

"יש לך משהו מת בגוף, זה ירקיב"

החוויה של נשים המתמודדות עם אובדן
הריון במפגש עם מערכת הבריאות

ד"ר גלית נויפלד קרושינסקי



קרן פרימה



כתיבה ועיצוב הדוח: ד"ר גלית נויפלד קרושינסקי, מנהלת מחקר ופיתוח ידע, קרן בריאה
עריכה: ד"ר מיכל חסון, מנהלת דיגיטל ופרוייקטים מיוחדים, קרן בריאה
אינפוגרפיקה ועיצוב התקציר: ד"ר יעל פרידמן-לוי, Ph.Design.

שותפות: ד"ר קרן ירמיה, ד"ר יסכה וייסבנד, מיטל בנשק, שרה טנקמן, פרופ' אורית קרניאלי-מילר

תודות: לנשים היקרות שענו על הסקר, השמיעו את קולן ושיתפו אותנו בחוויות הלא פשוטות שעברו. כולנו תקווה שממצאי המחקר יובילו לשינוי והתאמה של המענה שניתן במערכת הבריאות לנשים שחוות אובדן הריון.

קרן בריאה Briah Foundation
למידע נוסף: www.briah.org
דוא"ל: info@briah.org
יולי 2023

תוכן עניינים

1	.....	תקציר
5	.....	רקע
6	.....	הסקר
6	.....	ממצאים
6	.....	א. התאמת המרחב הפיזי
8	.....	ב. יחס אמפטי ורגיש מצד הצוות המטפל
11	.....	ג. מתן מידע
15	.....	ד. שיתוף בקבלת החלטות
16	.....	ה. תמיכה ומענה רגשי
17	.....	ו. בירוקרטיה, רצף טיפולי וקישור לקהילה
19	.....	סיכום
19	.....	המלצות
21	.....	מקורות
22	.....	נספחים
		נספח א' – דוגמה למרכז רפואי הפועל על פי עקרונות המלצות דוח זה: "בדרכך" - מרכז רב-תחומי לליווי בתהליך
22	.....	סיום הריון בשיבא
22	.....	נספח ב' - קווים כלליים להמלצה איך לנהל שיחת בישור על אובדן הריון
26	.....	נספח ג' - תהליך קבלת החלטות בשיתוף המטופלת, אחרים משמעותיים עבורה והצוות

תקציר

חוסר בתמיכה ומענה רגשי ועוד. חוסר המענה לצרכים אלו מקשה על ההתמודדות עם החוויה הקשה והטראומטית ולעיתים אף מוסיף קושי וטראומה נוספת. על מנת לתת לנשים אלו טיפול מיטבי יש לנקוט מספר צעדים הכוללים הכשרת צוותים רפואיים, יישום חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא משנת 2019, הקצאת תקנים לאחיות מתאמות אובדן בבתי החולים ועוד.

סקר זה נערך על ידי קרן בריאה, המקדמת את תחום בריאות הנשים בישראל, על מנת למפות את הצרכים של נשים החוות אובדן הריון אל מול המענה הניתן להן בנקודות קריטיות במפגש עם מערכת הבריאות. ממצאי הסקר מראים כי המענה הניתן כיום לנשים אינו מתאים לצרכים הכוללים שלהן במגוון היבטים כגון אי התאמה של הסביבה הפיזית, יחס לא רגיש ולא אמפתי של אנשי הצוות, חוסר שותפות בקבלת החלטות,

האובדן מהווה אירוע חיים משמעותי ובעל השלכות פיזיות ורגשיות בטווח הקצר והארוך על האישה ובן/בת זוגה. למפגש של האישה וקרוביה עם מערכת הבריאות סביב האובדן יש תפקיד מרכזי ביכולת העיבוד וההתמודדות עם אובדן הריון והטראומה.

אובדן הריון, המוגדר כהריון שלא הסתיים בלידת תינוק חי, אינו תופעה נדירה. למעשה, ההערכות הן **שאחת מכל ארבע נשים** שאי פעם תהיה בהריון תחוה אובדן במהלך שנות הפוריות שלה.

נקודות המפגש מול מערכת הבריאות



קרן בריאה ערכה סקר בקרב נשים שבו הן הוזמנו לשתף בחוויה ובניסיון שלהן על מנת למפות את הצרכים שלהן והמענים שהן מקבלות במפגש עם מערכת הבריאות. על הסקר שהופץ באמצעות הרשתות החברתיות בין דצמבר 2018 לינואר 2019, ענו 1202 נשים שעברו אובדני הריון שונים.



נשים ענו על הסקר **1,202**

דצמבר 2018 ← ינואר 2019

ממצאי הסקר והמלצות

מצאת שהמחקר מעניין אותך והיית רוצה לשתף אותנו במחשבות או בהתנסויות שלך? מכירים פתרונות או מודלים לטיפול ותמיכה בנשים שחוות אובדן הריון? מוזמנים ומוזמנות לכתוב לנו: <https://www.briah.org/contact>

חוסר התאמה פיזית

נשים המתמודדות עם אובדן מוצאות עצמן באותו המרחב יחד עם נשים הרות ויולדות אחרות ובני משפחתן, ובין היתר הן עוברות את ההפלה במסדרונות או בכיסאות בית החולים ללא פרטיות, וללא אמצעים תומכים כמו מוצרי היגיינה או מקלחות, וללא ליווי של אדם קרוב.

”

”אני יושבת במסדרון חצי מעולפת עם דם נוטף עד כפות הרגליים דרך שתי מגבות גדולות שכרוכות לי בין הרגליים כמו חיתול”

“

המלצות

- התאמת הסביבה - הקצאת חדר בדיקות ייעודי, ציוד הגייני, איזור המתנה ששומר על פרטיות המטופלת.
- לאפשר ליווי של בן/בת זוג או בן משפחה לאורך כל התהליך (במיוחד עד להרדמה במקרה של הליך כירורגי)
- ליישם נוהל קבלה מהיר במיון של אישה סביב אובדן הריון.

יחס לא רגיש ולא אמפתי

הנשים תיארו מצבים בהם הן חוו יחס שהוא לא מספיק רגיש או אמפתי מצד הצוות הרפואי. זה התחיל בבישור על האובדן שנעשה לעיתים בצורה קרה ומנותקת תוך שימוש במונחים פוגעניים, התמקדות בנתונים רפואיים ובתוכנית הטיפול.

30% מהנשים ציינו שהאופן שבו בישרו

להן על אובדן ההריון היה לא נכון בעיניהן

← נשים שחוו יחס לא אמפטי בעת הבשורה על האובדן

41% מהנשים שהתבשרו ע"י טכנאית

25% מהנשים שהתבשרו ע"י רופא

בנוסף, נשים הרגישו שלא נותנים מקום וזמן לאובדן ולרגשות שעולים בעקבותיו. הן חוו דיבור "מעל הראש" שלהן והתעלמות מהן בזמן מעבר הפרוצדורות או במהלך ההתאוששות.

”

”טכנאית האולטרסאונד יצאה מהחדר והתחילה לדבר עם בן זוגי, אני לא הספקתי ללבוש את התחתונים שלי, כי רציתי כבר לצאת ולשמוע את הבשורות בעצמי. בפועל החזקתי את התחתונים ביד עוד כ-3 שעות כי לא נתנו לי רגע לשבת ולעכל”

”[הרופא] היה קר ומנוכר והודיע לי באופן הבא –”כמו שחשבת, לעובר אין דופק, תתלבשי ובואי”.

”יש לך משהו מת בגוף, זה ירקבי”

“

המלצות

- פיתוח והטמעה של הכשרות לצוותים רפואיים לבישור בשורה מרה וניהול תקשורת אמפתית ורגישה.
- סימון התיק הרפואי באופן שיזכיר לצוות הרפואי שהאישה חווה אובדן ויש להתייחס אליה ברגישות מרבית.

אי שיתוף של ידע ומידע מותאם

נשים דיווחו שהן היו רוצות לקבל מהצוות הרפואי יותר מידע מסוגים שונים כמו: הסבר על האובדן, חלופות הטיפול הקיימות, תופעות לוואי וסיכונים אפשריים, גורמי תמיכה אפשריים ועוד. במקרים מסוימים החוסר במידע הוביל לכך שהן הופתעו מהחוויה שלהן בפועל, שלעיתים אף תוארה כטראומטית, וגם נמצא קשור לשביעות רצון נמוכה יותר שלהן מההליכים שעברו.

93% מהנשים רצו לקבל הסבר על חלופות טיפול



30% מהנשים דיווחו כי כלל לא הציגו להן חלופות טיפול



”

”הרופא במיון פשוט עשה לי אולטרסאונד, אמר שיש עובר לא מפותח, ושצריך הפלה, נתן לי את הכדורים ושלח אותי הביתה”

”הרופא לא הסביר על אפשרויות אחרות של הפלה העומדות בפני אלא ישר שלח לגרידה ולא הציג אפשרויות אחרות של הפסקת הריון, וחבל”.

”אם מישהו היה מסביר לי מה זה כאב/דימום שהוא תקין או חריג אולי לא הייתי צריכה לעבור אובדן הריון וחצוצרה יחד”.

המלצות

- הנגשה של מידע מסוגים שונים כמו: הקבלה ואופן מעבר הפרוצדורות בבתי החולים השונים, השלכות פיזיות ורגשיות עתידיות, מרכזי תמיכה וזכויות ועוד.
- * ההנגשה תעשה בשפות ומדיות שונות כגון אתרי משרד הבריאות ובתי החולים, יישומי קופות החולים וכן פלאיירים שיחולקו למטופלות.

אי שיתוף בקבלת ההחלטות

נשים דיווחו כי לא מתקיים שיח כאשר צריכות להתקבל החלטות שונות (כמו חלופה רפואית להתמודדות עם אובדן הריון או האם וכיצד להיפרד מהתינוק לאחר לידה שקטה), ולא מאפשרים להן להשמיע את קולן ולשתף לגבי הצרכים, הרצונות, הניסיון והידע שלהן לגבי גופן. דבר זה מקשה על התאמה טובה של ההחלטות לאישה הספציפית ומנוגד לעקרונות המטופל במרכז.

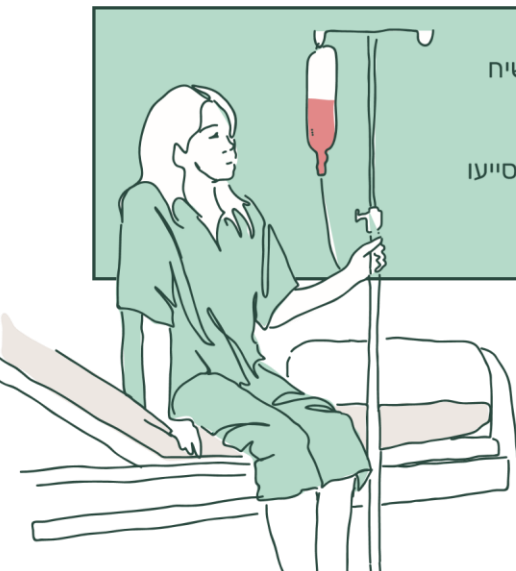
”

”לא נתנו לי מושג על מידת הכאב. אם היה לי מושג - יש מצב שהייתי בוחרת גרידה.”

”נתנו לי לראות את העובר בגלל שהתעקשתי ולמרות שהם ניסו למנוע ממני”.

המלצות

- פיתוח והטמעה של הכשרות לצוותים רפואיים לניהול שיח משתף.
- פיתוח והטמעה של עזרי החלטה (Decision Aids) שיסייעו בתהליכי קבלת החלטות.



חוסר בתמיכה ובמענה רגשי מותאם

מרבית הנשים הביעו צורך שיראו אותן ויתנו מענה רגשי לתחושות והרגשות השונים שעולים אצל כל אחת מהן - החל ממענה ראשוני סביב קבלת הבשורה וכלה במענה רגשי וליווי בהתמודדות עם האובדן ועד זיהוי ותמיכה בעת קשיים רגשיים כמו דכאון לאחר אובדן. בפועל, מרבית הנשים ציינו כי כלל לא הוצעה להן תמיכה או עזרה רגשית - בזמן האישפוז או במעבר הפרוצדורות, או בקהילה.

”

“לא הרגשתי שום הבנה מהרופאים ישבתי שם ובביתי ואמרתי שאין לי למה לחיות ובא לי לקפוץ מהחלון ולא הרגשתי שום הבנה”

“זאת היתה ההפלה השביעית שלי ברציפות... יצאנו ממנו [מהרופא] שבורים ממש, לא יודעת בדיוק מי אבל מישהו היה מתישהו צריך לראות אותנו”

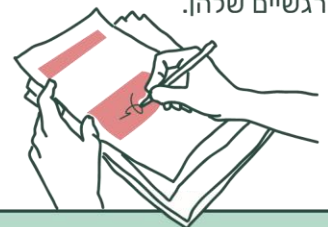
”

המלצות

- הקצאת תקנים של אחויות מתאמות אובדן הריון בבתי החולים לפי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מ 2019
- פיתוח פרוטוקולים ונהלים לטיפול ותמיכה בנשים שחוות אובדן - במהלך ולאחר האובדן
- הנגשה של מידע לגבי מרכזי תמיכה וסיוע רגשי
- בדיקות סקר בקהילה לזיהוי קשיים רגשיים
- חיבור לעמותות המספקות ידע ותמיכה לנשים לאחר אובדן הריון

קושי בירוקרטי וחוסר ברצף טיפולי וקישור לקהילה

נשים דיווחו כי ההתמודדות הבירוקרטית היתה מורכבת ומבלבלת, והן מצאו את עצמן ללא גורם טיפולי שמסייע ומלווה אותן בהתנהלות מול בתי וקופות החולים ומול ביטוח לאומי. לאחר השחרור לקהילה, אין גורם שעוקב ומיועד לגבי מצבן, כזה שיכל לסייע להן לקבל טיפול המותאם לצרכים הפיזיים והרגשיים שלהן.



”

“שלחו אותי מנציג לנציג, גם בטלפון וגם בקופת האם שלי, וכל זה היה מיותר לגמרי כי כל מה שהיה צריך לעשות זה להתייצב בחדר מיון לבחירת. כל התהליך הבירוקרטי היה מפרך ומיותר”.

“אובדן דם מסיבי גורד אחריו המון תופעות גופניות רב מערכתיות... נפלתי לספירלה של הערכה עצמית נמוכה ובושה על זה שלוקח לי כל כך הרבה זמן להשתקם. ולא קיבלתי שום תמיכה רפואית או מעקב על ההשלכות האלה... במחשבה לאחור אני מבינה שאולי הגיעו לי פיצויים וקצבה כלשהי”.

”

המלצות

- שיפור ברצף הטיפול והקשר שקיים בין בתי וקופות החולים
- סיוע של גורם בקהילה בנושאי בירוקרטיה
- הנגשה של מידע בנושאי מיצוי זכויות

רקע

אובדן הריון, המוגדר כהריון שלא הסתיים בלידת תינוק חי, עשוי להתרחש בשלבים שונים של ההריון: אובדן הריון מוקדם או הפלה מתרחשים עד שבוע 20, ולאחריו אובדן הריון מסתיים בלידה שקטה¹. זוהי איננה תופעה נדירה, ולמעשה, הערכות הן ששכיחות ההפלות הטבעיות היא כ-14% מכלל ההריונות. שכיחות הלידות השקטות היא 13.9 מתוך כל 1000 לידות בעולם², ובישראל לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 2018, השכיחות היתה 7.5 לכל 1000 לידות³.

אובדן הריון הנו אירוע חיים משמעותי, אשר מלבד האובדן הפיזי הקשה של העובר/התינוק, הוא כולל גם אובדנים נוספים כגון אובדן הזהות כהורים, אובדן ציפיות משפחתיות וכן אובדן הוודאות לגבי היכולת להביא ילדים בעתיד⁴. לכן, לצד ההתמודדות עם האירוע הרפואי, במרבית המקרים מתלווים לאובדן ההריון היבטים רגשיים, הכוללים מאפיינים של אבל וחוסר וודאות כגון עצב, אשמה, פחד, בלבול ותחושת כישלון. בחלק מהמקרים, אובדן ההריון יכול אף להיחווה כאירוע טראומטי ולהוביל להתפתחות של דיכאון^{5,6}, חרדה^{7,8}, פוסט-טראומה^{9,10} ואובדנות¹⁰, והן נמצאו בשיעורים גבוהים במיוחד בחצי השנה הראשונה שלאחר אובדן ההריון^{5,6}. אחד הגורמים המרכזיים שעשויים להשפיע, לחיוב או לשלילה, על החוויה של האישה וקרוביה והיכולת שלהם להתמודד עם האובדן הוא המפגש עם המערכת והצוות הרפואי. מפגש זה מתקיים על פני נקודות זמן שונות כמו הבישור על האובדן, קבלת החלטה רפואית על תוכנית טיפול (כגון לקיחת תרופות או התערבויות פולשניות יותר כגון גרידה ושאיבה), מעבר של פרוצדורות רפואיות ועוד. איכות השירות והטיפול שיקבלו האישה ובן/בת זוגה מהצוות הרפואי עשויים להשפיע על רווחתם הנפשית¹¹⁻¹⁵, אפילו שנים לאחר שהתרחש האובדן¹⁶. על כן, קיימת חשיבות בהבנת החוויה של נשים במפגש שלהן עם מערכת הבריאות סביב אובדן הריון.

נקודות המפגש עם מערכת הבריאות



לאחר שהגיעו לידי קרן בריאה עדויות של נשים על החוויות המורכבות שעברו סביב אובדן ההריון, החלטנו לערוך סקר שבו נשים יוכלו לשתף בחוויה ובניסיון שלהן. הסקר נועד למפות את הצרכים ונקודות הכשל החשובות במענה לצורכי הנשים.

הסקר

הסקר שעליו נשים התבקשו לענות כלל שאלות פתוחות וסגורות לגבי חווית האובדן - החל מההגעה לבית החולים, קבלת הבשורה על האובדן, אופי ואיכות המידע שניתן על האפשרויות הטיפוליות השונות, החוויה שעברה האישה במהלך הטיפול הרפואי ולאחריו, וסוגי התמיכה שניתנו לה.

הסקר הופץ באמצעות הרשתות החברתיות בין דצמבר 2018 לינואר 2019, והזמנו להשתתף בו נשים שעברו אובדני הריון מסוגים שונים - כולל לידות שקטות והפלות, וסוגי התערבויות שונות - ניתוחיות או תרופתיות. ניתוח השאלות הכמותיות נעשה בשימוש בתוכנת SPSS, וניתוח התוכן של השאלות הפתוחות נעשה בשיטת "היטמעות/התגבשות"¹⁷.

על הסקר ענו 1,202 נשים עם חוויות מגוונות מאוד מבחינת השבוע שבו חוו את אובדן ההריון וסוג הטיפול הרפואי שהן עברו. הגיל הממוצע של העונות על הסקר היה 36.2 שנים, ורובן המוחלט הן נשים יהודיות. שליש מתוכן עברו את האובדן בשנתיים שקדמו לפרסום השאלון, כ- 17% בשנים 2010-2015 והשאר לא סיפקו מידע לגבי השנה או עברו את האובדן לפני 2009. התפלגות סוגי ההליכים/הטיפולים שעברו הנשים מראה כי רובן (45.1%) עברו גרידה, 28.2% עברו הפלה תרופתית, 3.3% עברו שאיבה, ו-23.1% עברו לידה שקטה. רובן המכריע (90%) עברו את ההליך במערכת הבריאות הציבורית.

חשוב לציין כי מדגם הסקר איננו מהווה מדגם מייצג של אוכלוסיות הנשים שעוברות אובדן הריון, אלא את חוויותיהן של נשים שנחשפו לפנייה להשתתף במחקר ובחרו לענות עליו ברשת. לפיכך, לא התקיים ייצוג ראוי של נשים שנעדרות מהרשתות החברתיות כגון נשים בסטטוס סוציאקונומי נמוך, נשים ערביות או קבוצות מיעוט אחרות.

ממצאים

מניתוח הנתונים עולים מספר היבטים שבהם יש לתת לנשים מענה שמתאם לצרכיהן, כולל: התאמת המרחב הפיזי לצרכי הנשים, יחס אמפטי ורגיש של אנשי המקצוע, שיתוף בידע ובמידע, שיתוף בקבלת החלטות, תמיכה ומענה רגשי בתהליך, יצירת רצף טיפולי וקישור לקהילה.

א. התאמת המרחב הפיזי

נשים רבות דיווחו כי המרחב הפיזי שבו הן נאלצו לגלות ולהתמודד עם האובדן לא התאים לצרכים שלהן. הן הגיעו למיון בית החולים כשהן סובלות מכאב ודימום, לעיתים עד כדי עילפון אך הן נאלצו להמתין בסביבה פיזית שאינה מותאמת לצרכים שלהן: ללא מקום לשכב, ללא פרטיות וללא ציוד היגייני לקלוט את הדימום שעשוי להיות אינטנסיבי מאוד, דבר שבפני עצמו יוצר מבוכה ומצוקה נפשית קשה:

" היו לי התכווצויות נוראיות, אבל היינו במסדרון מעבר כל כך צר שאפילו על הרצפה לא היה מקום להישכב, כי כנראה שהייתי עושה את זה. הייתי מאוד מעורפלת, בקושי בהכרה"
" אני יושבת במסדרון חצי מעולפת עם דם נוטף עד כפות הרגליים דרך שתי מגבות גדולות שכרוכות לי בין הרגליים כמו חיתול"

חוסר ההתאמה של המרחב לצרכים הפיזיים של נשים קיים לא רק בהמתנה לטיפול, אלא גם במהלך הפרוצדורה הרפואית עצמה או מיד לאחריה. לדוגמה, נשים שעוברות הפלה תרופתית מוצאות את עצמן מתמודדות עם כאבים קשים, דימום והתכווצויות במרחב ציבורי בבית החולים, על פי רוב על כיסא במסדרון:

" בזמן שהייה בבית חולים היחס אלי היה כאילו אני סתם תופסת מקום מאחר ואני שם רק לצורך השגחה אז פשוט העבירו אותי ממקום למקום ובשלב מסוים אחות אחת אפילו צעקה עלי לצאת מחדר אחד אחרי שאחות אחרת אמרה לי להיות שם. בסופו של דבר פשוט ישבתי במסדרון ובכיתי (זה היה ביום השני של הציטוטק ולבעלי לא התאפשר להיות איתי והייתי לבד) כמובן שהייתי מעדיפה להיות בבית אבל זה היה דרישה של הבית חולים שאשאר"

אלמנט נוסף שחזר על עצמו בדיווחים של המשתתפות בסקר לגבי ההתאמה של המרחב הציבורי לצרכיהן, היה ההמצאות במרחבים משותפים יחד עם נשים הרות ויולדות: " הכניסו אותי למחלקת ניטור ובה הייתה יולדת שביקשה לראות את התינוקת שלה. רגע לפי שאני יולדת את התינוקת המתה שלי, אני שומעת בכי תינוק רך - מה שכמובן ערער אותי נורא". במרחבים האלה הן מוקפות בזוגות נרגשים שהגיעו ללדת, בתמונות של תינוקות על הקירות ובלונים שמבשרים 'מזל טוב להולדת הבת!'. לעומת זאת, נשים שכן ניתנה להן האפשרות להיות במרחב פרטי ושקט דיווחו על חוויה שאיפשרה להן התמודדות טובה יותר: "כאשר הגעתי למיון האח שקיבל אותי זיהה את המצוקה שלי ונתן לי לשבת באזור פרטי ושקט יותר וזה היה מאוד משמעותי". מאפיין נוסף שנשים רבות ציינו כמוסיף לקושי הפיזי והרגשי סביב אובדן הריון היה חוסר בהימצאות של אדם קרוב לצידן. מעבר לכך שיש נשים שנאלצו להתמודד עם הבישור לבד, גם בזמן ההמתנה, האישפוז, או ההתאוששות הן מוצאות עצמן לעיתים ללא מלווה, שיכול לספק משענת פיזית ורגשית ברגעים קשים. לדוגמה, נשים שמתאשפזות במחלקת נשים לקראת פרוצדורה שהן צריכות לעבור בבוקר למחרת, נשים מובלות ונמצאות לבד לחדרי ניתוח בכדי לעבור פרוצדורה של גרידה או בזמן התאוששות לאחר הפרוצדורות: "הסיטואציה מאד הזויה - קושרים את הרגליים והידיים ויש תחושת חוסר אונים מוחלט. בחדר היו רק גברים (מרדים, אח ושני מנתחים) וגם מבלי שרציתי הסיטואציה מאד הציפה אותי".

העדויות הבאה מסכמת וממחישה כיצד ניתן לאפשר לאישה ובן זוג לשהות בסביבה פיזית שמוותאמת לצרכי האישה:

"קיבלתי חדר לבד במחלקת נשים וכך בעלי היה איתי. בנוסף על הדלת של החדר במחלקה ועל הדלת של חדר הלידה תלו שלט שמסמל לידה שקטה כך שאף איש מקצוע לא נכנס לחדר ואמר לי במקרה מזל טוב"

ב. יחס אמפטי ורגיש מצד הצוות המטפל

יחס אמפטי ורגיש מצד הצוות המטפל, כזה הרואה את המטופלת כאדם שלם הוא קריטי לאופן שבו מטופלות חוות את המפגש עם המערכת הרפואית, בעיקר בנקודה רגישה כל כך של אובדן הריון. בהקשר זה, נקודה שחזרה על עצמה בדיווחים של הנשים היתה הקושי הקיים ברגע הבישור על אובדן ההריון במקרה של הפלה ספונטנית. לרוב, הבישור התרחש במהלך בדיקת האולטרהסאונד על ידי רופא/ה או טכנאית, בדיקה שעשויה להיות שגרתית, במרפאה ציבורית ובמהלך יום רגיל מבחינת המטופלת עד לאותו רגע שבו מגלים תוך כדי הבדיקה שאין דופק עוברי. 30% מהנשים ציינו כי האופן שבו הן התבשרו על האובדן נעשה בצורה שלא היתה נכון בעיניהן. באופן ספציפי, מבין הנשים שהתבשרו על ידי טכנאית, 41% ציינו שזה נעשה בצורה לא נכונה, בעוד שמבין הנשים שהתבשרו על ידי רופא.ה, 25% ציינו שזה נעשה בצורה לא נכונה.



בישור שניתן באופן לא נכון עבורן כלל בדרך כלל מספר מאפיינים:

1. בישור שניתן בצורה שאיננה מכבדת - בתזמון ובמיקום בעייתיים. מצב בו אנשים נכנסים ויוצאים מהחדר, או במצב בו הרופא מקבל שיחת טלפון ומנהל שיחת חולין הכוללת בדיחות וצחקוקים. צורה נוספת של בישור לא מכבד במיקום בעייתי הוא כזה שניתן בטלפון או כאשר הרופא לא מחכה שהאישה תתלבש או תקום מהמיטה:

"הייתי מאוד רוצה שאם יש חדשות רעות באולטרהסאונד פנימי (כמו בדוגמה שלי, שאין לעובר דופק), שהצוות הרפואי יחכה כמה שניות עד שהאולטרהסאונד סיים ושיש למטופלת את הבגדים שוב לפני שמדברות. לקבל חדשות רעות במצב פיסי כל כך לא נעים ומביך היה לא בסדר"

"טכנאית האולטרסאונד יצאה מהחדר והתחילה לדבר עם בן זוגי, אני לא הספקתי ללבוש את התחתונים שלי, כי רציתי כבר לצאת ולשמוע את הבשורות בעצמי. בפועל החזקתי את התחתונים ביד עוד כ-3 שעות כי לא נתנו לי רגע לשבת ולעכל. היינו צריכים להילחם לראות רופא שייתן הפנייה למיון, ורק אחרי בדיקת רופא במיון, ושהוא ישב איתנו והסביר מה בעצם קורה. יכולתי לשתות, להירגע ולהתלבש בחזרה"

2. בישור שניתן לנשים "על הדרך" באופן שאיננו ישיר כמו למשל כאשר איש המקצוע ממלמל ספק לעצמו ספק לאישה: "אין דופק", "העובר מת" באמצע הבדיקה, או כאשר השתרר שקט מקפיא בחדר ואיש המקצוע העביר את הבישור בדרך לא מילולית: טכנאית האולטרסאונד ראתה שמשוה לא בסדר עם העובר אבל לא ידעה איך ומה להגיד לנו ובעיקר נראתה מבוהלת ומלמלה שצריך רופא", "בגלל שעברתי את הזוועה הזו מספר פעמים כבר יכולתי לזהות מהאולטרסאונד השקט והפנים האפורות של הרופא".
3. בישור המאופיין בדיבור מתומצת, טכני וקר וכזה המשתמש במטאפורות- "הרופא] היה קר ומנוכר והודיע לי באופן הבא – "כמו שחשבתי, לעובר אין דופק, תתלבשי ובואי", "יש לך משהו מת בגוף, זה ירקיב", "הנפל". דימויים ומונחים אלו נשארו חקוקים עוד שנים רבות בזיכרון של הנשים: "המשפט הזה תקוע לי בראש עד היום... הוא אמר שזו הדרך של האבולוציה וכנראה מהעובר הפוטנציאלי הזה לא היה יוצא אינשטיין...". השימוש בדיבור כזה מתעלם מהקושי של המטופלת, יוצר תחושת ניכור ורק מגביר את תחושת המצוקה אצל הנשים.
4. בישור שלא כולל התייחסות אמפתית - הבישור המפתיע מעלה אצל הנשים תחושות כמו בלבול ושוק, היה קשה להן כשהן חשו שאין התייחסות לתחושות ולקושי שלהן, כשהרופאים מולן כלל לא התייחסו למצבן, לא שאלו לשלומן, או לא גילו אמפטיה: "הרופאה היתה די קרה, אני התחלתי לבכות והיא רק אמרה לי ללכת למשרד", "לא הרגשתי שום הבנה מהרופאים ישבתי שם ובכיתי ואמרתי שאין לי למה לחיות ובא לי לקפוץ מהחלון ולא הרגשתי שום הבנה".
5. בישור שכולל נרמול מוקדם מדי של אובדן ההריון לפני ההתייחסות לרגשות הקשים הטבעיים המתלווים לאובדן - נשים הרגישו שהרופא/ה מנסים לנרמל את האובדן שלהן ולהקטין את החוויה מהר מדי: "היא [הרופאה] אמרה לנו שלא להתייחס להריון הזה ועוד מעט אכנס שוב להריון", "אין לך מה לבכות, תאמיני לי זה לטובה, זה הריון קשה [של תאומים] ויש לך מזל!", "זה קורה ב40% מהמקרים בגיל שלך".

6. מעבר מהיר מדי לשיחה על התוכנית הטיפולית - בדומה, התרחש גם מעבר מהיר של הרופאים מהבישור על האובדן אל עבר תוכנית פעולה רפואית בעוד שהן עדיין שקועות בניסיון לעכל ולהבין מה קרה ולהתמודד עם התחושות שעולות - "[הרופא] הסביר המון הסברים, נתן אינספור הנחיות שאני אמורה איכשהו לזכור בזמן שאני מנסה לעכל שאין דופק".

מספר נשים זיהו שהבישור לא נעשה בצורה מתאימה וניסו להבין למה זה קרה. חלקן בחנו את מה שעובר על הרופא וזיהו את הקושי שלו: "היה לו [לרופא] מין חיך נבוך שאני לא אשכח. והיה נראה שלא יודע מה לעשות בסיטואציה", "הרופאה לא הייתה רגישה מספיק בעת שבישרה את הבשורה, הרגשתי מבוכה ממנה ופחד להתמודד עם מה שהיא צריכה לבשר לי". אישה אחת נפגעה מאד מהתנהגות הרופא ושאלה אותו לפשר ההתנהגות. הוא השיב: "לא לימדו אותי מה להגיד במצבים האלה".

מעבר לרגעי הבישור, חוסר הרגישות למצבן של הנשים בא לידי ביטוי גם בזמן מעבר הפרוצדורות עצמן. לדוגמא, מצבים בהם צוות חדר הניתוח עסוק בשגרת היום שלו של ניתוחים ופרוצדורות שונות ואולי שוכח לרגע שלפניו נמצאת אישה שחווה טרגדיה גדולה: "חיכיתי כ- 20 דקות לבד לפני הכניסה לניתוח. הצוות הרפואי היה באווירת צחוקים ודיבורים על הילדים שלהם בזמן שאיבדתי את הילד שהיה אמור להיות לי. לא היתה רגישות למצבי", "אני לא אשכח בחיים את הרופא הנוראי שביצע את הגרידה. הוא התייחס אליי כאל אויר. היה עצבני, ענה על שאלות בצורה מזעזעת וחסרת רגישות. התנשא. הוא פשוט הפך את החוויה הזו לנוראית הרבה יותר", חוויה זו גם הופיעה לעיתים במפגשים קטנים או צדדיים יותר או בזמן מעבר הפרוצדורות עצמן כאשר הנשים פוגשות אנשי מקצוע נוספים שלא מודעים למצבן: "צריך לעדכן את הצוות הרפואי והמיילדות שמחליפות משמרת שמדובר בלידה שקטה בכדי לחסוך ממני את הברכות והמזל טוב".

נשים כתבו על הפער בין מה שהן חשות ועוברות לבין מה שנתפס בעיניהן כחוויה של הצוות הרפואי - בעוד שהצוות אולי רגיל לראות נשים שעוברות אובדן הריון, ולכן נשים הן עבורו "עוד אחת בפס יצור של הוצאת עוברים", לנשים עצמן זאת חוויה אישית וזוגית קשה מאד:

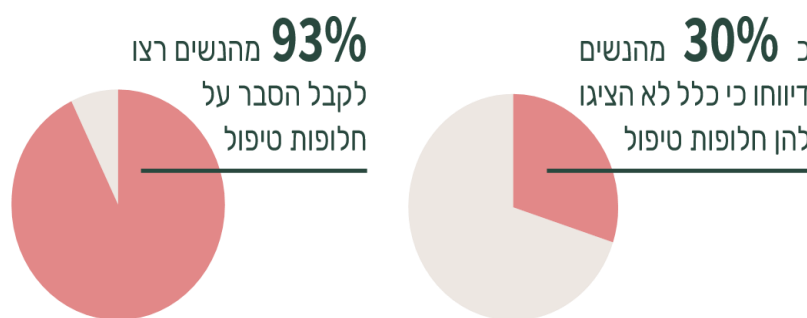
" עיקר החוויה שלי היא שחרב עלי עולמי (אפילו שזה "רק" שבוע 6 והפלה טבעית) ואילו לצוות הרפואי, כולל רופא הנשים שלי אותו אני מאוד מעריכה, זה ממש לא ביג דיל. הם צריכים להבין שזה ביג דיל! ברגע שתהיה מודעות אצלם שזה עניין משמעותי, זה כבר חצי פתרון בעיני"

ג. מתן מידע

בשלב השונים של המפגש עם אנשי הצוות נשים מדווחות על הצורך שלהן לקבל מידע מספק ומותאם מסוגים שונים שלא תמיד ניתן להן:

1. צורך במתן האבחנה כמענה לתהייה - 'מה קרה?' ו- 'מה בעצם אני עוברת?' בפועל עולה מהסקר שהאבחנה שמדובר באובדן הריון לא תמיד מועברת במילים ברורות: "הרופאה טשטשה את האבחנה. יצאתי מהחדר באי ידיעה גדולה. התקשרתי לחברה גינקולוגית ושאלתי אותה אם למעשה מתוך האבחנה אני מבינה שאני מפילה. ענתה שכן". מצבים אלו מגבירים את תחושת הבלבול: "הרופא במרפאה שאליו נשלחתי כמעט לא הסביר לי כלום אלא רק הפנה אותי לשערי צדק להמשך טיפול". הסבר בסיסי על האבחנה והבנה שלה חשובה לנשים בכדי שניתן יהיה לדבר בהמשך על האפשרויות שעומדות בפניהן ועל מה שנדרש מהן לעשות.

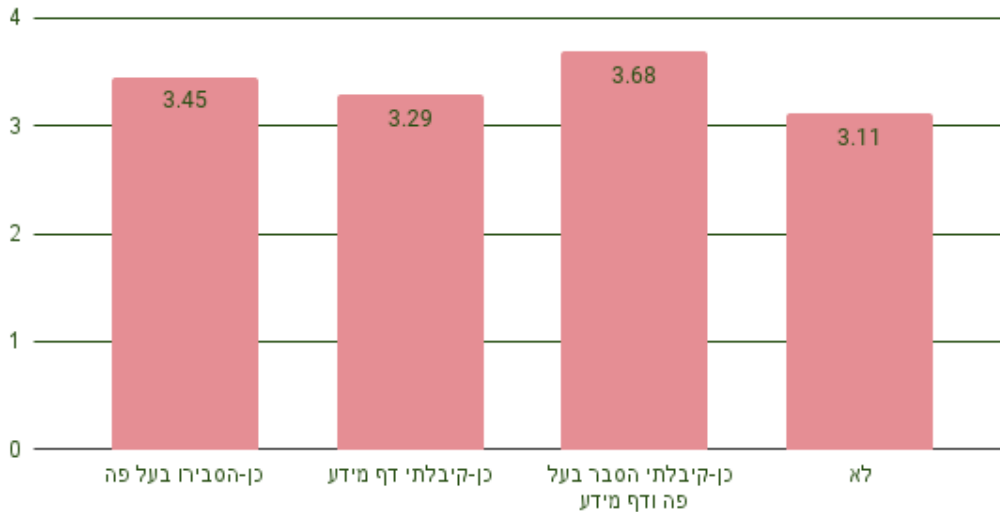
2. צורך בקבלת מידע על אפשרויות טיפוליות - 'מה ניתן לעשות?' כאשר ישנן אפשרויות בחירה בין חלופות טיפול שונות הרוב הגדול של הנשים (93%) רצו לקבל הסבר על אפשרויות אלו (למשל, האם יש צורך בהפלה תרופתית או כירורגית, ומה המשמעויות של כל אחת מהאפשרויות הללו מבחינת הכנה מראש, תופעות לוואי והתאוששות). המציאות שפגשו היתה שונה. בפועל כ-30% מהנשים דיווחו כי כלל לא הציגו להן אפשרויות טיפול: "הרופא במיין פשוט עשה לי אולטרסאונד, אמר שיש עובר לא מפותח, ושצריך הפלה, נתן לי את הכדורים ושלה אותי הביתה", "הרופא לא הסביר על אפשרויות אחרות של הפלה העומדות בפני אלא ישר שלח לגרידה ולא הציע אפשרויות אחרות של הפסקת הריון, וחבל".



במקרים שבהם נשים כן קיבלו הסבר על אפשרויות הטיפול, מרביתן (80%) קיבלו הסבר בעל פה בלבד, 4.8% קיבלו הסבר רק בכתב, ו-15.2% קיבלו הסבר גם בכתב וגם בעל פה.

גרף 1 מציג את ההבדלים ברמת שביעות הרצון של המטופלות מההליך שעברו (בסולם 1-5) בחלוקה על פי סוג קבלת או אי קבלת ההסבר על אפשרויות הטיפול.

גרף 1- שביעות הרצון של המטופלות מההליך שעברו בחלוקה על פי סוג קבלת או אי קבלת ההסבר על אפשרויות הטיפול

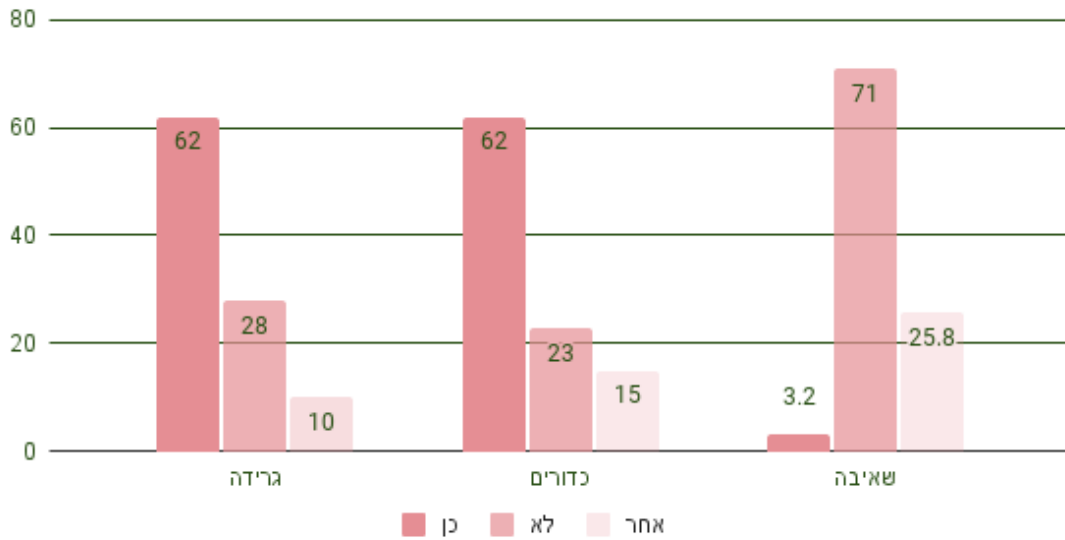


על פי הגרף ניתן לראות כי ממוצע שביעות הרצון הגבוה ביותר מההליך שעברו הוא של קבוצת הנשים שקיבלה הסבר משולב בעל פה וגם בכתב, והנמוך ביותר היא של קבוצת הנשים שכלל לא קיבלה הסבר כלשהו (3.11 ו-3.68 בהתאמה). הבדל זה בין הקבוצות נמצא מובהק ($p < 0.05$), כמו גם ההבדל בשביעות הרצון בין הקבוצה של הנשים שלא קיבלה כלל הסבר על אפשרויות הטיפול לבין הקבוצה שקיבלה הסבר בעל פה (3.11 לעומת 3.45 בהתאמה, $p < 0.05$).

דוגמה נוספת לאפשרויות בחירה העומדות בפני המטופלת, מתרחשת בסיומ של לידה שקטה. במצב זה נשים יכולות לבחור האם לראות את העובר וכיצד לטפל בקבורתו. בפועל, 28% דיווחו על קבלת מידע חלקי "שאלו אם אני רוצה לראות אותם (תאומים), לא הסבירו לי כלל על הקבורה, לא הציעו לצלם, לא הסבירו לי כמה חשוב זה להיפרד", ו-15% אחוז דיווחו שכלל לא קיבלו מידע כזה: "לא קיבלתי את ההסבר המדויק והעדכני לגבי הקבורה. לא הציעו לעבור תהליך פרידה".

3. צורך בקבלת מידע על ההליך שהן מתוכננות לעבור - 'מה עוד חשוב שאדע?' נשים נשאלו לגבי ההסבר שהן קיבלו לפני ותוך כדי הטיפול שעברו. גרף 2 מראה שכ-23% ו-28% מהנשים שעברו גרידה או כדורים ציינו כי לא קיבלו מידע מספק על ההליך. במקרה של שאיבה 71% מהנשים לא קיבלו מידע מספק.

גרף 2: האם קיבלת מידע מספק לפני ותוך כדי ההליך?



בנוסף, נשאלו הנשים לגבי סוג ההסבר שקיבלו לגבי ההליך שעברו: לדוגמה, הסברים טכניים על הפרוצדורה עצמה, הסברים על סיבוכים ותופעות לוואי אפשריות, הסברים על הבדלים בין צורות לקיחת התרופות ועוד. טבלה 1 כוללת את סוג (תוכן) ההסבר שקיבלו הנשים על היבטים שונים של הההליך ומידת שביעות הרצון שלהן מההליך שבוצע.

טבלה 1 - סוג ההסבר שניתן ומידת שביעות הרצון של הנשים מההליך שעברו						
שאיבה		גרידה		כדורים		סוג הסבר
שביעות רצון	כמות (אחוזים)	שביעות רצון	כמות (אחוזים)	שביעות רצון	כמות (אחוזים)	
4.33	9 (32.1)	3.84	122 (34.7)	3.42	101 (46.1)	קיבלתי הסבר טכני על הפרוצדורה עצמה
3.33	3 (10.7)	3.9	45 (12.8)	3.46	15 (6.8)	קיבלתי הסבר על סיבוכים ותופעות לוואי אפשריות
4.1	16 (57.1)	4.15	184 (52.4)	3.9	53 (24.2)	קיבלתי הסבר טכני על הפרוצדורה עצמה, קיבלתי הסבר על סיבוכים ותופעות לוואי אפשריות
-	-	-	-	2.6	5 (2.2)	קיבלתי הסבר על ההבדל בין ציטוטק פומי או נרתיקי והרציונל מאחורי האפשרות שנבחרה עבורי
-	-	-	-	3.57	7 (3.2)	קיבלתי הסבר טכני על הפרוצדורה עצמה, קיבלתי הסבר על ההבדל בין

						ציטוטק פומי או נרתיקי והרציונל מאחורי האפשרות שנבחרה עבורי
-	-	-	-	5	(1) 2	קיבלתי הסבר על ההבדל בין ציטוטק פומי או נרתיקי והרציונל מאחורי האפשרות שנבחרה עבורי, קיבלתי הסבר על סיבוכים ותופעות לוואי אפשריות
-	-	-	-	4.41	(16.5) 36	קיבלתי הסבר טכני על הפרוצדורה עצמה, קיבלתי הסבר על ההבדל בין ציטוטק פומי או נרתיקי והרציונל מאחורי האפשרות שנבחרה עבורי, קיבלתי הסבר על סיבוכים ותופעות לוואי אפשריות

בטבלה 1 ניתן לראות כי במצבים של גרידה ושאיבה 52%-57% מהנשים קיבלו הסבר גם על הפרוצדורה וגם על סיבוכים ותופעות לוואי, 32.1-34.7% מהנשים דיווחו כי קיבלו רק הסבר טכני על הפרוצדורה עצמה ולא לגבי סיבוכים אפשריים או תופעות לוואי, ו-10.7-12.8% מהנשים קבלו הסבר רק על הסיבוכים ותופעות הלוואי. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצות נשים אלו בשביעות הרצון שלהן מההליך שעברו.

במקרה של נטילת כדורים קבלת המידע על הטיפול שהן עוברות עשוי להיות משמעותי יותר בגלל אופן נטילת הכדורים והתאמתו, תופעות הלוואי הלא פשוטות, וסיכויי ההצלחה. אצל נשים אלו, נמצאו הבדלים מובהקים בשביעות הרצון מהטיפול על פי סוג ההסבר שקיבלו. אלו שקיבלו הסבר רק על ההבדל בין ציטוטק פומי או נרתיקי והרציונל מאחורי האפשרות שנבחרה אבל לא קיבלו הסבר על תופעות הלוואי והסיכונים או ההיבטים הטכניים, הציגו את שביעות הרצון הנמוכה ביותר – 2.6 (בסולם של 1-5). ככל שנשים קיבלו הסברים מפורטים יותר שכללו את השיקולים לגבי אופן לקיחת הציטוטק, תופעות הלוואי והסיבוכים האפשריים, והרציונל מאחורי האפשרות שנבחרה כך הן הציגו שביעות רצון גבוהה יותר מההליך שנבחר (4.41 ו-5).

בשאלות הפתוחות נשים תיארו כיצד חוסר במידע לגבי הפלה תרופתית (כגון: כמה זמן אורך ההליך, סיכויי ההצלחה, תופעות הלוואי, איבוד דם רב, האם ניתן להישאר לבד, האם ניתן לקבל כדורים נגד כאבים ובחילות) הביא לכך שהן הופתעו מהחוויה שלהן בפועל, שלעיתים אף תוארה כטראומטית: "אף אחד לא אמר לי לא להישאר לבד", "לא ידעתי כמה זה יהיה קשה", "הרגשתי לבד ולא היה לי

למי לפנות עם שאלות או עזרה מטעם ביה"ח, החוויה הייתה מפחידה מאוד", על רקע החוסר במידע מדויק ומהימן מצד הצוות הרפואי, רבות פנו לאפיקים אחרים לקבלת מידע כמו האינטרנט או חברות וקרובות משפחה: "יש לי במשפחה רופאה ולולא היא גם לא הייתי יודעת שהדימום שסבלתי ממנו היה חריג (ולמעשה הצריך מיון)".

4. **צורך במידע לגבי ההתנהלות תוך כדי ההליך** - מה קורה עכשיו? - משתתפות בסקר שעברו התערבויות כירורגיות הצביעו על בלבול וחוסר ידיעה לגבי מה הולך לקרות תוך כדי ההליך. הן רצו להבין מי נמצא בחדר הניתוח, איך בדיוק ההליך מתבצע, ובסיומו - איך הכל עבר והאם יש דברים מיוחדים שקרו? "אף אחד לא טרח לעדכן אותי שהפעולה עברה בהצלחה ולא נפגע משהו פיזית בתהליך... רק כשהתקשתי לראות רופא לפני היציאה מבית החולים הבנתי את זה בוודאות".

5. **צורך במידע על הצפוי בעתיד, נורות אדומות ולמי לפנות** - למה לצפות? ומה מגיע לי? - מרבית הנשים קיבלו הסבר על מצבן בסיום הטיפול בהן, אך לא קיבלו הדרכה לטווח הקצר או הארוך עם שחרורן מבית החולים לגבי מה שיקרה אחרי שיחזרו הביתה. היה חסר להן מידע לדוגמא סביב מה נחשב להחמרה שמצדיקה התייעצות נוספת ולמי יש לפנות במצב כזה? או למה לצפות מבחינת החלמה בטווח של מספר חודשים. נשים מצאו עצמן מתמודדות עם כאבים ודימומים שהן לא ערוכות להם ולא יודעות כיצד עליהן להתמודד מבלי לדעת מי אמור ויכול לתמוך בהן לאחר השחרור הביתה: "לא קיבלתי טלפון או הנחיות עם מי לדבר במהלך או אחרי הפרוצדורה אם יש לי שאלות או שמשהו לא בסדר". חוסר במידע כזה יכול להוביל לפגיעה ממשית: "אם מישהו היה מסביר לי מה זה כאב/דימום שהוא תקין או חריג אולי לא הייתי צריכה לעבור אובדן הריון וחוצצרה יחד".

בנוסף לכך, פעמים רבות כשהאישה משתחררת מבית החולים היא עדיין לא ערוכה לתכנן קדימה את הצרכים הרפואיים והרגשיים שלה או לברר ביחס לזכויות שמגיעות לה. רק לאחר תקופה של החלמה והתאוששות נשים מגלות שהן זקוקות למידע נוסף כמו מיצוי זכויות בביטוח הלאומי, תמיכה רגשית, או בדיקות המשך לצורך תכנון הריון עתידי. צורך זה מחייב מענה, כתוב שיוכלו לחזור אליו כשיתאוששו.

ד. שיתוף בקבלת החלטות

קבלת מידע היא חלק חיוני משיתוף בקבלת ההחלטות שמתקבלות במסגרת הטיפול - למשל בבחירה בין להמתין לאפשרות של הפלה שתתרחש ללא התערבות או לבצע התערבות רפואית, או בין סוגי ההתערבות הרפואית - כירורגית או תרופתית. שיתוף בקבלת החלטות משמעו שהמטופלות יכולות לקבל מידע, לשאול

שאלות, להביע את הרצונות שלהן, לשתף בחוויות קודמות שלהן ובידע שלהן על גופן וחייהן. שיתוף במידע של שני הצדדים יאפשר להן ליטול חלק בשיח, להיות שותפות בהבנת השיקולים, ולבחור באפשרות המושכלת והנכונה עבורן, ולעבור את ההליך עם הבנה ובחירה של הדרך הכי מתאימה להן ובכך להקל על החוויה המורכבת הזו מבחינה פיזית ונפשית:

“הרופא במחלקה הציג את האפשרויות (גרידה או המתנה שהשארת תצא) והרגשתי שמאפשרים לי להיות שותפה להחלטה (חיובי מאוד בעיניי. הוא גם הסביר לסטודנטים למה במקרה שלי עדיף לתת לשארית לצאת לבד – כדי לשמור על הרחם שלי). החלטתי לתת לשארית לצאת לבד והשתחררתי מביה"ח”.

לעיתים המטופלות לא מקבלות מידע, אך במקרים אחרים כן מתבצע מצד הצוות הטיפולי ניסיון של שיתוף של המטופלת בהחלטות, אם כי הוא מתבצע בתזמון בעייתי שלא באמת מאפשר לאישה להיות שותפה. לדוגמה, כאשר היא נמצאת בסערת רגשות מיד לאחר קבלת הבישור, או כאשר היא מתאוששת מפרוצדורה רפואית ונמצאת תחת השפעת תרופות: "קיבלתי טופס למלא כשהייתי מסוממת בטירוף עם מורפיום. לא הבנתי אפילו מה אני קוראת". כך שיש משמעות גדולה לתזמון שבו נעשה השיתוף במידע ובקבלת ההחלטות. חוסר במידע ואי שיתוף אמיתי בהחלטה מובילים לכך שנשים לא לגמרי מבינות למה ואיך נקבעו החלטות מסוימות, והיו אף נשים שהביעו חרטה בדיעבד על ההליך שעברו, כמו למשל נשים שעברו הפלה תרופתית ולא גרידה ואמרו שאם היו יודעות במה הדבר כרוך בדיוק היו בוחרות אחרת: "לא נתנו לי מושג על מידת הכאב. אם היה לי מושג - יש מצב שהייתי בוחרת גרידה". או שנשים מוצאות עצמן נלחמות עבור מה שמגיע להן: "נתנו לי לראות את העובר בגלל שהתעקשתי ולמרות שהם ניסו למנוע ממני”.

ה. תמיכה ומענה רגשי

אובדן ההריון מעלה אצל הנשים תגובות רגשיות שונות. בעוד שישנן כאלו שיחוו את האובדן בצורה קשה מאד, אחרות עשויות לחוות את האובדן בצורה קלה יותר, אולם מרביתן המוחלט של הנשים הביעו את הצורך שיראו אותן ויתנו מענה רגשי לתחושות שלהן. נקודת הזמן הראשונה שבה הצורך במענה רגשי עולה הוא סביב הבישור. כפי שתואר קודם, נשים הביעו את הצורך במענה רגשי שייתן להן איש המקצוע שבישר להן על האובדן. מעבר לכך, כשנשאלו "האם לדעתך ביקור של אשת מקצוע מתחום הטיפול והתמיכה סביב הבישור הוא נחוץ?" על סולם מ 1-5 ממוצע התשובות היה 4.05 (סטטיית תקן 1.06). אולם בפועל, הרוב המוחלט של הנשים ציינו כי כלל לא הוצעה להן פגישה כזו עם אשת מקצוע טיפולית סביב הבישור:

"זאת היתה ההפלה השביעית שלי ברציפות, הרופא היה מאוד אופטימי ושידר לנו שהינה הגעתם אליי והכל יהיה בסדר, יצאנו ממנו שבורים ממש, לא יודעת בדיוק מי אבל מישהו היה מתישהו צריך לראות אותנו".

נשים ציינו כי גם לאורך השהות בבית החולים לא הוצעה להן תמיכה או עזרה רגשית- בזמן האישפוז או מעבר הפרוצדורות: "ילדתי [לידה שקטה] בין חמישי לשישי ולא חשבו על להביא אלי עו"סית או מישהי אחרת רגישה שתדבר עימי ובשבת ממש נאלצנו להתחנן שיביאו לנו עו"סית שתיתן לנו כלים ומענה לגבי מה לאמר לבת הבכורה בת ה-3 וחצי שמחכה לאחות".

במקרים שבהם הנשים כן נפגשו עם אנשי צוות מתחום הטיפול בבית החולים כמו לדוגמא עובדת סוציאלית, היו שדיווחו כי הן הרגישו שלא קיבלו מענה הולם, כמו במקרה של לידה שקטה: "עובדות סוציאליות שפגשתי בכלל לא ידעו איך לגשת לנושא ולא היה להם כלים לעזור", "התמיכה הנפשית שניתנה (עו"ס שליוותה אותנו ופגישה אחת עם פסיכולוגית) היתה לא ראויה".

גם לאחר השיחרור הביתה, להבדיל ממצב שבו אישה לאחר לידה נמצאת במעקב טיפת חלב או אצל רופא/ת הנשים שלה, לאישה לאחר אובדן הריון אין גורם בקהילה שתפקידו לספק תמיכה רגשית, לאתר קשיים רגשיים כמו דכאון לאחר אובדן ולהפנות את האישה לקבלת סיוע: "זה חשוב בעיני שמישהו יצור איתי קשר אחרי כמה ימים, ושוב אחרי חודש... להציע עזרה, תמיכה טיפולית", "הייתי בחופש מחלה שבועיים בבית ופשוט כל היום בכיתי וחשבתי איך אני מתאבדת. לא ראיתי שום טעם לחיים אחרי 3 הריונות שלא מצליחים".

1. בירוקרטיה, רצף טיפולי וקישור לקהילה

הרבה מהעונות על הסקר תיארו כיצד מיד לאחר הבשורה או ההחלטה לעבור התערבות רפואית לסיום ההריון הן נאלצו להתמודד עם בירוקרטיה מורכבת שכרוכה בהפסקת הריון - השגת טפסים מקופת החולים, בירור באילו בתי חולים ובאילו ימים ושעות ניתן לבצע את ההליך הנחוץ ועוד. נשים העידו שהן קיבלו מידע מוטעה מקופת החולים שלהן או מהרופא המטפל בקהילה, ומצאו את עצמן בשיחות טלפון ובירורים ממושכים ומיותרים:

"הרופא היה אמפתי, אבל לא הבין כלום בפרוצדורה הבירוקרטית. לא הסביר לי מה צריך לעשות ואף הטעה אותי ואמר לי שצריך טופס 17. במוקד קופת החולים היה נציג שירות שגם הוא אמר לי שצריך טופס 17 ואמר לי שאני חייבת ללכת לבית חולים בלינסון כי זה ביה"ח שמטפל במחוז אליו אני שייכת על פי מקום מגורי. בדיעבד כל זה היה שטויות. שלחו אותי מנציג לנציג, גם בטלפון וגם בקופת האם שלי, וכל זה היה מיותר לגמרי כי כל מה שהיה צריך לעשות זה להתייצב בחדר מיון לבחירת. כל התהליך הבירוקרטי היה מפרך ומיותר.

בתהליכי הבירור נשים גילו שיש שונות בין בתי החולים בנהלים בין הפרוצדורות, לדוגמא: בבי"ח מאיר מבקשים מנשים שעוברות הפלה תרופתית להישאר להשגחה וההליך מבוצע רק בימות חול. כך שאישה שמגיעה לבי"ח ביום חמישי בערב תצטרך לחזור ביום ראשון. באיכילוב, לעומת זאת, ניתן לקבל את הכדורים ביום שישי וליטול אותם בבית. מידע זה לא מונגש לנשים והן נאלצות להתקשר ולחפש את המידע בכל בית חולים בנפרד.

לאחר סיום הטיפול בבית החולים אין רצף טיפולי עם קופת החולים והטיפול בקהילה. הרופאים הקבועים בקהילה אינם מיוודעים לגבי האירוע שהאישה עברה ואין גורם מתכלל שמציע מעקב וליווי לאחר השחרור מבית החולים:

"אובדן דם מסיבי גורר אחריו המון תופעות גופניות רב מערכתיות. היום אני מבינה מה קרה לי, אבל בזמנו נפלתי לספירלה של הערכה עצמית נמוכה ובושה על זה שלוקח לי כל כך הרבה זמן להשתקם. ולא קיבלתי שום תמיכה רפואית או מעקב על ההשלכות האלה, שאין להן קשר בכלל לאם הרחם החלים או שנוצרו לי הידבקויות... במחשבה לאחור אני מבינה שאולי הגיעו לי פיצויים וקצבה כלשהי. אני לא תפקדתי בכלל במשך לפחות חודש. ותפקדתי ברמה מאוד נמוכה במשך לפחות 3 חודשים נוספים"

בנוסף על חוסר הרצף עם הטיפול בקהילה נשים הצביעו גם על בירוקרטיה מורכבת ומסובכת שמעכבת את הטיפול הרפואי ומערימה קשיים נוספים. גם זמן ההמתנה להליך גרידה או שאיבה הוא קשה מאוד מבחינה נפשית ונשים העידו כי התור המוקדם ביותר שהוצע להן היה של עשרה ימים או שבועיים קדימה¹:

"אורך הזמן בין הבשורה על היעדר דופק ועד הפרוצדורה הוא נורא... כשהגעתי לרופא הוא הסביר לי שאין דחיפות רפואית כי העובד כבר מת ושזה ייקח שבועיים עד התור. אבל הדחיפות בשבילי היתה ענקית; לבריאות הרפואית-נפשית שלי השבוע הזה היה אינסופי. לא ישנתי, הרגשתי שאני לא נושמת שבוע; אני עדין מסתובבת עם בטן של הריון ברור ועם עובר מת בתוכה. זו התעללות אכזרית. לא יתכן שהמערכת לא מבינה שיש כאן דחיפות"

בפועל, לאור קשיים אלו חלק מהנשים בחרו לפנות לרפואה פרטית על מנת לקצר את זמן ההמתנה, את הבירוקרטיה, או מתוך תחושה שבמערכת הפרטית יתייחסו לצרכים הרגשיים ולצורך שלהן במידע ביותר כבוד.

¹ הסקר בוצע בשנים 2018-2019 לפני שפורסם חוזר מנכ"ל המתייחס לזמני המתנה לפרוצדורות.

סיכום

בסקר נמצא כי על אף השכיחות הגבוהה של אובדני הריון המערכת אינה נותנת מענה מותאם לצרכים של נשים שעוברות אובדן הריון. עבור הנשים החוויה היא קשה, ומחייבת מענה הוליסטי אשר מתייחס לצרכים הפיזיים/גופניים שלהן בשילוב עם הצרכים הרגשיים והמידעיים. מענה שכזה חשוב שיכלול: סביבה מותאמת; מפגש ושיח שיאפשר להן לחוש שרואים אותן, את מה שהן חוות ואת הצרכים שלהן ונותנים מקום לרגשות המורכבים שהם חשות לאור האובדן; מתן מידע בזמן ובמקום מתאים, שיסייע להן קודם כל להבין את מה שקרה/קורה להן ואח"כ להבין את האפשרויות העומדות בפניהן והשלכותיהן; מידע זה זמין לעיבוד ולחשיבה יאפשר להן לקחת חלק בקבלת ההחלטות ולבקש ולקבל מענה גם לצרכים הרגשיים וגם להתמודדות הבריורקרטית. מתן מענים אלו יקלו על הנשים בהתמודדות עם האובדן ועשויים לשפר את מצבן ורווחתן הנפשית.

המלצות

לאור ממצאי הסקר, אנו ממליצות על נקיטת מספר צעדים בכדי להתאים את הטיפול והשירות בצורה הטובה ביותר לצרכי הנשים.

המלצות למשרד הבריאות:

- לפעול ליישום זמני המתנה לביצוע פרוצדורות כפי שהוגדרו בחוזר מנכ"ל משנת 2019 בנושא אובדן הריון.
- לפעול להגדרת תקנים למתאמת אובדן הריון בבתי החולים על פי הנחיות חוזר מנכ"ל משנת 2019 בנושא. מתאמת אובדן הריון תהווה גורם מתכלל שיסייע לנשים בנבכי הבריורקרטיה וההתנהלות מול המערכת, וגם תוכל לספק לנשים את התמיכה הרגשית המותאמת שלהן זקוקות בעת הליווי לאורך התהליך.
- להגדיר נוהל שמאפשר לנשים ליווי של בן/בת זוג ואו בן/בת משפחה לאורך הבישור, האישפוז, המתנה וההתאוששות, ובמיוחד ליווי עד להרדמה במקרה של הליך ניתוחי.
- להנגיש מידע בנושא אובדן הריון באתר משרד הבריאות ובאתרי בתי החולים והקופות לגבי אופן זמן ביצוע הפרוצדורות, ההתמודדות הפיזית, הרגשית והבריורקרטית, הזכויות וגורמי התמיכה.
- להגדיר נוהל קבלה מהיר לבתי חולים שיאפשר תמיכה ומענה מתאימים במקרה של הפלה ספונטנית.
- להגדיר נוהל מעקב פיזי ורגשי וכן איתור של נשים עם דיכאון לאחר אובדן הריון.

המלצות לבתי חולים וקופות חולים:

- יישום חוזר מנכ"ל משנת 2019 לגבי זמני המתנה לביצוע פרוצדורות.
- העברת הכשרה לכל הצוות שבא במגע עם נשים סביב אובדן הריון לגבי ביטוח בשורה מרה כדי לאפשר התמודדות מותאמת ורגישה. נספח ב' מכיל המלצות פרקטיות לניהול שיח של ביטוח בשורה מרה בהקשר של אובדן הריון.
- הגדרה והכשרה של מתאמת אובדן הריון על פי חוזר מנכ"ל מ 2019
- הגדרה והטמעה של נוהל קבלה מהיר במיון של אישה סביב אובדן הריון - תשאול וטריאג' מהיר ככל שניתן.
- יצירת סביבה מותאמת על ידי הפרדת אזורי ההמתנה והאישפוז של נשים שחוות אובדן הריון מנשים הריוניות אחרות. מודל מומלץ הוא הקמה של יחידה נפרדת שמטפלת בנשים שעוברות אובדן ומקבלות את המעטפת הטיפולית על כל שלביה במרחב נפרד, בדומה למרכז "בדרכך" שקיים בשיבא (כפי שמתואר בנספח א').
- לאפשר מרחב פיזי, פרטיות וציוד מתאים למי שעוברת הפלה, ספונטנית או תרופתית, בבית החולים - מוצרי היגיינה בהישג יד, מיטה (בזמן ההמתנה, בזמן ההפלה התרופתית), שירותים ומקלחות זמינים.
- הוספת הערה/סימון לתיק הרפואי של נשים שמתמודדות עם אובדן הריון כך שכל אנשי הצוות בבי"ח יידעו שמדובר באישה שעוברת אובדן הריון.
- העברת הכשרה לצוותים הרפואיים לגבי קבלת החלטות משותפת ותמיכה רגשית במצבי משבר. נספח ג' כולל המלצות לגבי שיתוף בקבלת החלטות.
- הנגשת מידע בצורה כתובה בשפות שונות לגבי אפשרויות שעומדות בפני האישה כמו הטיפול: חלופות, יתרונות וחסרונות, אופן הביצוע, זמני ההמתנה ההתאוששות בטווח הקצר והארוך, או האפשרויות של פרידה וקבורה של עובר לאחר לידה שקטה.
- יצירה ושימוש של עזרי החלטה (Decision Aids) שמסייעים לאישה ולרופא בתהליך קבלת החלטה המסתמכת על ידע רפואי עדכני כמו גם על הרצונות, הצרכים והידע של האישה לגבי גופה. ראה דוגמא בנספח ג' המלצות לגבי שיתוף בקבלת החלטות.
- הנגשת מידע לגבי מיצוי זכויות ואפשרויות לסיוע רגשי כמו קבוצות תמיכה, בצורה כתובה ובאתר בית החולים כולל תרגום לשפות שונות.

- יצירת רצף טיפולי שבו גורמים בקהילה יקבלו מידע עדכני על המצב (באישור האישה) ויוכלו לעקוב אחר מצבה הפיזי והנפשי של האישה ולוודא שהיא מקבלת המשך טיפול מותאם לצרכיה.
- קישור לעמותות אשר עוסקות במתן ידע ותמיכה לנשים ומשפחות שמתמודדות עם אובדן הריון.
- תמיכה רגשית בצוותים שמתמודדים עם לידות שקטות והפלות באופן שוטף.

מקורות

1. NIH. *Pregnancy Loss (Before 20 Weeks of Pregnancy)*. <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/fact-sheets/pregnancyloss>. Retrieved 1 July 2023.
2. Unicef. *Stillbirth*. <https://data.unicef.org/topic/child-survival/stillbirths/> Retrieved 20 May 2023.
3. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. *לידות חי – מדדים עיקריים 2020–2002*, פורסם ב-27 בספטמבר 2021.
4. van Aerde J, Gorodzinsky FP, Society CP, Committee F and N. Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. *Paediatr Child Health*. 2001;6(7):469-477. doi:10.1093/pch/6.7.469
5. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalmbraant M, Bourne T. The psychological impact of early pregnancy loss. *Hum Reprod Update*. Published online 2018. doi:10.1093/humupd/dmy025
6. Klier CM, Geller PA, Ritscher JB. Affective disorders in the aftermath of miscarriage: A comprehensive review. *Arch Womens Ment Health*. Published online 2002. doi:10.1007/s00737-002-0146-2
7. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ø. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med*. Published online 2005. doi:10.1186/1741-7015-3-18
8. Engelhard IM, Van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry*. Published online 2001. doi:10.1016/S0163-8343(01)00124-4
9. Daugirdaite V, Van Den Akker O, Purewal S. Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: A systematic review. *J Pregnancy*. Published online 2015. doi:10.1155/2015/646345
10. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *Br Med J*. Published online 1991. doi:10.1136/bmj.302.6769.137
11. Bellhouse C, Temple-Smith M, Watson S, Bilardi J. “The loss was traumatic... some healthcare providers added to that”: Women’s experiences of miscarriage. *Women and Birth*. 2019;32(2):137-146.
12. Simmons RK, Singh G, Maconochie N, Doyle P, Green J. Experience of miscarriage in the UK: qualitative findings from the National Women’s Health Study. *Soc Sci Med*. 2006;63(7):1934-1946.
13. Murphy F, Philpin S. Early miscarriage as ‘matter out of place’: An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(5):534-541.
14. Rice T. “The hallmark of a doctor”: the stethoscope and the making of medical identity. *J Mater Cult*. 2010;15(3):287-301. doi:10.1177/1359183510373985
15. Galeotti M, Mitchell G, Tomlinson M, Aventin Á. Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):270. doi:10.1186/s12884-022-04585-3
16. deMontigny F, Verdon C, Meunier S, Dubeau D. Women’s persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(5):655-662. doi:10.1007/s00737-017-0742-9
17. Borkan, J., *Immersion/crystallization*, in *Doing qualitative research (2nd Edition)*, Crabtree, B.F. and Miller, W.L. Editors. 1999, Sage Publications: housand Oaks, CA.: p. 179-194.

נספחים

נספח א' – דוגמה למרכז רפואי הפועל על פי עקרונות המלצות דוח זה:
"בדרכך" - מרכז רב-תחומי לליווי בתהליך סיום הריון בשיבא

מרכז "בדרכך" בשיבא הינו מרכז ייחודי וראשון מסוגו בארץ, אשר הוקם בכדי לספק מעטפת וליווי רפואי ורגשי לנשים אשר חוות סיום ואובדן הריון בשליש הראשון והשני. המרכז נמצא במתחם הייעודי ומתנהל באווירה פרטית ורגועה, בנפרד מחדר המיון, מהיולדות והיילודים, ופועל בו צוות רב-תחומי של רופאים ורופאות, אחיות, צוות פסיכוסוציאלי ומתאמת שירות, בהובלה של דר' דליה אדמון. שילוב יחודי זה של אנשי הצוות מאפשר לספק לאישה ליווי לאורך כל התהליך, באופן שתומך בה רפואית ורגשית, ולסייע לה בהתמודדות סביב האירוע המורכב של סיום ואובדן ההריון.

השירות הניתן במרכז כולל:

- בירור, טיפול ומעקב רפואי מהירים ויעילים במרכז עצמו
 - תמיכה רגשית מהמפגש הראשון, לאורך הטיפול, וגם בסיומו (בצורה של טיפול פרטני או קבוצתי).
 - סיוע לאישה בקביעת תורים ובתיאום בין גורמים שונים במערכת (לדוגמה כאשר נדרש טיפול כירורגי, המשך בירור במכון הגנטי, במרפאת הפלות חוזרות, במרפאות הריון בסיכון או מרפאות מומחים אחרות).
- השירות של מרכז "בדרכך" ניתן במסגרת סל הבריאות, וכדי לקבלו יש להגיע למרכז עם טופס התחייבות (טופס 17) של הפניה למיון נשים.

ליצירת קשר:

טלפון: 052-6669361 (ניתן לשלוח הודעות בווטסאפ)

דוא"ל: yourway@sheba.health.gov.il

נספח ב' - קווים כלליים להמלצה איך לנהל שיחת בישור על אובדן הריון

(מבוסס על Meitar & Karnieli-Miller, 2022²)

נכתב בשיתוף עם פרופ' אורית קרניאלי-מילר וקרן טקאץ' מליניק, החוג לחינוך רפואי, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב. בישור בשורה מרה הוא מצב שבו נמסרת למטופל/ת בשורה של קבלת הודעה שמשבשת את המובן מאליו, הידוע והמוכר לאדם. בשורה מרה מכילה על פי רוב מסר של פער בין המצוי לרצוי. במובן זה, בשורה מרה היא סובייקטיבית, ותלויה בעיני מקבל הבשורה - סביב ההשלכות שלה על חייו/ה ועתידו/ה. במובן הזה אובדן הריון, על אף שכיחותו, עלול להיחוו כבשורה מרה עבור המטופלת ובן/בת זוגה ולכן נדרשת זהירות, רגישות ומחשבה מוקדמת על האופן שבו ניתן לנהל את המפגש שיתאים לצרכי המטופלת.

הספרות הרפואית כוללת מספר המלצות למבשרי הבשורה שיכולים להקל במעט על החוויה הקשה ולספק לאישה ובן/בת זוגה את המענה והתמיכה להם הם זקוקים, ובו בעת לסייע לצוות הרפואי בניהול המפגש והתקשורת בו.

לשם הדגמת העקרונות של הבישור נתייחס למצב מסוים של בישור בשורה מרה - מצב בו המטופלת הגיעה עם דימום ובאה לבדיקה לוודא שהכל תקין, אך הוא רלוונטי עבור בשורות מרות אחרות.

1. **הכנה מקדימה** - הכנה עצמית של מבשר הבשורה לקראת השיחה היא חשובה. למעשה 10-15% מההריונות מסתיימים בהפלה, ולפיכך קיימת סבירות לא קטנה למתן בשורה מרה במפגשים אלו. לכן ישנה חשיבות לחשיבה מוקדמת של מבשר הבשורה על אפשרות שתהיה שיחה כזו, כיצד ירצה לנהל אותה, תוך תשומת לב והתייחסות לאתגרים ולצרכים שיש לו עם משימה זו כמבשר/ת, כדי לנהל שיחה מיטיבה.

2. **הכרות עם המטופלת** - בניית קשר טיפולי ראשוני עם המטופלת והבנה של ידיעותיה, חששותיה ומחשבותיה חשובים כדי להתאים את השיח אליה בהמשך. לכן, חשוב להבין עם המטופלת עצמה למה היא באה? במה היא חושדת וממה היא חוששת? לדוגמא, עד כמה היא מודעת לכך שדימום שכזה עלול להעיד על אובדן הריון? (ניתן לשים לב לשפה בה היא משתמשת. לדוגמא, האם היא אומרת עובר/תינוק, האם היא מדברת על אובדן הריון/הפלה או שבאה רק לוודא ש"הכל בסדר"), האם חוותה בעבר אובדנים וכיצד התמודדה עמם? רקע זה יעזור לזהות את הפער בין תפיסתה את המצב לבין הממצא האפשרי ויעזור לאיש המקצוע המבשר לבחור בשפה שתסייע לה.

² Meitar D, Karnieli-Miller O. Twelve tips to manage a breaking bad news process: Using SPw-ICE-S- A revised version of the SPIKES protocol. Medical Teacher. 2022 Oct 3;44(10):1087-91.

3. תאום ציפיות למפגש – לאחר השיח הראשוני, חשוב להכין את האישה להליך הבדיקה ולתאם ציפיות עליו ומתי תתקיים השיחה.. מתן הסבר על אשר הולך להתרחש יכול לסייע. הסבר כזה יכול לכלול: אילו בדיקות ייעשו, הסדר שלהן, מי יבצע אותן ומתי תדברו על התוצאות. במצב של חשש לאובדן הריון ניתן לומר: 'עכשיו אבדוק אותך ואולי אף אקרא לרופא/ה נוסף/ת, ואחר כך נשב לדבר על כל מה שראיתי בבדיקה'. בשלב הזה ניתן אף לשאול אם יש מישהו נוסף שהיא תרצה שי/תלווה לבדיקה ו/או לשיחה לאחר הבדיקה (ניתן להציע אף לצרף באופן טלפוני).
4. יצירת תנאים - סביבה - מכבדת ומתאימה לקיום השיחה - הגילוי מתרחש, על פי רוב, באמצע בדיקה, בעוד המטופלת שוכבת, ללא בגדים. זה רגע מאתגר כי הרופא/ה רואים את הממצא, והאישה במתח, ולפעמים כבר מבינה בעצמה שמהו לא בסדר. חשוב ברגעים אלו לזכור את תאום הציפיות שנעשה ולומר למשל, "כמו שסיכמנו, עכשיו את מוזמנת להתלבש ולהתארגן כדי שנוכל לשבת לדבר". אם היא רצתה שמישהו נוסף יצטרף זה הזמן להזמין/הזמין/ה ולדאוג להפחית הפרעות אחרות (טלפונים, כניסה של אחיות וכו').
5. קריאת אזהרה - בין אם היא חששה שמדובר באובדן ובין אם לאו, בשורה ממשית כזו עשויה להיחווה כמפתיעה ובוודאי מאכזבת. לכן, נדרש משפטי/י מעבר שיסייע לה להתכונן: "באת אליי היום לאחר שחווית דימום שהטריד אותך. טוב שבאת. דימומים באמת יכולים לקרות בהריון ויש להם סיבות שונות. לצערי, הדימום שלך העיד על בעיה". לפני שעוברים למתן של מידע נוסף, יש להשתמש בפאזזה/שתיקה קצרה, שתאפשר לאישה להתכונן למה שאמור להיאמר בהמשך.
6. מתן מידע, תוך כדי מתן מרחב להבעת רגשות – המידע שניתן הוא קשה לעיכול ולעיתים גם להבנה, ואף עשוי לעורר רגשות מורכבים. לכן יש לתת את המידע בחלקים, לשמור על קשר עין ולשים לב לשפת הגוף של המטופלת ולהתקדם בקצב שנכון למטופלת ובן/בת זוגה, תוך כדי יצירת מרחב להבעת רגשות שינועו סביב האובדן וסביב הקושי לעכל את מה שנאמר. חשוב לומר את האבחנה בבירור, בצורה מכבדת ולהימנע משימוש בז'רגון רפואי או מונחים טכניים או שפה ומטאפורות שעלולים להיות פוגעניים או קשים להבנה. ניתן לומר: "בבדיקה ראיתי שאין לעובר דופק. [שתיקה קלה]. המשמעות היא שלמעשה את חווה הפלה". לאחר מסירת המידע יש לשתוק, כדי לאפשר לאישה מרחב להבעת רגשות, וניתן גם להזמין את האישה לשתף באמצעות שאילת שאלות פתוחות: "מה עובר לך עכשיו בראש/בלב?" "מה את מרגישה כעת?" וניתן גם להזמין באמצעות שיקוף ראשוני "זה בוודאי קשה מאוד לשמוע. שתפי אותי...". לא קל להיות נוכח ליד רגש מורכב של אובדן, כאב, עצב. המוכנות של המבשר/ת להיות נוכח, ולאפשר למטופלת לבכות, לכעוס או להסתגר היא חשובה ביותר ותאפשר התמודדות טובה יותר עם הבשורה.

7. מתן לגיטימציה לרגשות מורכבים ועזרה באיסוף הרגש – בשיחה זו חשוב לאפשר הבעת רגשות באשר הם יהיו (כל אחת עשויה להגיב אחרת). הרגעה ועידוד הם חשובים, אך אם הם ניתנים מוקדם מדי הם ייתפסו כלא מתאימים. לכן אחרי הבנה של מה שעובר על המטופלת רגשית חשוב להגיב בצורה מכילה ואוספת: "אני רואה וזה טבעי לגמרי שאת כואבת מאוד את אובדן העובר. באת לכאן לבדיקה רק ליתר בטחון ולמעשה גילית, בכאב, שמדובר באמת בבעיה. זה טוב והגיוני להתאבל וחשוב שאת משתפת אותי בזה. יחד ננסה להבין מה הלאה". משפט כזה שמאפשר את איסוף הרגש מכין קצת את המטופלת לשלבים הבאים, כשהיא תוכל, של קבלת החלטה על ההמשך, ולא מותיר אותה לבד בהתמודדות.
8. מתן מידע נוסף בהתאם לרצון האישה - כל אישה מעכלת את המצב בדרכה, ויש לה צורך במידע שונה ושינתן בתזמון שונה. לכן, נכון לבחון מה חשוב למטופלת. יש לייצר מרחב של שתיקה ולאפשר לאישה לשאול שאלות, ואם היא לא שואלת ניתן להזמין לשאול - "יש לך שאלות שעולות לך כעת?" או "מה חשוב לך שאסביר כעת?" זה יאפשר לתת מידע על הדברים שחשובים לה כמו מה קרה, למה זה קרה, מה ההשלכות ומה ניתן בהמשך לעשות.
9. סיכום פגישה עם הסבר לגבי תוכנית הפעולה - חשוב שמפגש רפואי יסתיים עם הבנה של המטופלת של מה שנאמר, עם מענה לרגשותיה ושאלותיה (כולל הזמנה לשאלות בהמשך). בנוסף חשוב שהיא תצא עם תוכנית פעולה מסוימת של מה שהולך לקרות בהמשך (אפילו אם מדובר רק בהחלטה לשוחח שוב עוד שעה כשבן/בת זוגה י/תצטרף). אם המטופלת לא פנויה לדבר על תוכנית פעולה, יש לקבוע מתי מדברים שוב ומי חשוב לה שיהיה בשיחה הזו (ראי/ה תהליך קבלת החלטות). בכל מקרה, חשוב לסיים את השיחה עם מסר של ליווי ותמיכה, מי הגורם שילווה אותה כעת, מתי ולמי פונים עם שאלות/חששות עולים. ניתן לשקול לכתוב את הדברים כדי שיהיו ברורים וזמינים למטופלת גם אחרי המפגש.
10. ורגע לעצמכם - מתן בשורה מרה היא משימה מורכבת ולא פשוטה גם למבשר. חפשו זמן ומקום לשתף איש/ת צוות אחרים או אדם אחר שנכון לכם, וקחו רגע לעצמכם לעבד ולהתמלא מחדש בכוחות להמשך היום.

נספח ג' - תהליך קבלת החלטות בשיתוף המטופלת, אחרים משמעותיים עבורה והצוות

מבוסס על (Elwyn et al., 2017³)

נכתב בשיתוף עם פרופ' אורית קרניאלי-מילר, החוג לחינוך רפואי, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב

במהלך מפגשים רפואיים יש צורך פעמים רבות לקבל החלטות לגבי התערבויות או טיפולים שעל המטופל/ת לעבור. במקרים כאלו, שבהם אין דחיפות רפואית כמו הצלת חיים, ואין אופציה טיפולית אחת שהתועלת שלה עולה משמעותית על האחרות, ניתן להשתמש בגישה של קבלת החלטות משותפת. גישה זו רואה את המטופל/ת והרופא/ה כשותפים יחד בתהליך קבלת ההחלטות לגבי הטיפול המתאים ביותר. שותפות זו כוללת שיתוף של ידע בין הרופא/ה והמטופל/ת אודות אפשרויות הטיפול, היתרונות והחסרונות של כל אפשרות, יחד עם הבחינה של ההעדפות והצרכים האישיים של המטופל/ת כפי שהם באים לידי ביטוי בכל האפשרויות המוצעות. מדובר בשיח דיאלוגי הבוחן את האפשרויות ומשמעותן, מאפשר זמן להתלבטות המוביל לקבלת החלטה המותאמת ביותר לצרכים האישיים והבריאותיים של המטופל/ת. גישה זו עשויה להתאים בחלק מהמקרים של אובדן הריון מכיוון שישנם מצבים שבהם אין בהכרח אופציה טיפולית עדיפה על אחרות, כמו לדוגמה, ההחלטה כיצד להתמודד עם הפלה נדחית שבה ניתן לשקול נטילת כדורים אל מול גרידה. וכך גישת קבלת ההחלטות המשותפת מאפשרת לאישה להיות מעורבת ולקבל החלטה על סמך העדפותיה וערכיה, ולבחור בטיפול המותאם לה אישית. שיתוף המטופלת בקבלת ההחלטות חשובים במיוחד במצבים אלו כי הוא עשוי להפחית תחושות של חרדה, לחץ וחרטה ולהטיב עם רווחתה הנפשית. החלק הבא יתאר כיצד ניתן לנהל שיח שמשותף מטופלת ואחרים משמעותיים עבורה בקבלת החלטות והוא יודגם על מקרה שבו יש להחליט על אופן ההתמודדות עם הפלה נדחית (אך מתאים גם עבור החלטות מסוגים שונים). כדי לאפשר לאישה להיות שותפה בהחלטה, חשוב לקיים את השיח כשהאישה כבר לא מוצפת רגשית מהבשורה שניתנה לה, והיא פנויה יותר לחשיבה.

איך לנהל שיח לקראת קבלת החלטה?

1. שיח על חשיבות השותפות והמעורבות בחשיבה לקראת החלטה – השלב הראשון כולל הזמנה להשתתף בשיח על האפשרויות ולקראת ההחלטה. הזמנה זו כוללת את ההסבר על ידי הרופא/ה כי לשניהם, לרופא/ה ולמטופלת, יש מטרה משותפת לקבל את ההחלטה על אפשרות הטיפול המתאימה ביותר לאישה ולשניהם ידע מקצועי או אישי רלוונטי. הזמנה זו תאפשר לאישה להיות

³ Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, Cochran N, Frosch D, Galasiński D, Gulbrandsen P, Han PK. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *bmj*. 2017 Nov 6;359.

שותפה ומעורבת בהבנה על האפשרויות ובזיהוי המחירים וההתאמה שלהם אליה. אם האישה נמצאת לבד בשיחה, ניתן לשאול אותה האם היתה רוצה לצרף מישהו/י אחר משמעותי לשיחה שו/תעזור בקבלת ההחלטה.

2. השיח על אפשרויות הטיפול – כדי שיהיה בסיס לדין ולחשיבה חשוב לספק לאישה הסבר ברור ותמציתי של אפשרויות הטיפול העומדות לרשותה. הסבר זה יכלול מידע על:

- אפשרויות טיפול שרלוונטיות למצבה של האישה כמו למשל התערבות תרופתיות, פרוצדורות כירורגיות או המתנה ללא התערבות. 'במצב הנוכחי עומדות בפניך 3 אפשרויות טיפוליות, המתנה ללא התערבות, התערבות תרופתית והתערבות כירורגית (גרידה). על מה תרצי לשמוע קודם?'
- הרחבת ההסבר על האפשרויות השונות במילים פשוטות כולל מידע על האופן שבו מתבצעת האפשרות, סיכויי הצלחה, סיכונים ותופעות לוואי והיתרונות הפוטנציאליים. מידע זה יאפשר לה לבחון את ההתאמה של כל אפשרות כזו אליה. כדי להקל על ההבנה והקליטה של ההסברים והמידע, רצוי לתת אותם גם באופן כתוב המונגש לאוכלוסיות שונות. דוגמה להנגשה של מידע לגבי אפשרויות טיפול בהפלה ניתן לראות בקישור הבא:

<https://www.reproductiveaccess.org/resource/miscarriage-treatment-options>

3. דיון על צרכיה והעדפותיה בהקשר לאפשרויות שהוצגו – כדי להתאים את ההחלטה לאישה חשוב להכיר ולתת מקום לניסיון הקודם שלה, לידע האישי ביחס לערכיה, לחייה, לצרכיה ולגופה שהנם בעלי משמעות להחלטה. לדוגמה: אישה מסוימת עשויה להעדיף לעבור הפלה עם כדורים בבית כדי להיות ליד הילדים הקטנים שלה, בעוד אחרת תעדיף לעבור את ההליך בבית החולים כדי שלא ייחשפו לזה בביתה. לכן, ניתן להזמין אותה לשתף: 'הצגתי את האפשרויות, שתפי אותי מה מטריד אותך/חשוב לך לגביהן?' זה גם השלב להזמין לעוד שאלות 'מה עוד חשוב לך לדעת שיעזור לבחור החלטה שמתאימה לך?'

בכדי לעזור למטופלת להתייחס לדברים רלוונטיים שעשויים לשחק תפקיד בבחירה שלה באפשרות כזו או אחרת, ניתן להשתמש בעזר החלטה (Decision Aid) שבו המטופלת יכולה לסמן את הדברים החשובים בעיניה, והם מהווים בסיס לשיח בינה לבין הרופא/ה. דוגמא לעזר החלטה כזה נמצא בקישור הבא:

<https://www.innovating-education.org/wp-content/uploads/2014/03/Decision-Tool-visual.pdf>

4. קבלת החלטה שמתאמת ביותר לאישה וסיכום תוכנית הפעולה – על בסיס כל המידע שדנתם עליו מתקבלת החלטה על האפשרות המתאימה ועל תוכנית הפעולה מרגע זה: 'מתוך מה ששוחחנו עליו אני מבינה/ה שלך מאוד חשוב.... ולכן ההחלטה שנראית הכי מתאימה היא...!'. לאחר שמתקבלת החלטה חשוב לבדוק עם האישה שהיא הבינה את מה שנאמר והוחלט - ולאסוף ולסכם בנקודות את

מה שהוחלט, כולל מתן תוכנית פעולה ברורה (מידע לגבי הפעולות הבאות, מה שצפוי בעתיד, נורות אדומות ולמי ניתן לפנות).

שימו לב – כיוון שמדובר בהחלטה מורכבת הכוללת מידע רב לעיתים כדאי לדחות במעט את השיחה על ההחלטה כדי לאפשר למטופלת את הפניות הרגשית והקוגניטיבית לה היא זקוקה. ניתן למשל, להציע לה לצאת מחדר הרופא/ה, להתייעץ או לדון עם בן/בת זוג, לחשוב על הדברים ולחזור כשיש יותר פניות.

שיח משתף בקבלת החלטות מחייב הקשבה פעילה, מוכנות לענות ולהתייחס לשאלות ולחששות שעלולים להתעורר אצל האישה או בן/בת זוגה. אם בני הזוג לא העלו שאלות באופן אקטיבי, חשוב להזמין לשאול. לדוגמה: 'נתתי לכם מידע רב. יש משהו שלא ברור שהייתם רוצים שאחזור עליו? או שיש לכם שאלות נוספות שהייתם רוצים לשאול?'