



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

דו"ח מסכם למחקר בנושא:

צוותים בבתי חולים כלליים בתקופת נגיף הקורונה (COVID-19): מצב רגשי, תפקוד ותפיסת מוכנות

Health Care teams during COVID-19: Emotional State, Functioning and Perceived Preparedness to Fight the Virus

חוקרים ראשיים: פרופ' מרים שיף¹, ד"ר הדס רוזן² ופרופ' ניר-פז²

השתתפו בניתוח הנתונים ובעריכת הדו"ח ומאמרים: ד"ר שירי שינאן-אלטמן³ גב' נעה זילכה-כהן¹

1 האוניברסיטה העברית, ביה"ס לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית

2 מרכז רפואי אוניברסיטאי הדסה

3 אוניברסיטת בר-אילן, ביה"ס לעבודה סוציאלית

מוגש למכון הלאומי לחקר שירותי ומדיניות הבריאות

מענק מחקר מספר 2020/552/

נובמבר, 2022

תודות

אנו מבקשים להודות למנהלות המחלקות הסוציאליות במרכזים הרפואיים שהשתתפו במחקר על פי סדר א"ב של שמות משפחתן :

גב' שגית זאבי, מנהלת המחלקה לשירות סוציאלי, הקריה הרפואית רמב"ם
ד"ר וונדי חן, מנהלת השירות לעבודה סוציאלית, מרכז רפואי ע"ש שיבא, תל-השומר
גב' חני קאופר, מנהלת המחלקה לעבודה סוציאלית, המרכז הרפואי אוניברסיטאי ברזילי
וגב' אסטל רובינשטיין, מנהלת המחלקה לעבודה סוציאלית, מרכז רפואי אוניברסיטאי הדסה, ירושלים

על השותפות המלאה בעריכת המחקר על כל שלביו, החל מתכנון המחקר וכלה בפירוש של ממצאיו.

תוכן עניינים

4	תקציר
6	רקע מדעי
7	השיטה ותכנית הביצוע
7	אוכלוסיית המחקר
7	מדגם
8	מערך
8	שיטת איסוף הנתונים
8	כלי המדידה
9	משתנים אשר נבחנו אך ורק בקרב העובדים הסוציאליים
10	ממצאים
10	פרק א: ממצאים תיאוריים
10	היקף החשיפה לנגיף הקורונה
10	תפיסת מוכנות למגפה הבאה או לגל נוסף של קורונה
13	תפיסת חוסן אישי להתמודדות עם לחצים
13	צמיחה ממשבר הקורונה
17	התייחסות לשינויים שהתרחשו בתקופת הקורונה – ניתוח מילולי ומספרי
20	הערכת איכות חיים מקצועית בקרב עובדים סוציאליים
20	הערכת מידת התמיכה הנתפסת בקרב עובדים סוציאליים
21	פרק ב: ניבוי תפיסת מוכנות למגיפה הבאה צמיחה ואיכות חיים מקצועית
21	תפיסת מוכנות למגפה הבאה
24	צמיחה פוסט טראומתית
26	מנבאי איכות חיים מקצועית בקרב עובדים סוציאליים
28	פרק ג: שיטה וממצאי החלק האיכותני במחקר
28	מדגם
28	כלי המחקר ושיטת איסוף הנתונים
29	שיטת ניתוח הנתונים
29	היבטים אתיים
29	1. אתגרים מרכזיים להתמודדות בתקופת הקורונה
29	1.1 אתגרים ברמה האישית
34	1.2 אתגרים ברמה המקצועית
38	1.3 אתגרים ברמה הארגונית
40	2. משאבים מרכזיים להתמודדות בתקופת הקורונה
40	2.1 משאבים ברמה האישית
43	2.2 משאבים ברמה המקצועית
46	2.3 משאבים ברמה הארגונית
47	הבדלים ודמיון בין המקצועות השונים
48	הבדלים בין עובדים במחלקות קורונה לעובדים במחלקות אחרות
51	דיון

56	רשימת מקורות.....
63	נספחים.....
63	נספח 1 : שאלון המחקר הכמותי
76	נספח 2 : המחקר האיכותני – מדריך ראיון
77	נספח 3 : מאמר שפורסם בכתב העת - Social Work in Health Care

תקציר

המחקר הנוכחי בחן את רמת החשיפה של צוותים בבתי חולים בישראל לקורונה, רמת החוסן האישי ומידת הצמיחה מהמשבר, לצד עמדות כלפי השינויים שהתרחשו בתקופת הקורונה ותפיסת מוכנות לגל הבא של קורונה או למגפה הבאה. בקרב העובדים הסוציאליים גם נבחנו איכות החיים המקצועית הכוללת ממדים של סיפוק החמלה, שחיקה וטראומטיזציה משנית וכן נבחנו מידת התמיכה הנתפסת ממקורות פורמליים ובלתי פורמליים. המחקר גם בחן את המידה בה משתני רקע, היקף חשיפה, עבודה במחלקות קורונה, מקצוע, וכן תפיסת חוסן אישי ועמדות המתנגדות לשינויים ארגוניים, אשר ניתן לראות בהן מידת גמישות אישית, מנבאים צמיחה אישית, מוכנות ואיכות חיים מקצועית (זו האחרונה נבחנה רק בקרב עובדים סוציאליים). המחקר בקרב העובדים הסוציאליים נעשה כחלק ממחקר בינלאומי בארצות: אוסטרליה, קנדה, סין, הונג-קונג, טאיוואן, סינגפור וישראל. כל מדינה מימנה בעצמה את המחקר שנעשה אצלה.

שיטה

המחקר עשה שילוב בין שתי גישות מחקר (mixed methods): כמותנית ואיכותנית. בחלק הכמותני של המחקר השתתפו 1,039 אנשי צוות מארבעה מרכזים רפואיים: הדסה, שיבא, רמב"ם וברזילי. בחלק האיכותני נדגמו בדגימה מכוונת 32 מרואיינים מאותם מרכזים רפואיים.

ממצאים נבחרים בחלק הכמותני של המחקר

- החשיפה לנגיף הקורונה בקרב הצוותים הרפואיים הייתה רבה. קרוב ל 40% מהמשתתפים מדווחים על בידוד בית עקב חשש להידבקות בנגיף ללא הבדלים בין הקבוצות. שליש היו בבידוד בית עקב חשיפה לחולה מאומת. 11% מהמשתתפים מדווחים על בדיקה חיובית לקורונה. שיעור זה גבוה יותר בקרב אחיות (13.0%) ועובדי מינהל ומשק והנהלת בתי החולים (14.6%).
- המוכנות האישית למגפה הבאה או לגל נוסף של קורונה בינונית ודומה מאד בין הצוותים השונים בבית החולים. חשיפה רבה יותר לנגיף קשורה לתפיסת מוכנות נמוכה יותר של בית החולים. במוכנות בית החולים ישנם גם הבדלים בין הצוותים. הרופאים והאחיות מרגישים שבית החולים פחות מוכן למגפה הבאה משאר הצוותים. המוכנות של המדינה למגפה הבאה או לגל נוסף של קורונה נתפסת כנמוכה ביותר לדעת כל הצוותים.
- רמת הצמיחה הכוללת הייתה בינונית. בנוסף, בדומה למחקרים בתחומים אחרים, המימדים בהם המשתתפים דיווחו על מידת הצמיחה הרבה ביותר היו "חוזקות אישיות" ו"הערכה גוברת לחיים". הרופאים דיווחו על מידת הצמיחה הנמוכה ביותר בכל אחד מהממדים וכן בממד הכללי. צוותים שעבדו במחלקות קורונה מגלים צמיחה רבה יותר מסוג של חוזקות אישיות.
- החוסן האישי של הצוותים היה גבוה ללא הבדלים בין הצוותים, בין חשיפה רבה או נמוכה למגפה או בין מי שעבדו במחלקות קורונה למי שלא עבדו בהן.
- ניבוי תפיסת מוכנות אישית למגפה הבאה - עבודה במחלקת קורונה ותפיסה של חוסן אישי גבוה היו קשורים ישירות לתפיסת מוכנות אישית רבה יותר למגפה הבאה. עמדות המתנגדות לשינויים שהתרחשו בתקופת הקורונה, שניתן לראות בהן מידת גמישות נמוכה יותר במצבי לחץ, היו קשורים ישירות לתפיסת מוכנות נמוכה יותר מעמדות אשר פחות מתנגדות או אף תומכות בשינויים שהתרחשו בתקופת הקורונה.
- ניבוי צמיחה במימד של חוזקות אישיות - נשים מדווחות על צמיחה רבה יותר מאשר גברים. צוותים שעבדו במחלקות קורונה ותפיסה של חוסן אישי גבוה נמצאו קשורים לצמיחה רבה יותר בממד של חוזקות אישיות. לעומת זאת, ציונים גבוהים יותר של עמדות המתנגדות לשינוי קשורים לצמיחה נמוכה יותר.

ממצאים נבחרים בחלק האיכותני של המחקר

- הצוותים מציינים אתגרים בתקופת הקורונה לצד משאבים פנימיים וחינוכיים שעמדו לרשותם או שהצליחו לגייס. הן האתגרים והן המשאבים נחלקו לרמה האישית, מקצועית וארגונית.
- האתגרים ברמה האישית כללו חרדה קיומית להדביק בני משפחה, תחושת אי ודאות, וכן תסכול לאור הניגוד בין החוויות הקשות במחלקות הקורונה לבין התייחסויות הציבור למגפה.
- האתגרים ברמה המקצועית כללו את עומס העבודה וחוסר בכוח אדם.
- האתגרים ברמה הארגונית כללו שינויים תדירים בנהלים ואכזבה מול חוסר הערכה וחוסר תגמול מצד ההנהלה.

- משאבים ברמה האישית כללו לקיחת חלק באירוע היסטורי עולמי ותחושת שליחות וכן גילוי עצמי וגילוי של יכולות חדשות.
- משאבים ברמה המקצועית כללו תמיכת הצוות ותחושה של שותפות גורל ותמיכה מצד הממונים הישירים.
- משאבים ברמה הארגונית כללו קבוצות תמיכה וייעוץ של אנשי מקצוע עבור הצוותים.

מסקנות:

- חשיפה לנגיף הקורונה קשורה לטראומטיזציה משנית מחד ולצמיחה כללית והערכה גוברת לחיים מאידך.
- גילויים אישיים ומקצועיים חדשים ותחושת שליחות סייעו בהתמודדות עם אירוע שנתפס כאירוע היסטורי, כמלחמה, או כאירוע רב נפגעים בקנה מידה גדול.
- חוסן אישי, לצד תמיכת עמיתים, משפחה והנהלת המחלקה נתפסו כחשובים בהתמודדות, ולצידן היה ביטוי לתחושות של העדר תמיכה והערכה מצד ההנהלה הבכירה.

המלצות:

- בחינת מדיניות הבידודים לעתיד.
- שימוש במקצועות מטפלים (עובדים סוציאליים ופסיכולוגיים) במרכזים רפואיים לצורך תמיכה בצוותים.
- שיפור המוכנות או תפיסת המוכנות של בתי החולים והמדינה לגל נוסף או למגפה הבאה. ייתכן שיש צורך בדגש על שיפור תקשורת והעברת מידע בין ההנהלה הבכירה לעובדים.

הרקע המדעי

מגפת נגיף הקורונה, שהדביקה בישראל עד לשמונה בנובמבר 2021, מועד סיום איסוף הנתונים, מעל 1,300,000 אנשים הביאה למותם של מעל 8,000 איש (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/israel/>). המגיפה הציבה את צוותי בתי החולים בחזית האינטראקציה מול החולים הקשים יותר, אשר לכאורה נמצאו בסיכון גבוה יותר מכלל הציבור להידבקות בנגיף. חלקם אף נדרשו לבידוד אשר ידוע כמעמיס נפשית על המבודדים (Kisely et al., 2020; Zhang et al., 2020) ובו זמנית מכביד פיסית ונפשית על הצוות שנאלץ לעבוד בהרכב חסר (Lung, Lu, 2009; Wu et al., 2009; Chang, & Shu, 2009). הליכי העבודה עם כלל החולים השתנו לרבות דחיית פרוצדורות רפואיות שאינן דחופות. העבודה עם חולי קורונה ובני משפחותיהם עברה בחלקה לעבודה מרחוק או לעבודה דרך אמצעי מיגון שיוצרים ריחוק באינטראקציה בינאישית בהשוואה לשגרה. תנאי עבודה אלה התקיימו במקביל לשמירה על הבידוד החברתי כשאר האוכלוסייה, לרבות טיפול בילדים, בן/בת זוג שאיבדו את מקור פרנסתם, או בן/בת זוג שגם הם עובדים חיוניים.

ממצאי מחקרים שנערכו בקרב צוותי הבריאות מצביעים על כך שעובדי מערכת הבריאות גילו חרדה, דיכאון ותגובות לחץ רבות (Lu, Wang, Lin, & Li, 2020; Rossi et al., 2020) לרבות קשיי שינה ועייפות (Zerbini, Ebigbo, Reicherts, Kunz, & Messman, 2020). העובדים טענו שהמצוקה שלהם רבה יותר מהתקופה שלפני הקורונה. כמו כן הם הביעו דאגה לבריאות שלהם עצמם ולהדבקה של בני משפחתם בקורונה (Buselli et al., 2020; Huffman et al., 2021). מחקר שנעשה לאחרונה בקרב צוותי הבריאות בישראל בבית החולים ברזילי בתקופת הגל הראשון של המגפה בקרב 263 אנשי צוות מצא כי מבין הדאגות שנבחנו, הדאגות האישיות זכו למקום הנמוך ביותר, בעוד דאגות לבני משפחתם היו במקום הגבוה ביותר. בנוסף, אחיות הביעו מידה רבה יותר של דאגות בכל מימדיה בהשוואה לרופאים. רמת השחיקה בעבודה הייתה יחסית נמוכה, אולם הייתה הגבוהה ביותר בקרב אחיות. באשר לקשרים בין משתני המחקר, הדאגות היו קשורות לרמת שחיקה רבה יותר. כמו כן, תמיכה נמצאה קשורה לפחות דאגות הן ברמה האישית, המשפחתית, המערכתית והלאומית (Dopelt, Bashkin, Davidovitch, & Asna, 2021). לצד דאגות ומצוקות, מאמר סקירה שכלל 191 מאמרים שנכתבו על צוותי הבריאות בתקופת הקורונה ברחבי העולם מצא גם רמה מתונה של חוסן בקרב הצוותים (Baskin & Bartlett, 2021).

המחקר הנוכחי בחר להתמקד בתפיסות הצוותים את ההיבטים הארגוניים של המשבר כמו תחושת המוכנות לגל הבא של המגפה או למגפה הבאה ועמדות כלפי השינויים שחלו בעבודתם במהלך משבר הקורונה. לצד זאת, המחקר התייחס גם לרמת החשיפה של הצוותים למגפה, רמת החוסן האישי ומידת הצמיחה מהמשבר. בקרב העובדים הסוציאליים גם נבחנה איכות החיים המקצועית הכוללת מימדים של: סיפוק החמלה, שחיקה וטראומטיזציה משנית (Cuartero-Castañer, Hidalgo-Andrade, & Cañas-Lerma, 2021). כמו כן נבחנו בקבוצה זו את מידת התמיכה החברתית הנתפסת, הן הפורמלית והן הבלתי פורמלית (Shinan-Altman et al., 2022). באשר לרמת החוסן האישי, אחד המחקרים שנעשה על צוותים רפואיים בתקופת הקורונה מצא כי חוסן אישי גבוה היה קשור לפחות תחושות לחץ, פחות חרדה, תחושות עייפות וחוסן שינה, כך שהוא נחשב גורם מגן חשוב בתקופת משבר גלובלי כמו הקורונה (Huffman, et al., 2021). באשר לצמיחה ממשבר, לאחרונה פורסם מחקר אורך על תחושות צוותי בית חולים בעיר ניו-יורק בו נבחנה מידת הצמיחה הפוסט טראומטית ממשבר הקורונה. נמצא בו כי שיעור ניכר מהמשתתפים דיווח על צמיחה כאשר התחומים בהם הייתה קיימת הצמיחה הרבה ביותר היו הערכה גוברת לחיים, שיפור במערכות יחסים וחוזקות אישיות (Feingold et al., 2022). לא מצאנו מחקר דומה שנעשה בישראל. המחקר הקרוב ביותר שנמצא הוא תפיסת צמיחה אישית בקרב אחיות בריאות הנפש בתקופת הקורונה בו נמצאה רמה מתונה של צמיחה (Dahan, Levi, & Segev, 2022). מפאת ראשוניות המחקר, לא נוסחו בו השערות מקדמיות.

הדו"ח הנוכחי מסכם את ממצאי המחקר. אליו יצורף נספח- מאמר ששלחנו לפרסום על תמיכה חברתית ותחושת מוכנות בקרב קבוצת העובדים הסוציאליים וכן קישור לגיליון מיוחד, special issue אשר נעשה על ממצאי מחקר בינלאומי שבחן את אותם משתנים באותו האופן בשבעה מקומות שונים בעולם.

השיטה ותכנית הביצוע

אוכלוסיית המחקר

כלל העובדים המועסקים ישירות בבתי החולים הדסה, שיבא, רמב"ם וברזילי. על פי האומדן ברשותנו מדובר בכ 22,000 עובדים.

מדגם

בחלק הכמותי של המחקר השתתפו 1,039 אנשי צוות, כלומר כ 5% מבין הצוותים. מספר אנשי הצוות בכל בית חולים אשר קיבל את הקישור ואופן איסוף הנתונים מתואר בלוח I. חלוקת המשתתפים על פי תפקידם בבית החולים במחקר הנוכחי ובקרב אוכלוסיית בתי החולים בפועל מופיעה בלוח II. ניתן לראות על פי לוח זה כי במדגם הנוכחי ניכר תת ייצוג של אוכלוסיית הרופאים וייצוג יתר של אוכלוסיית העובדים הסוציאליים. זה האחרון איפשר מדגם גדול דיו של עובדים סוציאליים בכדי שנוכל להעריך את איכות חייהם המקצועית ומידת התמיכה החברתית בה זכו על פי תפיסתם וכן לבחון גורמי חוסן וסיכון לאיכות חיים מקצועית בקבוצה זו. על פי ייעוץ סטטיסטי שקיבלנו, מספר המשתתפים במחקר מספיק על מנת להגיע לעוצמה של 80% על מנת לאתר גם קשרים חלשים בין משתנים. למעשה, על פי ניתוח עוצמה (Power Analyses) בשיטה של Monte-Carlo simulation (simr R package) מספר הנחקרים המינימלי על מנת להגיע לעוצמה של 80% הוא 240. מספר המשתתפים במחקר הנוכחי גדול פי 5 ממספר מינימלי זה. מכאן, בעוד בניתוחים התיאוריים יתכנו אי דיוקים בשכיחויות ובמדדים מרכזיים שנמצאו במדגם הנוכחי בהשוואה לאוכלוסייה ממנה נלקח, הרי האפקטים שבחנו קשרים וניבויים רב משתניים משקפים בסבירות גבוהה את הקשרים באוכלוסיית צוותי בתי החולים שהשתתפו במחקר.

לוח I: תיאור איסוף הנתונים בכל בית חולים (טבלת התקדמות)

שם בית החולים	אומדן מספר אנשי הצוות אליהם פנינו	מקור הפנייה בבית החולים	אופן שליחת הקישור לשאלון הדיגיטלי	תזכורות
שיבא	כ 7,000	פרסום המחקר בפורטל בית החולים	קבוצות ווטסאפ לכל סקטור בנפרד	2-3 תזכורות
הדסה	כ 4,000	לשכת מנכ"ל	כתובת הדוא"ל המוסדית. לעובדים הסוציאליים נשלח הקישור לשאלון גם בווטסאפ	שתי תזכורות
רמב"ם	כ 6,000	משאבי אנוש	כתובת הדוא"ל המוסדות וכן מסרונים	שתי תזכורות במסרונים
ברזילי	כ 2000	לשכת מנכ"ל וכן האחות הראשית של בית החולים	הודעת SMS והודעת דוא"ל לכל עובדי המרכז הרפואי.	נשלחה גם הודעת ווטסאפ למנהלים ובה בקשת מנהלת המחלקה הסוציאלית לעודד עובדים להשתתף במחקר. כמו-כן נשלחה הודעת ווטסאפ למנהלים, בקבוצה הייעודית למנהלים ובה בקשה לעודד עובדים להשתתף במחקר.

לוח II : התפלגות משתתפי המחקר על פי תפקידים בבית החולים (N=1039)

תפקיד	n במחקר הנוכחי	% במחקר הנוכחי	n בקרב אוכלוסיית ארבעת בתי החולים ¹	% בקרב אוכלוסיית ארבעת בתי החולים
עובדים סוציאליים	167	16.1	332	1.6
רופאים	115	11.1	4,193	20.4
אחים/אחיות	318	30.6	6,938	34.0
עובדי מקצועות הבריאות ועובדי מעבדה	177	17.0	3,647	17.8
הנהלה/מינהל ומשק	195	18.8	5,152	24.8
אחר*	67	6.4	288	1.4

¹ על פי אתרי בתי החולים שיבא <https://www.sheba.co.il/60221> רמב"ם https://www.rambam.org.il/about-rambam/facts_and_figures/, הדסה https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/HADASA_EC_11042018.pdf, ברזילי https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/barzilay_29072015.pdf.
* קטגוריה זו כוללת סטודנטים במקצועות השונים, מורים, סייעות, שירות לאומי ותשובות שלא ניתן היה לסווג את התפקיד על פיהן.

בחלק האיכותני של המחקר נדגמו בדגימה מכוונת 32 מרואיינים מארבעה מרכזים רפואיים שונים: רמב"ם, שיבא, הדסה וברזילי. הדגימה נעשתה על ידי מנהלות המחלקות לעבודה סוציאלית של המרכזים (ראה פירוט בפרק ג' בדו"ח).

מערך

מערב (mixed-design); סקר רחב (גישה כמותית) ובהמשכו ראיונות עומק בגישה איכותנית-פנומנולוגית אשר נותנים תמונת מבט רחבה על חוויותיהם ותפיסותיהם של הצוותים באשר לעבודתם בתקופת הקורונה.

שיטת איסוף הנתונים:

א. שאלון למילוי עצמי שנבנה בתכנת קוולטריקס. הוא כולל כלי מחקר שתוקפו בעבר ושאלות אשר חוברו או הותאמו למחקר הנוכחי ומספר שאלות פתוחות. נעשתה פנייה לוועדות הלסינקי בכל בית חולים לקבלת אישור לביצוע המחקר. לאחר האישור, הועבר השאלון בקישור שנשלח לעובדים בדוא"ל. השאלון הועבר בין התאריכים 28.02.2021 ועד ל 08.11.2021 תקופה המקבילה לשלהי הגל השלישי ולגל הרביעי (גל הדלתא) של מגפת הקורונה.
ב. ראיונות עומק בקרב 33 אנשים צוות בעלי תפקידים שונים בארבעה המרכזים הרפואיים אשר השתתפו במחקר (ראה פירוט בפרק ג' בדו"ח המחקר).

כלי המדידה (כולם על פי דיווח עצמי של העובד)

משתני רקע- מגדר, גיל, מצב משפחתי, האם יש ילדים וגילם, טיפול בהורים מבוגרים, וותק במקצוע ובמקום העבודה הנוכחי, מצב בריאות (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, & Muntner, 2006), תפקיד בבית החולים.

מידת החשיפה לנגיף – עבודה ישירה עם חולי קורונה (גם מרחוק), חשיפה לחולה קורונה, בידוד, האם חלה בעצמו בנגיף, בן משפחה חולה, חולה שנפטר. בשאלות אלה נעשה שימוש במחקר הפיילוט (Schiff, Shinan-Altman, & Rosenne, 2021).

צמיחה פוסט טראומטית- נבחנה על פי המקוצר של טדשי ואח' Short Form of the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI-SF) (Cann et al., 2010). הכלי כולל 10 היגדים, נחשב תקף ומהימן ונעשה בו שימוש בישראל (Pat-Horenczyk et al., 2016). סולם התשובות בכל היגד נע בין 0 "לא חוויתי כלל" ל 5 "חוויתי במידה רבה מאד". סולם התשובות על כל ממד של צמיחה נע בין 0 ל 10 (סכום שני ההיגדים המרכיבים אותו). סולם התשובות על הצמיחה הכללית הוא סכום כל ההיגדים ועל כן יכול לנוע בין 0 (ללא צמיחה) ל 50 (צמיחה מקסימאלית). המהימנות בין פריטים (אלפא קרונבך) נעה בין 0.70 (הזדמנויות חדשות) ל 0.76 (שיפור היחסים עם אחרים). המהימנות בין פריטים על הצמיחה הכללית הכוללת את כל ההיגדים היא: 0.90.

עמדה כלפי השינויים בבית החולים בתקופת הקורונה- נבחנה על פי אדפטציה לכלי Change attitude scale הבוחן מימדים שונים של התנגדות לשינוי. הכלי נבנה ותוקף בישראל (Oreg, 2006). הכלי כולל שלושה מימדים: קוגניטיבי, רגשי והתנהגותי. כמו כן השימוש בכלל הפריטים מייצג מדד מסכם של עמדות כלפי שינויים ארגוניים. לאורך הכלי, ציון גבוה יותר פירושו התנגדות רבה יותר לשינויים. המהימנות בין פריטים (אלפא קרונבך) הייתה 0.89 לפריטים הבוחנים התנגדות במימד הקוגניטיבי ו 0.83, לפריטים הבוחנים התנגדות במימד הרגשי וההתנהגותי בהתאמה. המהימנות בין פריטים לכלי כולו (מדד מסכם) היא: 0.93.

המוכנות של הצוותים למגפה הבאה- נבחנה על פי קיצור ואדפטציה של הכלי שהוכן בסינגפור על מוכנות של צוותים בשירותי בריאות למגפת השפעת (Wong et al., 2008).

חוסן- הערכת מידת החוסן האישי נבחנה על פי ה Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC2) לאחר קבלת אישור מהמחברים. גירסה מקוצרת זו של הכלי כוללת שני היגדים: "אני יכולה להתאים את עצמי לכל שינוי שמתחולל" ו "אני נוטה להתאושש לאחר מחלה, פציעה או כל קושי אחר" (Connor & Davidson, 2003; Kuiper, van Leeuwen, Stolwijk-Swüste, & Post, 2019). כלי החוסן, לרבות גרסה מקוצרת זו נחשב מהימן ותקף ובגרסה זו משתמשים בעיקר לצורכי מחקר ופחות לשם אבחנה קלינית.

משתנים אשר נבחנו אך ורק בקרב העובדים הסוציאליים

מספר משתנים נבחנו אך ורק בקרב העובדים הסוציאליים אם כדי לא להכביד על הצוותים הרפואיים ואם משום שאלה התאימו יותר להיבחנות בקרב קבוצת עובדים זו.

איכות החיים- כלי הבוחן שלושה מימדים: סיפוק החמלה, שחיקה וטראומטיזציה משנית (Professional Quality of Life Scale (ProQOL) (Stamm, 2010). הכלי נמצא בשימוש רב במחקרים בינלאומיים ותקפותו גבוהה. נמצאה גם תקפות במחקר ראשוני שבחן את הכלי בישראל, כאשר החזקה ביותר נמצאה במימד של סיפוק החמלה (Samson, Iecovich, & Shvartzman, 2016). במחקר הנוכחי המהימנות בין פריטים (אלפא קרונבך) הייתה 0.85, 0.74 ו 0.84 לסיפוק החמלה, שחיקה וטראומטיזציה משנית בהתאמה.

מידת התמיכה החברתית- נבחנה בשני מימדים. תמיכה בלתי פורמלית ותמיכה פורמלית. מידת התמיכה הבלתי פורמלית הנתפסת נבחנה על פי הכלי המקוצר: Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU K-6; (Kliem et al., 2015). הכלי נחשב תקף ונעשה בו שימוש נרחב (Lin, Hirschfeld, & Margraf, 2019). הכלי כולל 6 היגדים הנמדדים כל אחד על סולם סוג ליקרט הנע בין 1 "בכלל לא נכון" ל 5 "נכון מאד". לדוגמה: "אני זוכה להרבה הבנה וביטחון מאחרים". המהימנות בין פריטים (אלפא קרונבך) שנמצאה במחקר הנוכחי הייתה 0.81. לכלי זה הוספנו שתי שאלות על תמיכה פורמלית מהממונים ומקולגות על סמך כלי ארוך יותר (Toker, Laurence, & Fried, 2015): "אם אחלה בקורונה אני בטוח/ה שהמעסיק שלי ידאג לצרכים שלי" ו"העמיתים שלי בעבודה עוזרים לי במצבי משבר בעבודה". שני משתני התמיכה נבנו על פי ממוצע ההיגדים המרכיבים כל משתנה.

תפיסת השפעת מגפת הקורונה על העובדים הסוציאליים, החולים ואלו השפעות תישארנה ב"יום שאחרי" - שאלות אלה נשאלו בחלק האיכותני של המחקר ויזכו לפרקי ממצאים נפרדים.

ממצאים

פרק א: ממצאים תיאוריים

היקף החשיפה לנגיף הקורונה

לוח א1. מציג את התפלגות החשיפה הישירה והעקיפה לנגיף הקורונה בקרב כלל משתתפי המחקר ובקרב חמש קבוצות של צוותי בית החולים (בחלוקה לקבוצות לא כללנו 71 משתתפים אשר ציינו "אחר"). ניתן לראות על פיו כי כצפוי החשיפה לנגיף הקורונה בקרב הצוותים הרפואיים הייתה רבה. קרוב ל 40% מהמשתתפים מדווחים על בידוד בית עקב חשש להידבקות בנגיף ללא הבדלים בין הקבוצות. שליש (34.2%) היו בבידוד בית עקב חשיפה לחולה מאומת. בהיבט זה, שיעור הרופאים שהיו בבידוד היה נמוך יותר מזה של השאר (28.7%). 11% מהמשתתפים מדווחים על בדיקה חיובית לקורונה. שיעור זה גבוה יותר בקרב אחיות (13.0%) ועובדי מינהל ומשק והנהלת בתי החולים (14.6%). שיעור האשפוזים בשל סיבוכי קורונה היה זניח (1.0%). מידת ההיכרות עם מטופל בבית החולים אשר חלה בקורונה הייתה רבה יותר בקרב רופאים (69.6%), עובדים סוציאליים (66.5%) ואחיות (65.7%) מאשר בקרב עובדי מקצועות הבריאות או עובדי מינהל, משק והנהלה. היבט אחר של חשיפה הוא עבודה במחלקות קורונה. 29.2% מהמשתתפים עבדו בשלב כלשהו במחלקות קורונה. שיעור האחיות (40.2%; $\chi^2(1) = 23.73, p < .001$) והעובדים הסוציאליים (37.6%; $\chi^2(1) = 5.59, p = .018$) אשר עבדו במחלקות קורונה היה גבוה משיעור שאר אנשי הצוות אשר עבדו במחלקות אלה (28.1%, 27.4% ו 9.8% מקרב הרופאים, עובדי מקצועות הבריאות ועובדי הנהלה מנהל ומשק בהתאמה).

תפיסת מוכנות למגפה הבאה או לגל נוסף של קורונה

שאלנו את הצוותים על מידת המוכנות האישית, המוכנות של בית החולים ומוכנות המדינה למגפה הבאה או לגל נוסף של קורונה. זאת על סולם מסוג ליקרט הנע בין 1 "כלל לא מוכן" ל 10 "מוכן מאוד". ניתן לראות כי המוכנות האישית בינונית ודומה מאד בין הצוותים השונים בבית החולים. במוכנות בית החולים ישנם הבדלים בין הצוותים. הרופאים והאחיות מרגישים שבית החולים פחות מוכן למגפה הבאה משאר הצוותים וההבדלים ביניהם לבין הצוותים האחרים מובהקים על פי מבחן טוקי (TUKEY Mean differences = -1.22, SE = 0.30, $p < .01$); הסוציאליים; Mean differences = -1.52, SE = 0.30, $p < .001$ בין הרופאים לעובדי מקצועות הבריאות; ו $p < .001$ בין הרופאים לבין עובדי הנהלה מינהל ומשק; הבדלים דומים נמצאו גם בין האחיות לבין העובדים הסוציאליים, עובדי מקצועות הבריאות ועובדי הנהלה מינהל ומשק). המוכנות של המדינה למגפה הבאה או לגל נוסף של קורונה נתפסת כנמוכה ביותר עם הבדלים קטנים ולא מובהקים בין הצוותים. הממצאים מוצגים בלוח א2.

תפיסת מוכנות על פי היקף החשיפה לקורונה- ניתן לראות על פי לוח א3. כי צוותים שנחשפו יותר לנגיף תופסים את בית החולים כפחות ערוך למגפה הבאה או לגל נוסף של קורונה ($t(761) = 2.83, p < .01$). לא נמצאו הבדלים מובהקים במוכנות האישית או במוכנות המדינה על פי היקף החשיפה לנגיף.

תפיסת מוכנות על פי עבודה במחלקות קורונה (כן/לא)- ניתן לראות על פי לוח א4. כי צוותים שעבדו במחלקות קורונה תופסים את המוכנות האישית שלהם כרבה יותר מאשר מי שלא עבדו במחלקות קורונה ($t(730) = 2.90, p < .01$). עם זאת, לא נמצאו הבדלים במידת המוכנות של בית החולים או של המדינה על פי עבודה במחלקות קורונה.

לוח א1. התפלגות החשיפה הישירה והעקיפה לנגיף הקורונה על פי תפקידים בבית החולים

כלל משתתפי המחקר (n=1038)	הנהלה, מינהל ומשק (n=192)	עובדי מקצועות הבריאות (n=177)	אחיות (n=317)	רופאים (n=114)	עובדים סוציאליים (n=167)	
%	%	%	%	%	%	
38.8	37.4	36.2	39.9	33.9	38.3	בידוד בית עקב חשש להידבקות בנגיף
10.8	14.6	7.3	13.0	6.1	7.8	בדיקה חיובית לקורונה
34.2	34.4	33.9	36.2	28.7	31.7	בידוד בית עקב חשיפה לחולה מאומת
19.4	15.9	25.4	16.0	17.4	27.5	בידוד בית עקב חשיפה של אחד מילדיך לחולה מאומת
1.0	0.5	0.6	1.6	0.9	0.6	אשפוז בשל קורונה
45.2	53.3	39.5	45.3	36.5	44.3	בן משפחה שחלה בקורונה
7.3	7.7	5.6	8.5	7.0	5.4	בן משפחה שנפטר מקורונה
57.3	57.4	55.9	59.4	53.9	57.5	חבר שחלה בקורונה
7.6	8.2	11.3	6.0	7.0	7.2	חבר שנפטר מקורונה
53.3	26.7	42.9	65.7	69.6	66.5	היכרות עם מטופל בבית החולים שחלה בקורונה
36.0	21.0	26.0	48.7	42.6	41.9	היכרות עם מטופל בבית החולים שנפטר מקורונה
78.1	78.5	77.4	82.1	79.1	76.0	היכרות עם איש צוות בית החולים שחלה בקורונה
4.0	5.1	1.7	4.7	4.3	3.6	היכרות עם איש צוות בית החולים שנפטר מקורונה

לוח א2. תפיסת מוכנות למגפה הבאה או לגל נוסף של קורונה : ממוצעים (סטיות תקן) וחציונים

כלל משתתפי המחקר (n=763)	הנהלה, מינהל ומשק (n=125)	עובדי מקצועות הבריאות (n=132)	אחים/ אחיות (n=229)	רופאים (n=87)	עובדים סוציאליים (n=127)	
6.20 (2.66) 7	6.38 (2.67) 7	6.34 (2.55) 7	6.10 (2.74) 6	6.42 (2.72) 7	6.13 (2.44) 7	את/ה באופן אישי מוכן/ה למגפה נוספת או לגל נוסף של קורונה ממוצע (ס.ת.) חציון
6.99 (2.27) 7	7.62 (2.07) 8	7.41 (2.11) 8	6.43 (2.43) 7	6.10 (2.32) 6	7.32 (1.77) 8	בית החולים בו את/ה עובד/ת מוכן/ה למגפה נוספת -או לגל נוסף של קורונה ממוצע (ס.ת.) חציון
4.96 (2.41) 5	5.38 (2.45) 5	4.89 (2.58) 5	4.70 (2.50) 4	4.53 (2.05) 5	5.25 (2.01) 5	המדינה ערוכה למגפה נוספת או לגל נוסף של קורונה ממוצע (ס.ת.) חציון

טווח הסולם נע בין 1 "כלל לא מוכן" ל-10 "מוכן מאוד"; ס.ת.=סטיות תקן

לוח א3. תפיסת מוכנות על פי היקף החשיפה לנגיף (מעל ומתחת לחציון=4)

היקף חשיפה גבוה (מעל לחציון)	היקף חשיפה נמוך (מתחת לחציון)	
6.12 (2.68)	6.30 (2.63)	את/ה באופן אישי מוכן/ה למגפה נוספת או לגל נוסף של קורונה ממוצע (ס.ת.)
6.79 (2.29)	7.25 (2.23)	בית החולים בו את/ה עובד/ת מוכן/ה למגפה נוספת -או לגל נוסף של קורונה ממוצע (ס.ת.)
4.85 (2.33)	5.10 (2.50)	המדינה ערוכה למגפה נוספת או לגל נוסף של קורונה ממוצע (ס.ת.)

טווח הסולם נע בין 1 "כלל לא מוכן" ל-10 "מוכן מאוד"; ס.ת.=סטיות תקן

לוח 4. תפיסת מוכנות על פי עבודה במחלקות קורונה (כ/לא)

עבודה במחלקת קורונה		
כן	לא	
6.64 (2.81)	6.02 (2.56)	את/ה באופן אישי מוכן/ה למגפה נוספת או לגל נוסף של קורונה ממוצע (ס.ת.)
6.88 (2.41)	7.05 (2.21)	בית החולים בו את/ה עובד/ת מוכן/ה למגפה נוספת -או לגל נוסף של קורונה ממוצע (ס.ת.)
5.02 (2.46)	4.95 (2.40)	המדינה ערוכה למגפה נוספת או לגל נוסף של קורונה ממוצע (ס.ת.)

טווח הסולם נע בין 1 "כלל לא מוכן" ל-10 "מוכן מאוד"; ס.ת.=סטית תקן

תפיסת חוסן אישי להתמודדות עם לחצים

החוסן האישי (מדד כללי) של הצוותים היה גבוה- חציון 7 כאשר הציון המקסימאלי הוא 8. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הצוותים ($F(4,953)=1.49, p>.20$). הממצאים מוצגים בלוח 5א.

לא נמצאו הבדלים מובהקים בתפיסת החוסן האישי על פי היקף החשיפה (ממוצע של מי שהחשיפה שלהם הייתה מתחת לחציון היה 6.48 (ס.ת. 1.40) והממוצע של מי שהחשיפה שלהם הייתה מעל החציון היה 6.59 (ס.ת. 1.30) $t(1020)=1.25, p=.212$). בדומה, גם לא נמצאו הבדלים בתפיסת החוסן האישי על פי עבודה במחלקות קורונה (הממוצע של מי שעבדו במחלקות קורונה היה 6.53 (ס.ת. 1.37) והממוצע של מי שלא עבדו במחלקת קורונה היה 6.54 (ס.ת. 1.29) $t(1013)=.09, p=.926$).

צמיחה ממשבר הקורונה

אירוע לחץ כדוגמת הקורונה קשור לא רק להשלכות שליליות כדוגמת חרדה ודיכאון אלא גם תורם לעתים לתוצאות חיוביות, בעיקר עם חלוף זמן. לכן גם בחנו את מידת הצמיחה של הצוותים ממשבר הקורונה. משתנה זה הוא רב ממדי. הוא כולל הן חוזקות אישיות (לדוגמה, "גיליתי שאני חזק יותר ממה שחשבתי"), הערכה גוברת לחיים (לדוגמה, "ערך החיים שלי עלה בעיניי"), שיפור היחסים עם אחרים (לדוגמה, "אני חש יותר קירבה לאחרים"), יצירה של הזדמנויות חדשות ("אני מסוגל להפוך את חיי לטובים יותר") ושינויים רוחניים (לדוגמה, "יש לי הבנה טובה יותר של עניינים רוחניים"). רמת הצמיחה הכוללת הייתה בינונית (חציון 23 כאשר הציון יכול לנוע בין 0- היעדר צמיחה ל 50- צמיחה רבה מאד). בנוסף, בדומה למחקרים בתחומים אחרים, המימדים בהם המשתתפים דיווחו על הצמיחה הרבה ביותר היו "חוזקות אישיות" ו"הערכה גוברת לחיים". באשר להבדלים בין הצוותים- הרופאים דיווחו על מידת הצמיחה הנמוכה ביותר בכל אחד מהמימדים וכן במדד הכללי. ההבדלים בינם לבין שאר הצוותים מובהק בכל המימדים. כך למשל, במימד של חוזקות אישיות הרופאים דיווחו על רמה נמוכה יותר של צמיחה במימד זה מאחים/אחיות (Mean differences = -2.39, SE=0.33 $p<.001$), מעובדים סוציאליים (Mean differences = -)

2.54, SE=0.37 $p < .001$, מעובדי מקצועות הבריאות (Mean differences = -1.74, SE=0.36 $p < .001$) ומעובדי הנהלה מינהל ומשק (Mean differences = -2.55, SE=0.36 $p < .001$) הממצאים מוצגים בלוח א.6.

צמיחה על פי היקף החשיפה לקורונה- ניתן לראות על פי לוח א.7. כי צוותים שנחשפו יותר לנגיף מגלים צמיחה רבה יותר מסוג של הערכה גוברת לחיים ($t(805)=2.29, p=.022$), הזדמנויות חדשות ($t(799)=2.07, p=.038$), שינויים רוחניים ($t(803)=2.76, p<.01$) וצמיחה פוסט טראומטית כללית ($t(817)=2.60, p=.010$), מצוותים שנחשפו במידה מועטה יותר לנגיף.

צמיחה על פי עבודה במחלקות קורונה (כ/לא)- ניתן לראות על פי לוח א.8. כי צוותים שעבדו במחלקות קורונה מגלים צמיחה רבה יותר מסוג של חוזקות אישיות ($t(797)=3.09, p<.01$) והזדמנויות חדשות ($t(793)=2.21, p=.028$).

לוח א.5. תפיסת חוסן אישי : ממוצעים (סטיות תקן) וחציונים

כלל משתתפי המחקר (n=1017)	הנהלה, מינהל ומשק (n=188)	עובדי מקצועות הבריאות (n=171)	אחים/ אחיות (n=315)	רופאים (n=114)	עובדים סוציאליים (n=167)	
						אני יכול/ה להתאים את עצמי לכל שינוי שמתחולל
3.24 (0.74) 3	3.46 (0.70) 4	3.22 (0.78) 3	3.13 (0.75) 3	3.23 (0.74) 3	3.19 (0.66) 3	ממוצע (ס.ת.) חציון
						אני נוטה להתאושש לאחר מחלה, פציעה או כל קושי אחר
3.35 (0.79) 4	3.39 (0.85) 4	3.44 (0.74) 4	3.32 (0.80) 3	3.40 (0.74) 4	3.33 (0.64) 3	ממוצע (ס.ת.) חציון
						מדד חוסן (טכום שני ההיגדים)
6.54 (1.35) 7	6.71 (1.46) 7	6.60 (1.34) 7	6.43 (1.35) 6	6.57 (1.38) 7	6.50 (1.12) 6	ממוצע (ס.ת.) חציון

טווח התשובות לסולם הכללי 0 עד 8. ציון גבוה יותר, חוסן רב יותר; ס.ת.=סטיות תקן

לוח א6. הערכת מידת הצמיחה* ממשבר הקורונה: ממוצעים (סטיות תקן) וחציונים בכל אחד מתחומי

הצמיחה ובמדד הצמיחה הכללי

כלל משתתפי המחקר (n=819)	הנהלה, מינהל ומשק (n=142)	עובדי מקצועות הבריאות (n=131)	אחים/ אחיות (n=254)	רופאים (n=92)	עובדים סוציאליים (n=132)	
תחומי הצמיחה						
5.53 (2.84) 6.00	6.08 (2.89) 7.00	5.27 (2.67) 6.00	5.93 (2.66) 6.00	3.53 (2.83) 3.00	6.08 (2.51) 6.00	חזקות אישיות ממוצע (ס.ת.) חציון
5.21 (2.65) 6.00	5.58 (2.79) 6.00	5.07 (2.65) 5.00	5.46 (2.50) 6.00	3.86 (2.60) 4.00	5.44 (2.50) 6.00	הערכה גוברת לחיים ממוצע (ס.ת.) חציון
4.46 (2.77) 5.00	4.71 (2.87) 5.00	4.21 (2.77) 4.50	4.67 (2.69) 5.00	3.02 (2.65) 3.00	5.17 (2.48) 6.00	שיפור היחסים עם אחרים ממוצע (ס.ת.) חציון
4.21 (2.65) 4.00	4.17 (2.78) 4.00	3.87 (2.75) 4.00	4.51 (2.50) 4.00	3.09 (2.48) 3.00	4.69 (2.38) 5.00	הזדמנויות חדשות ממוצע (ס.ת.) חציון
3.26 (2.99) 3.00	3.81 (3.13) 4.00	2.97 (2.75) 3.00	3.60 (3.06) 3.00	1.67 (2.25) 1.00	3.42 (2.94) 3.00	שינויים רוחניים ממוצע (ס.ת.) חציון
22.43 (11.37) 23.00	24.15 (11.58) 26.00	20.99 (11.01) 23.00	23.93 (10.79) 25.00	14.99 (10.51) 13.50	24.61 (10.52) 25.00	מדד כולל של צמיחה (סכום) ממוצע (ס.ת.) חציון

טווח הציונים בכל מימד יכול לנוע בין 0 שפירושו היעדר צמיחה ל 10 שפירושו צמיחה רבה. במדד הכללי (סכום ההיגדים) הציון יכול לנוע בין 0 ל 50.

לוח א7. הערכת מידת הצמיחה ממשבר הקורונה (בכל אחד מהיבטיה) על פי היקף החשיפה לנגיף (מעל ומתחת

לחציון = 4)

היקף חשיפה גבוה (מעל לחציון)	היקף חשיפה נמוך (מתחת לחציון)	תחומי הצמיחה
		חזקות אישיות
5.65 (2.78)	5.38 (2.91)	ממוצע (ס.ת.)
		הערכה גוברת לחיים
5.40 (2.55)	4.97 (2.76)	ממוצע (ס.ת.)
		שיפור היחסים עם אחרים
4.59 (2.75)	4.30 (2.80)	ממוצע (ס.ת.)
		הזדמנויות חדשות
4.39 (2.68)	4.00 (2.59)	ממוצע (ס.ת.)
		שינויים רוחניים
3.52 (3.06)	2.94 (2.87)	ממוצע (ס.ת.)
		מדד כולל של צמיחה (סכום)
23.35 (11.14)	21.28 (11.57)	ממוצע (ס.ת.)

לוח א8. הערכת מידת הצמיחה ממשבר הקורונה (בכל אחד מהיבטיה) על פי עבודה במחלקות קורונה (כן/לא)

עבודה במחלקת קורונה		תחומי הצמיחה
כן	לא	
		חזקות אישיות
5.98 (2.72)	5.31 (2.88)	ממוצע (ס.ת.)
		הערכה גוברת לחיים
5.28 (2.69)	5.16 (2.64)	ממוצע (ס.ת.)
		שיפור היחסים עם אחרים
4.63 (2.78)	4.38 (2.78)	ממוצע (ס.ת.)
		הזדמנויות חדשות
4.50 (2.65)	4.06 (2.62)	ממוצע (ס.ת.)
		שינויים רוחניים
3.25 (3.08)	3.26 (2.95)	ממוצע (ס.ת.)
		מדד כולל של צמיחה (סכום)
23.37 (11.36)	21.93 (11.36)	ממוצע (ס.ת.)

התייחסות לשינויים שהתרחשו בתקופת הקורונה - ניתוח מילולי ומספרי

התייחסות המרכזיות אשר צוינו על ידי המשתתפים בנוגע לשינויי שהתרחשו בתקופת הקורונה היו: עבודה או טיפול מרחוק, רה-ארגון כמו החלוקה לקפסולות והעברה של מחלקות, הצורך במיגון, ריחוק חברתי, עומס ותת-תקינה, גיבוש ושיפור היחסים בצוות. תימות פחות בולטות היו- התייחסות רצינית למחלות מידבקות, הוספת תקנים ומוכנות למצבי משבר מתמשכים. מיעוט משתתפים לא חש כל שינוי. דוגמאות לשינויים אשר צוינו על ידי כל אחד מסוגי התפקידים.

עובדים סוציאליים: "יכולת תגובה מהירה", "גמישות", "יכולת לעבור שינויים ארגוניים במהירות", "עבודה מהבית"- "אפשרות לעבוד מהבית הוא נושא חשוב ומשמעותי מאד. לא במקום העבודה פנים מול פנים עם חולים אבל במקום שמאפשר לא לאבד קשר עם חולים גם בשעות לא שגרתיות ובזמנים של בידוד", "מעבר לעבודה טלפונית ועבודה מרחוק".

הרופאים ציינו אף הם את הגמישות של בית החולים בפתיחה וסגירה של מחלקות קורונה, "היערכות בית החולים למצבי חירום", ולעומת זאת- ה"עברה של מחלקתי למקום חדש וצמצום מספר המיטות במחלקה, העברת אנשי הצוות לעבודה במחלקות קורונה לתקופה בלתי מוגבלת", "איסור מפגשים בין חברי הצוות- בישיבות ובחדרי האוכל", "יותר מודעות למה שעובר עלינו ומקשה עלינו בעבודה ובכללי", "הוראה וישיבות בזום", "חלוקה לקבוצות עבודה - צוותים, תכניות עבודה ממוקדות", "גיבוש", "תמיכה בצוותים", "שיתוף הצוות וכן כלל סגל בית החולים במצב הקורונה".

אחיות ציינו "עבודה בצוותים של 12 שעות עבודה 3 ימים בשבוע", "עבודה בקפסולות", "שינוי שיטת העבודה של הרופאים", "עבודה בשעות ממושכות מספר שבועות ודאגה למשפחה ולילדים", "פיצול צוותים למחלקות קורונה ושיכפול העומס שכבר היה קיים" ו"סגירה/צמצום מחלקות אשפוז לטובת פתיחת מחלקת קורונה וצוות אנשי רפואה וסגל אדמיניסטרטיבי". לעומת זאת "יחס והערכה לאחיות טיפול נמרץ, הבנה של חשיבות העבודה הקשה", "עבדנו כצוות אחד כולל רופאים שזה נדיר".

עובדי מקצועות הבריאות ציינו "סגירת יחידות טיפול נמרץ לצורך טיפול בחולי קורונה", "עבודה בקפסולות ומעבר לעבודה במשמרות (בוקר/ערב)", "גמישות בשעות העבודה", "היכולת לעבוד מהבית" ו"עבודה מרחוק".

צוות מינהל, משק והנהלה ציינו "יכולת לתקשר עם מטופלים באמצעים דיגיטליים - רפואה מרחוק, ניהול ישיבות צוות בצורה זו", "יכולת תגובה מהירה", "יותר מרחב פרטי", "מסירות של האנשים" ו"התאמת תהליכי עבודה במצב דינמי ומשתנה ביעילות ותוך זמן קצר", "כל המודעות להיגיינת ידיים של כלל הצוותים הרפואיים ובכללי". לעומת זאת, ציינו גם "עבודה של צוותים לא מוכשרים בטיפול נמרץ", "קבלת החלטות ללא חשיבה מוקדמת ומקיפה" ו"השינוי הארגוני הבולט והעיקרי היה התמקדות יתר במניעת התפשטות מחלת הקורונה".

על רקע השינויים בעלי גוון ניטרלי ואפילו חלקים חיוביים שחלק גדול ממשתתפי המחקר ציינו, ניתן להבין את ההתנגדות המועטה-בינונית לשינויים הארגוניים שחלו בתקופת הקורונה כפי שניתן ללמוד מלוח 9א. ממוצע וחציון ההתנגדות לשינוי במימדים השונים נמצא באמצע הסולם ואף נמוך ממנו. בקרב כלל משתתפי המחקר ההתנגדות הרבה ביותר לשינוי בלטה במימד הקוגניטיבי והנמוכה ביותר- במימד ההתנהגותי. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הצוותים השונים בממד הכולל של התנגדות לשינוי. במימד הקוגניטיבי נמצא הבדל מובהק אחד בין אחים/אחיות לעובדים סוציאליים. האחים/אחיות מגלים התנגדות רבה יותר לשינויים הארגוניים שחלו בבית החולים בתקופת הקורונה (Mean differences= 0.42, SE=0.13)

$p < .05$. ניתן לראות במדד זה גם היבט של גמישות אישית. ניתן על כן לומר, שמרבית הצוותים גילו גמישות לפחות במימד ההתנהגותי.

התנגדות לשינוי על פי היקף החשיפה לקורונה- ניתן לראות על פי לוח א10. כי צוותים שנחשפו יותר לנגיף מגלים התנגדות רבה יותר לשינוי בכל אחד מממדי: בממד הקוגניטיבי ($t(700)=2.75, p < .01$), הרגשי ($t(669)=3.94, p < .001$), ההתנהגותי ($t(657)=1.99, p = .047$) ובמדד הכולל של עמדות המתנגדות לשינוי ($t(700)=3.49, p = .001$), מצוותים שנחשפו במידה מועטה יותר לנגיף.

התנגדות לשינוי על פי עבודה במחלקות קורונה (כן/לא)- ניתן לראות על פי לוח א11. כי בדומה להיקף חשיפה רב יותר, צוותים שעבדו במחלקות קורונה מגלים התנגדות לשינוי בכל אחד מממדי: בממד הקוגניטיבי ($t(695)=2.87, p < .01$), הרגשי ($t(664)=2.61, p < .01$), ההתנהגותי ($t(652)=2.45, p = .014$) ובמדד הכולל של עמדות המתנגדות לשינוי ($t(695)=2.86, p = .004$), מצוותים שלא עבדו במחלקות קורונה.

לוח א9. הערכת מידת ההתנגדות לשינויים הארגוניים שנערכו/נערכים בבית החולים בתקופת משבר הקורונה: ממוצעים (סטיות תקן) וחציונים בכל אחד ממדי ההתנגדות ובמדד הכללי

כלל משתתפי המחקר (n=702)	הנהלה, מינהל ומשק (n=121)	עובדי מקצועות הבריאות (n=119)	אחים/ אחיות (n=228)	רופאים (n=77)	עובדים סוציאליים (n=110)	
ממדי ההתנגדות						
ממד קוגניטיבי						
3.02	2.88	3.00	3.21	2.99	2.79	ממוצע
(1.16)	(1.13)	(1.17)	(1.19)	(1.11)	(1.06)	(ס.ת.)
3.00	2.83	3.00	3.17	2.83	2.67	חציון
ממד רגשי						
2.83	2.70	2.67	2.99	2.74	2.78	ממוצע
(1.11)	(1.04)	(1.04)	(1.20)	(1.14)	(0.94)	(ס.ת.)
2.60	2.60	2.70	2.80	2.60	2.67	חציון
ממד התנהגותי						
2.46	2.41	2.30	2.56	2.42	2.36	ממוצע
(0.92)	(0.83)	(0.80)	(0.96)	(0.95)	(0.85)	(ס.ת.)
2.43	2.43	2.43	2.50	2.43	2.29	חציון
מדד כולל: עמדות התנגדות לשינוי						
2.76	2.64	2.66	2.91	2.70	2.67	ממוצע
(0.97)	(0.89)	(0.93)	(1.01)	(0.95)	(0.92)	(ס.ת.)
2.72	2.61	2.76	2.89	2.50	2.59	חציון

טווח הסולם הוא מ 1 עד 6. ציון גבוה יותר פירושו התנגדות רבה יותר לשינויים.

לוח א10. הערכת מידת ההתנגדות לשינויים הארגוניים שנערכו/נערכים בבית החולים בתקופת משבר הקורונה על פי היקף החשיפה לנגיף (מעל ומתחת לחציון = 4)

היקף חשיפה גבוה (מעל לחציון)	היקף חשיפה נמוך (מתחת לחציון)	
		ממדי ההתנגדות
		ממד קוגניטיבי
3.13 (1.20)	2.88 (1.10)	ממוצע (ס.ת.)
		ממד רגשי
2.98 (1.16)	2.64 (1.02)	ממוצע (ס.ת.)
		ממד התנהגותי
2.52 (0.93)	2.38 (0.90)	ממוצע (ס.ת.)
		מדד כולל: עמדות התנגדות לשינוי
2.88 (1.01)	2.62 (0.91)	ממוצע (ס.ת.)

לוח א11. הערכת מידת ההתנגדות לשינויים הארגוניים שנערכו/נערכים בבית החולים בתקופת משבר הקורונה על פי עבודה במחלקות קורונה (כן/לא)

עבודה במחלקת קורונה		
כן	לא	
		ממדי ההתנגדות
		ממד קוגניטיבי
3.20 (1.23)	2.93 (1.12)	ממוצע (ס.ת.)
		ממד רגשי
2.99 (1.19)	2.75 (1.06)	ממוצע (ס.ת.)
		ממד התנהגותי
2.58 (1.04)	2.39 (0.85)	ממוצע (ס.ת.)
		מדד כולל: עמדות התנגדות לשינוי
2.92 (1.06)	2.69 (0.92)	ממוצע (ס.ת.)

הערכת איכות חיים מקצועית בקרב עובדים סוציאליים

את העובדים הסוציאליים שאלנו גם לגבי איכות חיים מקצועית, מושג הנחלק לשלושה: סיפוק החמלה, שחיקה וטראומטיזציה משנית. על פי הנורמות הקיימות (Stamm, 2010), ציון של 42 ומעלה בכל אחד מהממדים פירושו הרבה מאותו ממד (סיפוק חמלה גבוה, שחיקה גבוהה וטראומטיזציה משנית גבוהה). ציון של 23-41 פירושו מידה בינונית של אותו ממד, וציון של 22 או נמוך ממנו פירושו מידה נמוכה של אותו ממד. לוח א2. מציג את הממצאים. ניתן לראות על פיו כי העובדים הסוציאליים שהשתתפו במחקר מגלים רמה בינונית של כל אחד מממדי איכות חיים המקצועית. לא נמצאו הבדלים בממדים השונים של איכות חיים מקצועית על פי היקף החשיפה או עבודה (כן/לא) במחלקות קורונה. על כן ממצאים אלה לא יוצגו בלוחות.

לוח א2. הערכת איכות חיים מקצועית על ממדיה השונים בקרב עובדים סוציאליים (N=123)

ממוצע	(ס.ת.)	חציון
39.26	(5.05)	39.00
25.96	(5.74)	25.00
24.62	(7.32)	23.00

הערכת מידת התמיכה הנתפסת בקרב עובדים סוציאליים

מידת התמיכה הנתפסת- לוח א3. מציג את מידת התמיכה הנתפסת הפורמלית והבלתי פורמלית בקרב העובדים הסוציאליים. ניתן לראות על פיו כי מידת התמיכה משני הסוגים נתפסת גבוהה (חציון 4 או גבוה ממנו על סולם הנע בין 1 ל 5). עם זאת, מידת התמיכה הפורמלית, מצוות והנהלת בית החולים נתפסת כנמוכה יותר באופן מובהק ממידת התמיכה הלא פורמלית ($t\text{-pairs}(128)=2.40, p=.018$). לא נמצאו הבדלים בשני סוגי התמיכה על פי היקף החשיפה לנגיף (ראה לוח א3). עם זאת, נמצאו הבדלים מובהקים במידת התמיכה הבלתי פורמלית על פי עבודה במחלקות קורונה כפי שניתן לראות בלוח א15. ($t(125)=2.09, p=.04$). צוותים שעבדו במחלקות קורונה מדווחים על פחות תמיכה בלתי פורמלית מצוותים שלא עבדו במחלקות קורונה. לא נמצאו הבדלים במידת התמיכה הפורמלית על פי עבודה במחלקות קורונה.

לוח א3. הערכת מידת התמיכה הנתפסת הפורמלית והבלתי פורמלית בקרב עובדים סוציאליים (N=128)

ממוצע	(ס.ת.)	חציון
4.06	(0.62)	4.17
3.89	(0.75)	4.00

טווח התשובות יכול לנוע בין 1 (תמיכה מועטה) ל 5 (תמיכה רבה)

לוח א14. הערכת מידת התמיכה הנתפסת הפורמלית והבלתי פורמלית על פי היקף החשיפה לנגיף (מעל ומתחת לחציון = 4) בקרב עובדים סוציאליים

היקף חשיפה נמוך (מתחת לחציון)	היקף חשיפה גבוה (מעל לחציון)	
4.12 (0.57)	4.01 (0.65)	מידת התמיכה הנתפסת הבלתי פורמלית ממוצע (ס.ת.)
3.85 (0.62)	3.92 (0.83)	מידת התמיכה הפורמלית הנתפסת ממוצע (ס.ת.)

טווח התשובות יכול לנוע בין 1 (תמיכה מועטה) ל 5 (תמיכה רבה)

לוח א15. הערכת מידת התמיכה הנתפסת הפורמלית והבלתי פורמלית על פי עבודה במחלקות קורונה (כן/לא)

עבודה במחלקות קורונה		
כן	לא	
4.15 (0.62)	3.91 (0.60)	מידת התמיכה הנתפסת הבלתי פורמלית ממוצע (ס.ת.)
3.88 (0.75)	3.89 (0.75)	מידת התמיכה הפורמלית הנתפסת ממוצע (ס.ת.)

טווח התשובות יכול לנוע בין 1 (תמיכה מועטה) ל 5 (תמיכה רבה)

פרק ב: ניבוי תפיסת מוכנות למגפה הבאה, צמיחה ואיכות חיים מקצועית

בפרק זה נציג ממצאים אשר ניסו לנבא תפיסת מוכנות למגפה הבאה, צמיחה פוסט טראומטית ואיכות חיים מקצועית (זו האחרונה רק בקרב עובדים סוציאליים) על פי מספר משתני רקע, היקף חשיפה, עבודה במחלקות קורונה, מקצוע, וכן תפיסת חוסן אישי ועמדות המתנגדות לשינויים ארגוניים. זה האחרון גם עשוי לשמש מדד של גמישות שעל פי הספרות קשורה לבריאות נפשית טובה (Dawson & Golijani, 2020). בוצעו ניתוחי רגרסיה לינארית היררכית. במודל הראשון הוכנסו רק משתני הרקע-מגדר וגיל. במודל השני הוכנסו בנוסף למשתני הרקע גם היקף החשיפה לנגיף, עבודה במחלקות קורונה והמקצוע של המשיבים. במודל השלישי התווספו החוסן ועמדות המתנגדות לשינוי כשני משתנים אישיים העשויים לנבא כל אחד מהמשתנים התלויים שנבחנו מעבר למשתני הרקע ולמאפייני המגפה (היקף החשיפה) והארגון (עבודה במחלקות קורונה והמקצוע). בניבוי איכות חיים מקצועית על שלושת מימדיה- סיפוק החמלה, שחיקה וטראומטיזציה משנית, התווספה במודל השלישי גם התמיכה החברתית כמשתנה מנבא נוסף, אשר נבחן אך ורק בקרב עובדים סוציאליים.

תפיסת מוכנות למגיפה הבאה

תפיסת מוכנות אישית למגפה הבאה- ניתן לראות על פי לוח ב1. כי המודל הכולל (מודל 3) מובהק ומסביר 10% מהשונות $F(10, 1028)=10.88, p<.001, R^2 = .10$. כמו כן נמצא כי עבודה במחלקת קורונה ($\beta = .12, t=3.82, p<.001$) ותפיסה של חוסן אישי גבוה ($\beta = .18, t=5.97, p<.001$), היו קשורים ישירות לתפיסת

מוכנות אישית רבה יותר למגפה הבאה. עמדות המתנגדות לשינויים שהתרחשו בתקופת הקורונה, שכאמור, גם ניתן לראות בהם מידת גמישות נמוכה יותר במצבי לחץ, היו קשורים ישירות לתפיסת מוכנות נמוכה יותר מעמדות אשר פחות מתנגדות או אף תומכות בשינויים שהתרחשו בתקופת הקורונה ($\beta = -.18, t=6.01, p<.001$). היקף החשיפה לנגיף, המקצוע בבית החולים ומשתני הרקע של מגדר וגיל לא נמצאו קשורים לתפיסת מוכנות אישית.

תפיסת מוכנות בית החולים למגפה הבאה - ניתן לראות על פי לוח ב2. כי המודל הכולל (מודל 3) מובהק ומסביר 13% מהשונות ($F(10, 1028)=15.16, p<.001, R^2 = .13$). נמצא כי רופאים ($\beta = -.17, t=4.93, p<.001$), ואחיות ($\beta = -.15, t=3.77, p<.001$), בהשוואה לשאר תופסים שבית החולים פחות מוכן למגפה הבאה מהמקצועות האחרים. כמו כן, ככל שהחשיפה לקורונה רבה יותר ($\beta = -.08, t=2.49, p=.013$) וציוני העמדות המתנגדות לשינוי גבוהים יותר ($\beta = -.22, t=7.51, p<.001$) כך בית החולים נתפס כפחות מוכן למגפה הבאה. בדומה לתפיסת מוכנות אישית, תפיסה של חוסן אישי גבוה ($\beta = .12, t=4.03, p<.001$), נמצאה קשורה לתפיסת מוכנות רבה יותר של בית החולים למגפה הבאה. עם זאת, בשונה מתפיסת מוכנות אישית, עבודה במחלקת קורונה לא נמצאה קשורה לתפיסת מוכנות בית החולים למגפה הבאה.

תפיסת מוכנות המדינה למגפה הבאה - ניתן לראות על פי לוח ב3. כי המודל הכולל (מודל 3) מובהק אולם מסביר רק 6% מהשונות ($F(10, 1028)=6.32, p<.001, R^2 = .06$). נמצא כי עם העלייה בגיל גוברת התפיסה שהמדינה ערוכה למגפה הבאה ($\beta = .13, t=3.91, p<.001$). בדומה לתפיסת מוכנות בית החולים, גם באשר לתפיסת מוכנות המדינה למגפה הבאה, הרי שרופאים ($\beta = -.10, t= -2.62, p=.009$) ואחיות ($\beta = -.09, t= -2.07, p=.039$) בהשוואה לשאר המקצועות תופסים שהמדינה פחות ערוכה למגפה הבאה. בדומה לתפיסת מוכנות אישית ומוכנות בית החולים, ציונים גבוהים יותר של עמדות המתנגדות לשינוי קשורים לתפיסת מוכנות נמוכה של המדינה ($\beta = -.14, t= -4.43, p<.001$) ותפיסה של חוסן אישי גבוה קשורה לתפיסת מוכנות רבה יותר של המדינה למגפה הבאה ($\beta = .07, t=2.29, p=.022$). היקף החשיפה לנגיף או עבודה במחלקות קורונה לא נמצאו קשורים לתפיסת מוכנות המדינה למגפה הבאה.

לוח ב1. ניבוי תפיסת מוכנות אישית למגפה הבאה : ניתוח רגרסיה היררכית (N=1038)

מודל 3			מודל 2			מודל 1			משתנה
β	SE B	B	β	SE B	B	B	SE B	B	
-0.06	.17	-0.30	-0.06	.18	-0.34	-0.08*	.17	-0.41	מגדר (נשים)
.04	.01	.01	.09**	.01	.02	.08*	.01	.02	גיל
-0.03	.03	-0.03	-0.03	.04	-0.03				היקף חשיפה לנגיף
.12***	.16	.60	.12***	.16	.57				עבודה במחלקת קורונה (כן)
-0.01	.26	-0.09	-0.02	.27	-0.14				מקצוע: רופאים ¹
-0.02	.20	-0.11	-0.05	.21	-0.26				מקצוע: אחיות ¹
-0.03	.23	-0.17	-0.03	.24	-0.19				מקצוע: עובדים סוציאליים ¹
-0.01	.23	-0.05	-0.01	.23	-0.05				מקצוע: עובדי מקצועות הבריאות ¹
.18***	.05	.30							חוסן
-0.18***	.09	-0.51							עמדות התנגדות לשינוי (מדד כולל)
	.10			.02			.01		R ²
	40.75***			2.19*			6.08**		F change

¹ משתני דמה. כל אחת מהמקצועות לעומת השאר. קבוצת ההשוואה- הנהלה, מנהל ומשק
* $p < .05$. ** $p < .01$ *** $p < .001$

לוח ב2. ניבוי תפיסת מוכנות בית החולים למגפה הבאה : ניתוח רגרסיה היררכית (N=1038)

מודל 3			מודל 2			מודל 1			משתנה
β	SE B	B	β	SE B	B	B	SE B	B	
-0.02	.15	-0.08	-0.02	.15	-0.11	-0.01	.15	-0.03	מגדר (נשים)
.05	.01	.01	.08**	.01	.01	.09**	.01	.02	גיל
-0.08*	.03	-0.07	-0.08**	.03	-0.08				היקף חשיפה לנגיף
.03	.13	.15	.03	.14	.11				עבודה במחלקת קורונה (כן)
-0.17***	.22	-1.08	-0.18***	.23	-1.12				מקצוע: רופאים ¹
-0.15***	.17	-0.66	-0.18***	.18	-0.77				מקצוע: אחיות ¹
-0.02	.20	-0.08	-0.02	.21	-0.08				מקצוע: עובדים סוציאליים ¹
-0.01	.19	-0.07	-0.01	.20	-0.07				מקצוע: עובדי מקצועות הבריאות ¹
.12***	.04	.18							חוסן
-0.22***	.07	-0.55							עמדות התנגדות לשינוי (מדד כולל)
	.13			.06			.01		R ²
	40.60***			9.27***			4.65*		F change

¹ משתני דמה. כל אחת מהמקצועות לעומת השאר. קבוצת ההשוואה- הנהלה, מנהל ומשק
* $p < .05$. ** $p < .01$ *** $p < .001$

לוח ב3. ניבוי תפיסת מוכנות המדינה למגפה הבאה: ניתוח רגרסיה היררכית (N=1038)

משתנה	מודל 1			מודל 2			מודל 3		
	B	SE B	B	β	SE B	B	β	SE B	B
מגדר (נשים)	-0.02	.15	-0.07	-0.01	.16	-0.05	-0.01	.16	-0.05
גיל	.03	.01	.03	.15***	.01	.03	.13***	.01	.03
היקף חשיפה לנגיף			.00	.00	.03	.01	.01	.03	.01
עבודה במחלקת קורונה (כן)			.21	.15	.23	.05	.05	.15	.23
מקצוע: רופאים ¹			-.65	.24	-.10**	-.10**	-.10**	.24	-.63
מקצוע: אחיות ¹			-.47	.19	-.10*	-.10*	-.09*	.19	-.39
מקצוע: עובדים סוציאליים ¹			-.02	.22	-.00	-.00	-.00	.22	-.02
מקצוע: עובדי מקצועות הבריאות ¹			-.28	.21	-.05	-.05	-.05	.21	-.28
חוסן					.11	.07*	.07*	.05	.11
עמדות התנגדות לשינוי (מדד כולל)					-.35	-.14***	-.14***	.08	-.35
R ²	.02				.03			.06	
F change	10.29***				2.32*			13.86***	

¹ משתני דמה. כל אחת מהמקצועות לעומת השאר. קבוצת ההשוואה- הנהלה, מנהל ומשק
* $p < .05$. ** $p < .01$ *** $p < .001$

צמיחה פוסט טראומטית

צמיחה- לוחות ב4. וב5. מציגים את מנבאי התחומים בהם נמצאה הצמיחה הרבה ביותר: חוזקות אישיות והערכה גוברת לחיים. לוח ב6. מציג את מנבאי הצמיחה הכוללת.

חזקות אישיות- ניתן לראות על פי לוח ב4. כי המודל הכולל (מודל 3) מובהק ומסביר 9% מהשונות R² F(10, 1028)=10.59, $p < .001$. נשים מדווחות על צמיחה רבה יותר מאשר גברים בתחום של חוזקות אישיות ($\beta = .09$, $t=2.91$, $p=.004$). צוותים שעבדו במחלקות קורונה ($\beta = .11$, $t=3.32$, $p=.001$) ותפיסה של חוסן אישי גבוה ($\beta = .07$, $t=2.40$, $p=.017$) נמצאו קשורים לצמיחה רבה יותר מסוג של חוזקות אישיות. לעומת זאת, ציונים גבוהים יותר של עמדות המתנגדות לשינוי ($\beta = -.09$, $t= -3.01$, $p=.003$) קשורים לצמיחה נמוכה יותר מסוג של חוזקות אישיות. כמו כן רופאים ($\beta = -.24$, $t= -6.69$, $p < .001$) ועובדי מקצועות הבריאות ($\beta = -.11$, $t= -2.96$, $p=.003$) מדווחים על פחות צמיחה מסוג של חוזקות אישיות מאשר מקצועות אחרים.

הערכה גוברת לחיים- ניתן לראות על פי לוח ב5. כי המודל הכולל (מודל 3) מובהק אולם מסביר רק 6% מהשונות F(10, 1028)=6.10, $p < .001$. R² = .06. נשים מדווחות על הערכה רבה יותר לחיים מגברים ($\beta = .14$, $t=4.38$, $p < .001$). חשיפה רבה יותר לנגיף קשורה אף היא לצמיחה בתחום הערכה גוברת לחיים ($\beta = .07$, $t=2.32$, $p=.020$). רופאים מדווחים על פחות צמיחה מסוג הערכה גוברת לחיים ($\beta = -.16$, $t= -4.30$, $p < .001$). בשונה מחוזקות אישיות, עבודה במחלקות קורונה, חוסן אישי ועמדות המתנגדות לשינוי לא נמצאו קשורים להערכה גוברת לחיים.

צמיחה- מדד כולל- לוח ב6. מציג את מנבאי הצמיחה הכוללת. ניתן לראות על פיו כי המודל הכולל (מודל 3) מסביר 8% מהשונות F(10, 1028)=8.89, $p < .001$. R² = .08. נשים מדווחות על צמיחה (מדד כולל) רבה יותר מאשר גברים ($\beta = .11$, $t=3.54$, $p < .001$). חשיפה רבה יותר לנגיף קשורה אף היא לצמיחה רבה יותר ($\beta = .11$, $t=3.54$, $p < .001$).

$\beta = -.10, t = -2.66$,) ועובדי מקצועות הבריאות ($\beta = -.21, t = -5.81, p < .001$). רופאים ($.07, t = 2.31, p = .021$). מדווחים על פחות צמיחה כוללת מכפי שמדווחים שאר המקצועות. ציונים גבוהים יותר של עמדות המתנגדות לשינוי ($\beta = -.08, t = -2.53, p = .012$) קשורים אף הם לצמיחה נמוכה יותר. עבודה במחלקות קורונה וחוסן אישי לא נמצאו קשורים לצמיחה (מדד כולל).

לוח 4ב. ניבוי צמיחה בתחום חוזקות אישיות: ניתוח רגרסיה היררכית (N=1038)

משתנה	מודל 1			מודל 2			מודל 3		
	B	SE B	B	B	SE B	B	B	SE B	β
מגדר (נשים)	.87	.19	.14***	.55	.20	.09**	.57	.19	.09**
גיל	-.01	.01	-.06	-.01	.01	-.04	-.01	.01	-.06
היקף חשיפה לנגיף עבודה במחלקת קורונה (כן)	.00	.04	.00	.00	.04	.00	.00	.04	.00
מקצוע: רופאים ¹	.56	.18	.10**	.56	.18	.10**	.58	.17	.11**
מקצוע: אחיות ¹	-.37	.23	-.07	-.37	.23	-.07	-.29	.23	-.05
מקצוע: עובדים סוציאליים ¹	-.26	.26	-.04	-.26	.26	-.04	-.25	.26	-.04
מקצוע: עובדי מקצועות הבריאות ¹	-.74	.25	-.11**	-.74	.25	-.11**	-.75	.25	-.11**
חוסן							.14	.06	.07*
עמדות התנגדות לשינוי (מדד כולל)							-.29	.10	-.09**
R^2	.02			.08				.09	
F change	12.73***			10.17***				8.40***	

¹ משתני דמה. כל אחת מהמקצועות לעומת השאר. קבוצת ההשוואה- הנהלה, מנהל ומשק

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

לוח 5ב. ניבוי צמיחה בתחום הערכה גוברת לחיים: ניתוח רגרסיה היררכית (N=1038)

משתנה	מודל 1			מודל 2			מודל 3		
	B	SE B	B	B	SE B	B	B	SE B	β
מגדר (נשים)	.99	.18	.17***	.81	.19	.14***	.81	.19	.14***
גיל	-.00	.01	-.02	.00	.01	.00	.00	.01	.01
היקף חשיפה לנגיף עבודה במחלקת קורונה (כן)	.08	.04	.07*	.08	.04	.07*	.09	.04	.07*
מקצוע: רופאים ¹	.10	.17	.02	.10	.17	.02	.11	.17	.02
מקצוע: אחיות ¹	-.27	.22	-.05	-.27	.22	-.05	-.30	.22	-.06
מקצוע: עובדים סוציאליים ¹	-.29	.25	-.05	-.29	.25	-.05	-.31	.25	-.05
מקצוע: עובדי מקצועות הבריאות ¹	-.41	.24	-.07	-.41	.24	-.07	-.41	.24	-.07
חוסן							-.10	.05	-.06
עמדות התנגדות לשינוי (מדד כולל)							.00	.09	.00
R^2	.03			.05				.06	
F change	16.27***			4.03**				1.78	

¹ משתני דמה. כל אחת מהמקצועות לעומת השאר. קבוצת ההשוואה- הנהלה, מנהל ומשק

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

לוח 6. ניבוי צמיחה- מדד כולל: ניתוח רגרסיה היררכית (N=1038)

משתנה	מודל 1			מודל 2			מודל 3		
	B	SE B	B	β	SE B	B	β	SE B	B
מגדר (נשים)	4.04	.76	.16***	.11**	.79	2.79	.11***	.79	
גיל	-0.05	.03	-0.05	-0.03	.03	-0.03	-0.04	.03	
היקף חשיפה לנגיף				.07*	.16	.36	.07*	.16	
עבודה במחלקת קורונה (כן)				.04	.71	1.03	.05	.71	
מקצוע: רופאים ¹				-0.21***	1.17	-6.80	-0.21***	1.17	
מקצוע: אחיות ¹				-0.05	.93	-0.89	-0.04	.93	
מקצוע: עובדים סוציאליים ¹				-0.02	1.06	-0.56	-0.02	1.06	
מקצוע: עובדי מקצועות הבריאות ¹				-0.10**	1.02	-2.72	-0.10**	1.02	
חוסן				.01	.23	.06		.23	
עמדות התנגדות לשינוי (מדד כולל)				-0.08*	.39	-0.98		.39	
R ²		.03			.07			.08	
F change		15.94***			8.10***			3.36*	

¹ משתני דמה. כל אחת מהמקצועות לעומת השאר. קבוצת ההשוואה- הנהלה, מנהל ומשק

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

מנבאי איכות חיים מקצועית בקרב עובדים סוציאליים

כזכור, על מנת לא להכביד על הצוותים בשאלון ארוך מידי, רק העובדים הסוציאליים נשאלו על איכות חיים מקצועית ועל מידת התמיכה החברתית הפורמלית והלא פורמלית לה זכו בתקופת הקורונה. איכות חיים מקצועית כוללת שלושה ממדים: סיפוק החמלה, שחיקה וטראומטיזציה משנית.

סיפוק החמלה- לוח 7. מציג את ממצאי הניבוי של סיפוק החמלה. ניתן לראות על פיו כי המודל הכולל (מודל 3) מסביר 16% מהשונות $F(8,95)=2.17, p<.036, R^2=.16$. תפיסה של חוסן אישי גבוה ($\beta=.24, t=2.48, p=.015$) ותמיכה פורמלית נתפסת רבה יותר מההנהלה וצוות בית החולים ($\beta=.23, t=2.23, p=.028$) הם המשתנים היחידים שנמצאו קשורים ישירות לסיפוק החמלה בקרב העובדים הסוציאליים.

שחיקה- לוח 8. מציג את ממצאי הניבוי של שחיקה. ניתן לראות על פיו כי המודל הכולל (מודל 3) מסביר 20% מהשונות $F(8,94)=2.84, p=.007, R^2=.20$. חשיפה רבה יותר לנגיף ($\beta=.31, t=3.15, p=.002$) נמצאה קשורה לשחיקה רבה יותר בעבודה. תפיסה של חוסן אישי גבוה ($\beta=-.27, t=-2.78, p=.007$) קשורה לפחות שחיקה. נמצאה מגמה לפיה תמיכה פורמלית נתפסת רבה יותר מההנהלה וצוות בית החולים ($\beta=-.082, t=1.76, p=.18$) קשורה לפחות שחיקה, אולם קשר זה לא מובהק ברמות המובהקות המקובלות.

טראומטיזציה משנית- לוח 9. מציג את ממצאי הניבוי של טראומטיזציה משנית. ניתן לראות על פיו כי המודל הכולל (מודל 3) מסביר 17% מהשונות $F(8,94)=2.37, p=.022, R^2=.17$. בדומה לשחיקה, חשיפה רבה יותר לנגיף ($\beta=.27, t=2.64, p=.010$) נמצאה קשורה לטראומטיזציה משנית רבה יותר בעבודה. בדומה לשחיקה, תפיסה של חוסן אישי גבוה ($\beta=-.24, t=-2.49, p=.015$) קשורה לפחות טראומטיזציה משנית. תמיכה פורמלית נתפסת רבה יותר מההנהלה וצוות בית החולים לא נמצאה קשורה לטראומטיזציה משנית של עובדים סוציאליים בבתי חולים.

לוח 7ב. ניבוי סיפוק החמלה (אחד מממדי איכות חיים מקצועית) בקרב עובדים סוציאליים: ניתוח רגרסיה
היררכית (N=103)

משתנה	מודל 1			מודל 2			מודל 3		
	B	SE B	B	B	SE B	B	SE B	B	
מגדר (נשים)	-0.23	1.21	-0.02	-0.01	1.21	-0.11	1.16	-0.01	
גיל	.06	.04	.13	.12	.05	.04	.04	.08	
היקף חשיפה לנגיף עבודה במחלקת קורונה (כף)									
חוסן									
עמדות התנגדות לשינוי (מדד כולל)									
תמיכה נתפסת בלתי פורמלית									
תמיכה פורמלית נתפסת									
R ²	.02			.04					
F change	0.90			1.26			3.17*		

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

לוח 8ב. ניבוי שחיקה (אחד מממדי איכות חיים מקצועית) בקרב עובדים סוציאליים: ניתוח רגרסיה היררכית
(N=102)

משתנה	מודל 1			מודל 2			מודל 3		
	B	SE B	B	B	SE B	B	SE B	B	
מגדר (נשים)	.98	1.38	.07	.06	1.34	.81	1.30	.06	
גיל	-.05	.05	-.10	-.05	.05	-.01	.05	-.02	
היקף חשיפה לנגיף עבודה במחלקת קורונה (כף)									
חוסן									
עמדות התנגדות לשינוי (מדד כולל)									
תמיכה נתפסת בלתי פורמלית									
תמיכה פורמלית נתפסת									
R ²	.02			.09					
F change	0.79			4.07*			3.02*		

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

לוח ב9. ניבוי טראומטיזציה משנית (אחד מממדי איכות חיים מקצועית) בקרב עובדים סוציאליים: ניתוח גרסייה היררכית (N=102)

משתנה	מודל 1			מודל 2			מודל 3		
	B	SE B	B	B	SE B	B	SE B	B	
מגדר (נשים)	.12	1.76	2.09	.11	1.72	2.05	.12	1.68	
גיל	-0.03	.06	-0.02	-0.01	.06	.03	.05	.06	
היקף חשיפה לנגיף	.81			.23*	.36	.94	.27*	.36	
עבודה במחלקת קורונה (כן)	-3.08			-.19	1.61	-2.23	-.14	1.62	
חוסן						-1.31	-.24*	.53	
עמדות התנגדות לשינוי (מדד כולל)						.05	.01	.76	
תמיכה נתפסת בלתי פורמלית						.35	.20	.18	
תמיכה פורמלית נתפסת						-.29	-.06	.50	
R ²	.02			.08				.17	
F change	0.76			3.71*				2.37	

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

פרק ג: שיטה וממצאי החלק האיכותני במחקר

מדגם

עבור חלק זה של המחקר נדגמו בדגימה מכוונת 33 מרואיינים מארבעה מרכזים רפואיים שונים: רמב"ם, שיבא, הדסה וברזילי. הדגימה נעשתה על ידי מנהלות המחלקות לעבודה סוציאלית של המרכזים. כל מנהלת בחרה קבוצה של שמונה מרואיינים. (מלבד רמב"ם בו נבחרו תשעה מרואיינים. קריטריון מרכזי בבחירת המרואיינים. וזאת היה מתן ייצוג למקצועות ולתפקידים השונים בתוך בתי החולים. מלבד זאת המרואיינים נבחרו לפי מרכזיות עבודתם בתקופת הקורונה, התמודדויות שהיו להם בתקופת הקורונה ומידת הוורבליות שלהם והנכונות שלהם לשתף בחוויותיהם. זאת, ללא תלות בתשובותיהם לשאלון הכמותי האנונימי. מתוך 33 המרואיינים. וזאת ארבעה סירבו להתראיין עקב חוסר פניות, חוסר שיתוף פעולה עם קביעת מועד הראייון או חוסר הגעה לראיון שנקבע וחוסר מענה לאחר מכן, והוחלפו ב-שלושה מרואיינים. וזאת אחרים. המדגם הסופי כלל 32 מרואיינים, שמונה מתוך כל אחד מבתי החולים. מתוך המרואיינים היו ארבעה רופאים, שמונה אחים ואחיות, שמונה עובדות סוציאליות, חמישה עובדים ממקצועות הבריאות (פארא רפואיים - דיאטנית, מרפאה בעיסוק, פיזיותרפיסטית, הידרו-תרפיסטית וכוח עזר) ושבעה עובדי מינהל, משק והנהלה. שבעה מתוך המרואיינים היו גברים ו-25 נשים. 30 מרואיינים. וזאת השתייכו לדת היהודית ושניים לדת המוסלמית. טווח גילאי המרואיינים. וזאת נע בין 28 ל-59 שנים, וממוצע הגילאים היה 44.75. הוותק של המרואיינים. וזאת בבית החולים נע בין 1.5 שנים ל-33 שנים, וממוצע שנות וותק בבית החולים היה 12 שנים (פירוט נתוני המרואיינים. וזאת בטבלה I).

כלי המחקר ושיטת איסוף הנתונים

המרואיינות היו עובדות סוציאליות מהמחלקות לעבודה סוציאלית בארבעת בתי החולים שהשתתפו במחקר ובחלק מבתי החולים גם מנהלות המחלקות הסוציאליות התנדבו לראיין.

מרואיינות נוספות היו צוות המחקר. המרואיינות ראינו מרואיינים מבתי חולים אחרים בלבד, ולא מבתי החולים בהם הן עובדות. כל המרואיינות קיבלו הדרכה לגבי אופן ביצוע הראיון.

נערכו ראיונות עומק שהתבצעו באמצעות מדריך ראיון חצי מובנה, שגובש על ידי מנהלות המחלקות הסוציאליות וצוות המחקר באופן משותף. הנושאים המרכזיים שנכללו במדריך הראיון היו שינויים בעבודה בבית החולים ובדרישות העבודה בתקופת הקורונה, חוויות שגרמו לתחושת סיפוק או לקושי ומצוקה, השלכות רגשיות של משבר הקורונה, קונפליקטים בין העבודה לבית, מקורות תמיכה ומסקנות לעתיד (ראה.י. מדריך הראיון בנספח 2).

המראיינות יצרו קשר עם המרואיינים. ות באמצעות הטלפון או הדואר האלקטרוני וקבעו עימם מועד לראיון שבוצע באמצעות זום וארך כשעה. הראיונות נערכו בין ה 04.04.2022 ל 28.06.22, בשלהי הגל החמישי של הקורונה- גל האומיקרון.

שיטת ניתוח הנתונים

כל הראיונות הוקלטו ותומללו במלואם על ידי עוזרות מחקר באופן מלא. מתוך 33 הראיונות שבוצעו נבחרו 10 ראיונות אשר ייצגו את מגוון המקצועות שלקחו חלק במחקר. לאחר מכן בוצע ניתוח תוכן על מנת לזהות משאבים ואתגרים עימם התמודדו המרואיינים. ות בתקופת הקורונה. ניתוח תוכן התבסס על תעתיקי הראיונות כלשונם ובהתאם לשני השלבים הבאים: בשלב הראשון, התבצעה קריאה חוזרת של תמלולי הראיונות, מתוך מטרה להכיר באופן מעמיק את חוויות המרואיינים. ות בתקופת הקורונה. בשלב השני, זוהו מתוך התמלולים החלקים המהווים את "יחידות המשמעות", משפט או מספר משפטים היכולים לעמוד בנפרד ועם זאת יכולים להיות מובנים ומשמעותיים בהקשר של נושא המחקר. כלל יחידות המשמעות קובצו ביחד וחולקו לקבוצות מקודדות ראשוניות.

בשלב האחרון, נעשה ניתוח של הממדים השונים כפי שבאו לידי ביטוי בכל מקצוע ושל ההבדלים בין המקצועות השונים.

היבטים אתיים

המחקר קיבל את אישור ועדת הלסינקי בכל אחד מהמרכזים הרפואיים שלקחו בו חלק. רואיינו מי שהסכימו לקחת חלק במחקר, לאחר חתימה על טופס הסכמה. הראיונות התקיימו בזום, אולם הוקלטו ללא וידאו. המרואיינים. ות יודעו כי רק האודיו הינו מוקלט ולא הוידאו, וכי הקלטת האודיו תושמד עם סיום המחקר. כמו כן, הובטחה למרואיינים. ות אנונימיות הן בתמלול הראיונות והן בניתוח הממצאים: רק צוות המחקר יודע את זהות המראיינים. הראיונות תומללו תוך הסוואת פרטים מזהים, וכך גם יוצגו הממצאים מהם.

טבלה I: נתוני המרואיינים.ות

מס' מרואיין.ת	תפקיד בבית החולים	גיל	מין	מצב משפחתי	מס' ילדים	ילדים מתחת לגיל 18 (בזמן הראיון)	תואר אקדמי	וותק בבית החולים (בשנים)	תפיסת מצב בריאותי*
1	אחות מחלקה	40	נקבה	גרושה	1	1	MA	10 שנים	טוב
2	אחות טיפול נמרץ	55	נקבה	נשואה	3	0	MA	30 שנים	טוב
3	עובדת סוציאלית	60	נקבה	גרושה	2	0	MA	4 שנים	טוב
4	דיאטנית קלינית	35	נקבה	רווקה	0	0	BA	5 שנים	טוב
5	מרפאה בעיסוק	45	נקבה	נשואה	2	2	BA	3 שנים	טוב
6	הידרותפיסטית	50	נקבה	נשואה	4	0	MA	4 שנים	טוב
7	עובדת מעבדה	35	נקבה	רווקה	0	0	BA	שנתיים	טוב
8	עובד הנהלת מחלקת ביטחון	52	זכר	נשוי	1	1	MA	20 שנה	טוב
9	רופא, מנהל מחלקה פנימית וקורונה	55	זכר	נשוי	2	0	MD	30 שנה	טוב
10	אחות אחראית במחלקת קורונה	50	נקבה	נשואה	4	1	MA	שנתיים	טוב
11	רופא מתמחה במחלקת קורונה	32	זכר	רווק	0	0	MD	שנתיים	טוב
12	עובדת סוציאלית בתפקיד ניהולי	50	נקבה	נשואה	3	1	MA	10 שנים	טוב
13	עובדת סוציאלית	35	נקבה	נשואה	3		BA	5 שנים	טוב
14	מזכירה רפואית	45	נקבה	רווקה	0	0	BA	25 שנים	טוב
15	שינוע	30	זכר	נשוי	2	2	השכלה תיכונית	5 שנים	טוב
16	אחות, מנהלת חטיבה	60	נקבה	נשואה	3	0	MA	30 שנה	טוב
17	כוח עזר בפנימית וקורונה	30	נקבה	נשואה	2	2	השכלה תיכונית	9 שנים	טוב
18	רופא, מנהל טיפול נמרץ	49	זכר	נשוי	3	2	MD	6 שנים	טוב
19	פיזיותרפיסטית נשימתית	32	נקבה	נשואה	1	1	BA	6 שנים	טוב
20	עובדת סוציאלית	45	נקבה	נשואה	2	2	MA	20 שנה	טוב
21	אח בכיר בטיפול נמרץ	40	זכר	נשוי	2	2	MA	15 שנים	טוב

22	עובדת סוציאלית	45	נקבה	נשואה	3	3	MA	10 שנים	סביר
23	אחות אחראית בטיפול נמרץ	40	נקבה	נשואה	1	1	MA	19 שנים	טוב
24	עובדת סוציאלית	40	נקבה	נשואה	0	0	MA	3.5 שנים	טוב
25	רופא בכיר בטיפול נמרץ, מנהל טיפול נמרץ קורונה	55	זכר	נשוי	0	2	MD	5 שנים	טוב
26	אחות אחראית חדרי ניתוח	55	נקבה	נשואה	0	3	MA	33 שנים	טוב
27	עובדת סוציאלית	60	נקבה	נשואה	0	3	MA	4 שנים	טוב
28	מנהלת תפעול	50	נקבה	גרושה בזוגיות	0	3	BA (באמצע MA)	28 שנים	טוב
29	מזכירה רפואית	46	נקבה	נשואה	3	4	הנדסאית	24 שנים	טוב
30	מזכירה	28	נקבה	נשואה	0	0	BA	6 שנים	טוב
31	עובדת סוציאלית	46	נקבה	נשואה	4	4	MA	12 שנים	טוב
32	אחות ראשית	43	נקבה	נשואה	3	4	BA (באמצע MA)	12 שנים	טוב

* תפיסת מצב בריאותי: המרואיינים נשאלו כיצד הם תופסים את מצבם הבריאותי על מדרג של שלוש רמות: טוב, סביר, לא טוב.

ממצאי החלק האיכותני

בראיונות נשאלו המרואיינים אודות אתגרים מרכזיים להתמודדות בתקופת הקורונה וכן אודות משאבי התמודדות בתקופה זו. בבחינת התכנים שעלו מן הראיונות ניתן לראות כי האתגרים והמשאבים אליהם התייחסו המרואיינים מתכנסים לשלוש

רמות עיקריות: רמה אישית, רמה מקצועית ורמה ארגונית. בתוך הרמות הללו ניתן לזהות נושאים וממדים מרכזיים החוזרים על עצמם.

1. אתגרים מרכזיים להתמודדות בתקופת הקורונה

1.1 אתגרים ברמה האישית

תקופת הקורונה זימנה עבור צוותי בתי החולים אתגרים חדשים ברמה האישית. המרואיינים תיארו שאחד האתגרים המרכזיים היה התמודדות עם חשש ולחץ סביב האפשרות להידבק בקורונה. חשש זה בא לידי ביטוי הן בקרב אלו שעבדו במחלקות הקורונה והן בקרב אלו שעבדו במחלקות אחרות. הלחץ היה גבוה בעיקר בתקופה של התפרצות הנגיף, בה לא היה ברור כיצד הנגיף מועבר. הצוותים נעזרו במיגון, אך עדיין היתה חרדה קיומית שהם יידבקו כתוצאה ממגע עם חולה ואף יגיעו למצב של סכנה בעצמם.

"החרדות, הפחדים, האחריות שיש לנו כלפי הבני המשפחה המורחבת שלנו, ההורים שלנו, ילדים. זה משהו שתמיד עלה. אהה... עד כמה אני מוגן, עד כמה באמת שומרים עלי פה. עלו שאלות מאוד קיומיות,

לפעמים בקרב אנשי הצוות. ככה אני אסיים עכשיו את החיים שלי בזה שעזרתי עכשיו לחולה קורונה ועכשיו מה? אני אמות?" (מרואיינת 12, בת 50, עובדת סוציאלית בתפקיד ניהולי).

"וכשכנסתי בפעם הראשונה ממוגן לקבל את החולה הפסיכיאטרי הראשון שהיה מטופל בקורונה, או שפתחתי את השער למיניבוס שהביא את 12 הנוסעים, אני מודה ומתוודה שהלב שלי דפק על מאתיים. כי לא ידעתי מה זה. מבחינתנו זה מגיע באוויר, אתה מת. זהו... והלכתי ואני זרקתי את הבגדים. היה בהתחלה בהתחלה, אחרי הטיהור והכל, אני זרקתי את הבגדים ו... שאני לא אביא משהו. לגמרי. מה יקרה אם זה ידבק לי במושב של הרכב? מה יקרה אם אני אגיע ואגיד שלום לאחיין שלי? זרקתי את הבגדים. הרגשתי כאילו אני בסרט". (מרואיין 8, בן 50, עובד הנהלת מחלקת ביטחון).

החרדה להידבק בנגיף באה לידי ביטוי גם ברמה המשפחתית כחרדה קיומית להדביק בני משפחה. כך, מרואיינים שהיו להם הורים מבוגרים או בני משפחה בקבוצת סיכון נמנעו מלבוא עמם במגע לאורך התקופה מחשש שיעבירו את הנגיף. גם את בני ביתם הם חששו להדביק וכאמור, דאגו להתקלח ולהחליף בגדים לאחר משמרות על מנת להפחית את הסיכון להדבקה.

"את יודעת יש לי הורים... אבא שלי המערכת החיסונית שלו מאוד נמוכה. באותם ימים גם נאלצנו להתמודד עם סרטן שלו במקביל, מה שעוד יותר הרחיק אותי ממנו כי חלילה שאני לא אסכן אותו. וגם אמא שלי. אז ברור שההורים של כולם, שמרנו על ההורים של כולם... אבל ברגע שאני הולכת כל יום לבית חולים ואני אף פעם לא יודעת מה אני מביאה איתי הביתה, כאילו כמה שנתמגן ונחליף... כמובן שיש לנו מדים וכל מה שאת לא רוצה. עדיין את לא יודעת מה את מביאה איתך הביתה." (מרואיינת 5, בת 43, מרפאה בעיסוק).

עם זאת, מרואיינים דיווחו על הסתגלות ועל ירידה של חרדה זו בעקבות כך שהם נדבקו בקורונה וראו את עצמם כמוגנים, וכן לאחר גל האומיקרון בו רבים נדבקו והמחלה כבר הייתה פחות קשה.

"אני מודה שבגלים הרביעי והחמישי היה הרבה יותר פשוט. הרבה יותר פשוט כי כולם בעלי ניסיון, כי כולם יש להם את הוודאות, רובם כבר החלימו. האומיקרון תפס את כולנו, כולל אותי. כל מי שהצליח להתחמק שנתיים האומיקרון בסוף תפס אותם... כבר לא ממש מפחיד, כבר יש יותר וודאות. בין אם אתה מאמין או לא או מחוסן או לא. אתה מתנהל לצד הקורונה, זה לא נותן לה לער אותך. כמה שזה מציק בסופו של דבר זה חלק מההסתגלות האנושית לכל מצב." (מרואיין 8, בן 50, עובד הנהלת מחלקת ביטחון).

אתגר נוסף ברמה המשפחתית נגע בכך שאנשי הצוותים הרפואיים חשו כי העבודה שלהם בבית החולים גובה מחיר ממשפחתם. המחיר בא לידי ביטוי, כאמור, אצל חלק ניכר מהם בהימנעות מביקורים אצל ההורים ובני משפחה נוספים מהחשש להדבקה. לעתים ההימנעות ממגע עם בני המשפחה יצרה אצל המרואיינים תחושת בדידות.

"אהה היה לי מאד קשה. הבדידות הייתה מאד מאד מאד קשה. אני כבחורה רווקה שחייתי לבד... ואת עוברת חגים לבד ואת עוברת ימי הולדת ודברים שמחים לבד ואת לא יכולה לבוא לראות את ההורים שלך, אז היינו עושים להם קניות ושמים בדלת זה היה מאד קשה. זה היה קשה אתה לא רואה את האחים שלך כי כל אחד בבית שלו מבוצר. עבודה-בית, בית-עבודה, את החברים, אז כרווקה אני יכולה להגיד לך שחוויתי הרבה בדידות." (מרואיינת 14, בת 46, מזכירה רפואית).

המחיר שגבתה העבודה בבית החולים בתקופת הקורונה ממשפחות הצוותים בא לידי ביטוי גם בקרב עובדים שהם הורים לילדים כאשר הילדים היו בבית בבידוד או בסגר והם נדרשו ללכת לעבודה. לחלק מהצוותים היה ברור שהם הולכים לעבודה ובן/בת הזוג יישארו עם הילדים, אך אחרים תיארו קונפליקט בין רצון ללכת לעבודה לבין רצון להישאר עם הילדים בבית. המחיר שגבתה העבודה מבני המשפחה היה קשור גם למשמרות

ארוכות ומתישות, שגרמו לכך שהורים חזרו בשעות מאוחרות ולעתים לא הספיקו לראות את ילדיהם או היו מחוסרי פניות לצרכיהם הרגשיים והלימודיים של ילדיהם. כל זאת במקביל לקונפליקטים בין אם לצאת לעבודה או להישאר בבית עם הילדים.

"זה שאלה. לבוא לעבודה, לא לבוא לעבודה, אם אני באה לעבודה מה המחיר של זה? מה המשמעות של זה? אוקיי. אם יש... עכשיו הבן שלי בבידוד בבית, אז אני צריכה להישאר איתו? או מספיק שבעלי יישאר איתו? אבל הוא נראה רוצה את אמא ו... קצת כאילו בחירות כאלו בלתי אפשריות". (מרואינת 5, בת 43, מרפאה בעיסוק).

"וזה... מביא אותך... בטח שזה מביא אותך לקונפליקטים. כי אתה עכשיו נוסע ל10, ל12 שעות. כאילו אני שבוע שלם לא רואה את הילד בגדול. כי כשאני באה הוא כבר ישן. כשאני יוצאת הוא עדיין ישן... וזה גם אה מכניס מתחים ו... וזה מאוד קשה. ומנגד, אחרי זה יש שבוע שלם שאני איתו כל השבוע וכל הזמן וזה. אבל עדיין יש טלפונים מהעבודה... (מרואינת 19, בת 32, פיזיותרפיסטית נשימתית).

"אבל גם כשהייתי בבית הייתי רוב הזמן בטלפון כי חסר צוות וצריך לארגן צוות כי הגיעו עוד מונשמים אז את מי אני מגייסת ואיך אני מדריכה וכו', אז אני זוכרת שבשוב מתקשרים אלי ושוב צריך לפתור משהו, והיא מושכת אותי ברגל כי היא רוצה לשחק איתי ואני בטלפון ואני מנסה להכין אוכל והיא רוצה לשחק איתי. וזה היה לי מאד קשה. מאד קשה... מה שלי הפריע שפשוט לא הייתי מספיק נוכחת בבית כאילו, אבל לא הייתה איזה התנגשות. לא ראיתי את הבת שלי, את בעלי ראיתי בעבודה. אבל אותה ראיתי פחות". (מרואינת 23, בת 42, אחות אחראית בטיפול נמרץ. על ביתה בת השנתיים).

אתגר נוסף ברמה המשפחתית הוא שלעתים אנשי הצוותים הרפואיים חשו שאינם יכולים לשתף את בני משפחתם בחוויות שלהם ממחלקת הקורונה או מעבודתם בבית החולים. חוסר השיתוף נבע גם מתוך חוסר רצון להציף את בני המשפחה וגם מתוך תחושה שאולי הם לא מסוגלים להבין.

"פחות שיתפתי את הבני משפחה כי את לא יכולה לבוא לבנאדם נורמטיבי ולהתחיל להסביר לו על החיאות ונפטרים וילדים קטנים וסנטרל ליין וזה... זה פחות... זה שיחה פחות נעימה, הם לא כל כך יבינו, ו... אני לא רוצה להכניס גם אותם לטראומה. ולא הייתי מספר להם שלא הרגשתי טוב והייתי במצב שלא טוב, כי הם פשוט, אני לא רציתי להדאיג אותם בוא נגיד". (מרואינת 11, בן 30, רופא מתמחה במחלקת קורונה).

מעבר להתמודדויות ברמה המשפחתית, המרואינים העלו אתגרים רגשיים. כך, אתגר שעלה ברמה הרגשית הוא התמודדות עם תסכול לאור הניגוד בין החוויות הקשות במחלקות הקורונה, המוות, העומס והמיגון, לבין ההתייחסות של הציבור למחלת הקורונה שכללה זלזול בהנחיות, הכחשה של מחלת הקורונה ושמעות על כך שבתי החולים פוגעים בחולי הקורונה.

"אתה תשוש נפש, כאבי רגליים לוקח יום יומיים עד שזה עובר, אתה לא רואה אור יום, אתה לא יודע אפילו איזה עונה בחוץ, כן תקשיבי, חיי חברה נעלמים, הכל נעלם. ואז אתה קולט את האנשים האלה שבחוץ שאפילו שקשה להם לשים מסכה על הפנים כדי למנוע את ההפצה של הנגיף, שאתה 12 שעות עם סרבול וכל הציוד הזה אחרי זה מנסה לרפא את האנשים האלה שלא שמרו על ההנחיות של המיגון אז אתה קולט את האבסורד של העם הזה. כי הם נותנים לך כלים כדי למנוע תחלואה ואתה לא עומד בקריטריונים האלה, לא מקפיד ואז אתה מגיע ואתה אומר כן אני לא התחסנתי כי אני לא מאמין בקורונה. ואז אתה שוכב במחלת קורונה על אקמו ועדיין צועק שזה לא קורונה שזה עין הרע מישהו עשה לך". (מרואינת 21, בן 39, אח בכיר בטיפול נמרץ).

"אני ממש זוכרת איך מישהי כתבה באיזה קבוצת וואטסאפ ש... השירות... כאילו הטיפול במחלקות קורונה הוא פוגע במטופלים. כלומר שכאילו נותנים להם תזונה לקויה ועושים... ואני כאילו "איך אתם מסוגלים לומר? איך אפשר לכתוב דבר כזה? איך אפשר כאילו?!" (מרואינת 19, בת 32, פיזיותרפיסטית נשימתית).

אתגר רגשי נוסף היה בהתמודדות המתמשכת עם תחושות של אי-וודאות ולחץ. כפי שניתן לראות באתגרים האישיים שנמנו, וניתן יהיה לראות באתגרים המקצועיים שיפורטו בהמשך, אי הוודאות הייתה מכנה משותף של רבים מהאתגרים בתקופת הקורונה. הצוותים חוו אי-וודאות בטיפול במחלת הקורונה, אי-וודאות מהגנה בהדבקה ואי וודאות בנוגע להתנהלות מול הבית והמשפחה. בנוסף, הייתה אי וודאות מבחינת סידורי עבודה עקב חוסר כוח אדם כתוצאה מעובדים חולים או מבודדים.

"מאז הקורונה אנחנו חיות מיום ליום. אין דבר כזה סידור קדימה. אי אפשר! כל שניה וחצי מישהי בסגר, מישהי בבידוד, מישהי בזה מישהי בזה. כל שניה וחצי יש משהו. כל שניה וחצי הכל משתנה. גם נורא חוסר ודאות גם מול המטופלים! את יודעת אני לא יכולה להבטיח להם כלום. את לא יכולה להגיד להם "טוב אז מחר", את לא יודעת מה יהיה מחר." (מרואינת 5, בת 43, מרפאה בעיסוק).

1.2 אתגרים ברמה המקצועית

ברמה המקצועית נדרשו עובדי בתי החולים להתמודד עם אתגרים קיימים, כמו עומס עבודה או אלימות של בני משפחה, בעצימות גבוהה יותר, וכן עם אתגרים חדשים, כמו שינויים בסדרי העבודה, תקשורת מרחוק עם מטופלים ובני משפחותיהם, התמודדות עם מיגון ועוד. מרואינים רבים שיתפו בקושי עם עומס העבודה, בעיקר במחלקת הקורונה אך גם במחלקות אחרות. העומס נבע פעמים רבות מחוסר בכוח אדם וממספר גבוה של מטופלים ביחס לכל מטפל, מחסור שהחריף אף יותר כאשר אנשי צוות היו מבודדים או חולים בעצמם ונאלצו להעדר. כתוצאה מכך, הצוותים התמודדו עם ריבוי של משימות ואינטנסיביות רבה, במיוחד בתקופות של שיאי הגלים. עלתה תחושה שלמרות עבודה ללא הפסקה לא ניתן להספיק הכל. גם עובדי מינהל, משק והנהלה דיווחו על עומס משימות גבוה, אינטנסיביות רבה ושעות עבודה רבות מהרגיל.

"השעות עבודה היו יותר עמוסות, מספר החולים היה הרבה יותר גדול. עד אז היחידה שלנו טיפלה בשמונה חולי טיפול נמרץ ובקורונה הגענו למעל 20 מונשמים בטיפול נמרץ." (מרואיין 18, בן 49, רופא ומנהל טיפול נמרץ).

"את לא מספיקה בעצם את לא מספיקה, חולה מגיע, חולה משתחרר, חולה נפטר את רק עוטפת גופה ואין לך אפילו, לא הספקת לשנע אותה את פשוט מזיזה אותה הצידה ושמה מטופל חדש שמה, אז לפעמים הוא רואה את הגופה הזאת, מכסים, זה כמו איזה פס ייצור אבל בשיא הגלים היה איזה שהוא, לא הספקנו אפילו להזמין שינוע לנפטרים או שהוא לא היה מספיק להגיע בשביל לפנות והקבלות פשוט זרמו." (מרואיין 21, בן 39, אח בכיר בטיפול נמרץ).

"...אז התפקיד שלי מלנהל צוות של 18 אנשי צוות ו 8 מיטות אשפוז ועכשיו אני ניהלתי צוות של 60 אנשי צוות והגענו בשיא הגענו ל 22 מונשמים, בחניון תת קרקעי זה היה מאתגר מאד, אבל איכשהו שהייתי בתוך זה כנראה לא היה לי זמן לחשוב, עכשיו כעבור שנה אני נזכרת בהמון דברים אבל אז לא פשוט לא עצרתי לשנייה... אני עשרים שנה בטיפול נמרץ בחיים לא קיבלנו כל כך הרבה חולים בבת אחת שהיזדרו כל כך מהר." (מרואינת 23, בת 42, אחות אחראית בטיפול נמרץ פנימי)

" כאילו היינו באים בבוקר, לא היינו יודעים מתי הולכים הביתה וגם לא היינו יודעים מה עוד יבקשו מאיתנו. וזה במקביל לעבודה השוטפת. זה לא שעצרנו את העבודה השוטפת, לא עשינו כלום ו... רק קורונה. אבל הקורונה גבתה פה שעות מרובות. " (מרואיינת 28, בת 51, מנהלת תפעול).

עקב המחסור בכוח אדם, ההגבלות בכניסה למחלקת הקורונה והמשימות שסבבו סביב מחלת הקורונה, היו גם שינויים בדרישות העבודה של עובדי בתי החולים ובתפקידים שביצעו. כך, מרואיינים סיפרו כי בתקופת הקורונה הם נדרשו לבצע משימות שאינן כלולות בתפקידים בימי השגרה. כך לדוגמא, מנהלי מחלקות ואחיות אחראיות נדרשו לטפל באופן ישיר בחולים בנוסף לעבודת הניהול, עובדות סוציאליות נדרשו לטפל בשחרורים ובטפסים בנוסף למענה הרגשי לחולים וגם בעלי מקצועות נוספים התמודדו עם דרישות עבודה נוספות.

" נאלצתי להיות כמו אחות מן השורה פלוס לנהל את המחלקה. שזה דבר לא פשוט... מצאתי את עצמי. ממש, כמו כוח עזר עושה רחצות למטופלים... ולעשות פיזיותרפיה. ולדאוג לנושא הדיאטני. להתאים להם את המוצרי מזון. את הכלכלה. להיות טכנאית הנשמה. להביא להם את כל מה שהם צריכים. לרכו להם טיפול ממש, את כל הטיפול, סביב לשעון, ולעשות ביקור עם הרופאים. זה לא פשוט. ולהזמין ציוד, ולהזמין תרופות... " (מרואיינת 26, בת 53, אחות אחראית חדרי ניתוח).

" הרבה... גם הרבה דברים טכניים, מאוד טופסולוגיים נוספו לעבודה שלנו. אממ... כי זה ממש היה עיסוק גם ב... בסידור של אה... של אה חמצן של הזמנת אמבולנס של סידור השמה במלונית, אה... ממש, השמה בחמ"ל עירייה. זאת אומרת המון המון דברים שהם ככה טכניים שאתה צריך להתעסק איתם. אני חושבת שזה פשוט נוסף על כל הפן הרגשי " (מרואיינת 20, בת 45, עובדת סוציאלית).

שעות העבודה שהתארכו לצד העומס במספר המטופלים ובמורכבות הנגשת הטיפול, הובילו לתשישות פיזית בקרב הצוותים. אנשי צוות סיפרו על עייפות מרובה, לצד קושי פיזי בתפקוד לאורך זמן בתוך מיגון. הצורך להתמגן לפני הכניסה למחלקת הקורונה, להסיר את המיגון ביציאה ולהתמגן מחדש בכל כניסה ארך זמן רב ויצר סרבול, כך שפעמים רבות צוותים נותרו בתוך מחלקות הקורונה שעות רבות מבלי לצאת לשירותים או לשתות. אתגר זה היה נוכח יותר בקרב צוותים שעבדו במחלקות קורונה, כיוון שצוותים רפואיים שלא עבדו במחלקה זו נדרשו למיגון מסורבל פחות.

"כמובן היו גם קשיים של מיגון שאתה שעות על גבי שעות עם סרבול ואתה מרגיש מיושב ואתה לא יכול ללכת לשירותים ולשתות ואתה יודע שאתה לבד שמה כי האיש צוות שאתה החלפת אותו יצא ואתה גם רוצה לתת לו זמן קצת גם להטעין מצברים. אז אתה במצוקה. וכולנו ירדנו במשקל בתקופה הזאת, כולנו חווינו התייבשויות פה ושם, כאבי שרירים, כאבי ראש מטורפים, הראייה שלנו השתבשה כי דרך המגן פנים עם מלא האדים הזה, את מסתכלת במסך של המחשב את לא קולטת מה את רואה בעצם. והכאבי עיניים, כאב ראש, מה לא. ופעמי לחץ על הפנים, על האוזניים, על קרקפת, מה לא. " (מרואיין 21, בן 39, אח בכיר בטיפול נמרץ).

בנוסף, היו התמודדויות רבות שנגעו לכאוס שאפיין את התקופה. בשל הצרכים של מחלקות הקורונה, או ניסיונות ליצור קפסולות, המשמרות אליהן הצוותים הרפואיים היו רגילים השתנו שוב ושוב והם היו צריכים להתרגל למשמרות חדשות. כך למשל, כאשר ניסו ליצור קפסולות חלק מאנשי הצוות הרפואי מצאו את עצמם שבוע שלם בבית בלי ללכת לעבודה, ושבוע לאחר מכן שעות ארוכות בעבודה כמעט מבלי להיות בבית. כמו כן, עקב חולי ובידודים של אנשי צוות לא ניתן היה לתכנן ולקבוע סידורי עבודה מראש. מנהלים נדרשו ברגע האחרון למצוא מחליפים עבור אנשי צוות, ולעתים גם המחליפים לא יכלו להגיע עקב הודעה פתאומית על בידוד והייתה תחושת חוסר וודאות.

"בהתחלה כל הבית חולים עבר לקפסולות, והתחלקנו ל... כל מחלקה התחלקה ל3 קפסולות ועבדנו 12-12 לפי הקפסולות. כאילו עבדנו רק עם הקפסולות. עכשיו אה... הייתי צריכה להיצמד לקפסולה שלי. אז אם הקפסולה שלי עושה 12 שעות לילה אז אני איתם ב12 שעות לילה. אם הקפסולה שלי עושה חג, פסח, או יום העצמאות, או כל מה שנפל בדרך, אז אני גם עושה את זה. כאילו לא... לא היה לי את ה... אה... so called פרוויילגיה לעבוד רק בבקרים." (מרואיינת 2, בת 56, אחות טיפול נמרץ).

"בגל האחרון היו המון אנשי צוות חולים. המון אנשי צוות, זה היה ממש גל של אנשי צוות שחלו. הבית חולים כמעט התרוקן היו נקודות שיא ששליש מהאחיות היו בבידודי בית ובמחלה. וכל בוקר הייתי מגיעה, סידור עבודה התמוטט ואני זוכרת שזה היה אחד הדברים שגרם לי מצוקה הכי הכי קשה. זה מצחיק אולי אבל לאורך כל התקופה. הצורך הזה לתת מענה למטופלים, הצורך הזה לתת מענה גם לצוותים האחרים שעובדים. רשום לך בסידור חמש אחיות, מגיעות לך שתיים מה את עושה עכשיו? איך את עושה את הג'אגלינג הזה, מביאה מפה, מביאה משם, נכנסת את ולוקחת אחריות על חולים, זה בעיניי היה מטורף הקטע הזה." (מרואיינת 16, בת 59, אחות מנהלת חטיבה).

ההתמודדות עם העומס, התשישות והשינויים בסדר העבודה נגעו לכל עובדי בתי החולים. לעומת זאת, היו אתגרים ייחודיים למחלקות הקורונה. כך, אתגר מקצועי במחלקות הקורונה היה בעבודה מול הצוותים. פעמים רבות מחלקות קורונה היו מורכבות מצוותים שלא עבדו קודם לכן ביחד, וכל אחד הגיע ממחלקה/מרפאה אחרת. בתקופת הקורונה, הצוותים נדרשו ללמוד לעבוד ביחד באופן מיידי במצב שבו הם לא מכירים אחד את השני ואף לא רואים אחד את השני בגלל המיגון. כמו כן, אנשי צוות רבים הגיעו ממחלקות שהעבודה בהן שונה מאוד מהעבודה שאפיינה את תקופת הקורונה, ואינן מחלקות טיפול נמרץ או מחלקות פנימיות. הם נדרשו ללמוד את העבודה תוך כדי תנועה ולהסתגל לסוג של חולים ומשימות שלא הכירו קודם לכן. לצד זאת, אנשי הצוות המנוסים נדרשו להכיל, להכשיר וללמוד כיצד לעבוד עם צוות פחות מנוסה. אתגר זה נגע בעיקר לרופאים, לאחיות ולעובדות הסוציאליות, ולעתים גם לעובדי מקצועות הבריאות.

"צוותים שלא הכרנו אחד את השני פשוט אספו אותנו ביחד ואנחנו לא מכירים, אני בכלל מגיעה מאונקולוגיה. ולקח לנו זמן ללמוד אחד את השני ולהבין בסוף כתבנו על החלוקים את השמות והתפקיד, אנו צריכים לדעת מי זה ומי זה." (מרואיינת 22, בת 44, עובדת סוציאלית).

"נאלצנו גם לקבל צוותים משאר, לא רק הצוות שלנו עבד, גם צוותים ממקומות אחרים אז היינו צריכים לחבר אלינו צוותים אחרים, גם של רופאים, גם של אחיות... מתוך בית החולים. אבל צוותים שאנחנו לא מכירים זה היה מאד מאתגר." (מרואיין 18, בן 49, רופא ומנהל טיפול נמרץ).

מעבר לאתגר בעבודה מול צוותים חדשים, העבודה מול המטופלים במחלקות הקורונה ומשפחותיהם היוותה אתגר מקצועי נוסף. כך, התקשורת עם החולים ובני משפחתם הייתה מאתגרת עבור הצוותים הרפואיים. עקב המיגון שנדרש בעבודה במחלקת הקורונה פניהם של אנשי הצוות הרפואי היו מכוסות והמטופלים לא יכלו לראות אותן. כך שהיה חסר השימוש בהבעות פנים וביכולת של המטופלים לזהות מי הדמות המטפלת בהם. אחד האחים תיאר חוויה של אבדן זהות בעקבות כך, וקושי ביצירת אמון עם המטופלים שלא מכירים את החזות של האדם המטפל בהם. לחלק מן המטופלים היה חסר גם המגע עם המטופלים, עקב הדרישה לריחוק פיזי. אתגר זה בא לידי ביטוי גם מחוץ למחלקת הקורונה, בקושי עם המסיכה שמסתירה את הפנים, או בצורך לתקשר עם מטופלים טלפונית ולא פנים מול פנים.

"איבדנו קצת את הזהות שלנו... המטופלים ככה בעצם גם כשהצגנו את עצמנו וגם כשעבדתי עם מטופל שלושים יום, הוא מכיר את הקול שלי, הוא כבר קולט פחות או יותר את השם אבל אני יודע שהוא לא

יודע מי אני, החזות שלי חסרה. הייתה איזה בעיה סוג של תקשורת, כי אין מה לעשות החזות גם נותנת אמון כלשהו כשאתה רואה את הבן אדם." (מרואיין 21, בן 39, אח בכיר בטיפול נמרץ).

"משהו שלי היה באופן אישי מאוד מאוד חסר זה המגע. המגע עם החולה. אני בנאדם שנוגע. להניח את היד על הכתף, על הברך, לתת את התמיכה כאילו גם מבחינה... ויזואלית, לאו דווקא... זה משהו שהיה לי מאוד מאוד קשה. היה לי מאוד מאוד קשה שאני לא נראית בעיני המטופל. זאת אומרת הוא לא רואה את הפנים שלי יותר מידי. הוא לא רואה את ההבעות שלי אם אני מחייכת או לא." (מרואינת 12, בת 50, עובדת סוציאלית בתפקיד ניהולי).

האתגר מול המשפחות נבע מרמות החרדה הגבוהות של בני המשפחה למול הקורונה. מעבר לכך שהצוותים היו צריכים ללמוד כיצד לתקשר עבור המשפחות את מצבם של יקיריהם באופן שהם יוכלו לקבל למרות החרדה, לעיתים הם נאלצו להתמודד אף עם תגובות אלימות. הרופאים, האחיות והעובדות הסוציאליות שעבדו מול המשפחות דיווחו על ריבוי במקרי אלימות של בני משפחה בתוך המחלקות. באלימות הם נדרשו לטפל כאשר הם בעצמם עייפים ומותשים ועל חשבון משימות אחרות, לעתים משימות מצילות חיים.

"בקורונה עצמה רמות החרדה של המשפחות והמטופלים הם בדציבלים אחרים. רמות הרבה יותר גבוהות ממה שהכרנו אי פעם. גם התמודדות עם אלימות של משפחות אה הייתה ברמה הרבה יותר גבוהה. אם בעבר נגיד, או בימים רגילים במחלקה פנימית, יכול להיות שיש משפחה או שתיים על גבול האלימות אפשר לדבר איתם אפשר לתת להם את ה... למנוע את החרדה הזאת מלהתפתח עד כדי אלימות, אז בקורונה היו לי 3 משפחות כאלה בכל משמרת. אה שזה אומר שהרבה פעמים אדם שהוא משתולל עכשיו כי הוא כועס על משהו יכול לנטרל אותי מלעשות החייאה והנשמה ו... למטופל אחר." (מרואינת 32, בת 43, אחות ראשית פנימית וקורונה).

עם זאת, החשיבות בכך שהמשפחות תבקרנה את החולים הייתה ברורה עבור הצוות הרפואי. בתחילת התקופה, לפני שאפשרו למשפחות להגיע, החולים היו בודדים והצוותים ראו שיש לך השפעה רגשית עליהם מבחינת המוטיבציה והיכולת שלהם ובנוסף הם ראו את הצרכים של המשפחות עצמן בקשר עם יקיריהם שמאושפזים. היו ניסיונות לאפשר תקשורת עם המשפחה באמצעות שיחות וידאו, אך בהמשך נעשו מאמצים רבים בקביעת נהלים ובמיגון של בני משפחה על מנת לאפשר להם את הביקורים האלה.

"אתה רואה אנשים ברגעים הכי קשים והם מאוד מאוד לבד. מאוד מאוד בודדים. אז בקורונה זה קצת מועצם, בגלל שבאמת אין את הסביבה. נגיד בפנימיות, כאילו עבדתי גם בפנימית ושמה זה מאוד מורגש הפער בין מטופל שיש לו משפחה לידו ומטופל באותו מצב רפואי שהוא בלי המשפחה. אז אתה ממש רואה את הפער גם בגיוס שלו, גם ביכולות שלו. ובקורונה זה כאילו כולם בצד הזה של בלי המשפחה." (מרואינת 19, בת 32, פיזיותרפיסטית נשימתית).

"אני חושבת שבעיקר הלאות את הבדידות הזאתי של המטופלים ואת החוסר אוניס. והתמודדות מול המשפחות, שרוצים מאד לראות את הקרוב משפחה שלהם וכאילו שמו אותנו קצת בחזית להגיד לא. אני חושבת שזה היה אחד הדברים הקשים שגם היינו צריכים מין לעשות תעדוף, ולאשר לחלק להיכנס ולחלק לא להיכנס ואפשר רק מבקר אחד ולא כאילו ומי מהבני משפחה יבוא להיפרד מאמא שלו, זה האתגרים שהיו הכי, נראה לי הכי קשים." (מרואינת 24, בת 38, עובדת סוציאלית).

אתגר מקצועי נוסף שעלה מדברי הרופאים, האחים והאחיות במחלקות הקורונה, היה להצליח להחזיק את המטופלים בחיים. אתגר זה נבע מאופייה הנשימתי של המחלה ומהתדרדרות הפתאומית של מטופלים. הניסיון להציל את חיי המטופלים נעשה תוך תחושת אחריות מצד הצוות המטפל, ובמצב בו המשאבים

העומדים לרשותם מוגבלים, אין עדיין טיפול תרופתי ספציפי ויש מצבי חירום מורכבים בהם לא נתקלו קודם לכן.

"היו תקופות שלא היה פשוט אקמו בכל הארץ. ואז לא היו צוותים. אולי היו מכשירים, לא היו צוותים. ואתה חסר אוניס. אם זה המוצא האחרון לחולים האלה, שאם אתה לא מחבר אותו לאקמו הוא הולך לעולמו. ואם אין אקמו מה אנחנו אומרים למשפחות? זה חלק לא פשוט ולא קטן, במיוחד בחולים שאתה מציג להם שאתה צריך להעביר אותם לאקמו, אבל אין אקמו בארץ. ואז אה מתחילים טלפונים לכל הצוותים. שזה... זה דברים לא פשוטים." (מרואיין 9, בן 57, רופא, מנהל מחלקה פנימית וקורונה).

ההתמודדות עם מוות של מטופלים הקשתה על הצוותים הרפואיים שבאו במגע עם החולים במחלקות הקורונה. הרופאים והאחיות תיארו תחושת חוסר וודאות בטיפול בחולי קורונה, בעיקר בשלבים ההתחלתיים, בהם עדיין לא היה מספיק מידע על המחלה, אך גם בהמשך. מצבם של החולים התדרדר במהירות והייתה התמודדות עם מוות ברמה שלא היו רגילים אליה קודם לכן. המרואיינים תיארו תחושת חוסר אוניס אל מול מקרי המוות הרבים שלעתים היו לא צפויים מבחינתם, ותסכול ועצב במצבים בהם לא הצליחו להציל חולה. בנוסף, עלה קושי ספציפי אל מול מוות של חולים צעירים שנכנסו בריאים וחזקים למחלקת קורונה, התדרדרו במהירות ולא הצליחו להציל אותם.

"עכשיו מה שקורה, אתה מתחיל עם אדם שחוץ מהבעיה הנשימתית כל מערכות הגוף שלו עובדות. מתפקדות בסדר. ואתה רואה אותו כזה לאט לאט הולך ומתדרדר. ממש כזה הולך מדחי לדחי. ואתה יודע איך זה ייגמר. וזה עצוב. זה פשוט עצוב. כי התחלת עם מישהו שדיברת איתו ו... אנשים באמת במצב גופני טוב... ובסוף, ברוב המקרים האלו, פשוט מת. אז כל מקרה כזה הוא מקרה קשה שבאמת ה... קשה לראות את זה. עצוב. וכמובן שה... כן? הבני המשפחה שם שככה מקווים שיהיה בסדר ורואים שיש אה שיפור ומתחילה כבר איזשהו אופטימיות שאולי זה יהיה בסדר ובסוף זה נגמר לא טוב. אז זה בהחלט היה... זה היה לא קל. פשוט... עצוב. במידה מסוימת מתסכל." (מרואיין 25, בן 56, רופא בכיר בטיפול נמרץ, מנהל טיפול נמרץ קורונה. ביחס לטיפול באומיקרון).

"כשבן אדם נפטר לבד ואי אפשר להתקרב ומשפחה, אין לה את הפרידה האחרונה ולדעת שהוא... שהוא היה בסדר וזה קורונה, כאילו שאנחנו יצאנו מזה והוא לא, זה... זה נורא קשה. נורא קשה... יש אנשים שהיו מלא זמן. כאילו תקופה ארוכה. ואת מתחברת, כי את נשארית, ואת מדברת, כדי לעודד, כי אין משפחה. ואז את נקשרת, אין מה לעשות. נקשרים. וזה קשה. נורא קשה. ממש. את גם מבינה, נגיד בפנימית זה יותר אה אנשים אה מבוגרים, שהגיל עושה את שלו. בקורונה זה לא היה ככה. היו אנשים צעירים שאת... זה לא הזמן את אומרת. והיה ממש קשה לראות את זה. ממש." (מרואיינת 17, בת 31, כוח עזר בפנימית ובקורונה).

1.3 אתגרים ברמה הארגונית

כאמור, בתחילת תקופת הקורונה בתי החולים היו צריכים להתמודד באופן מיידי עם התפרצות הנגיף מה שהוביל לשינויים בנהלים שהשתנו באופן תדיר ולא תמיד התאימו למצב בשטח ולצרכים שעלו. הטמעה של הנחיות חדשות, הסתגלות אליהן, ושינויים תכופים בהן היוו אתגר ברמה הארגונית.

"יש לי ספר נהלים שלם שכתבתי, כל יום השתנו, היום הספר כבר רק מוזיאון... כשיוצא נוהל ראשון צריך להטמיע אותו, עובר חודש צריך לשנות אותו וכל דבר כזה תחשבי, כתבת את הנוהל, אתה צריך להתאים אותו, אתה צריך להעביר אותו לכל כך הרבה צוותים. זה לוקח זמן הדברים האלה. אני חושבת שעד שאתה מגיע לאחרון האנשים אתה כבר צריך לשנות אותו אז אתה מוכרח לשנות סוויצ' בחשיבה ולהבין שאולי בסוף זה גם לא יגיע לכל האנשים ואתה צריך לדאוג שהרוב ידעו לעשות את זה ואתה צריך להבין שאתה צריך לשנות איזה דפוס חשיבה בעניין הניהולי של הסיפור הזה. זהו." (מרואיינת 16, בת 59, אחות, מנהלת חטיבה).

אתגר נוסף ברמה הארגונית הוא התמודדות עם התנהלות הנהלת בית החולים. עלתה ביקורת בקרב הצוותים על הניתוק של הנהלת בית החולים מהשטח וכן טענה שאנשי ההנהלה קובעים נהלים מהמשרדים שלהם וחסרה הגעה שלהם למחלקות הקורונה ולמידה מתוך השטח. הביקורת כלפי ההנהלה באה לידי ביטוי גם בטענה על חוסר פתיחות וחוסר הקשבה ללקחים שהפיקו אנשי הצוות הרפואי ביחס להתנהלות במחלקות הקורונה ולהתכוננות לגלים הבאים. באופן כללי, עלה צורך גדול בהקשבה מצד הנהלת הארגונים לצרכים של עובדיהם, הן מבחינת נהלים מקצועיים והן מבחינת תמיכה בצוות.

"כל העצות שנתתי לא התקבלו. אנחנו, אני בן אדם מאד פרקטי וכשאתה בגל הראשון אתה קולט מה עובד ומה לא עובד אתה נותן עצות איך לעבוד את כח האדם, איך לגייס עוד אנשים איך לעלות מוכנות לגל הבא כי כולם ידעו שיש גל הבא, אתה לומד יש הפקת לקחים. אבל אין מה לעשות המערכת עובדת בישראל ברמה של כיבוי שרפות לא מניעת שריפות וזה בעצם מה שעושה את כל ההבדל. לא משנה מה תגידי או מה תעשי ההמלצות שלך תמיד יישארו כתובות איפשהו ומישהו יגיד אה המליצו על זה ואז מישהו אחר יגיד כן אבל אי אפשר לעשות את זה ואז אנחנו במעגל סגור כזה." (מרואיין 21, בן 39, אח בכיר בטיפול נמרץ).

"להגיע לשטח, לראות את העבודה בעיניים ולשמע ולחקש להם. כי זה היה חסר בהתחלה. הם היו כאילו יושבים במשרדים נותנים הוראות ותפעלו. באמת ללוות את הצוותים מקרוב, להיות קשובים להם, זה שכל שאר בתי החולים ושאר צוותים בבית החולים בגל רביעי חמישי קיבלו חופשים רגיל וצוות מחלקת קורונה אסור לצאת חופש זה לא נורמלי... זה שהם צריכים לעבוד 12 שעות במשמרת ולא 7 כמו כולם כי חסר להם צוות, זה גם לא נורמלי, כאילו לא פייר. היו צוותים שקרסו והיו צוותים שהיה קשה להם בגלל הנוקשות וחוסר צוות, כאילו מחסור בצוותים." (מרואינת 22, בת 44, עובדת סוציאלית).

כמו כן, עלתה תחושה של חוסר הערכה מצד ההנהלה. לעתים ציפו העובדים והמנהלים במחלקות הקורונה לשמוע מילות הערכה מהנהלת בית החולים והתאכזבו כאשר אלו לא נשמעו. יחד עם זאת, הם הרגישו שכאשר הייתה ביקורת כלפיהם היא כן נאמרה. תחושת חוסר ההערכה לא נגעה רק להנהלת בית החולים אלא גם למשרד הבריאות ולמדינה, כאשר ניתנו הטבות כלכליות לעובדים (במקצוע הסיעוד) ולאחר מכן הטבות אלו נלקחו.

"לאורך כל התקופה הזאת לא שמעתי, בטח לא בצורה רשמית. רשמית, אפילו לא רשמית, אפילו סתם אני יודע מה, כן, מנהל בית החולים או מישהו מהסגנים ב... במסדרון, או באים לבקר במחלקה. אה שום מילה טובה. שום מילה של הערכה. כלום." (מרואיין 25, בן 56, רופא בכיר בטיפול נמרץ ומנהל טיפול נמרץ קורונה).

"ויצא מצב שאתה מבין שהמדינה זורקת אותך לכלבים כי לא מכירים בך בכלום. מס הכנסה אכל אותנו כמו גדולים על התוספות קורונה שקיבלנו, המדינה לקחה אותן. הייתה תקופה מאד כפוית טובה מצד המדינה ולא משהו המדינה לא פעלה נכון, משרד הבריאות לא פעל נכון, בעצם נזרקו לכלבים קצת." (מרואיין 21, בן 39, אח בכיר בטיפול נמרץ).

ביחס לתמיכה בצוות, מרואינים תיארו כי בתי החולים כן פתחו בפני הצוותים הרפואיים את האפשרות להיעזר בתמיכה אישית של אנשי מקצוע לעיבוד ואוורור החוויות והלחצים שהם חוו. עם זאת, רבים לא נעזרו באפשרות התמיכה הזאת עקב התנגדות לכת לטיפול או עומס ולחץ שלא אפשרו פניות לכך. הם חשו כי יש צורך ביותר עידוד של ההנהלה לפנייה לטיפול וכן בהפיכת הטיפולים התמיכתיים לנגישים יותר עבורם.

"היו מקורות תמיכה שהרגשתי שצריך יותר, ושכל מיני מחסומים גרמו לזה שלא יהיה מספיק. הרגשתי שצריך עזרה פסיכולוגית ובאמת הצמידו פסיכולוגית למחלקות הקורונה, זה היה לי מאוד משמעותי. אה... הרגשתי שיש חסמים בצוות לפנות לעזרה של פסיכולוגית וזה דבר שצריך להקדיש לו זמן ומאמץ ולא

תמיד יש אותם. הרגשתי שהצוות אה עובר התמודדויות בכמויות ש... לא רק שלא ניתן להכיל, גם אין מספיק זמן לדבר על זה." (מרואיינת 32, בת 43, אחות ראשית פנימית וקורונה).

"הייתם מחייבים את כל הרופאים שהיו עובדים במחלקת קורונה, מחייבים. לא... לא בעיקר מחייבים, אלא מציעים יותר ברצינות את העניין של ההתייעצות הפסיכולוגית, הפסיכיאטרית. זה לא פשוט לבוא למתמחה להגיד לו – הממ החלטה, ההנהלה תומכת בזה שיהיה לך טיפול או יהיה לך פגישה עם פסיכולוג, אתה יכול ללכת מתי שאתה רוצה. הם פשוט יכולים להביא את הפסיכולוג למחלקה. הם יכולים להשאיר אותו עם הצוות "שלום, יש לנו פגישה היום בשעה 7 עם הפסיכולוג הוא בא אלינו לישיבה בבוקר לפני הצגת... לפני הישיבה, הוא יישב איתנו". זהו." (מרואיין 11, בן 30, רופא מתמחה במחלקת קורונה).

נראה כי המרואיינים יצרו פיצול בין המנהלים הישירים שלהם, אותם הם חוו כתומכים, קשובים ומחוברים, כפי שיפורט בהמשך, ובין מנהלי בית החולים. ניכר כי לא הייתה הבנה מלאה שהפעילות של המנהלים הישירים קשורה להנהלת בית החולים וכי הם מהווים שלוחה שלה.

2. משאבים מרכזיים להתמודדות בתקופת הקורונה

מהראיונות עולה כי משאבי המרואיינים היו בעיקר ברמה האישית (משאבים פנימיים וחיצוניים), ברמה המקצועית וברמה הארגונית.

2.1 משאבים ברמה האישית

לצד האתגרים והקשיים הלא פשוטים שהציבה תקופת הקורונה בפני עובדי בתי החולים, המרואיינים שיתפו גם במשאבים שעזרו להם לצלוח את התקופה. את המשאבים האישיים ניתן לחלק למשאבים פנימיים ומשאבים חיצוניים.

2.1.1 משאבים פנימיים

המרואיינים סיפרו שהם הרגישו כי העובדה שהם עובדי בית חולים בתקופת קורונה העניקה לעבודתם ממד היסטורי. הם חשו שהם חלק מאירוע היסטורי עולמי וכן תחושת שליחות, שזה המקום שהם צריכים להיות בו וזה מה שהם צריכים לעשות. אפילו תוארה תחושת שמחה מכך שניתנה להם הזכות לעזור. תחושת השליחות באה לידי ביטוי בחלק מהראיונות בשימוש במונחים צבאיים כמו שליחת חיילים לקרב, מלחמה, מילואים, גיוס ועוד.

"את נקראת לדגל ואת הולכת" (מרואיין 21, בן 39, אח בכיר בטיפול נמרץ), "בעלי בשנים קודמות היה בכל מיני מלחמות בצבא אז אמרתי לו שעכשיו זה הזמן שלי, מילואים שלי" (מרואיינת 29, בת 46, מזכירה רפואית).

"זה היה הייתי אומר ככה בתור רופא להיות חלק מאיזה שהיא היסטוריה שנעשית בעולם מבחינת הרפואה, היום זה כבר נראה כזה מצחיק מה שאני אומר כי כבר כולם מטפלים זה מסביב אנשים נדבקים, לא אכפת להם, מסיבות הדבקה. אבל אז זה היה להרגיש חלק מההיסטוריה" (מרואיין 18, בן 49, רופא מנהל טיפול נמרץ).

"מצד אחד היה גם חששות, אבל היה מאוד משמעותי בעיני שמי שהיא אחות פנימאית, והיא יודעת מה זה חולה מונשם, ומה זה מחלה נשימתית דוהרת, אה... למרות שאף אחד מאיתנו לא ידע מה זה בדיוק הקורונה, אבל היה לי ברור שאף אחד לא יודע יותר טוב מאיתנו ושזה המקום שלנו לפעול שם. אז הרגשתי שזה המקום שלנו to step in ולעזור... אז בסך הכל אני מרגישה שזה זכות להיות במקום מאוד מאוד משמעותי בתקופה הזו. גם מבחינה אישית, גם מבחינת אה... מבחינה לאומית, וגם מבחינה אנושית." (מרואיינת 32, בת 43, אחות ראשית פנימית וקורונה).

עובדי בתי החולים היו חדורי מטרה והייתה תחושת סיפוק ביחס לעבודה שהם מצליחים לעשות באופן כללי, ביחס לעבודה עם המשפחות וביחס להצלת מטופלים ממוות. תחושת הסיפוק מהצלת המטופלים תוארה על ידי אחד המרואיינים כהנעה העיקרית בתקופה הקשה הזאת.

"אז הסיפוק היה מאד גדול, אנחנו הוצאנו המון אנשים שכבר היו עם רגל אחת בקבר, היו המון מקרים של יולדות שעברו ניתוחים קיסריים דחופים, והחייאות ואקמו, והכל אצלנו... והצוות הסייעודי עובד קשה כולם מזיעים ביחד, ובאה יולדת אחרי זה, באה להגיד תודה אחרי ככה חודש של עבודה מאד קשה איתה. היה המון סיפוק מצד אחד, תקשיבי הוצאנו אנשים ממוות בטוח אם הם לא היו מגיעים אלינו... והסיפוק הוא גדול מאד, הסיפוק זה בעצם מה שהניע אותנו כי בלי זה העבודה שמה היא די דיכאונית" (מרואיין 21, בן 39, אח בכיר בטיפול נמרץ).

"הייתי הגורם העיקרי להישרדות של המטופלת והעובר שלה וזה דבר שנתן לי את הפוש להמשיך... היה גם כמה מקרים של חולים שבהתעקשות בירוקרטית, התעקשות בירוקרטית, הצלחתי להציל את החיים שלהם. וזה מה שנתן לי את הסיפוק. אחרת זה... זה הדבר היחידי שנתן לי את הסיפוק. גם לא בקורונה, גם בפנימית. ברפואה בכללי. זה מה שנתן לי את הסיפוק להמשיך את העבודה שלי כי כל פעם שהייתי שם את הראש על המיטה והייתי יודע שיש מטופל שהיה אמור למות וניצל בזכות שלי, זה מה שנתן לי את הסיפוק." (מרואיין 11, בן 30, רופא מתמחה מחלקת קורונה).

" כל פעולה שעשינו בקורונה גרמה לי לסיפוק. שהצלחנו. כאילו מבחינתי ב... אופיי זה היה אתגר. אני לא הסתכלתי על זה כעל מטלה, כעול... זה היה קשה זה היה אינטנסיבי, זה היה להיות פה הרבה שעות, זה היה... להיות זמין כל הזמן. אבל זה אתגר, כי עובדה שהצלחנו לתת פה שירות טוב לחולים... עזרנו לצוותים הרפואיים. זה לא בטל בשישים דבר כזה." (מרואיין 28, בת 51, מנהלת תפעול).

כמו כן, בקרב הצוותים עלתה תחושת גאווה על העבודה שהם מצליחים לעשות עם המטופלים. כל אלו, לצד תחושת המשמעות שהם חשו בעבודתם, היוו עבורם משאבים פנימיים משמעותיים שסייעו להם להתמודד ולהתגבר על אתגרי התקופה.

"אני גאה בזה ואני אוהבת את זה מאד... כן כי אני חושבת עשינו עבודה נפלאה." (מרואיין 22, בת 44, עובדת סוציאלית, בקשר לתג שקיבלה על עבודתה במחלקת קורונה).

גם האפשרות להמשיך בעבודה ובשגרה, בתקופה הזאת שבה אנשים רבים לא יכלו לצאת לעבוד או איבדו את מקור פרנסתם היוותה משאב עבור עובדי בתי החולים.

"אני חושבת שדווקא, כן עם כל הקושי הסיפוק זה שלי כן הייתה עבודה. שאתה רואה שאנשים קורסים מסביב מכל... כל העסקים העצמאיים וכל ה... הרבה אחוז מהאוכלוסייה בעצם לא הצליח ל... להתאושש כאילו. אם אין להם חודש משכורת הם לא סגורים או... אז בעצם אה... הם נופלים כלכלית. ושהמקצוע שלנו באיזשהו מקום, עם זה שאני צריכה לצאת לעבודה לא משנה מה, יש לי עבודה לא משנה מה." (מרואיין 1, בת 39, אחות מחלקה).

המרואיינים מכל המקצועות והתפקידים אף התייחסו לגילוי עצמי וגילוי של יכולות שלא ידעו שיש להם. בתקופת הקורונה נפתחו מחלקות חדשות וחלק מאנשי הצוות הרפואי, הרופאים והאחיות, איישו תפקידי ניהול בהם לא יצא להם להתנסות קודם ושיתפו כי הם גילו בעצמם כישורים ניהוליים ויכולת להתמודד עם מערכות גדולות שלא התמודדו איתן בעבר. בנוסף, נהלי העבודה במחלקות לא היו לגמרי ברורים והתהוו תוך כדי עבודה. אנשי צוות שלא איישו תפקידים ניהוליים נדרשו להחליט החלטות, לזום ולהיות יצירתיים וסיפרו שהביטחון שלהם בעבודה עלה עקב כך.

"אז אני חושב שכן גיליתי בעצמי שאני מסוגל לנהל אפילו בלי הכנה מערכת יותר גדולה ממה שניהלתי עד עכשיו. גם מהבחינה האדמיניסטרטיבית גם רפואית גם תקשורת עם שאר, עבודה מול ההנהלה. אז אני לא יודע להגיד אם לא ידעתי את זה קודם אבל בואי נגיד שלא.. " (מרוויין 18, בן 49, רופא מנהל טיפול נמרץ).

"אני חושבת ש... ברמה האישית פשוט נהיה לי קצת יותר ביטחון. כאילו... כי שוב, מאותם המקומות של אתה רגע צריך להתמודד עכשיו לבד עם משהו לא מוכר ולאגור רגע את כל הידע שיש לך ואין לך" (מרוויינת 19, בת 32, פיזיותרפיסטית נשימתית)

הן מרוויינים שעבדו במחלקות קורונה והן מרוויינים שלא עבדו במחלקות קורונה דיווחו בין היתר שהם גילו שהם חזקים יותר ממה שחשבו ושהם מסוגלים להתנהל במצבים אקוטיים, שהם יצירתיים ואפילו גילו מחדש את האהבה שלהם לעבודתם.

"למדתי על עצמי שיש לי חוסן. שאני יודעת להתמודד, למדתי על עצמי זה דברים שידעתי אבל הם התחדדו לי שאני אדם גמיש במחשבה שלי אני לא נעולה על דברים, יש לי יכולת לראות אחרת דברים ולהסתגל מהר ולא להיות תקועה איזה תפיסות עולם כאלה ואחרות." (מרוויינת 16, בת 59, אחות, מנהלת חטיבה).

"גיליתי הרבה כוחות, הרבה כוחות שלא זכרתי אני חושבת שהיו לי. על לעמוד ככה בתנאי לחץ והתמודד עם דברים מאד קשים שתמיד פחדתי מהם והיכול שלי גם בסופו של דבר לסכן את עצמי בשביל אחרים. כי בסופו של דבר להיכנס לתוך מחלקת קורונה בידיעה שאתה יכול להידבק בעצמך ואתה לא יודע לאן המחלה הזאת תיקח אותך אבל שהטיפול באחר נהיה יותר חשוב, אז זה גם משהו שגיליתי." (מרוויינת 24, בת 38, עובדת סוציאלית).

"אם כבר משהו שזה זה רק חידד לי עוד יותר כמה אני אוהבת את העבודה שלי, כמה זה המקום שלי, כמה... זה רק... זה רק חיזק לי יותר. כאילו את ה... אם אני מנסה לחשוב כאילו מה יצא לי משם. חיזק לי יותר..." (מרוויינת 5, בת 43, מרפאה בעיסוק).

2.1.2 משאבים חיצוניים

לדברי המרוויינים, משאב חיצוני משמעותי הן מבחינה רגשית והן מבחינה מעשית היה בני משפחותיהם. למרות המחיר ששילמו משפחותיהם של עובדי בתי החולים והפחד מהדבקה בקורונה, דיווחו המרוויינים על תמיכת בני הזוג שלהם, ילדיהם והוריהם בהחלטתם לעבוד במחלקת קורונה או בתקופת הקורונה. זאת, תוך הבנה של השליחות שבעבודה, וללא התנגדות לכך או הערמת קשיים. יתר על כן, המשפחות היו גאות בעבודה של בן משפחתם בבית החולים בתקופה הזאת וגאווה זו נתנה לעובדים כוח להמשיך ולעבוד על אף הקשיים. מרוויינים שבני הזוג שלהם עבדו אף הם במקצועות הרפואה תיארו תחושת הבנה לקשיים ולאינטנסיביות שהם חווים מצד בן הזוג. שאר בני הזוג שהקשיבו ותמכו היוו אף הם מקור תמיכה עבור הצוותים.

"טוב היה ברור לכולם שאני עובד קשה. ובהחלט הרגשתי את ה... את הסימפטיה, את האמפתיה, בקטע הזה. הייתה אני חושב... גם הייתה הרבה גאווה. אה... בקרב בני משפחה שזה התפקיד שאני עושה." (מרווייין 25, בן 56, רופא בכיר בטיפול נמרץ, מנהל טיפול נמרץ קורונה).

"אשתי היא אחות במקצועה, אז זה לא... הבית שלי זה בית עם רופאים. שני הילדים שלי הם רופאים... אז אה... כולם התייחסו לזה עם הבנה וגם אה רכשו כבוד לאבא." (מרווייין 9, בן 57, רופא מנהל מחלקה פנימית וקורונה).

מתוך הבית כאילו דאגתי... מסכן בעלי אבל דאגתי לפרוק... כאילו הוא הדלי, הוא המיכל. אבל גם עשיתי את זה במינונים של... גם לא יעמיסו עליו. אבל ככה שיתפתי בכל מיני מקרים. (מרואיינת 12, בת 50, עובדת סוציאלית בתפקיד ניהולי).

התמיכה באה לידי ביטוי לא רק ברמה הרגשית אלא גם ברמה המעשית כאשר בני המשפחה לקחו על עצמם מטלות ודאגו לתפקוד הבית, או בקרב הורים לילדים צעירים כאשר בני הזוג לקחו על עצמם אחריות של טיפול בילדים ובלימודיהם ובכך אפשרו לבנות הזוג לעבוד בבית החולים. עצם האפשרות לצאת לעבודה היוותה משאב התמודדות.

"...וגם בבית. אה נורא נורא השתדלו הילדים ובעלי לעזור, אם זה במטלות שבבית, אם זה בדברים, להקל עלי. ו...איכשהו גם הסתגלנו והסתדרנו." (מרואיינת 29, בת 46, מזכירה רפואית).

"כל הלימוד של הילדים בבית אה זה היה בידיים של בעלי שהוא תפקד בצורה מדהימה. אה אה... והוא עשה את הכל איתם." (מרואיינת 32, בת 43, אחות ראשית פנימית וקורונה).

2.2 משאבים ברמה המקצועית

מרואיינים רבים תיארו שהצוות היווה עבורם משאב ומקור תמיכה משמעותי בתקופת הקורונה. אנשי הצוות הבינו זה את זה והייתה תחושה של שותפות גורל שסייעה להם לדבר זה עם זה ולחלוק חוויות שלא תמיד יכלו לחלוק עם אנשים שמחוץ לבית החולים.

"כולנו הבנו אחד את השני בעבודה. אם היו קשים היינו אחד בשביל השני בצוות. היינו מאוד מאוד מגובשים." (מרואיינת 29, בת 46, מזכירה רפואית).

"זה המזל לעבוד בבית חולים הצוות גדול אז כאילו תמיד יש את הלשבת עם הבנות וכל אחת תספר על המקרה שלה והתמודדות שלה ולשתף. שותפות גורל, לגמרי." (מרואיינת 13, בת 37, עובדת סוציאלית).

"במקום העבודה מה שעזר זה באמת שפגשתי את ה... את הצוות, את החברים, שעבדנו ביחד, אה... זה בעצם לחלוק עם אנשים את ה... המשותף. ואני חושבת בעצם השותפות הזאת היא זאת שעזרה." (מרואיינת 20, בת 45, עובדת סוציאלית).

בנוסף להבנה של חוויות העבודה הייתה גם הבנה ביחס לצרכים של חברי הצוות והתחשבות זה בזה. כך למשל, תיארה אחות ראשית במחלקת קורונה את דאגת הצוות כלפיה ופנייה אליה שתצא לאכול ולשתות, תוך מתן גיבוי מלא של חברי הצוות ואחות ראשית תיארה את הנכונות של הצוות להתגייס בכל פעם שפנתה אליהם בבקשה.

"עוד דבר שנתן לי כוח זה לגלות אנשים טובים. כשאנחנו נכנסים למחלקת קורונה, בתוך כל האי ודאות ואת לא יודעת מסביבך איך קוראים לה, ואיפה היא עבדה קודם, ואם היא הייתה בפגייה או לא. והם נרתמים ושהם איתך. ושהם אומרים לך "תקשיבי, את כבר 6 שעות בפנים, עכשיו אני מגבה אותך ואת יוצאת לאכול ולשתות". (מרואיינת 32, בת 43, אחות ראשית פנימית וקורונה).

"יש לי צוות מדהים. כאילו הם... אמרתי לך, שביקשתי להתנדב, הם כולם... כמעט ולא היה מישהו שלא כתב שהוא מסכים. מעטים האנשים שאמרו "אל תשלחי אותי" או משהו כזה. גם בתקופות שהרי כבר נמאס מהקורונה ואנשים לא רצו, כל מי שביקשתי ממנו הלך. זה מאוד חיזק." (מרואיינת 2, בת 56, אחות טיפול נמרץ).

מרפאה בעיסוק תיארה שכאשר הייתה בבידוד חברות הצוות שלה שלחו לה חבילה עם צעצועים לילדים על מנת לעודד אותה.

"אז באמת זכיתי להיות חלק מצוות מהמם וגם מנהלת מהממת. אז... היא כל הזמן גם תמכה בנו, ונגיד כשאני הייתי בבידוד אז היא שלחה לי אה... הבנות, כל הבנות שלחו לי כאלה צעצועים לילדים בשביל שיהיה לי איזה רגע. וכל מיני... עוד הרבה לפני שהיה את המונח "עידוד לבידוד" עוד בספטמבר 2020, אז הן כבר עשו את זה. הן המציאו את העידוד לבידוד. הן כבר עשו לי." (מרואינת 5, בת 43, מרפאה בעיסוק).

מעבר לתמיכת הצוותים ברמה האישית, גם קשרים טובים שנוצרו בתוך הצוותים החדשים במחלקות הקורונה ויכולת לעבוד ביחד בצורה טובה, תרמו לאווירה חיובית, לתחושה שמצליחים לעבוד טוב יותר ואף לאפשרות להנות מהעבודה ביחד.

"היה חיבור מאד טוב גם מבחינת הצוות הסעודי גם מבחינת הרופאים, גם שיטת העבודה הייתה טובה. התחושה הייתה שאנחנו עושים עבודה טובה בתנאים קשים" (מרואינת 18, בן 49, רופא, מנהל טיפול נמרץ).

"עבדתי עם אה... עם אה אח אחראי מאד מנוסה... בחור מאד מקצועי. בחור טוב באופן כללי ומאוד מאוד נהנתי לעבוד איתו. ולעשות דברים ביחד. והצוות הסעודי, הצוות של האחים והאחיות, פשוט עם הזמן למדו את העבודה ונוצרה שם למעשה אווירה מאד מאוד טובה." (מרואינת 25, בן 56, רופא בכיר בטיפול נמרץ ומנהל טיפול נמרץ קורונה).

רבים מהמרואינים, מכל המקצועות, תיארו שמנהליהם הישירים היו דמויות משמעותיות עבורם שעזרו להם בתקופה הזאת. הם תיארו תמיכה של המנהלים ברמה האישית, עזרה בקבלת החלטות במקרים של קונפליקטים מקצועיים, הקשבה ומתן מקום להתייעצויות והתלבטויות. אחת המרואינות תיארה שהמנהלת שלה דאגה שהצוות ייפגש אחת בשבוע לשעה של שיח ותמיכה הדדית שעזרה לה מאד.

"לי אישית המנהלת שלנו דאגה שפעם בשבוע אנחנו נפגשים שעת בוקר לוונטילציה ותמיכה ומה העניינים כזה, זה מאד עזר. זה עזר לנו מאד ואפילו פתחו לנו קבוצת תמיכה אחת המטפלות, זה לא החזיק מעמד הרבה זמן בגלל כל מיני סיבות אבל זה גם היה מקסים, לא לכל הצוותים עשו את זה." (מרואינת 22, בת 44, עובדת סוציאלית).

"אני מרגישה שהמנהלת שלי הישירה בעצם באה ממקום של כמו שאתם לא יודעים אני לא יודעת ובואו נלמד את זה ביחד. וכאילו כל מה שהיה, כאילו כל מה שהצענו זה היה כזה, אוקיי בואו נבדוק את זה ובואו נבחן את זה וכאילו... ולא לשלול את הדברים. אני חושבת שזה מאד משמעותי שמקשיבים לעובד. גם אם בסוף זה לא יוצא. גם אם בסוף זה כאילו באים ואומרים אוקיי, בדקנו, ניסינו. אבל זה נותן לך איזושהי תחושת שייכות." (מרואינת 19, בת 32, פיזיותרפיסטית נשימתית).

קבלת הערכה ופידבקים חיוביים מהמטופלים, ממשפחותיהם ומהסביבה בכלל היוותה אף היא משאב עבור הצוותים. ההערכה מבחוץ שבאה לידי ביטוי במילים, במתנות ומכתבי תודה מהמשפחות של המטופלים סייעה לתחושת המשמעות שחזקה את הצוות הרפואי. פיזיותרפיסטית סיפרה שכאשר מטופלים בהם טיפלה בתוך מחלקת הקורונה, כשהיא ממוגנת כולה ולא ניתן לראות את פניה, זיהו אותה מחוץ למחלקה זה היווה עבודה אישור לכך שהייתה משמעותית עבורם ונתן לה מוטיבציה להמשיך.

"אני שומעת מישהי מאחורי כזה "את הפיזיותרפיסטית, נכון?" מסתובבת ומסתכלת וזאת אותה מטופלת. ואני כאילו לא הבנתי בכלל איך היא זיהתה אותי. והיא אמרה לי כאילו "אי אפשר לא לזהות אותך. את היית הבנאדם הראשון שראיתי". משהו כזה. עכשיו היא ראתה... עיניים. היא לא... כאילו לא ראתה

כלום, הייתי ממוגנת כולי. אבל זה... זה כאילו חזר על עצמו. אנשים מזהים אותנו גם מחוץ ל... זה. וזה משהו שהוא נותן לך מאוד דרייב גם. כאילו, שאתה יודע שאתה משמעותי לבנאדם." (מרואיינת 19, בת 32, פיזיותרפיסטית נשימתית).

"קיבלנו מלא פידבקים ממשפחות, מלא מתנות שזה אומר תודה כאילו מלא מלא מכתבי תודה מכתבי המלצה קיבלתי מלא, כאילו מלא אמרו לי..." (מרואיינת 22, בת 44, עובדת סוציאלית).

"אני גם חושבת שכל... בהתחלה לפחות, כל ההערכה הזאתי שקיבלנו מבחוץ, כל ה"וואו, הצוות הרפואי, איך הוא מסכן את עצמו, איך הוא זה" אני חושבת שזה גם נתן לנו איזה פוש כזה קדימה, לכל הצוות. וגם הצוות שלי." (מרואיינת 2, בת 56, אחות טיפול נמרץ).

משאב נוסף, ברמה המקצועית, נגע לכך שתקופת הקורונה העמידה את הצוותים הרפואיים בטיפול במחלה שלא נתקלו בה קודם לכן, ללא הנחיות ופרוטוקולים ברורים לעבודה. כאמור, העבודה מתוך חוסר הידע כללה אתגרים רבים, אך יחד עם זאת גם נתנה אפשרות להביא לידי ביטוי יכולות מקצועיות וידע מקצועי. היכולת להביא לידי ביטוי יכולות מקצועיות נגעה אף לעובדי מינהל, משק והנהלה שלא באו במגע ישיר עם חולים אך נדרשו להתמודד עם אינטנסיביות רבה ודרישות חדשות.

"הקורונה עזרה לי מאוד להביע לידי ביטוי את היכולות שלי המקצועיות." (מרואיינת 29, בת 46, מזכירה רפואית).

" במקרה של קורונה אני הרגשתי את עצמי שמערכת זקוקה, ואני במקום הנכון ואני מנצל את הידע שלי והיכולת שלי ו... ויכולת מקצועית וזה לא עבודה לריק, זה לא עבודה סתם, זה עבודה שבאמת טובה לאנשים... שלא מעט פעמים אין תחושה הזאת בעבודה רגילה במחלקה פנימית." (מרואיין 9, בן 57, רופא מנהל מחלקה פנימית וקורונה).

עקב החוסר בנהלים מותאמים הצוותים נדרשו פעמים רבות ליצירתיות וחשיבה מחוץ לקופסא, ופיתחו את היכולת לחשוב בצורה גמישה. הייתה יותר תעוזה להתנסות בדברים חדשים ולגלות דרכים חדשות ויצירתיות לטיפול. בנוסף, בגלל הכניסה המוגבלת למחלקת הקורונה המנהל לא תמיד היה נוכח ואנשי הצוות נדרשו ולמדו להיות יותר עצמאיים וסמכותיים בעבודה.

"קודם כל גיליתי שאני הרבה יותר יצירתית ממה שחשבתי. ממש. כאילו חידדתי את החשיבה מחוץ... תמיד היה לי חשיבה מחוץ לקופסא, זה לא שלא היה לי, אבל חידדתי את זה יותר. אה... מה שלא ידעתי על עצמי... כאילו... אני חושבת שזה פעם ראשונה שהתמודדתי בסוג של ניהול משבר בסדר גודל כזה." (מרואיינת 12, בת 50, עובדת סוציאלית בתפקיד ניהולי).

"גם היה הרבה מקום ל... ליוזמות שלך כמטפל, כי אתה הרבה פעמים לבד. אז אתה יותר יצירתי ואתה צריך כאילו זה... ואז אתה אומר אוקיי, ניסיתי משהו וזה עבד." (מרואיינת 19, בת 32, פיזיותרפיסטית נשימתית).

התחדדו גם שיטות הנשמה שלא היו בשימוש נרחב קודם לכן, כגון השימוש באקמו, והצוותים הרפואיים ופיזיותרפיסטיים התמקצעו בהן. הייתה אווירה של למידה והיו מרואיינים שאף תיארו את התקופה כ"מעניינת מבחינה מקצועית".

"אה אנחנו כל הזמן בפיזיותרפיה בגלל שזה תחום מאוד מאוד קטן אז אנחנו גם כל הזמן בקשר עם פיזיו אחרים בארץ, וגם יש לנו את הקשר הבין לאומי... ומאוד חולקים ידע. אה... אז כל אחד כאילו בא

ואומר "אהה, שם זה עבד. אוקיי בוא ננסה את זה פה" זה היה... זאת הייתה כאילו תקופה מאוד מעניינת מבחינה מקצועית." (מרואיינת 19, בת 32, פיזיותרפיסטית נשימתית).

מעבר לכך, תקופת הקורונה הביאה להכרה במקצועות שלפני כן היו פחות מוערכים וחשיבותם הייתה פחות מובנת. הדבר בלט במקצועות שהכניסה שלהן למחלקת קורונה לא הייתה מובנת מאליה בתחילת התקופה. כך לדוגמה, עובדת סוציאלית תיארה שבעקבות הקורונה נהייתה הבנה שלא ניתן לטפל בחולה בלי רופא, אחות, ועובדת סוציאלית ושהנהלת בתי החולים ראתה עד כמה העבודה של העובדות הסוציאליות משמעותית בקורונה.

"הבנו שאני לא יכולה בלי הרופא והרופא לא יכלו בלעדיי ואח כמובן והמשולש הזה רופא, אחות/ אח... ועובדת סוציאלית זה מאד התהדק והתחזק בתקופה הזאתי. אי אפשר לטפל במטופל קורונה בלי המשולש הזה, פשוט אי אפשר ואמרו את זה בבית חולים... וזה היה נחמד לשמוע את זה אחרי שנים במקצוע ואנחנו לא ממש שומעים פידבקים. בהרבה מקרים דווקא מקטרים שאנחנו לא עושים מספיק ולא מספיקים ולא מכירים את המטופלים." (מרואיינת 22, בת 44, עובדת סוציאלית).

"אני חושבת שהקורונה מאוד חידדה את המשמעות של העבודה הסוציאלית. אני חושבת שגם בצוותים הרב מקצועיים שאנחנו עובדים, ראו את החשיבות הגדולה של העובדת הסוציאלית. של הקשר של הבנאדם עם המשפחה עם העולם בחוץ. המון המון תיווך אה מול הגורמים בקהילה. מול... כל העבודה בעצם שאפילו... אני חושבת שהיא הייתה מאוד מאוד חשובה ומשמעותית והקורונה גרמה לזה שבעצם אה יראו. הנראות תהיה הרבה יותר גדולה." (מרואיינת 20, בת 45, עובדת סוציאלית).

גם פיזיותרפיסטית נשימתית תיארה את ההכרה שנהייתה באופן פתאומי למקצוע שלה ובחשיבותו לעבודה עם בתקופת הקורונה. היא התחילה לעבוד עם חולי קורונה בתקופה שלא היה ברור שמכניסים פיזיותרפיסטים למחלקות, וסיפרה שהצוותים הרפואיים למדו להכיר את היכולות של הפיזיותרפיסטים ואת המצבים שבהם הם יכולים לעזור ולתרום. נראה שההכרה במקצוע שלהם הוסיפה לעובדים תחושת משמעות.

"מבחינת המשמעות של להיות פיזיותרפיסט בתקופת קורונה אז קודם כל אני חושבת ש... כאילו... פתאום הכירו בצורך בפיזיותרפיסטים. כאילו עד עכשיו במיוחד האלו מאיתנו שעוסקים בתחום הנשימתי אה היינו מאוד כזה משהו נסתר, פחות הכירו, רק מי שכזה יש לו איזה נגיעה אישית. אה ואני חושבת שהיום באמת אה בציבור הכללי זה משהו שהוא יותר, כלומר... היום כשאני אומרת שאני עוסקת בפיזיותרפיה נשימתית אז כאילו אנשים "אה וואו", כאילו הם יודעים מה זה אומר בגדול... גם הצוותים הרפואיים קצת יותר הבינו את היכולות שלנו ואת ה... איפה אנחנו יכולים לעזור ומה אנחנו יכולים לעשות" (מרואיינת 19, בת 32, פיזיותרפיסטית נשימתית).

2.3 משאבים ברמה הארגונית

בחלק מבתי החולים היו קבוצות תמיכה וייעוץ של אנשי מקצוע עבור הצוותים וכן סדנאות ושיחות קבוצתיות. אלו סיפקו לצוותים את האפשרות לאורר רגשות, לשתף ולקבל הפוגה מהלחץ ומהעומס ותוארו על ידי העובדים כמשאב משמעותי.

"נתנו לצוותים מענה של שיחות עם פסיכולוגים. היו התחברויות לזום. כל הצוות של הבית החולים... היה לנו פסיכולוג שהיו שיחות איתנו שבועיות בזום. שהצוות יכל להציף ולהעלות דברים. ואממ... וגם כל הבית חולים, כולל ההנהלה, כולם כל... כל הזמן נענו לצרכים שלנו, לבקשות שלנו. לדברים. ואני חושבת שהייתה פה ממש אחדות..." (מרואיינת 29, בת 46, מזכירה רפואית).

"זה אמנם הגיע טיפה מאוחר אבל בסדר זה הגיע. ככה עשינו פגישות של הצוות אה... של השירות הסוציאלי, שעות הפוגה בבקרים. יוגה כזה בבוקר, איזושהי סדנת צחוק קצרה... שזה ככה נתן קצת לי לאוורר את הרגשות. להשתחרר." (מרואיינת 12, בת 50, עובדת סוציאלית בתפקיד ניהולי).

בניגוד לאתגר שהיווה הארגון עבור הצוותים הרפואיים כאשר הם חשו לא מוערכים וחוסר תמיכה, ניתן לראות שכאשר הצוותים חשו תמיכה והערכה מצד ההנהלה הדבר היווה עבורם משאב חשוב. חלק מהמרואיינים תיארו שההנהלה הייתה קשובה ואכפתית ונענתה לבקשותיהם, דאגה למלא את צרכיהם, ואפילו דאגה להביע הערכה לעבודתם בשליחה של פינוקים, כמו מאכלים טעימים או בתגמול כספי.

"מנהל בית חולים כמעט כל יום פה, המפקחת שלי שומעת אותי כל פעם שאני צריכה. לא, לא, ההנהלה מאד שמה על הקורונה לב. זאת אומרת היא... אנחנו לא שקופים, אנחנו לא שקופים. ברגע שהמחלקה טיפה נהייתה מורכבת קיבלתי טלפון איך את מסדרת אם אני צריכה עזרה. אם אני הרמתי דגל קיבלתי מענה" (מרואיינת 10, בת 49, אחות אחראית במחלקת קורונה).

"אצלנו [בבית החולים] קבעו איזושהו כלל ברור. גם פה, לא תמיד זה היה ברור לכולם. אבל עשו מאמץ לתת משהו אקסטרה, גם אם זה היה גדול, גם אם זה היה קטן, זה לא משנה. אה עצם העובדה שמישהו קם בבוקר ואמר "אני מעריך את מה שאתם עושים" זה נתן לי אישית זה נתן גב מאוד רציני, שרואים את ה... רואים את המאמצים שלנו. גם תוך כדי העבודה בקורונה בהדסה יש לנו את אה... סמנכ"לית הסיעוד... היא כל הזמן השתדלה לשלוח פינוקים קטנים." (מרואיינת 32, בת 43, אחות ראשית פנימית וקורונה).

הבדלים ודמיון בין המקצועות השונים

כאמור לעיל, במחקר השתתפו עובדי בתי חולים ממגוון מקצועות – רופאים, אחיות, עובדות סוציאליות, עובדי מקצועות הבריאות (פרא-רפואיים) ועובדי הנהלה, מינהל ומשק. ניתן לראות הבדלים בין המקצועות השונים מבחינת הנושאים והממדים המרכזיים שעלו בראיונות (פירוט התמות לפי המקצועות בטבלה IV)

ישנם ממדים שבאו לידי ביטוי בכל המקצועות מלבד אצל הרופאים (אחיות, עובדות סוציאליות, עובדי מקצועות הבריאות ועובדי הנהלה, מינהל ומשק). מבחינת אתגרים, הרופאים לא דיברו בראיונות שלהם על חרדה קיומית להדביק בני משפחה או על מחיר משפחתי, לא התייחסו לקושי מול הבדידות של המטופלים בתקופת הקורונה או לקושי עם שינויים בנהלים. מבחינת משאבים מקצועיים, הרופאים התייחסו לנושאים של אפשרות להביא לידי ביטוי ידע מקצועי ויכולות מקצועיות ולהתפתחות מקצועית ולמידה בתוך הקורונה, אך לא התייחסו לפיתוח של חשיבה גמישה, תעוזה להתנסות ועצמאות אליהם התייחסו שאר המקצועות. נושא נוסף שלא עלה בקרב רופאים הוא המשאב הארגוני של היעזרות בקבוצות תמיכה וייעוץ של אנשי מקצוע.

בדומה לכך, היו שני ממדים שבאו לידי ביטוי בכל המקצועות מלבד בקרב עובדי מקצועות הבריאות. ראשית, מבחינת אתגרים ברמה הארגונית, רק עובדי מקצועות הבריאות לא התייחסו לחוסר פניות להיעזר בתמיכה נפשית שהוצעה לעובדים ולרצון ליותר עידוד מצד ההנהלה לפנייה לטיפול. שנית, מבחינת משאבים אישיים, הם לא דיברו בראיונות על לקיחת חלק באירוע היסטורי או תחושת שליחות. משאב מקצועי שלא בא לידי ביטוי בקרב עובדי מקצועות הבריאות ובקרב אחיות הוא האפשרות להביא לידי ביטוי יכולות מקצועיות וידע מקצועי, אך הן כן התייחסו להתפתחות מקצועיות מהיבטים שונים.

ממד שבא לידי ביטוי בקרב כל המקצועות אך לא בקרב העובדות הסוציאליות היה המשאב הארגוני של תמיכה, הערכה, הקשבה ואכפתיות מצד ההנהלה.

נושאים שעלו בקרב אחיות, עובדות סוציאליות ועובדי מקצועות הבריאות, בעיקר במחלקות הקורונה היו אתגר אישי של תסכול לאור הניגוד בין החוויות הקשות במחלקות הקורונה לבין ההתייחסות של הציבור מחוץ לבית החולים, אתגר מקצועי מבחינת התקשורת מול החולים ובני משפחותיהם ומשאב מקצועי של התחשבות חברי הצוות בצרכים אחד של השני. משאב מקצועי נוסף שעלה בקרב מקצועות אלה וכן בקרב עובדת מעבדה הוא הכרה מחודשת במקצוע ובחשיבותו. משאב מקצועי שעלה בקרב אחיות ועובדות סוציאליות היה קבלת הערכה ופידבקים חיוביים מהחולים ובני משפחותיהם ומהסביבה בכלל.

אתגר מקצועי שעלה בקרב רופאים, אחיות ועובדות סוציאליות שעבדו במחלקות הקורונה היה התמודדות עם חרדה ואלטיות של בני משפחה. אתגר מקצועי נוסף איתם התמודדו מקצועות אלו היה בצורך ללמוד לעבוד ביחד באופן מידי בתוך צוותים חדשים. אתגר ארגוני שעלה בקרב מקצועות אלה, גם במחלקות שאינן מחלקות קורונה, היה רצון ליותר הקשבה מצד ההנהלה וראייה של הצרכים שלהם.

הרופאים והאחיות במחלקות הקורונה דיווחו על אתגר מקצועי של החזקת החולים בחיים עם משאבים מוגבלים מבחינת כוח אדם, ידע על המחלה וציוד שנדרש לטיפול. הרופאים והאחיות גם במחלקת הקורונה וגם מחוצה לה דיברו מבחינה ארגונית על אכזבה מול חוסר הערכה מצד ההנהלה או על חוסר בתגמול הולם על עבודתם.

האתגר האישי של חוסר היכולת לשתף בחוויות מבית החולים עלה בקרב רופא ועובדות סוציאליות, אך לא בקרב בעלי תפקידים אחרים.

שאר האתגרים והמשאבים באו לידי ביטוי בקרב כל המקצועות והתפקידים בבתי החולים.

הבדלים בין עובדים במחלקות קורונה לעובדים במחלקות אחרות

ניתן לראות כי ישנם הבדלים בין הנושאים והממדים המרכזיים שעלו בראיונותיהם של העובדים במחלקות הקורונה, או של עובדים שבאו במגע ישיר עם חולי קורונה, לעומת עובדים במחלקות אחרות (פירוט התמות לפי מחלקות בטבלה IV).

אתגרים אישיים של חוסר יכולת לשתף בחוויות מהמחלקה ושל תסכול לאור הניגוד בין החוויות הקשות במחלקת קורונה להתייחסות הציבור בחוץ עלו רק בקרב העובדים במחלקות הקורונה. ברמה המקצועית, אתגרים שבאו לידי ביטוי רק בקרב העובדים במחלקות הקורונה היו הצורך ללמוד לעבוד ביחד באופן מידי בצוותים חדשים, התמודדות עם חרדה ואלטיות של בני משפחה, והחזקת החולים בחיים עם משאבים מוגבלים.

משאבים מקצועיים שעלו רק בקרב עובדים במחלקות הקורונה ובקרב עובדי מינהל ומשק שעבודתם נגעה לקורונה היו פיתוח חשיבה גמישה, תעוזה להתנסות ויותר עצמאות, לצד התפתחות מקצועית ולמידה. הנושא היחיד שבא לידי ביטוי רק בקרב מי שלא עבד במחלקות הקורונה היה האפשרות להמשיך בעבודה ובשגרה.

טבלה II : סיכום ממדים מרכזיים בתוך אתגרי ההתמודדות שעלו בראיונות

ממדים מרכזיים	
רמה אישית	חשש ולחץ סביב האפשרות להידבק בקורונה
	חרדה קיומית להדביק בני משפחה
	העבודה בבית החולים גובה מחיר מבני המשפחה
	חוסר יכולת לשתף בני משפחה בחוויות מבית החולים.
	תסכול לאור הניגוד בין החוויות הקשות במחלקות הקורונה לבין ההתייחסות של הציבור למחלת הקורונה
רמה מקצועית	תחושות של אי-וודאות ולחץ
	עומס עבודה וחוסר בכוח אדם
	תשישות פיזית והתמודדות עם מיגון
	התמודדות עם דרישות עבודה נוספות
	שינויים במשמרות ובסידורי עבודה
	צוותים חדשים שנדרשו ללמוד לעבוד ביחד באופן מידי
	תקשורת עם חולים ובני משפחותיהם
	התמודדות עם חרדה ואלימות של בני משפחה של מטופלים
	התמודדות עם בדידות של מטופלים
	החזקת החולים בחיים עם משאבים מוגבלים
	התמודדות עם מוות של מטופלים
	שינויים בנהלים שהשתנו באופן תדיר
רמה ארגונית	צורך ביותר הקשבה מצד ההנהלה והיענות לצרכים
	אכזבה מול חוסר הערכה של ההנהלה וחוסר תגמול
	חוסר פניות להיעזר בתמיכה שהוצעה ורצון לעידוד מצד ההנהלה
	לפנייה לטיפול

טבלה III : סיכום ממדים מרכזיים בתוך משאבי ההתמודדות שעלו בראיונות

תמות וממדים מרכזיים			
לקיחת חלק באירוע היסטורי עולמי ותחושת שליחות	משאבים פנימיים	רמה אישית	
			סיפוק ביחס לעבודה שהם מצליחים לעשות
			האפשרות להמשיך בעבודה ובשגרה
			גילוי עצמי וגילוי של יכולת שלא ידעו שיש להם
תמיכת בני משפחה ברמה הרגשית וברמה המעשית	משאבים חיצוניים	רמה מקצועית	
			קבלת הערכה ופידבקים חיוביים מהמטופלים ומשפחותיהם ומהסביבה בכלל
תמיכת הצוות ותחושה של שותפות גורל	רמה מקצועית	רמה ארגונית	
			הבנת צרכי חברי הצוות והתחשבות זה בזה, נכונות הצוות להתגייס
			התפתחות קשרים טובים ואווירה חיובית בתוך הצוותים
			תמיכה והקשבה מצד מנהלים ישירים
			אפשרות להביא לידי ביטוי יכולות מקצועיות וידע מקצועי
			פיתוח חשיבה גמישה, תעוזה להתנסות, יותר עצמאות
			התפתחות מקצועית ולמידה
הכרה במקצועות שלפני כן היו פחות מוערכים			
קבוצות תמיכה וייעוץ של אנשי מקצוע עבור הצוותים, סדנאות ושיחות	רמה ארגונית	רמה ארגונית	
			תמיכה והערכה מצד ההנהלה, קשיבות ואכפתיות

טבלה IV: סיכום ממדים מרכזיים מתוך הראיונות לפי מקצועות והתייחסות למחלקת קורונה

תמות וממדים מרכזיים	רופאים	אחיות	עו"ס	עובדי מקצועות הבריאות	מנהל ומשק	קורונה	קורונה לא
רמה אישית	+	+	+	+	+	+	+
				+	+	+	+
				+	+	+	+
	+			+		+	
			+	+		+	
	+	+	+	+	+	+	+
רמה מקצועית	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+
	+			+	+	+	
	+	+		+	+	+	+
				+	+	+	+
	+			+	+	+	+
	+			+	+	+	+
	+	+		+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+
רמה ארגונית	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+			+	+
	+	+				+	+
	+	+	+			+	+
רמה אישית	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+

+	+			+	+		קבלת הערכה ופידבקים חיוביים מהמטופלים ומשפחותיהם ומהסביבה בכלל	רמה מקצועית
+	+	+	+	+	+	+	תמיכת הצוות ותחושה של שותפות גורל	
+	+		+	+	+		הבנת צרכי חברי הצוות והתחשבות זה בזה, נכונות הצוות להתגייס	
+	+	+	+	+	+	+	התפתחות קשרים טובים ואווירה חיובית בתוך הצוותים	
+	+	+	+	+	+	+	תמיכה והקשבה מצד מנהלים ישירים	
+	+	+		+		+	אפשרות להביא לידי ביטוי יכולות מקצועיות וידע מקצועי	
		+	+	+	+		פיתוח חשיבה גמישה, תעוזה להתנסות, יותר עצמאות	
		+	+	+	+	+	התפתחות מקצועית ולמידה	
+	+	+	+	+	+		הכרה במקצועות שלפני כן היו פחות מוערכים	
+	+	+	+	+	+		קבוצות תמיכה וייעוץ של אנשי מקצוע עבור הצוותים, סדנאות ושיחות	
+	+	+	+		+	+	תמיכה והערכה מצד ההנהלה, קשיבות ואכפתיות	

דיון

המחקר הנוכחי בחן את היקף החשיפה של צוותי בתי החולים לנגיף הקורונה, תחושת המוכנות שלהם לגל הבא של המגפה או למגפה הבאה, תפיסת חוסן אישי וצמיחה וכן עמדות כלפי השינויים הארגוניים אשר התרחשו בתקופת הקורונה. בקרב העובדים הסוציאליים נבחנו גם איכות החיים המקצועית שלהם ומידת התמיכה החברתית הנתפסת בה זכו. בנוסף, נבחנו גורמי סיכון וחוסן לצמיחה, תפיסת מוכנות למגפה הבאה ואיכות חיים מקצועית. הממצאים הוצגו הן בקרב כלל 1039 משתתפי המחקר הן על פי בעלי תפקידים שונים בבית החולים. בחלק זה נשזור את המידע אשר התקבל משתי גישות המחקר: הכמותנית והאיכותנית.

חשיפה לנגיף הקורונה - בדומה למחקרים שנעשו במקומות שונים בעולם (Al Maskari et al., 2021; Park, 2020) החשיפה לנגיף הקורונה בקרב הצוותים הרפואיים הייתה רבה. קרוב ל 40% מהמשתתפים מדווחים על בידוד בית עקב חשש להידבקות בנגיף ללא הבדלים בין התפקידים השונים. שליש (34.2%) היו בבידוד בית עקב חשיפה לחולה מעומת. בהיבט זה, שיעור הרופאים שהיו בבידוד היה נמוך יותר מזה של השאר. 11% מהמשתתפים דיווחו על בדיקה חיובית לקורונה. סוג נוסף של חשיפה לנגיף הוא עבודה במחלקות קורונה, אם כי המתאם (ספירמן) בין היקף החשיפה לבין עבודה בחלקת קורונה נמוך ($r_s = .23$). שיעור המשתתפים אשר עבדו בשלב כלשהו במהלך המגפה במחלקות קורונה היה 29% כאשר שיעורם של העובדים הסוציאליים והאחים/יות שעבדו במחלקות קורונה היה גבוה מזה של השאר. על פי הספרות, חשיפה רבה יותר לנגיף קשורה למצוקה נפשית רבה יותר (Lai et al., 2020) לרבות רמה גבוהה יותר של טראומטיזציה משנית (Kalaitzaki, Tamiolaki, & Tsouvelas, 2022). ואכן גם במחקר הנוכחי, חשיפה לנגיף ניבאה טראומטיזציה משנית ושחיקה בקרב עובדים סוציאליים. ממצאי המחקר האיכותני מצביעים על אלמנטים של טראומטיזציה משנית ושחיקה גם בקרב אנשי מקצוע נוספים. אנשי המקצוע שיתפו בתחושות של תשישות רגשית כתוצאה מהעומסים הרבים עימם התמודדו כמו גם תחושות של אי-וודאות, חשש ולחץ כל זאת אל מול אתגרים חדשים אישיים ומקצועיים ובעיקרם חשש קיומי להידבק בקורונה. מהראיונות עם אנשי המקצוע השונים ניתן לראות את המקורות המרכזיים אשר הובילו, על פי תפיסתם, לתחושות של טראומטיזציה

משנית ושחיקה ביניהם: עומס בתפקיד, קונפליקט בתפקיד ודרישות בתפקיד. שלושת מאפיינים אלה ידועים בספרות המחקרית כמשמעותיים בהיווצרות שחיקה מקצועית בקרב אנשי מקצוע (Park & Nam, 2020).

ממצאי מחקרים קודמים מצביעים על כך שחשיפה לנגיף קשורה גם להיבטים חיוביים כמו צמיחה פוסט טראומטית רבה יותר (Feingold, et al., 2022; Moreno-Jiménez et al., 2021; Yılmaz-Karaman, Yastibaş-Kaçar, & Ece İnce, 2022) ואכן, גם במחקר הנוכחי נמצא כי חשיפה רבה יותר לקורונה מנבאת צמיחה כללית וכן צמיחה מסוג הערכה גוברת לחיים. אכן, תיאור התפקיד במערכת הבריאות בתקופת הקורונה תואר על ידי אנשי המקצוע השונים בחלק האיכותני של המחקר, ככולל גילויים אישיים ומקצועיים חדשים אשר כתוצאה מהתפרצות הנגיף המשתתפים זכו להכיר ולהוקיר. אחד הגילויים המשמעותיים היה כי עצם העבודה במערכת הבריאות בתקופת התפרצות נגיף נושאת עימה ממד היסטורי שכן נגיף הקורונה הינו לכשעצמו אירוע היסטורי עולמי. היבטים של צמיחה מקצועית באו לידי ביטוי בתחושת שליחות ואף תחושת שמחה מהזכות לעזור. אנשי המקצוע במערכת הבריאות כונו לא פעם בתקופת הקורונה כ"לוחמים בחזית" ואכן המשתתפים תיארו את תחושת השליחות בשימוש במונחים צבאיים. הספרות המחקרית מלמדת כי אנשי מערכת הבריאות תפסו עצמם כחיילים בשליחות מה שאפשר להם יכולת התמודדות ותחושת משמעות במהלך עבודתם בתקופת הקורונה (Ting et al., 2022). מטאפורת המלחמה הדגישה את הלכידות ואת הביחד של אנשי המקצוע. כך, במחקר שנערך בקרב צוותים רפואיים בדנמרק נמצא שלמרות שהצוותים חוו תשישות נפשית, פחד ולחץ כתוצאה מהנגשת טיפול לחולי קורונה, הצוותים הציגו תחושת חובה להנגיש טיפול וזהות חזקה של תפקיד המטפל והמסייע (Dagyan et al., 2021).

התמודדות עם נגיף הקורונה היתה דומה בתיאורם של הצוותים לא רק למלחמה כי אם גם לאירוע רב-נפגעים. תחושות אי הודאות כאשר המחלה, אופן ההתערבות והרכב הצוות חדש ומשתנה חייבו את הצוותים הסתגלות מיידית ולימוד מחדש של דרכי התערבות ופעולה, באופן דומה לאירוע רב נפגעים. אכן, גם באירוע רב נפגעים ההתחלה מאופיינית בכאוס וחוסר וודאות ותחושות של חוסר אונים אלא שבשונה מאירוע רב-נפגעים, בקורונה ההתמודדות נמשכה על פני חודשים רבים.

תפיסת מוכנות - מוכנות למגיפה הבאה מעסיקה את מערכת הבריאות מזה שנים, ומאז משבר הקורונה נושא המוכנות זכה לבולטות רבה בספרות (Nuzzo & Gostin, 2022). ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על רמה בינונית של מוכנות אישית ללא הבדלים בין התפקידים השונים בבית החולים. צוותים שעבדו במחלקות קורונה תופסים את עצמם מוכנים יותר למגפה הבאה מצוותים שלא עבדו במחלקות כאלה. כפי הנראה החשיפה היומיומית לחולים הקשים והעמידה בטיפול בהם אשר דרש גם אמצעי מיגון וריחוק חברתי, חיזקו אצל הצוותים את תחושת המוכנות האישית. עבודה במחלקות קורונה אמנם לא הייתה קשורה לתפיסת החוסן האישי, אולם ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על כך שהן חוסן אישי והן עבודה במחלקות קורונה מנבאים מוכנות אישית רבה יותר למגפה הבאה. עבודה במחלקת קורונה כמחסנת לקראת הבאות גם באה לידי ביטוי בחלק האיכותני של המחקר. הצוותים שעבדו במחלקות קורונה התמודדו עם הצורך ללמוד לעבוד ביחד באופן מידי עם אנשים חדשים, התמודדות עם חרדה קיומית ואף עם אלימות של בני משפחה והחזקת החולים בחיים עם משאבים מוגבלים. דרישות תפקיד אלו היוו קרקע לפיתוח חשיבה גמישה, תעוזה להתנסות ויותר עצמאות, לצד התפתחות מקצועית ולמידה.

עם זאת, ממצאי המחקר מצביעים על כך שלא ניתן לפרש את הקשר בין עבודה במחלקת קורונה לבין תפיסת מוכנות אישית רבה יותר לתפקוד הטוב של בתי החולים במחלקות אלה. שכן, עבודה במחלקת קורונה לא ניבאה תפיסת מוכנות רבה יותר של בית החולים וחשיפה רבה יותר למגפה אף הייתה קשורה לתפיסת מוכנות נמוכה יותר.

מידת המוכנות של המדינה נתפסת כנמוכה ויש לתת על כך את הדעת. מידת המוכנות של בית החולים למגפה הבאה נתפסת באופן שונה בין הצוות הרפואי-רופאים ואחיות- לבין שאר בעלי התפקידים. הרופאים והאחיות תופסים את בית החולים כפחות מוכן למגפה הבאה משאר בעלי התפקידים בבית החולים. פרט למקצועות השונים אשר ניבאו את תפיסת מוכנות בית החולים והמדינה, שני משתנים נמצאו מנבאים את תפיסת מידת המוכנות על כל ממדיה (אישית, בית החולים והמדינה). תפיסת החוסן האישי ניבאה תפיסת מוכנות רבה יותר, בעוד עמדות המתנגדות לשינוי, אשר גם ניתן לראות בהם מידה נמוכה של גמישות אישית ניבאה תפיסת מוכנות נמוכה יותר. ממצאי המחקר מצביעים על רמת חוסן אישי גבוהה של צוותי בתי החולים, וכפי הנראה גבוהה מזו שנמצאה במחקרים בארה"ב (Baskin & Bartlett, 2021). כמו כן מצביעים הממצאים על מידה נמוכה של התנגדות לשינויים בעבודה שחלו בתקופת הקורונה. ממצא זה ניתן לפירוש כגמישות אישית בהתמודדות עם המצב. ממצאים אלה מעודדים שכן הן חוסן אישי (Ferreira & Gomes, 2021) והן גמישות אישית (Cheng, Wang, & Ebrahimi, 2021) הנקראת התמודדות גמישה (coping flexibility) נתפסים בספרות כמשאבים פנימיים התורמים להתמודדות עם לחץ. עם זאת, האחיות מגלות מידת התנגדות רבה יותר בהשוואה לצוותים האחרים והדבר עשוי להיות מוסבר בתחושת העומס הרבה שמחקרים קודמים מצאו שאחיות חוות בתקופת הקורונה (Chor et al., 2021; Dopelt, et al., 2021).

צמיחה ממשבר הקורונה - רמת הצמיחה הכוללת הייתה נמוכה יותר מזו שנמצאה בקרב עובדי מערכת הבריאות (קהילה ובתי חולים) בספרד בתקופת הקורונה (Moreno-Jiménez, et al., 2021) ואף נמוכה מזו שנמצאה בקרב עובדי מערכת הבריאות ברשות הפלסטינית בתקופת הקורונה (Veronese, Mahamid, & Bdier, 2022). על אף שנעשו עוד מספר מחקרים על צמיחה של עובדי מערכת הבריאות בתקופת הקורונה, קיים קושי בהשוואת רמת הצמיחה הואיל ואלה התבססו על הכלי המורחב של הצמיחה הפוסט טראומטית הכולל 21 היגדים (במחקר הנוכחי נעשה, כזכור, שימוש בכלי המקוצר הכולל 10 פריטים). עם זאת, גם אם הצמיחה במחקר הנוכחי נמוכה מזו שנמצאה בקרב עובדי מערכות בריאות במדינות אחרות בתקופת הקורונה, אין הדבר מעיד בהכרח על ממצא מדאיג שכן צמיחה קשורה לרמה גבוהה של סימפטומים פוסט טראומטיים וסימפטומים אחרים של מצוקה (Feingold, et al., 2022 ; Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). ייתכן שהצוותים במחקר הנוכחי גם לא חוו רמה גבוהה של סימפטומים פוסט טראומטיים ועל כן גם לא פיתחו רמה גבוהה של צמיחה מהמשבר. הפערים ברמת הצמיחה הפוסט טראומטית בין הרופאים לבין מקצועות אחרים, כאשר הרופאים מדווחים על רמת צמיחה נמוכה יותר, ניתנים אף הם להסבר באותו אופן. ייתכן שהרופאים חוו רמה נמוכה של סימפטומים פוסט טראומטיים ועל כן גם לא פיתחו צמיחה רבה. הנתון לפיו היקף חשיפה רב יותר לנגיף מנבא רמת צמיחה גבוהה יותר מספק תמיכה עקיפה לפרשנות זו, שכן חשיפה רבה יותר גם נקשרה במחקרים קודמים למצוקה רגשית, לרבות מצוקה פוסט טראומטית רבה יותר (Kalaitzaki, et al., 2022). בדומה למחקרים בתחומים אחרים (Tedeschi, Cann, Taku, Senol-Durak, & Calhoun, 2017) ובתקופת הקורונה (Feingold, et al., 2022), המימדים בהם המשתתפים מדווחים על הצמיחה הרבה ביותר הם "חוזקות אישיות" ו"הערכה גוברת לחיים".

איכות חיים מקצועית בקרב עובדים סוציאליים - על פי הנורמות הקיימות לכלי בו השתמשנו לאמוד את איכות החיים המקצועית (Stamm, 2010), העובדים הסוציאליים גילו רמה בינונית של סיפוק החמלה, שחיקה וטראומטיזציה משנית. רמות השחיקה והטראומטיזציה המשנית שנמצאו במחקר הנוכחי היו גבוהות מאלה שנמצאו בקרב עובדים סוציאליים (לא בישראל) במחקרים שנעשו לפני פרוץ נגיף הקורונה (Xu, Harmon, Darrow, & Frey, 2019). ממצאי המחקר הבינלאומי שנעשה כחלק מהמחקר הנוכחי מצביעים על רמה דומה של סיפוק החמלה בקרב עובדים סוציאליים בקנדה (Cadell et al., 2022) ובאוסטרליה (Joubert et al., 2022), אולם רמת סיפוק החמלה של עובדים סוציאליים בסינגפור (Goh, Fan, Cheng, & Khaing, 2022) הייתה נמוכה מזו שנמצאה בישראל. רמת השחיקה שנמצאה בקרב עובדים סוציאליים בישראל נמוכה יותר

מזו שנמצאה בקנדה (Cadell, et al., 2022) אך גבוהה מזו שנמצאה באוסטרליה (Joubert, et al., 2022). רמת השחיקה שנמצאה בסינגפור הייתה נמוכה מאד אבסולוטית ובהשוואה לשאר הארצות שהשתתפו במחקר (Goh, et al., 2022). רמת הטראומטיזציה המשנית שנמצאה בקרב עובדים סוציאליים בישראל הייתה דומה לזו של עובדים סוציאליים בקנדה (Cadell, et al., 2022), אך גבוהה במקצת מזו שנמצאה באוסטרליה (Joubert, et al., 2022) ונמוכה מזו שנמצאה בסינגפור (Goh, et al., 2022). בדומה לממצאי מחקר קודמים שנעשו על עובדי מערכת הבריאות בתקופת הקורונה בארצות שונות (Aldhahi et al., 2021; Pigati et al., 2021; Ruiz-Fernández et al., 2021; Kelly, Schroeder, & Leighton, 2022; Orrù et al., 2021), חוסן אישי היווה מנבא מרכזי לשלושת ממדי איכות החיים המקצועית. יש גם לשים לב לכך שתמיכה פורמלית מהצוות ומהנהלת בית החולים ניבאה סיפוק חמלה רב יותר.

על פי 'תיאורית הדחק' של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984) ועל פי 'תיאוריית המשאבים' של הובפול (Hobfoll & Walfisch, 1984) חוסן פנימי מהווה משאב פנימי ותמיכה מהווה משאב חיצוני, כאשר משאבים אלו תורמים בהתמודדות הפרט עם מצבי דחק ומסייעים למצבו הרגשי. אכן, חשיבות החוסן והתמיכה באה לידי ביטוי גם בחלק האיכותני של המחקר. כך, תחושת החוסן הפנימי באה לידי ביטוי באופן רב מימדי כמורכבת מאלמנטים של סיפוק, גאווה ותחושת משמעות. תחושות של סיפוק וגאווה נבעו, על פי תפיסת המרואיינים מתחושת הצלחה על כך שלמרות העומס הפיזי והרגשי, תחושות הפחד והלחץ שליוו את הצוותים בתקופה זו, הם הצליחו לתפקד ברמה האישית והמקצועית ואף להציל מטופלים ממות. כל אלה הובילו להבניית תחושת משמעות בתוך הכאוס המשמעותי שנוצר בחייהם. אכן, חוסן פנימי עשוי להיבנות גם כתוצאה מתחושת משמעות (Ostafin & Proulx, 2020). מחקרים שונים שנערכו בתקופת הקורונה בקרב צוותים בבתי חולים מצאו כי תחושת משמעות הייתה משאב משמעותי להמשך תפקודם החיוני של הצוותים ברגעי משבר קשים, בהתמודדות עם חרדה ואיום ממשי של מוות (Hashemikamangar & Afshari, 2022; Lanzo et al., 2020). חוסן פנימי נבנה במחקר הנוכחי גם על בסיס של גילוי עצמי של יכולות שהצוותים לא הכירו בעצמם. המיידיות בשינוי תפקיד, איוש תפקידי ניהול במצבים לא ידועים ולא מוכרים חשפו לאנשי המקצוע השונים חוזקות פנימיות שלא היו ידועות להם לפני. הצוותים נדרשו להחליט החלטות, ליזום ולהיות יצירתיים מה שהעלה את תחושת החוסן דווקא במצב של אי-ודאות. במחקר הנוכחי, כפי שנמצא במחקרים אחרים שנערכו בקרב צוותים בתקופת הקורונה (Fino et al., 2021), נמצא שהחוסן הפנימי אפשר גילוי של אנשי הצוותים שהם חזקים יותר ממה שחשבו ומסוגלים להתנהל במצבים אקוטיים.

משאב משמעותי נוסף שעלה מהראיונות האיכותניים שסייע לצוותים להתמודד עם כאוס המשבר היה תמיכה. התמיכה הורכבה משלושה מקורות עיקריים: תמיכה משפחתית, תמיכה מקולגות ותמיכה מהנהלת בית החולים. אחד הקווים הבולטים שהומחש בראיונות היה ההבחנה שעשו המשתתפים בין קבלת התמיכה שקיבלו מהצוות ומהנהלת המחלקה בה עבדו בשונה מהעדר התמיכה ואף חוסר הערכה שחוו מצד ההנהלה הבכירה של בית החולים. המשתתפים תיארו אף תחושת ריחוק מסוימת מההנהלה הבכירה וטענו כי אנשי ההנהלה הבכירה לא חוו את תחושות הלחץ והחרדה שהיו מנת חלקם של הצוותים על בסיס יומי בתקופת הקורונה. הצורך והחשיבות של הימצאותה של תמיכה עשוי לנבוע מהצורך הבסיסי של האדם לשייכות. על פי תיאורית הצרכים של מאסלו (Maslow, 1943) שאיפה של האדם היא להגשים את הצורך החברתי להיות חלק מקבוצה, להיות אהוב ונאהב, מה שמהווה בסיס מוטיבציוני. אי-השלמה של שלב זה עלול להוביל לתוצאות פסיכולוגיות שליליות כגון חרדה, בדידות ודיכאון וכך להפחית את רווחתו הנפשית של הפרט. ניכר כי על אף שהתמיכה החברתית הנתפסת שהצוותים קיבלו מבני משפחה וקולגות היתה משמעותית, עדיין היעדר התמיכה שקיבלו מהנהלה הבכירה יצר תחושת פגיעות מסוימת ואף תחושה של חוסר הערכה. למרות שהנהלת המחלקה מייצגת בצורה מסוימת את ההנהלה הבכירה, משתתפי המחקר עשו הפרדה ברורה בין שתי הקבוצות.

חשוב לציין כי מגפת הקורונה משתייכת לתופעת המציאות טראומטית משותפת Shared Traumatic Reality (STR), מצב בו אנשי מקצוע נמצאים במציאות מסוכנת כמו מטופליהם (Dekel et al., 2016). מגיפת הקורונה היוותה מציאות טראומטית משותפת חדשה לאנשי המקצוע שחוו את הפחד והסכנה מפני הנגיף ודאגה לבני משפחותיהם, לצד תפקידם כמסייעים למטופליהם. במצב זה הפרט נזקק למשאבים רבים, פנימיים וחיצוניים, אשר יאפשרו לו לסייע הן לעצמו והן לחולה ולמשפחתו.

המלצות

הממצאים שהצגנו מצביעים על צורך בבחינת מדיניות הבידודים לאחר חשיפה לחולה מאומת או עקב קבלת תוצאה חיובית בבדיקה. היקף הבידודים יצר ללא ספק נטל על הצוותים שנאלצו לעבוד בהרכבים חסרים ועוד בתקופה שגם בהרכב מלא עומס העבודה היה רב עד בלתי אפשרי. מדיניות הבידודים אכן שונתה בתקופה שלאחר איסוף הנתונים למחקר.

הצוותים מדווחים על רמה גבוהה של חוסן אישי. לצד זאת, רמת המוכנות האישית המדווחת בינונית, כך גם רמת המוכנות הנתפסת של בית החולים, ואילו רמת המוכנות של המדינה נתפסת הנמוכה מכולם. רופאים ואחים/אחיות ביקורתיים יותר משאר הצוותים כלפי רמת המוכנות של בתי החולים. ייתכן שיש צורך בבחינה מדוקדקת יותר של ביקורת זו ושל האופנים בהם ניתן לשפר את המצב. מומלץ לנצל את החוסן האישי הגבוה על מנת לבחון כיצד ניתן לשפר את מוכנות בית החולים לגל נוסף של קורונה או לקראת המגפה הבאה. כחלק מהמוכנות למגפה הבאה יש להכשיר צוותים תומכים כך שלכל צוות מטפל וכן למטופלים הנמצאים בבידוד ולבני משפחותיהם יהיה צוות המורכב מעובד סוציאלי או פסיכולוג אשר יוכל להעניק תמיכה פסיכו-סוציאלית מיידית לאורך תקופת המגפה.

נראה שהממצאים מצביעים על כיוון חשיבה למאמצים לשיפור המוכנות או תפיסת המוכנות. ניתן לראות בחלק האיכותני של המחקר את ההערכה שהביעו רבים מהעובדים לתמיכה שבה הם זכו מהמומנים הישירים עליהם ומחבריהם לעבודה, וכי התמיכה הזו יוחסה לאנשים הקרובים לעובדים. כך לדוגמה, אם הממונה הישירה ערכה קבוצות תמיכה לעובדים – היא נתפסה כמקור התמיכה. בודדים היו המרואיינים שייחסו גילויי תמיכה שכאלו, או דומים להם, לארגון בכללו – שמאפשר יוזמות כאלו, שאולי מעודד אותן, ושמקצה זמן ומשאבים ליישומן. ייתכן שהפער הקיים במערכות גדולות כמערכת הבריאות בין העובדים לבין ההנהלה הבכירה – בין אם בארגון ובין אם במשרד הבריאות – הוא שתורם לתחושה מוכנות נמוכה של המדינה ולפער בין תפיסת רמת המוכנות של המדינה לזו של הארגון שאליו שייכים.

העובדה שקיים קונצנזוס בין הצוותים השונים בבתי החולים באשר לתפיסת המדינה כבעלת מוכנות נמוכה לקראת גל נוסף של קורונה או למגפה הבאה מלמדת כי יש צורך בשיפור מוכנות זו או אולי בשיפור התקשורת, והעברת המידע, לרבות מניעה של מסרים סותרים בין משרד הבריאות לבין עובדי מערכת הבריאות בבתי החולים. מעניין לבדוק האם תפיסת המוכנות הנמוכה של המדינה מאפיינת את העובדים במערכת הבריאות בלבד, כמי שמתמודדים עם השלכות המגיפה על שירותי הבריאות, או משותפת לכלל הציבור.

רשימת מקורות

- Al Maskari, Z., Al Blushi, A., Khamis, F., Al Tai, A., Al Salmi, I., Al Harthi, H., . . . Al Blushi, Z. (2021). Characteristics of healthcare workers infected with COVID-19: A cross-sectional observational study. *International Journal of Infectious Diseases, 102*, 32-36. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.10.009>
- Aldhahi, M. I., Akil, S., Zaidi, U., Mortada, E., Awad, S., & Al Awaji, N. (2021). Effect of Resilience on Health-Related Quality of Life during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(21). Retrieved from doi:10.3390/ijerph182111394
- Baskin, R. G., & Bartlett, R. (2021). Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic: An integrative review. [<https://doi.org/10.1111/jonm.13395>]. *Journal of Nursing Management, 29*(8), 2329-2342. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13395>
- Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Dell, . . . Carmassi, C. (2020). Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(17). doi: 10.3390/ijerph17176180
- Cadell, S., Ashcroft, R., Furtado, J., Adamson, K., McConnell, S. M., & Teichman, S. (2022). COVID-19 and social work in health care in Canada: What are the impacts? *Social Work in Health Care, 61*(4), 218-242. doi: 10.1080/00981389.2022.2104985
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., & Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress, & Coping, 23*(2), 127-137. doi: 10.1080/10615800903094273
- Cheng, C., Wang, H.-y., & Ebrahimi, O. V. (2021). Adjustment to a “new normal:” Coping flexibility and mental health issues during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychiatry, 12*, 626197. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.626197>
- Chor, W. P. D., Ng, W. M., Cheng, L., Situ, W., Chong, J. W., Ng, L. Y. A., . . . Lin, Z. (2021). Burnout amongst emergency healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A multi-center study. *The American journal of emergency medicine, 46*, 700-702. doi: 10.1016/j.ajem.2020.10.040
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety, 18*(2), 76-82. doi: <https://doi.org/10.1002/da.10113>

- Cuartero-Castañer, M. E., Hidalgo-Andrade, P., & Cañas-Lerma, A. J. (2021). Professional Quality of Life, Engagement, and Self-Care in Healthcare Professionals in Ecuador during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare, 9*(5). Retrieved from doi:10.3390/healthcare9050515
- Dagyan, I., Risom, S. S., Berg, S. K., Højskov, I. E., Heiden, M., Bernild, C., ... & Missel, M. (2021). Like soldiers on the front—a qualitative study understanding the frontline healthcare professionals' experience of treating and caring for patients with COVID-19. *BMC Health Services Research, 21*(1), 1-10.
- Dahan, S., Levi, G., & Segev, R. (2022). Shared trauma during the COVID-19 pandemic: Psychological effects on Israeli mental health nurses. [\[https://doi.org/10.1111/inm.12996\]](https://doi.org/10.1111/inm.12996). *International Journal of Mental Health Nursing, 31*(3), 722-730. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12996>
- Dekel, R., Nuttman, S., o., Lavi, T. (2016). Shared traumatic reality and boundary theory: How mental health professionals cope with the home/work conflict during continuous security threats: *Journal of Couple & Relationship Therapy, 15*(2), 121-134.
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. *Journal of General Internal Medicine, 21*(3), 267-275. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x
- Dopelt, K., Bashkin, O., Davidovitch, N., & Asna, N. (2021). Facing the Unknown: Healthcare Workers' Concerns, Experiences, and Burnout during the COVID-19 Pandemic—A Mixed-Methods Study in an Israeli Hospital. *Sustainability, 13*(16). doi: 10.3390/su13169021
- Feingold, J. H., Hurtado, A., Feder, A., Peccoralo, L., Southwick, S. M., Ripp, J., & Pietrzak, R. H. (2022). Posttraumatic growth among health care workers on the frontlines of the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders, 296*, 35-40. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.032>
- Ferreira, P., & Gomes, S. (2021). The Role of Resilience in Reducing Burnout: A Study with Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Social Sciences, 10*(9). Retrieved from doi:10.3390/socsci10090317
- Fino, E., Bonfrate, I., Fino, V., Bocus, P., Russo, P. M., & Mazzetti, M. (2021). Harnessing distress to boost growth in frontline healthcare workers during COVID-19 pandemic: the protective role of resilience, emotion regulation and social support. *Psychological medicine, 1-3*.

- Goh, S. N., Fan, G., Cheng, S., & Khaing, N. (2022). COVID 19 pandemic: Impact of changes experienced on social workers' professional quality of life in Singapore. *Social Work in Health Care, 61*(4), 298-322. doi: 10.1080/00981389.2022.2092582
- Hashemikamangar, S., & Afshari, A. (2022). Predicting Role of Resilience and Meaning in Life in Perceived Stress of Frontline Health Care Workers during COVID-19 Outbreak. *International Journal of Social Science and Humanity, 12*(1).
- Hobfoll, S.E., & Walfisch, S. (1984), Coping with a threat to life: A longitudinal study of self-concept, social support, and psychological distress. *American Journal of Community Psychology, 12*, 87-100.
- Huffman, E. M., Athanasiadis, D. I., Anton, N. E., Haskett, L. A., Doster, D. L., Stefanidis, D., & Lee, N. K. (2021). How resilient is your team? Exploring healthcare providers' well-being during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Surgery, 221*(2), 277-284. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.09.005>
- Joubert, L., Hampson, R., Acuto, R., Powell, L., Latiff, M. N. L. A., Tran, L. . . . ,Simpson, G. (2022). Resilience and adaptability of social workers in health care settings during COVID-19 in Australia. *Social Work in Health Care, 61*(4), 199-217. doi: 10.1080/00981389.2022.2096170
- Kalaitzaki, A., Tamiolaki, A., & Tsouvelas, G. (2022). From secondary traumatic stress to vicarious posttraumatic growth amid COVID-19 lockdown in Greece: The role of health care workers' coping strategies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 14*, 273-280. doi: 10.1037/tra0001078
- Kelly, D., Schroeder, S., & Leighton, K. (2022). Anxiety, depression, stress, burnout, and professional quality of life among the hospital workforce during a global health pandemic. [<https://doi.org/10.1111/jrh.12659>]. *The Journal of Rural Health, 38*(4795-),(.804doi: <https://doi.org/10.1111/jrh.12659>
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ, 369*, m1642. doi: 10.1136/bmj.m1642
- Kliem, S., Mößle, T., Rehbein, F., Hellmann, D. F., Zenger, M., & Brähler, E. (2015). A brief form of the Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU) was developed, validated, and standardized. *Journal of Clinical Epidemiology, 68*(5), 551-562. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.003>

- Kuiper, H., van Leeuwen, C. C. M., Stolwijk-Swüste, J. M., & Post, M. W. M. (2019). Measuring resilience with the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): which version to choose? *Spinal Cord*, 57(5), 360-366. doi: 10.1038/s41393-019-0240-1
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., . . . Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976-e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lenzo, V., Quattropani, M. C., Musetti, A., Zenesini, C., Freda, M. F., Lemmo, D., Vegni, E., Borghi, L., Plazzi, G., Castelnuovo, G., Cattivelli, R., Saita, E., & Franceschini, C. (2020). Resilience contributes to low emotional impact of the COVID-19 outbreak among the general population in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 576485.
- Lin, M., Hirschfeld, G., & Margraf, J. (2019). Brief form of the Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU K-6): Validation, norms, and cross-cultural measurement invariance in the USA, Germany, Russia, and China. *Psychological Assessment*, 31(5), 609-621. doi: 10.1037/pas0000686
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 288, 112936. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Lung, F.-W., Lu, Y.-C., Chang, Y.-Y., & Shu, B.-C. (2009). Mental Symptoms in Different Health Professionals During the SARS Attack: A Follow-up Study. *Psychiatric Quarterly*, 80(2), 107. doi: 10.1007/s11126-009-9095-5
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- Moreno-Jiménez, J. E., Blanco-Donoso, L. M., Demerouti, E., Belda Hofheinz, S., Chico-Fernández, M., Moreno-Jiménez, B., & Garrosa, E. (2021). The role of healthcare professionals' passion in predicting secondary traumatic stress and posttraumatic growth in the face of COVID-19: A longitudinal approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4453. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18094453>
- Nuzzo, J. B., & Gostin, L. O. (2022). The First 2 Years of COVID-19: Lessons to Improve Preparedness for the Next Pandemic. *JAMA*. doi: 10.1001/jama.2021.24394
- Oreg, S. (2006). Personality, context, and resistance to organizational change. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(1), 73-101. doi: 10.1080/13594320500451247

- Orrù, G., Marzetti, F., Conversano, C., Vaghegini, G., Miccoli, M., Ciacchini, R., . . . Gemignani, A. (2021). Secondary Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during COVID-19 Outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1). Retrieved from doi:10.3390/ijerph18010337
- Park, S. H. (2020). Personal Protective Equipment for Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Infect Chemother*, 52(2), 165-182. doi: 10.3947/ic.2020.52.2.165
- Park, H. I., & Nam, S. K. (2020). From role conflict to job burnout: A mediation model moderated by mindfulness. *The Career Development Quarterly*, 68(2), 129-144.
- Pat-Horenczyk, R., Saltzman, L. Y., Hamama-Raz, Y., Perry, S., Ziv, Y., Ginat-Frolich, R., & Stemmer, S. M. (2016). Stability and transitions in posttraumatic growth trajectories among cancer patients :LCA and LTA analyses. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(5), 541-549. doi: 10.1037/tra0000094
- Pigati, P. A., Righetti, R. F., Dourado, V. Z., Nisiayamoto, B. T., Saraiva-Romanholo, B. M., & Tibério, I. D. (2022). Resilience Improves the Quality of Life and Subjective Happiness of Physiotherapists during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14). Retrieved from doi:10.3390/ijerph19148720
- Rossi, R., Soggi, V., Pacitti, F., Mensi, S., Di Marco, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). Mental Health Outcomes Among Healthcare Workers and the General Population During the COVID-19 in Italy. *Frontiers in psychology*, 11, 608986-608986. doi: 10.3389/fpsyg.2020.608986
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Carmona-Rega, M. I., Sánchez-Ruiz, M. J., & Ortega-Galán, Á. M. (2021). Professional quality of life, self-compassion, resilience, and empathy in healthcare professionals during COVID-19 crisis in Spain. [<https://doi.org/10.1002/nur.22158>]. *Research in Nursing & Health*, 44(4), 620-632. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.22158>
- Samson, T., Iecovich, E., & Shvartzman, P. (2016). Psychometric Characteristics of the Hebrew Version of the Professional Quality-of-Life Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(4), 575-581.e571. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.03.019>
- Schiff, M., Shinan-Altman, S., & Rosenne, H. (2021). Israeli Health Care Social Workers' Personal and Professional Concerns during the COVID-19 Pandemic Crisis: The Work-Family Role Conflict. *Br J Soc Work*, 51(5), 1858-1878. doi: 10.1093/bjsw/bcab114

- Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223-229. doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>
- Shinan-Altman, S., Schiff, M., Rosenne, H., Chen, W., Kaofer, H., Zeevi, S., & Nir-Paz, R. (2022). Perceived support and preparedness for the next pandemic among Israeli social workers in hospital settings during the COVID-19 pandemic. *Social Work in Health Care*, 61(4), 243-260. doi: 10.1080/00981389.2022.2076765
- Stamm, B. H. (2010). The concise ProQOL manual (2nd. ed.): Pocatello, ID: proqol. org.
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). The posttraumatic growth inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 11-18 .doi: <https://doi.org/10.1002/jts.22155>
- Ting, C., Chan, A. Y., Chan, L. G., & Hildon, Z. J. L. (2022). “Well, I Signed Up to Be a Soldier; I Have Been Trained and Equipped Well”: Exploring Healthcare Workers’ Experiences during COVID-19 Organizational Changes in Singapore, from the First Wave to the Path towards Endemicity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2477.
- Toker, S., Laurence, G. A., & Fried, Y. (2015). Fear of terror and increased job burnout over time: Examining the mediating role of insomnia and the moderating role of work support. *Journal of Organizational Behavior*, 36(2), 272-291. doi: 10.1002/job.1980
- Veronese, G., Mahamid, F. A., & Bdier, D. (2022). Subjective well-being, sense of coherence, and posttraumatic growth mediate the association between COVID-19 stress, trauma, and burnout among Palestinian health-care providers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 92, 291-301. doi: 10.1037/ort0000606
- Wong, T. Y., Koh, G. C. H., Cheong, S. K., Lee, H. Y., Fong, Y. T., Sundram, M., . . . Koh, D. (2008). Concerns, perceived impact and preparedness in an avian influenza pandemic--a comparative study between healthcare workers in primary and tertiary care. *Annals-Academy Of Medicine Singapore*, 37(2), 96.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., . . . Hoven, C. W. (2009). The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302-311. doi: 10.1177/070674370905400504
- Xu, Y., Harmon-Darrow, C., & Frey, J. J. (2019). Rethinking professional quality of life for social workers: Inclusion of ecological self-care barriers. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 11-25. doi: 10.1080/10911359.2018.1452814

- Yılmaz-Karaman, İ. G., Yastıbaş-Kaçar, C., & Ece İnce, F. (2022). (Posttraumatic growth levels of healthcare workers in two periods with different intensities of COVID-19 pandemic. [<https://doi.org/10.1002/pchj.599>]. *PsyCh Journal*, n/a(n/a). doi: <https://doi.org/10.1002/pchj.599>
- Zerbini, G., Ebigbo, A., Reicherts, P., Kunz, M., & Messman, H. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *German medical science : GMS e-journal*, 18, Doc05-Doc05. doi: 10.3205/000281
- Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., . . . Zhang, B. (2020). Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. [10.3389/fpsyt.2020.00306]. *Frontiers in Psychiatry*, 11 .306 ,doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00306>

נספח 1: שאלון המחקר הכמותי (השאלון הועבר לתוכנת קוולטריקס על מנת לאפשר מילוי באופן דיגיטלי).



האוניברסיטה העברית בירושלים
THE HEBREW UNIVERSITY OF JERUSALEM



בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול ברואלד
The Paul Baerwald School of Social Work and Social Welfare
مدرسة الخدمة الاجتماعية والرعاية الاجتماعي على اسم باول بيرفالد



טופס הסכמה מדעת – התאמה לדרישות הלסינקי

צוותים בבתי חולים כלליים בתקופת נגיף הקורונה (COVID-19): מצב רגשי, תפקוד ותפיסת מוכנות

מידע על המחקר וטופס הסכמה מדעת

לפניך שאלון על ההשלכות של נגיף הקורונה על צוותים בבתי חולים. סקר זה מתייחס למידת החשיפה לנגיף הקורונה, השינויים שיצר בעבודה השוטפת, מידת התמיכה שניתנה בעבודה ומחוצה לה, תחושת מוכנות למגיפה נוספת, בריאות, קושי רגשי וצמיחה רגשית. השאלון מבקש לציין את עמדתך או מחשבותיך האישיים. אין כאן תשובות נכונות או לא נכונות. במחקר משתתף כל צוות בית החולים. לכן ייתכן ותהיינה שאלות הקשורות לעבודה שלך וכאלה שפחות. נודה על התייחסות לכל השאלות. המחקר הזה ייערך גם במקומות שונים בעולם בקרב עו"סים שעובדים במרכזים רפואיים. השתתפותך במחקר הינה אנונימית ועל בסיס התנדבותי. ייתכן ותהיינה שאלות שתגרומנה לך לאי נוחות. מהניסיון שלנו אי נוחות זו היא זמנית. יחד עם זאת, אפשר לדלג על שאלות אלו. בנוסף, ניתן לפנות למרכזי סיוע (ראו רשימה בסוף השאלון) לקבלת תמיכה רגשית בחינם. השתתפותך במחקר לא תועיל לך באופן אישי. עם זאת, תשובותיך תספקנה ידע רב על אופן ההתמודדות של צוותי בתי חולים בישראל במשבר הקורונה עליה אנו יודעים מעט מאד עד כה. במידה ואתה מסכים/ה להשתתף במחקר, אנא סמך/י בהמשך המשפט: "אני מבין/ה על מה המחקר ומוכן/נה להשתתף בו". "אם אינך מעוניין/ת להשתתף במחקר- אנא סמך/י אפשרות זו.

בתודה על שיתוף הפעולה,

פרופ' מרים שיף, בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית, האוניברסיטה העברית
ד"ר הדס רוזן, המחלקה לעבודה סוציאלית, מרכז רפואי הדסה
פרופ' רן ניר-פז, המחלקה למיקרוביולוגיה קלינית ומחלות זיהומיות, מרכז רפואי הדסה
ד"ר שירי שנאן-אלטמן, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן

ליצירת קשר:

פרופי מרים שיף

E-mail: Miriam.schiff@mail.huji.ac.il

דייר שירי שנאן- אלטמן

E-mail: altman.shiri@gmail.com

אנא סמני את התשובה הנכונה עבורך :

1. אני מבינה על מה המחקר ומוכנה להשתתף בו
2. איני מעוניינת להשתתף במחקר

נתחיל ממספר שאלות רקע

- שם המרכז הרפואי :** 1. הדסה 2. שיבא 3. רמב"ם 4. ברזילי
מגדר : 1. זכר 2. נקבה 3. אחר

תפקיד במרכז הרפואי/בית החולים :

1. רופאה
2. אח/אחות
3. עובדת/סוציאלית
4. עובדת/פרא-רפואי
5. עובדת מעבדה
6. מזכירות/פקידות
7. אחר _____

מספר שנים בבית החולים _____

מספר שנים במקצוע _____

האם את/ה 1. יהודי 2. ערבי 3. אחר _____
גיל _____

האם את/ה 1. רווקה 2. פרודה 3. גרושה 4. נשואה 5. גרה בזוגיות 6. אלמנה 7. אחר _____
האם יש לך ילדים מתחת לגיל 18?

1. כן,
2. לא, הילדים מעל גיל 18
3. לא, אין לי ילדים

השכלה :

1. תיכונית
2. לימודי תעודה
3. תואר בוגר (ב.א.)
4. תואר מוסמך
5. תואר דוקטור לרפואה (M.D.)
6. תואר דוקטור (PhD).

האם במהלך הקורונה הוגדרת כעובדת חיוני? 1. כן 0. לא
האם יש לך הורים מבוגרים הזקוקים לעזרה שלך?

1. לא
2. כן

נעבור לשאלות בנושא בריאות וחיפה לקורונה :

כיצד את/ה מתארת כיום את מצבך הבריאותי?

5. מצוין
4. טוב מאד
3. טוב
2. סביר
1. גרוע

האם את/ה סובלת/ת ממחלות רקע שבעטיין את/ה נחשבת/ת אוכלוסיית סיכון בהקשר לקורונה?

1. לא

2. כן

האם, מאז התפרצות נגיף הקורונה, היית בבידוד בית בשל חשד שנדבקת בקורונה?

0 לא

1.. כן

האם בבדיקת קורונה נמצאת חיובי לנגיף?

0. לא

1. כן

2. לא נבדקתי

האם את/ה מכיר/ה מישהו מהבאים שחלה בקורונה? את/ה יכול/ה לסמן יותר מתשובה אחת.

1. בן משפחה נפטר מקורונה

2. חבר/ה שנפטרו מקורונה

3. מטופל/ת בבית החולים שנפטר מקורונה

4. איש/אשת צוות בבית החולים שנפטר מקורונה

5. מישהו אחר שגר איתך בבית ואינו בן משפחה

6. שכן/ה

האם את/ה מכיר/ה מישהו מהבאים שנפטר מקורונה? את/ה יכול/ה לסמן יותר מתשובה אחת.

1. בן משפחה נפטר מקורונה

2. חבר/ה שנפטרו מקורונה

3. מטופל/ת בבית החולים שנפטר מקורונה

4. איש/אשת צוות בבית החולים שנפטר מקורונה

5. מישהו אחר שגר איתך בבית ואינו בן משפחה

6. שכן/ה

האם את/ה עובד/ת או עבדת במחלקת קורונה?

1. כן 2. לא

מאז תחילת משבר הקורונה. האם היית ב (ניתן לסמן את כל האפשרויות הרלבנטיות לך):

1. בידוד בית עקב חזרה מחו"ל

2. בידוד בית עקב חשיפה לחולה קורונה מאומת
3. בידוד בית כי אחד מילדיך נחשף לחולה קורונה מאומת
4. בידוד במלונית או במרכז הרפואי בו את/ה עובד/ת
5. היית באזור בו הוכרז סגר עקב התפשטות נגיף הקורונה (לא כולל את תקופת הסגר בכל המדינה)
6. אושפזת עקב מחלת הקורונה
7. יצאת לחופשה ללא תשלום

2.3 עד כמה את/ה חושש/ת להידבק בנגיף הקורונה?

1. כלל לא
2. במידה מועטה
3. במידה בינונית
4. במידה רבה
5. במידה רבה מאוד

9. נדבקתי בקורונה

2.4 עד כמה את/ה מרגיש/ה מוגן/נת מפני הידבקות בקורונה במקום עבודתך?

1. כלל לא
2. במידה מועטה
3. במידה בינונית
4. במידה רבה
5. במידה רבה מאוד

2.5 במהלך משבר הקורונה, באיזו מידה הרגשת שהארגון מעריך את העבודה שלך?

1. כלל לא
2. במידה מועטה
3. במידה בינונית
4. במידה רבה
5. במידה רבה מאוד

2.6 באיזו מידה הנחיות הקורונה שקיבלת מהממונים עליך בארגון היו ברורות ומותאמות למצב? נא

להתייחס לחודש האחרון. כלל לא

1. במידה מועטה
2. במידה בינונית
3. במידה רבה

אנא בחר את התשובה המתאימה לך ביותר. Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC2).

0 לא נכון	1 נדיר	2 לעיתים	3 לעיתים קרובות	4 כמעט תמיד	
0	1	2	3	4	אני יכול להתאים את עצמי לכל שינוי שמתחולל
0	1	2	3	4	אני נוטה להתאושש לאחר מחלה, פציעה או כל קושי אחר

בשאלון האחרון כל הזכויות שמורות. אין לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט, לתרגם, לאחסן במאגר מידע, לשדר או להפיץ בכל דרך או אמצעי אלקטרוני או מכני או אחר, מסמך זה או כל חלק ממנו. אלא ברשות מפורשת בכתב מדייר דוידסון בדואר אלקטרוני: mail@cd-risc.com זכויות היוצרים לכל התרגומים של שאלון- RISC CD מהשנים 2007, 2009, 2001, 2003 ו 2013 שמורות של קטרין מ. קונור ויונתן ר. ת. דודסון. M.D. התרגום לעברית בוצע על ידי: רנדה מטב - אבס Ph.D., מכללת הגליל המערבי וקרולין ו. קרן. Ph.D. מאוניברסיטת טקסס הצפונית.

In the last questionnaire all rights reserved. No part of this document may be reproduced or transmitted in any form, or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from Dr. Davidson at mail@cd-risc.com. Copyright to all translations of the CD-RISC © 2001, 2003, 2007, 2009, 2013 is held by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D. Hebrew Translation: Randa Matab Abbas, Ph.D., Western Galilee College, Yifat Shemmer, & Carolyn W. Kern, Ph.D., University of North Texas.

כלי הבוחן שביעות רצון כללית- נשאל רק בקרב עובדים סוציאליים כלי הבוחן שלושה מימדים: סיפוק החמלה, שחיקה וטראומטיזציה משנית (Professional Quality of Life Scale (ProQOL) (Stamm, 2010).

כאשר את/ה עוזרת/ת לאנשים שיש לך קשר ישיר איתם בחייך, את/ה עשויה למצוא שהחמלה שלך לאנשים שאת/ה מסייעת/ת להם, עשויה להשפיע עליך באופן חיובי ו/או שלילי. לפניך מספר שאלות על החוויות שלך, הן השליליות והן החיוביות כעו"ס בית החולים. אנא השב/י לשאלות אלה בהתייחס אליך ומצבך הנוכחי בעבודה. אנא בחר/י את התשובה המשקפת בצורה הכי טובה את החוויות שלך בכל אחד מהבאים במהלך החודש האחרון.

לעיתים קרובות מאד	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם	
5	4	3	2	1	אני שמח/ה
5	4	3	2	1	מחשבות על אנשים בהם אני מטפל/ת מסיחות את דעתי
5	4	3	2	1	אני מתמלא/ת סיפוק מהיכולת לטפל באחרים

לעיתים קרובות מאד	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם	
5	4	3	2	1	אני מרגישה מחוברת לאחרים
5	4	3	2	1	אני נבהלת או נחרדת מרעשים לא צפויים
5	4	3	2	1	אני מרגישה נמרצת לאחר שאני מעניקה טיפול לאחרים
5	4	3	2	1	אני מתקשה להפריד בין חיי האישיים לבין חיי המקצועיים כעו"ס
5	4	3	2	1	היעילות שלי בעבודה נפגעת כי אני מאבדת שעות שינה עקב חוויות טראומטיות של אדם בו אני מטפלת
5	4	3	2	1	אני חושבת שאולי הושפעת מהלחץ הטראומטי של אלו בהם אני מטפלת
5	4	3	2	1	אני חשה לכוד/ה בעבודתי כעו"ס
5	4	3	2	1	בגלל העבודה שלי אני מרגישה "על הקרשים" לגבי מספר דברים
5	4	3	2	1	אני אוהבת את העבודה שלי כעו"ס
5	4	3	2	1	אני מרגישה מדוכדך/ת בגלל חוויות טראומטיות של אנשים בהם אני מטפל
5	4	3	2	1	אני חשה כאילו אני חווה את הטראומה של מישהו בו טיפלתי
5	4	3	2	1	האמונות שלי מחזקות אותי
5	4	3	2	1	אני מרוצה מרמת העדכון שלי בהתערבויות, טכניקות ובפרוטוקולים לטיפול
5	4	3	2	1	אני האדם שתמיד רציתי להיות
5	4	3	2	1	העבודה שלי גורמת לי סיפוק
5	4	3	2	1	אני מרגישה מותשת/ת בשל עבודתי כעו"ס
5	4	3	2	1	יש לי מחשבות ורגשות חיוביים לגבי האנשים בהם אני מטפלת והדרך בה אני

לעיתים קרובות מאד	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם	
					מסייעת להם
5	4	3	2	1	אני כורעת/תחת עומס העבודה שלי שנראה אינסופי
5	4	3	2	1	אני מאמינה שאני יכולה לחולל שינוי הודות לעבודה שלי כעו"ס
5	4	3	2	1	אני נמנעת מפעילויות או מצבים מסוימים שמזכירים לי חוויות מאיימות של אנשים בהם אני מטפלת
5	4	3	2	1	אני גאה במה שאני יכול לעשות כעו"ס
5	4	3	2	1	יש לי מחשבות טורדניות ומפחידות כתוצאה מעבודתי כעו"ס
5	4	3	2	1	אני מרגישה תקועה על ידי המערכת
5	4	3	2	1	אני חושבת שאני סיפור הצלחה בתפקידי כעו"ס
5	4	3	2	1	אני לא יכולה לזכור חלקים חשובים בעבודה שלי עם נפגעי טראומה
5	4	3	2	1	אני אדם מאד אכפתי
5	4	3	2	1	אני שמחה שבחרתי לעסוק בעבודה זו

**צמיחה פוסט טראומטית מקוצר: של טדשי ואח' Short Form of the
.(Cann, et al., 2010) Posttraumatic Growth Inventory (PTGI-SF)**

כלי הבוחן תמיכה חברתית. נשאל רק בקרב העובדים הסוציאליים (Kliem, Questionnaire (F-SozU K-6; et al., 2015).

אנא סמן את התשובה הנכונה ביותר עבורך

בשאלות הבאות התייחס בבקשה למשבר הקורונה. עבור כל אחת מההצהרות הבאות, ציין את המידה שבה שינוי זה התרחש בחייך בעקבות משבר הקורונה.						
במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה	במידה מועטה מאוד	לא חוויתי כלל	בעקבות משבר הקורונה
5	4	3	2	1	0	1. העדיפויות שלי בנוגע למה שחשוב בחיים השתנו
5	4	3	2	1	0	2. ערך החיים שלי עלה בעיני
5	4	3	2	1	0	3. אני מסוגלת/ת להפוך את חיי לטובים יותר
5	4	3	2	1	0	4. יש לי הבנה טובה יותר של עניינים רוחניים
5	4	3	2	1	0	5. אני חש/ה יותר קירבה לאחרים
5	4	3	2	1	0	6. פתחתי דרך חדשה בחיי
5	4	3	2	1	0	7. אני יודע/ת שאני יכול להתגבר על קשיים
5	4	3	2	1	0	8. יש לי אמונה דתית חזקה יותר
5	4	3	2	1	0	9. גיליתי שאני חזקה יותר משחשבתי שאני
5	4	3	2	1	0	10. גיליתי עד כמה אנשים הם נהדרים

נכון מאוד	נכון	נכון חלקית	די לא נכון	בכלל לא נכון	
					אני זוכה להרבה הבנה וביטחון מאחרים
					יש לי מישוהו מאוד קרוב שאני יכולה תמיד לסמוך על עזרתו
					אם אני צריך/ה, אני יכולה ללוות דברים מחברים או שכנים ללא שום בעיה
					באופן כללי, יש לי מספר אנשים שאני אוהבת/לבלות איתם
					כשאני חולה, אני יכולה, ללא היסוס לבקש מחברים או קרובים שיטפלו במקומי בדברים חשובים
					כשאני מדוכאת אני יודעת/ת למי לפנות

										לעזרה
										אם אחלה בקורונה אני בטוח/ה שהמעסיק שלי ידאג לצרכים שלי
										העמיתים שלי בעבודה עוזרים לי במצבי משבר בעבודה

השאלות המסומנות בצהוב הינן תוספת של צוות החוקרות במחקר הנוכחי בהתייעצות עם הצוות הבינלאומי.

אנא תן/י ציון בין 1 ל 10 לגבי המוכנות של כל אחד מהבאים :

מוכן מאד										כלל לא מוכן	
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		ואת/ה באופן אישי מוכן/ה למגפה נוספת או לגל נוסף של קורונה
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		בית החולים בו את/ה עובד/ת מוכן/ה למגפה נוספת- או לגל נוסף של קורונה
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		המדינה ערוכה למגפה נוספת או לגל נוסף של קורונה

אנא חשוב/חשבי על שינוי ארגוני משמעותי שחווית בתקופת הקורונה. כתוב/כתבי בקצרה מהו.
אדפטציה לכלי Change attitude scale הבוחן מימדים שונים של התנגדות לשינוי. הכלי נבנה ותוקף בישראל
(Oreg, 2006).

בהיגדים הבאים, אנא התייחסי לשינוי הארגוני שחווית בתקופת הקורונה אותו ציינת זה עתה. נא תארי את מחשבותיך ותחושותיך לגבי שינוי זה						
היגד	לא מסכים בכלל	לא מסכים	נוטה לא להסכים	נוטה להסכים	מסכים	מאוד מסכים
1. אני מאמין/ה שהשינוי יפגום באופן התנהלות העבודה בארגון.	1	2	3	4	5	6
2. אני חושבת/שטוב שעושים את השינוי. (*)	1	2	3	4	5	6
3. אני פתוח/ה לבחון ולנסות את השינוי. (*)	1	2	3	4	5	6
4. אני מאמין/ה שהשינוי יקל עלי בביצוע עבודתי. (*)	1	2	3	4	5	6
5. אני מאמין/ה שהשינוי ישתלם לארגון. (*)	1	2	3	4	5	6
6. אני מאמין/ה שהשינוי ישתלם לי באופן אישי. (*)	1	2	3	4	5	6
7. אני חוששת/מן השינוי.	1	2	3	4	5	6
8. יש לי הרגשה לא טובה לגבי השינוי.	1	2	3	4	5	6
9. אני די מתלהבת/לקראת השינוי. (*)	1	2	3	4	5	6
10. השינוי מרגיז אותי.	1	2	3	4	5	6
11. השינוי מלחיץ אותי.	1	2	3	4	5	6
12. אני נוטה להתנגד לשינוי.	1	2	3	4	5	6
13. אני חושבת/לשתף פעולה עם השינוי. (*)	1	2	3	4	5	6
14. אני מחפשת/דרכים למנוע את השינוי.	1	2	3	4	5	6
15. אני פועלת/כנגד השינוי.	1	2	3	4	5	6
16. אני מתלוננת/על השינוי בפני חברים.	1	2	3	4	5	6
17. אני משמיעה/בפני נציגי הנהלה את התנגדותי לשינוי.	1	2	3	4	5	6
18. אני מדברת/רבות בזכות השינוי. (*)	1	2	3	4	5	6

אנא השווה את המצב הנוכחי למצב של לפני הקורונה. נבחן רק בקרב העובדים הסוציאליים.

הרבה יותר מאשר לפני הקורונה	יותר מאשר לפני הקורונה	קצת יותר מאשר לפני הקורונה	אותו דבר	קצת פחות	פחות	הרבה פחות מאשר לפני הקורונה	
7	6	5	4	3	2	1	הזמן בו את/ה נמצא/ת בעבודה
7	6	5	4	3	2	1	הזמן שאת/ה עובד/ת מהבית
7	6	5	4	3	2	1	קשר טלפוני עם חולים ובני משפחה
7	6	5	4	3	2	1	הזמן המוקדש לטיפול ישיר בחולה ולקשר עם משפחתו
7	6	5	4	3	2	1	משך הזמן המוקדש לאינטראקציה עם אנשי צוות אחרים
7	6	5	4	3	2	1	משך הזמן המוקדש לשיבות
7	6	5	4	3	2	1	השימוש בטכנולוגיות אונליין (כמו זום) למפגשים עם חולים ובני משפחותיהם
7	6	5	4	3	2	1	מספר החולים שבטיפולך
7	6	5	4	3	2	1	ביקורת או תלונות של מטופלים
7	6	5	4	3	2	1	ביקורת או תלונות של בני משפחה של מטופלים
7	6	5	4	3	2	1	מספר המקרים הקשורים לאלימות במשפחה
7	6	5	4	3	2	1	מספר המקרים עם קשיים כלכליים
7	6	5	4	3	2	1	חובות/תחומי אחראיות בעבודה
7	6	5	4	3	2	1	סך שעות העבודה

אנו מודים לך מאד על שהקדשת לנו מזמנך היקר ועל ששיתפת אותנו ברגשות ובמחשבות שלך

במידה ותרגישי צורך לדבר, תוכלי לפנות ל:

"מוקד" קול הבריאות *5400

ערן 1201 או ברשת: https://www.eran.org.il/?page_id=5789

מרכז "אלה" בטל' 050-9949244 בימים א'-ה' בין השעות 12:00 – 20:00.

מיטיב- המרכז הישראלי לטיפול בפסיכוטארומה 02-6449666 " info@metiv.org מקום בטוח"-נט"ל

<https://natallactures.wixsite.com/coronavirus>

נספח 2: המחקר האיכותני- מדריך ראיון

מדריך ראיון

שים לב שהראיון מוקלט

הערה: אנא שים לב לשפת גוף ולרמזים בלתי- מילוליים, הפרעות

אנשי צוות בבתי חולים בתקופת הקורונה

- ספרי לי מה המשמעות להיות [רופא/אחות/עו"ס/איש מנהל ומשק] בתקופת הקורונה?
- כיצד השתנתה העבודה שלך בתקופה זו? אנא התייחס גם לתנאים הפיזיים בהם את/ה עובד/עבדת בתקופת הקורונה.
- כיצד היית מתאר את תפקידך בימי הקורונה לעומת התקופה טרום הקורונה?
- אילו התנסויות בעבודתך בתקופה זו גורמות לך לחוש קושי ומצוקה? אילו התנסויות גורמות לך למשמעות וסיפוק?
- כיצד עבדת עם מטופלים בתקופת הקורונה (באופן מקוון/פנים אל פנים)? מה היו היתרונות והחסרונות עבורך.
- עם אלו דרישות עבודה התמודדת בקורונה?
- למראיין/ת: שים לב האם מתייחס לבחירה לעבוד או לא לעבוד במחלקות הקורונה. שים לב לתחושות בנוגע לאפשרות הבחירה/ אי היכולת לבחור.
- תארי לי מקומות של קונפליקט עבודה-בית, במידה והיו כאלה.

השלכות רגשיות של משבר הקורונה על אנשי צוות

- ספרי לי על כיצד חווית את כל אחד מ"הגלים" של הקורונה מבחינה רגשית?
- האם יש סיטואציה שבה העבודה התנגשה או פגעה בדברים שמחוץ למסגרת העבודה? איך זה בא לידי ביטוי? (דוגמאות)
- כיצד לתפיסתך הגיבו הקרובים אליך (בן זוג, ילדים) להתמודדויות שחווית בתקופה זו?
- מה היו מקורות התמיכה שהיו לך בתקופות של הגלים של הקורונה ובכלל, במקום העבודה ומחוץ למקום העבודה?
- מה עזר לך להתמודד במקום העבודה? מה עזר לך להתמודד מחוץ למקום העבודה?
- עם אילו קשיים התמודדת בתקופת הקורונה מבחינה אישית ומקצועית?
- לאילו מקורות תמיכה היית זקוק/ה ולא עמדו לרשותך בזמן הקורונה?
- כיצד השפיעה התמיכה/ העדר תמיכה על המחויבות שלך לעבודתך?

סיכום

- אילו דברים למדת על עצמך שלא ידעת לפני משבר הקורונה? אילו כוחות גילית בעצמך? אילו חולשות?
- אלו עצות היית נותנת למנהלי מחלקות/בתי חולים בתקופת הקורונה באשר לעובדיהם?
- איך השתנה המקצוע/ תפקיד שלך בתקופת הקורונה?
- האם ברצונך לקבל סיכום של הממצאים?

להלן מספר שאלות המתייחסות לפרטיך האישיים:

1. גיל _____
2. מין : א. זכר ב. נקבה ג. אחר
3. דת : א. יהודיה ב. נוצריה ג. מוסלמית ד. דרוזית ה. אחר _____
4. מצב משפחתי : א. רווק/ה ב. נשוי/אה ג. גרוש/פרוד ד. אלמן/ה ה. אחר _____
5. מספר ילדים : _____ גילאי הילדים : _____
6. שנות לימוד : _____
7. תפקיד בבית החולים : _____
8. וותק בבית החולים : _____
9. תפיסת מצב בריאותי : א. טוב ב. סביר ג. לא טוב

תודה רבה על שיתוף הפעולה!

רשמים של

המראיין.ת: _____

Shinan-Altman, S., Schiff, M., Rosenne, H., Chen, W., Kaofer, H., Zeevi, S., & Nir-Paz, R. (2022). Perceived support and preparedness for the next pandemic among Israeli social workers in hospital settings during the COVID-19 pandemic. *Social Work in Health Care*, 61(4), 243-260. <https://doi.org/10.1080/00981389.2022.2076765>

Shiri Shinan-Altman (PhD)¹, Miriam Schiff (PhD)², Hadas Rosenne (PhD)³, Wendy Chen (PhD)⁴, Hanna Kaofer (MSW)⁵, Sagit Zeevi (MSW)⁶, Ran Nir-Paz (M.D.)³

¹ Bar Ilan University, The Louis and Gabi Weisfeld School of Social Work, Ramat Gan, Israel 5290002

² Hebrew University, Paul Baerwald School of Social Work and Social Welfare, Mount Scopus, Jerusalem 91905 Israel

³ Hadassah Medical Center, Jerusalem, Israel

⁴ Sheba Medical Center, Social Services Department, Ramat Gan, Israel, 52621

⁵ Barzilai university Medical Center, Social Work Services, Ashkelon, Israel

⁶ Rambam Health care campus, Department of Social Work, Haifa 3109601, Israel

Correspondence author:

Dr. Shiri Shinan-Altman, Ph.D.

Louis and Gabi Weisfeld School of Social Work,

Bar Ilan University, Ramat-Gan 52900, Israel

E-mail: shiri.altman@biu.ac.il

Phone: +972-37384546

Fax: +972-37384042

* ראו בצרופה את גרסת המאמר כפי שמופיע בכתב העת.

Perceived support and preparedness for the next pandemic: Attitudes of Israeli social workers in hospital settings during the COVID-19 pandemic

Abstract

This study describes the conditions under which Israeli social workers in hospital settings operated during the COVID-19 pandemic, and assesses their perceived support and preparedness for the next pandemic. It further assesses correlates for perceived support and associations between perceived support and preparedness. The participants were 163 social workers from four hospitals who completed an on-line survey. The findings revealed that the level of exposure to COVID-19 and fear of contracting COVID-19 were unrelated to perceived nonformal and organizational support. Age and having children who are minors living at home moderated the relationship between fear of contracting COVID-19 and both types of perceived support. Each type of perceived support was significantly associated with preparedness beyond age, having minors at home, exposure to COVID-19, and fear of contracting COVID-19. Implications for research and practice are discussed.

Key words: COVID-19, perceived support, preparedness for the next pandemic, exposure to COVID-19, fear of contracting COVID-19

Background

By August 3, 2021, the COVID-19 pandemic had infected almost 200 million people and caused the death of 4.2 million people worldwide (World Health Organization; WHO, 2021). By that time, the cumulative confirmed cases of COVID-19 reported in Israel was almost 900,000, and the death toll was 6,518 (Israel Science and Technology Directory, 2021). For several weeks during the fall of 2020, Israel had the largest number per million of new daily confirmed cases. Thus, Israeli frontline health-care workers (HCWs), including social workers, had immense responsibilities. Studies have shown that significant factors that helped HCWs cope with the consequences of the epidemic were *nonformal and organizational support* (Chew et al., [2020](#); Shechter et al., [2020](#)).

While there is a growing body of literature regarding the nonformal and organizational support of HCWs during COVID-19 (Fang et al., 2021; Nowicki et al., [2020](#)), we did not find any study addressing the perceived support of social workers in health care during this pandemic, nor their perceived preparedness for the next pandemic. Accordingly, the aims of the current study were threefold: 1) to describe the conditions under which Israeli social workers in hospitals operated during the COVID-19 pandemic; 2) to assess the perceived support of social workers in hospitals during the third and fourth waves of COVID-19 (March 1-August 3, 2021) and their perceived preparedness for the next pandemic; and 3) to assess the associations linking exposure to COVID-19, fear of contracting COVID-19 and (i.) perceived support and (ii.) perceived preparedness for the next pandemic.

During the COVID-19 pandemic, social workers in hospitals had to adjust to new working conditions, such as maintaining social distance from patients and family members, avoiding physical contact (hugging or holding hands), and relying more on digital and phone communication and less on face-to-face interactions. Given that patients had less family support due to the visitation restrictions, frequently social workers and other staff members substituted family members in supporting patients or running small errands for them. Social distancing also affected the ability of centers to support their social work teams, as staff meetings were usually conducted digitally.

In COVID-19 wards, social workers played a crucial role. In most hospitals in Israel, family members generally stay alongside patients and sometimes are practically "hospitalized" with them (Auslander, 2011). Therefore, due to isolation directives, social workers in hospitals carried out intensive interventions to support family members and help them support the patients. Supporting family members and assisting them in communication with the medical staff and their hospitalized relatives was provided in various ways at different stages of the pandemic. At first, social workers in hospitals conducted phone calls, which entailed hours of conversations

with family members, often in quarantine themselves and separated from their loved ones. During these calls social workers conveyed information regarding the patient, the functioning of the Covid ward, discharge options, and other psychosocial concerns. They also played a key role in helping patients communicate digitally with their families, using devices provided by the hospital.

The reality in which elderly people - some Holocaust survivors or members of traditional Muslim society based on extended family units - were hospitalized and even dying without family members at their side, was unbearable to the Israeli public. The issue was brought to the public attention by the media during the first weeks of the pandemic (i.e., Staff, 2020), and thereafter- family farewell visits were introduced and in some centers even grounded in policy, with the direct involvement of social workers. Eventually, family visits became the norm for all, generally one family member at a time. As with staff, family members were given personal protective equipment to wear during these visits. In some centers, social workers were responsible for informing family members about visiting options. Despite the easing of visitation regulations, families were still compelled to drastically alter the way that they dealt with and support hospitalized family members with Covid, because of the strong family unit characteristic of Middle Eastern culture and society. This challenged social workers to find new and creative ways to enable closeness even under these conditions.

Cumulative knowledge indicates that HCWs experienced a deterioration in their psychological well-being and mental health during the COVID-19 pandemic (Chew et al., 2020; Shechter et al., 2020). Review studies reported on higher prevalence rates of anxiety, burnout, depression, PTSD, and psychological distress among HCWs compared to the general public (Luo et al., 2020; Serrano-Ripoll et al., 2020). As for social workers in health-care settings, a study conducted among 126 Israeli social workers in hospitals and community health settings found that participants reported on personal and professional concerns during this pandemic crisis (AUTHORS, 2021). Another study conducted among 304 social workers in Spain related their death anxiety in response to the COVID-19 pandemic (Martínez-Lopez et al., 2021). During pandemics, and other crises, when anxiety and stress are elevated, adequate nonformal and organizational support may help HCWs maintain healthy emotional states (Labrague, 2021).

Nonformal support (from family, friends, the community) and *organizational support* (from colleagues and managers) have been shown to help individuals sustain emotional balance in the face of threats and stress-inducing events (Nowicki et al., 2020; Wilkason et al., 2020). Having support was especially important during the COVID-19 crisis, as support safeguarded mental health and well-being and reduced occupational stress among HCWs who were on the frontlines of the battle against the virus (Blanco-Donoso et al., 2021; Chew

et al., 2020). However, the various restrictions imposed to fight the virus, including social distancing and lockdown measures, prevented some of the HCWs from engaging in those social activities which had previously helped them cope effectively with stress (Labrague, 2021). For example, studies conducted before the pandemic among nurses identified social support (from friends, family, peers, and the community) and outdoor distraction activities (e.g. outdoor exercise) as important coping strategies to combat stress (Ha & Sung, 2018; Lim et al., 2010). However, with the ongoing pandemic, maintaining these support sources became more challenging (Nowicki et al., 2020).

Because promoting nonformal and organizational support was of vital importance during the COVID-19 crisis (as the need for social isolation is one of the things that makes this crisis unique compared to other crises), and given social workers' unique professional demands during the epidemic, it is essential to understand which factors are associated with these two kinds of support among social workers in health care settings. In addition, perceived preparedness for the next pandemic plays a significant role in relation to the confusion, uncertainty, and stress experienced by HSWs during the last pandemic (Shapiro et al., 2020). Hence, numerous new studies and conceptual frameworks are being developed, which aim to identify the factors that relate to preparedness (Global Coalition for Circulatory, 2021). Therefore, we examined this factor in the current study, along with its association with perceived support.

One of the main claims of the WHO during the COVID-19 outbreak was that *preparedness for the next pandemic* is essential for frontline HCWs (WHO, 2020). Thus, HCWs preparedness, and their capacity to respond to the next pandemic, were found to be other concerns emerging from this pandemic's management (Al Baalharith & Pappiya, 2021). However, as in other countries (Frutos et al., 2021) the Israeli health care frameworks were unprepared to deal with the outbreak of the COVID-19 pandemic. Although the Israeli health care frameworks had the necessary information to organize itself properly and reduce its spread, this information was not fully translated into preparedness (Biar et al., 2020). In addition, recent research conducted in Israel has indicated the importance of ensuring preparedness for the *next* pandemic, given the fact that when an organization is well prepared, HCWs experience less confusion and stress (Shapiro et al., 2020). However, no study to date has addressed perceived preparedness for the next pandemic among social workers in health care settings.

Exposure to COVID-19, including being in quarantine or being infected by the virus, is a potential source of stress (Kim et al., 2018), and therefore it was addressed in the current study. Unsurprisingly, exposure to COVID-19 is generally higher for HCWs than the lay public, probably due to the nature of their work. They may escape exposure to COVID-19 at home, but their work in the hospital environment increases their chances of contracting the virus (Ağalar &

Engin, 2020; Nadarajan et al., 2020). Exposure to COVID-19, especially among HCWs, may be experienced as stressful and consequently may increase the need for support - both as health care professionals and as individuals (Adams & Walls, 2020). We therefore examined exposure to COVID-19 among social workers in health care settings.

Fear of contracting COVID-19 has been used to measure one's feelings towards the likelihood of contracting the virus (Shinan-Altman & Levkovich, 2020). During widespread outbreaks of infectious disease, HCWs have been feared, due to public concerns that HCWs are sources of infection (Bagcchi, 2020). This attitude may be associated with perceived lack of support. A recent qualitative research conducted among 16 social workers found that the stress associated with working as a social worker and trying not to contract COVID-19 was a common theme expressed by many participants (Senreich et al., 2021). Fear of contracting COVID-19 may reduce perceived support, due to the need to maintain social distancing, in accordance with health policy requirements (Wang et al., 2020).

The current study

Despite the abundance of studies indicating the importance of perceived support and preparedness for the next pandemic (Al Baalharith & Pappiya, 2021; Bagcchi, 2020), no studies have yet been conducted to examine these factors among social workers in health care settings. This study focused on Israeli social workers in health care settings and their attitudes during the COVID-19 pandemic about perceived support (nonformal and organizational support) and preparedness regarding the *next* pandemic of . We also addressed their viewpoints on exposure to COVID-19 and fear of contracting COVID-19. It should be noted that studies on COVID-19 show that being young in age and having children who are minors living at home are significant factors associated with HCWs' ability to cope during COVID-19 (Kisely et al., 2020; AUTHORS). This evidence may be related to their perceived support and perceived preparedness. We therefore adjusted for age and having minors at home in the multivariate and interactions analyses.

Method

Participants and procedure

Participants were 163 social workers from four geographically diverse Israeli hospitals. Only 8.6% of the participants were males (n=14); the mean age was 43.44 (SD=9.98) years, ranging between 25 and 67 years. Most of the participants were Jewish (n=151, 92.6%), married or cohabiting with an intimate partner (n=111, 68.1%), and 60.1% (n=98) had at least one dependent child under the age of 18 living at home. Participants reported having an average of 14.71 (SD=9.83) years of experience in the profession, an average of 8.73 (SD=8.50) years of experience in the current place of work, and more than half of them had an MA degree (n=102,

62.6%). Most participants perceived their health status as very good / excellent (n=110 of 136, 80.9%).

Following approval of the Institutional Review Board in each hospital, a link to an electronic version of the questionnaire was distributed to social work department heads in each hospital via email. The department head distributed the questionnaire link to all social workers requesting completion of the anonymous questionnaire on a voluntary basis. The questionnaire was distributed between March 1-August 3, 2021, between the third and the fourth wave of COVID-19 in Israel. At the beginning of this period, Israel was among the world's fastest vaccine roll-outs and most Israelis thought the worst of COVID-19 was behind them. Yet, as a result of the spread of the Delta variant in mid-June, Israel's Health Ministry reinstated the indoor mask mandate, and new COVID-19 cases reached their highest levels in August. This increase forced hospitals to reopen coronavirus wards.

Measures

Perceived social support was assessed using two scales: 1. Perceived nonformal support was assessed using the 6-item Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU K-6; (Kliem et al., 2015) (e.g., "I receive a lot of understanding and security from others"). Internal reliability was high $\alpha = 0.94$. 2. Perceived organizational support was assessed using two items, which were modified from previous studies (Wong et al., 2008; Yang et al., 2019) (e.g., "My coworkers help me in crisis situations at work"). Items were rated on a 5-point Likert scale, ranging from 1 (not true at all) to 5 (very true). The sum scores were calculated for both scales, a higher score in each scale indicating higher levels of nonformal support and organizational support. The association between the two items of perceived organizational support was $r_s = 0.68, p < 0.001$.

Perceived preparedness for the next pandemic was assessed using three items (e.g., "To what extent is the hospital where you work ready for the next epidemic?"). Items were rated on a 10-point Likert scale, ranging from 1 (not true at all) to 10 (very true). The mean score was calculated, a higher score indicating higher levels of perceived preparedness for the next pandemic. The questionnaire's internal reliability was low (Cronbach $\alpha = 0.60$).

Exposure to COVID-19 was assessed by three questions ("Since the beginning of the COVID-19 pandemic, have you been in quarantine due to: returning from abroad, being exposed to a sick person, your child being exposed to a sick person, or being hospitalized with COVID-19?"; "Do you know someone who was sick with COVID-19: a family member, a friend, a patient, a staff member, someone else who lives with you, a neighbor?"; and "Do you know someone who died of COVID-19: a family member, a friend, a patient, a staff member, someone else who lives with you, or a neighbor?"). The total score was composed of the sum of the items marked by each

social worker, ranging from 0 to 10 (Mean = 4.15, SD = 1.87). The variable was normally distributed (skewness = 0.26, SE = 0.19).

Fear of contracting COVID-19 was assessed by one item: “To what extent are you afraid of getting positive for COVID-19?”. Responses ranged on a 5-point Likert scale from 1 “not at all” to 5 “to a great extent”.

Personal and professional background included gender, age, education, marital status, having minors at home, ethnicity, perceived health status, academic degree, years of experience in the profession, and years of experience in the current place of work.

Statistical analyses

Data were analyzed using SPSS ver. 27. Descriptive statistics were used for the participants’ demographic characteristics and the research variables. Pearson correlations were calculated to assess the associations between the research variables. Two multiple regressions were calculated for perceived nonformal and organizational support with the independent variables. The two interactions between age and having minors at home, and fear of contracting COVID-19 were entered as well. All continuous variables were standardized. Significant interactions were interpreted with simple slopes (Aiken & West, 1991; Dawson, 2014). A multiple regression was calculated for perceived preparedness for the next pandemic with the independent variables and perceived social support.

Results

Table 1 summarizes the means, SDs, ranges, and correlations for the study's variables. The mean scores for perceived nonformal and organizational support were moderate- high, the mean for perceived preparedness for the next pandemic was moderate, and the mean for fear of contracting COVID-19 was moderate-low. Exposure to COVID-19, which could reach a maximum score of 18, was about 4 on average, ranging from 0 to 10. Most participants scored between 3-5 (n = 98, 60.1%), with about 17.2% (n = 28) scoring lower than that, and another 22.7% scoring between 6-10 (n = 37). The highest exposure levels were noted for knowing a staff member who contracted COVID-19 (about 77%), knowing a patient who contracted the virus (about 67%), having a friend (about 58%) or a family member who contracted COVID-19 (about 45%), knowing a patient who died from the virus (about 42%), and being in home quarantine due to exposure to a sick person (about 33%). All other types of exposure were marked as positive by less than 30% of the participants, usually by less than 10% of them. There was only one significant difference between age (divided by the median, which was 43 years) and the study variables; social workers who were older had *less* fear than younger social workers. No differences were found between having minors living at home (yes/no) and the study variables. Several correlations between the study variables were found to be statistically significant.

Perceived preparedness for the next pandemic was positively correlated with both perceived nonformal and organizational support, and fear of contracting COVID-19 was negatively correlated with both types of support.

Table 1 about here

Two multiple regressions were calculated for perceived nonformal and organizational support, with age, having minors at home, exposure to COVID-19, and fear of contracting COVID-19. The two interactions between age and having minors at home, and fear of contracting COVID-19 were entered as well. All continuous variables were standardized. It should be noted that of the background variables, only marital status was related to perceived nonformal and organizational support ($r=-.19$, $p=.015$, and $r=-.17$, $p=.029$), while marital status was positively related with having minors at home ($r=.41$, $p<.001$). Thus, age and having minors at home (which were unrelated to each other $r=-.15$, $p=.058$) were used in the regression analyses (Table 2).

Table 2 about here

Results show that both models are significant, with 12% and 6% of the variance being explained by them. Level of exposure to COVID-19 and fear of contracting COVID-19 were unrelated to perceived nonformal and organizational support. Age and having minors at home moderated the relationship between fear of contracting COVID-19 and both types of support. More specifically, three of the four interactions were significant, and were interpreted with simple slopes (Aiken & West, 1991; Dawson, 2014).

The interaction between age and fear of contracting COVID-19 was significant for nonformal support (Figure 1). Its interpretation reveals a significant positive association between fear of COVID-19 and perceived nonformal support for older participants (coefficient = 0.33, $t = 2.37$, $p = .019$), and no significant association for younger participants (coefficient = -0.06, $t = -0.44$, $p = .663$). That is, for older participants, higher fear of contracting COVID-19 was related to higher perceived nonformal support, while no such relationship was found for younger participants.

Figure 1 about here

The interaction between having minors at home and fear of contracting COVID-19 was significant for both nonformal and organizational support (Figures 2 and 3, respectively). The interpretation of these interactions reveals significant negative associations between fear and perceived nonformal and organizational support for participants with minors at home (coefficient

= -0.32, $t = -3.36$, $p < .001$, and coefficient = -0.31, $t = -3.24$, $p = .001$, respectively), and no significant association for participants who don't have minors at home (coefficient = 0.14, $t = 1.16$, $p = .248$, and coefficient = 0.17, $t = 1.45$, $p = .149$, respectively). That is, for participants who have minors at home, a higher fear of contracting COVID-19 was related to lower perceived support, while no relationship was found for participants who did not have minors living at home.

Figure 2 and Figure 3 about here

Next, another multiple regression was calculated, for preparedness for the next pandemic, with age, having minors at home, exposure to COVID-19, fear of contracting COVID-19, and perceived informal and organizational support. The aim of this regression was to examine the associations between support and preparedness for the next pandemic, beyond age and having minors at home.

As the correlation between both social support variables was high ($r = .73$, $p < .001$), collinearity was evident (maximum VIF = 2.28). Entering each type of perceived support separately revealed that each was significantly associated with preparedness beyond age, having minors at home, exposure to COVID-19, and fear of contracting COVID-19 (nonformal support: $B = 0.43$, $SE = 0.13$, $\beta = .27$, $p < .001$; organizational support: $B = 0.41$, $SE = 0.13$, $\beta = .25$, $p = .001$), such that higher support was related to greater perceived preparedness for the next pandemic. Thus, a total support score was calculated from the mean of the two types of support. The regression model (Table 3) was found significant with 6% of the variance being explained by it. Total perceived support was positively and significantly related to perceived preparedness for the next pandemic after adjusting for age, having minors, exposure to COVID-19 and fear of contracting COVID-19.

Table 3 about here

Discussion

This study described the conditions under which Israeli social workers in hospital settings operated during the COVID-19 pandemic, and assessed their perceived support and preparedness during COVID-19's third and fourth wave. It further assessed correlates for perceived support and the associations between perceived support and preparedness for the *next* pandemic.

Results of the level of informal support (Mean= 20.50) reflected lower support than that of the general population in several countries such as the United States (Mean= 25.37), Germany (Mean=27.42), Russia (Mean=25.84), and China (Mean=24.15; Lin et al., 2019). These findings may reflect the low level of informal support and high stigma perceived by health care workers during the pandemic (Billings et al., 2021; Nowicki et al., 2020). As for organizational support,

only half (52%) of the social workers perceived receiving high levels of support (responded “true” or “very true”). These findings are similar to other studies conducted during the COVID-19 pandemic, which found that most health care workers reported a moderate-to-high degree of organizational support (Labrague, 2021; Zou et al., 2021). Given that organizational support is associated with burnout and productivity during routine times (Liu & Aunguroch, 2019); and with reduced stress, fatigue, insomnia and better mental health during the pandemic (Hou et al., 2020; Labrague, 2020; Meese et al., 2021; Zou et al., 2021), these findings are somewhat alarming.

While the level of exposure to COVID-19 was unrelated to perceived support or preparedness for the next pandemic, the fear of contracting COVID-19 was associated with lower levels of perceived informal and organizational support among participants in the bi-variate analysis. This is somewhat in contrast to other studies conducted among health care workers in Jordan (but not social workers) that showed low *positive* associations between fear of contracting COVID-19 and social support (Alnazly et al., 2021), or a study conducted among the general population in Australia, which found no associations between worries of contracting COVID-19 and perceived support (Moore & Lucas, 2021). The disappearance of these associations in the multi-variate analysis, and the moderating role of parenting minors in the associations between fear of contracting COVID-19 and perceived support may serve as a potential explanation for the negative associations found at the bi-variate analysis level. Specifically, the present study found that for participants with minors living at home, a higher fear of contracting COVID-19 was related to lower perceived support, while no relationship was found for participants with no minors at home. Previous studies revealed that health care workers reported high levels of fear of transmitting the virus to their families (Maraqqa et al., 2020; Mehta et al., 2021). This fear was probably greater for parents of minors. Thus, among this group of social workers, the more their fear was based on real, objective facts, the more inadequate they probably perceived the support they received from family and friends as well as their organization. Such an interpretation is supported by the second significant interaction effect found between fear of COVID-19 and age, and fear of COVID-19 and perceived support. The latter suggests that older social workers’ greater fear of contracting COVID-19 was related to higher perceived informal support. Thus, when the threat of infecting minors decreases (as one gets older), the greater the fear, the higher perceived informal support. These interpretations should be further explored in future studies.

The emergence of health care workers’ preparedness for the next disaster or pandemic is highly recognized (Labrague et al., 2018, 2021). Yet, similarly to the present study, studies conducted during COVID-19 revealed that many health care workers felt unprepared or only

partially prepared (Labrague et al., 2021). Thus, numerous studies and conceptual frameworks are now attempting to identify the factors that are related to preparedness (Global Coalition for Circulatory, 2021). Our study revealed one important resource for better reported preparedness among social workers; i.e., *informal and organizational support*. This resource exceeds the contribution of background variables and fears about contracting the virus, and should therefore receive public and research attention.

Study limitations

This is a pioneering study in Israel, describing the roles and the work of social workers in health care settings, and the impact of support and preparedness during the pandemic. Nevertheless, it has several limitations that should be noted. First, it includes social workers from only four out of dozens of hospitals in Israel. Second, it is a cross-sectional study; thus, it cannot trace the changes in the perceived support and preparedness which social workers underwent over the course of the different waves of the pandemic, nor can causality be inferred. Thus, while perceived support predicted preparedness, it may well be that preparedness predicted perceived support. Finally, this study focused on social workers in hospitals, not social workers in community health care services. Future studies should address these limitations.

Implications for practice

This study emphasized the importance of perceived informal and organizational support for social workers in the health care system who are parents of children under the age of 18. Hospitals implemented both digital and in-person support for social workers, and day care facilities for small children of health care workers when pre-schools were in lock-down. Part of the support efforts were given on an ongoing basis (i.e., Daphna-Tekoah et al., 2020), and others were given when work load was lower. At Hadassah Hospital, for instance, a short-term support group was designed for social workers on Covid wards and in Covid Intensive Care Units. The group meetings gave the workers opportunities to express feelings and thoughts about the difficulties inherent in working with COVID-19 patients and their families, while constructing a narrative with a clear meaning about their role in the treatment and its value. Efforts like these should continue in the future according to need and should be evaluated methodically. Given the moderate level of perceived preparedness, the system must implement lessons learned from COVID-19 in terms of staff preparedness, carrying out training programs, and implementing annual exercises similar to existing programs in other health care areas.

References

- Adams, J. G., & Walls, R. M. (2020). Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *Jama*, 323(15), 1439-1440.
- Ağalar, C., & Engin, D. Ö. (2020). Protective measures for COVID-19 for healthcare providers and laboratory personnel. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(SI-1), 578-584.
- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Al Baalharith, I. M., & Pappiya, E. M. (2021). Nurses' preparedness and response to COVID-19. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 14, 100302.
- Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *Plos One*, 16(3), e0247679.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
- Auslander, G. K. (2011). Family caregivers of hospitalized adults in Israel: A point-prevalence survey and exploration of tasks and motives. *Research in Nursing & Health*, 34(3), 204-217.
<https://doi.org/10.1002/nur.20430>
- Bagcchi, S. (2020). Stigma during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(7), 782. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30498-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30498-9)
- Biar, R., Bar Siman-Tov, M., Gintzburf, I., Nitzan, D., & Porat, A. (2020). *Health system preparedness crisis situations*. Retrieved from <https://www.idi.org.il/books/33113>
- Billings, J., Ching, B. C. F., Gkofa, V., Greene, T., & Bloomfield, M. (2021). Experiences of frontline healthcare workers and their views about support during COVID-19 and previous pandemics: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 21(1), 923. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06917-z>
- Blanco-Donoso, L. M., Garrosa, E., Moreno-Jiménez, J., Gálvez-Herrer, M., & Moreno-Jiménez, B. (2020). Occupational psychosocial risks of health professionals in the face of the crisis produced by the COVID-19: From the identification of these risks to immediate action. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 2, 100003. [http://doi: 10.1016/j.ijnsa.2020.100003](http://doi:10.1016/j.ijnsa.2020.100003)
- Chew, Q. H., Chia, F. L. A., Ng, W. K., Lee, W. C. I., Tan, P. L. L., Wong, C. S., ... & Sim, K. (2020). Perceived stress, stigma, traumatic stress levels and coping responses amongst residents in training across multiple specialties during COVID-19 pandemic—A

longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6572.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17186572>

Daphna-Tekoah, S., Megadasi Brikman, T., Scheier, E., & Balla, U. (2020). Listening to hospital personnel's narratives during the COVID-19 outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6413.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17176413>

Dawson, J. F. (2014). Moderation in management research: What, why, when and how. *Journal of Business & Psychology*, 29(1), 1-19. <http://doi:10.1007/s10869-013-9308-7>

De Brier, N., Stroobants, S., Vandekerckhove, P., & De Buck, E. (2020). Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PLoS One*, 15(12), e0244052.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244052>

Duan, X., Ni, X., Shi, L., Zhang, L., Ye, Y., Mu, H., Li, Z., Liu, X., Fan, L., & Wang, Y. (2019). The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1164-3>

Fang, X. H., Wu, L., Lu, L. S., Kan, X. H., Wang, H., Xiong, Y. J. . . . Wu, G. C. (2021) Mental health problems and social supports in the COVID-19 healthcare workers: a Chinese explanatory study. *BMC Psychiatry*, 21(1). <http://doi:10.1186/s12888-020-02998-y>

Frutos, R., Gavotte, L., Serra-Cobo, J., Chen, T., & Devaux, C. (2021). COVID-19 and emerging infectious diseases: The society is still unprepared for the next pandemic. *Environmental Research*, 202, 111676. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111676>

Global Coalition for Circulatory, H., Ferat, L. R., Forrest, R., Sehmi, K., Santos, R. D., Stewart, D., Boulton, A. J. M., Jiménez, B. Y., Riley, P., Burger, D., Jones, E. S. W., Tomaszewski, M., Milanese, M. R., Laffin, P., Jha, V., Borisch, B., Moore, M., Pinto, F. J., Piñeiro, D., Eiselé, J.-L., Lackland, D. T., Whelton, P. K., Zhang, X.-H., Stavdal, A., Li, D., Hobbs, R., Pandian, J. D., Brainin, M., & Feigin, V. (2021). Preventing the Next Pandemic: The Case for Investing in Circulatory Health - A Global Coalition for Circulatory Health Position Paper. *Global Heart*, 16(1), 66-66.

<https://doi.org/10.5334/gh.1077>

Ha, D. G., & Sung, M. H. (2018). Impact of job stress, coping behavior, hardiness on burnout in nurses in the emergency department. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, 27(4), 215–223. <https://orcid.org/0000-0002-5769-5857>

- Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G., & Ni, C. (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *Plos One*, *15*(5), e0233831.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831>
- Israel Science and Technology Directory (2021). *Statistics of COVID-19 cases*. Retrieved on 10 October 2021 from <https://www.science.co.il/medical/covid-19/Statistics.php>.
- Kim, H.-C., Yoo, S.-Y., Lee, B.-H., Lee, S. H., & Shin, H.-S. (2018). Psychiatric findings in suspected and confirmed middle east respiratory syndrome patients quarantined in hospital: A retrospective chart analysis. *Psychiatry Investigation*, *15*(4), 355–360. [http://doi: 10.30773/pi.2017.10.25.1](http://doi:10.30773/pi.2017.10.25.1)
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, *369*, 642.
<http://doi:10.1136/bmj.m1642>
- Kliem, S., Mößle, T., Rehbein, F., Hellmann, D. F., Zenger, M., & Brähler, E. (2015). A brief form of the Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU) was developed, validated, and standardized. *Journal of Clinical Epidemiology*, *68*(5), 551-562.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.003>
- Labrague, L. J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Nursing Management*, *29*(7), 1893-1905.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13336>
- Labrague, L. J., Hammad, K., Gloe, D. S., McEnroe-Petitte, D. M., Fronda, D. C., Obeidat, A. A., Leocadio, M. C., Cayaban, A. R., & Mirafuentes, E. C. (2018). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature *International Nursing Review*, *65*(1), 41-53. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inr.12369>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K. (2010). Stress and coping in Singaporean nurses: A literature review. *Nursing & Health Sciences*, *12*(2), 251– 258. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00514.x>
- Lin, M., Hirschfeld, G., & Margraf, J. (2019). Brief form of the Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU K-6): Validation, norms, and cross-cultural measurement invariance in the USA, Germany, Russia, and China. *Psychological Assessment*, *31*(5), 609-621. <https://doi.org/10.1037/pas0000686>

- Liu, Y., & Aunguroch, Y. (2019). Work stress, perceived social support, self-efficacy and burnout among Chinese registered nurses. *Journal of Nursing Management*, 27(7), 1445-1453. <https://doi.org/10.1111/jonm.12828>
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public-A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291. <http://doi:10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Maraq, B., Nazzal, Z., & Zink, T. (2020). Palestinian Health Care Workers' Stress and Stressors During COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11. <https://doi.org/10.1177/2150132720955026>
- Martínez-López, J. Á., Lázaro-Pérez, C., & Gómez-Galán, J. (2021). Death anxiety in social workers as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Behavioral Sciences*, 11(5), 61. <https://doi.org/10.3390/bs11050061>
- Meese, K. A., Colón-López, A., Singh, J. A., Burkholder, G. A., & Rogers, D. A. (2021). Healthcare is a Team Sport: Stress, Resilience, and Correlates of Well-Being Among Health System Employees in a Crisis. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 66(4), 304-322. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-20-00288>
- Mehta, S., Machado, F., Kwizera, A., Papazian, L., Moss, M., Azoulay, É., & Herridge, M. (2021). COVID-19: a heavy toll on health-care workers. *The Lancet Respiratory Medicine*, 9(3), 226-228. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00068-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00068-0)
- Moore, K. A., & Lucas, J. J. (2021). COVID-19 distress and worries: The role of attitudes, social support, and positive coping during social isolation [<https://doi.org/10.1111/papt.12308>]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(2), 365-370. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/papt.12308>
- Nadarajan, V. S., Lee, C. L. L., & Ponnampalavanar, S. S. L. S. (2020). Assessment of COVID-19 exposure risk in the blood transfusion laboratory. *ISBT Science Series*, 15(4), 395-397. <http://doi:10.1111/voxs.12559>
- Nowicki, G. J., Ślusarska, B., Tucholska, K., Naylor, K., Chrzan-Rodak, A., Niedorys, B. (2020). The severity of traumatic stress associated with COVID-19 pandemic, perception of support, sense of security, and sense of meaning in life among nurses: Research protocol and preliminary results from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6491. <https://doi-org.ezproxy.haifa.ac.il/10.3390/ijerph1718649>

- Ostafin, B. D., & Proulx, T. (2020). Meaning in life and resilience to stressors. *Anxiety, Stress, & Coping, 33*(6), 603-622.
- Schiff, M., Shinan-Altman, S., & Rosenne, H. (2021). Israeli health care social workers' personal and professional concerns during the COVID-19 pandemic crisis: The work–family role conflict. *The British Journal of Social Work, 51*(5), 1858-1878.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab114>
- Senreich, E., Sisselman-Borgia, A., & Kahn, J. M. (2021). Early social workers' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative Study. *Smith College Studies in Social Work, 1*-24. <https://doi.org/10.1080/00377317.2021.1967835>
- Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., Castro, A., Ruiz-Pérez, I., Zamanillo Campos, R., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: A rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 277*, 347–357. <https://doi-org.ezproxy.haifa.ac.il/10.1016/j.jad.2020.08.0>
- Shapiro, L. I., Kajita, G. R., Arnsten, J. H., & Tomer, Y. (2020). Toward better preparedness for the next pandemic. *The Journal of Clinical Investigation, 130*(9). <http://doi:10.1172/JCI140296>
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., ... & Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry, 66*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.007>
- Shinan-Altman, S., & Levkovich, I. (2020). COVID-19 precautionary behavior: the Israeli case in the initial stage of the outbreak. *BMC Public Health, 20*(1), 1-7.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09818-8>
- Staff, T. (2020, march 21). Israel's first virus fatality named as 88-year-old Holocaust survivor Aryeh Even, *The Times of Israel*
<https://www.timesofisrael.com/israels-first-virus-fatality-named-as-88-year-old-holocaust-survivor-aryeh-even/>
- Wang, P. W., Ko, N. Y., Chang, Y. P., Wu, C. F., Lu, W. H., & Yen, C. F. (2020). Subjective deterioration of physical and psychological health during the COVID-19 pandemic in Taiwan: their association with the adoption of protective behaviors and mental health problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(18), 6827. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186827>

- Wong, T. Y., Koh, G. C. H., Cheong, S. K., Lee, H. Y., Fong, Y. T., Sundram, M., Koh, K., Chia, S. E., & Koh, D. (2008). Concerns, perceived impact and preparedness in an avian influenza pandemic--a comparative study between healthcare workers in primary and tertiary care. *Annals-Academy Of Medicine Singapore*, 37(2), 96.
- Wilkason, C., Lee, C., Sauer, L. M., Nuzzo, J., & McClelland, A. (2020). Assessing and reducing risk to healthcare workers in outbreaks. *Health Security*, 18(3), 205-211. <http://doi:10.1089/hs.2019.0131>
- World Health Organization (2020, Nov 25). *Rapid Hospital readiness checklist for COVID-19. World Health Organization Regional Office for Europe*. Retrieved on 10 March 2021 from <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1318564/retrieve>.
- World Health Organization (2021, Aug 3). Weekly epidemiological update on COVID-19 - 31 August 2021. Retrieved on 10 October 2021 from <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---3-august-2021/>).
- Yang, T., Ma, T., Liu, P., Liu, Y., Chen, Q., Guo, Y., Zhang, S., & Deng, J. (2019). Perceived social support and presenteeism among healthcare workers in China: the mediating role of organizational commitment. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 24(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12199-019-0814-8>
- Zou, X., Liu, S., Li, J., Chen, W., Ye, J., Yang, Y., Zhou, F., & Ling, L. (2021). Factors associated with healthcare workers' insomnia symptoms and fatigue in the fight Against COVID-19, and the role of organizational support. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 356. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.652717>

Table 1. Means, SDs, ranges, and correlations for study variables (N=163)

Variables	1	2	3	4	5
1. Perceived nonformal support	-				
2. Perceived organizational support	.73***	-			

3. Preparedness for the next pandemic	.27***	.26***	-		
4. Exposure to COVID-19	-.12	-.09	-.01	-	
5. Fear of contracting COVID-19	-.18*	-.16*	-.10	.11	-
Mean	20.50	6.71	6.12	4.15	2.83
SD	6.72	2.19	1.57	1.87	1.01
Range	6-30	2-10	2-10	0-10	1-5

* $p < .05$, *** $p < .001$; SD=Standard deviation

Table 2. Multiple regressions for perceived nonformal and organizational support (N = 163)

	Nonformal support			Organizational support		
	B	SE	β	B	SE	β
Age	-0.09	0.08	-0.10	0.02	0.08	0.02
Minors at home (yes)	-0.16	0.15	-0.08	0.03	0.15	0.01
Exposure to COVID-19	-0.13	0.08	-0.13	-0.09	0.08	-0.09
Fear of contracting COVID-19	0.14	0.12	0.14	0.17	0.12	0.18
Age X Fear of contracting COVID- 19	0.19	0.07	0.20**	0.07	0.07	0.08
Minors at homeX Fear of contracting COVID-19	-0.45	0.15	-0.36**	-0.48	0.15	-0.39**
Adj.R ²	0.12			0.06		
F(6, 156)	4.67***			2.80*		

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Table 3. Multiple regression for perceived preparedness for the next pandemic (N = 163)

	B	SE	B
Age	-0.01	0.01	-0.01
Minors at home(yes)	0.09	0.25	0.03
Exposure to COVID-19	0.02	0.07	0.03
Fear of contracting COVID- 19	-0.09	0.12	-0.06
Total perceived support	0.49	0.14	0.28***
Adj.R ²	0.06		
F(5, 157)	2.96*		

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

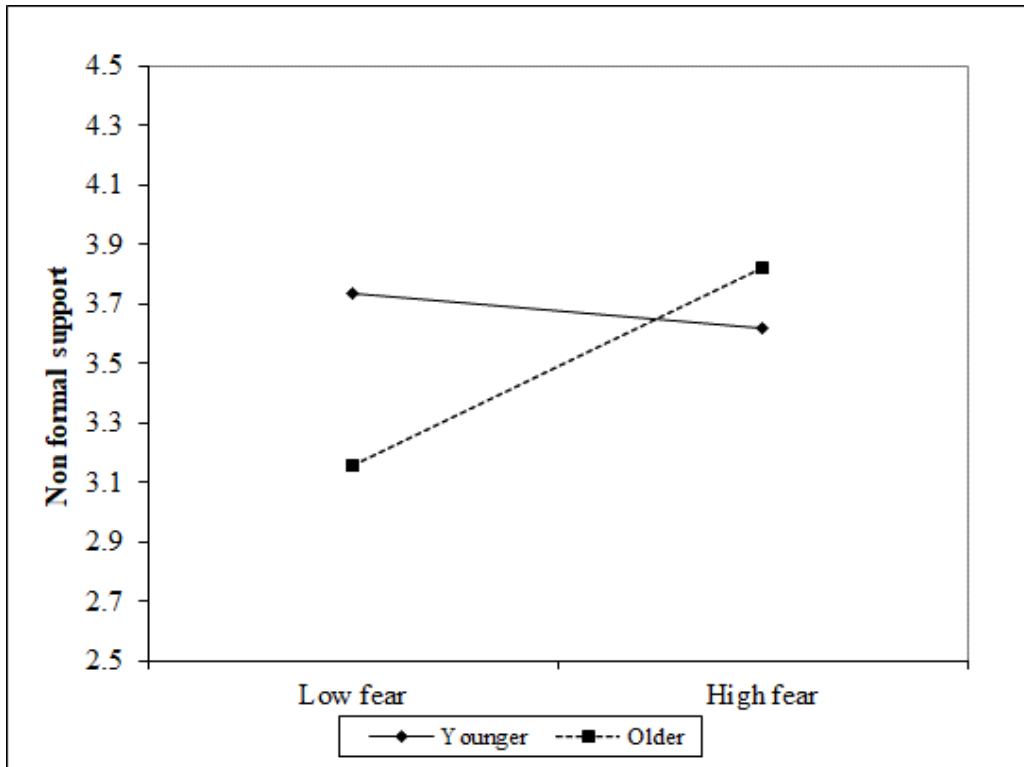


Figure 1. The moderating role of age on the relationship between fear of contracting COVID-19 and perceived nonformal support

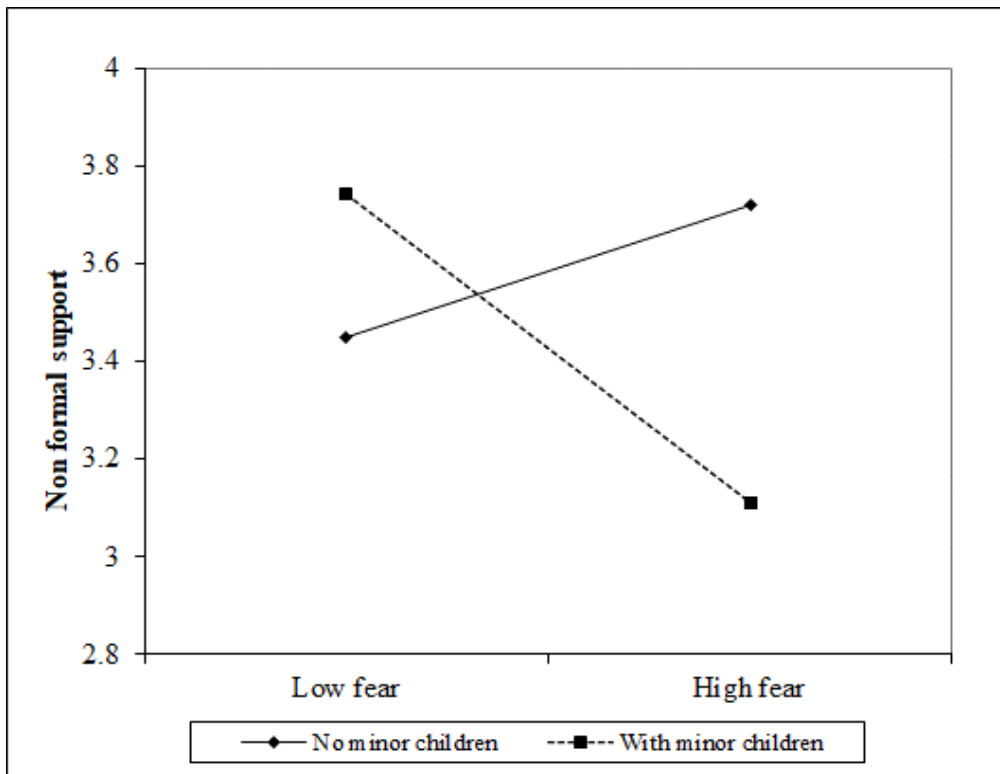


Figure 2. The moderating role of having minors living at home on the relationship between fear of contracting COVID-19 and perceived nonformal support

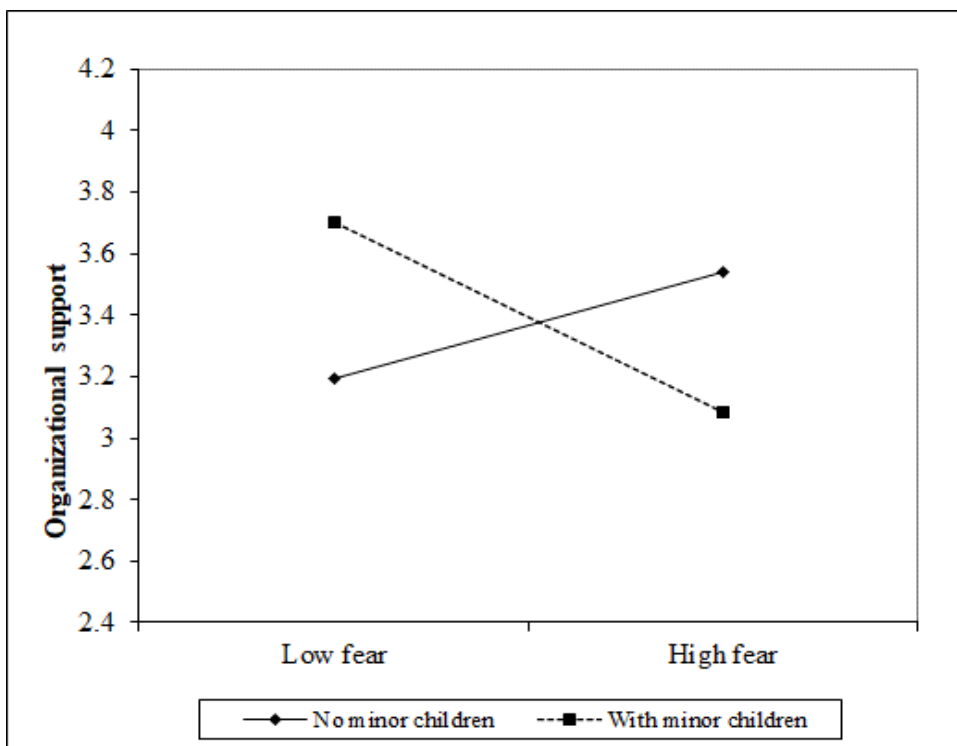


Figure 3. The moderating effect of having minors living at home on the relationship between fear of contracting COVID-19 and perceived organizational support

נספח 4: קישור לגיליון המיוחד שנכתב על ממצאי המחקר הבינלאומי שישראל, במימון המכון לחקר שירותי ומדיניות הבריאות, היו חלק ממנו

<https://www.tandfonline.com/toc/wshc20/61/4?nav=tocList>