

השלכות התפרצות מגיפה זיהומית על המצב הנפשי של הצוות הרפואי

תקציר

בינואר 2020 הכריז ארגון הבריאות העולמי (WHO) על מצב חירום בינלאומי עקב התפרצות של נגיף קורונה (COVID-19). במארס 2020 הכריז הארגון כי ניתן לאפיין את המגיפה כפנדמיה. בהמשך הכיר ארגון הבריאות העולמי בחשיבות מתן תמיכה לצוותים הרפואיים, מתוך הבנה שקבוצה זו נמצאת תחת עומס ולחץ מרובים.

מטרתו של המאמר הנוכחי היא לבחון את הספרות המקצועית העדכנית שנכתבה עד כה בנוגע להשלכות התפרצות מגפה זיהומית על המצב הנפשי של הצוות הרפואי. ספרות המחקר העדכני שפורסמה עד כה דלה. עם זאת, הספרות הקיימת מספקת עדויות להשלכות קצרות וארוכות טווח של מגפות מסוג זה על המצב הנפשי של הצוות הרפואי. חשיפה ישירה לחולים, סיכויי הידבקות, תפיסה סובייקטיבית שלילית של המצב הבריאותי ושהייה בסגר או בידוד – כל אלה הם גורמי סיכון לתסמינים נפשיים כגון: דיכאון, חרדה והפרעת דחק בתר חבלתית (פוסט טראומה). תחושת שליטה, בעיקר בהיבט אמצעי המיגון ואפשרויות ההדבקה, קבלה אלטרואיסטית של סיכונים הקשורים לעבודה, תמיכה חברתית, לכידות ביחידה הרפואית ותמיכת הממונים – כל אלה הם גורמי מגן.

לאה שלף¹
מרים שיף²
גיל זלצמן³

- 1 מערך הפסיכולוגיה בחיל האוויר, צה"ל*
 - 2 בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית באוניברסיטה העברית ירושלים; בית הספר לעבודה סוציאלית במערכת הבריאות
 - 3 המרכז לבריאות הנפש גהה ומחלקת יום לנוער, שירותי בריאות כללית; הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב; המועצה הלאומית למניעת אובדנות
- *המחברת הראשונה היא עובדת סוציאלית וחוקרת עצמאית.

מילות מפתח קורונה; מגיפה; צוות רפואי; דיכאון; אובדנות; חרדה.

key words: Key words: COVID-19; Epidemic; Medical staff; Depression; Suicide; Anxiety

הקדמה

הצוותים הרפואיים המטפלים בחולים במחלות זיהומיות כדוגמת נגיף קורונה, חשופים להידבקות בנגיף. כך לדוגמה, במחקר שנערך לאחרונה בסין בעקבות התפרצות נגיף קורונה (COVID-19), דווח על כ־3,000 עובדי צוות רפואי אשר נדבקו בנגיף ולפחות 22 שנפטרו כתוצאה ממנו [1]. הגנה פיזית על הצוות הרפואי בעת הזו מעסיקה את מקבלי ההחלטות בארצות המתמודדות עם הנגיף [2,3]. ההשלכות הנפשיות של החשיפה של הצוותים לנגיף, מעסיקה פחות את מקבלי ההחלטות, אך לאלה השלכות קצרות וארוכות טווח. במאמר הנוכחי נסקרות ההשלכות הנפשיות הידועות עד כה של חשיפת הצוותים לנגיף זיהומי כדוגמת הקורונה, וכן מפורטים גורמי הסיכון וההגנה מפני השלכות אלה.

השלכות קצרות וארוכות טווח על הצוות הרפואי

למגפת הקורונה הנוכחית קדמה מגפת ה־SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), אף היא מאותה משפחת נגיפים, אשר פרצה בשנת 2003 והתפשטה על פני 26 מדינות [4].

נגיף ה־SARS הציב איום ממשי על הצוות הרפואי בכך שהפך אותם לפגיעים להדבקה [5-7]. לדוגמה, במחקר שהתבצע בעיר טורונטו בקנדה, דווח כי למעלה ממחצית הנדבקים ב־SARS היו מקרב הצוות רפואי [8,9]. במחקר נוסף שהתבצע בטורונטו לאחר פרוץ מגפת ה־SARS, מתואר כי בתחילה הובילו את הצוות הרפואי תחושות של אחדות, משימה משותפת ואלטרואיזם. אולם ככל שהצוות נדבק בשיעור גובר והולך, עלו חששות מהטיפול בחולים נגועים ואף דווח על סירוב ממשי שהיווה תקדים לאנשי צוות נוספים [10]. במספר מחקרים נמצא, כי ככל שהצוות הרפואי נמצא ברמת סיכון גבוהה להידבקות (עבדו באופן ישיר עם חולים), כך רמת המצוקה (רמת לחץ נתפס) שלהם – כפי שהתבטאה בתסמינים של חרדה ודיכאון – הייתה גבוהה יותר [11-13].

במחקר איכותני שכלל ראיונות אישיים לאנשי צוות רפואי בבית חולים הר סיני, טורונטו, אשר נעשה במהלך ארבעת השבועות הראשונים להתפרצות ה־SARS נמצא כי 11 מתוך 19 האנשים שנדבקו בנגיף היו אנשי צוות רפואי [6]. משתתפי המחקר דיווחו על פחד, בדידות, שעמום וכעס, וכן דיווחו כי היו מודאגים מהאפשרות שידביקו בני משפחה וחברים. תפיסת הסכנה האישית הוחמרה בשל תחושת אי הוודאות שליוותה את עבודתם. בנוסף, הצוות הרפואי שטיפל באופן ישיר בחולי SARS

של התפרצות ה-SARS בקרב צוות רפואי בתי החולים בבייג'ינג, סין, נבדק צוות רפואי שנבחר באופן אקראי ($n = 549$). המטרה הייתה לבחון את רמת החשיפה שלהם ל-SARS וההשלכות על בריאותם הנפשית. הממצאים העלו, כי כ-10% מהנבדקים חוו רמות גבוהות של תסמינים בטר חבלתיים (פוסט טראומתיים). הנבדקים אשר היו חשופים ל-SARS [או שהו בהסגר או עבדו במקום שהוגדר בסיכון גבוה (כמו מחלקות SARS)], או שהיו להם חברים או קרובי משפחה שנבדקו ב-SARS, היו בעלי סיכון גבוה פי 2-3 לפתח תסמיני דחק בטר חבלתי, בהשוואה לצוותים שהיו ללא חשיפה ישירה. ככל שהתפיסה הסובייקטיבית של הנבדקים הייתה גבוהה ביחס להימצאותם בסיכון, כך עלתה רמת התסמינים הבטר חבלתיים. מסקנת החוקרים הייתה, כי התפיסה הסובייקטיבית של חומרת האירוע היא משתנה מתווך לתסמינים הנפשיים. אלטרואיזם עשוי לשמש כגורם מגן על הצוות הרפואי מפני השלכות שליליות [14]. בנוסף, החוקרים שבו אל אותם נבדקים שלוש שנים לאחר פרוץ מגפת ה-SARS, ומצאו כי 40% מהם עדיין דווחו על תסמיני דחק בטר חבלתי [14].

במחקר אחר בקרב אחיות ורופאים (177) (27% ענו על סקר מתוך 661 אנשי צוות רפואי [40 מתוך 113] (35%) רופאים ו-137 (25%) מתוך 544 אחיות), ונמצא כי הן רופאים והן רווקים (רופאים או אחיות) היו ביחס סיכון של 1.6 ($p = 0.026$) למצוקה רגשית (חרדה, דיכאון ו-PTSD) בהשוואה לאחיות ולאנשי צוות נשואים. שיעור של כ-20% מהמשתתפים ענו על קריטריונים שהצביעו על נוכחות הפרעת דחק (PTSD). במחקר זה לא נמצא הבדל משמעותי בין אלו שנחשפו לחולי SARS לאלה שלא נחשפו, או לכאלה שהיו באזורים בעלי סיכון גבוה להידבקות [15]. מה שהסביר את השיעור הגבוה של תסמיני חרדה בקרב הרופאים היה מצב כוונות גבוה ולאורך זמן. בנוסף, במשוב לא פורמלי שהתבצע, נמצא כי רבים מצוותי הרפואה גילו שהעיסוק בצידו מגן ונהלי פיקוח מחמירים על זיהום, הגם שהם מובנים, החמירו את הלחץ בעבודה של הצוות הרפואי [15].

אף במחקר שהתבצע בהונג קונג [12], אשר הוזכר לעיל כתומך בממצאי המחקר האיכותני שהתבצע בבית החולים הר סיני [6], בשיאה של התפרצות ה-SARS, נבדקה רמת הלחץ הנתפס בשתי קבוצות השוואה: צוות רפואי שעבד ברמת סיכון גבוהה לעומת אנשים בריאים. בשני המחקרים [13,9] התוצאות הראו, כי לא היו הבדלים ברמת הלחץ הנתפס בין שתי קבוצות השוואה. אולם קבוצת המחקר שעבדה ברמת סיכון גבוהה דיווחה על עייפות, שינה לקויה, דאגה לבריאותם וחשש ממגע חברתי, למרות שהיו מוגנים באמצעים למניעת זיהום [12].

בשיאה של התפרצות SARS, נערכה בשני בתי חולים כללים בהונג קונג השוואה בקרב צוותי רפואה. קבוצת המחקר כללה את אנשי הרפואה שעבדו בסיכון גבוה (יחידות טיפול נשימתי) וקבוצה שנייה הוגדרה ברמת חשיפה נמוכה (לא עם חולים נשימתיים). במחקר נבדקו רמת לחץ נתפס (PSS), תסמיני דיכאון וחרדה (Depression and Anxiety Scale-DASS), וסולם תפיסה סובייקטיבית של אירועים (IES-R). בנוסף, שנה לאחר מכן הוערכו

דווח על תסמיני דיכאון שהתבטאו בעייפות, בנדודי שינה, בעצבנות ובירידה בתיאבון [6]. ממצא דומה עולה ממחקר שהתבצע בהונג קונג, שבו נערכה השוואה בין קבוצה שכללה צוות רפואי שעבד ביחידה לטיפול ישיר בחולי SARS, לבין קבוצת בקרה שכללה אנשים בריאים [12]. במחקר נבדקה רמת הלחץ הסובייקטיבי הנתפס (Perceived Stress Scale - PSS), אשר נמצא ברמה גבוהה בשתי הקבוצות, ללא הבדלים מובהקים ביניהם. לעומת זאת, הצוות הרפואי שטיפל באופן ישיר בחולי SARS דיווח על יותר תגובות פסיכולוגיות הן חיוביות הן שליליות בהשוואה לקבוצת הבקרה. תגובות חיוביות דווחו על ידי 94% ($n = 256$) מקבוצת הצוות הרפואי וכללו מודעות להגיגה (85%), התמקדות בנושאים אקטואליים (77%), אחדות (51%) ומודעות לסכנה (41%). התגובות השליליות כפי שדווחו על ידי 89% מקבוצת הצוותים הרפואיים כללו תגובות של עייפות (71%), דאגה לבריאות (59%) וחשש ממגע חברתי (46%). ממצא מעניין הוא כי אנשי צוות רפואי שהיו בטוחים בשליטה על הדבקה ($n = 179$, 74%) היו עם רמות לחץ נתפס נמוך יותר ($p = 0.001$) וכן חוו פחות תגובות שליליות ($p = 0.004$). מסקנות החוקרים היו כי תגובות אדפטיביות ללחץ והשלכות חיוביות של האמון שניתן בשליטה על הדבקה עשויות להוות גורמי מגן [12].

מחקר סקר חתך התבצע בבית חולים כללי בטאיוואן ($n = 1,257$), בעת שבית החולים הוכרז רשמית כמי שיש לו זיהום מקומי רציני (nosocomial infection). במחקר השתתפו כל צוותי הרפואה שעבדו בבית החולים בעת התפרצות המגיפה. נבדקו התסמינים הפסיכולוגיים והפסיכיאטריים ותפיסה סובייקטיבית את האירוע ואת המצב העצמי, באמצעות שני שאלונים לדיווח עצמי (The Impact of Event Scale- IES; The Chinese Health Questionnaire- CHQ) [5]. בשלב הראשוני להתפרצות כשהנגיף התפשט במהירות, רגשות של פגיעות קיצונית, אי ודאות ואיום על החיים היו הרגשות הדומיננטיים. לאלה התלוו תסמינים סומטיים וקוגניטיביים של חרדה. בשלב ה'תיקון', כאשר הזיהום היה תחת שליטה, ניכרו תסמינים של דיכאון והימנעות. השכיחות המשוערת של תסמינים פסיכיאטריים בקרב הצוות הרפואי, כפי שנמדד על ידי שאלון הבריאות הסיני, הייתה כ-75% - שיעור הגבוה מזה שבאוכלוסייה הכללית בעת התפרצות הנגיף. יתרה מכך, יותר מ-120 אחיות (8.4%) הגישו את התפטרותן. הסיבה הרשמית שהצביעו עליה הייתה הפחד להידבק ולהעביר לאחרים, בעיקר לבני המשפחה [5]. יותר משני שלישים מהנבדקים בטאו תסמינים פסיכיאטריים של חרדה, דאגה, דיכאון, קשיים בינאישיים, וכן תסמינים סומטיים [5]. לעומת זאת, במחקר נמצא כי אנשי צוות רפואי שהיו בבידוד הראו הרבה פחות תסמינים פסיכיאטריים, בניגוד להשערת החוקרים. החוקרים מסבירים את הפער הזה עקב 'תפיסה שגויה של פגיעה', זאת בניגוד לתפיסה רצינאלית של סיכוי מהידבקות אמתית. החוקרים מציינים כי רוב הצוות הרפואי ביטאו תסמיני חרדה עם כניסתם לבידוד.

במחקר נוסף שנבדקו בו ההשלכות הפסיכולוגיות

בבידוד [19]. במחקר נמצא, כי הסגר הגביר תחושת אחריות בין חברי הצוות שהשיגו קשר חברתי ותמיכה כזוהי היה נחוץ להם. מסקנות החוקרים היו, כי אף על פי שהצוות הרפואי שרואיין הביע מגוון רחב של רגשות כולל פחד, חוסר שליטה, כעס ותסכול, הם היו בראש ובראשונה מסורים למקצועם ולחובתם לטפל בחולים שלהם [19].

לסטיגמה היו השלכות על הצוות הרפואי בעיקר אם נאלצו לשהות בסגר [20]. צוותים רפואיים במספר עבודות דיווחו כי חשו בסטיגמה גדולה יותר כאשר חלו בהשוואה לאוכלוסייה הכללית [18]. במחקר אחד נמצא כי הם הציגו התנהגויות המנועותיות לאחר הסגר; הם דיווחו על כעס רב יותר, עצבנות, פחד, תסכול, אשמה, חוסר אונים, בידוד, בדידות, עצב, דאגה, וירידה בשמחת החיים. עובדי שירותי הבריאות היו גם בעלי סיכוי גדול יותר לחשוש שיש להם SARS ולהיות מודאגים מהדבקת אחרים [18]. במחקר אחר בו נערכה השוואה בין עובדי צוות רפואי ששהו בסגר לעומת אלה שלא שהו בהסגר, הנבדקים בסגר נטו באופן משמעותי יותר לדווח על סטיגמה ועל דחייה של אנשים בשכונותיהם המקומיות [20].

סוגיה ייחודית נוספת בעלת השלכות נפשיות המאפיינת את הצוות הרפואי, קשורה לטיפול בעמיתים. במחקר אחד דווח כי הטיפול בצוות הרפואי כעמיתים חולים היה קשה ביותר מבחינה רגשית [10,6]. הקו הברור בין חולים לצוות היטשטש כאשר הצוות חווה הזדהות רגשית חזקה עם עמיתים שהפכו מטופלים כאשר חלו. בנוסף נמצא כי הטיפול בקולגות הגביר את החרדה של חלק מהצוותים ביחס לכישוריהם המקצועיים [6]. במחקר אחר, כללים הנוגעים לחיסיון המטופלים, במיוחד כאשר המטופלים היו חברים ועמיתים לעבודה, הפכו כמעט בלתי אפשריים כאשר נדרש מעקב רפואי. הדאגה לרווחתם והרלוונטיות הישירה של חווית הקולגות החולים, הקשה על המטופלים הבריאים להתגונן על מנת להפחית את הסיכון האישי, דבר שהוביל לדילמה אתית מורכבת. בנוסף דווח במחקר כי האתגרים שהטילה מגפת ה-SARS חשפה את הרופאים באור חדש. כללי הנימוס והערבות המקצועית לא היו במיטבם, תגובות של פחד ולחץ מצד הצוות הטיפולי היו בלתי צפויים [10].

רקע נפשי קודם

במחקר אחד, נבדקה השכיחות של הפרעות פסיכיאטריות וגורמי סיכון בקרב צוותי רפואה בטורונטו בתקופה של שנתיים לאחר פרוץ מגפת ה-SARS, בקרב 139 צוותי רפואה, באמצעות ראיון קליני מובנה על פי ה-DSM-IV. נמצא כי ל-30% בקרב כלל הנבדקים הייתה לפחות אבחנה אחת במהלך החיים של דיכאון או חרדה או של שימוש בחומרים ממכרים. רק עובדת אחת שתפסה את חוויית ה-SARS כאירוע טראומטי אובחנה כלוקה בהפרעת דחק בתר חבלתית. אפיזודה חדשה של הפרעות פסיכיאטריות התרחשה בקרב שבעה אנשי צוות רפואי (5%). באופן לא מפתיע, אפיזודה חדשה נמצאה בקשר ישיר לאנמנזה קודמת של הפרעה פסיכיאטרית [21].

מחדש הנבדקים. הממצאים הראו כי רמות הלחץ בקבוצה שעבדה עם רמת סיכון גבוהה, היו גבוהות משמעותית מהרמה של קבוצת הביקורת. מסקנת החוקרים הייתה, כי צוות רפואי שהיה בסיכון גבוה להידבק ב-SARS סבל לא רק מלחץ כרוני, אלא גם מרמות גבוהות יותר של דיכאון וחרדה [16].

נמצאו מספר עבודות אשר הצביעו על השלכות נפשיות כאשר צוות הרפואי נמצא בתנאים של סגר או בידוד [2]. ברובן מדווח על השלכות שליליות, ובמיעוטן מדווח גם על השלכות חיוביות. אחת הסיבות לממצאים הסותרים הם בלבול בין שני המושגים: סגר ובידוד [2]. בעוד שסגר הוא הפרדה והגבלת תנועה של אנשים בעלי פוטנציאל חשיפה למחלה מדבקת, על מנת לברר אם הם חולים, הרי שבידוד מתייחס להפרדה של אנשים שאובחנו כחולים [2].

בשני מחקרים דווח על השלכות שליליות ארוכות טווח של סגר על המצב הנפשי של הצוות הרפואי. במחקר אחד שהתבצע שלוש שנים לאחר התפרצות מגפת ה-SARS, דווח על שימוש לרעה באלכוהול או על תסמיני תלות באלכוהול בקרב צוות רפואי [14]. באותו מחקר לאחר בקרה על משתנים דמוגרפיים, שני משתנים נמצאו קשורים באופן משמעותי לתוצאות אלה – סגר ועבודה ברמת סיכון גבוהה. במחקר השני, הצוות הרפואי דיווח כי המשיך לעסוק בהתנהגויות נמנעות גם זמן רב לאחר יציאה מהסגר, כולל צמצום קשרי ישיר עם חולים [17].

במחקר אחר שנערך בקנדה נבחנו תסמיני PTSD בקרב צוות רפואי בהשוואה לאוכלוסייה ששהתה בסגר ולא נמנתה על הצוות הרפואי. הממצאים העלו, כי בקרב הצוות רפואי היו תסמינים חמורים יותר של הפרעת דחק בתר חבלתית (PTSD). יחד עם זאת, אלה היו תלויים במשתנים כמו משך הסגר והקפדה על דרישות הסגר. ככל שהסגר היה ארוך יותר, כך היו תסמיני הדחק הבתר חבלתי גבוהים יותר. כמו כן, ככל שהאכיפה על דרישות הסגר הייתה נמוכה יותר, כך הביא המצב לחששות מפני האפקטיביות של הסגר כאמצעי יעיל לשמירה על הבריאות [18].

במחקר נוסף בקרב צוותים רפואיים שעבדו בבית החולים והיו עלולים לבוא במגע עם SARS נמצא כי מיד לאחר סיום תקופת הסגר (9 ימים), סגר היה הגורם הסטרסוגני המנבא ביותר לתסמינים של הפרעת דחק חמורה [20]. באותו מחקר, חברי הקבוצה ששהו בהסגר היו בעלי הסיכוי הגבוה יותר לדווח על תשישות, תחושת ניתוק מאחרים, חרדה בעת התמודדות עם חולים מאומתים, רגזנות, נדודי שינה, ריכוז לקוי, קושי בקבלת החלטות, ירידה בביצועים מקצועיים, חוסר רצון לבוא לעבודה ומחשבה על התפטרות. במחקר אחר [14], ההשפעה של הסגר היה הגורם המנבא לתסמינים של הפרעת דחק בתר חבלתית בקרב צוות רפואי בבית החולים, אף שלוש שנים לאחר מכן.

היבטים חיוביים של הסגר על צוותי רפואה נמצא במחקר איכותני אשר ערך ראיונות חצי מובנה-שנמשך כשעה בקרב שמונה אנשים, על מנת לבחון ההשלכות של בידוד על אלה אשר טיפלו בחולי SERS ונאלצו לשהות

גורמים מגנים

שליטה עצמית: במחקר שהסתיים בפברואר 2020, שבו הוכללו 4,607 אזרחים מ-31 אזורים בסין (גיל ממוצע 23.71 שנים, סטיית תקן 7.29; מתוכם 3,342 נשים המהוות 72.5% מהנבדקים), מדגישים החוקרים את מרכיב השליטה העצמית כמשתנה תורם לשמירה על המצב הנפשי [22]. המחקר התבסס על המודל של דארווינג סיכון-חוסן (risk-resilience model). מודל המציע שליטה עצמית, כגורם חוסן, עשוי למתן את הקשר בין החומרה הנתפסת של COVID-19 לבין תסמינים נפשיים. תוצאות המחקר לאחר בקרה על המשתנים דמוגרפיים הראו, כי ככל שתפיסת המגיפה הייתה שלילית רמת המצוקה עלתה, וככל שרמת השליטה העצמית הייתה גבוהה, כך ירדה תחושת המצוקה. חשוב מכך, שליטה עצמית מיתנה את הקשר חומרה נתפסת של המגיפה-תסמינים נפשיים. ממצאים אלה מראים כי בהשוואה לאנשים עם שליטה עצמית גבוהה, אנשים עם שליטה עצמית נמוכה הם פגיעים יותר, וזקוקים יותר לעזרים פסיכולוגיים לשמירה על בריאות הנפש בעת התפרצות המגיפה [22]. ניתן להסיק מכך, שמכיוון ששליטה עצמית היא גורם/משאב מכריע, הרי ששיפור ביכולת השליטה העצמית של אנשים עשוי לעזור למתן גם את השפעת ההערכה השלילית הנתפסת של המצב הבריאותי או של האירוע ובכך לתרום לשיפור בריאות הנפש.

חוסן נפשי: באחד המאמרים העדכניים המתייחסים לניסיון של העם הסיני עם נגיף הקורונה, מצוינים ארבעה מרכיבים משמעותיים בהתמודדות עם שעת מבחן שכזו הקשורים זה בזה: מסוגלות עצמית, אופטימיות, תקווה וחוסן [23]. מרכיבים אלו תורמים לאנשים להסתגל ולתפקד בצורה יעילה, כמו התאמת אורח החיים למצב, נקיטת אמצעי זהירות והתמודדות עם אמצעי הבקרה השונים. המחבר מונה זאת 'הון פסיכולוגי' ולטענתו ניתן בעת הזו לפתח 'הון פסיכולוגי'.

אלטרואיזם: אלטרואיזם המושרש בערכים קולקטיביים החורגים מעבר לאינטרסים אינדיבידואליים, מאפשר התפתחות של לכידות חברתית ומהווה גורם חוסן [23]. במחקרי נמצא כי ככל שהייתה קבלה אלטרואיסטית של סיכונים קשורים לעבודה, כך היא הייתה קשורה לפחות תסמינים בתר חבלתיים [10,14].

תמיכה חברתית ותמיכת ממונים - הן תמיכה חברתית [21,24], הן תמיכת עמיתים תורמת לתחושת החוסן הנפשי [18]. רופאים ואחיות שדיווחו על תמיכת עמיתים ותקשורת ברורה של הנחיות / אמצעי זהירות, הם שסייעו להם להתמודד טוב יותר עם המצב. כמו כן הם דווחו על מצוקה רגשית נמוכה יותר וכן דווחו על פחות תסמינים נפשיים [15].

המלצות

ההמלצות בחלק זה מתבססות על ממצאי מחקרים עדכניים ועל גורמי הסיכון וגורמי החוסן.

זיהוי מהיר של מתח ולחץ: יש לזהות במהירות את

הבעיות הרגשיות והמתח שבו נמצא הצוות הרפואי, כך שאפשר יהיה לספק התערבות פסיכולוגיות בזמן [25]. הכותבים מדגישים את הצורך בתמיכה בצוות רפואי הנמצא בסגר. התערבות תמיכתית צריכה לשמור על בריאותם הפיסית והנפשית, וכן להבטיח את המשך עבודתם האפקטיבית של צוותי הרפואה. המחברים מציינים כי השיטה היעילה לעשות זאת היא תוך שימוש במודל הסיכון והחוסן [The Anticipated, Plan and Responder Risk and Resilience Model (APD); Deter (APD); Responder Risk and Resilience Model]. בשיטה זו מתמקדים בפיתוח תכנית חוסן אישית. [26]. התוכנית כוללת זיהוי התנהגות אישית ואפשרויות תגובה. בית החולים במערב סין פיתח ומבצע מודל ההתערבות זה בשני שלבים, כאשר הרעיון המרכזי הוא לשלב טכנולוגיית אינטרנט לכל תהליך ההתערבות, ולשלב התערבות מוקדמת עם התערבות שתשמש לשיקום מאוחר יותר [25]. יש לציין כי שיטה זו מתבססת על ניסיון מגפת ה-SARS.

"הון פסיכולוגי": הוא משאב קריטי עבור יחידים ועבור החברה באופן קולקטיבי, בפתרון בעיות ובשיפור הרווחה. "הון פסיכולוגי" המספק את אבני הבניין להגנה הפסיכולוגית של האנשים. ניתן לטפח הון פסיכולוגי על ידי אימונים וחינוך כמו הסבר ברור של מה שאנחנו יודעים ומה שאיננו יודעים על נגיף הקורונה. ניתן לפתח הון פסיכולוגי גם באמצעות התנסויות בחיים האמיתיים כמו עבודה משותפת לפתרון בעיה, מעורבות בפעילות התנדבותית ומתן תמיכה חברתית לתמיכה במי שנזקק. הון פסיכולוגי יכול להפוך למשאב ולמוטיבציה רבת עוצמה, המאופיינת ברוח "יכול לעשות" (can-do) וגישת "נעשה" (will-do) [23].

עזרה קונקרטיית: אדמס ווולס [1] מציינים, כי לא רק שצריך לדאוג לצוות הרפואי, אלא יש גם לתמוך בהם כי הם חשופים יותר. הם מציינים המלצות פרקטיות כיצד לשמור על הצוות הרפואי, כגון דאגה למשפחות של הצוות הרפואי ועד איך לספק להם מזון, בגדים והגנה של ציוד. וכן, לספק להם תמיכה רגשית. ההמלצות הבאות ניתנו על ידי ארגון הבריאות העולמי [27].

נרמול החוויה המלחיצה: (א) "תחושת לחץ היא חוויה סבירה עבורך ורבים מעמיתך - זה די רגיל להרגיש כך במצב הנוכחי. מתח ורגשות הקשורים אליו אינם בשום אופן שיקוף שאינך יכול לבצע את עבודתך או שאתה חלש. ניהול בריאותך הנפשית ורווחתך הפסיכו-חברתית במהלך תקופה זו חשוב לא פחות מניהול בריאותך הפיזית"; (ב) מילוי חסכים אישיים - "דאג לעצמך ברגע זה. נסה להשתמש באסטרטגיות התמודדות יעילות כגון הבטחת מנוחה והפוגה מספקת במהלך העבודה או בין משמרות, לאכול אוכל מספיק ובריא, לעסוק בפעילות גופנית ולהישאר במגע עם המשפחה והחברים. הימנע משימוש באסטרטגיות התמודדות לא יעילות כגון שימוש בטבק, אלכוהול או סמים אחרים (בטווח הארוך, אלה יכולים להחמיר את רווחתך הנפשית והפיזית)" [27].

שימוש באסטרטגיות מוכרות: חזרה לאסטרטגיות התמודדות מוכרות. על אף שההתמודדות עם הנגיף קורונה

שנמצא היה תפיסה סובייקטיבית של המצב הבריאותי של האדם את עצמו [28].

תמיכה חברתית מאחדים, נקיטת אמצעי זהירות ומידע ברור על מחלות, נמצאו כמשתנים המהווים גורמי מגן לצוות רפואי שנחשף לנגיף [28], זאת בנוסף לשליטה באמצעי המיגון ואמצעי ההדבקה [13].

בעקבות התפרצות נגיף קורונה בשנת 2020, המחקר עדין בחיתוליו. רוב המאמרים העדכניים שהוצגו הם מאמרי דעה או מאמרים תיאוריים וזוהו חולשתם. מכאן, בהיעדר ממצאים אמפיריים והיכרות עם כלל ההשלכות כתוצאה מנגיף קורונה, עדיין קשה לדעת כיצד להגן על אוכלוסייה זו. יחד עם זאת העומס הרב, החשיפה המתמשכת להדבקה, העבודה ברמת סיכון, הדילמות מוסריות המתעוררות כתוצאה מעומס מטופלים הנמצאים במצבים מסכני חיים והחשיפה לכמות בלתי סבירה של מטופלים אשר הטיפול בהם מסתיים במוות כל אלה מהווים גורמי סיכון למצוקה נפשית בקרב צוותי הרפואה. אלה יתבררו במחקרים עתידיים.

מחבר מכותב: גיל זלצמן

המרכז לבריאות הנפש גהה

רח' הלסינקי 1, פתח תקווה 4910002

דוא"ל: zalsman@tauex.tau.ac.il

היא חדשה, "יש לעשות שימוש באסטרטגיות שפעלו עבורך בעבר לניהול זמנים של לחץ". "אתה היחידי שיכול לדעת כיצד אתה יכול להילחץ מהמצב ולשמור על עצמך מבחינה פסיכולוגית". "זה לא ספרינט, זה מרתון" [27].

התמודדות עם סטיגמה והימנעות: חלק מעובדי הבריאות עשויים לחוות הימנעות על ידי משפחתם או קהילתם בשל סטיגמה או פחד מהדבקה. זה יכול להקשות על התמודדות, "במידת האפשר יש לשמור על קשר עם יקיריכם, כולל בשיטות דיגיטליות" [27].

תמיכה חברתית, תמיכה מקולגות ותמיכת הממונים: "פנה לקולגות שלך, למנהל שלך או לאנשים מהימנים אחרים לקבלת תמיכה חברתית - עמיתים עשויים לחוות חוויות דומות לך" [27].

לסיכום

אומץ לבם של עובדי שירותי הבריאות במהלך התפרצות SARS בשנת 2003 לא הפך אותם לחסינים מפני חרדה או לחץ [19,13]. במחקרים אודות מגפת ה-SARS נמצא, כי צוותים רפואיים חוו תסמינים של חרדה, דיכאון והפרעת דחק בתר חבלתית (פוסט טראומה) על פי מידת היחשפותם להדבקות [9,13,19], לעיתים גם מספר שנים לאחר סיום המגיפה [23]. בסקירה אודות נגיף ה-SARS, נמצאו מספר גורמי סיכון ומספר גורמי חוסן. גורמי הסיכון שנמצאו היו חשיפה ישירה להידבק ולחלות ב-SARS [19,13], קונפליקט בין התפקיד כספק שירותי בריאות והתפקיד במשפחה, כגון כהורה [9,19]. גורם סיכון נוסף

ביבליוגרפיה

<p>1. Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. JAMA, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3972.</p> <p>2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet, 2020. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8.</p> <p>3. Parodi SM, Liu VX. From Containment to Mitigation of COVID-19 in the US. JAMA, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3882.</p> <p>4. World Health Organization. International travel and health: Disease Information. [Internet] Available from: https://www.who.int/ith/diseases/sars/en. Accessed: 10 March, 2020.</p>	<p>5. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. BJPsych Open, 2004;185:127-133. https://doi.org/10.1192/bjp.185.2.127.</p> <p>6. Maunder R, Hunter J, Vincent L, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. CMAJ, 2003;168:1245-1251.</p> <p>7. Scales DC, Green K, Chan AK, et al. Illness in intensive care staff after brief exposure to severe acute respiratory syndrome. J Emerg Infect Dis, 2003;9:1205. doi: 10.3201/eid0910.030525.</p> <p>8. Booth CM, Matukas LM, Tomlinson GA, et al. Clinical features and short-term outcomes of 144 patients with SARS in the greater Toronto</p>	<p>area. JAMA, 2003;289:2801-2809. doi:10.1001/jama.289.21.JOC30885.</p> <p>9. Masur H, Emanuel E, Lane HC. Severe acute respiratory syndrome: providing care in the face of uncertainty. JAMA, 2003;289:2861-2863. doi:10.1001/jama.289.21. JED30036.</p> <p>10. Schull MJ, Redelmeier DA. Infection control for the disinterested. CMAJ, 2003;169:122-123.</p> <p>11. Cheong DL, Lee CK. Impact of severe acute respiratory syndrome on anxiety levels of front-line health care workers. Hong Kong Med J, 2004;10:325-30.</p> <p>12. Chua SE, Cheung V, Cheung C, et al. Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care</p>
--	--	--

- workers. *Can J Psychiatry*, 2004;49:391-393. <https://doi.org/10.1177/070674370404900609>.
13. *Chua SE, Cheung V, McAlonan GM, et al.* Stress and psychological impact on SARS patients during the outbreak. *Can J Psychiatry*, 2004;49:385-390. <https://doi.org/10.1177/070674370404900607>.
 14. *Wu P, Fang Y, Guan Z, et al.* The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*, 2009;54:302-311. <https://doi.org/10.1177/070674370905400504>.
 15. *Chan A O, Huak CY.* Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med*, 2004;54:190-196. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqh027>.
 16. *McAlonan GM, Lee AM, Cheung V, et al.* Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *Can J Psychiatry*, 2007;52:241-247. <https://doi.org/10.1177/070674370705200406>.
 17. *Marjanovic Z, Greenglass ER, Coffey S.* The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: an online questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 991-98.
 18. *Reynolds DL, Garay JR, Deamon SL, et al.* Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect*, 2008;136:997-1007. <https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>.
 19. *Robertson E, Hershenfield K, Grace SL, Stewart DE.* The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: a qualitative study of Toronto health care workers. *Can J Psychiatry*, 2004;49:403-407. <https://doi.org/10.1177/070674370404900612>.
 20. *Bai Y, Lin CC, Lin CY, et al.* Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*, 2004;55:1055-1057. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055>.
 21. *Lancee WJ, Maunder RG, Goldbloom DS.* Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*, 2008;59:91-95.
 22. *Li JB, Yang A, Dou K, Cheung RY.* Self-control moderates the association between perceived severity of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health problems among the Chinese public. [Internet]. PsyArXiv; 2020. Available from: psyarxiv.com/2xadq.
 23. *Chan D.* The 5Cs of beating the coronavirus outbreak.
 24. *Sin, S. S., & Huak, C. Y.* (2004). Psychological impact of the SARS outbreak on a Singaporean rehabilitation department. *Int J Ther Rehabil*, 2020;11:417-424. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2004.11.9.19589>.
 25. *Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W.* Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precis Clin Med*, 2020. <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa00>.
 26. *Schreiber M, Cates DS, Formanski S, King M.* Maximizing the Resilience of Healthcare Workers in Multi-hazard Events: Lessons from the 2014-2015 Ebola Response in Africa. *Mil Med*, 2019;184(S1):114-120. doi: 10.1093/milmed/usy400.
 27. *Department of Communications, WHO.* Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 2020. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1.
 28. *Sin SS, Huak CY.* Psychological impact of the SARS outbreak on a Singaporean rehabilitation department. *Int J Ther Rehabil*, 2004;11:417-424. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2004.11.9.19589>.

כרוניקה

פרופ' צבי שמעוני - מנהל המרכז הרפואי לניאדו



פרופסור צבי שמעוני - מנהל המרכז הרפואי לניאדו משנת 2016, הוא מומחה לרפואה פנימית ומומחה למחלות זיהומיות. בוגר הפקולטה לרפואה של אוניברסיטת תל אביב וחבר סגל בפקולטה לרפואה של הטכניון.

מכהן מזה שלושים שנים כמנהל מחלקה פנימית בבית החולים.

פרופ' שמעוני הוביל את המרכז הרפואי לניאדו למעמדו הנוכחי, כבית חולים שבו רוב המחלקות מוכרות להתמחות מלאה, וכבית חולים המוכר לשנת סטאז' מלאה ומסונף לפקולטה לרפואה של הטכניון. עם סיום סינוף זה, יסתנף המרכז הרפואי לניאדו לפקולטה לרפואה של אוניברסיטת אריאל

