגלל קורונה או בגלל משהו אחר, בתקופת הקורונה לא זכו לאנשים שבאו לנחם, לא זכו לליווי, לא זכו למגע, לא זכו לחיבוק, לא זכו למבט של מורה שבאה להשתתף, לא הלכו המורות, לא באו לבקר בבתיים, הכול היה מרחוק, אם היה. לא הייתה תמיכה חברתית, כלום לא היה, כלום.” (אקדמאית ומטפלת, אנשי מקצוע מתחומים משיקים)

אחת המרואיינות סיפרה על אישה שטיפלה בה, שאיבדה את בעלה בתקופה המגפה:

” אני שומעת את המצוקות, אני ממש רואה אותה יושבת מולי ואומרת לי: 'איזה מזל רע היה לי שגם בעלי מת, וגם שמת בקורונה. לא באו אלינו, לא כשהוא היה חולה ולא אחרי שהוא מת. היינו לבד, משפחה אבלה בין ארבעה קירות, בבכי ובצער, ולא היה אף אחד בשבילנו.'” (אקדמאית ומטפלת, אנשי מקצוע מתחומים משיקים)

מן המרואיינים לא עלתה התייחסות מפורשת למצבם של ילדים שאיבדו בני משפחה בעת המגפה. בעובדה זו כשלעצמה יש משום ממצא מדאיג ביחס למצבם ותחושותיהם של הילדים בתקופה זו.

2. **הפגישות הטיפוליות עברו למרחב המקוון.** בשל הסגרים והריחוק החברתי שהוטל על האזרחים ניתן הטיפול במרחב המקוון. לדברי המרואיינים פגישות אינטימיות במרכזי הסיוע עברו ברובן בזום, וכאשר בוטלו הסגרים התקיימו בריוחוק חברתי בחצרות בתים תוך שימוש במסכות. בתקופה זו המשיכו לפעול הקבוצות הטיפוליות. כמה מרואיינים הצביעו על כך שנספחו יותר משתתפים לקבוצות ואף נפתחו קבוצות נוספות. ההתרחבות נעשתה הודות לשימוש במרחב המקוון, שאפשר השתתפות מן הבית, דבר אשר הקל על משפחות רבות, בין היתר משפחות שבשגרה מתקשות להגיע למרכזים לקבוצה טיפולית בשל המרחק הגאוגרפי. אחת המרואיינות סיפרה שבתקופת המגפה הצליחו העובדים הסוציאליים במרכזי הסיוע לפתוח קבוצת תמיכה מקוונת לנפגעי עבירת המתה מן האוכלוסייה הערבית, וזו הייתה הפעם הראשונה שקבוצה מסוג זה הופעלה. המרואיינת סברה שהמעבר למרחב המקוון אפשר את פתיחת הקבוצה. יש לציין שפתיחת הקבוצות הטיפוליות במרחב המקוון הפכה לתופעה רווחת ולא הייתה רק דוגמה יוצאת דופן. כך למשל תיארה אחת מן העובדות הסוציאליות את המעבר לזום:

” הקורונה נתנה לנו מתנה גדולה שקוראים לה זום. פתחנו קבוצות בזום, פתאום גילינו שוואו! איזה יופי זה. זה מאפשר לאנשים מכל הארץ להיפגש בזום ושיש את המכנה המשותף. יכולנו בזכות הזום לרדת למכנים משותפים יותר מדוייקים.” (עובדת סוציאלית במרכז סיוע)

דברי המרואיינים מלמדים שהמרחב המקוון תרם לעבודתן של העובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע בעצם הגעתן לאנשים רבים בפחות זמן למרות המרחקים הגאוגרפיים ולמרות היות הימים תקופת חירום לאומית.

5. מגבלות המחקר והמלצות למחקרים עתידיים

למחקר זה כמה מגבלות אשר עלולות להשפיע על יכולת ההכללה של ממצאיו:

- ממצאי הסקר אינם מייצגים מאחר שלצוות המחקר לא היו די נתונים כדי לאפיין את האוכלוסייה הכוללת של מקבלי השירות כך שיהיה אפשר להשוות בינה ובין אוכלוסיית המשיבים ולבחון את מידת הייצוגיות של מקבלי השירות. לכן, אף על פי שאחוז ההיענות היה גבוה (כ-40%) אי אפשר להחיל את ממצאיו על אוכלוסיית מקבלי השירות במרכזי הסיוע. במחקרים הבאים מומלץ לשלב סקר מייצג על אודות שביעות הרצון של כלל מקבלי השירות. כמו כן הסקר מתבסס על דיווח עצמי, ומשום כך ייתכנו דיווחים לא מדויקים. אלה עלולים ליצור הטיה בניתוח הממצאים.
- במחקר זה רואיינו חמישה מרואיינים מן האוכלוסיית הערבית, שהם חמישית מן המרואיינים ($N = 25$) בסך הכול: שני אנשי מקצוע מתחומים משיקים, שתי עובדות סוציאליות במרכזי סיוע ואם שכולה. כלומר, ריאיון אחד בלבד נערך עם בת משפחה שכולה מן האוכלוסייה הערבית. מגבלה זו רלוונטית בעיקר לחלק בממצאים שעוסק בצרכים של משפחות שכול אזרחי לא מוכר. הסיבה למיעוט ראיונות עם בני משפחה מן האוכלוסייה הערבית היא קושי בולט בגיוסם לכך, הגם שפורסם קול קורא בשפה הערבית ואף הוצע לקיים את הראיונות בערבית. יש לשער שחוסר ההיענות מקורו בתפיסות התרבותיות השונות של ערבים ויהודים, ובהן הטאבו שיש באוכלוסייה הערבית על דיבור על שכול וראיית השכול כעילה לאשמה ובושה. ייתכן שהחשדנות שבני אוכלוסייה זו חשים כלפי מוסדות המדינה גם הקשתה על צוות המחקר ביצירת קשר ישיר עימם. היחידה שנאותה להתראיין למחקר גויסה באמצעות גורם מתווך מן האוכלוסייה הערבית. כדי לקבל פרספקטיבה רחבה על טיפול בשכול במשפחות מאוכלוסייה זו מומלץ במחקרים הבאים לראיין יותר בני משפחה מן האוכלוסייה הערבית, וכדי לקבל תובנות על דרכים לשיפור היישוג ומתן מענה לאוכלוסייה הערבית מומלץ לראיין אנשי מקצוע ואנשי ציבור נחשבים בקהילה ובחברה הערבית, כגון אנשי חינוך ואנשי דת.
- מחקר זה בחן את תפיסותיהם של אנשי המקצוע בכל הדרגים בנוגע לעבודת מרכזי הסיוע, עם זאת לא נבחנו תפיסות הילדים והמשפחות שהשתתפו בתוכניות ההתערבות במרכזי הסיוע. כדי ללמוד כיצד אפשר לייעל ולטייב את השירות שניתן להם, במחקרים הבאים מומלץ לשלב את נקודת המבט של משפחות וילדים שהתמודדו עם שכול אזרחי במשפחתם הגרעינית והסתייעו במרכז הסיוע.

6. תובנות והמלצות

א. תובנות בנוגע לחייהן של משפחות שכול אזורי ולמדיניות הטיפול בהן

1. **מסקירת הספרות עלה שלאובדן יש מגוון השפעות על חייהם של שכולים בטווח הקצר והארוך, והשפעות אלה שונות**

מאדם לאדם. מוות של אדם אהוב נחשב לאחד מאירועי החיים הקשים ביותר ומעוררי הדחק. החוויה כואבת ומשפיעה על הבריאות הפיזית והנפשית, על התפקוד החברתי, על הדינמיקה המשפחתית, על התפקוד ההורי והזוגי ועל התפקוד בתחומי התעסוקה והלימודים. שכול במשמעותו המורחבת המקובלת בספרות המקצועית הוא חוויית ההתמודדות האישית והמשפחתית עם אובדן של אחד מבני המשפחה או עם אדם יקר. לאחר האובדן אנשים שכולים חשים מגוון רגשות שליליים, למשל עצב עמוק, חוסר אמון, געגועים, חרדה, כעס או אשמה. האופן שבו הפרט יגיב לאובדן תלוי בגורמים רבים, כגון נסיבות השכול וטיב מערכת היחסים עם המנוח. בקרב רוב האנשים השכולים האובדן מעורר מצוקה ופוגע במהלך חייהם התקין, אך הם משלימים איתו ומסתגלים אליו כעבור זמן. כעשירית מן השכולים ממשיכים לחוש מצוקה רבה ומתמודדים עם קשיי תפקוד ניכרים לאורך זמן, תופעה המוגדרת כהפרעת אבל מתמשכת. גורמי הסיכון להפרעת אבל מתמשכת הם: אובדן של יותר מאדם אחד בפרק זמן קצר; תלות גבוהה באדם שנפטר; היות המוות אלים ופתאומי ובגיל צעיר של הנפטר; תפיסה של המוות כהתרחשות שאפשר היה למונעה; חשיפה למוות פתאומי או אלים או לתחושות סבל מתמשכות של הנפטר במקרה של מחלה ממושכת; היסטוריה קודמת של בעיות נפשיות.

ההתמודדות של נשים וגברים, בנים ובנות, עם אובדן ושכול אינה בהכרח דומה, והדבר נובע בין השאר מהבדלים בציפיות מן המינים ומהשפעות חברתיות וסביבתיות. השוני בדפוסי ההתמודדות בין גברים לנשים עשוי להתבטא בסגנון ההתמודדות – אינטואיטיבי אצל נשים לעומת אינסטרומנטלי אצל גברים – והוא עשוי להתבטא גם בעוצמת האבל, במשכו ובטבעו.

2. **מסקירת הספרות וממחקר זה עלה כי לבני משפחה שכולים יש מגוון צרכים במישורי חיים שונים, בהם צרכים אלה:**

(1) **הצורך במידע** – צורך לדעת על נסיבות המוות, על סידורי קבורה ואבל, על גופים ותהליכים משפטיים ועל אפשרויות תמיכה רגשית וטיפול מקצועיים בקהילה; (2) **צרכים בריאותיים** – שכולים סובלים יותר מקשיי שינה וממחלות כרוניות ואחרות, ולכן עולה צורך במעקב בריאותי ובבדיקות תקופתיות; (3) **צרכים רגשיים ובין-אישיים** – יש צורך בסיסי בתמיכה מבני משפחה אחרים, מחברים, מן הקהילה הרחבה ומאנשים שעברו אירוע דומה, ולעיתים יש צורך גם בתמיכה רגשית מקצועית; (4) **צרכים כלכליים** – במקרים שבהם האובדן מתרחש עקב מחלה ממושכת ייתכנו קשיים כלכליים כתוצאה מהפסקת עבודה של המפרנסים ולקיחת הלוואות לשם ביצוע תהליכים רפואיים. גם במקרי אובדן אחרים יש הוצאות כלכליות גדולות: בטווח המידי הוצאות על קבורה, אירוח בזמן השבעה, הוצאות משפטיות ועוד. בטווח הארוך משפחות רבות נקלעות למצוקה כלכלית קשה וקבועה בגלל קושי לחזור לעבודה, אילוץ להחזיר חובות, הוצאות על סיוע משפטי והוצאות הנצחה; (5) **צרכים תעסוקתיים** – הורים שכולים רבים נאלצים להיעדר מעבודתם לעיתים קרובות ואף לעזוב את עבודתם בשל סיבות רגשיות, בריאותיות ומשפטיות שונות הקשורות לאובדן; (6) **צרכים משפטיים** – הורים שכולים

מביעים צרכים משפטיים בהליכים אזרחיים בהקשר של סוגיות שונות, כמו הסדרת רכוש וירושה, אפוסטרופסות ועוד; (7) צרכים דתיים, צרכים רוחניים וצרכי הבנייה משמעות – אובדן במשפחה הגרעינית עלול לגרום לאובדן מערכות שלמות של משמעות, אמונות וערכים, ולכן לעיתים יזדקקו בני המשפחה למענים רוחניים, שהם רחבים יותר ממענים דתיים. מענים אלה מוגדרים כמענים לנפש האדם, חיבור לעצמי וחיבור אל העולם שמעבר לעצמי ולכוחות שגדולים ממני; (8) צרכים הנוגעים לקשר עם הנפטר והנצחה – קיומו של קשר עם הנפטר באמצעות הנצחתו הוא צורך מרכזי בהווייתם של בני משפחה שכולים, והוא עשוי לספק נחמה ולעזור בתהליך ההתמודדות עם האבל.

3. **מדיניות התמיכה במשפחות שכול אזרחי, המבחינה בין סוגי האובדן, נתפסת מפלה ובדלנית:** המרואיינים תפסו את המדיניות הנוכחית, המבחינה בין שכול אזרחי מוכר לשכול אזרחי לא מוכר בתור מדיניות שרירותית, מפלה ובדלנית. צוין שמדיניות התמיכה במשפחות שכול אזרחי אינה מבוססת על שיקולים ענייניים. כך למשל האופי הטראומטי או האלים שמיוחס לאובדן במסגרת השכול האזרחי המוכר יכול לאפיין גם שכול אזרחי לא מוכר. מתן הכרה, סיוע ותמיכה הם קריטיים להסתגלות ולחזרה לתפקוד לאחר האובדן, ובייחוד לאחר אובדן פתאומי ואלים. **מומלץ לפעול להכרה מלאה בכל משפחות השכול האזרחי, וכן לספק סיוע ותמיכה לפי עומק ההשפעות של האובדן על חייהם של בני המשפחה ולא לפי נסיבות האובדן. מומלץ לעשות זאת בין השאר באמצעות מינוי עובדת סוציאלית מומחית באובדן ושכול בכל רשות מקומית, שתפקידה יהיה לסייע לכל משפחות השכול האזרחי.**

ב. תובנות בנוגע לתוכנית מרכזי הסיוע

1. **השירות שניתן במרכזי הסיוע מבוסס על חיבור בין ידע מקצועי מן השטח ובין ידע אקדמי עדכני.** הדבר מתבטא בין השאר בהכשרה ייעודית-מקצועית שניתנת לעובדות הסוציאליות של מרכזי הסיוע בבית הספר המרכזי להכשרת עובדים סוציאליים לפני כניסתן לתפקיד. להידוק הקשר בין הידע המקצועי מן השטח לידיע האקדמי העדכני הוזמנה גם סקירת ספרות כרכיב בדוח זה, והיא עוסקת בהשפעות של אובדן ושכול על כל בני המשפחה במישורי החיים השונים; על צרכי בני המשפחה במגוון היבטים; על סטנדרטים ואמות מידה להפעלת שירותים לבני משפחות שכולים; ועל גישות טיפול באובדן ושכול.
2. **מומלץ להקפיד על מסירת הודעה מרה באופן המקצועי ביותר.** מומלץ שהראשונים למסור את ההודעה המרה יהיו אנשי מקצוע. אם נוצר מצב שבו בני המשפחה קיבלו את ההודעה מגורמים אחרים, חשוב להקפיד שההודעה המרה תימסר באופן רשמי בכל זאת גם על ידי אנשי המקצוע. מומלץ להקפיד שההודעה תימסר בשפת האם של בני המשפחה ותוך התאמה תרבותית. נוסף על כך חשוב שההורים יקבלו הנחיה מקצועית כיצד למסור את ההודעה המרה לילדיהם.
3. **המענה שניתן למשפחות שכול אזרחי אינו כוללני דיו.** אחת מנקודות החוזק של מרכזי הסיוע שצינו המרואיינים היא היותו שירות כוללני. עם זאת, מממצאי המחקר עולה שמדיניות הסיוע למשפחות שכול אזרחי אינה כוללנית דיה, והיא מספקת מענה רק על חלק מצרכי המשפחות השכולות. **מומלץ לפעול למתן מענה כוללני ומלא יותר לבני המשפחות השכולות במגוון היבטים ותחומי חיים.** רצוי לתת סיוע כלכלי נרחב יותר לבני המשפחה שנפגעו כלכלית, למשל באמצעות

סל מענים גמיש; רצוי לתת הכוונה תעסוקתית למי שזקוק לה; מומלץ לספק יעוץ משפטי לבני משפחות שכול מכל הסוגים, ולא רק לנפגעי עבירת המתה; רצוי לפתח מאגר ידע בנוגע למיצוי זכויות של בני משפחה שאיבדו את יקיריהם ולסייע יותר במיצוי הזכויות; מומלץ שהליווי של מרכזי הסיוע יכלול התייחסות להיבט הבריאותי ויעודד שכולים להיבדק בדיקות רפואיות תקופתיות; רצוי שעובדת סוציאלית של מרכזי הסיוע תהיה בקשר עם מסגרות החינוך שבהן לומדים הילדים כדי לקדם הסתגלות מיטבית שלהם אליהן. **כמו כן רצוי שתיתן תמיכה שווה לכל המשפחות השכולות, ללא הבחנה ביניהן.**

4. **הגבלת משך הזמן שבו ניתן סיוע למשפחות מהווה קושי למקבלי השירות.** לפי תפיסותיהם של המרואיינים מטרם של מרכזי הסיוע לסייע בתקופה הראשונית לאחר האובדן בהתמודדות הרגשית ובתהליך החזרה לתפקוד. עם זאת, רבים מן המרואיינים סברו שהגבלת משך הזמן שבו אפשר לקבל ליווי ממרכזי הסיוע (עד חמש שנים מיום האובדן) היא שרירותית ולעיתים אינה תואמת את צורכי השכולים; בקרב חלק מן המשפחות המשבר והצורך בסיוע מתעוררים רק מאוחר יותר, ולעיתים אף כעבור יותר מחמש שנים. **מומלץ לבחון מחדש את ההגדרה של מטרת המרכזים בתור מרכזים לסיוע בתקופה הראשונית לאחר האובדן ולשקול את האפשרות שלא להגביל את משך זמן התמיכה לחמש שנים לכל היותר.**

5. **תנאי ההעסקה של העובדות סוציאליות והמנהלות במרכזי הסיוע מהווים קושי לנותנות השירות.** בקרב כלל המרואיינים הייתה הסכמה רחבה שהעובדות הסוציאליות שעובדות במרכזי הסיוע איכותיות ומקצועיות. הן מתוארות בתור מי שעוסקות בתחום של אובדן וכול מתוך שליחות רבה וגאווה יחידה ומרוצות מבחירתן ללוות משפחות שהתמודדו עם אובדן. ולמרות זאת, מדברי המרואיינים עלו כמה קשיים עקרוניים שקשורים לתנאי העסקתן: לפי מרבית המרואיינים שכר העובדות סוציאליות במרכזי הסיוע נמוך ביחס להשקעה הפיזית והרגשית שנדרשת מהן; מרבית המרואיינים תיארו עומס עצום שנופל על כתפיהן בגין מקרים רבים שמופנים אליהן ועומס בירוקרטי שמציבות ההפניות לטיפולים פרטיים, ולאילו מתלווה שחיקה רגשית; רוב המרואיינים סברו שאין די בהדרכות שניתנות כיום לעובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע והעלו את הצורך בעיבוי מעטפת ההדרכות לשיפור תפקודן. **רצוי לפעול לשיפור תנאי העסקתן של העובדות הסוציאליות בין השאר באמצעות הרחבת התקינה וגיוס עובדות סוציאליות נוספות לעבודה במרכזי הסיוע, כך שיקטן עומס המקרים על כל אחת מהן. כמו כן כדי לצמצם מצבים החושפים אותן לטראומטיזציה משנית מומלץ לשלב בעבורן הדרכות נוספות, קבוצתיות ופרטניות, ולחשוב יחד עימן על דרכים נוספות לשיפור התמיכה בהן במסגרת תפקידן.**

6. **המענה הטיפולי הניתן לבני המשפחה השכולים אינו מספק.** לתפיסת המרואיינים טיפול נפשי הוא אחד המענים החשובים והנחוצים ביותר לבני משפחה שכולים. בהתאם לתפיסה זו, המענה הטיפולי הוא אחד המענים הבסיסיים והראשוניים שמוצעים להם. עם זאת, המרואיינים העלו שני קשיים מרכזיים הנוגעים למתן מענה טיפולי לבני המשפחה השכולים: הקושי הראשון נוגע לזמן הטיפול, שמוגבל לרוב עד שנה בקירוב. המטפלים וגם העובדות הסוציאליות סברו שלעיתים נחוץ פרק זמן ממושך יותר לצורך הסתגלות מיטבית לחיים לאחר האובדן. הקושי השני קשור בתהליך מציאת הטיפול המתאים לכל אחד מבני המשפחה. כצעד ראשון העובדת הסוציאלית בודקת אם בני המשפחה יוכלו לקבל טיפול בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי, אולם לעיתים בני משפחה נאלצים להמתין זמן ממושך עד תחילת הטיפול בשל עומס רב בתחנות או בגלל אי-זמינות של מטפלים מומחים באובדן ושכול. האפשרות השנייה היא קבלת טיפול ממטפלים פרטיים. אולם גם במגזר הפרטי עולה הביקוש לטיפול על ההיצע הן בשל מחסור במטפלים מומחים באובדן ושכול הן בשל העלות

הגבוהה של הטיפולים, החורגת ממסגרת התקציב שמוקצה לכך במרכזי הסיוע. **רצוי לשקול את הארכת הטיפול הנפשי שמקבלים בני משפחה בהתאם לצורכיהם. נוסף על כך מומלץ לפעול להגדלת מספר המטפלים המומחים באובדן ושכול הן בתחנות ליעוץ זוגי ומשפחתי הן במגזר הפרטי. יתר על כן, רצוי לבחון כיצד אפשר לשמר את המטפלים הפרטיים שמעוניינים לטפל בבני משפחה שכולים באמצעות מרכזי הסיוע ולהרחיב את מספרם. זאת ועוד, אפשר לשקול טיפול נפשי מקוון בעבור אנשים שבסביבתם הקרובה אין מטפלים זמינים.**

7. **המענה הניתן לבני משפחה שכולים מן האוכלוסייה הערבית כרוך בקשיים עבור נותני השירות ומקבליהו. מרואיינים הצביעו על קשיים ייחודיים לתת מענה לשכולים מן האוכלוסייה הערבית: (1) קשה לרתום אותם לקבל ליווי וטיפול ממרכזי הסיוע. המרואיינים סברו שהסיבה לכך היא נטייה תרבותית שאינה מעודדת דיבור פתוח על רגשות בעקבות האובדן, ובייחוד במקרים של אובדנות, שעליה יש איסור וטאבו חברתי. כמו כן החברה פטריארכלית באופיה, ובהתאם, גברים אוסרים לעיתים על שאר בני המשפחה לפנות לטיפול משום שהם עצמם אינם חשים שהוא נחוץ להם; (2) הקושי הכלכלי הקיצוני, שהוא מאפיין של חלק מהמשפחות השכולות באוכלוסייה זו, אינו משאיר פניות לקבלת טיפול וסיוע; (3) הליווי שמרכזי הסיוע נותנים למשפחות אלה לא בהכרח מותאם להן תרבותית. ואכן, מהסקר עלה ששכולים מהאוכלוסייה הערבית היו פחות שבעי רצון מן הליווי שקיבלו מהעובדת הסוציאלית של מרכזי הסיוע בהיבטים שונים לעומת שכולים מהאוכלוסייה היהודית; (4) אין כיום די מטפלים רגשיים דוברי ערבית מומחים באובדן ושכול גם בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי וגם בקרב המטפלים הפרטיים. בהתאם לכך ממצאי הסקר לימדו שבני משפחה שכולים ערבים היו פחות שבעי רצון מן הטיפול הנפשי שקיבלו לעומת יהודים; (5) יש מעט מאוד שירותי ליווי רוחני בשפה הערבית ומעט מאוד קבוצות טיפוליות בשפה בערבית. מכיוון שהגעת נשים למרכזי הסיוע לצורך את השירות פחות מקובלת באוכלוסייה הערבית מומלץ שהעובדות הסוציאליות במרכזי הסיוע יערכו יותר פגישות בבתי המשפחות. מומלץ גם לאפשר יותר טיפולים בתחנות לטיפול זוגי ומשפחתי באמצעות הגדלה ניכרת של מספר המטפלים דוברי השפה הערבית או הקצאת משפחות שכולות למטפלים הקיימים. יתר על כן, מומלץ לדאוג להכשרת יותר מטפלים פרטיים דוברי השפה הערבית לטיפול באובדן ושכול ולפעול למתן יותר שירותים נלווים נוספים, כמו ליווי רוחני וקבוצות תמיכה בשפה הערבית.**

8. **חסרים מענים ציבוריים לטיפול רגשי ולתמיכה חברתית בילדים, והמענה שניתן להם במסגרת מרכזי הסיוע אינו כוללני דיו. כפי שעולה מסקירת הספרות, לאובדן הורה או אח יש מגוון השפעות על חיי הילדים בטווח הקצר והארוך. עם זאת המענים הציבוריים לטיפול רגשי ולתמיכה חברתית בעבור ילדים מעטים, ולכן ילדים שזקוקים למענה מקבלים אותו בעיקר ממטפלים פרטיים. נוסף על כך נראה שהמענה שניתן להם ממרכזי הסיוע אינו כוללני דיו. כך למשל עלה שההורים אינם מקבלים די הכוונה למסירת ההודעה המרה לילדים. עוד עלה מן המחקר שהקשר שהמערכות הציבוריות מקיימות ביניהן לטובת טיפול בילדים שאיבדו בן משפחה או בת משפחה קרובים אינו מיטבי. למשל, אין קשר בין העובדת הסוציאלית של מרכזי הסיוע ובין מסגרות החינוך של הילדים, ובמסגרות החינוך אנשי המקצוע לרוב מתקשים במתן תמיכה לילדים לאורך זמן. לכן מומלץ שלעובדת הסוציאלית של מרכזי הסיוע יהיה קשר עם המערכות הציבוריות המטפלות בילדים, ובמיוחד שיהיה לה קשר עם מסגרת החינוך שבה לומד הילד, ושהיא תנחה את אנשי המקצוע בעבודתם עם הילד באופן שיקדם את הסתגלותו לאובדן ואת תפקודו במסגרת החינוך. נוסף על כך יש צורך בולט בהרחבת המענים הציבוריים לטיפול רגשי ולתמיכה חברתית בילדים בכלל ובאלה שאיבדו בן משפחה או בת משפחה בפרט.**

עוד פרסומים של המכון בנושא

מילשטיין, א., רוזנפלד, ח. ורזניצקי, ש. (2020). ליווי רוחני למשפחות המתמודדות עם אובדן פתאומי ושכול. דמ-833-20

ברג-ורמן, א. וברודסקי, ג'. (2018). הערכת צרכים בקרב הורים שכולים מבוגרים. מחקר הערכה. דמ-776-18

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

מקורות

- אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה (מתו"ה). (2019). סקירת השירותים החברתיים: סקירת העשור 2009–2018. משרד הרווחה והביטחון החברתי. <https://www.gov.il/he/departments/publications/reports/molso-social-services-review-decade-2009-2018>
- אל-דן קצ'ולארו, ל. (2016). הרווחה האישית של אחים שכולים לנוכח תיאוריית 'ההליכון ההדוניסטי' [חיבור לשם קבלת תואר מוסמך אוניברסיטה, אוניברסיטת חיפה]. <https://www.proquest.com/openview/ef52a33df61e397eadffe0029aec0536/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- אקרמן, ר., שריף, א. וסוקולובר-יעקובי, א. (2017). "שיחזיק את משקל הנפש לאורך זמן": עיצוב שירותי הסיוע למשפחות המתמודדות עם אובדן פתאומי ועם שכול. עט השדה, 18, 30–45. https://www.dmag.co.il/pub/jdc/EtHasadeh_18/files/assets/common/downloads/publication.pdf
- כהן, ד. (2015). בשני צירים שונים: תהליך האבל והתקשורת של הורים ואחים שכולים לאחר אבדן ילד בוגר. מפגש, 41, 97–130. [.pdf \(efshar.org.il\)](https://www.efshar.org.il/efshar/41-05-Mifqash-בשני-צירים-אבל-הורים-ואחים-כהן.pdf)
- לביא, נ. וברום, ד. (2011). אבדן פתאומי, סיוע למשפחות שכולות עקב תאונות דרכים. סקירת ספרות ושירותים קיימים בעולם המערבי. מדינת ישראל. משרד הרווחה והשירותים החברתיים, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה, והשירות לרווחת הפרט והמשפחה.
- לבל, א. (2013). אובדן 'לא מוקר' – שכול אנטי הגמוני ומסגור מחדש של טראומה: הווית הקיפוח היחסי של משפחות נרצחי הטרור בישראל. בתוך ה. שנון קליין, ש. קרייטלר ומ. קרייטלר (עורכות). טנטולוגיה מדעי האובדן השכול והאבל: נושאים נבחרים (עמ' 227–262). הוצאת פרדס.
- מילשטיין, א., רוזנפלד, ח. ורזניצקי, ש. (2020). ליווי רוחני למשפחות המתמודדות עם אובדן פתאומי ושכול. דמ-833-20. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/spiritual-care-for-families/>
- נבון, י., בלנק, כ., שביט, י. וגל, ג'. (2023). הקשר בין מות הורה או אחאים במהלך הגיל הרך להישגים לימודיים. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. <https://www.taubcenter.org.il/wp-content/uploads/2023/11/Death-in-the-Family-2023-HEB.pdf>
- עולם הדאטה – משרד הבריאות. (2023, 24 ביוני). עולם הדאטה – נגיף הקורונה בישראל. משרד הבריאות. <https://datadashboard.health.gov.il/portal/dashboard/corona>
- פוגץ, ד., כץ נ., לבוק-גל, ד. וכץ, נ. (2016). "וכשאגדל אני מקווה להשפיע כמוכם" – ליווי תפקודי ומשפטי כסיוע למזעור קורבנות משנית של נפגעי עבירות וקידום רווחתם האישית. המשפט, 22, 181–210. <https://hamishpat.colman.ac.il/wp-content/uploads/2018/10/06-22-PugachKatz.pdf>

קפולניק, ע. ורפאל-אשורי, ח. (2019). מפרימה לחיבור מחדש: טיפול משפחתי-מערכתי באובדן ושכול. *פסיכולוגיה עברית*. [מפרימה לחיבור מחדש: טיפול משפחתי-מערכתי באובדן ושכול \(hebpsy.net\)](https://hebpsy.net)

שלו, ר. (2017). "כחרס הנשבר": התמודדות משפחות עם אובדן ושכול – "אני כבר לא מה שאתם, אני משהו אחר": השתנות העצמי וצמיחה בקרב הורים שכולים. *עט השדה*, 18, 19–29. https://www.dmag.co.il/pub/jdc/EtHasadeh_18/files/assets/common/downloads/publication.pdf

רובין, ש., מלקינסון, ר. וויצטום, א. (2016). *הפנים הרבות של האובדן והשכול: תיאוריה וטיפול*. הוצאת פרדס.

סקדי, א. (2011). *המשמעות מאחורי המילים: מתודולוגיות במחקר איכותני – הלכה למעשה*. הוצאת רמות.

שריף, א. (2019). *משאת נפש: צרכים של הורים שכולים על רקע מוות טראומתי ואלים* [חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפסיכולוגיה, The Professional School of Psychology].

שריף, א. (2021). את הכאב שלכם אף אחד לא שומע: ההתמודדות עם השכול במשבר הקורונה. בתוך ו' זילברברג, (עורכת). *"לחודים בתקווה", מה למדנו על עצמנו בתקופת הקורונה*. הוצאת ePublish. <https://bit.ly/LechudimHopeBuy>

Abdelnoor, A., & Hollins, S. (2004). The effect of childhood bereavement on secondary school performance. *Educational Psychology in Practice*, 20(1), 43–54. <https://doi.org/10.1080/0266736042000180401>

Aho, A. L., Tarkka, M.-T., Åstedt-Kurki, P., & Kaunonen, M. (2006). Fathers grief after the death of a child. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(6), 647–663. <https://doi.org/10.1080/01612840600643008>

Agnew, A., Manktelow, R., Taylor, B. J., & Jones, L. (2010). Bereavement needs assessment in specialist palliative care: A review of the literature. *Palliative Medicine*, 24(1), 46–59. <https://doi.org/10.1177/0269216309107013>

Alam, R., Barrera, M., D'Agostino, N., Nicholas, D. B., & Schneiderman, G. (2012). Bereavement experiences of mothers and fathers over time after the death of a child due to cancer. *Death Studies*, 36(1), 1–22. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553312>

Albuquerque, S., Pereira, M., & Narciso, I. (2016). Couple's relationship after the death of a child: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 30–53. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0219-2>

Alvarenga, W. D. A., de Montigny, F., Zeghiche, S., Polita, N. B., Verdon, C., & Nascimento, L. C. (2021). Understanding the spirituality of parents following stillbirth: A qualitative meta-synthesis. *Death studies*, 45(6), 420–436. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1648336>

Arnold, J., & Gemma, P. B. (2008). The continuing process of parental grief. *Death Studies*, 32(7), 658–673. <https://doi.org/10.1080/07481180802215718>

- Attig T. (2004). Disenfranchised grief revisited: Discounting hope and love. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 49(3), 197–215. <https://doi.org/10.2190/P4TT-J3BF-KFDR-5JB1>
- Avelin, P., Radestad, I., Saflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29(6), 668–673. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.007>
- Baker, L. M. (2004). Information needs at the end of life: A content analysis of one person's story. *Journal of the Medical Library Association*, 92(1), 78–82. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC314106/>
- Barrera, M., Alam, R., D'Agostino, N. M., Nicholas, D. B., & Schneiderman, G. (2013). Parental perceptions of siblings' grieving after a childhood cancer death: A longitudinal study. *Death Studies*, 37(1), 25–46. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.678262>
- Bartrop, R., Buckley, T., & Tofler, G. H. (2016). Bereavement and the risk of cardiovascular disease. In M. E. Alvarenga & D. Byrne (Eds.). *Handbook of psychocardiology* (pp. 229–246). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-287-206-7_18
- Berg, L., Rostila, M., Saarela, J., & Hjern, A. (2014). Parental death during childhood and subsequent school Performance. *Pediatrics*, 133(4), 682–689. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2771>
- Bergstraesser, E., Inglin, S., Hornung, R., & Landolt, M. A. (2015). Dyadic coping of parents after the death of a child. *Death Studies*, 39(3), 128–138. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.920434>
- Berrett-Abebe, J., Levin-Russman, E., Gioiella, M. E., & Adams, J. M. (2017). Parental experiences with a hospital-based bereavement program following the loss of a child to cancer. *Palliative & Supportive Care*, 15(3), 348–358. [doi:10.1017/S1478951516000821](https://doi.org/10.1017/S1478951516000821)
- Böckerman, P., Haapanen, M., & Jepsen, C. (2021). *Dark passage: Mental health consequences of parental death*. CESifo GmbH. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3863022>
- Bogensperger, J., & Lueger-Schuster, B. (2014). Losing a child: Finding meaning in bereavement. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 22910. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.22910>
- Bolton, J. M., Au, W., Chateau, D., Walld, R., Leslie, W. D., Enns, J., & Sareen, J. (2016). Bereavement after sibling death: A population-based longitudinal case-control study. *World Psychiatry*, 15(1), 59–66. <https://doi.org/10.1002/wps.20293>
- Braun, M. J., & Berg, D.H. (1994). Meaning reconstruction in the experience of parental bereavement. *Death Studies*, 18 (2), 105–129. <https://doi.org/10.1080/07481189408252647>

- Breen, L. J., Szylił, R., Gilbert, K. R., Macpherson, C., Murphy, I., Nadeau, J. W., Silva, D.R., Wiegand, D. L. & International Work Group on Death, Dying, and Bereavement (2018). Invitation to grief in the family context. *Death Studies*, 43(3), 173–182. [doi: 10.1080/07481187.2018.1442375](https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1442375)
- Brent, D., Melhem, N. M., Masten, A. S., Porta, G., & Payne, M. W. (2012). Longitudinal effects of parental bereavement on adolescent developmental competence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(6), 778–791. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.717871>
- Bryant, R., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., Aderka, I., & Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder: A randomised clinical trial. *JAMA Psychiatry* 71(12),1332–1339. [doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1600](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600)
- Buckle, J. L., & Fleming, S. J. (2011). *Parenting after the death of a child: A practitioner's guide*. Routledge.
- Bugge, K. E., Darbyshire, P., Røkholt, E. G., Haugstvedt, K. T. S., & Helseth, S. (2014). Young children's grief: Parents' understanding and coping. *Death Studies*, 38(1), 36–43. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.718037>
- Bylund-Grenklo, T., Fürst, C. J., Nyberg, T., Steineck, G., & Kreicbergs, U. (2016). Unresolved grief and its consequences. A nationwide follow-up of teenage loss of a parent to cancer 6–9 years earlier. *Supportive Care in Cancer*, 24(7), 3095–3103. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3118-1>
- Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K. L. C., & Jones, H. (2008). Stillbirth and the couple: A gender-based exploration. *Journal of Family Social Work*, 11 (4), 351–372. <https://doi.org/10.1080/10522150802451667>
- Cantwell-Bartl, A. (2018). Grief and coping of parents whose child has a constant lifethreatening disability, hypoplastic left heart syndrome with reference to the DualProcess Model. *Death Studies*, 42(9), 569–578. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1407380>
- Carey, I. M., Shah, Y. E., DeWilde, S., Harris, T., Victor, C. R., & Cook, D. G. (2014). Increased risk of acute cardiovascular events after partner bereavement: A matched cohort study. *JAMA Internal Medicine*, 174(4), 598–605. [doi:10.1001/jamainternmed.2013.14558](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.14558)
- Casey, L. (2011). *Review into the needs of families bereaved by homicide*. <https://www.justice.gov.uk/downloads/news/press-releases/victims-com/review-needs-of-families-bereaved-by-homicide.pdf>
- Chan, E. K. H., O'Neill I., McKenzie, M., Love, A., & Kissane, D. W. (2004). What works for therapists conducting family meetings: Treatment integrity in family-focused grief therapy during palliative care and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(6), 502–512. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.10.008>

- Christian, C. (2007). Sibling loss, guilt and reparation: A case study. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(1), 41–54. <https://doi.org/10.1516/AJEJ-K6GE-AUAV-EEYC>
- Crehan G (2004) The surviving sibling: The effects of sibling death in childhood. *Psychoanal Psychother.* 18(2), 202–219. <https://doi.org/10.1080/14749730410001700723>
- D'Alton, S. V., Ridings, L., Williams, C., & Phillips, S. (2022). The bereavement experiences of children following sibling death: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 66, e82–e99. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.05.006>
- Das, A. (2013). Spousal loss and health in late life: Moving beyond emotional trauma. *Journal of Aging and Health*, 25(2), 221–242. <https://doi.org/10.1177/0898264312464498>
- Dickens, N. (2013). Prevalence of complicated grief and posttraumatic stress disorder in children and adolescents following sibling death. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 22(1), 119–126. <https://doi.org/10.1177/1066480713505066>
- Doka, K. (Ed.). (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Champaign, IL: Research Press.
- Doka, K. J., & Martin, T. L. (2011). *Grieving beyond gender: Understanding the ways men and women mourn*. Routledge.
- Dyer, J. E. T., & Hagedorn, W. B. (2013). Navigating bereavement with spirituality-based interventions: Implications for non-faith-based counselors. *Counseling and Values*, 58(1), 69–84. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2013.00026.x>
- Dyregrov, A. (2008). *Grief in Children, Second Edition: A Handbook for Adults* (2 Rev edition). Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Dyregrov, A. (2015). Children, trauma and grief: School support in Scandinavia. *Trauma Psychology News*, (Spring Issue), 16–18.
- Dyregrov, A., Dyregrov, K., Endsjø, M., & Idsoe, T. (2015). Teachers' perception of bereaved children's academic performance. *Advances in School Mental Health Promotion*, 8(3), 187–198. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2015.1051888>
- Dyregrov, K. (2002). Assistance from local authorities versus survivor's needs for support after suicide. *Death Studies*, 26(8), 647–668. <https://doi.org/10.1080/07481180290088356>
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2011). Barn og unge som pårørende ved kreft. Hvordan kan barns situasjon og foreldres omsorgskapasitet styrkes i et rehabiliteringsperspektiv. Center for Crisis Psychology.

- Dyregrov, K., Dyregrov, A., & Kristensen, P. (2016). In what ways do bereaved parents after terror go on with their lives, and what seems to inhibit or promote adaptation during their grieving process? A qualitative study. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 73(4), 374–399. <https://doi.org/10.1177/0030222816653851>
- Eilegård, A., & Kreicbergs, U. (2010). Risk of parental dissolution of partnership following the loss of a child to cancer: A population-based long-term follow-up. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(1), 100–101. doi:10.1001/archpediatrics.2009.247
- Eppler, C. (2008). Exploring themes of resiliency in children after the death of a parent. *Professional School Counselling*, 11(3), 189–196. <https://doi.org/10.1177/2156759X0801100305>
- Essakow, K. L., & Miller, M. M. (2013). Piecing together the shattered heirloom: Parents' experiences of relationship resilience after the violent death of a child. *The American Journal of Family Therapy*, 41(4), 299–310. <https://doi.org/10.1080/01926187.2012.701590>
- Fanos, J. H. (1996). *Sibling loss*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Fletcher J., Mailick M., Song J., & Wolfe, B. (2013) A sibling death in the family: Common and consequential. *Demography*, 50, 803–826. https://doi.org/10.1207/s15327698jfc0504_2
- Freak-Poli, R., Kung, C. S., Ryan, J., & Shields, M. A. (2022). Social isolation, social support, and loneliness profiles before and after spousal death and the buffering role of financial resources. *The Journals of Gerontology: Series B*, 77(5), 956–971. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac039>
- Garstang, J., Griffiths, F., & Sidebotham, P. (2014). What do bereaved parents want from professionals after the sudden death of their child: A systematic review of the literature. *BMC pediatrics*, 14(1), 269. doi:10.1186/1471-2431-14-269.
- Genset, C., Gratton, F., O'Reilly, T., Allard, E., & Maltais, N. (2021). Emerging Despite the Indelible Wound: A ground theory of fan transformation following adolescence suicide. *Journal of Family Nursing*, 27(4), 295–303. DOI: 10.1177/10748407211006183.
- Gilmer, M. J., Foster, T. L., Vannatta, K., Barrera, M., Davies, B., Dietrich, M. S., Fairclough, D. L., & Gerhardt, C. A. (2012). Changes in parents after the death of a child from cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44, 572–582. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.10.017>
- Glatt, A. (2018). A death in the family: The differential impacts of losing a loved one. *Canadian Journal of Family and Youth/Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse*, 10(1), 99–118. <https://doi.org/10.29173/cjfy29344>

- Glazer, H. R., Clark, M. D., Thomas, R., & Haxton, H. (2010). Parenting after the death of a spouse. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 27(8), 532–536. <https://doi.org/10.1177/1049909110366851>
- Griese, B., Burns, M. R., Farro, S. A., Silvern, L., & Talmi, A. (2017). Comprehensive grief care for children and families: Policy and practice implications. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(5), 540–548. <https://doi.org/10.1037/ort0000265>.
- Guldin, M., Li, J., Pedersen, H., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M., Cnattingius, S., Olsen, J., & Vestergaard, M. (2015). Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: A population-based cohort study. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1227–1234. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2094.
- Hagan, M. J., Ingram, A. M., & Wolchik, S. A. (2017). Evidence-based interventions for childhood grief in children and adolescents. In Theodore, L. A. (Ed.). *Handbook of evidence-based interventions for children and adolescents* (pp. 67–83). Springer Publishing Company.
- Haine, R. A., Ayers, T. S., Sandler, I. N., & Wolchik, S. A. (2008). Evidence-based practices for parentally children and their families. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(2), 133–121. doi:10.1037/0735-7028.39.2.113
- Haine, R. A., Ayers, T. S., Sandler, I. N., Wolchik, S. A., & Weyer, J. L. (2003). Locus of control and self-esteem as stress-moderators or stress mediators in parentally bereaved children. *Death Studies*, 27(7), 619–640. <https://doi.org/10.1080/07481180302894>
- Hawthorne, D. M., Youngblut, J. M., & Brooten, D. (2016). Parent spirituality, grief, and mental health at 1 and 3 months after their infant's/child's death in an intensive care unit. *Journal Of Pediatric Nursing*, 31(1), 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.07.008>
- Herberman Mash, H. B., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (2013). Complicated grief and bereavement in young adults following close friend and sibling loss. *Depression and Anxiety*, 30(12), 1202–1210. <https://doi.org/10.1002/da.22068>
- Hibberd, R. (2013). Meaning reconstruction in bereavement: Sense and significance. *Death Studies*, 37(7), 670–692. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.692453>
- Høeg, B. L., Appel, C. W., Heymann-Horan, A. B., Frederiksen, K., Johansen, C., Bøge, P., & Bidstrup, P. E. (2017). Maladaptive coping in adults who have experienced early parental loss and grief counselling. *Journal of Health Psychology*, 22(14), 1851–1861. <https://doi.org/10.1177/1359105316638550>
- Holland, J. (2008). How schools can support children who experience loss and death. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(4), 411–424. <https://doi.org/10.1080/03069880802364569>

Huisman, D. M., & Lemke, A. (2022). I am this widow: Social support in friendship after the loss of a spouse in mid-life. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 86(1), 45–64.

<https://doi.org/10.1177/0030222820961231>Irish Childhood Bereavement Network)ICBN) (2017). *Standards for supporting bereaved children & young people – A framework for development*. ICBN, Dublin. [ICBN-Standards-Framework.pdf \(childhoodbereavement.ie\)](#)

Jadhav, A., & Weir, D. (2018). Widowhood and depression in a cross-national perspective: Evidence from the United States, Europe, Korea, and China. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(8), 143–153. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx021>

Joaquim, R. M., Pinto, A. L., Guatimosim, R. F., de Paula, J. J., Costa, D. S., Diaz, A. P., da Silva, A. G., Pinheiro, M. I., Serpa, A. L., Miranda, D. M., & Malloy-Diniz, L. F. (2021). Bereavement and psychological distress during COVID-19 pandemics: The impact of death experience on mental health. *Current Research in Behavioral Sciences*, 2, 100019. <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2021.100019>

Jones, E. (2016). *Lived experience of young widowed individuals*. Utah State University.

Kaplow, J. B., Saunders, J., Angold, A., & Costello, E. J. (2010). Psychiatric symptoms in bereaved versus nonbereaved youth and young adults: A longitudinal epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1145–1154. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.004>

Keesee, N. J., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1145–1163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20502>

Kentish-Barnes, N., Cohen-Solal, Z., Morin, L., Souppart, V., Pochard, F., & Azoulay, E. (2021). Lived experiences of family members of patients with severe COVID-19 who died in intensive care units in France. *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 4(6), e2113355. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.13355

Kissane, D. W., Bloch, S., McKenzie, M., McDowall, A. C., & Nitzan, R. (1998). Family grief therapy: A preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. *Psych-Ontology*, 7(1), 25–14. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199801/02\)7:1%3C14::AID-PON313%3E3.0.CO;2-D](https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/(SICI)1099-1611(199801/02)7:1%3C14::AID-PON313%3E3.0.CO;2-D)

Kissane, D. W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D. P., & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: A randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *Am Journal Psychiatry*, 163(7). 1208–1218. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1208>

- Klaus, D. (2021). Differential effects of widowhood on network and support. *Journal of Family Issues*, 42(12), 2755–2781. <https://doi.org/10.1177/0192513X20988068>
- Knowles, L. M., Ruiz, J. M., & O'Connor, M. F. (2019). A systematic review of the association between bereavement and biomarkers of immune function. *Psychosomatic Medicine*, 81(5), 415–433. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000693
- Koblenz, J. (2015). Growing from grief: Qualitative experiences of parental loss. *Journal of Death and Dying*, 73(3), 203–230. <https://doi.org/10.1177/0030222815576123>
- Koskela, H. (2011). Lapseni elää aina sydämessäni: Lapsen menetyksen merkitys vanhemman spiritualiteetin muotoutumisessa [My child will always live in my heart: The significance of the loss of a child in the development of a parent's spirituality]. Tampere, Finland: Kirkon tutkimuskeskus.
- Laakso, H., & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Mothers' experience of social support following the death of a child. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 176–185. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00611.x>
- Lannen, P. K., Wolfe, J., Prigerson, H. G., Onelov, E., & Kreicbergs, U. C. (2008). Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: Impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *Journal of Clinical Oncology*, 26(36), 5870–5876. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.6738>.
- Lebel, U. (2014). "Second Class Loss": Political culture as a recovery barrier: The families of terrorist casualties' struggle for national honors, recognition, and belonging. *Death Studies*, 38(1), 9–19. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.707165>
- Li, J., Laursen, T. M., Precht, D. H., Olsen, J., & Mortensen, P. B. (2005). Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *New England Journal of Medicine*, 352(12), 1190–1196. DOI: 10.1056/NEJMoa033160
- Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P. B., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361(9355), 363–367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12387-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12387-2)
- Li, J., Vestergaard, M., Cnattingius, S., Gissler, M., Bech, B. H., Obel, C., & Olsen, J. (2014). Mortality after parental death in childhood: A nationwide cohort study from three Nordic countries. *PLoS Medicine*, 11(7), e1001679. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001679>
- Li, Y. P., & Lin, H. S. (2020). Widowhood and health in late life: Does health change before or after widowhood in older Taiwanese men and women?. *Journal of Women & Aging*, 32(6), 684–699. <https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1618128>

- Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Kissane, D. W., Breitbart, W., Kacel, E., Jones, E. C., & Prigerson, H. G. (2011). Underutilization of mental health services among bereaved caregivers with prolonged grief disorder. *Psychiatric Services, 62*(10), 1225–1229. https://doi.org/10.1176/ps.62.10.pss6210_1225
- Lieberman, M. A. (1989). All family losses are not equal. *Journal of Family Psychology, 2*(3), 368–372. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0080506>
- Liu, X., Olsen, J., Agerbo, E., Yuan, W., Cnattingius, S., Gissler, M., & Li, J. (2013). Psychological stress and hospitalization for childhood asthma: A nationwide cohort study in two Nordic countries. *PLOS ONE, 8*(10), e78816. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078816>
- Lu, M. L. R., Davila, C. D., Shah, M., Wheeler, D. S., Ziccardi, M. R., Banerji, S., & Figueredo, V. M. (2016). Marital status and living condition as predictors of mortality and readmissions among African Americans with heart failure. *International Journal of Cardiology, 222*, 313–318. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.07.185>
- Luecken, L. J. (2008). Long-term consequences of parental death in childhood: Psychological and physiological manifestations. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.). *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 397–416). <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/14498-019>
- Luecken, L. J., & Roubinov, D. S. (2012). Pathways to lifespan health following childhood parental death. *Social and Personality Psychology Compass, 6*(3), 243–257. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00422.x>
- Lytje, M. (2016a). Voices we forget – Danish students' experience of returning to school following parental bereavement. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 78*(1), 24–42 <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00422.x>
- Lytje, M. (2016b). Unheard Voices: Parentally bereaved Danish students' experiences and perceptions of the support received following the return to school [Doctoral Dissertation, University of Cambridge].
- Marks, F. N., Jun, H., & Song, J. (2007). Death of parents and adult psychological well-being. *Journal of Family Issues, 28*(12), 1611–1638. <https://doi.org/10.1177/0192513X07302728>
- Martin, T. & Doka, K. (1996). Masculine grief. In K. Doka (Ed.). *Living with grief after sudden loss: Suicide, homicide, accident, heart attack, stroke* (133–142) (1st ed.). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315781563>
- McClatchey, I. S. (2018). Fathers raising motherless children: Widowed men give voice to their lived experiences. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 76*(4), 307–327. <https://doi.org/10.1177/0030222817693141>
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. N. N. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(4), 375–389. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.4.375>

- Meert, K. L., Briller, S. H., Myers Schim, S., Thurston, C., & Kabel, A. (2009). Examining the needs of bereaved parents in the pediatric intensive care unit: A qualitative study. *Death Studies*, 33(8), 712–740. <https://doi.org/10.1080/07481180903070434>
- Mental Health Technology Transfer Center Network (MHTTC) (2020). Grief Fact Sheet #5: Evidence-based treatments for grief. <https://mhttcnetwork.org/centers/global-mhttc/product/grief-fact-sheet-5-evidence-based-treatments-grief>
- Metzger, J., Mastrocinque, J. M., Navratil, P., & Cerulli, C. (2015). Improving systematic response in the face of homicide: Family and friends of homicide victims service needs. *Violence and Victims*, 30(3), 522–532. DOI:10.1891/0886-6708.VV-D-13-00140
- Millar, R., Quinn, N., Cameron, J., & Colson, A. (2020). An overview of evidence-based interventions for children and young people experiencing bereavement, loss and grief. Mental Health Foundation. [DOI:10.13140/RG.2.2.28840.08961](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28840.08961)
- Mohamed Hussin, N. A., Guàrdia-Olmos, J., & Liisa Aho, A. (2018). The use of religion in coping with grief among bereaved Malay Muslim parents. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(4), 395–407. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1500531>
- Moss, M. S., & Moss, S. Z. (1996). Remarriage of widowed persons: A triadic relationship. In D. Klass, P. R. Silverman, & S. L. Nickman (Eds.). *Continuing bonds: New understandings of grief* (pp. 163–178). Taylor & Francis.
- Murphy, S. A., Johnson, C., Cain, K. C., Gupta, A. D., Dimond, M., Lohan, J., & Baugher, R. (1998). Broad-spectrum group treatment for parents bereaved by the violent deaths of their 12- to 28-year-old children: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 22(3), 209–235. <https://doi.org/10.1080/074811898201560>
- Naef, R., Ward, R., Mahrer-Imhof, R., & Grande, G. (2013). Characteristics of the bereavement experience of older persons after spousal loss: An integrative review. *International journal of nursing studies*, 50(8), 1108–1121. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.026>
- Nakagomi, A., Shiba, K., Hanazato, M., Kondo, K., & Kawachi, I. (2020). Does community-level social capital mitigate the impact of widowhood & living alone on depressive symptoms?: A prospective, multi-level study. *Social Science & Medicine*, 259, 113140. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113140>
- National Alliance for Children Grief (NACG) (2013). *NACG standard of practice*. <https://indd.adobe.com/view/07b54195-295a-4496-8ccf-031f8774b04d>

- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24(6), 541–558. <https://doi.org/10.1080/07481180050121480>
- Neimeyer, R. A., & Burke, L. A. (2017). Spiritual distress and depression in bereavement: A meaning-oriented contribution. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 35(1), 38–59. <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0262-6>
- Neimeyer, R. A., & Jordan, J. R. (2002). Disenfranchisement as empathic failure: Grief therapy and the co-construction of meaning. In K. J. Doka (Ed.), *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice* (pp. 95–117). Champaign, IL: Research Press.
- Neimeyer, R. A., Klass, D., & Dennis, M. R. (2014). A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning. *Death Studies*, 38(8), 485–498. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.913454>
- Neimeyer, R. A., & Lichtenthal, W. G. (2017). The presence of absence: The struggle for meaning in the death of a child. In R. G. Stevenson, G. 27 R. Cox, R. G. Stevenson, G. R. Cox (Eds.), *Children, adolescents and death: Questions and answers* (pp. 247–262). Baywood. <https://psycnet.apa.org/doi/10.4324/9781315266237-19>
- Paley, N. (2008). *Partners in grief: Couples' narratives of the transition from pediatric palliative care into bereavement* [Doctoral dissertation, University of British Columbia].
- Palombo, J. (1981). Parent loss and childhood bereavement: Some theoretical considerations. *Clinical Social Work Journal*, 9(1), 3–33. <https://doi.org/10.1007/BF00757091>
- Parsons, S. (2011). Long-term impact of childhood bereavement: Preliminary analysis of the 1970 British Cohort Study (BCS70). *Childhood Wellbeing Research Centre*. CWRC Working Paper.
- Patterson, P., McDonald, F. E. J., Kelly-Dalgety, E., Lavorgna, B., Jones, B. L., Sidis, A. E., & Powell, T. (2021). Development and evaluation of the Good Grief Program for young people bereaved by familial cancer. *BMC Palliative Care*, 20(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00752-z>
- Rabionet, S. E. (2011). How I learned to design and conduct semi-structured interviews: An ongoing and continuous journey. *Qualitative Report*, 16(2), 563–566. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2011.1070>
- Rando, T. A. (1993). An investigation of grief and adaptation in parents whose children have died from cancer. In M. C. Roberts, G. P. Koocher, D. K. Routh & D. J. Willis (Eds.). *Readings in pediatric psychology* (pp. 127–144). Plenum Press.

- Raphael, B., Minkov, C., & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 587–612). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10436-025>
- Ridley, A., & Frache, S. (2020). Bereavement care interventions for children under the age of 18 following the death of a sibling: A systematic review. *Palliative Medicine*, 34(10), 1340–1350. DOI: 10.1177/0269216320947951
- Ridley, A., Revert, A., Raynaud, J. P., Bui, E., & Suc, A. (2021). Description and evaluation of a French grief workshop for children and adolescents bereaved of a sibling or parent. *BMC Palliative Care*, 20, 159–168. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00861-9>
- Rogers, C. H., Floyd, F. J., Seltzer, M. M., Greenberg, J., & Hong, J. (2008). Longterm effects of the death of a child on parents' adjustment in midlife. *Journal of family psychology*, 22(2), 203. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.203>
- Rolls, L., & Payne, S. A. (2007). Children and young people's experience of UK childhood bereavement services. *Mortality*, 12(3), 281–303. <https://doi.org/10.1080/13576270701430585>
- Rolls, L., & Penny, A. (2011). Mapping evaluation of UK childhood bereavement services. *Bereavement Care*, 30(1), 43–47. DOI: 10.1080/02682621.2011.555236
- Ronen, R., Packman, W., Field, N. P., Davies, B., Kramer, R., & Long, J. K. (2010). The relationship between grief adjustment and continuing bonds for parents who have lost a child. *Omega-Journal of Death and Dying*, 60(1), 1–31. <https://doi.org/10.2190/OM.60.1.a>
- Rostila, M., Berg, L., Arat, A., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016). Parental death in childhood and self-inflicted injuries in young adults – a national cohort study from Sweden. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(10), 1103–1111. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0833-6>
- Rostila, M., Saarela, J., & Kawachi, I. (2012). The forgotten griever: A nationwide follow-up study of mortality subsequent to the death of a sibling. *American Journal of Epidemiology*, 176(4), 338–346. <https://doi.org/10.1093/aje/kws163>
- Rostila, M., Saarela, J., & Kawachi, I. (2013). Fatal stroke after the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *PLoS One*, 8(2), e56994. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0056994>
- Rostila, M., Saarela, J., & Kawachi, I. (2014). "The psychological skeleton in the closet": Mortality after a sibling's suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(6), 919–927. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0780-1>

- Rubin, S. S. (1993). The death of a child is forever: The life course impact of child loss. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.). *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 285–299). Cambridge University Press. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/CB09780511664076.020>
- Sadeghi, N., Hasanpour, M., Heidarzadeh, M., Alamolhoda, A., & Waldman, E. (2016). Spiritual needs of families with bereavement and loss of an infant in the neonatal intensive care unit: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management, 52*(1), 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.344>
- Saldinger, A., Cain, A., & Porterfield, K. (2003). Managing traumatic stress in children anticipating parental death. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 66*(2), 168–181. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/psyc.66.2.168.20613>
- Sandler, E., Tein, J. Y., Wolchik, S., & Ayers, T. (2016). The effects of the Family Bereavement Program to reduce suicide ideation and/or attempts of parentally bereaved children six and fifteen years later. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46*, 32–38. DOI: 10.1111/sltb.12256
- Sandler, I. N., Ma, Y., Tein, J. Y., Ayers, T. S., Wolchik, S., Kennedy, C. L., & Millsap, R. (2010). Long-term effects of the Family Bereavement Program on multiple indicators of grief in parentally bereaved children and adolescents. *Journal Consult Clinical Psychology, 78*(2), 131–143. doi:10.1037/a0018393.
- Sandler, I. N., Wolchik, S. A., Ayers, T. S., Tein, J. Y., & Luecken, L. (2013). Family Bereavement Program (FBP) approach to promoting resilience following the death of a parent. *Fam. Sci., 4*(1), 87–94. doi: 10.1080/19424620.2013.821763.
- Schmitz, A. (2021). Gendered experiences of widowhood and depression across Europe: The role of loneliness and financial resources from a longitudinal perspective. *Journal of Affective Disorders, 280*, 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.091>
- Schoenfelder, E. N., Tein, J. Y., Wolchik, S., & Sandler, I. N. (2015). Effects of the Family Bereavement Program on academic outcomes, educational expectations, and job aspirations 6 years later: The mediating role of parenting and youth mental health problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 43*, 229–241. DOI 10.1007/s10802-014-9905-6
- Schuler, T. A., Zaider, T. I., & Kissane, D. W. (2012). Family grief therapy: A vital model in oncology, palliative care and bereavement. *Family Matters, 90*, 77–86. <https://search.informit.org/doi/10.3316/ielapa.790195286857094>
- Schuler, T. A., Zaider, T. I., Li, Y., Masterson, M., McDonnell, G. A., Hichenberg S., Loeb, R., & Kissane, D. W. (2017). Perceived family functioning predicts baseline psychosocial characteristics in U.S. participants of a Family Focused Grief Therapy trial. *Journal of Pain and Symptom Management, 54*(1), 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.016>

- Sealey, M., O'Connor, M., Aoun, S., Breen, L. (2015). Exploring barriers to assessment of bereavement risk in palliative care: Perspectives of key stakeholders. *BMC Palliative Care* 14(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0046-7>
- Shalev, R., Dargan, C., & Abdallah, F. (2021). Issues in the treatment of children who have lost a family member to murder in the Arab community in Israel. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 83(2), 198–211. <https://doi.org/10.1177/0030222819846714>
- Shaul, G. (2012). Families of homicide victims about life after murder: Switzerland, Italy, and Israel [Doctoral dissertation, Libera Università degli Studi di Scienze Umane e Tecnologiche].
- Shear, K. (2012). 'Grief and mourning gone away: Pathway and course of complicated grief', *Dialogues in Clinical Neuroscience* 14(2), 119–28. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear>
- Shear, M. K. & Bloom, C. G. (2017). Complicated grief treatment: An evidence-based approach to grief therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35(1), 6–25. <https://doi.org/10.1007/s10942-016-0242-2>
- Shear, M. K., Reynolds III, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, B., & Skritskaya, N. (2016). Optimizing treatment of complicated grief: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 685–694. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0892
- Silverman, P. R. (2000). *Never too young to know: Death in children's lives*. Oxford University Press.
- Silverman, P. R., & William, J. (1992). Children's reactions in the early months after the death of a parent. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(1), 93–104. <https://doi.org/10.1037/h0079304>
- Snaman, J. M., Kaye, E. C., Levine, D. R., Cochran, B., Wilcox, R., Sparrow, C. K., Noyes, N., Clark, L., Avery, W., & Baker, J. N. (2017). Empowering bereaved parents through the development of a Comprehensive Bereavement Program. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(4), 767–775. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.359>
- Song, J., Floyd, F. J., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., & Hong, J. (2010). Long-term effects of child death on parents' health-related quality of life: A dyadic analysis. *Family Relations*, 59(3), 269–282. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2010.00601.x>
- Spuij, M., Dekovic, M., & Boelen, P. A. (2015). An open trial of 'grief-help': A cognitive-behavioural treatment for prolonged grief in children and adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(2), 185–192. <https://doi.org/10.1002/cpp.1877>

- Stikkelbroek, Y., Bodden, D. H. M., Reitz, E., Vollebergh, W. A. M., & van Baar, A. L. (2016). Mental health of adolescents before and after the death of a parent or sibling. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(1), 49–59. doi:10.1007/s00787-015-0695-3
- Stikkelbroek, Y., Prinzie, P., De Graaf, R., Ten Have, M., & Cuijpers, P. (2012) Parental death during childhood and psychopathology in adulthood. *Psychiatry Research*, 198(3), 516–520. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.024>
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research techniques*. Sage publications.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA-journal of Death and Dying*, 61(4), 273–289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
- Stroebe, M., & Schut, H. (2015). Family matters in bereavement: Toward an integrative intra-interpersonal coping model. *Perspectives on Psychological Science*, 10(6) 873–879. DOI: 10.1177/1745691615598517.
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5(1), 62–83. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.1.62>
- Thimm, J. C., Kristoffersen, A. E., & Ringberg, U. (2020). The prevalence of severe grief reactions after bereavement and their associations with mental health, physical health, and health service utilization: A population-based study. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1844440. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1844440>
- Titus, B., & de Souza, R. (2011). Finding meaning in the loss of a child: Journeys of chaos and quest. *Health Communication*, 26(5), 450–460. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.554167>
- Toller, P. W., & Braithwaite, D. O. (2009). Grieving together and apart: Bereaved parents' contradictions of marital interaction. *Journal of Applied Communication Research*, 37(3), 257–277. <https://doi.org/10.1080/00909880903025887>
- Vig, P. S., Lim, J. Y., Lee, R. W. L., Huang, H., Tan, X. H., Lim, W. Q., Lee, A.S.I., Chiam, M., Lim, C., Baral, V.R., & Krishna, L. K. R. (2021). Parental bereavement–impact of death of neonates and children under 12 years on personhood of parents: A systematic scoping review. *BMC Palliative Care*, 20, 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00831-1>
- Virk, J., Ritz, B., Li, J., Obel, C., & Olsen, J. (2016). Childhood bereavement and type 1 diabetes: A Danish national register study. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 30(1), 86–92. <https://doi.org/10.1111/ppe.12247>
- Vitlic, A., Lord, J. M., Carroll, D., & Phillips, A. C. (2015). Increased risk of infection in bereaved older adults: From broken heart to broken immune system. *Advances in Neuroimmune Biology*, 6(1), 25–30. DOI: 10.3233/NIB-150106

- Weber, M., Alvariza, A., Kreicbergs, U., & Sveen, J. (2021). Adaptation of a Grief and Communication Family Support Intervention for parentally bereaved families in Sweden. *Death Studies*, 45(7), 528–537. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1661883>
- Welsh Government (2021). *National framework for the delivery of bereavement care*. [National framework for the delivery of bereavement care | GOV.WALES](#)
- Wheeler, I. (2001). Parental bereavement: The crisis of meaning. *Death studies*, 25(1), 51–66. <https://doi.org/10.1080/07481180126147>
- Wilkinson, S., Croy, P., King, M., & Barnes, J. (2007). Are we getting it right? Parent's perceptions of hospice child bereavement support services. *Palliative Medicine*, 21(5), 401–407. <https://doi.org/10.1177/0269216307078504>
- Willcox, R., Moller, N., & Clarke, V. (2019). Exploring attachment incoherence in bereaved families' therapy narratives: An attachment theory-informed thematic analysis. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 27(3), 339–347. DOI: 10.1177/1066480719853006
- World Health Organization (WHO). (2016). *Prolonged grief disorder*. <https://iris.who.int/handle/10665/250239>
- Yang, F., & Gu, D. (2021). Widowhood, widowhood duration, and loneliness among older adults in China. *Social Science & Medicine*, 283, 114179. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114179>
- Yoon, H., Park, G. R., & Kim, J. (2022). Psychosocial trajectories before and after spousal loss: Does gender matter?. *Social Science & Medicine*, 294, 114701. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114701>
- Yu, J., Kahana, E., Kahana, B., & Han, C. (2021). Depressive symptoms among elderly men and women who transition to widowhood: Comparisons with long term married and long term widowed over a 10-year period. *Journal of Women & Aging*, 33(3), 231–246. <https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1685855>
- Yu, Y., Liew, Z., Cnattingius, S., Olsen, J., Vestergaard, M., Fu, B., & Li, J. (2017). Association of mortality with the death of a sibling in childhood. *JAMA Pediatrics*, 171(6), 538–545. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.0197
- Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorious, D., Zetumer, S., Seay, K., Vahia, I., Young, I., Lebowitz, B., Pies, R., Reynolds, C., Simon, N., & Shear, M. K. (2014). Bereavement: Course, consequences, and care. *Current Psychiatry Reports*, 16, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8>
- Znoj, H. J., & Keller, D. (2002). Mourning parents: Considering safeguards and their relation to health. *Death studies*, 26(7), 545–565. <https://doi.org/10.1080/074811802760191708>

נספח א: מדריך ריאיון עם אנשי מטה וגורמי הטיפול במרכזים

מחקר על אודות מרכזי הסיוע למשפחות שחוו אובדן ושכול אזרחי 2022

שלום רב, מר/גב' _____, שמי' _____ ואני חוקר/ת במכון ברוקדייל, חברה בצוות המחקר שעוסק במדיניות הטיפול במשפחות עם ילדים עד גיל 18 שחוו אובדן ושכול אזרחי. המחקר הוזמן על ידי משרד הרווחה והביטחון החברתי. אחת ממטרותיו המרכזיות של המחקר היא לבחון מהם הצרכים של משפחות שחוו שכול אזרחי על כל סוגיו ולבצע הערכה מעצבת למרכזי הסיוע המרחביים להתמודדות עם אובדן ושכול אזרחי.

אנו מבקשים את רשותך להקליט את השיחה ולבצע תמלול של הריאיון. אנו מבטיחים לשמור על האנונימיות שלך ככל שנוכל ולהמעיט בכתיבת פרטים מזהים בדוח המחקר. חשוב לי לציין כי בנוגע לכל שאלה שלא נוח לך איתה תוכל לבקש לא לענות עליה, ולעבור לשאלה הבאה.

בכל שאלה שתהיה לך אחרי הריאיון תוכל לחזור אליי לטלפון: (מס' טלפון של מבצעת הריאיון) או למייל (המייל של מבצעת המחקר) תודה רבה על נכונותך להיפגש ולהתראיין למחקר.

1. תאר את התפקיד שלך במערך של מרכזי הסיוע (מטרת התפקיד, תחומי אחריות, ממשקי עבודה...)
2. תאר לי את אוכלוסיית היעד של מרכזי הסיוע
3. תאר לי את מטרות ההתערבות במרכזי הסיוע לפי תפיסתך
4. תאר את דרכי העבודה במרכזי הסיוע (בין אנשי המקצוע, מול המשפחות וכדומה)
5. תאר לי את המענים הניתנים במסגרת מרכזי הסיוע? (בפרט עבור ילדים)
6. מהו לתפיסתך תהליך סיוע מוצלח עבור המשפחות שמטופלות במרכזים? מה הם העקרונות המרכזיים שתורמים לתהליך זה?
7. מה הן הדרכים לבחינת אפקטיביות הסיוע הניתן למשפחות?
8. מה ההדרכות שניתנות לעובדים במרכזי הסיוע? איך אתה חווה את ההכשרות?
9. מהן נקודות החוזק בעבודת המרכזים?
10. מה הם האתגרים בעבודת המרכזים?
11. אילו צרכים של המשפחות לתפיסתך לא זוכים למענה מספק?
12. מטרת המרכזים להעניק סיוע לכל משפחה עם ילדים שאיבדה את יקיריה עקב רצח, התאבדות או תאונת דרכים. האם לתפיסתך המרכזים עונים על מטרה זו? אם כן, כיצד זה נעשה? אם לא, כיצד אתה מסביר את הגורמים המעכבים?

13. מהן לתפיסתך השפעות משבר הקורונה על עבודת המרכזים? מה מומלץ ליישם לדרכי העבודה בעיתות חירום לאומי?

14. האם יש לך דברים נוספים להגיד?

אם את/ה נזכר/ת במשהו נוסף נשמח לשמוע ממך במייל או בטלפון.

נספח ב: מדריך ריאיון לאנשי מקצוע מתחומים שונים

מחקר על אודות מרכזי הסיוע למשפחות שחוו אובדן ושכול אזרחי 2022

שלום רב, מר/גב' _____, שמי' _____ ואני חוקר/ת במכון ברוקדייל, חברה בצוות המחקר שעוסק במדיניות הטיפול במשפחות עם ילדים עד גיל 18 שחוו אובדן ושכול אזרחי. המחקר הוזמן על ידי משרד הרווחה והביטחון החברתי. אחת ממטרותיו המרכזיות של המחקר היא לבחון מהם הצרכים של משפחות שחוו שכול אזרחי על כל סוגיו ולבצע הערכה מעצבת למרכזי הסיוע המרחביים להתמודדות עם אובדן ושכול אזרחי.

לשם קיום הריאיון אנו מבקשים את רשותך להקליט את השיחה ולבצע תמלול של הריאיון. אנו מבטיחים לשמור על האנונימיות שלך ככל שנוכל ולא לציין פרטים מזהים בדוח המחקר. חשוב לי לציין כי בנוגע לכל שאלה שלא נוח לך איתה תוכל לבקש לא לענות עליה, ולעבור לשאלה הבאה. כמו כן תוכל לבקש לסיים את הריאיון בכל עת.

בכל שאלה שתהיה לך אחרי הריאיון תוכל לחזור אליי לטלפון: (מס' טלפון של מבצעת הריאיון) או למייל (המייל של מבצעת המחקר) תודה רבה על נכונותך להיפגש ולהתראיין למחקר.

1. ספר לי על תפקידך באופן כללי ובפרט על הקשר שלך לתחום של אובדן ושכול אזרחי
2. תאר לי את הסיוע שאתה מעניק במסגרת תפקידך למשפחות שחוו אובדן ושכול אזרחי (סוג הסיוע, גבוה התשלום, משך הסיוע וכדומה). כמו כן מהי מטרת הסיוע?
3. מניסיונך ומהידע המקצועי שצברת, מהם לתפיסתך ההשפעות של אובדן ושכול על הורים וילדים במשפחות שבהן ילדים עד גיל 18? מה הדינמיקה המשפחתית?
4. מהם לתפיסתך הצרכים של המשפחות?
5. מה הם השירותים שהם הכרחיים בעיניך למשפחות אלה? (לנסות להבין על רצף כרונולוגי)
6. מה לתפיסתך משך הזמן שמשפחות אלו זקוקות לקבל סיוע? והאם הצרכים משתנים לאורך הזמן?
7. מהיכרותך, אילו שירותים ניתנים כיום משפחות שחוו אובדן ושכול אזרחי? (על ידי גורמים שונים ועל רצף הזמן)
8. אשמח לשמוע אם אתה מכיר יוזמות בתחום
9. אילו צרכים של המשפחות טרם קיבלו התייחסות וסיוע לתפיסתך? איזה שירות עובד טוב לדעתכם ומה כדאי "להעתיק" ממנו?
10. האם יש משהו נוסף שחשוב לך לומר בנושא זה?
11. האם יש אנשים נוספים רלוונטיים שלדעתך כדאי לנו לראיין?

אם את/ה נזכר/ת במשהו נוסף נשמח לשמוע ממך במייל או בטלפון.

נספח ג: מדריך ריאיון למשפחות שבהן נפטר הורה או ילד כתוצאה ממחלה או תאונה ביתית או במקום העבודה

מחקר על אודות מרכזי הסיוע למשפחות שחוו אובדן ושכול אזרחי 2022

שלום רב, מרגב' _____, שמי' _____ ואני חוקר/ת במכון ברוקדייל, חברה בצוות המחקר שעוסק במדיניות הטיפול במשפחות עם ילדים עד גיל 18 שחוו אובדן ושכול אזרחי. המחקר הוזמן על ידי משרד הרווחה והביטחון החברתי. אחת ממטרותיו המרכזיות של המחקר היא לבחון מהם הצרכים של משפחות שחוו שכול אזרחי על כל סוגיו ולבצע הערכה מעצבת למרכזי הסיוע המרחביים להתמודדות עם אובדן ושכול אזרחי.

אנו מבקשים את רשותך להקליט את השיחה ולבצע תמלול של הריאיון. אנו מבטיחים לשמור על האנונימיות שלך ולא לציין כל פרטים מזהים בדוח המחקר. חשוב לי לציין כי בנוגע לכל שאלה שלא נוח לך איתה תוכל לבקש לא לענות עליה, ולעבור לשאלה הבאה. כמו כן תוכל לבקש לסיים את הריאיון בכל עת.

בכל שאלה שתהיה לך אחרי הריאיון תוכל לחזור אליי לטלפון: (מס' טלפון של מבצעת הריאיון) או למייל (המייל של מבצעת המחקר) תודה רבה על נכונותך להיפגש ולהתראיין למחקר.

אנחנו רוצות לשמוע את הסיפור שלך. אני אשאל שאלה גדולה בהתחלה, תענה כל מה שיש לך להגיד, כל מה שיש לך לספר בעניין ובסוף אשאל שאלות הבהרות. אתן לך לדבר, לא אפריע באמצע, ואכתוב לי דברים כדי לא אשכח לשאול אחר כך.

נרטיבי: ספר לי על ההתמודדות עם האובדן מיום הפטירה ועד היום.

1. ספר לי על עצמך ועל משפחתך (גיל, עיסוק, הרכב משפחתי...)

2. ספר לי על הנפטר ועל נסיבות המוות

3. ספר לי על השפעות האובדן עליך, על בני המשפחה ועל הדינמיקה המשפחתית ועל היחסים במשפחה (למשל: בעיות בתפקוד הכללי; מצב כלכלי; טיב היחסים בין בני המשפחה; מספר המפגשים המשותפים בשנה; ניתוק ממסגרות וחברים; סוגיות בריאותיות, נפשיות)

4. ספר לי על הסיוע והתמיכה שקיבלת לאחר האובדן (ביום הראשון, בימי האבל: בשבעה, בשלושים, בחודש הראשון ולאחר מכן)

◦ איזה סוגי תמיכה וסיוע? (רגשי [פרטני/משפחתי], כלכלי, אינסטרומנטלי, תעסוקתי)

◦ מה היו מקורות הסיוע? (משפחתיים/חוץ משפחתיים, מענים קהילתיים, דת, באופן פרטי)

◦ באיזה אופן עזרו לך?

◦ כמה זמן נמשך הסיוע עם כל אחד?

5. תאר לי את התמיכה והסיוע שהיו חסרים לך בתקופה זו (ביום הראשון, בימי האבל: בשבעה, בשלושים, בחודש הראשון ולאחר מכן)

6. ספר לי על סיוע שהיה יכול לעזור לך להתמודד טוב יותר עם האובדן בתקופה זו
7. אם היה פונה אליך אדם שחווה אירוע דומה לשלך איך היית ממליץ לעזור לו?
8. קובעי מדיניות כיום רוצים לשפר את מדיניות התמיכה כלפי משפחות שחוו שכול ארוחי. מה לדעתך הדברים החשובים שעליהם לדעת? מה היית ממליץ להם לעשות?
9. האם יש משהו שבו אתה מרגיש שהתפתחת או שינוי לטובה בעקבות האובדן? האם אתה יכול לקשור את זה למשהו שהביא לזה?
10. האם יש משהו נוסף שחשוב לך לומר בנושא זה?

אם אתה נזכרת במשהו נוסף נשמח לשמוע ממך במייל או בטלפון.

נספח ד: סקר שביעות רצון של מקבלי שירות

מרכזי סיוע למשפחות שחוו אובדן ושכול

סקאלת התשובות בין 1-5:

1 – במידה מועטה מאוד 2 – במידה מועטה 3 – במידה בינונית 4 – במידה רבה 5 – במידה רבה מאוד

- מגדר ממלא השאלון
- גיל
- מגזר
- מידת דתיות
- מיקום מרכז הסיוע
- עמותה
- קרבה למנוח
- נסיבות התרחשות האובדן
- כמה זמן עבר מאז האובדן?
- מי יזם את הקשר הראשוני עם מרכז הסיוע?
- תוך כמה זמן מאירוע המוות נוצר הקשר הראשוני עם מרכז הסיוע?
- עד כמה הליווי שקיבלת מהעובדת הסוציאלית במרכז הסיוע סייע בהתמודדות עם האובדן?
- באיזו תדירות מתקיים קשר עם העובדת הסוציאלית במרכז הסיוע?
- עד כמה הרגשת שהעובדת הסוציאלית מהווה כתובת לפנייה בעת צורך כלשהו?
- עד כמה עזרה לך העובדת הסוציאלית במרכז הסיוע לקבל מידע ולממש זכויות שמגיעות למשפחה?
- עד כמה ניתן לך מקום בקבלת ההחלטות בדבר השירותים שניתנו?
- עד כמה היה המטפל קשוב לבעיותיך והתאים את הטיפול בהתאם לכך?
- עד כמה סייע הטיפול בהתמודדות עם האובדן?
- לפי דעתך, מה ניתן לשפר או להוסיף לפעילות מרכז הסיוע, כדי להיטיב את יכולת ההתמודדות עם האובדן? באפשרותך לציין לטובה איש מקצוע או פעילות שניתנה על ידי המרכז

נספח ה: מאפייני מקבלי השירות שהשיבו לסקר שביעות רצון

להלן יוצגו מאפייני מקבלי השירות על פי ממצאי סקר שביעות רצון שנערך על ידי מטה משרד הרווחה. הסקר הועבר למקבלי השירות שמטופלים במרכזי הסיוע למילוי עצמי (ראו לוחות ה-1 עד ה-4):

משיבים לפי חלוקה של מרכזי הסיוע: השיעור הגבוה ביותר של המשיבים על הסקר טופלו במרכזי הסיוע תל אביב-יפו (41.8%) וחיפה (21.1%). במרכזי הסיוע טירה נמצא השיעור הנמוך ביותר של מקבלי שירות שהשיבו על הסקר (1.2%).

מין: 69.4% מהמשיבים הן נשים, 30.3% גברים ו-0.2% אחר (האחוזים אינם מסתכמים ל-100%, בשל עיגול המספרים).

גיל: 31.8% מהמשיבים בני 50-64, 26.1% בני 35-49, 18.7% בני 25-34, 14.4% בני 65+ ו-9% עד גיל 25.

קבוצת אוכלוסייה: 88.3% מהמשיבים הם יהודים, 11.2% ערבים (מוסלמים/נוצרים/בדואים/דרוזים) ו-0.2% קבוצה אחרת (האחוזים אינם מסתכמים ל-100%, בשל עיגול המספרים).

קרבה למנוח: 35.3% מהמשיבים הם הורי המנוח או המנוחה, 24.6% הם אחים או אחיות, 18.2% הם בני או בנות זוג, 17.4% הם בנים או בנות של המנוח או המנוחה ו-4.5% הם סבים או סבתות.

יוזם הקשר עם מרכז הסיוע: 47.5% מהמשיבים דיווחו שמרכז הסיוע יצר עימם את הקשר, 27.4% דיווחו שהקשר עם מרכז הסיוע נוצר בעקבות יוזמה אישית שלהם, 20.4% העידו שהקשר עם מרכז הסיוע נוצר בעקבות תיווך של משפחה או חברים ו-4.7% מסרו שהקשר עם מרכז הסיוע נוצר בנסיבות אחרות.

זמן הפנייה: 47.3% מהמשיבים דיווחו שהפנייה למרכז הסיוע קרתה בחודש הראשון מאז האובדן, 28.1% העידו שהפנייה למרכז הסיוע קרתה מהשנה הראשונה מאז אובדן, 13.4% מסרו שהפנייה למרכז הסיוע קרתה משבעת ימי האבל ו-11.2% דיווחו שהפנייה למרכז הסיוע קרתה בזמן אחר.

מספר הטיפולים שניתנו באמצעות מרכזי הסיוע: 47.0% מהמשיבים דיווחו שקיבלו טיפול אחד באמצעות מרכזי הסיוע, 31.8% דיווחו שלא קיבלו אף טיפול, 16.9% העידו שקיבלו שני טיפולים, 4.0% מסרו שקיבלו שלושה טיפולים ו-0.2% דיווחו שקיבלו שלושה טיפולים (האחוזים אינם מסתכמים ל-100%, בשל עיגול המספרים).

סוג הטיפולים שניתנו באמצעות מרכזי הסיוע: מבין מקבלי השירות, 68% הופנו לטיפול ו-32% לא הופנו לטיפול. מבין מקבלי השירות שהופנו לטיפול: 29.6% קיבלו טיפול פרטי, 21.1% קיבלו טיפול קבוצתי, 19.9% קיבלו טיפול זוגי, 14.7% קיבלו ליווי רוחני ו-4.5% קיבלו טיפול אחר (האחוזים אינם מסתכמים ל-100%, כי לא כולם קיבלו טיפול והיו שקיבלו יותר מטיפול אחד).

לוח ה-1: המרכזים שבהם טופלו משתתפי הסקר $N = 402$ (באחוזים)

משתנה [^]	
כפר כנא	4.2
חיפה	21.1
חדרה	9.7
ירושלים	10.4
טירה	1.2
תל אביב-יפו	41.8
אשקלון	4.0
באר שבע	7.5

[^] האחוזים אינם מסתכמים ל-100%, בשל עיגול המספרים

לוח ה-2: משתני רקע של המשתתפים בסקר N = 402 (באחוזים)

משתנה	
מין [^] :	
גבר	30.3
אישה	69.4
אחר	0.2
קבוצת גיל:	
עד 25	9.0
25-34	18.7
35-49	26.1
50-64	31.8
+65	14.4
קבוצת אוכלוסייה [^] :	
יהודי	88.3
ערבי (מוסלמי, נוצרי, בדואי ודרוזי)	11.2
אחר	0.2
רמת דתיות:	
חילוני (לא דתי)	56.2
מסורתי	26.6
דתי או חרדי	17.2

[^] האחוזים אינם מסתכמים ל-100%, בשל עיגול המספרים

לוח ה-3: מאפייני האובדן של המשתתפים בסקר N = 402 (באחוזים)

משתנה	
	קרבה למנוח:
35.3	הורה
17.4	בן או בת
18.2	בן זוג או בת זוג
4.5	סב או סבתא
24.6	אח או אחות
	הזמן שחלף מאז האובדן:
0.2	עד חודשיים
11.7	בין חודשיים לחצי שנה
28.4	בין חצי שנה לשנה
39.8	בין שנה לשנתיים
19.9	מעל שנתיים
	יוזם הקשר עם מרכז הסיוע:
27.4	יוזמה אישית
20.4	משפחה או חברים
47.5	מרכז הסיוע
4.7	אחר
	זמן פנייה למרכז הסיוע:
13.4	במהלך שבעת ימי האבל
47.3	בחודש הראשון
28.1	בשנה הראשון
11.2	אחר

לוח ה-4: מספר הטיפולים וסוג הטיפול שניתן במרכז $N = 402$ (באחוזים)

משתנה	
מספר טיפולים שקיבל במרכז [^] :	
31.8	אף טיפול
47.0	טיפול אחד
16.9	שני טיפולים
4.0	שלושה טיפולים
0.2	ארבעה טיפולים
סוג הטיפול שניתן [^] :	
19.9	טיפול זוגי
29.6	טיפול פרטי
21.1	טיפול קבוצתי
14.7	ליווי רוחני
4.5	אחר

[^] האחוזים אינם מסתכמים ל-100%, בשל עיגול המספרים
^{^^} האחוזים אינם מסתכמים ל-100%, כי לא כולם קיבלו טיפול והיו שקיבלו יותר מטיפול אחד

נספח ו: מאפייני הסיוע שניתן במרכזי הסיוע ושביעות הרצון ממנו

לוח ו-1: השתתפות ביום הזיכרון על פי דיווח המשיבים, לפי גיל (באחוזים)

	בני 64-50	בני 49-35	בני 34-25	עד גיל 25	סך הכול	(N)
	+65 (58)					
כן השתתף	25.0	16.2	16.0	25.0	22.9	
לא השתתף	75.0	83.8	84.0	75.0	77.1	

לוח ו-2: מאפייני שביעות רצון מעובדות סוציאליות על פי דיווחיהם של המשתתפים בסקר, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה (באחוזים)

סך הכול	קבוצת אוכלוסייה		מין			
	יהודים	ערבים	גברים	נשים		
עד כמה הליווי שקיבלת מהעובדת הסוציאלית במרכז הסיוע, סייע בהתמודדות עם האובדן?	(N)	(401)	(122)	(279)	(355)	(45)
בכלל לא	11	16	9	10	13	13
במידה מועטה	6	6	6	5	11	11
במידה בינונית	11	8	12	10	8	22
במידה רבה	29	28	30	30	29	25
במידה רבה מאוד	43	42	43	45	29	29
ממוצע	3.88	3.76	3.93	**3.94	3.44	3.44
(סטיית תקן)	(1.316)	(1.449)	(1.253)	(1.293)	(1.374)	(1.374)
עד כמה הרגשת שהעובדת הסוציאלית היא כתובת לפנייה בעת צורך כלשהו?	(N)	(401)	(122)	(279)	(355)	(45)
בכלל לא	10	13	9	9	9	16
במידה מועטה	9	11	9	9	9	13
במידה בינונית	8	6	9	7	8	20
במידה רבה	26	24	26	26	22	22
במידה רבה מאוד	47	46	47	49	29	29
ממוצע	3.89	3.80	3.93	**3.97	3.36	3.36
(סטיית תקן)	(1.356)	(1.449)	(1.314)	(1.325)	(1.433)	(1.433)
עד כמה עזרה לך העובדת הסוציאלית במרכז הסיוע לקבל מידע ולמשש זכויות שמגיעות למשפחה?	(N)	(401)	(122)	(279)	(355)	(45)
בכלל לא	19	22	17	18	24	24
במידה מועטה	9	11	8	9	9	9
במידה בינונית	12	10	12	10	27	27
במידה רבה	27	28	27	28	18	18
במידה רבה מאוד	33	29	36	35	22	22
ממוצע	3.47	3.30	3.55	*3.53	3.04	3.04
(סטיית תקן)	(1.493)	(1.536)	(1.470)	(1.485)	(1.476)	(1.476)

$p < .05^*$ $p < .1^{**}$

לוח ו-3: תדירות הקשר בין המשיבים בסקר ובין עובדת סוציאלית במרכז סיוע, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה (באחוזים)

קבוצת אוכלוסייה			מין			
ערבים	יהודים	סך הכול [^]	גברים	נשים	סך הכול	
(45)	(355)	(400)	(279)	(122)	(401)	(N)
42.2	45.4	45.0	45.9	44.1	44.6	פעם בשבוע
17.8	13.8	14.3	13.1	15.1	14.5	פעם בחודש
26.7	16.3	17.5	16.4	17.9	17.5	פעם בשלושה חודשים
8.9	10.4	10.3	6.6	11.8	10.2	אחת לחצי שנה
4.4	14.1	13.0	18.0	11.1	13.2	פחות מאחת לחצי שנה

[^] האחוזים אינם מסתכמים ל-100%, בשל עיגול המספרים

לוח ו-4 : מאפייני שביעות רצון מהמטפל על פי דיווחיהם של המשתתפים בסקר, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה (באחוזים)

קבוצת אוכלוסייה		מין		סך הכל	
ערבים	יהודים	גברים	נשים		
עד כמה היה המטפל קשוב לבעיותיך והתאים את הטיפול בהתאם לכך?					
(4)	(232)	(65)	(173)	^(238)	(N)
25	*3	3	5	4	בכלל לא
25	3	1	5	4	במידה מועטה
-	7	6	6	6	במידה בינונית
25	23	25	22	23	במידה רבה
25	64	65	62	63	במידה רבה מאוד
3.00	**4.40	4.46	4.33	4.37	ממוצע
(1.826)	(0.997)	(0.920)	(1.090)	(1.046)	(סטיית תקן)
עד כמה סייע הטיפול בהתמודדות עם האובדן?					
(30)	(232)	(74)	(189)	^(264)	(N)
-	**6	7	6	6	בכלל לא
37	6	5	10	9	במידה מועטה
20	13	16	13	14	במידה בינונית
23	33	37	29	31	במידה רבה
20	42	35	42	40	במידה רבה מאוד
3.27	**3.99	3.88	3.92	3.90	ממוצע
(1.172)	(1.168)	(1.158)	(1.213)	(1.199)	(סטיית תקן)

$p < .05^*$ $p < .1^{**}$

^ בנוגע לשני משתתפים אין מידע על קבוצת אוכלוסייה

^^ בנוגע למשתתף אחד אין מידע על מין ובנוגע לשני משתתפים – על קבוצת אוכלוסייה