

אוניברסיטת בר אילן

**בחינת התפיסות והחווייה הרגשית של רופאי ורופאות פריזן
המטפלים בנשים העוברות תהליך של תרומת ביצית**

רעות בן קמחי

עבודה זו מוגשת כחלק מהדרישות לשם קבלת תואר מוסמך
ביחידה ללימודים בינתחומיים - התכנית ללימודי מגדר של אוניברסיטת בר אילן

עבודה זו נכתבה בהנחיית פרופסור אורית טאובמן – בן-ארי

מבית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד של אוניברסיטת בר-אילן

תודות

ביצוע המחקר וכתירתו התארכו מעבר למצופה, לאור השנתיים המאתגרות שחוינו כולנו מבחינה עולמית, חברתית, בריאותית ואישית. ובכל זאת, בתוך הכאוס, הצליח הרעיון לקרום עור וגידים, בעזרת כמה אנשים ונשים מיוחדים שליוו אותי לאורך הדרך. אשמח להודות להם מקרב ליבי.

ראשית, תודתי העמוקה נתונה לפרופסור אורית טאובמן – בן-ארי, מנחת התיזה, על מסירות אין קץ, סבלנות, מקצועיות ודקדקנות, על הרוגע והינינוחות, התמיכה והפתיחות. היית לי, ועדיין, מנחה בכל כך הרבה אופנים ורמות.

תודה רבה לרופאים ולרופאות, משתתפי ומשתתפות המחקר, שפתחו את ליבם באומץ וכנות והסכימו לחשוף את מחשבותיהם, תחושותיהם ורגשותיהם בפני.

ותודה מיוחדת למשפחתי האהובה, אישי וילדי, אשר היו, עודדו, אפשרו, תמכו ועזרו, כל אחד בתחומו. הייתם חלק בלתי נפרד מהמסע המרתק שבסופו נולדה עבודה זו.

תוכן עניינים

עמ' א	תקציר
עמ' 1	מבוא
עמ' 3	תהליך תרומת הביצית משמעותו הרפואית, הפיסית והרגשית
עמ' 4	הקשר בין הרופא לבין האישה או הזוג המעוניינים להרות
עמ' 6	המחקר הנוכחי
עמ' 7	שיטה
עמ' 7	משתתפים
עמ' 7	שיטת הדגימה וכלי המחקר
עמ' 7	הליך
עמ' 8	שיטת ניתוח הנתונים
עמ' 9	רפלקציה
עמ' 9	ממצאים
עמ' 9	תפיסת הרופא את עצמו
עמ' 11	תפיסת הרופא את תפקידו
עמ' 13	התמקמות הרופא בקשר עם המטופלת
עמ' 16	תפיסת הרופא את תוצאות הטיפול הרפואי
עמ' 20	תפיסת הרופא את תרומת הביצית ומשמעותיותה
עמ' 22	שיח אודות המעבר לשימוש בתרומת ביצית ואופן הצגת הרעיון למטופלות
עמ' 25	תפיסתו של הרופא את משמעות השימוש בתרומה, פיצול בין טוב לרע
עמ' 32	דיון
עמ' 41	מגבלות המחקר
עמ' 41	השלכות פרקטיות של המחקר
עמ' 42	הצעה למחקרי המשך
עמ' 43	ביבליוגרפיה
עמ' 49	נספחים
עמ' 49	נספח 1: קו מנחה לראיון מובנה למחצה
עמ' 51	נספח 2: טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר
עמ' i	Abstract

תקציר

צוותים רפואיים נחשפים כחלק משגרת עבודתם למציאות קשה, וצריכים להתמודד עם מצבים מלחיצים שונים. החשיפה החוזרת ונשנית לסבל פיסי ונפשי מובילה לעתים לתחושות קשות ועלולה להשפיע על חייהם האישיים והמשפחתיים של הרופאים ואף לפגוע בתפקודם המקצועי. בספרות קיימים מעט מאוד מחקרים שבחנו את תחושותיהם של הרופאים והרופאות ואת תגובותיהם הרגשיות, כאשר מחקרים אלה התמקדו בעיקר בתחום הרפואה הדחופה והמחלות הכרוניות והסופניות. עם זאת, נראה כי גם בתחום הפריזון קיימים מצבים היכולים לעורר ברופא תחושות מורכבות, אשר עשויות ללוות אותו ואף להשפיע על מקצועיותו ועל חייו האישיים.

המחקר הנוכחי בחן את התפיסות ואת החוויה הרגשית של רופאי ורופאות פריזון המטפלים בנשים העוברות תהליך של תרומת ביצית. המחקר נערך במתודולוגיה איכותנית, באמצעות ראיונות עומק חצי מובנים, שנערכו עם 20 רופאי ורופאות פריזון. ניתוח הממצאים היה ניתוח קטגוריאלי, אשר העלה שתי קטגוריות מרכזיות. הקטגוריה הראשונה התמקדה בתפיסת הרופא את עצמו וכללה שלוש תמות: תפקיד הרופא; התמקמותו בקשר מול המטופלת; ותפיסתו את תוצאות הטיפול הרפואי. הקטגוריה השנייה התמקדה בתפיסת הרופא את תרומת הביצית ומשמעויותיה, וכללה שתי תמות מרכזיות: הראשונה עסקה בשיח בין הרופא למטופלת אודות המעבר מטיפולי פריזון, העושים שימוש בביצית של המטופלת, לשימוש בתרומת ביצית ואופן הצגת רעיון השימוש בתרומה למטופלות; השנייה התבוננה על תפיסתו של הרופא את משמעות השימוש בתרומה, בהתייחס לביסוס הזהות האימהית, תפיסת הקשר בין האם לתינוק וזהותו של היילוד.

ממצאי המחקר מלמדים כי טיפולי הפוריות משפיעים על רווחתם הנפשית של הרופאים והרופאות המלווים את הנשים והזוגות המשתוקקים להריון, כמו גם על תפיסתם את עצמם כרופאים. כמו כן הראה המחקר את אופן ההתמקמות של הרופאים בתוך השיח אודות השימוש בתרומת ביצית, וכן את תפיסתם בנוגע לקשר בין האם לתינוקה.

חשיבותו של המחקר הנה בהיותו חלוצי ופורץ דרך, ובעיסוקו בנושא רגיש ועדכני. הידע שהתווסף עשוי לסייע להגברת המודעות אודות מורכבות החוויה הרגשית של הרופאות והרופאים וכן לתרום ליצירת דרכי התמודדות עם התחושות והשלכותיהן.

מבוא

הגדרות עדכניות של מקצועיות רפואית שמות את המטופל ורווחתו בקדמת הבמה (Brickley et al., 2021). ואכן, קיים בעולם גוף מחקרי גדול העוסק במטופלים, תחושותיהם וחוויותיהם מול הרפואה והטיפול הרפואי, אשר הטענה העומדת בבסיסו היא כי על הרופא להיות בעל ידע רפואי וכישורים טכניים (Kerasidou et al., 2020), אובייקטיבי, יעיל ואמין, מבלי לוותר על היותו דואג, אינטואיטיבי ורגיש כלפי המטופל (Watt et al., 2008). עליו לדאוג למטופל ולבטא תחושות כגון אמפטיה וחמלה (Kerasidou & Horn, 2016; Watt et al., 2008), להיות הגון, רחום, ומדריך בעל ידע המסוגל ליעץ ולנחם את המטופל ומשפחתו בשעותיהם הקשות ביותר (Shanafelt et al., 2003). וכל זאת, בתוך סביבה מאתגרת מבחינה רגשית (Kerasidou & Horn, 2016).

בהתבוננות על הצוותים הרפואיים, ניכר כי הם נחשפים כחלק משגרת עבודתם למציאות קשה, וצריכים להתמודד עם מצבים מלחיצים שונים. הם מתמודדים על בסיס יום יומי עם מצבים מאתגרים מבחינה רגשית (Weilenmann et al., 2018), ביניהם מצבים רפואיים מורכבים, משפחות במשבר, קבלת החלטות תחת לחץ, מחלות סופניות, מוות ואף נושאים אתיים. לחשיפה החוזרת ונשנית לסבל פיסי ונפשי יש השפעה עמוקה וארוכת טווח (Abu-Sharkia et al., 2020) והיא עלולה לעורר דחק (Cedar & Walker, 2016; Kerasidou & Horn, 2020), לגרום לסערת רגשות (McGinley & O'Reilly, 1994), להשפיע על חייהם האישיים והמשפחתיים של המטופלים ואף לפגוע בתפקודם המקצועי (Cieslak et al., 2014; Weilenmann et al., 2018). ועדיין, השפעה זו על מצבם הרגשי מקבלת הכרה חברתית רק לעתים נדירות (Kerasidou & Horn, 2016).

חוסר ההכרה ניכר בכמות המוגבלת של המחקרים אשר בחנו את תחושותיהם של הרופאים ואת התגובות הרגשיות שלהם כלפי עבודתם באופן כללי (Watt et al., 2008), כמו גם את דרכי ההתמודדות שלהם עם קשיים אלה (Weilenmann et al., 2018). מבין מיעוט המחקרים שבחנו נושא זה, מרביתם עוסקים במקרים רפואיים בהם קיימת התמודדות עם מוות, ובעיקר בתחום האונקולוגי (Granek et al., 2017; Shanafelt et al., 2003).

עבודה מעין זו עם חולים סופניים הנה חוויה אינטנסיבית, בה הצוות הרפואי נאלץ להתמודד לא רק עם הלחץ של החולים ובני משפחותיהם, אלא גם עם התגובות שלהם עצמם למצב (Taubman – Ben-Ari & Weintroub, 2008; Weilenmann et al., 2021). האונקולוגים, מקיימים מערכות יחסים קרובות עם רבים ממטופליהם (Laor-Maayany et al., 2020), איתם הם חולקים רגעים משמעותיים של בכי, ניסיונות וניצחונות של המחלה והטיפול בה (Shanafelt et al., 2003). מחקרים מראים כי קיימות מספר תימות פסיכולוגיות שכיחות סביב מוות של מטופלים (Sansone & Sansone, 2012). התמות מתמקדות בתחושות

לא נוחות, אבל, איום על שליטה וניתוק רגשי (Sansone & Sansone, 2012). האונקולוג עלול לחוש חסר אונים, תשוש, אשם ומוצף רגשית לאור גלים של בשורות מרות, כישלונות טיפוליים, סבל של מטופלים ומוות, המהווים חלק משגרת עבודתו. גם החזקת התקוות, הציפיות וההכחשה של מטופלים מסוימים יכולה להיות כבדה לנשיאה. לעתים קרובות יש לרופאים זמן מועט בלבד לעבד את צערם וכאבם, וכך, רגשותיהם הבלתי מעובדים נותרים איתם כשהם עוברים לטפל במטופל הבא (Shanafelt et al., 2003).

לצד ההתמודדות עם מוות, קיימים מצבים רפואיים נוספים שאף אם אינם מסכני חיים, הרי גם הם מורכבים ומעוררי דחק, ורופאים נדרשים להתמודד עמם. במחקר איכותני שבחן את תחושותיהם של רופאים המבשרים להורים אודות לקות אצל תינוקם שאך נולד, נמצא כי הרופאים דיווחו שחשו מתוסכלים ואשמים. הרופאים אף טענו שמעמד מסירת הבשורה המרה קשה ומכאיב עבורם באותה מידה כמו להורים (Saviani-Zeoti & Lopes Petean, 2007). מחקרים שנערכו בקרב רופאי פריון מצאו כי התקשורת עם המטופלים, אשר כוללת בין היתר התמודדות עם תגובותיהם הרגשיות השליליות, במיוחד במקרים של מסירת בשורה מרה, מהווה מקור משמעותי לתחושת דחק (Grill, 2015). הרופאים עלולים לחוות את הבשורות הרעות ככישלון אישי, לצד תחושות של אכזבה, שקשורה גם לעובדה לפיה הצלחת הטיפול בתחום הפוריות עדיין רחוקה מלהיות מובטחת (Facchin et al., 2020; Leone et al., 2017).

התמודדות יומיומית שגרתית עם מצבים כגון אלה גורמת להתהוותו של דחק כרוני, שהשפעותיו המזיקות כוללות בין היתר פגיעה במערכת החיסון, תגובות דלקתיות, עליה בגורמי הסיכון הקרדיוסקולאריים, דיכאון (McClafferty & Brown, 2014), ובסופו של דבר גם לאובדן היכולת האמפטית (Kerasidou & Horn, 2016) ואף לניתוק רגשי. במקרים כאלה הרופא מאבד את היכולת להיות רחום ומושקע במטופלים, ופחות מצליח להיות אכפתי כלפיהם באופן מותאם ואפקטיבי, דבר המשפיע על מקצועיותו (Kerasidou & Horn, 2016), ועל שביעות רצון המטופלים (Panagioti et al., 2018). במקביל, המצוקה הנוצרת בעבודה עלולה לפלוש גם לחייו האישיים, ולגרום לתגובותיו להפוך לחסרות רגישות, טכניות ומרוחקות (Shanafelt et al., 2003). באופן זה, גוברים הדחק והחרדה עוד יותר והופכים את הרופא למועד יותר לסבל נפשי (Kerasidou & Horn, 2016), שחיקה (Kaczor et al., 2020), תשישות החמלה (Laor-Maayany et al., 2020) ואף להפרעת דחק פוסט טראומטית (Firth-Cozens et al., 1999) וטראומטיזציה משנית (Laor-Maayany et al., 2020; Taubman – Ben-Ari & Weintraub, 2008).

חשוב לציין כי אמנם הטיפול האינטנסיבי, הדחק, האמפטיה והמעורבות הרגשית עלולים להיות בעלי השפעה שלילית על הצוות הרפואי, אך עם זאת, נראה כי לחשיפה יומיומית למוות ולמצבי דחק יכולה להיות גם השפעה חיובית (Taubman – Ben-Ari & Weintraub, 2008). מספר הולך וגדל של מחקרים מעידים על כך שלצד הדחק המאפיין טראומטיזציה משנית, מטפלים חווים גם שינויים חיוביים כגון צמיחה

אישית והגדרה מחדש של המשמעות בחייהם (Brady et al., 1999; Taubman – Ben-Ari & Weintroub, 2008, Triplett et al., 2012; Yaakubov et al., 2020).

אמנם תחום הרפואה הדחופה והמחלות הכרוניות והסופניות זכה להתייחסות המשמעותית יותר בהקשר לרופאים, אך נראה כי גם בתחום הפרייה קיימים מצבים העלולים לעורר ברופא תחושות מורכבות, אשר עלולות ללוות אותו ואף להשפיע על מקצועיותו ותחושותיו (Boivin et al., 2012; Facchin et al., 2020). חוויות ותחושות אלו יעמדו במוקד המחקר המוצע ובאופן ספציפי, בהליך הקשור לתרומת ביציות, המתרחש בד"כ אחרי ניסיונות כושלים להרות, כשלב מתקדם עוד יותר של טיפולי פרייה. בסקירת הספרות שלהלן אתייחס תחילה לתהליך תרומת הביצית ומשמעותיותו – הרפואית, הפיסית והרגשית, ולאחר מכן למערכת היחסים בין הרופא לבין בני הזוג המעוניינים להרות.

תהליך תרומת הביצית משמעותו הרפואית, הפיסית והרגשית

טיפול הפרייה חוץ גופית (IVF) כוללים הפריית ביצית בעזרת זרע בתנאי מעבדה, והחזרתו של העובר שנוצר לרחמה של האם. כאשר נעשה שימוש בביצית של האם ובזרע של האב, שני ההורים קשורים מבחינה גנטית לילד (Golombok & MacCallum, 2003). כאשר האישה אינה מסוגלת לייצר ביציות איכותיות בעצמה, קיימת אפשרות לבצע תהליך של הפרייה חוץ גופית תוך שימוש בביצית הנתרמת מאישה אחרת. תהליך התרומה כולל סנכרון המחזור הווסתי של התורמת והאם המיועדת, גירוי ייצור הביציות אצל התורמת, שאיבתן והפרייתן בזרע האב. לאחר מספר ימים, העובר או העוברים שנוצרו מוחזרים לרחמה של האם המיועדת (Cramond, 1998). במקרה כזה, הילד קשור גנטית רק לאב. בין הסיבות העיקריות לשימוש בתרומת ביצית ניתן למצוא: כשל שחלתי מוקדם, היעדר שחלות (מולד או כתוצאה מפרוצדורה ניתוחית), תסמונות והפרעות גנטיות אצל האישה (Applegarth & Riddle, 2007), טיפולים כימותרפיים, מספר רב של טיפולי הפרייה כושלים, זוגות חד מיניים (Van Den Akker, 2006) ונשים בגיל מתקדם (Kirkman, 2008).

הטיפול הראשון מתרומת ביצית דווח ב-1983 באוסטרליה (Lutjen et al., 1984). בישראל התקבל אישור לשימוש בתרומת ביציות מתורמות מחו"ל בשנת 2005, ובשנת 2010 התקבל אישור לשימוש בביציות של תורמות ישראליות. ועדיין, בשל סיבות רבות, ביניהן העובדה כי כמות התורמות בישראל נמוכה מאוד לעומת מספר הנשים הזקוקות לתרומה, רוב הנשים פונות לתרומת ביצית מחוץ לישראל. לאור העובדה כי תהליך תרומת הביציות מחו"ל מתבצע ע"י רופאים במגזר הפרטי, לא קיימים נתונים ארציים בנוגע להיקף התופעה. מהתבוננות בנתונים הרשמיים המפורסמים ע"י ארגון רופאי הפרייה בארה"ב (SART), התקיימו בשנת 2019 כ-23,000 ניסיונות להרות בעזרת תרומת ביציות או תרומת עוברים.

לתהליך תרומת הביצית ישנם יתרונות רבים, אשר המרכזי ביניהם הנו העובדה כי בעזרת טכנולוגיה זו, אישה יכולה לממש אימהותה, גם אם אין לה יכולת ביולוגית. אמנם אישה יכולה להגיע למימוש זה

בדרכים נוספות, כגון אימוץ, אך תרומת הביצית מאפשרת לה לחוות, בנוסף לאימהות, גם הריון ולידה. ידוע כי להריון תפקיד משמעותי במעבר לאימהות, שכן הוא מספק הזדמנות לאישה לפתח את העצמי האימהי העתידי כחלק מן ההכנה הפסיכולוגית לאימהות (Smith, 1999; Warsiti, 2020). בנוסף, ידוע כיום כי לרחם בו מתפתח העובר יש השפעה על התינוק. התיאוריה העכשווית מצביעה על התנאים הרחמיים כעל גורמים המשפיעים באופן משמעותי, לעתים פרמננטי, על מידת בריאותו והתפתחותו של התינוק שעומד להיוולד, החל מהשמנת יתר, סוכרת והפרעות קשב וריכוז (Cottrell & Seckl, 2009) וכלה בתופעות רגשיות כגון לחץ ודיכאון (Osborne et al., 2018). התחום האפיגנטי מוכיח כי תכונות הילד נקבעות לא רק על ידי מבנה הדנ"א, אלא גם ע"י אופן ה"אריזה" וה"ארגון" של הדנ"א, המושפעים מאוד ממהלך ההיריון, ואולי זו הדרך, מלבד הלידה, שבה אימהות לילד מתרומת ביצית מתבטאת באופן ביולוגי (Timothy & Douglas, 2012). יחד עם זאת, המעבר של אישה מניסיונות להרות מהביציות שלה לניסיונות להרות מתרומת ביצית הנו מורכב ודורש זמן, הכנה נפשית והסתגלות פסיכולוגית, חברתית ותרבותית (Van Den Akker, 2006).

בהתבוננות על הידע הקיים בתחום, רוב המחקרים מתייחסים לנשים שעוברות את התהליך, ולעתים נדירות יותר גם לבני זוג (Cramond, 1998). ערוץ מחקרי נוסף בוחן את השפעות הבחירה בתרומת הביצית על ההורות (Golombok et al., 2004; Imrie et al., 2019), כמו גם על הילד, התפתחותו והסתגלותו הפסיכולוגית (Applegarth & Riddle, 2007; Imrie & Golombok, 2018), וכן את סוגיית הסוד, כלומר האם לחשוף את עובדת השימוש בתרומת ביצית (Murray & Golombok, 2003; Pennings, 2017). ולבסוף, קיימת זרוע מחקרית הבוחנת את ההשפעה של הבחירה על התורמת עצמה (Blakemore et al., 2019; Thaldar, 2020). עם זאת, מלבד אלה, קיימים שותפים נוספים הלוקחים חלק בתהליך הפריוני, והם רופאי ורופאות הפריון, שהתפיסה שלהם עשויה להיות מרכיב חשוב באופן בו הנשים חוות ותופסות את התהליך. ניכר כי מפגש משמעותי זה, בין האישה או הזוג לרופא המומחה אינו מקבל את תשומת הלב הראויה (Daniels, 2005). על כן במחקר הנוכחי ביקשתי לבחון את זווית הראייה שלהם ואת תפיסתם את מקומם בתהליך מורכב זה.

הקשר בין הרופא לבין האישה או הזוג המעוניינים להרות

במהלך ההתמודדות עם משבר אי הפריון, המטופלות והמטופלים נאחזים במערכת הרפואית, המספקת להם תמיכה ותחושת נינוחות (Lalos, 1999). הרופאים מצידם מתמודדים עם מגוון אתגרים פסיכולוגיים, כמו גם אתגרים הקשורים לתקשורת וליחסי גומלין בינם לבין המטופלים (Borghi et al., 2021).

ברוב המקרים, הרופא מלווה את האישה (ואת בן או בת הזוג במידה וקיימים) לאורך התהליך, החל מהחלטה לנסות ולהרות בעזרת תרומת ביצית, ועד השגת ההריון, כאשר הם צריכים להתנהל תוך אמון הדדי והבנה לאור היותם בעלי מטרה משותפת ותפקידים משלימים (Curvo Leite et al., 2005).

הרופא והאישה יוצרים דיאדה, ובמידה וקיימים גם בן או בת זוג, נוצרת טריאדה, בהן לכל משתתף ומשתתפת יכולות להיות תגובות ודעות שונות (Leone et al., 2017), כמו גם סגנון התנהגות אשר ישפיע על אחד או יותר מהמשתתפים האחרים, ובכך ישנה את מערכת היחסים ביניהם (Lalos, 1999). זוהי מערכת יחסים מורכבת, הכוללת בתוכה תלות וחוסר שיוויוניות (Lupton, 1997), ולרוב היא מתקיימת מתוך צורך או הכרח ולא מתוך רצון וולונטרי, ועוסקת בנושאים בעלי חשיבות גבוהה, ולכן היא עמוסה רגשית ודורשת שיתוף פעולה צמוד בין הצדדים (Chaitchik et al., 1992). האישה או הזוג מגיעים לרופא המומחה בקביעות ונמצאים במצב רגשי עדין, והאופן בו המומחה מגיב אליהם, יכול להקל או להגביר את הפגיעות שלהם (Daniels, 2005), כמו גם להשפיע על תהליך ההסתגלות למצב הרפואי וההתמודדות עמו (Molleman et al., 1984).

היכולת לבסס מערכת היחסים הולמת בין הרופא לבין האישה או הזוג, מושפעת מאוד מערכיו ותחושותיו של הרופא (Saviani-Zeoti & Lopes Petean, 2007), והקשר עצמו עם הרופא יכול לסייע לשיפור הבנתם את מצבם הרפואי, להפחתת חוסר וודאות וחרדה (Molleman et al., 1984) ולהגברת תחושת הביטחון שלהם (Saviani-Zeoti & Lopes Petean, 2007). עוד נמצא, כי גישתו של הרופא המטפל משפיעה על הכוונות והמעשים של המטופלים, כמו גם על ההחלטות שהם לוקחים במהלך הטיפול (Leone et al., 2018). כך למשל, מרבית הנשים והזוגות שהרופא עודד אותם לספר על התרומה, אכן עשו כך (Lampic et al., 2009).

בתוך הקשר שנוצר בין הרופא והמטופלים, פעמים רבות רופא הפריון מתואר על ידם כאבא אידאלי, חזק ומגונן (Hertz, 1982). קיימת ציפייה גדולה מהרופא, שכן הוא נתפש כסוכן לפתרון בעיות. מצופה ממנו לספק עזרה מקצועית לתהליך קבלת ההחלטות של האישה או בני הזוג, להיות בעל ידע מעמיק של טכנולוגיות הפריון החדישות ביותר, ובמקביל להיות מתחשב, מבין, מסור, רגיש, ומעל הכל מעורב מאוד בבעייתם (Curvo Leite et al., 2005). הרופא ככל הנראה גם הוא רואה את עצמו בתפקיד זה (Lalos, 1999). וכך, לצד ציפיות האישה או הזוג, גם הרופא עצמו חש כעס ואימפוטנציה כאשר הוא נכשל בניסיון 'לרפא' את אי הפריון שלהם (Hertz, 1982). רק כאשר הרופא מתגבר על התסכול שלו עצמו, הוא יכול לתמוך באישה או בזוג, הנמצאים בתהליך של אבל (Lalos, 1999). כלומר ניכר כי הרופא מהווה חלק לא מבוטל מן התהליך ועל כן ראוי לבדוק גם את חלקו, תחושותיו ורגשותיו. עד כה, הספרות התמקדה בעיקר בהשפעה הפסיכולוגית של טיפולי פריון על האישה או על הזוג (Facchin et al., 2020) ועל שביעות הרצון שלהם מהטיפולים. מעט מאוד ידוע על רופאי הפריון, על התהליך מנקודת מבטם שלהם (Leone et al., 2018) ועל תפיסתם את מערכת היחסים בינם ובין המטופלים (Mosconi et al., 2021). כמו כן, חשוב לשים לב כי חלק ניכר מן המאמרים העוסקים בתחום הינם ישנים יחסית והגיעה העת לבדיקה עדכנית של נקודת מבטם של הרופאים, במיוחד לאור התפתחות טכנולוגיות הפריון החדישות והאתגרים שהן מביאות עימן.

המחקר הנוכחי

סקירת הספרות מלמדת כי רופאים ככלל מושפעים ממערכות היחסים שהמקצוע מזמן להם ומהסיטואציות הרפואיות המורכבות שהם פוגשים ברמה היום יומית. רוב הידע לגבי הרופאים עוסק בתחום האונקולוגי ובנגיעה של הרופאים לסוגיות סוף החיים. קיים מעט מאוד מידע על תחושותיהם של רופאים מסקטורים אחרים. ואכן, בהתייחס לתחום הפרייון, למרות שהרופא המטפל מהווה חלק משמעותי מן התהליך הפרייוני, הידע אודות תחושותיו, חוויותיו, עמדותיו ומחשבותיו בנוגע לתפקידו ולסיטואציה הרפואית אליה הוא נדרש, עדיין מועט.

במקביל, עיקר המחקר אודות השימוש בתרומת ביצית והשלכותיו התקיים כמעט אך ורק מנקודת המבט של הנשים, ועסק בהשפעת היעדר הקשר הגנטי על ההורות, על מערכת היחסים של ההורים והילד, ואיך הילד עצמו מושפע מאופן היווצרותו – התפתחותית, פסיכולוגית ורגשית, כולל סוגיית "הסוד" (Golombok & MacCallum, 2003). ואכן מדובר בסוגיה נשית, המחייבת את היות האישה במרכז הדיון. ועם זאת, חשוב לבחון גם את המרחב המקיף אותה, ובכללו רופאי ורופאות הפרייון המלווים, אשר מצד אחד מתוארים כחשובים וכנוטלים חלק משמעותי בתוך התהליך, ומנגד נותרים עלומים.

הספרות מראה כי אי פרייון מהווה מצב דחק משמעותי עבור נשים, המוביל לתחושות קשות ביניהן עצב, אבל, דיכאון וחרדה. לאור מערכת היחסים הקרובה שנוצרת בין האישה או הזוג, לבין הרופא, עולה השאלה כיצד התהליך הטיפולי כמו גם תוצאות הטיפולים משפיעים באופן רגשי על הרופא המטפל. המחקר הנוכחי בדק את התפיסות והחוויה הרגשית של רופאי ורופאות פרייון המטפלים בנשים העוברות תהליך של תרומת ביצית בכדי להרות. לשם כך בדקנו שלוש שאלות מחקר מרכזיות:

1. מהי תפיסת התפקיד של הרופאים והרופאות בתוך הדיאדה עם האשה או הטריאדה עם הזוג?
 2. מהי החוויה הרגשית של הרופאים והרופאות סביב ליווי נשים וזוגות בתהליכי תרומת ביצית?
 3. מהן מחשבותיהם ותפיסתם של הרופאים והרופאות את הבחירה בתרומת ביצית ומשמעותה?
- יתרונותיו של מחקר כזה טמונים בעיקר בהיותו חלוצי ופורץ דרך, ובעיסוקו בנושא רגיש ועדכני בבריאות האישה בעידן הנוכחי.

בחרתי לערוך מחקר איכותני לאור רגישותה של השיטה והתאמתה להתבוננות על נושא מסוג זה. שיטה זו מאפשרת לחוקרת להיכנס לעומק עולמם של הנחקרים (Facchin et al., 2020), תוך האזנה גמישה ודינאמית לתיאוריהם וחוויותיהם בנושא המחקר. לצד זה, חשוב לציין כי הידע שייאסף מן המחקר יוכל לשפוך אור על התופעה, אך בו בזמן ידע זה אינו ניתן להכללה שכן מקורו, כאמור, במחקר איכותני.

שיטה

משתתפים : במחקר השתתפו 20 רופאי ורופאות פריון המטפלים בזוגות המעוניינים להרות בעזרת תרומת ביצית, תוך שימוש בזרעו של הבעל. המשתתפים נעו בטווח הגילים בין 44-67, כאשר הוותק בתפקיד נע בין 6-34 שנים (ממוצע 16.7, ס.ת. 9.073). 4 מתוכם היו נשים ו-16 גברים, 7 מנהלי או מנהלות יחידת פריון ו-13 רופאים ורופאות בכירים.

שיטת הדגימה וכלי המחקר : שיטת הדגימה לפיה נבחרו המרואיינים והמרואיינות למחקר היא דגימת קריטריון. כלומר, מרואיינים העומדים בקריטריונים מסוימים המאפיינים את האוכלוסייה הנחקרת (Patton, 1990). איתור המרואיינים נעשה באמצעות פניה של החוקרת לרופאי ורופאות פריון העובדים במרכזים רפואיים בארץ, ומטפלים באופן קבוע בזוגות המעוניינים להרות בעזרת תרומת ביצית. חלק מהמרואיינים הפנו למחקר רופאים נוספים אותם הם מכירים.

איסוף הנתונים נעשה באמצעות ראיון עומק מובנה למחצה. אופיו של ראיון זה הנו גמיש ודינאמי והוא מתמקד בתיאורים ובמשמעויות של החוויות הקונקרטיות (Kvale, 1983). ככזה, הוא מאפשר לחוקרת לכסות את תחומי התוכן הרלוונטיים למחקרה, תוך שהוא מאפשר למרואיין חופש להתבטא ולהעלות את התכנים אותם הוא תופס כחשובים ואשר אודותיהם הוא מעוניין להרחיב (Patton, 1980). כך, מטרתו של ראיון כזה הנה לאפשר למראיינת להיכנס לעולמם של המרואיינים (Patton, 1990), תוך ניסיון להבין את חוויתם הסובייקטיבית ואת המשמעות שהם יוצקים לתוכה (שקדי, 2003; Seidman, 2006). מידע זה מאפשר להבין את המורכבות של הקבוצה הנחקרת, כפי שהיא נתפסת מנקודת מבטם הפנומנולוגית של המרואיינים (שלסקי ואריאלי, 2001; Fontana & Frey, 2000).

מדריך הראיון (נספח 1) נבנה על בסיס שאלות המחקר ומטרתו היתה למקד ולתחום את נושאי הראיון, אך גם לדאוג שתהיה גמישות ואפשרות להתייחס לנושאים נוספים שיעלו על ידי המרואיינים. השאלות עסקו בתפיסת התפקיד של הרופאים, חווייתם הרגשית סביב ליווי האישה או הזוג, תפיסתם את הבחירה בתרומת ביצית ומשמעותה בעיניהם. ראוי לציין כי תכנים רבים שעלו בראיונות בנוגע לאיכות ומשמעות הקשר בין הרופאים לבין המטופלות והמטופלים נשארו מחוץ לעבודה זו, מאחר ומהווים נושא רחב בפני עצמו שכדאי יהיה לעסוק בו במחקרים נוספים. לאור העובדה כי המחקר עוסק באנשי צוות, לא נדרש אישור של וועדת הלסינקי בכדי לקיימו, אך הוא קיבל אישור של ועדת אתיקה של ביה"ס לעבודה סוציאלית באוניברסיטה.

הליך : הפנייה למרואיינים נעשתה בשני אופנים. בתחילה פניתי למספר רופאי פריון העובדים במרכזים רפואיים בארץ, וראיינתי אותם. לאחר ביצוע הראיון, שאלתי את חלקם האם הם מכירים רופאים ורופאות

נוספים שיהיו מוכנים להתראיין למחקר. במידה והיו כאלה, הרופאים יצרו עימם קשר ראשוני לבדיקת האפשרות, ומשקיבלו הסכמה עקרונית, פניתי טלפונית לרופאים אלה.

בשיחה הטלפונית הצגתי את עצמי, תיארתי את נושא המחקר, מטרתיו וחשיבותו וביקשתי את הסכמתם להשתתף בראיון של כחצי שעה עד שעה. לאחר הסכמתם, קבענו מועד ומקום לפגישה. הראיונות התקיימו במרחב שנבחר ע"י הרופאים והרופאות, כאשר הם התבקשו לפנות לראיון את הזמן הדרוש וכן מקום שקט, כדי שהראיון יוכל להתקיים ללא הפרעות חיצוניות.

כשהגעתי לראיון, הצגתי שוב את עצמי ואת המחקר, כפי שצינתי בטלפון. ביקשתי את הסכמת המרואיין להקליט את הראיון בכדי שאוכל להיות פנויה במהלך שיחתנו להקשבה בלבד. בנוסף, הדגשתי כי אתמלל את הראיון ולאחר מכן ההקלטה תימחק. הסברתי כי ההקלטה והתמלול מטרתם לדייק באיסוף הנתונים (Patton, 1990). בתום ההסבר הראשוני, עברתי ביחד עם המרואיין על טופס הסכמה להשתתפות במחקר (נספח 2), המפרט את מהות המחקר ומטרתו ומדגיש את השמירה על הסודיות. ההסבר על המחקר והדגשת הסודיות הם תהליכים חשובים בראיון אשר יוצרים פתיחות ואמון. הסברתי כי פרטים מזהים יעברו עריכה ושינוי. בנוסף, ציינתי כי הוא יכול להפסיק את הראיון בכל שלב, אם ירצה בכך.

אורך הראיונות נע בין עשרים דקות לשעה וחצי. במהלך הראיונות התייחסתי לשאלות הכתובות במדריך הראיון, תוך שהשארתי לעצמי את האפשרות להוסיף שאלות באופן ספונטני, ולבקש הבהרות או חידודים על מנת לקבל את המידע המקיף ביותר שיכול לעלות מן הראיונות. בסיום הראיון שאלתי האם יש עוד משהו שחשוב למרואיין לומר ולא שאלתי. לאחר מכן הודיתי למרואיין על הכנות והפתיחות בה דיבר וצינתי שדבריו סייעו לי מאד. מאחר ובמהלך הראיון עלו לעתים תכנים רגישים, הצעתי למרואיין אפשרות לקיים שיחת Debriefing, בה נוכל לדון ברגשות שעלו. בפועל אף אחד מהמרואיין לא יצר קשר נוסף לאחר סיום הראיון.

שיטת ניתוח הנתונים: ניתוח הנתונים נעשה על-פי שיטתה של גיליגן (Gilligan, 1992) המציעה להאזין באופן רב-ריבדי לריבוי הקולות של המרואיין. תחילה של עצמו ואח"כ של מערכות היחסים והקשרים בהם הוא פועל. שיטה זו מעוגנת יותר בדיסציפלינה הפסיכולוגית ולאור זאת מתאימה למחקר זה, שעוסק גם בהשמעת הקול של המרואיין עצמו וגם במשמעות שהם נותנים לחוויה הנחקרת כחלק מעיצוב תפקידם.

לאחר השלמת התמלולים של הראיונות, קראתי מספר פעמים כל ראיון, ובתוך כך רשמתי הערות, תובנות ושאלות שהתעוררו בי. לאחר מכן ביצעתי תהליך של פירוק הראיונות למקטעים, אותם תייגתי כעוסקים או קשורים לנושא מסוים. בהמשך, את התכנים הדומים או הביטויים שחזרו על עצמם בראיונות השונים קיבצתי יחדיו בתהליך של הרכבה, תוך ניסיון לעמוד על אופיים של הקשרים בין המקטעים השונים. בדרך זו בניתי תמות שונות. במהלך העבודה החלו להסתמן מושגים או יחידות משמעות רחבות יותר, שהיוו,

בסופו של דבר, קטגוריות המשותפות למרבית הראיונות. בעזרת חלוקות הטקסט לקטגוריות עברתי מרמת הטקסט הגולמי לרמת המשגה גבוהה יותר (Miles & Huberman, 1994). כל קטגוריה כללה מספר תמות בתוכה **רפלקציה**: רפלקסיביות מתייחסת למודעות ושימת הלב של החוקר לתפיסותיו, חוויותיו וערכיו שהוא מביא עמו למחקר (Creswell, 2007). הרפלקסיביות מתרחשת לכל אורך המחקר, מבחירת הנושא ועד ניתוח הנתונים ובכך, מסייעת למחקר להיות ראוי לאמון (Guillemin & Gillam, 2004). במחקר הנוכחי, אני הייתי החוקרת המראיינת היחידה. במקצועי אני פסיכולוגית רפואית, העובדת ביחידה לפריון והפריה חוץ גופית באחד מבתי החולים במרכז הארץ. במסגרת תפקידי אני נמצאת בקשרים עם רופאים, אשר חלקם רואיניו למחקר זה. עובדה זו עלולה היתה ליצור בלבול – הן אצלי והן אצל המרואיינים – בין היותי קולגה, היותי חוקרת, וכן בין מקומי כמטפלת לבין מקומי כחוקרת. הייתי מודעת לבלבול שיכול להתקיים, ולכן הדגשתי את השוני באוזני המרואיינים בתחילת הריאיון.

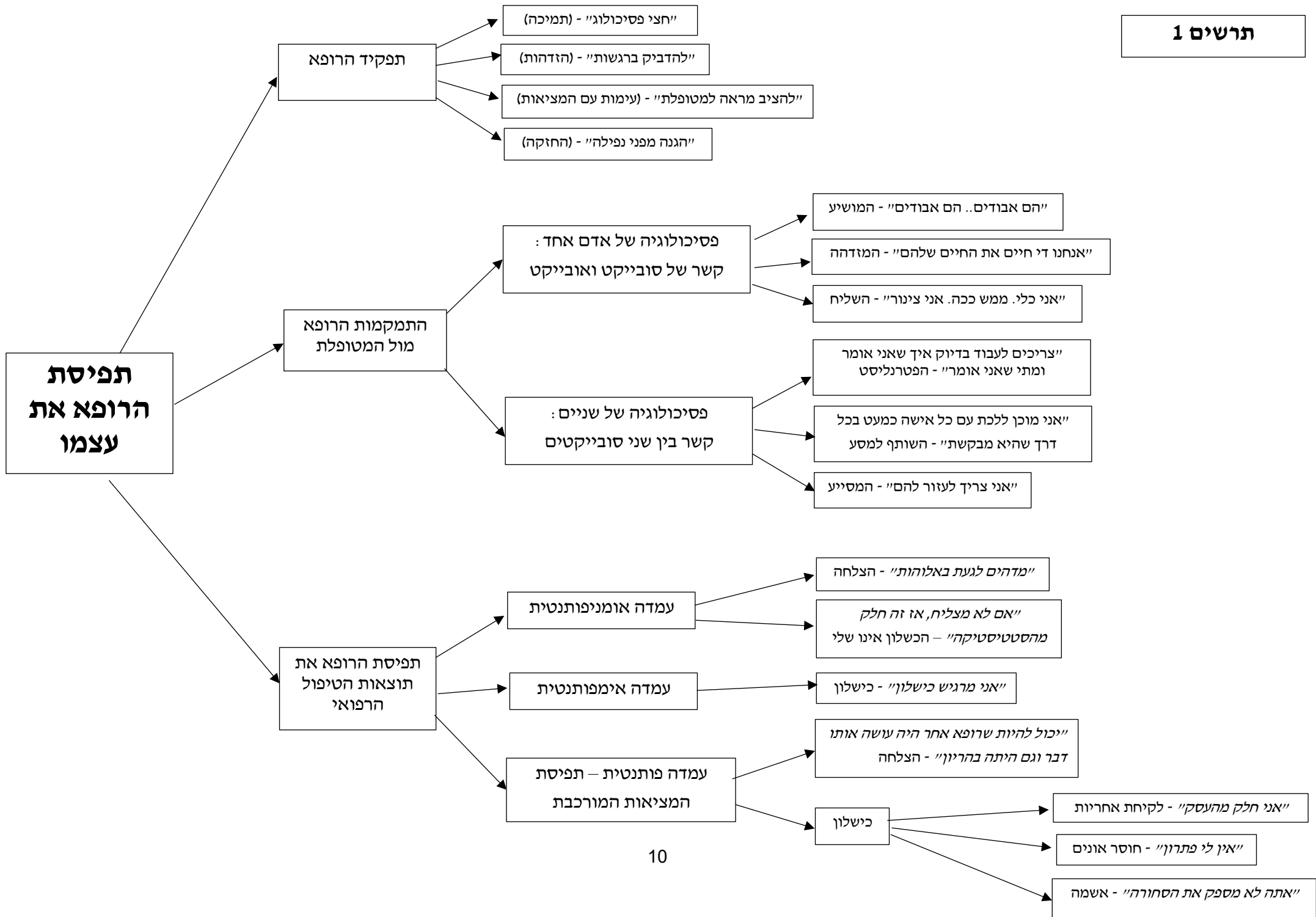
בנוסף, בתחילת הראיונות חוויתי קושי להתמקם מול הרופאים בעמדה ניטרלית. הרגשתי שאני מחזיקה את עמדת המטופלת, לא מתוך הזדהות עימה, שכן אני עצמי לא עברתי תהליך של הריון בעזרת תרומת ביצית, אלא מתוך מקומי כמטפלת בה, מתוך רצון עמוק להגן עליה, לעמוד לצידה, אולי לייצג את הקול שלה מול הרופא/ה. עם זאת, ניסיתי לשים לב ככל האפשר לעמדתי זו, ועל ידי כך לנסות ולשמור על פחות מעורבות רגשית, שאולי היתה יכולה לגרום להטיה בסיפור של המרואיין.

ממצאים

בפרק זה יוצגו ממצאי המחקר, כפי שעלו מתהליך ניתוח הראיונות. הפרק מחולק לשתי קטגוריות מרכזיות. שתיהן עוסקות בתפיסות ובחוויות הרגשיות של רופאי ורופאות פריון המטפלים בנשים העוברות תהליך של תרומת ביצית. הקטגוריה הראשונה מתמקדת בתפיסת הרופא את עצמו. זו מורכבת משלוש תמות: תפקיד הרופא, התמקמותו בקשר מול המטופלת ותפיסתו את תוצאות הטיפול הרפואי (תרשים 1). הקטגוריה השנייה מתמקדת בתפיסת הרופא את תרומת הביצית ומשמעותיה, ומורכבת משתי תמות מרכזיות: הראשונה עוסקת בשיח בין הרופא למטופלת אודות המעבר מטיפולי פריון העושים שימוש בביצית של המטופלת לשימוש בתרומת ביצית ואופן הצגת רעיון השימוש בתרומה למטופלות, ואילו השנייה מתבוננת על תפיסתו של הרופא את משמעות השימוש בתרומה, בהתייחס לביסוס הזהות האימהית, תפיסת הקשר בין האם לתינוק וזהותו של היילוד (תרשים 2).

קטגוריה ראשונה - תפיסת הרופא את עצמו

נושא מרכזי שעלה מתוך הראיונות היה האופן בו הרופא מגדיר את עצמו. הקטגוריה מחולקת לשלוש תמות עיקריות: תפקידו של הרופא, התמקמותו מול המטופלת ותפיסתו את תוצאות הטיפול הרפואי.



תימה 1 - תפיסת הרופא את תפקידו

ניכר כי חלק משמעותי מתפקידם של הרופאים, כפי שהם תופסים אותו, אינו מתייחס לטיפול הגופני בעיקרו. כלומר בנוסף לתפקיד הרפואי המוגדר, הרופאים תופסים את תפקידם ככולל בתוכו גם מרכיב רגשי. הרופאים מייחסים לעצמם תפקידים השייכים לעולם הפסיכולוגי, ביניהם תמיכה, הזדהות, עימות עם המציאות והחזקה.

"חצי פסיכולוג" - תמיכה

הרופא רואה את המטופלת כמכלול, גוף ונפש, ומתייחס גם לקושי הרגשי מהווה חלק בלתי נפרד מן התהליך אותו היא עוברת.

"... כאילו אני הרבה באינטראקציה איתן, הרבה צריך להסביר להן, הרבה סבלנות... פי שתיים תשומת לב, לא.. גם אה זה.. וגם חוויית הכשלות שלהן מאוד בודדת, כאילו גם אה זה.. גם כאילו.. עובר אלי בתור חצי פסיכולוג שלהן, שצריך לעכל את זה. אה.. זה אחרת..". (ראיון מס' 3)

"יש בזה (בתפקיד) אלמנטים תמיכתיים רבים כי המטופל איתך הרבה זמן. לפעמים שנים, לרוב חודשים.. אני בדרך כלל מכיר טוב את המטופלות, יודע למה הן זקוקות ואיזה מילה הן צריכות לשמוע ממני כדי לישון בלילה.. אני בדרך כלל מכיר אותן.. אני מתעכב על העניין הזה.. ו.. אני משתדל לתמוך בהן.. אני לא מזניח את החלק הנפשי שלהן. אני.. אם מישהי במצוקה, היא תבוא אלי והיא תצא בדרך כלל רגועה יותר ממה שהיא נכנסה. (ראיון מס' 1)

"התפקיד שלי לעשות טיפול רפואי נכון, ולתת תמיכה רגשית נכונה, שירגישו בטוחות, שירגישו שהן סומכות, ש.. שהן בידיים טובות, שאני שם לבן אליהן, שהן לא עוד אחת מיני רבים, ו.. ולשמחתי יש לי הרבה נשים שאני מטפל בהן, ולתת להן את התחושה שהיא גם נכונה שאני איתן". (ראיון מס' 17)

"אה.. (חושב) אני חושב שהכי מאתגר זה באמת ההתמודדות הזו עם אלו.. עם הכישלונות החוזרים. ההתמודדות עם איך.. איך.. איך להמשיך איתם. איך לעודד אותם, איך למצוא להם את האור שם בתוך כל החושך הזה, ו.. זה האתגר הכי משמעותי. אה.. ובאמת יש פה עבודה פסיכולוגית.. זה עבודה רובה פסיכולוגית מפני שאתה צריך להביא אותם לאיזו שהיא נקודה מסוימת, כמו שאמרתי מקודם, לא תמיד במילים. לא תמיד במילים, אלא באמת.. אה.. וזה, זה לא פשוט". (ראיון מס' 2)

"להדביק ברגשות" - הזדהות

הרופא מרגיש צורך להחזיק רגשות חיוביים עבור המטופלת כדי שתוכל, בתורה, להכיל אותם לתוך עצמה.

".. אני חושב שאם אתה משדר אופטימיות, זה מדבק. אני חושב שזה מאוד מדבק. אם אתה.. כאילו.. נכנס איתה לעצב ה.. כאילו.. לעצב האמיתי שהיא חווה אה.. זה יותר קשה לה..". (ראיון מס' 2)

"אתה צריך להיות חלק מזה. אתה צריך להרגיש איפה שהוא כישלון אישי. אחרת אתה לא מצליח להדביק את האישה ב... אני אומר האישה כל הזמן כי היא בעיקר לוקחת את ההובלה, למרות שזה זוגות ואנחנו מתעקשים שזה יהיה זוגות, להדביק אותה באופטימיות שהיא חייבת להיות דבוקה בה". (ראיון מס' 8)

"להציב מראה למטופלת" - עימות עם המציאות

הרופא מאמין שעליו לחשוף את המטופלת לנתונים ולתוצאות האפשריות של התהליך כדי שהיא תדע מול מה היא עומדת ועם מה היא מתמודדת.

"... אם היא באמת צעירה, ויש לה עוברים יפים, אז בהחלט לגיטימי לגמרי לבוא ולומר לה... את תהיי בהריון בזמן סביר, אני לא יודע בדיוק מתי זה יהיה, זה יכול להיות חודש, חודשיים, חצי שנה, שנה, אבל הסבירות שאת תסיימי את השנה-שנתיים האלה בלי הריון היא סבירות קלושה. זאת אומרת זה נותן להן לחיות. זה נותן להן לחיות. והפוך, למרות שאולי חלק מהמטופלות אולי לא אוהבות את זה, אם יש מטופלת שהיא בעלת סיכוי נמוך ביותר, אה... אז אני אומר לה שהסיכוי הוא נמוך והיא צריכה לדעת את זה ושהיא מתמודדת פה עם משהו שגם אם היא תצליח, אז זה דורש, סטטיסטית לפחות, לא מעט חזרות והרבה מאוד תסכול". (ראיון מס' 1)

"אה... כמלווה, של התהליך, אה... כזכות גדולה של לעזור לזוגות האלה, גם כחובה של להציב להם מראה לפעמים על מצבים שהם בלתי אפשריים באמצע הדרך...". (ראיון מס' 11)

"...אולי זה רגשית, רגשית, בעייתי יותר להגיש את זה (את המעבר לתרומה), אבל אני מרגיש שזה הצעד הנכון, זה מה שהיא צריכה. גם אם אני האיש הרע באותו הרגע, זה מה שהיא צריכה ולשם צריך ללכת. אז אה... אני עושה את זה. לא... אין לי בעיה עם זה... יכול להיות שיגידו לי 'לא' בפעם הראשונה, אבל אני כן אגיד את זה ואני כן אגיד את זה בפעם השנייה והשלישית. בגדול, זה לא משהו שאני רוצה לקום איתו בבוקר ולומר לכל אחת 'תקשיבי, אין לה זה'. אבל ברגע שאישה עברה ומיצתה את הניסיונות, אני כן מרגיש חזק וכנה להגיד את זה. אין לי בעיה עם זה". (ראיון מס' 9)

"הגנה מפני נפילה" – החזקה

הרופא נושא על גבו, בין היתר, תחושת אחריות על מצבה הרגשי של המטופלת.

"הכי מאתגר אולי זה לשמור את המטופלת שפויה במהלך הטיפול. או את המטופלים... בעיקר לרוב המטופלת. שפויה במהלך הטיפול". (ראיון מס' 1)

"... בדרך כלל הצלחות אני נותן למזכירה או לאחות לדווח. כישלונות רק אני. אני חושב שאני צריך לעשות את זה... להגיד להם 'זה לא עבד, זה לא צלח' לתת לה ליפול ולהרים אותה... זה התפקיד שלי...". (ראיון מס' 4)

דוגמאות אלה משקפות את תפיסת הרופא לפיה תפקידו מורכב מרבדים נוספים, ביניהם הרובד הרגשי.

יתכן כי רופאים שמאופי עבודתם נמצאים בקשר עמוק ומתמשך יותר עם המטופלות והמטופלים, מעניקים חשיבות גם לחלקי תפקיד שאינם רפואיים, שכן בקיום קשר מתמשך עם מטופלות, נבנים נדבכים נוספים בהם קיימת חשיבות רבה ליכולת הכלה, אמפתיה ותקשורת עם המטופלת. כפי שהדגיש אחד הרופאים שרואינו:

"יש במקצוע הרבה מן הסימנים של טיפולים בחולים כרוניים. שזה לא פשוט, בטח לא פשוט לגינקולוג. גינקולוגיה זה זבנג וגמרנו. ועל פי רוב זה חדר לידה, זה ילדים, זה שמחה... פה זה משהו רפיסטיבי. גם בהצלחות הכי גבוהות, .. לא עוברים את ה 35%, 40%. כלומר אפריורי, חוץ מזוגות בגיל צעיר, כל אחת יש לה סיכוי יותר גדול להיכשל בטיפול הספציפי מאשר להצליח. וקשה להן להבין את זה. גם כשאתה מסביר להן. ואז בעצם זה הופך אותן לחולות כרוניות" (ראיון מס' 14)

תימה 2 - התמקמות הרופא בקשר עם המטופלת

הרופא מגיע למפגש עם המטופלת מתוך עמדה עקרונית, מודעת או לא מודעת, ממנה הוא פועל ובאמצעותה הוא יוצר את הקשר הטיפולי. מתוך הראיונות עלו עמדות שונות הנעות בין קשר של סובייקט ואובייקט, לקשר של שני סובייקטים. כלומר עמדה אחת מהווה את העמדה ההתפתחותית ההתחלתית, בה האם והתינוק, או במקרה הנוכחי – הרופא והמטופלת – אחד הם. אין עצמי נפרד. האחד מגדיר את השני, האחד ניזון מהשני. העמדה השנייה מייצגת התמקמות בה קיימת נפרדות ובה קיימים שני סובייקטים, כאשר כל אחד מהם נוכח ועומד בפני עצמו והם יכולים לנהל מערכת יחסים הדדית, גם אם אינה סימטרית.

פסיכולוגיה של אדם אחד: קשר של סובייקט ואובייקט

"הם אבודים.. הם אבודים" - המושיע

בהתמקמות של הרופא כמושיע, ניצבת עמדה לפיה הרופא מעניק למטופלת את הדבר שהיא חושקת בו ומצפה לו יותר מכל ובלעדיו אין היא יכולה להשיגו. הרופא מציל אותה והופך אותה מחשוכת ילדים, לאם פוטנציאלית. זו עמדה בה הכוח כולו ממוקם בצד אחד ושייך לרופא באופן בלעדי. התמקמות בעמדת המושיע מציבה את המטופלת בעמדה של אובייקט שיש להצילו. כלומר המוקד נסוב סביב הרופא עצמו, יכולותיו והצלחתו. זהו מימד המקפל בתוכו אלמנטים של שליטה.

"(יש להם ציפיות ממך, לבני הזוג?) להיות שותף. להיות שותף, לקחת אותם, להציל אותם, לחלץ אותם... בהחלט, הם אבודים.. הם אבודים". (ראיון מס' 4)

"...ואתה מלווה אותן הרבה פעמים סתם, בבדיקות גינקולוגיות... ואתה רואה אותן, ואתה רואה את השלבים שהן עברו, ותמיד אני מזכיר להן ש'את זוכרת שבאת ואמרתי לך שאת

צריכה תרומת ביצית והיית שבורה, אמרת 'אין סיכוי' ואז עוד פעם באת, ולאט לאט ותראי היום, כאילו, תסתכלי אחורה. מה את חושבת? מה את חושבת? אז היא אומרת לי 'חבל שלא עשיתי את זה לפני כן'.. (ראיון מס' 2)

"אנחנו די חיים את החיים שלהם" - המזדהה

כאשר מדובר בהזדהות, הרופא הופך להמשך ישיר של המטופלת. הוא חש בתוכו את התחושות והרגשות של המטופלת, כאילו היו אלה שלו. כלומר הוא עצמו, תחושותיו ורגשותיו כסובייקט נעלמים, ונותרת רק החוויה של המטופלת:

"כל כשלו של מטופלת שלי כואב לי". (ראיון מס' 3)

"... גם אני, כשאני מחזיר לנשים לפעמים, אני אומר 'וואלה, תעשי בדיקת הריון', ואני בתוך תוכי מאמין שזה יקרה. אח"כ אני אומר לעצמי 'תגיד לי, מה עבר לך בראש כש.. זה'.. אבל אתה לא יכול לטפל בלי שאתה מאמין במה שאתה עושה. אתה לא יכול! אתה אומר את דברים והכל והכל לפני. אבל ברגע האמת אתה אומר, וואלה, וגם.. מידי פעם יש איזה אחוז אחד שמבליח כזה וזה. אבל 99% זה לא! ... אחרי זה אתה בא ואומר 'מה עבר לך בראש כשחשבת שפה יצא לך משהו?' " (ראיון מס' 5)

"... המטופלים שלנו הם מטופלים בחלקם הגדול הם מטופלים כרוניים. זאת אומרת אני רואה מטופלים כרוניים. זה לא אנשים שבאים כמו למחלקת נשים, אולי, קצת הריון שלא הצליח, ועושים.. מסיימים אותו, הולכים הביתה, ובאפשר ועושר עושים הריון נוסף, בבית, או באים למחלקה אחרת לניתוח קטן של כריתת תוספתן.. למעשה אין כמעט אינטראקציה בין הצוות והמטופלים, מקרי לחלוטין. פה אנחנו די חיים את החיים שלהם, לטוב ולרע". (ראיון מס' 6)

"אני כלי. ממש ככה. אני צינור" - השליח

התמקמות הרופא כשליח, מאיינת גם היא את רצונותיו, מחשבותיו ומאווי, והופכת אותו לריק מתוכן, לאובייקט הממלא את צרכיו ודרישותיו של הסובייקט, ללא רצון או חשיבה עצמאית משלו.

"... כתוב שלושה שותפים בתהליך הזה.. אביו, אימו וה.. (מצביע למעלה, כאומר הקדוש ברוך הוא). ואתה לא נחשב! לא. אני שליח. אתה מרגיש שליח של ההוא שבשמיים? כן. מה שהוא מחליט אני עושה. (ראיון מס' 18)

"בסוף התפקיד שלנו הוא לשרת, לא במובן השירותי של שירות לקוחות, אלא להיות כלי לאנשים, בעצם, לממש את השאיפות שלהם. חלק מהאנשים רוצים להיות בריאים, חלק רוצים לשפר את איכות החיים שלהם, וחלק מהאנשים רוצים ילדים. ... אנחנו הכלי. ככה צריך לראות את זה. ממש כלים ביד מי שפונה אלינו כדי לעזור להם להשיג את המטרה. ... אני כלי, ממש ככה, אני צינור". (ראיון מס' 8)

פסיכולוגיה של שניים: קשר בין שני סובייקטים

בתוך קשר של שני סובייקטים קיימת נוכחות המאפשרת לכל אחד מהצדדים להתקיים בפני עצמו.

"צריכים לעבוד בדיוק איך שאני אומר ומתי שאני אומר" - הפטרנליסט

עמדה זו אמנם מקפלת בתוכה קיומם של שני סובייקטים, אך הם נמצאים בעמדות לא שוויוניות לחלוטין. הרופא רואה את המטופלת ורוצה לסייע לה ככל יכולתו להשיג את מבוקשה, תוך שהוא מאמין שהוא יודע מה טוב עבורה, יותר ממה שהיא יודעת עבור עצמה. מתוך הרצון העז לקדם את טובתה שלה, הוא מתנהל כמגביל את האוטונומיה שלה.

"אני.. כן, קצת אה.. כל המילים הלא טובות. כאילו, דיקטטור, צנטרליסט, צריכים לעבוד בדיוק איך שאני אומר ומתי שאני אומר... אנשים רואים את מה שאני עושה. ומאוד מאוד נאמנים לי, עובדים איתי.. גם האחיות, גם המזכירות, גם המטופלים, אגב... הם יודעים שאני טוטאלי. כאילו מי שיושב מולי, הוא כאילו, זהו. אין... אני יושב בקופת חולים, אנשים לפעמים מחכים לי בין שעה לשעתיים. אין פוצה פה ומצפץ. אף אחד לא יגיד למה זה, למה לקח לי זמן, למה חיכיתי.. הזמנת אותי בעשר נכסתי רק בשתיים עשרה.. אף אחד לא אומר כלום. יושבים בחוץ ומחכים. בשקט טוטאלי, מוחלט. את צריכה לראות את זה... אף אחד לא דופק לי בדלת.. לפעמים החדשים דופקים בדלת. אז אנשים מסתכלים עליהם (עושה פרצוף)... אצלי אסור לדבר בחדר. רק אני מדבר. (ראיון מס' 4)

"... מה זאת אומרת אם אני משפיע להם על ההחלטות? אני לא מבין את המשפט 'משפיע להם על ההחלטות'. אני מחליט. הקטע שמשפיע על ההחלטות הוא לא נכון. אני תמיד אומר להם 'אנחנו שותפים בהחלטות, אני 99% ואתם אחוז' ". (ראיון מס' 4)

"... אישה בת 45-6 שהולכת כעצמאית, אתה רואה.. זה קשה יותר. הניהול איתה, השיחות איתה, צריך להסביר כל דבר יותר פעמים.. היא כאילו רוצה אבל לא רוצה. רוצה אבל הולכת אחורה כי יש לה דברים לעשות. מה זה יש לך דברים לעשות? את עכשיו בתרומת ביצית, את תגיעי מתי שאומרים לך כי זה הזמנים! ... אישה רווקה, כת 45-6, ייקח לה זמן. כי יותר חשוב לה ללכת עם החברות, יותר חשוב לה לנסוע לחו"ל.. ייקח לה המון זמן... ולפעמים אתה צריך גם להיות אסרטיבי, להגיד תקשיבי.. אני לא אגיד לה תקשיבי, לא סתם את נמצאת פה, אבל תקשיבי, את רוצה אז תהיי אחראית, תעשי את הבדיקות.. לא, יש לי שיעור פילאטיס, אני לא יכולה' מה זה קשור פילאטיס? את צריכה לבוא כי זה הזמן שאת צריכה לבוא.. " (ראיון מס' 9)

"אני מוכן ללכת עם כל אישה כמעט בכל דרך שהיא מבקשת" - השותף למסע

זהו קשר של שני סובייקטים, שאמנם נמצאים בעמדות לא סימטריות, אך מנהלים ביניהם קשר הדדי, בו שניהם באים לידי ביטוי ולכל אחד יש אפשרות להשפיע על האחר. אמנם הרופא הוא בעל הידע הרפואי, ומתוקף תפקידו הוא המבנה את הפרוטוקול הטיפולי עבור המטופלת, אך אופן ניהול הקשר ביניהם מאפשר

שיח אודותיו. השיח ההדדי אודות אופן הטיפול מאפשר לשני הסובייקטים – הרופא והמטופלת – ליטול חלק בתהליך.

”אני מוכן ללכת עם כל אישה, כמעט בכל דרך שהיא מבקשת, אבל בתנאי שאנחנו עושים קודם איזה שהוא תאום ציפיות, והיא מבינה לאיזה מסלול היא הולכת. היא מבינה מה מחכה לה בסוף המסלול. ... תקשיבי, לי היתה מטופלת פעם שאמרה לי את המשפט.. אני הרבה שואב מהמטופלות שלי. אני לא סתם אה.. זה. אני שואב מהן הרבה. היתה לי פעם מטופלת אמרה לי 'תקשיבי. אני אלך איתך לתרומת ביצית. אבל לפני זה תעשה לי פעם אחת שאיבה. שאני ארגיש את המחט באגן. אתה תגיד לי לא יצא כלום או יצא ביצית לא טובה או יצא ביצית לא מופרית, או יצא זה זה זה, אבל אני צריכה להרגיש את המחט באגן ואת זה שלא יצא כלום'. אמרתי: אני מכבד". (ראיון מס' 5)

”.. יש פציינטים שצריכים מישהו הרבה יותר אגרסיבי ממני שאומר לה 'מותק בובה תעשי את זה ואת זה ואת זה, זהו, כי אמרתי. אל תשאלי שאלות'. אני לא.. לא מסוגל לשחק את המשחק הזה, אני, באמת, לפעמים אני נפרד מזוגות.. זה לא הסגנון שלי, אני צריך זוגות ששותפים לתהליך, מבינים.. וזה.. חשוב לי הקשר, וחשוב לי עוד פעם שהם שותפים להצלחה ושותפים לכישלון, אגב זה באמת מקל אחרי זה על התהליך, לזוג שלא הולך אבל הוא מבין למה אתה מסביר לו את הכרומוזומים ו.. ו.. אימפלואידיות, ונכנס לעומק. הרבה יותר קל גם אחרי זה להתמודד עם הבעיה מאשר עשיתי נס והוא לא הצליח, או הצלחתי ו.. זה מאוד חשוב לשתף אותם בתהליך". (ראיון מס' 16)

”אני צריך לעזור להם” - המסייע

בדומה לסעיף הקודם, גם כאן נראית התמקמות שלוקחת בחשבון את הרופא כבעל הסמכה תוך מתן מקום למטופלת. אך בניגוד לסעיף הקודם, בו הרופא התמקד בדבריו בקשר עם המטופלת, בסעיף הנוכחי הרופא מתמקד בתפקידו שלו בתוך הקשר.

”... אני חושב שאני עוזר להם לעשות ילדים. ... אני צריך לעזור להם, בטח, זה התפקיד שלי". (ראיון מס' 17)

”המטרה שלנו זה בסופו של דבר זה לעזור ליצור חיים חדשים. ... ככה אני רואה את התפקיד. לעזור. לעזור לאנשים להתקדם לעבר היעד שהם הציבו לעצמם". (ראיון מס' 7)

תימה 3 - תפיסת הרופא את תוצאות הטיפול הרפואי

הנטייה הטבעית היא להתייחס לתוצאת הטיפול הרפואי באי פריון כבינארית, ולהתמקד בהצלחה אל מול כישלון; יש הריון או אין הריון. מתוך הראיונות עלתה תפיסתו של הרופא את מיקומו או תפקידו בהתייחס להצלחה או לכישלון הטיפול - תפיסה דיכוטומית, המאפשרת עמדה אומניפוטנטית בהתייחס להצלחה, ועמדה אימפוטנטית בהתייחס לכישלון, ותפיסה פוטנטית, המכירה במורכבות המציאות.

עמדה אומניפונטית

"מדהים לגעת באלוהות" - הצלחה

בעמדה זו הרופא ממקם את עצמו כיכל יכולי וכמי שדואג למטופלת, מה שהופך אותה לפאסיבית בתוך התהליך ותוצאותיו. כך נוצר מצב שבו המטופלת לא חולקת עם הרופא את האחריות לטיפול או להצלחתו. הרופא מתייחס להצלחת הטיפול כשלו, ורואה עצמו כקוסם, כיוצר, כבורא, ומזהה את עצמו עם ההצלחה.

"...אם יש מקרה קשה, שמתגלגל, זוג ש, איך אני אגיד, מיואש כבר מזה שהם כבר התרגלו להיכשל, התרגלו. והם באים אלי כמו, נקרא לזה, מן SECOND OPINION ואני עושה איזה... כאילו... קסם קטן, והם בהריון בחודש הראשון! אחרי שהם התגלגלו שנתיים IVF, החזרות ופה ושם...". (ראיון מס' 1)

"הצלחות פנומנליות. כאילו באה מטופלת, 10 שנים אי פרייון, פתאום אתה עושה את השינוי, כאילו, מצליח, זה... שיניית את העולם... כאילו, זה לא רק אצל המטופלת, כאילו, שיניית לה את כל מהלך החיים, שיניית לה את מהלך העולם...". (ראיון מס' 3)

"... מדהים. לגעת ב... באלוהות, כאילו. לגעת במשהו ש... יש בזה אושר אדיר... כל פעם שאני מצליח אני אומר... אומרים לי 'כמה שנים... שלושים ומשהו שנה אתה כבר עושה את זה... אני עדיין כל פעם אני עושה הריון אני מבסוט...". (ראיון מס' 4)

"כמו צייר. צייר מצייר מלא תמונות... אז התמונה המאה אלף שלו. הוא יגיד 'זהו, נמאס לי!' (צוחק) יש לו את אותם צבעים, התמונה שלו היא שונה. למה? ככה. לא הגעתי למאה אלף... הגעתי לעשרת אלפים. עשרת אלפים יש לי. (ילדים או נשים?) ילדים...". (ראיון מס' 4)

"אני בטוח שגם בגיל 100 אם אתה עדיין צלול זה אותו דבר (שמחה כאשר יש הריון)... כי יש בזה משהו... כל אחד אוהב את היצירות שלו. אולי מאותה סיבה שהורים רוצים ילדים משלהם, היצירות שלך. והיצירות שלך, לא משנה באיזה גיל, תמיד יש... מה עוד שאחד לא דומה לשני. לא הזוגות ולא הילדים...". (ראיון מס' 14)

"אם לא מצליח, אז זה חלק מהסטטיסטיקה" – הכשלון אינו שלי

כאשר התפיסה העצמית של הרופא אינה עולה בקנה אחד עם המציאות, והטיפול נכשל בסבב הספציפי, כלומר לא הושג הריון, כחלק מהצורך לשמר את תפיסת העצמי האומניפונטית, הרופא משליך החוצה את הסיבות לכישלון - על המטופלת, על הסטטיסטיקה.

"אני יודע שאני מצליח. אני יודע שבמקרה הזה היא נפלה...". (ראיון מס' 4)

"אני מאוד מקפיד על נהלים בתקשורת שלי עם המטופלות שהכל יזרום טוב... אני מקפיד על דרכי עבודה מאוד מסודרות. אני זמין למטופלות אם הן לא בטוחות, שיתקשרו אלי, שלא תהיה טעות... אז... סה"כ הטיפולים הם מאוד מובנים, מאוד מסודרים, ואם לא מצליח, אז זה חלק מהסטטיסטיקה...". (ראיון מס' 3)

עמדה אימפונטית

"אני מרגיש כישלון" - כישלון

כאשר הסבב הטיפולי נכשל, והמשאלה לשלמות ומושלמות לא נענית, פוגש הרופא את עצמו ככישלון מוחלט, מה שעלול להוביל לתחושות של אפסיות וכישלון אישי.

"אז אין לי ברירה, אני עושה את זה. אבל אני סובל מזה. זה לא עושה לי טוב. זה עושה לי לא טוב, כי.. כי אני.. מרגיש כישלון. זה כישלון. זה כישלון מקצועי, אפילו שאובייקטיבית אין מה לעשות. אבל התחושה היא לא טובה". (ראיון מס' 6)

"כשאני לא נכנסת להריון אני מתבאסת מזה מאוד. קשה לי עם זה. אני מרגישה כישלון". (ראיון מס' 11)

"... לפעמים יש מחסומים שהם בלתי עבירים. ותחושת התסכול וה.. ומה שמתלווה לזה אצל הנשים עובר גם אלינו. זה משפיע. זה מאוד משפיע. ... אם אתה באמת אוהב את הזוגות שאתה מטפל בהם, אז אתה איתם. וכביכול אצלנו אין אובדנים, כי כאילו - כאילו (מדגיש שזה לתחושתו ההיפך) סה"כ קיבלה תשובה שלילית. זה לא שהיה משהו ואין. אין. לא היה ואין. זה ממש לא נכון. זה אובדן לכל דבר ועניין ואתה חלק מזה. אי אפשר להתחמק מזה. אני חושב שיותר מזה, אם אתה מתחמק מזה, אתה קצת חוטא לתפקיד שלך. אתה צריך להיות חלק מזה. אתה צריך להרגיש איפה שהוא כישלון אישי. (ראיון מס' 8)

עמדה פונטית - תפיסת המציאות המורכבת

הציר הנע בין אומניפוטנציה לאימפוטנציה מבטא קושי להכיר במציאות החיצונית כמו גם במגבלותיו האובייקטיביות של הרופא בתוכה. הכרה במציאות ובחלקים בהם הרופא אינו יכול לשלוט, מאפשרת קיומם של גווני ביניים. בראיונות ניתן היה לשמוע קול זה, המתאפיין בראיה מורכבת, המאפשרת לרופא להיות חלק מהתוצאה ולא האחראי הבלעדי עליה, גם כאשר הטיפול מצליח ומושג הריון וגם כאשר הטיפול נכשל.

"יכול להיות שרופא אחר היה עושה אותו דבר וגם היתה בהריון" - הצלחה

"כאילו זה לא כאילו אה.. מה, טפיחה על האגו כי הצלחתי? הרי בסוף באותה מידה זה לא כי אני כל כך מוכשר. יכול להיות שרופא אחר היה עושה אותו דבר וגם היתה בהריון. זה לא כאילו באמת אני רק.. זה.. בסוף זה כל זוג.. זה.. עולם ומלואו". (ראיון מס' 15)

(איך הרגשת, כשהיתה ההצלחה הזו?) "הייתי מאוד שמח, למרות שהייתי פה.. אני אומר, אני סה"כ עשיתי לכן משהו שאני מצפה שנעשה גם בעבר, אני תמיד מתייחס גם בצניעות, ואני אמשיך לעזור לכם". (ראיון מס' 7)

מתוך עמדה מורכבת, הרופא יכול לראות את חלקו היחסי בכישלון ולחוש בעקבותיו תחושות שונות; לקיחת אחריות, חוסר אונים ואשמה.

"אני חלק מהעסק" - לקיחת אחריות

הרופא מתייחס לחלקו בכישלון הטיפול תוך הבנת תפקידו ומגבלותיו, ומעלה פתרונות עתידיים

"כמי שניסה לפתור את התקלה לא בחרת בכלי הנכון... אז יש לך גם איזה שהוא סוג של אחריות מה שנקרא כאילו ש... בכל זאת שהם באים אלי ופותחים עיניים עצובות ואומרים 'נו? אז מה יהיה?' אז בפעם הראשונה אני מסביר שככה זה. זו הסטטיסטיקה של ה-IVF, גם אם הכל בסדר. בפעם השלישית-רביעית, יש איזה משהו אחר, יש איזה משהו ש... שגם אני מרגיש ש... איך אני אגיד, שאני אחראי חלקי לכישלון אפילו אם אני לא אשם. אבל אני אבחן את עצמי שוב ושוב... עשיתי את כל מה שצריך, לא עשיתי את כל מה שצריך, אולי יש משהו שאני צריך להוסיף, כי לפעמים לתוך המבול של המטופלים והחומר והטיפולים, אז בקלות אפשר לפספס משהו שאמרת שזה נעשה אחר כך". (ראיון מס' 1)

"אני טועה לעיתים ואני לוקח אחריות כשאני טועה, כלומר אני לא מושלם, אבל כמוכן ש... משתדל לצמצם את זה למינימום, כשאני טועה אני לא מרגיש אשמה אני מודה שאני טועה, אני מודה בפניהן וממשיך הלאה. ... אני לוקח את הכישלון עלי, אני הרופא, כן... טיפול לא הצליח, אני הרופא, אני לוקח אחריות, אמ... כמו שאמרת, אם אתה מנסה לשנות, לשפר, את מבינה... בד"כ אני לא מרגיש שאני עושה טעויות שבגלל זה נכשל אבל... אני חלק מהעסק. אז מנסה לשפר, לשנות, לשנות פרוטוקול...". (ראיון מס' 17)

"יש פה קושי כשאין פה הצלחה. אבל אני תמיד אומר, חשוב לענות לעצמך על השאלה מה לא נעשה, מה עוד אפשר לעשות עבור הזוג, כי זה מאוד מאוד חשוב... אתה מחפש מה אתה יכול לעשות כדי שכן זוג יצליח". (ראיון מס' 7)

"אין לי פתרון" - חוסר אונים

הרופא מתבונן על הכישלון ורואה את המצוקה של המטופלת, כמו גם שלו כמטפל בה

"אתה מחזיר לה עוד עובר יום 5, ועוד עובר יום 5, ועוד פעם הריון כימי, זה כאילו להוציא לזוג המקסים הזה את הנשמה. ואתה, אתה כבר לא יודע מה לעשות. עשית את כל הבדיקות בעולם, אתה יודע שיהיה בסדר בסוף, כי אין סיבה שלא... כאילו... אבל ה... הייסורים האלו, אני... אני... לא יודע מה... וזה סבל נוראי. זה סבל נוראי. ואתה רואה גם, כשאתה פוגש אותם שהם מרוסקים, שהם על הרצפה, שכבר אי אפשר להרים אותם...". (ראיון מס' 2)

"...המקרים של תרומת ביצית וכישלונות חוזרים זה הכי נוראי... (הכדור) נשאר אצלי ואין לי פיתרון ריאלי לתת לה. שאפילו, אני חושב על זה, גם אם היה לה את הכסף לפונדקאות, אין לי פתרון. כאילו אין לי פתרון". (ראיון מס' 2)

.. "זה קשה. זה קשה כי ה.. כי לראות את ה.. אני לא מצליח בעסקים, אז אני מפסיד כסף. זה גם קשה, אבל כשאתה רואה זוגות מגיעים לשבירה, זה נורא קשה להתמודד עם זה. נורא ולדעת ש.. להצליח לתנוך את זה שאין פתרון להכל. לי אין. (ראיון מס' 8)

"אתה לא מספק את הסחורה" - אשמה

הרופא מרגיש שהוא חלק מהכישלון, מרגיש שהוא פגע במטופלת שלא במתכוון.

"אני מסוג האנשים שלוקחים על עצמם את האשם, הרבה פעמים. אז.. זה חלק מהתהליך.. אני יכול לחשוב על זוג אחד לפחות, שאני אשם, באופן אישי, וש.. אף על פי שזה לא דובר, אבל אני הרגשתי מאוד לא נוח ומאוד קשה". (ראיון מס' 1)

"אם יש תחושת אשמה, אז אה.. במקומות שהרגשתי שלא עשיתי טוב. שעשיתי.. שהתפספס לי משהו. שאני עצמי, לא של המטופלת. אני עצמי, כאילו, עשיתי טעות, היה איזה משהו.. פעם בשנה, קורה שמתפספס לי איזה.. איזה משהו ואז כאילו אני.. יכול להרגיש כאילו וואו..". (ראיון מס' 3)

"ואמרתי לה ואמרתי לה, "תקשיבי אם.. אם.. אם את רוצה.. אני לא נעלב, תעשי רק מה שטוב לך, את רוצה לעבור רופא תעברי רופא זה בסדר". אז זה נורא קשה לי, שהיא כותבת לי אחרי ההחזרה לא משנה מה יהיה.. זה.. ואז שהיא מקבלת תשובה שלילית והיא מתרסקת.. אז זה קשה לי, כי אתה לא מספק את הסחורה, אבל אתה.. אתה אתה כאילו טוב בלי קבלות וזה קשה". (ראיון מס' 8)

לסיכום, הקטגוריה הראשונה עסקה ברופא עצמו ובהתייחסותו לחלקיו השונים כולל תפקידו, מערכת היחסים שהוא מייצר עם המטופלת והאופן בו הוא רואה את תוצאות הטיפול הרפואי. החלק השני מתייחס לאופן בו הרופא רואה ומבין את השימוש בתרומת ביצית, עמדותיו כלפי התהליך והתייחסותו להשפעת עצם התרומה על חוויית האימהות ועל הילוד.

קטגוריה שניה - תפיסת הרופא את תרומת הביצית ומשמעויותיה

קטגוריה זו מורכבת משתי תמות מרכזיות: הראשונה עוסקת בשיח בין הרופא למטופלת אודות המעבר לשימוש בתרומת ביצית ואופן הצגת הרעיון, ואילו השנייה מתמקדת בתפיסתו של הרופא את משמעות השימוש בתרומה, בהתייחס לביסוס הזהות האימהית, תפיסת הקשר בין האם לתינוק וזהותו של היילוד (תרשים 2).

תפיסת הרופא את תרומת הביצית ומשמעויותיה

שיח אודות המעבר לשימוש בתרומת ביצית ואופן הצגת הרעיון למטופלות

"רוצים ילד בבית או שאתם רוצים טיפולים?" – תסריטים ממוקדי מטרה

"יש איזה תהליך של עיכול פנימי, לאט לאט" – תסריטים ממוקדי תהליך

"אתם רוצים ילד או שאתם רוצים צרות?" – כוחניות, הפחדה ואיום

"הייתי יכול להביא לך ילדה וויאטנמית קטנה" - שימוש בדוגמאות פנטזמטיות חיצוניות לאישה

"מעבר לגנטיקה יש גם אפיגנטיקה" - הישענות על החלק הרפואי

תפיסתו של הרופא את משמעות השימוש בתרומה, פיצול בין טוב לרע

הזהות האימהית

"עצם ההכשרה של תשעה חודשים בבטן שלה, זה עושה אותה כמו כל אמא אחרת" – ההריון, הלידה וההנקה כתהליך הכשרה

"אני לא בטוח שהן באמת זוכרות את העניין הזה, של הביצית" – הדחקת השימוש בתרומה

"מה שחשוב זה התוצר הסופי" – העיקר שיש ילד, העיקר שהיא אמא

"לא הייתה אחת שהייתה פחות ממאוד מאוד מאושרת" – האושר האבסולוטי

הורות וקשר אם-תינוק

"לדעתי הם ההורים הכי טובים בעולם" – הורות מושלמת

"אני לא חושב שיום אחד עובר מבלי שהיא חושבת על זה" – ראיית עתיד מורכב

21
התינוק מנקודת מבטו של הרופא

או שאתם רוצים סוף סוף ילד. את רוצה להגיע לגן ילדים שישאלו אותך את אמא או סבתא? ".
(ראיון מס' 6)

"יש נשים שאני מהר מאוד אומרת להן 'תשמעו, חבל על הזמן, תעשו תרומת ביצית' ואז הן הולכות לרופאים אחרים כמוכן. אז.. אז שילכו. כאילו, אני שלמה עם החלק המקצועי שלי. כשאני רואה שזה חסר סיכוי וחבל על הזמן וחבל על ההורמונים שהן מקבלות שאנחנו לא בטוחים שהם כל כך בריאים אז אני אומרת להן 'תקשיבו, אתן רוצות להיות אימהות לפני גיל מאתיים בערך, או חמישים, אז תעשו כבר תרומת ביצית. חבל על הזמן' ". (ראיון מס' 13)

"... אני אומר לה שתסתכל מעבר להר איפה היא רוצה.. אם בעוד שנה היא רוצה להסתובב ביחידות IVF לעשות בדיקות דם, או שהיא רוצה להסתובב עם עגלה ברחוב. ... תמיד אני אומר לאישה 'או-קיי, זה ברור, כולם רוצים להיות בריאים ועשירים, אבל.. אבל האופציות שלכם כרגע זה או לוותר על הורות, או לאמץ, או לקחת תרומת ביצית, להרות וללדת. אז.. מה הרע במיעוטו. והרע במיעוטו זה תרומת ביצית. ... ואני שואל אותה 'תקשיבי, אם זה מה שאת רוצה, חלום חייך הוא להיות אימא. אז את צריכה להגשים את חלום חייך, כאילו.. מה זה משנה.. אז כאילו.. הדרך פחות חשובה. לא יודע.. ואם חלום חייך הוא להפיץ את הגנים שלך אז כנראה שזה לא יקרה. אבל אם חלום חייך הוא להיות אימא ולהיות בהריון, ללדת.. ". (ראיון מס' 10)

"... אני אומר להן 'תקשיבי, את צריכה לעשות החלטה. החלטה מאוד מאוד גדולה. האם את נשארת לבד, או האם את רוצה להיות אמא'. זה השורה התחתונה. לפי השורה התחתונה אנחנו נלך את הדרך. אם את אומרת 'אני מוכנה להיות אמא רק אם אני אם מבחינה ביולוגית', אז OK, זה אומר שאת מוותרת על האימהות ואת רואה את עצמך בטווח של 15.. אני תמיד מדבר איתן בתכניות חומש. איך זה ייראה בעוד 5 שנים. איך זה ייראה בעוד 10 שנים. איפה את רואה את עצמך עוד 5 שנים. ... אם את רואה את עצמך הולכת עם עגלה של תינוק וילד בן שנתיים, שזה מה שאנחנו יכולים לעשות בתרומת ביצית, תבואי. אם את אומרת אני.. אם זה לא משלי, אני אשאר לבד עם עצמי, וטוב לי עם זה, זה בסדר גמור. ואת תבחריי". (ראיון מס' 4)

"הייתי יכול להביא לך ילדה וויאטנמית קטנה" - שימוש בדוגמאות פנטזמטיות חיצוניות לאישה

הרופא משתמש בסיפור דמיוני בכדי לאפשר למטופלת להתחבר לתסריט שמבחינתו דומה לרעיון השימוש בתרומת ביצית, בכדי לקרב אותה לפתרון שהכי נכון מבחינתו, עבורה, לבעיית אי הפריון. הסיפורים נראים ככאלה שנלקחו מסרטים הוליוודיים, המחזיקים עמדה דיכוטומית חד מימדית של אהבה מוחלטת לילד.

"... לפעמים אני אומר את זה לנשים שלא מסכימות לתרומת ביצית, ואני אומר להן 'תחשבו לרגע, שהיו דופקים בדלת, שמים לכן סלסלה עם תינוק בפנים ופתק שאומר 'לא אוכל לעולם לגדל אותו, אם אתם רוצים הם שלכם'. ואתם מכניסים את התינוק הזה הביתה, תינוק בן יומו, ו.. אני אשאל אותך עכשיו, כמה זמן ייקח לך עד שתאהבי אותו כאילו ילדת אותו'. אז היא אומרת 'כנראה יומיים, שלושה'. (ראיון מס' 1)

"כשהן באות אלי הן אומרות אני לעולם לא אהיה מסוגלת, אני אומר להן תקשיבי, הייתי יכול להביא לך ילדה וויאטנמית קטנה בת שבועיים, בעוד שנה היינו נפגשים היית אומרת לי שהיא הדבר שאת הכי אוהבת בעולם". (ראיון מס' 16)

"מעבר לגנטיקה יש גם אפיגנטיקה" - הישענות על החלק הרפואי

הרופא מגייס לטובת הטיעונים בעד השימוש בתרומה את החלק הרפואי, בכדי להעביר למטופלת את יתרונות השיטה.

"... אני גם לא מבשר את זה כמשהו של אין ברירה. בד"כ אני נותן כותרת – מה שאת רוצה זה ילד, וכדי להגיע ליד צריך זרע, צריך ביציות וצריך רחם, ו... בתקווה שזה באמת ככה.. אני מאוד שמח שהזרע הוא תקין והרחם נהדר, עכשיו אם נשיג ביצית תוכלי לחוש תחושה של הריון, לידה ואימהות". (ראיון מס' 14)

"(אני אומרת להן) שקיימות עוד אופציות נוספות. מעלה פשוט את האפשרות הזו. ומספרת להן על מחקרים שהראו קשר מצוין, על.. קצת מייפה את הסיפור ואומרת שמעבר לגנטיקה יש גם אפיגנטיקה, ושהילד הזה אוהב אח"כ את אותם דברים שאמא אוהבת, והוא ישן עם היד על המצח כמו ש.. כל מיני.. כל מה שהן צריכות לשמוע. וזה גם נכון. זה לא שאני משקרת. אני מנסה להראות להן גם את הצדדים החיוביים.. וגם להיות אמא יותר צעירה מאשר לחכות לגיל 45 לתרומה". (ראיון מס' 11)

"יש איזה תהליך של עיכול פנימי, לאט לאט" – תסריטים ממוקדי תהליך

בתסריטים הקודמים, רכיבים רגשיים וקוגניטיביים, המהווים חלק מתהליך לקיחת ההחלטה של המטופלת באם להשתמש בתרומת ביצית, נותרו מחוץ למשוואה או מחוץ לטווח אותו הרופא לוקח בחשבון. בתסריטים ממוקדי תהליך, הרופא מצליח באופן מסוים לראות את המורכבות של הסיטואציה. תסריטים אלה לוקחים בחשבון את נקודת המבט של המטופלת, תוך הבנה של מורכבות ההחלטה ואת הצורך בתהליך לשם עיכול הבשורה.

"אני חושב ש.. ב 2020, יש מעט מאוד בשורות שרופא מחדש למטופל. בד"כ הן יודעות לבד. בד"כ הן יודעות שהגיע הזמן, הן לבד מעלות את זה. אני תמיד משתדל שזה יבוא מהמטופלת ולא ממני. אז אם צריך לשלם בעוד טיפול IVF סרק, אנחנו נעשה עוד IVF סרק, אבל המחיר שהיא תהיה שלמה יותר עם ההכרה, ההבנה, ההשלמה שזה מה שהיא צריכה". (ראיון מס' 18)

"אני גם אומר לכולם שזה.. מזהיר אותם שזה קשה לעכל, שצריכים ללכת הביתה, וכשהיא משוכנעת ש.. אצלי או אצל רופא אחר, יבואו ויפנימו את זה. אבל זה תהליך. אני לא זוכר שאף אחד בסופו של דבר לא ניגש. זאת אומרת יש איזה תהליך של עיכול פנימי, לאט לאט, להתרגל לזה ואתה מעכל את זה אבל בסופו של דבר כולם מקבלים את זה. ... אני חושב שבד"כ אני מנסה באיזה שהוא שלב להיות יותר החלטי ופחות נמרח וגם בד"כ יש לי אמירה כזו 'תלכו הביתה,

תשנו על זה, תקראו.. גם לקרוא באינטרנט זה לא פסול.. בכל מקום. תפנימו את זה, תשאלו שאלות אם יש לכם בעקבות זה, אבל.. אין טעם להמשיך ככה..” (ראיון מס’ 14)

”תמיד מציע. אני אומר את כל האופציות כולל תרומת ביצית, כדי לא לפספס גם את הרכבת של ההריון.. בהתחלה כמעט אף זוג לא מסכים. כמעט. לוקח כמה טיפולים עד שהם יבינו שזה מה שצריך לעשות. ... אז אני מציע. אבל אני לא לוחץ. זאת אומרת אם היא רוצה עוד טיפול, עוד טיפול. אבל אז אני מנסה לשים איתה יעד – אז בואי נקבע. בואי נקבע שעושים עוד טיפול או שניים ואם זה לא מצליח, עוברים? ואז יותר קל לה.. תמיד אני אומר לה את חייבת להגיע למצב שהרגשת שלא היה משהו שאם היית עושה אז כן היה לך ילד. כשנגיע לנקודה הזאת, זה הזמן. אבל בואי ננסה לתחום אותה בזמן”. (ראיון מס’ 8)

”אני עושה את זה בהדרגה.. אני אומר לה את יודעת יש כל מיני אופציות, את יודעת שאם היית חיה בארה”ב לא היית עושה עשרה טיפולי IVF בטח היו מציעים לך כבר אחרי שניים שלושה טיפולים אלטרנטיביים. ... אני אף פעם לא בא ואומר.. תשמעי זה.. נורא בעיטה ב.. זה.. גם, איך אתה יכול אחרי זה להמשיך, זה הבעת אי אמון טוטאלית באישה, אז אתה גם.. מאותו רגע, אתה הופך להיות אדם שלא מאמינים בו כבר בכלל, איך אתה יכול להמשיך לעשות ככה טיפולים, אם הכרזת ש.. אז אני אומר יש כל מיני אופציות, יש כאלה עושות פונדקאות, ויש עושות זה.. זה אחת האופציות ... ברוב המקרים אני אגיד לה תראי אפשר לעשות מעקבים וזה וזה.. אני גם רואה את התגובה, כי, תראי, הרוב כן מגיעות מוכנות. ... אם אני רואה שהיא לא מוכנה אני אומר לה בואי נעשה חודש חודשיים מעקב בריאות.. בואי כאילו.. ואז היא גם במו עיניה רואה שאין לה את הזקיקים אז זה.. מאוד מקל על ה.. מאוד מאוד.. כמו שאם אתה עושה לאישה PGS בודק לה את העוברים והיא רואה שכולם לא תקינים כרומוזומאלית, זה נורא מקל עליה, היא אומרת אוקי, בוא נעבור לתרומה”. (ראיון מס’ 16)

”גם לי, בתור רופא פוריות, כאילו, וואו.. עשיתי מה שצריך. זה בא, כאילו זה בא ממקום נכון (המעבר לתרומה). כאילו גם אני, אם אמליץ לה על תרומת ביצית לא ממקום של שכנוע עצמי שזה מה שצריך לקרות, אני לא ארגיש נוח עם עצמי, כאילו שאני דחקתי אותה. אז אני לא במקום הזה. אני במקום בו נעשה מה שאפשר, נעשה AMH, נראה אם באמת אפשר הסיכויים, ניתן לזה ציאנס לפרוטוקולים טבעיים וחצי טבעיים, לא נדחוף לך הורמונים.. הצליח – יופי, לא יצליח – את באה לתרומת ביצית בנפש חפצה. הבנת שזה מה שצריך להיות.” (ראיון מס’ 3)

תמה 2 - תפיסתו של הרופא את משמעות השימוש בתרומה, פיצול בין טוב לרע

כל הרופאות והרופאים שרואיינו, בלי יוצא מן הכלל, מאמינים שתרומת ביצית הנה פתרון טוב וראוי לאישה שרוצה להיות אמא ואינה יכולה להרות באופן גנטי. אולם, הדיון שהם מקיימים עם המטופלות מתייחס לציפייה של האישה לילד באשר הוא, ולא לציפייה של האישה לילד גנטי שלה. הקול המשמיע מורכבות, המתייחס לאפשרות כי האם יכולה לאהוב את הילד שלה, שנוצר מתרומת ביצית, ובמקביל עדיין להתאבל על כך שאינו הילד שעליו פינטזה, נשמע בשוליים. כפי שאמר אחד הרופאים:

"תקשיבי. אין אישה, אני אומר לך בכנות. שיש לה תינוק מתרומת ביצית, ולא אמרה לי משפט כמו 'איזה מפגרת [אני] שלא עשיתי את זה קודם'". (ראיון מס' 15)

בראיונות נראה היה כי מתקיים פיצול, כמעט פרדוקסאלי, בין ההתבוננות של הרופא על התהליך מנקודת המבט של המטופלת - על הזהות האימהית שלה ועל ההורות והקשר שלה עם התינוק, לבין התבוננותו מנקודת המבט של התינוק עצמו.

הזהות האימהית

הרופאים ניסחו עבור עצמם ועבור המטופלות אמירות המאשרות את השימוש בתרומה ומהוות טיעונים המחזקים את הפתרון כמיטבי. בתוך התבוננות זו תורמת הביצית הינה אובייקט המודר מן השיח לחלוטין, וכך גם התינוק העתידי. השיח מתמקד בפתרון, והוא מכוון-מטרה, שהנה הריון ולידה, או הפיכת האישה לאם.

הרופאים משתמשים בטיעונים שונים בכדי להבהיר את טיב הפתרון:

"עצם ההכשרה של תשעה חודשים בבטן שלה, זה עושה אותה כמו כל אמא אחרת" - ההריון, הלידה וההנקה

כתיחת הכשרה

הרופא מאמין שעצם העובדה שהתינוק גדל ברחם אימו, תסייע לה לחוש אהבה אימהית כלפיו. כלומר נשיאת התינוק, לידתו ובהמשך האכלתו מגופה, מאפשרות למטופלת לעבור תהליך שבסופו היא תרגיש שהילד שנולד ממנה הוא שלה, ככל הילדים.

"... תמיד הן שואלות 'למה אתה... כאילו אתה מדבר איתי על תרומת ביצית, ואתה, אתה עדיין מחייך, אתה עדיין אופטימי'. ואני אומר להן כי אני לא חושב אישית... אולי זה לא הוגן כי יש לי שלושה ילדים מה DNA שלי, אני לא חושב שזה ביג דיל. אני לא חושב. אני חושב שה... ההורות, היא קודם כל... גם הנשיאה של ההריון בגופה, וגם... וגם התהליך הזה שאתה מגדל ילד מגיל אפס עד הסוף. אני לא חושב שההבדל הוא משמעותי... הסיפור הפיקנטי הזה של 'הוא כן דומה לי, הוא לא דומה לי' אני לא מוצא בזה משהו... באמת... כזה חלק משמעותי בהורות. ברור שזה כיף. ברור שיש בזה משהו... מ REPRODUCTION שהוא מאוד אה... חזק. אבל אני לא חושב שהוא העיקר בחוויה של ההורות. (ראיון מס' 2)

"... בתרומת ביצית, ברגע שהיא נכנסת להריון והיא עוברת את חוויית ההריון, אז זה מתחיל להתעמעם הסיפור הזה". (ראיון מס' 4)

"... זה משהו מאוד אבסטרקטי הקטע הזה. זאת אומרת שזה מביצית של מישהי אחרת. עדיין אני חושב שהאלמנט המקשר זה, לתחושת, זה התשעה חודשים ברחם, וזה החוויה של הלידה ההדדית, ועם ההנקה ועם השנים הראשונות של אחרי הלידה. נראה לי שזה החלק החשוב. וזה משהו אבסטרקטי. תחשבי על עצמך. עכשיו אומרים לך 'את בעצם של אבא שלך ושל אמא שלך

והיית אצלה תשעה חודשים אבל הביצית זה של מישהי אחרת. כאילו, אז מה? את את. ולא פתאום תאהבי את אמא שלך פחות". (ראיון מס' 14)

"..עצם ההכשרה של תשעה חודשים בתוך הבטן שלה, זה עושה אותה כמו כל אמא אחרת. זה שונה אולי מאימוץ.. פתאום נוחת ילד חדש בבית. לא, פה יש ציפיות, ויש תאריך ויש זה ותנועות ואולטראסאונדים וכן טוב ולא טוב.. אני חושב שמבחינת ההכנה זה בדיוק כמו כל אחת אחרת. זה לא נראה לי שונה". (ראיון מס' 1)

"אני לא בטוח שהן באמת זוכרות את העניין הזה, של הביצית" – הדחקת השימוש בתרומה

הרופאים מאמינים שבכוחם של ההריון והתינוק למחוק את העבר, כמו גם את עצם השימוש בתרומה ולהותיר בזיכרון רק את החלק הנבחר והרצוי, שהנו האימהות לילד משלה.

"אלה של התרומה בהתחלה מאוד מאוד עם אנטגוניזם.. גם אלה של ה IVF, אבל אולי טיפה טיפה פחות, אבל אחרי זה כולם מאושרים, ו-Once התחיל ההריון, הן שוכחות.. אני 20 שנה בתחום, אני לא זוכר אחת שבאה ואמרה 'אני מתחרטת שעשיתי את הקטע של התרומה'. לא זוכר אחת כזאת". (ראיון מס' 5)

"אני תמיד חושב לעצמי, אני לא בטוח שהן באמת זוכרות את העניין הזה, של הביצית. אני חושב שמרגע שיש להן את הילד לגדל, זה כבר לא כל כך חשוב. זה כבר לא שם. החיים ממשיכים לקחת אותן קדימה ויש להן כל כך הרבה מה לעשות עם הילד הזה.. לגדל אותו ולחנך אותו ולזה ולזה.. שהעובדה שזה לא מהביצית שלה..". (ראיון מס' 6)

"אמנם אין לי כלים של פסיכולוג, אבל כשאתה רואה דופק באולטרה סאונד זה כבר נקודה שיהיה מאוד מעניין לראות אם יש הבדל הריון מתרומה או הריון לא מתרומה. לדעתי אין שום הבדל. מאותו הרגע הכל מתמוזג ומתחיל הריון שהוא הריון לכל דבר. יכול להיות שאפילו בתת מודע הן נוטות לחשוב שאולי בכל זאת זה היה מהביצית שלי ואי אפשר לדעת. אני לא יודע. גם לא משנה איך הילד נראה אח"כ, למי הוא דומה, אם הוא בכלל דומה, תמיד יש את הזה שהוא דומה למישהו מהמשפחה שהוא היה בגיל צעיר, זה 'בדיוק ככה אני הייתי' ". (ראיון מס' 14)

"..א' כולן שונאות את זה, וכולן בפוזיה שאולי לאחרות זה נורא קל אבל אני ממש שונאת את זה, אבל.. זה מדהים שאני אומר להן עכשיו את תתני לי את הנאום של אני רק פונדקאית, זה בכלל לא שלי, מה אני צריכה את זה, לסחוב לבעלי את הילד, ובעוד חודשיים ניפגש פה, ואני אעשה לך אולטרסאונד, וניראה תינוק ברחם, ואת תביטי לי במבט של: 'תגידי עכשיו באמת מעניין אותי מה עשית במעבדה', על מה אתה.. מה זאת אומרת לא שלי.. אין פה.. בחדר.. על מה אתה מדבר.. והטונציה הזאת היא מדהימה, את יודעת, בינאר לקבל נאום של שעה למה היא בכלל לעולם לא תעשה את זה, ובאפרייל, היא מביטה עליך כאילו שאתה איזה עב"מ, של מה אתה חושב שבכלל אכפת לי מה עשיתם במעבדה, מה זאת אומרת לא שלי זה אצלי בועט ברחם. זה משהו שאני אומר להן את לא.. את היום ואת בעוד ארבעה חודשים זה שתי נשים שונות לגמרי". (ראיון מס' 16)

"... אישה שעושה תרומת ביצית, ברגע שהיא עושה את הסוויטצ' והיא עוברת קדימה, היא האמא הכי מאושרת בעולם... יש להן ילד, הן מאושרות, כבר שכחו מאיפה הביצית באה. הן רוצות ילד, ילד בריא". (ראיון מס' 17)

"מה שחשוב זה התוצר הסופי" - העיקר שיש לילד, העיקר שהיא אמא

הרופאים מתייחסים לתוצר הסופי בלבד כמשמעותי. הריון שהושג בעזרת תרומת ביצית מהווה הצלחה באופן בלעדי, בעוד שאר המחשבות והתחושות כמו גם הכישלונות הרבים שהיו מנת חלקן של המטופלות לאורך הזמן, נדחקים לקרן פינה והופכים ללא רלוונטיים לאור ההצלחה הנוכחית.

"אני חושב שמה שחשוב זה התוצר הסופי ואם התוצר הסופי הוא טוב והוא אה... והוא בסופו של דבר מגשים את ההורות ואת החלום של לגדל ילדים, אז גם אם זה קרה באיחור וגם אם זה קרה בדרך קצת יותר ארוכה מהצפוי וגם אם בדרך לא דרך, אני חושב שזה מה שחשוב". (ראיון מס' 5)

"... מי שהגיעה לתרומת ביצית, הגיעה למנוחה ולנחלה. ככה אני רואה את זה. זה סוג של מפלט. כי כל המלחמה הזאת, למה היא? לילד. בשביל הילד. הכל זה בשביל הילד. זה לא בשביל להיות בהריון. זה לא בשביל לשאת את הבטן הגדולה, זה בשביל הילד...". (ראיון מס' 6)

"הם באו למקום הזה ממקום נכון, וזכו בילד מדהים, בעיקר אני אומר את זה על הרווקות... כאילו חוויה מדהימה, וכאילו הן זכו למתנה הכי גדולה של החיים שלהן... קיבלו ילד מדהים, זה חוויה מדהימה. ככה אני חווה את זה... גם רוב המטופלות אומרות את זה גם לאורך השנים, כאילו זה תגובה שחוזרת על עצמה – אני לא מבינה למה התעקשתי על הטיפולים... כאילו ההורות מדהימה, ועוד פעם, אני חושב שבקטע של הגנטיקה, זה קיבעון של לפני, אתה מפחד עם מה שיהיה, אתה מפחד כאילו מהתגובות שלך, אבל רוב המטופלות שיש להן ילד משלהן, הוא 100% שלהן. (ראיון מס' 3)

"לא הייתה אחת שהייתה פחות ממאוד מאוד מאושרת" – האושר האבסולוטי

הרופאים מתמקדים ברגש ספציפי אחד בלבד ומאמינים שהוא היחיד המגדיר את תחושות המטופלת כלפי ההריון והתינוק.

"... התחושה שלי אם אני צריך לכמת את האושר של המטופלים, אני לא רואה הבדל באושר, נגיד, אפילו של מטופלת ב-Egg donation ו-Sperm donation, לאושר של מטופלים אחרים. מה שאני מתרשם שהאושר שלהם הוא... (אושר מהצלחת הטיפולים?) אושר מהילד, הכוונה. מה שאני מתרשם שהאושר הוא מאוד דומה. אני רואה שלמות ואני רואה שמחה ואני... ונשים שבאות ואומרות 'זה הדבר הכי טוב שעשיתי בחיים שלי'". (ראיון מס' 1)

"עכשיו, יש לי הרבה שהן חד הוריות, זאת אומרת שהן צריכות גם תרומת ביצית וגם תרומת זרע. (ואז איך הן מגיבות לזה? אחרת?) הן מאושרות!". (ראיון מס' 13)

"אני אומר לך שבתור מישהו שליווה מאות נשים עוד לא הייתה אחת שהייתה פחות ממאוד מאוד מאושרת". (ראיון מס' 16)

"יש לי הרבה נשים יחידניות, שהצליחו לעשות ילד אחד, מהביציות שלהן ומהזרע של תורם. ואז היא באה ואומרת לי 'תקשיב, אם לא היה לי ילד אחד עם זרע של תורם וביצית שלי, אז הייתי הולכת לתהליך של תרומת זרע ותרומת ביצית. אבל פה, עכשיו יש לי ילד אחד מביצית שלי ומזרע של תורם, לעומת, שאני אקבל עכשיו ילד מתרומת ביצית תרומת זרע. ששום דבר לא שלי. ואני מפחדת שאני אוהב את זה של התרומת זרע ותרומת ביצית פחות מאשר את הילד שיצא מהביציות שלי' וזה לא נכון!! הן אחרי זה מתהפכות והן מתות על הילד... והן כולן הכי מאושרות בעולם..". (ראיון מס' 5)

"... אני לא ראיתי אף אחת שהרתה מתרומת ביצית, ילדה תינוק, ומתחרטת... לפעמים באות לילד השני, אפילו לילד השלישי... הן מאושרות, את לא מבינה כמה.. את לא מבינה כמה, ואיזה תמונות הן מביאות לי – עם הילד, ועם הילד והבעל ועם הזה.. מאושרים עד הגג. מאושרים עד הגג. ולפעמים זה נשים רווקות, עם הכנסה באמת בסיסית. וזה לא מפריע להן. לא מפריע להן והן יבואו ויבקשו עוד אחד, שיהיה לו אח, שלא יהיה לבד. ו.. אני לא ראיתי אף אחד שמתחרטת". (ראיון מס' 6)

הורות וקשר אם-תינוק

זווית נוספת ממנה מתבוננים הרופאים על תרומת הביצית מתייחסת לקשר שבין האם לתינוקה.

"לדעתי הם ההורים הכי טובים בעולם" – הורות מושלמת

רוב הרופאים תארו את ההורות ואת הקשר בין האם לתינוק שנולד או יולד בעקבות התרומה כמושלמים באופן אבסולוטי, לא שונים מהורות לילד מהגנטיקה של ההורים, ואולי טובים יותר:

"... כאילו ההורות מדהימה... נו, אוהבות.. אוהבות את הילדים שלהן, אהבה, אהבה אמיתית". (ראיון מס' 3)

"לדעתי הם ההורים הכי טובים בעולם. זה ילדים שבאים מכמיהה, מציפייה, מרצון. לא אמא ואבא שלי עמדו להתגרש. ופתאום נכנסו להריון.. ואמא שלי בכלל לא בטוחה שזה מאבא שלי. ואז הם התלבטו אם להוריד אותי או להשאיר אותי או להוריד אותי או להשאיר אותי ואמרו טוב, יאללה, נשאיר אותך ובכלל נולדתי והם תיכף התגרשו ובכלל שתדע לך לא רצינו אותך וחשבנו אפילו כמה פעמים להוריד אותך, אבל בסוף השארנו, נולדת. לעומת אמא רצתה את הילד הכי מושלם שבעולם, ולא היה לה בן זוג, והיא הלכה לבנק הזרע, ובחרה את הזרע הכי שווה, והיא באה ועשתה פה הזרעות ולא עשתה איזה.. זיון על הדרך במיטה, והיתה צריכה גם להביא ביצית מהמדיקל בהרצליה, או מאוקראינה, ולחבר. לעבוד!!" (ראיון מס' 5)

"... אני חושב שה.. אני חושב שזו חוויה אדירה מבחינתן (ההורות). ש.. אני לא חש שהן אימהות שונות מאימהות ביולוגיות". (ראיון מס' 6)

“אני לא חושב שיום אחד עובר מבלי שהיא חושבת על זה” – ראיית עתיד מורכב

בתוך שלל הקולות, נמצאו גם כאלה שהציגו תמונה מורכבת יותר, והתייחסו לאמביוולנטיות כמו גם לרגשות נוספים שעשויים לעלות כחלק מהמחשבה על השימוש בתרומה.

“.. אם יש סוד אז ילדים מרגישים את הסודות במשפחה. ואם השיח הוא פתוח ו.. לא יודעת, אולי יש אכזבות בהתפתחויות שלו, מצד ההורים, אולי הם ציפו למשהו מסוים ולא מקבלים אותו, אבל גם את זה אנחנו.. היה איזה סרט לא מזמן.. סרט ישראלי שהיה שם משפט מחץ. ש.. האבא אומר לבן שלו 'אתה יודע, כשנולד לך ילד נולדים בעצם שניים. הילד שרצית שיוולד והילד שיש לך'. וזה כל כך ככה, הרי אנחנו בונים ציפיות סביב מה שנולד לנו, ואם הוא לא בדיוק תואם, אז כשזה הילד שלך אתה אומר 'בסדר, הנה, זה הפאקים של בעלי ולפעמים אתה אומר זה שלי.. אבל כשזה תרומה אתה אומר 'יאללה, איזו טעות עשינו, אולי לא היינו צריכים'” (ראיון מס' 11)

“..לאחר מכן, ההורות.. אני חושב שזה.. את יודעת, זה תמיד יישאר אצלה. אני לא חושב שזה עושה אותה אמא יותר טובה או פחות טובה... אני לא חושב שיום אחד עובר מבלי שהיא חושבת על זה. ככה אני חושב. אבל מצד שני, אם יש לך ביום 24 שעות, ו 30: 23 אתה שמח כי יש לך משפחה וגם יש יותר מילד אחד, אז אני חושב שעשה משהו. עשה משהו..” (ראיון מס' 9)

“תשאלו זוגות שאימצו ויש להם ילד ביולוגי, הם לא יבינו מה את מדברת, תשאלו אותה אם את מרגישה.. לא אגיד לך שלא היו כאלה שאמרו לי.. תראי.. את יודעת יש תמיד איזו תחושת פיספוס, בד"כ אנשים חיכו חיכו.. את אומרת.. תראי.. ברגע שמגיעים בכלל לרופא בגיל 45 לטיפולים זה מציף את כל החיים שלך, את כל הבחורים שרצו להתחתן איתך, וזה, או שדמיינת שרצו להתחתן איתך, או שאמא שלך דמיינה, זאת אומרת, זה מציף את כל ה.. 30 שנות כישלון. אז ברור שגם בתרומה יכול להיות שבעוד 10 שנים היא תשב בגן ותגיד 'מעניין אם הייתי מתחתנת בגיל 20, איך הנכדים שלי שהיו רצים עכשיו היו נראים', משהו בסגנון” (ראיון מס' 16)

התינוק מנקודת מבטו של הרופא

מעניין היה לראות כי על אף הנחרצות בדבר היות התרומה פתרון מצוין עבור האם, הספקות מתעוררים אצל הרופאים כאשר הם מתייחסים לאותה השאלה, מנקודת מבטו של התינוק העתידי. דווקא ממבט זה עולה מורכבות, כמו גם חרדות ותחושות של רחמים וחמלה על הקושי הכרוך בגילוי שהילד אינו שייך גנטית לאימו.

“לא הייתי רוצה שאמא שלי תבוא יום אחד ותגיד לי תדע לך שאתה ביולוגית לא שלי, כי אני לא יודע מה המשמעויות של זה, מה.. מה אני מבין מזה שהיא מספרת לי את זה, שהיא לא כ"כ אוהבת אותי, זה לא.. עדיף שלא יספרו לי כאלה דברים. גם כשבאים אלי אנשים ומספרים לי דברים רעים, אני אומר שמור לעצמך, מה אני צריך את הסיוטים שלך... לילד זה די רע.. כאילו ילדים נכנסים לחרדה, אם היא לא האמא הביולוגית שלי, עכשיו רבתי איתה על הקורקינט, היא תזרוק אותי מהבית” (ראיון מס' 16)

"בואי נגיד שעם החיים ועם הבגרות ועם מנגנוני ההגנה וההדחקה וכל מה שאת רוצה הם.. כן, הם ידעו לחיות עם ה.. זה ויהפכו את זה.. מבחינתם זה גם יתמסמס. יהפוך להיות פחות משמעותי. אבל הילד זה לא יהיה לו.. הוא לא יעבד את זה.. אני חושב שזה נורא קשה. לילד! אני באמת מרחם על הילדים האלה". (ראיון מס' 4)

"מבחינה ביולוגית יש בזה איזושהי בעייתיות קטנה. שמא יתפתחו אח"כ בעיות גנטיות, והוא צריך לדעת שהוא לא בן של אמא שלו. OK? זה מעלה קצת ספקות בקצה הראש. אבל אם זה לא היה הסיפור הזה, אני לא חושב שזה היה עושה לו טוב.. זה כמו שאם מישהו מספר לך היום שאת לא בת של אמא שלך. מה זה היה עושה לך? מהפך. זה עושה לך מהפך בנפש, ולמה לעשות לך את זה? אז אם יש לזה סיבה גנטית, אז אולי זה שווה. שוב, זו שאלה שצריך להתמודד איתה.. אני לא נתקלתי כל כך שמישהי פנתה אלי בשאלה כזו.. אני חושב שזה מאוד אישי, באישיות של כל אחד שאיתנו. אפילו אלה שלוקחים לאימוץ ילדים קטנים, לא תמיד מספרים. או מספרים בגיל מסוים". (ראיון מס' 6)

"אני בעד לא לגרום לזעזועים מיותרים. זה מטלטל. וזה לא כמו אימוץ.. באימוץ ישנם הורים ביולוגיים חיים וקיימים, שאתה יודע מי הם, אפשר להגיע אליהם, ש.. היתה לידה ומסיבות כאלה או אחרות הם מסרו את הילד. זה לא המצב כאן. זה גמטה (ביצית) כאן. בסה"כ האמא חוותה הריון, לידה, הנקה.. לא רואה שום ערך מוסף להגיד לילד 'שמע, האמא שלך היא גברת X מאוקראינה'..". (ראיון מס' 18)

מן הדברים עולה הקושי בו נתונים הרופאים בהחזקת המורכבות כאשר יש לקחת בחשבון הן את צרכי האם, שהינה בעצם המטופלת של הרופא, והן את צרכי התינוק שטרם נולד וההשלכות לגביו.

"..בתרומת ביצית אני יודע שהסיכוי טוב יותר לכן התחושה קלה יותר מהצד שלי, מצד שני, בתרומת ביצית אה.. תמיד יש את ה.. מהצד שלי, התחושה בעייתית. כי אם אני אעשה תרומת ביצית למישהי שאין לה ביציות בגיל 40 זה הרבה יותר קל לי. כי זה נראה לי לגיטימי. כשאני עושה תרומת ביצית בגילאים המבוגרים יותר.. יש בזה בעיה אתית. (מה? הגיל. זה אמא זקנה. זאת אומרת שהילד יגדל בבית עם הורים זקנים. עכשיו, זה קיים, יש בן זקונים שההורים.. למעשה יש ילד בכיתה א' וההורים שלו בני 50-60. זה קיים. וזה לא קל. אני לא חושב שזה קרה בדרך הנורמאלית. אבל ברגע שאני עושה את זה במודעות, ועושה את זה בצורה כזו, זה קצת קשה לפעמים. בעיקר בקיצוניות זאת אומרת ב 50 פלוס, שזה על גבול ה-54, או שאני רואה את המטופלות שמגיעות מחו"ל, בנות 60 פלוס שבהריון. שזה לדעתי.. אתה מנשים להן חלום אבל אתה שוכח שאתה מכניס פה למשוואה מישהו שהוא.. שהוא נולד למציאות שהיא קשה. (ראיון מס' 12)

לסיכום, נראה כי בתהליך הפרייון בסיוע תרומת ביצית, פוגשים הרופאים מימדים רגשיים ברורים לצד המימדים הרפואיים. הם פוגשים חלקים אלה בתוך עצמם ומול עצמם, בתוך המטופלות וכחלק מהקשר איתן.

דיון

במרכזו של משבר אי הפריון עומדת האישה, אשר עוברת את התהליך על גופה וחווה אותו בנפשה. במרחב המקיף אותה נמצאים שותפים נוספים לדרך, ביניהם רופאי ורופאות הפריון, אשר למרות חלקם המשמעותי בתהליך, המידע האמפירי אודות חוויתם ותפיסת עולמם, מועט ביותר. מטרת המחקר הנוכחי הייתה להרחיב את ההתבוננות ולהעמיק את ההבנה אודות החוויה הרגשית של רופאי ורופאות הפריון, אודות מחשבותיהם ותפיסותיהם כמו גם הארת זווית הראייה שלהם בנוגע לתהליך תרומת הביצית, וכן אודות תפקידם ומקומם בתהליך מורכב זה.

ממצאי המחקר מלמדים שטיפולי הפוריות משפיעים עמוקות על הרופאים והרופאות, על זהותם המקצועית ועל רגשותיהם. למיטב ידיעתי, זהו אחד המחקרים המועטים שנועדו לחקור את חווית אי הפריון בכלל והשימוש בתרומת ביצית בפרט, מנקודת מבטם של הרופאים והרופאות המטפלים בנשים ובזוגות שעוברים את התהליך. בפרק זה אתאר את ההבנות התיאורטיות הנלמדות מהממצאים, בהתייחס לגופי ידע קיימים. לאור המחסור האמור בידע אמפירי בנושא, אשווה את הממצאים למחקרים שהתבוננו על אוכלוסיית מטופלות הפריון, בניסיון לבחון באילו צמתים הרופאים והמטופלות מתמקמים באופן דומה, ובאילו מתמקמים אחרת. כמו כן, אשווה את הממצאים לאוכלוסיות של רופאים שכן נבדקו בעבר, בעיקר רופאים העוסקים ברפואה דחופה והמטפלים במצבים מסכני חיים.

בנוסף, אתייחס בדיון למושג 'פנטזיית ההצלה' שנראה כי יכול לסייע בהבנת הממצאים. בהמשך אסכם את תרומתו התיאורטית והיישומית של המחקר, ואציע אפשרויות למחקרי המשך, שעלו בעקבות מחקר זה.

אל המסע להבאת ילד לעולם באמצעות טיפולי הפוריות נכנסים כאמור מספר שותפים, המשפיעים אלה על אלה באופן הדדי. בהתבוננות על הרופאים (מתוך המחקר הנוכחי) ועל המטופלות (במחקרים שנערכו בעבר, למשל Tsui & Cheng, 2018; Imrie et al., 2020; Cook, 1987), לעתים ניתן למצוא דמיון בהגדרות, בתפיסות ובתחושות, ולעתים מתקיים ביניהם פער.

כך, ממצאי המחקר מעידים על כך שהרופאים תופסים ברובם את הרכיבים הרגשיים כחלק בלתי נפרד מן הקושי הפריוני. לכן הם רואים את תפקידם ככולל בתוכו גם אלמנט תמיכתי. הם מייחסים לעצמם תפקידים השייכים לעולם הפסיכולוגיה, ביניהם תמיכה, הזדהות, עימות עם המציאות והחזקה. כלומר מעבר לקושי הגופני, הרופאים מתייחסים גם לקושי הרגשי של המטופלות, לעתים מחזיקים עבורן את האופטימיות, שומרים על שפיתן אך גם משקפים להן את המציאות. רצון זה של הרופאים לתמוך במטופלות פוגש ציפייה זהה מצידן, להיתמך ולהישען; כאשר מתגלה קושי להרות, האדמה נשמטת מתחת לרגליים. מה שהיה מובן מאליו הופך לבלתי אפשרי וחסר ודאות. נשים עלולות למצוא עצמן חסרות אונים, מבולבלות, חסרות שליטה על חייהן (Kirkman, 2003). כאשר אי הפריון מתמשך, הוא משתלט על יותר

ויותר שדות בחיים ושואב לתוכו כמעט לחלוטין את האישה. עולות תחושות של חוסר ערך, נחיתות ופגימות, התדמית הגופנית מתערערת, לעיתים עולות תחושות של קנאה עזה, בושה, כעס והאשמה כלפי הגוף. לרוב זהו מצב הכרוך בחוסר ודאות ומאופיין בטלטלות רבות ובמעבר מתמיד בין תקווה לייאוש (Daniluk, 1988), בתחושות אובדן ואבל, חרדה, דיכאון, אשמה, תסכול וחוסר שליטה (Cook, 1987; Menning, 1980).

הספרות מראה כי פעמים רבות האישה מחפשת ברופא המטפל דמות חזקה ואמינה, בידה תוכל לשים את גופה ונפשה. המטופלת מצפה ממנו – מעבר להיותו מקצועי בתחומו - להיות מתחשב, מבין, מסור, רגיש, ומעל הכל - מעורב מאוד (Curvo Leite et al., 2005). כלומר ניתן לראות כי בהיבט זה, הרופא והמטופלת נמצאים במקום דומה, ולכן הרצון של הרופא והצורך של המטופלת משתלבים באופן הדדי.

לעיתים הטיפול הפריוני עלול לארוך, כאמור, מספר חודשים ואף שנים. ככזה, הוא מהווה מסגרת בה מתקיים בין הרופא והמטופלת קשר קרוב ומתמשך. גם מחקרים מתחומים אחרים בחנו את קיומו של קשר כזה בין הצוות המטפל לחולים, בעיקר סביב מחלות הדורשות טיפול ארוך טווח. במחקרים על מחלות כרוניות, בעיקר מתחום האונקולוגיה, נמצא כי הקשר בין הצוות המטפל והחולים מקבל מאפיינים של קשר משמעותי וקרוב. הטיפול המתמשך מאפשר היכרות עמוקה בה מתקיימת חשיבות רבה ליכולת הכלה, אמפתיה ותקשורת עם המטופלת (Laor-Maayany et al., 2020; Shanafelt et al., 2003).

לתוך הקשר, כל אחד מהצדדים מגיע עם דפוסי האישיות ודפוסי התקשורת שלו. לעיתים הרופא ניגש לקשר כשהוא מחזיק בפנטזיה, מודעת או לא מודעת, להציל את המטופלת מייסוריה. פעמים רבות, צורך זה של הרופא, פוגש פנטזיה מקבילה של המטופלת, להינצל (שחורי סטאל, 2020).

המושג "פנטזיית ההצלה" נבחן רבות מאז נהגה לראשונה ע"י פרויד בשנת 1910. בצורתו המקורית התייחס המושג למשאלתו של גבר להציל את הנערה המיוסרת, אך לאורך הזמן החל להיעשות בו שימוש לתיאור מטרות המודעת או הלא מודעת של המטפל כלפי המטופל (Esman, 1987). פנטזיית הצלה זו מהווה חלק אינטגרלי מטיפול, יכולה להופיע בעוצמות שונות ובאופנים שונים, והיא נחשבת לאחת המוטיבציות השכיחות בבחירת מקצוע טיפולי (McCarley, 1963). המשולש של פנטזיית ההצלה כולל את דמות המציל הכל-יכול, דמות הזקוקה להצלה המאופיינת בחוסר אונים ונזקקות, ואיום אקזיסטנציאלי ממשי או מפונטזי (Vaknin & Wiseman, 2021). הפנטזיה כרוכה ברצון לחלץ את האחרת מקושי או ממצוקה בתוכה היא נמצאת ולהביאה לחוף מבטחים (קלמוס, 2020).

פנטזיית ההצלה עשויה להיות בעלת תרומה חיובית לעבודת המטפל, אך יעילותה מוטלת בספק כאשר רכיביה מופיעים ברמה גבוהה או באופן לחלוטין לא מודע (McCarley, 1963). מאפייני הפנטזיה של המטפל כוללים אידיאליזציה עצמית, אומניפוטנטיות תרפויטית ודמוניזציה הצד האשם. בצורתה השלילית, המטפל המונע מפנטזיית ההצלה שלו יחווה עצמו כאלטרואיסט, הבטוח ביכולתו לסייע למטופליו. הוא עלול להיות עיוור למגרעותיו, למגבלותיו וכן לקונפליקטים המתעוררים בתוכו. משאלתו

תהיה לשנות את חיי המטופלת מאומללות לאושר, לגרום לה להיוולד מחדש, מבלי לקבל את חלקיותו של הטיפול ואת מגבלותיו כמטפל. המטפל השבוי בפנטזיה יתקשה להכיל את כלל חלקי המשואה ואת מורכבותם וייטה לפצל בין טוב ורע בכדי לצלוח את הקשר הטיפולי. מאפיינים אלה מובילים להתפתחות יחסים לא אידאליים ומאוד לא שוויוניים, הכרוכים בין היתר בתלות גבוהה (ברמן, 2018). לעומת זאת, בצורתה החיובית, המטפל מכיר בהיות פנטזיית ההצלה שלו חלק מרכיבי הטיפול, מכיר את הנרטיב האישי שלו הנוגע לפנטזיה זו ואת האופן שבו מפגש עם מטופלות שונות מפעיל אותה. באופן זה הוא יכול להחזיק את הדיאלקטיקה שבין המרכיבים השונים (קלמוס, 2020) ולהכיר ביכולתו המציאותית לעזור למטופלת תוך הכרה בכישוריו ומגבלותיו.

במחקר הנוכחי נמצאו עמדות שונות מתוכן מגיעים הרופאים לקשר הטיפולי. אצל חלק מהרופאים ניכרה פנטזיית ההצלה ביתר שאת. רופאים אלה ראו עצמם כמושיעים את המטופלת, כמעניקים לה דבר שאינה יכולה להשיג בכוחות עצמה ולו היא מצפה ומייחלת יותר מכל. הם ראו עצמם כהופכים אותה מעקרה חשוכת ילדים לאישה הרה העתידה להיות אם. רופאים המתנהלים מתוך עמדה זו מתייחסים פעמים רבות אל המטופלת כאובייקט. המטופלת מגלמת את תפקיד הנערה במצוקה בתוך הפנטזיה האומניפוטנטית של הרופא, כאשר המודעות לסובייקטיביות שלה פחותה והמוקד מושם על יכולותיו והצלחתו שלו. זוהי עמדת כוח הממקמת את הרופא כבעל השליטה הבלעדי. כפי שאמר אחד המרואיינים, כשנשאל לגבי הציפיה של המטופלים ממנו: "לקחת אותם, להציל אותם, לחלץ אותם... בהחלט, הם אבודים.. הם אבודים". רופאים אחרים התמקמו בתוך הקשר בעמדת האובייקט הממלא את צרכיה ודרישותיה של המטופלת. הרופא המתמקם בעמדה זו, מאיין את עצמו כאדם, משעה את הסובייקטיביות שלו ומתייחס לעצמו ככלי שרת. דפוס נוסף שעלה מן הראיונות התייחס לשני השותפים בקשר כסובייקטים. כלומר הן הרופא והן המטופלת נוכחים בתוך הקשר ויכולים להיות בעלי דעה, כאשר כל אחד מן הצדדים יכול ללמוד מן הסובייקטיביות של האחר ולהיות מוזן ממנו. לכל אחד ואחת קיום נפרד ומודעות להיות האחר. אותם רופאים שראו עצמם ואת המטופלות כנמצאים בקשר הדדי אך לא סימטרי שכזה, הכירו בגבולות היכולת שלהם, קיוו יחד עם המטופלת להצלחה, אך הבינו את מקור הכשלון כשהגיע והיו מסוגלים להכיל אותו.

חשוב לציין, כי בכל סבב בפני עצמו, לטיפול הפריוני יש יותר סיכון להיכשל מאשר סיכוי להצליח. ככזה, הקשר בין הרופא והמטופלת כולל מפגשים רבים שעיקרם הנו כשלון המביא איתו אכזבה של שני הצדדים. בהתבוננות על השיח הרפואי אודות כשלון והצלחה כפי שעלה מהמחקר הנוכחי, גם בו ניכרים אלמנטים של פנטזיית ההצלה. מתוך הממצאים עולה כי חלק מהרופאים חווים עצמם כבעלי כוח משמעותי והשפעה חיובית על האישה. הם מגיעים מתוך עמדה אומניפוטנטית, בה הרופא ממקם את עצמו כ"כל יכול" וכמי שדואג למטופלת, מה שהופך אותה לפאסיבית בתוך התהליך ותוצאותיו. בחוויית הרופא, האחריות לטיפול מונחת כולה על כתפיו, ואז כאשר הטיפול מצליח, הוא מתייחס להצלחה כשלו, ורואה עצמו כקוסם,

כיוצר, כבורא, ומזהה את עצמו עם ההצלחה. אך כאשר התפיסה העצמית הגרנדיוזית של הרופא ככל יכול אינה עולה בקנה אחד עם המציאות, והטיפול נכשל בסבב הספציפי, הצורך לשמר את תפיסת העצמי האומניפוטנטית, עשויה להוביל את הרופא לפצל בינו ובין הכשלון, ולהשליך החוצה את הסיבות לו - על המטופלת, על הסטטיסטיקה. מתוך העמדה האימפוטנטית, המשלימה את העמדה האומניפוטנטית, כאשר הסבב הטיפולי נכשל, והמשאלה לשלמות ומושלמות לא נענית, הרופא עשוי לחוש אכזבה, שעלולה להוביל לתחושות של אפסיות וכישלון אישי.

התיאוריה אודות פנטזיית ההצלה של המטפלים נוגעת בין היתר במחיר הטמון בצורך להציל ובהשתוקקות לרפא, כאשר המטפל משקיע את כולו בתוך הטיפול, עד שעלול הוא עצמו להיוותר מרוקן (בר נס, 2020). בדומה לממצאי המחקר הנוכחי, גם במחקרים אחרים נמצא כי המסירות ותחושות המחויבות של רופאים – למשל מתחום האונקולוגיה – למטופליהם, עלולה לגרום להם לחוש אחריות אישית לגבי חוסר היכולת שלהם לייצר נס (Shanafelt et al., 2003). תחושת אחריות זו עלולה להוביל, בין היתר, לקושי רגשי אצל המטפל כאשר הטיפול נכשל או מגיע למבוי סתום (Sussman, 2007) וכן לפיתוח תחושות אשמה, לפיהן המטפל מאשים את עצמו שגרם למחלתו של המטופל (Greenson, 1966). גם בקרב רופאים הפוגשים מטופלים בסוף חייהם, נמצא כי לעתים קרובות הם עצמם שותפים לפנטזיה של חלק מטופליהם, לפיה הרפואה המודרנית והרופא ההירואי יכולים להציל אותם מכל מחלה ומכאוב ואף למנוע מהמוות להגיע (Hetzler & Dugdale, 2018). כתוצאה מכך, רופאים אלה רואים את המוות של המטופלים שלהם ככישלון אישי (Sutherland, 2019). כלומר חוסר היכולת לקבל את מגבלות הטיפול מוביל את הרופא לתחושות של אשמה (Shanafelt et al., 2003)

בהתבוננות מנקודת מבטה של מטופלת הפריון, ניתן לראות כי באופן כללי מטופלות רבות מרגישות גם הן תחושות אשמה עזות לאורך הטיפול הפריוני, החל מאשמה רחבה על חוסר היכולת למלא את תפקידן הנשי ולהרות (Tsui & Cheng, 2018) וכלה בהאשמה עצמית סביב כישלון סבב של טיפול רפואי (Cook, 1987). האשמה עצמית זו מהווה את אחד ממנגוני ההתמודדות בהם מטופלות פריון עושות שימוש בכדי להחזיר לעצמן שליטה (Rossi et al., 2016). כלומר נראה כי כאשר סבב טיפולי נכשל, כל אחד מהצדדים – הן הרופא הנמצא בעמדה אימפוטנטית, והן המטופלת – עשוי לראות עצמו כאחראי לכישלון הטיפול.

ציר זה, הנע בין אומניפוטנציה לאימפוטנציה מבטא קושי להכיר במציאות החיצונית כמו גם במגבלותיו האובייקטיביות של הרופא בתוכה. הכרה במציאות ובחלקים בהם הרופא אינו יכול לשלוט, מאפשרת קיומם של גוויני ביניים. עמדה זו אכן השתקפה בקרב חלק מהמרוויינים, כאשר בדבריהם ניתן היה לשמוע קול המתאפיין בראיה מורכבת, המאפשרת לרופא להיות חלק מהתוצאה ולא האחראי הבלעדי עליה, גם כאשר הטיפול מצליח ומושג הריון וגם כאשר הטיפול נכשל. מתוך עמדה דיאלקטית זו, הרופא יכול לראות את חלקו היחסי בכישלון ולחוש בעקבותיו תחושות שונות, ביניהן לקיחת אחריות, חוסר אוניס

ואשמה. בעמדה זו הרופא מתייחס לחלקו בכישלון הטיפול תוך הבנת תפקידו ומגבלותיו, ומעלה פתרונות עתידיים. הוא מתבונן על הכישלון ורואה את המצוקה של המטופלת, כמו גם את שלו כמטפל בה. הוא אמנם מרגיש שהוא חלק מהכישלון, אך מבין שלא היתה לו כל כוונה לפגוע בה. במילותיו של אחד המרואיינים: "בפעם הראשונה אני מסביר שככה זה. זו הסטטיסטיקה של ה-IVF, גם אם הכל בסדר. בפעם השלישית-רביעית ... איך אני אגיד .. אני אחראי חלקי לכישלון אפילו אם אני לא אשם. אבל אני אבחן את עצמי שוב ושוב.. עשיתי את כל מה שצריך, לא עשיתי את כל מה שצריך, אולי יש משהו שאני צריך להוסיף"

המעבר לשימוש בתרומת ביצית

בשלב כלשהו של התהליך הפריוני, עולה מחשבה על הפסקת הניסיונות של האישה להרות מביציותיה שלה, ומעבר לשימוש בתרומת ביצית. מחשבה זו מהווה צומת משמעותית בתוך התהליך הפריוני מבחינות רבות, לאור השלכותיה הרפואיות, הכלכליות והרגשיות.

במחקר הנוכחי, כל הרופאות והרופאים שרואיינו, בלי יוצא מן הכלל, מאמינים שתרומת ביצית הנה פתרון טוב וראוי עבור אישה שרוצה להיות אמא ואינה יכולה להרות באופן גנטי. בהתאמה, מחקרים שנערכו בקרב נשים שהרו בעזרת תרומת ביצית, הראו ממצאים בכיוון דומה: נמצא כי נשים שבחרו להרות בעזרת תרומה לא התחרטו על החלטתן (Tsui & Cheng, 2018) וכן חשו תחושת סיפוק גבוהה מההורות (Landau et al., 2008).

עם זאת, מרוב הראיונות עולה כי הדיון שמקיימים הרופאים עם המטופלות בנוגע לאפשרות זו, מתייחס לציפייה של האישה לילד באשר הוא, ולא לציפייה של האישה לילד גנטי שלה. הקול הדיאלקטי, המתיחס לאפשרות כי האם יכולה לאהוב את הילד שלה, שנוצר מתרומת ביצית, ובמקביל עדיין להתאבל על כך שאינו הילד שעליו פינטזה, נשמע בשוליים.

עבור המטופלת, ההחלטה לעבור לשימוש בתרומת ביצית טומנת בחובה אלמנטים של אבדן וסופיות (Imrie et al., 2020; Stuart-Smith et al., 2012), בעוד עבור הרופא תרומת ביצית מהווה הזדמנות ליצירת חיים חדשים. עבורן התרומה מהווה – בחלקה – כשלון (בר חווה ושינקמן בן-זאב, 2008), בעוד העיסוק הרפואי מתמקד באחוזי ההצלחה העולים לאור המעבר לשימוש בביציות של תורמת צעירה ובריאה. כלומר נוצר פער בין התפיסה הרפואית הפרגמטית של איש המקצוע ובין התפיסה הרגשית ערכית של האישה, שיכולה להיות מורכבת יותר ולהחזיק בתוכה גם הצלחה ושמחה לקראת התינוק, אך גם תחושות של כישלון ואבל אל מול התינוק הגנטי שלה, שלעולם לא תוכל לחבוק. כלומר הרופא והמטופלת נמצאים יחד, באותה הסיטואציה, צועדים לקראת אותה מטרה, אך עם מורכבות רגשית ותפיסת מציאות שונה.

בהתבוננות על השיח שעלה מן הרופאים במחקר הנוכחי אודות המעבר לשימוש בתרומת ביצית ועל אופן הצגת הרעיון למטופלות, רוב הרופאים הציגו את האפשרות באופן חד משמעי וחד מימדי. השיח

הצטייר כלינארי, משימתי ומכוון מטרה, תוך שהוא מתמקד בשורה התחתונה. כדי להסביר למטופלת את יתרונות הפתרון, ולקרר אותה לכיוונו, הרופאים פעלו במספר אסטרטגיות: הם ניסו לפרק את הסיטואציה למרכיביה הבסיסיים ביותר, ע"י שימוש בשאלות ספציפיות, קונקרטיות ודיכוטומיות, שעליהן אולי גם למטופלת קל יותר לענות, כגון 'את רוצה להיות אמא או לא?', הם השתמשו בדוגמאות של "תסריטים הוליוודיים" המראים רק את החלקים השמחים של הבחירה, וכן הם הציגו את האפשרות תוך שימוש במתן מידע רפואי ספציפי ורלוונטי לקו המחשבה שלהם. כפי שאמרה אחת המרואיינות: " (אני) .. קצת מייפה את הסיפור ואומרת שמעבר לגנטיקה יש גם אפיגנטיקה .. כל מה שהן צריכות לשמוע. וזה גם נכון. זה לא שאני משקרת. אני מנסה להראות להן גם את הצדדים החיוביים.." שיח כזה מתעלם מחלקים חשובים ומשמעותיים אחרים, הקשורים לדילמה המקורית, ומרבדים נוספים שעשויים להיות חלק מהעיסוק במחשבה של המטופלת אודות השימוש בתרומה, ביניהם האובדנים השונים שהתהליך כולל בתוכו (הממשיים והמטאפוריים), הפחד מהעתיד הלא מוכר ולא ידוע, הספקות בנוגע לשימוש בתרומה, משמעות המונח משפחה שאולי משתנה לאור הבחירה בתרומה ועוד.

הספרות מלמדת כי הרופא משפיע על האופן בו המטופל מרגיש לגבי מחלתו ועל האופן בו הוא תופס את הטיפול בה (Weng et al., 2008). כלומר לדעתו של הרופא יש חלק משמעותי בבחירה של המטופלת לגבי המשך דרכה. על כן קיימת חשיבות רבה לאופן בו הרופא מציג את המידע. הדבר הופך קריטי עוד יותר שכן לעתים גורמים לא רפואיים משפיעים על דעתם ועל החלטותיהם המקצועיות של הרופאים בנוגע לטיפול הניתן. בין הגורמים ניתן למצוא את ערכיו האישיים של הרופא ואת סדר העדיפויות שלו כמו גם תפיסות הקשורות למאפיינים של מטופלת ספציפית כגון גיל ונסיבות חיים (Schildmann et al., 2013). יתכן והרופאים, המעוניינים בטובתה של המטופלת, ומאמינים שטובתה הנה לעבור לשימוש בתרומת ביצית, מספקים לה מידע באופן סובייקטיבי, לעתים אף חד מימדי, תוך התמקדות בחלקים הטובים - ההצלחה, הפנטזיה הסופית וכן המידע הרפואי התואם את הבחירה שהם מאמינים שתהיה טובה לה - והשמטת החלקים האחרים. ואכן במחקרים מתחום הפיריון נמצא כי קיימת סבירות גבוהה יותר שרופאים יספקו מידע על הצלחת הטיפולים ועל הסיכונים הפיסיים, תוך שהם משמיטים מן התיאור את האפשרות של הריונות לא מוצלחים ואת ההשלכות הרגשיות (Rauprich et al., 2011). מתן מידע באופן חלקי יכול להיות בעל השלכות ארוכות טווח על חיי המטופלת. מחקרים העוסקים ביכולת קבלת החלטות הראו כי דווקא מתן מידע רחב אודות הטיפול והשלכותיו האפשריות, מסייע לצמצם למינימום את הקונפליקט ואת החרטה לאחר ההחלטה (Chan et al., 2016). אמנם ברוב המוחלט של המקרים, נמצא כי האישה לא מתחרטת על ההחלטה להרות מתרומה, ומחקרים אף מעידים על הורות מיטבית ומאושרת, אך עם זאת, יתכן והבעת עמדה נחרצת וחד משמעית ע"י הרופא בנוגע לבחירה הנכונה עבור המטופלת, לא מאפשרת לה להקשיב לרחשי ליבה באופן אותנטי ולהגיע להחלטה אוטונומית.

במחקר הנוכחי, נראה כי הרופאים מגיעים אל השיח עם המטופלות מתוך דעה מוצקה על היות הריון שכזה פתרון מצוין עבורן. דעה זו נובעת מתפיסתם הפנימית את זהותה האימהית של אם מתרומה. נראה כי הרופאים ניסחו עבור עצמם ועבור המטופלות אמירות המאשרות את השימוש בתרומה ומהוות טיעונים המחזקים את הפתרון כמיטבי. בתוך התבוננות זו, תורמת הביצית הינה אובייקט המודר מן השיח לחלוטין, וכך גם התינוק העתידי. השיח מתמקד במטופלת בלבד, ובפתרון עבורה, שהנו הפיכתה לאם. בכדי להבהיר את טיב הפתרון, הרופאים מתמקדים בהריון ובלידה כמאפיינים העיקריים של היות התינוק של האם, חלקם מאמינים שבכוחם של ההריון והתינוק למחוק את העבר, כמו גם את עצם השימוש בתרומה ולהותיר בזיכרון רק את החלק הנבחר והרצוי, שהנו האימהות לילד משלה. כלומר הם מתייחסים לתוצר הסופי בלבד כמשמעותי. לתפיסתם, הריון שהושג בעזרת תרומת ביצית מהווה הצלחה באופן בלעדי, בעוד שאר המחשבות והתחושות כמו גם הכישלונות הרבים שהיו מנת חלקן של המטופלות לאורך הזמן, נדחקים לקרן פינה והופכים ללא רלוונטיים לאור ההצלחה הנוכחית. במילותיו של אחד המרואיינים: "אני חושב שמה שחשוב זה התוצר הסופי ואם התוצר הסופי.. בסופו של דבר מגשים את ההורות ואת החלום של לגדל ילדים, אז גם אם זה קרה באיחור וגם אם זה קרה בדרך קצת יותר ארוכה מהצפוי וגם אם בדרך לא דרך, אני חושב שזה מה שחשוב". אמירה נוספת שעלתה מתוך הראיונות כמאשרת את השימוש בתרומת ביצית כפתרון מיטבי, מתמקדת באושר, כרגש היחיד המגדיר את תחושות המטופלת כלפי ההריון והתינוק: "אני אומר לך בתור מישהו שליווה מאות נשים, עוד לא הייתה אחת שהייתה פחות ממאוד מאוד מאושרת".

במחקרים שבחנו את התנהלותן של המטופלות, ניכר כי גם מצידן לעתים השיח מתמקם באותה עמדה של רצון למחוק חלקים המעייבים על האושר שבתוצאה הסופית, מתוך הפנטזיה לייצר אפשרות לאימהות 'רגילה', כמעט טבעית עבור הילוד. מחקרים הראו התנהגויות של הכחשה והתגוננות מפני הידיעה בדבר היות ההריון מתרומה (Van Berkel et al., 2007).

חשוב לציין כי קיים מעט מאוד מידע אודות המחשבות והתחושות של אימהות לילד מתרומה, והמחקר הקיים אינו חד משמעי ובוודאי שאינו חד מימדי. קיימים מחקרים שהראו כי התרומה לא השפיעה על מערכת היחסים של האם עם הילוד (Blake et al., 2014; Golombok et al., 2004; Golombok et al., 2006; Murray et al., 2006; Van Berkel et al., 2007). באחרים נשים דיווחו כי הרגישו קשר רגשי לעובר שברחמן, קשר שהתקיים באופן מידי גם כאשר פגשו את תינוקן לראשונה, לאחר הלידה (Applegarth & Riddle, 2007). לצד אלה קיימים מחקרים שהדגישו את האמביוולנטיות ואת המורכבות הרגשית שנחווים ע"י חלק מהאימהות מתרומה (Kirkman, 2008) כמו גם מחקרים שהראו כי נשים דאגו במהלך ההריון לגבי איך והאם הן תרגשנה כ'אמא אמיתית' של הילוד (Stuart-Smith et al., 2012).

אמרי ושותפיה (Imrie et al., 2020) ערכו מחקר איכותני שבדק מחשבות ורגשות של נשים בנוגע למערכת היחסים שלהן עם ילדיהן אשר נוצרו מתרומת ביצית. במחקר נמצאו מספר אסטרטגיות דומות

לאסטרטגיות של הרופאים כפי שעלו במחקר הנוכחי, בעזרתן הנשים מארגנות את זהותן האימהית. בהתבוננות מנקודת המבט של הנשים, נמצא כי התהליך של 'הפיכת הילד לשלהן' התחיל טרם ההתעברות והמשיך לאורך שנות חייו הראשונות של הילוד. בין האסטרטגיות הדומות שנמצאו, היו - מזעור המשמעותיות של התרומה ואף הפרדה בין הביצית (של התורמת) לתינוק (של האישה), התמקדות בתינוק העתידי וברצון העז בהיותו, שיכחת קיומה של התורמת בעת ההריון וכן התייחסות להריון כתהליך המכשיר את התינוק כשייך לה. גם במחקרם של Tsui & Cheng (2018), אשר תאר את תחושותיהן של נשים שהרו בעזרת תרומת זרע או ביצית, נמצא כי ההריון היווה טקס מעבר לאימהות. הנשים תיארו את תהליך נשיאת העובר ברחמן כמסייע לביסוס מערכת היחסים בינן ובין התינוק, למרות החוסר בקשר גנטי ביניהם.

עם זאת, בניגוד לנחיצות של הרופאים בנוגע להיות התהליך חיובי באופן חד מימדי, המחקר אודות המטופלות שיקף את האמביוולנטיות והמורכבות המחשבתית סביב האימהות מתרומה. מחקרים הראו כי בתקופת ההריון הנשים היו מודעות באופן מיוחד למערכת היחסים הלא גנטית עם הילוד ואף עלו בהן מחשבות ופחדים לגבי איך הן תרגשנה כלפי התינוק לאחר הלידה ואיך הוא ירגיש כלפיהן (Imrie et al., 2020), וגם לאחר הלידה נמצא כי האימהות מרוצות מאוד מאימהותן ומרגישות אסירות תודה כלפי התורמת, אך במקביל מרגישות גם אמביוולנטיות וחרדה בהתייחס להיותן אימהות מתרומה (Van Berkel et al., 2007). כלומר ניכר כי המטופלות מצליחות להחזיק בעמדה מורכבת המאגדת תחושות מנוגדות. הן יכולות להרגיש בטוחות בעמדתן כאימהות לילדיהן ובו זמנית להביע אמביוולנטיות וחוסר וודאות ואף להכיר בעצבות המתמשכת לגבי הקשר הגנטי החסר (Imrie et al., 2020), בעוד הרופאים מחזיקים בפיצול של התהליך, לטוב ורע, שמח ועצוב.

חשוב לציין כי במחקר הנוכחי נמצאו גם קולות של רופאים שהצליחו באופן מסוים לראות את המורכבות של הסיטואציה, ולכלול בה גם רכיבים רגשיים וקוגניטיביים כחלק מתהליך לקיחת ההחלטה של המטופלת באם להשתמש בתרומת ביצית. דיאלקטיקה זו מאפשרת לרופא, לפי התאוריה אודות 'פנטזיית ההצלה', לראות את המציאות, ואת תפקידו בה, נכוחה (קלמוס, 2020). קולות אלה עלו בעיקר בשיח אודות הקשר בין האם לתינוק. גם כאן, רוב הרופאים תארו את ההורות ואת הקשר בין האם לתינוק מתרומה כמושלמים באופן אבסולוטי, לא שונים מהורות לילד מהגנטיקה של ההורים, ואולי טובים יותר. ועם זאת, בתוך שלל הקולות, נמצאו גם כאלה שהציגו תמונה מורכבת יותר, והתייחסו לאמביוולנטיות כמו גם לרגשות נוספים שעשויים לעלות כחלק מהמחשבה על השימוש בתרומה - לפני, בזמן ואחרי ההריון והלידה. נראה כי המורכבות הצליחה להתקיים כאשר הרופאים נעמדו בנעליהן של המטופלות והתבוננו על העולם דרכן ולא דרך עצמם. במקומות כאלה, ניכר כי הרופא רואה את הדברים כדילמה רגשית, מה שמקרב אותו אל המטופלת. מחקרים קודמים שבחנו את איכות ואופן הקשר וההורות בין נשים שהרו מתרומת ביצית לילדיהן, בגילאים שונים, הגיעו לממצאים דומים: רוב המחקרים העידו על קיומו של קשר חיובי בין

הורה וילד, וחלקם אף העידו על קשר מיטיב יותר לעומת הורות גנטית (Golombok et al., 2006; Golombok et al., 2004; Murray et al., 2006). לעומתם, מיעוט מחקרים התייחסו לאמביוולנטיות ולמורכבות שמייצרים הריון והורות מתרומה (Stuart-Smith et al., 2012) ולשוונות הקיימת בין הורות לילד מתרומה לעומת הורות גנטית (Imrie et al., 2019).

ממצא משמעותי נוסף שעלה מן הראיונות, התייחס לתפיסת הרופא את השלכות תרומת הביצית על התינוק העתידי. אמנם התכנון המקורי של המחקר לא כלל התייחסות גם לפן זה, אך מתוך הממצאים עלו תכנים שראויים לתשומת לב. מעניין היה לראות כי על אף הנחרצות בדבר היות התרומה פתרון מצוין עבור האם, האמביוולנטיות ניכרת אצל הרופאים כאשר הם מתייחסים לאותה השאלה, מנקודת מבטו של התינוק העתידי. דווקא ממבט זה עולה קול אחר, המציג גם פחדים ותחושות של חמלה על הקושי הכרוך בגילוי מצד הילד על שאינו שייך גנטית לאימו. כפי שאמר אחד המרואיינים: "... הילד זה לא יהיה לו... הוא לא יעבד את זה... אני חושב שזה נורא קשה. לילד! אני באמת מרחם על הילדים האלה". כלומר הרופאים מחזיקים בעמדה פרדוקסלית, לפיה לתרומה יש מצד אחד השפעה חיובית על המטופלת, ומנגד השפעה שלילית אפשרית על המציאות של הילדים הנולדים בעקבותיה.

יתכן ובכדי להצליח למלא את תפקידו נאמנה, ולהציע לנשים את תרומת הביצית כפתרון לבעיית אי הפריון שלהן, הרופא חייב, באופן מודע או שלא במודע, ליתר את החלקים הסותרים או הדיאלקטיים מהמשוואה. במידה והרופא יחזיק במודע גם את הידיעה לפיה בחירתה של המטופלת עלולה להוביל לקשיים ואף לפגיעה אפשרית בילוד, יתכן והוא יתקשה להציע תהליך זה למטופלות. החזקת עמדה מפוצלת, המייתרת את עמדת הילוד, ואיתה את ההשפעות השליליות האפשריות של התהליך, מסייעת לרופא להמשיך לעבוד ועדיין לחיות בשלום עם תפיסותיו, עמדותיו ותחושותיו.

יתכן וההתמקדות של הרופא במטופלת ובטובתה, קשורה גם לאקלים התרבותי בחברה הישראלית, המקדש אימהות, גם כאשר הבחירה בה כרוכה במחירים לא פשוטים, לעתים אף על חשבון טובת הילד. לצד זה, יתכן וההתמקדות במטופלת אפשרית בעיקר כאשר מדובר במקרים 'אפורים', בהם הדילמה המוסרית קטנה יותר, לעומת מקרים הנמצאים בקצוות, שם הקשיים ברורים יותר, כגון אישה מאוד מבוגרת עם מחלות רקע רבות, זוג הסובלים מהפרעות נפשיות פעילות שלא מאפשרות להם לגדל ילדים וכדומה.

לסיכום, חלק מהרופאים מתבוננים על התרומה בכל פעם מנקודת מבט אחת. התבוננות פרגמנטרית ומפוצלת זו שומרת ככל הנראה על הרופא מפני תחושות לא נוחות, ומשמרת את הטוב כמופרד לחלוטין מן הרע, ואינו מושפע ממנו. עם זאת, מנגנון זה אינו מאפשר לרופא לראות ברגע נתון את כל התמונה, ולקחת בחשבון את כל האספקטים הרלוונטיים אותם האישה צריכה לשמוע ולהבין כדי להגיע להחלטה באם לעבור לשימוש בתרומת ביצית. החזקת המורכבות לפיה השימוש בתרומת ביצית יכול להוות פתרון מצוין עבור

האישה, אך יש לו גם מחירים רגשיים וקונקרטיים ואף מורכבות הכוללת בתוכה גם את הילד העתידי, קשה יותר וכמעט לא מתקיימת. ראייה חד מימדית שכזו משטיחה את המורכבות של המציאות ומשאירה את המטופלת בודדה במקום בו רגשותיה נוכחים. עם זאת, ניכר כי בחלקים מסוימים של התהליך גם המטופלת עצמה בוחרת לעתים בהתבוננות דומה לזו של הרופא, התבוננות פרגמנטרית ומפוצלת, המסייעת לה להמשיך בדרכה אל עבר המטרה הנכספת (Imrie et al., 2020). כלומר לאורך הדרך הארוכה לקראת ההריון והלידה, קיימות נקודות דמיון כמו גם נקודות של שוני בהתמודדות של הרופאים והמטופלות בנוגע לאופן התנהלותם בתוך הסיטואציה. לעתים הרופאים והמטופלות עומדים בפוזיציות מנוגדות, המשפיעות אחת על השנייה באופן שלילי, אך בפעמים אחרות, החזקת המורכבות קשה לשני הצדדים והם משתמשים במנגנונים דומים של סימביוזה ופיצול, כמו גם הישענות על הפנטזיה, המסייעים לשני הצדדים לצלוח את המסע.

מגבלות המחקר

מחקר זה בדק את התפיסות ואת החוויה הרגשית של רופאי ורופאות פריון המטפלים בנשים וזוגות המנסים להרות בעזרת תרומת ביצית. בשל העובדה כי מדובר במחקר איכותני שכלל עשרים משתתפים ומשתתפות, הוא אינו מתיימר ואין בו כדי לייצג ולהכליל על כל אוכלוסיית רופאי הפריון. מגבלה זו משותפת לרוב המחקרים האיכותניים אשר המדגם בהם הינו קטן באופן יחסי.

פרט לדגימה, עולה מגבלה נוספת הקשורה לרלוונטיות של המחקר עבור מציאות חברתית אחרת. מדינת ישראל מאופיינת כמדינה פרו-נטאלית המעודדת ילודה, בה המשפחה וההורות תופסות מקום מרכזי, ואף נחשבות חובה חברתית כמעט. מצב זה יוצר ייחודיות בתרבות הישראלית, שבה נשים עוברות טיפולי פוריות רבים עוד בטרם מגיעות למחשבה על שימוש בתרומת ביצית, תהליך ארוך ומפרך המתאפשר ברוב המקרים הודות לעובדה כי טיפולי הפוריות בישראל ממומנים ברובם. העיסוק האינטנסיבי בילודה, המאמץ הרב המושקע בניסיונות אלה במקרה של קושי פריוני ומקומו של רופא הפריון בחייהם של הנשים והזוגות המתמודדים עם הקושי להרות, יתכן ושונה בין ישראל ובין שאר מדינות העולם, בהן הילודה אינה ערך ראשון במעלה, והמימון של טיפולי הפוריות הנו חלקי, אם קיים בכלל. וזה בתורו יכול להשפיע על החוויה של הרופא את התהליך, את האישה ואת הבחירה בתרומה. כלומר ייתכן שהממצאים שהתקבלו במחקר הנוכחי משקפים את הקונטקסט הישראלי וייחודיים לו ולכן מומלץ לערוך מחקרים מקבילים בחברות אחרות, ולבדוק את הפרספקטיבה התרבותית באמצעות השוואה בין מדינות עם גישות שונות לפריון.

השלכות פרקטיות של המחקר

המחקר הנוכחי מציב בקדמת הבמה את אוכלוסיית הרופאים והרופאות, שהנה משמעותית מאוד לתהליך הפריון ולמרות זאת אינה זוכה להתייחסות הולמת בפן המחקרי. מן המחקר עלה כי התהליך ותוצאותיו משפיעים על רווחתם הנפשית של הרופאים והרופאות המלווים את הנשים והזוגות

המשתוקקים להריון, כמו גם על תפיסתם את עצמם כרופאים. הבנה מחקרית זו עשויה לתרום להגברת המודעות אודות מורכבות החוויה של המטפלים ולחדד את המחשבה על הצורך לראות לא רק את המטופלת במרכז כי אם גם לתת מענה ותמיכה למטפל העיקרי בה.

הרופאים והרופאות רואים עצמם כתומכים במטופלות תוך שהם מעודדים ומכילים אותן ברגעי מצוקה. תפקיד זה כשלעצמו יכול לשים על כתפיהם משקל כבד. במקביל, הם מתמודדים גם עם תחושותיהם שלהם לגבי התהליך והכישלונות שהוא טומן בחובו, תחושות כגון כשלון אישי ואפסיות. אחת הדרכים להתמודד עם קשיים אלה הנה להציע לרופאים ולרופאות להיעזר בליווי פסיכולוגי, אשר יכול לסייע להם לעבד את תחושותיהם. בספרות ידוע כי רופאים אשר מעבדים את תחושותיהם ייטו פחות לשחיקה מקצועית (Jackson-Koku & Grime, 2019).

ליווי פסיכולוגי יוכל לסייע לרופאים ולרופאות להגביר את המודעות בנוגע לנקודות עיוורות המפעילות אותם בהתנהלותם עם ומול מטופלות הפריון. למשל, נמצא במחקר כי קיימים גורמים לא רפואיים המשפיעים על דעתם ועל החלטותיהם המקצועיות, גורמים כגון ערכים אישיים, תפיסות וסדר עדיפויות. הבנת ההשפעה שיש לגורמים אלה על התנהלותם, יכולה לסייע לרופאים להחזיר לעצמם את השליטה ואת הבחירה באופן בו הם רוצים לפנות אל המטופלת, המידע אותו הם רוצים לחלוק איתה וכדומה. באותו האופן, הכרת אותן נקודות עיוורות והבנתן תוכלנה לסייע לרופאים ולרופאות לבצע אינטגרציה בתפיסתם את האם ואת היילוד כך שיוכלו לשאת את בחירתם לסייע לנשים אלו להרות בעזרת תרומת ביצית, מבלי לחוות את הפער המוביל אותם לפיצול בין העמדות.

לבסוף, ייעוץ פסיכולוגי יוכל לסייע לרופאים ולרופאות לחשוב על המידע אותו היו רוצים להעביר למטופלות בנוגע לשימוש בתרומת ביצית, ובאיזה אופן, בכדי שהן תוכלנה להגיע להחלטה אוטונומית בנוגע לעתידן ובחירותיהן.

הצעה למחקרי המשך

בשל ראשוניותו, המחקר הנוכחי יכול לספק בסיס למחקרי המשך, איכותניים וכמותניים כאחד, בתחום קשיי הפריון, מנקודת מבטו של הצוות המטפל. ניתן להרחיב את המחקר הן לאנשי טיפול נוספים הנוגעים לתחום (הצוות הסיעודי, הצוות הפסיכוסוציאלי), והן לתחומי עיסוק נוספים איתם מתמודדים הרופאים (רופאים המטפלים בנשים שעוברות תהליך פונדקאות, נשים המתמודדות עם הורות משותפת, הורות יחידנית וכדומה). כמו כן, לאור התכנים המשמעותיים שעלו ממחקר זה, נראה כי כדאי לחזור ולחקור את תפיסתם של הרופאים את השלכות תרומת הביצית על התינוק העתידי. לבסוף, חשוב במיוחד לקיים מחקר המשך אשר יבחן את אותן השאלות של המחקר הנוכחי, מנקודת מבטן של הנשים המנסות להרות בעזרת תרומת ביצית, ובני זוגן (במידה וקיימים). מחקר שכזה יהווה השלמה למחקר הנוכחי, ויאפשר לנו לראות את התמונה המלאה, מזוויותיה השונות.

ביבליוגרפיה

- בר חוה, א., שינקמן בן זאב, ע. (2008). פוריית מאלף ועד טף : כל מה שצריך לדעת על בעיות פוריית והטיפול בהן. תל אביב: ידיעות אחרונות.
- ברמן, ע. (2018). ויניקוט מטפל לכל עת. בתוך ע' ברמן (עורך) הפסיכולוגיה של השיגעון: תרומה מן הפסיכואנליזה (9-23). תל אביב, ס עובד.
- בר נס, א. (2020). פנטזיית ההצלה והמטפלת הטובה דיה. בתוך אתר בטיפולנט: https://www.betipulnet.co.il/particles/Rescue_fantasy_and_the_good_enough_therapist
- קלמוס, ע' (2020). בארץ הדברים הראשונים: המטפל כבולם זעזועים בצומת של התמוטטות נפשית. בתוך אתר בטיפולנט: https://www.betipulnet.co.il/particles/The_therapist_as_a_shock_absorber_at_the_intersection_of_mental_breakdown
- שחורי סטאל, מ. (2020). כאשר פנטזיית ההצלה של המטפל פוגשת מטופל המסרב להינצל. בתוך אתר בטיפולנט: https://www.betipulnet.co.il/particles/When_the_rescue_fantasy_encounter_a_patient_who_refuses_to_be_saved
- שלסקי, ש. ואריאלי, מ. (2001). מהגישה הפרשנית לגישות הפוסט-מודרניסטיות בחקר החינוך. בתוך: צבר-בן יהושע, נ. (עורכת), מסורות וזרמים במחקר האיכותי (עמ' 76-31). לוד: דביר.
- שקדי, א. (2003). מילים המנסות לגעת - מחקר איכותני, תיאוריה ויישום. תל-אביב: רמות.
- Abu-Sharkia, S., Taubman-Ben-Ari, O., & Mofareh, A. (2020). Secondary traumatization and personal growth of healthcare teams in maternity and neonatal wards: The role of differentiation of self and social support. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 283-291.
- Applegarth, L.D., & Riddle, M.R. (2007). What do we know and what can we learn from families created through egg donation? *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 6(2), 90-96.
- Blake, L., Casey, P., Jadva, V., & Golombok, S. (2014). 'I was quite amazed': donor conception and parent-child relationships from the child's perspective. *Children & Society*, 28(6), 425-437.
- Blakemore, J. K., Voigt, P., Schiffman, M. R., Lee, S., Besser, A. G., & Fino, M. E. (2019). Experiences and psychological outcomes of the oocyte donor: a survey of donors post-donation from one center. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 38(10), 1999-2005.
- Boivin, J., Domar, A. D., Shapiro, D. B., Wischmann, T. H., Fauser, B. C., & Verhaak, C. (2012). Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. *Human Reproduction*, 27(4), 941-950.
- Borghi, L., Menichetti, J., & Vegni, E. (2021). Patient-Centered Infertility Care: Current Research and Future Perspectives on Psychosocial, Relational, and Communication Aspects. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 386-393.
- Brickley, B., Williams, L. T., Morgan, M., Ross, A., Trigger, K., & Ball, L. (2021). Putting patients first: development of a patient advocate and general practitioner-informed model of patient-centred care. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-9.

- Cedar, S. H., & Walker, G. (2020). Protecting the wellbeing of nurses providing end-of-life care. *Nursing Times*, *116*(2), 36-40.
- Chaitchik, S., Kreitler, S., Shaked, S., Schwartz, I., Rosin, R. (1992). Doctor-patient communication in a cancer ward. *Journal of Cancer Education*, *7*, 41-54.
- Chaitchik, S., Kreitler, S., Shaked, S., Schwartz, I., Rosin, R. (1992). Doctor-patient communication in a cancer ward. *Journal of Cancer Education*, *7*, 41-54.
- Chan, C. H. Y., Lau, H. P. B., Tam, M. Y. J., & Ng, E. H. Y. (2016). A longitudinal study investigating the role of decisional conflicts and regret and short-term psychological adjustment after IVF treatment failure. *Human Reproduction*, *31*(12), 2772-2780.
- Chan, C. H. Y., Lau, B. H. P., Tam, M. Y. J., & Ng, E. H. Y. (2019). Preferred problem solving and decision-making role in fertility treatment among women following an unsuccessful in vitro fertilization cycle. *BMC Women's Health*, *19*(1), 1-11.
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C.C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, *11*, 75-86.
- Cook, E.P. (1987). Characteristics of the biopsychosocial crisis of infertility. *Journal of Counseling and Development*, *65*, 465-470.
- Cottrell, E. C., & Seckl, J. (2009). Prenatal stress, glucocorticoids and the programming of adult disease. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *3*, 19.
- Cramond, J. (1998). Counselling needs of patients receiving treatment with gamete donation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *8*, 313-321.
- Creswell, J. . (2007). Designing a qualitative study. In *Qualitative inquiry and research design- Choosing among five approaches* (2nd ed., pp. 35-41). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Curvo Leite, R., Makuch, M., Petta, C., Siani Morais, S. (2005). Women's satisfaction with physicians' communication skills during an infertility consultation. *Patient Education Counseling*, *59*(1), 38-45.
- Daniels, K. (2005). Is blood really thicker than water? Assisted reproduction and its impact on our thinking about family. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *26*(4), 265-270.
- Daniluk, J.C. (1988). Infertility: Intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and Sterility*, *49*, 982-990.
- Esman, A. H. (1987). Rescue fantasies. *The Psychoanalytic Quarterly*, *56*(2), 263-270.
- Facchin, F., Leone, D., Tamanza, G., Costa, M., Sulpizio, P., Canzi, E., & Vegni, E. (2020). Working With Infertile Couples Seeking Assisted Reproduction: An Interpretative Phenomenological Study With Infertility Care Providers. *Frontiers in Psychology*, *11*.
- Firth-Cozens, J., Midgley, S. J., & Burges, C. (1999) Questionnaire survey of posttraumatic stress disorder in doctors involved in Omaha bombing. *British Medical Journal*, *319*, 609-1609.
- Fontana, A., & Frey, J. H. (2000). The interview: from structured questions to negotiated text. In N. K. Denzin & Y. . Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 645-673). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Golombok, S., MacCallum, F. (2003). Practitioner review: outcome for parents and children following non traditional conception: what do clinicians need to know? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*(3), 303-315.
- Golombok, S., Lycett, E., MacCallum, F., Jadvá, V., Murray, C., Rust, J., ... & Margara, R. (2004). Parenting infants conceived by gamete donation. *Journal of Family Psychology*, *18*(3), 443.
- Golombok, S., Murray, C., Jadvá, V., Lycett, E., MacCallum, F., & Rust, J. (2006). Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent–child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Human Reproduction*, *21*(7), 1918-1924.
- Granek, L., Barbera, L., Nakash, O., Cohen, M., & Krzyzanowska, M. K. (2017). Experiences of Canadian oncologists with difficult patient deaths and coping strategies used. *Current Oncology*, *24*(4), 277-284.
- Greenson, R. R. (1966). That “impossible” profession. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *14*(1), 9-27.
- Grill, E. (2015). Role of the mental health professional in education and support of the medical staff. *Fertility and Sterility*, *104*(2), 271-276.
- Guillemin, M., & Gillam, L. (2004). Ethics, reflexivity, and “ethically important moments” in research. *Qualitative Inquiry*, *10*(2), 261–280. <https://doi.org/10.1177/1077800403262360>
- Hertz, D. (1982). Infertility and the physician-patient relationship: A biopsychosocial challenge. *General Hospital Psychiatry*, *4*(2), 95-101.
- Hetzler III, P. T., & Dugdale, L. S. (2018). How Do Medicalization and Rescue Fantasy Prevent Healthy Dying?. *AMA Journal of Ethics*, *20*(8), 766-773.
- Imrie, S., Jadvá, V., Fishel, S., & Golombok, S. (2019). Families created by egg donation: Parent–child relationship quality in infancy. *Child development*, *90*(4), 1333-1349.
- Imrie, S., Jadvá, V., & Golombok, S. (2020). “Making the child mine”: Mothers’ thoughts and feelings about the mother–infant relationship in egg donation families. *Journal of Family Psychology*, *34*(4), 469.
- Imrie, S., & Golombok, S. (2018). Long-term outcomes of children conceived through egg donation and their parents: a review of the literature. *Fertility and Sterility*, *110*(7), 1187-1193.
- Jackson-Koku, G., & Grime, P. (2019). Emotion regulation and burnout in doctors: a systematic review. *Occupational Medicine*, *69*(1), 9-21.
- Kaczor, E. E., Carreiro, S., Stapp, J., Chapman, B., & Indic, P. (2020). Objective measurement of physician stress in the emergency department using a wearable sensor. In *Proceedings of the... Annual Hawaii International Conference on System Sciences. Annual Hawaii International Conference on System Sciences* (Vol. 2020, p. 3729). NIH Public Access.
- Kerasidou, A., & Horn, R. (2016). Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Medical Ethics*, *17*, 8-13.
- Kerasidou, A., Bærøe, K., Berger, Z., & Brown, A. E. C. (2020). The need for empathetic healthcare systems. *Journal of Medical Ethics*.
- Kirkman, M. (2003). Infertile women and the narrative work of mourning: Barriers to the revision of autobiographical narratives of motherhood. *Narrative Inquire*, *13*: 243-262.

- Kirkman, M. (2008). Being a 'real mum': Motherhood through donated eggs and embryos. *Women's Studies International Forum*, 31, 241-248.
- Lalos, A. (1997). The impact of diagnosis on cervical and endometrial cancer patients and their spouses. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 6, 513-519.
- Lalos, A. (1999). Breaking bad news concerning fertility. *Human Reproduction*, 14(3), 581-585.
- Lampic, C., Skoog Svanberg, A., Sydsjö, G. (2009). Attitudes towards gamete donation among IVF doctors in the Nordic countries - are they in line with national legislation? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 26, 231-238.
- Landau, R., Weissenberg, R., & Madgar, I. (2008). A child of "hers": older single mothers and their children conceived through IVF with both egg and sperm donation. *Fertility and Sterility*, 90(3), 576-583.
- Laor-Maayany, R., Goldzweig, G., Hasson-Ohayon, I., Bar-Sela, G., Engler-Gross, A., & Braun, M. (2020). Compassion fatigue among oncologists: the role of grief, sense of failure, and exposure to suffering and death. *Supportive Care in Cancer*, 28(4), 2025-2031.
- Leone, D., Borghi, L., Del Negro, S., Becattini, C., Chelo, E., Costa, M., ... & Vegni, E. (2018). Doctor-couple communication during assisted reproductive technology visits. *Human Reproduction*, 33(5), 877-886.
- Leone, D., Menichetti, J., Barusi, L., Chelo, E., Costa, M., De Lauretis, L., ... & Vegni, E. (2017). Breaking bad news in assisted reproductive technology: a proposal for guidelines. *Reproductive Health*, 14(1), 1-10.
- Lutjen, P., Trounson, A., Leeton, J., Findlay, J., Wood, C., Renou, P. (1984). The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature*, 307, 174-175.
- Lupton, D. (1997). Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science & Medicine*, 45(3), 373-381.
- McCarley, T. H. (1963). Psychological Aspects of Pain in Patients with Terminal Cancer. *California Medicine*, 99(1), 16.
- McClafferty, H., Brown, O.W. (2014). Physician health and wellness. *the American Academy of Pediatrics*, 134(4), 830-835.
- McGinley, E. & O'Reilly, J. (1994). Psychodynamic supervision for junior hospital doctors. *Psychiatric Bulletin*, 18(2), 85-87.
- Menning, B.E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34, 313-319.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. sage.
- Molleman, E., Krabbendam, P., Annyas, A. Koops, H., Sleijfer, D., Vermey, A. (1984). The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. *Sociological Science and Medical*, 18(6), 475-480.
- Mosconi, L., Crescioli, G., Vannacci, A., & Ravaldi, C. (2021). Communication of Diagnosis of Infertility: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12, 464.
- Murray, C., & Golombok, S. (2003). To tell or not to tell: the decision-making process of egg-donation parents. *Human Fertility*, 4(2), 89-95.

- Murray, C., MacCallum, F., & Golombok, S. (2006). Egg donation parents and their children: follow-up at age 12 years. *Fertility and Sterility*, *85*(3), 610-618.
- Osborne, S., Biaggi, A., Chua, T. E., Du Preez, A., Hazelgrove, K., Nikkheslat, N., ... & Pariante, C. M. (2018). Antenatal depression programs cortisol stress reactivity in offspring through increased maternal inflammation and cortisol in pregnancy: The psychiatry research and motherhood–depression (PRAM-D) study. *Psychoneuroendocrinology*, *98*, 211-221.
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., ... & Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, *178*(10), 1317-1331.
- Patton, M. O. (1980). *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.
- Pennings, G. (2017). Disclosure of donor conception, age of disclosure and the well-being of donor offspring. *Human Reproduction*, *32*(5), 969-973.
- Rauprich, O., Berns, E., & Vollmann, J. (2011). Information provision and decision-making in assisted reproduction treatment: results from a survey in Germany. *Human Reproduction*, *26*(9), 2382-2391.
- Rossi, B. V., Bressler, L. H., Correia, K. F., Lipskind, S., Hornstein, M. D., & Missmer, S. A. (2016). Lifestyle and in vitro fertilization: what do patients believe?. *Fertility Research and Practice*, *2*(1), 1-8.
- Saviani-Zeoti, F. & Lopes Petean, E.B. (2007). Breaking bad news: doctors' feelings and behaviors. *The Spanish Journal of Psychology*, *10*(2), 380-387.
- Sansone, R.D , Sansone, L.A. (2012), Physician grief with patient death. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *9*(4), 16-22.
- Schildmann, J., Tan, J., Salloch, S., & Vollmann, J. (2013). “Well, I think there is great variation...”: a qualitative study of oncologists' experiences and views regarding medical criteria and other factors relevant to treatment decisions in advanced cancer. *The Oncologist*, *18*(1), 90.
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. Teachers college press.
- Shanafelt, T., Adjei, A. & Meyskens, F.L. (2003). When your favorite patient relapses: physician grief and well-being in the practice of oncology. *Journal of Clinical Oncology*, *21*(13), 2616-2619.
- Smith, J.A. (1999). Identity development during the transition to motherhood: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *17*(3), 281-299.
- Stuart-Smith, S. J., Smith, J. A., & Scott, E. J. (2012). To know or not to know? Dilemmas for women receiving unknown oocyte donation. *Human reproduction*, *27*(7), 2067-2075.
- Sussman, M. B. (2007). *A curious calling: Unconscious Motivations for Practicing Psychotherapy*. Jason Aronson.

- Sutherland, R. (2019). Focus: death: dying well-informed: the need for better clinical education surrounding facilitating end-of-life conversations. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 92(4), 757.
- Taubman - Ben Ari, O & Weintroub, A. (2008). Meaning in life and personal growth among pediatric Physicians and Nurses. *Death Studies*, 32, 621–645.
- Thaldar, D. (2020). Egg donors' motivations, experiences, and opinions: A survey of egg donors in South Africa. *PloS One*, 15(1), e0226603.
- Timothy, G.J., Douglas, T.C. (2012). Dynamic alterations in the paternal epigenetic landscape following fertilization. *Frontiers in Genetics*, 3, 1-8.
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 400-411.
- Tsui, E. Y. L., & Cheng, J. O. Y. (2018). When Failed Motherhood Threatens Womanhood: Using Donor-Assisted Conception (DAC) as the Last Resort. *Asian Women*, 34(2), 33-60.
- Vaknin, O., & Wiseman, H. (2021). Rescue fantasies in the personal and professional relational narratives of psychotherapists. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(2), 442-447.
- Van Berkel, D., Candido, A., & Pijffers, W. H. (2007). Becoming a mother by non-anonymous egg donation: secrecy and the relationship between egg recipient, egg donor and egg donation child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(2), 97-104.
- Van Den Akker, O. (2006). A review of family donor constructs: Current research and future directions. *Human Reproduction Update*, 12(2), 91-101.
- Warsiti, W. (2020). The Effect of Maternal Role Intervention with Increased Maternal Role Identity Attainment in Pregnancy and Infant Growth: A Meta-analysis. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 8(F), 287-292.
- Watt, I., Nettleton, S. & Burrows, R. (2008). The views of doctors on their working lives: a qualitative study. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101, 592–597.
- Weilenmann, S., Schnyder, U., Keller, N., Corda, C., Spiller, T. R., Brugger, F., ... & Pfaltz, M. C. (2021). Self-worth and bonding emotions are related to well-being in health-care providers: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 21(1), 1-10.
- Weilenmann, S., Schnyder, U., Parkinson, B., Corda, C., Von Kaenel, R., & Pfaltz, M. C. (2018). Emotion transfer, emotion regulation, and empathy-related processes in physician-patient interactions and their association with physician well-being: a theoretical model. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 389.
- Weng, H. C., Chen, H. C., Chen, H. J., Lu, K., & Hung, S. Y. (2008). Doctors' emotional intelligence and the patient–doctor relationship. *Medical Education*, 42(7), 703-711.
- Yaakubov, L., Hoffman, Y., & Rosenbloom, T. (2020). Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth and their association in emergency room physicians and nurses. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1830462.

נספחים

נספח 1: קו מנחה לראיון מובנה למחצה

פתיחה לראיון

אציג את עצמי לפני המראיון או המרואיינת כפסיכולוגית רפואית העובדת בבית החולים מאיר בכפר סבא, ביחידת הפריון וההפריה החוץ גופית, אשר עושה מחקר במסגרת השלמות לדוקטורט במחלקה ללימודי מגדר בבר אילן. המחקר עוסק בנקודת המבט של רופאי ורופאות הפריון על השימוש בתרומת ביצית בכדי להרות. חשוב לנו להבין כיצד הרופא עצמו חווה את התהליך ומהם הרגשות הקשורים בכך. לצורך הקשבה חוזרת לדברים שיאמרו, ובכדי לשמור על דיוק, אשתמש במהלך הריאיון בטלפון הנייד לצורך הקלטה, לאחר שאקבל את רשותם לכך. אדגיש כי הנושא אישי, והסודיות של המרואיינים תישמר.

שאלות פתיחה

- ספרי לי בכמה מילים על עצמך (אישי ומקצועי).
- איך הגעת לתחום הפריון? מה משך אותך?

תפיסת התפקיד (באופן כללי ולא רק על העבודה עם תרומת ביצית)

- איך את/ה תופסת את תפקידך?
- מה הדבר הכי מאתגר מבחינתך בעבודתך?
- מה הדבר הכי קשה בשבילך בלהיות רופא/ת פריון?
- מה הדבר הכי מספק, או מתגמל, בלהיות רופא/ת פריון?
- איך את/ה חווה את הקשר שלך עם האישה או הזוג?
- עם מי התקשורת במהלך השיחה/מפגשים?
- מה לדעתך מידת ההשפעה שיש לך, אם בכלל, על החלטות האישה או בני הזוג?

החוויה הרגשית סביב ליווי המטופלים

- האם יש הבדל מבחינת החוויה שלך אל מול סוגי הטיפולים השונים? (IVF לעומת ED)
- האם יש הבדל בין סוגי הטיפולים השונים מבחינת החוויה של האישה או הזוג?
- האם יש הבדל בחוויה או בתחושה שלך מול זוג שליווית בתהליך ה IVF ואז אתם עוברים ביחד לתרומת ביצית, לעומת זוג שמגיע אליך לטיפול סביב תרומת ביצית?
- איך את/ה מרגישה כאשר את/ה הוא/יא זהו/ה שצריך/ה לבשר להם את הבשורה?
- איך את/ה מרגישה כאשר מגיע הצורך לעבור לשימוש בתרומת ביצית?
- איך את/ה מרגישה אם או כשהטיפול מצליח?
- איך את/ה מרגישה אם או כשהטיפול נכשל?

תפיסות אודות תרומת ביצית ומשמעותה

איך לדעתך משפיעה עובדת התרומה על חוויית האימהות? איך את/ה מסביר/ה השפעות אלה?

- האם ובמה שונה לדעתך אימהות לילד מתרומה לעומת ילד גנטי של ההורים?
- מה הציפיות של האישה או הזוג בעיניך? איזה ציפיות את/ה מרגישה שהם שמים עליך, ואיך אתה מתמודד עם זה?

שאלות סיכום

- האם יש משהו שעלה לך בראש וחשוב לך לומר ולא אמרת?
- איך הרגשת במהלך הריאיון?
- איזו תחושה הייתה לך כשדיברת על הזוגות בהם את/ה מטפלת?
- איזו תחושה הייתה לך כשדיברת על החוויה שלך?
- האם אפשרי שאחזור אלייך במידה ותעלנה לי שאלות נוספות או על מנת לשתף בתובנות ובמצאי המחקר, בשלב מאוחר יותר?

תודה רבה על השיתוף ועל המוכנות לנהל דיאלוג בנושא.

נספח 2: טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר

נושא המחקר: בחינת התפיסות והחווייה הרגשית של רופאי ורופאות פריון המטפלים בנשים העוברות תהליך של תרומת ביצית	
שם החוקר: פרופ' אורית טאובמן – בן-ארי	
כתובת דוא"ל להתקשרות:	taubman @ biu.ac.il

אני הח"מ:

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' ת"ז:
-----------	----------	----------

כתובת:	מיקוד:
--------	--------

א. מצהירה/ה בזה כי אני מסכימה/ה להשתתף במחקר כמפורט במסמך זה.

ב. מצהירה/ה בזה כי הוסבר לי ע"י החוקרת כדלהלן:

1. כי החוקרת קיבלה מוועדת האתיקה של אוניברסיטת בר אילן אישור לביצוע המחקר.
2. כי אני חופשי/ה לסרב להשתתף בראיון או להפסיק את הריאיון בכל עת בלי להינזק.
3. כי מובטחת סודיות בכל הנוגע לפרטיי האישיים ולכל פרט אחר שעלול לחשוף את זהותי.
4. מידע מפורט על המחקר ובייחוד פרטים בנוגע למטרת המחקר, לחשיבות המחקר ותרומתו, למשך הריאיון, לסיכונים אפשריים ו/או אי-נוחות העלולה להיגרם.
5. למי אוכל לפנות לצורך הבהרות לגבי השתתפות בראיון (שם וכתובת להתקשרות):

רעות בן קמחי, reutsin@hotmail.com , 052-2211296 אורית טאובמן – בן-ארי, taubman@biu.ac.il , 052-4521301

6. למי אוכל לפנות אם יתעורר צורך לשוחח עם איש מקצוע בעקבות הריאיון (שם של איש מקצוע וכתובת להתקשרות):

רעות בן קמחי, reutsin@hotmail.com , 052-2211296
--

- ג. הנני מצהירה/ה בזה כי את הסכמתי הנ"ל נתתי מרצוני החופשי, הבינתי את כל האמור לעיל, ואני מוכנה/ה שייעשה שימוש בראיון לצורכי מחקר בלבד.

שם המשתתפת במחקר _____ חתימה _____ תאריך _____

ד. הצהרת החוקרת

ההסכמה הנ"ל נתקבלה על ידי וזאת לאחר שהסברתי למשתתפת/ת במחקר את כל האמור לעיל ווידאתי שכל הסבריי הובנו על ידו/ה.

שם החוקרת _____ חתימה _____ תאריך _____

Abstract

Medical teams are routinely exposed to difficult situations during the course of their work and have to deal with various stressful situations. Repeated exposure to physical and mental suffering sometimes leads to difficult feelings and can affect the personal and family lives of physicians and even interfere with their professional functioning. The few studies in the literature that examined the feelings of physicians and their emotional responses, focused primarily on emergency medicine and chronic and terminal diseases. However, it seems that in the field of fertility there are also situations that can evoke complex feelings among physicians, which may affect their personal life as well as professionalism.

The present study examined the perceptions and emotional experiences of fertility physicians treating women undergoing IVF process using an egg donation. The study was conducted using semi-structured in-depth interviews with 20 infertility physicians.

We used categorical analysis, through which two main categories emerged. The first category concerned the physicians' perception of themselves and included three themes: the physicians' role; their relationship with the patient; and their perception of the results of the medical treatment. The second category concerned the physicians' perception of egg donation and its meanings, and included two main themes: The first concerned doctor-patient communication around considering the use of egg donation and how this idea was presented to the patient; The second was related to doctors' perspectives regarding the implications of using egg donation, in relation to the establishment of maternal identity, the perceived relationship between mother and infant and her sense of the newborn's identity.

The findings demonstrate how fertility treatments affect the well-being of the physicians who treat women and couples longing for pregnancy, as well as their perception of themselves as doctors. The study has also demonstrated how doctors position themselves within the discourse regarding the use of egg donation, as well as their perceptions regarding the relationship between mother and her infant.

The importance of the study lies in its pioneering and groundbreaking, and in concerning a contemporary, sensitive topic. The knowledge gained may contribute by raising awareness

regarding the complexity of the emotional experience the physicians are facing, as well as by creating new ways to manage these situations.

This work was carried out under the supervision of Professor Orit Taubman – Ben-Ari,
The School of Social Work, Bar-Ilan University

Bar Ilan University

**Perceptions and Emotional Experiences of Fertility Physicians
Treating Women Undergoing an IVF Process Using an Egg Donation**

Reut Ben-Kimhy

Submitted in partial fulfillment of the requirements for the Master's Degree in The
Interdisciplinary Studies Unit - Gender Studies Program, Bar-Ilan University