

התמדה בטיפולי פוריות למרות כישלונות חוזרים: אופטימיות לא ריאלית במציאות של תרבות פרו- נטליסטית*

מעין אברמוב¹, ** עינת שלום-פז^{2,3}, ויעל בנימיני⁴

¹ השירות הסוציאלי, המרכז הרפואי הלל יפה

² המחלקה למיילדות וגינקולוגיה, יחידת הפריה חוץ גופית, המרכז הרפואי הלל יפה

³ הפקולטה לרפואה, הטכניון

⁴ בית הספר לעבודה סוציאלית על שם בוב שאפל, אוניברסיטת תל אביב

תקציר

רקע: הפסקת טיפולי פוריות היא החלטה קשה, אך ברוב המדינות מגבלות כלכליות מספקות הצדקה לכך. בישראל, מימון נרחב מאפשר לנשים לעבור מחזורי טיפול רבים גם כשסיכויי ההצלחה ירודים, ובכך מספק כר לחקר המנגנונים הפסיכולוגיים הכרוכים בכך.

מטרת המחקר: חקר התרומה של אופטימיות לא מציאותית לכוונה להמשיך בטיפולי פוריות גם לאחר כישלונות חוזרים ולהסתגלות הנפשית לטיפולים, בהשוואה בין קבוצות גיל.

שיטת המחקר: מאה מטופלות בהפריה חוץ-גופית בין הגילים 31–45, שעברו 1–22 מחזורי טיפול, מילאו שאלונים על הערכתן את סיכויי הצלחת הטיפול (שלהן ושל מטופלת בת גילן), הערכת הסיכויים שהתקבלה מהרופא/ה, כוונת להמשיך הטיפול והסתגלות נפשית. מעקב נערך 17 (±4) חודשים לאחר מכן, בטלפון (n=71) ו/או דרך התיעוד הרפואי (n=90).

ממצאים: רוב הנשים (57%) דיווחו כי תמשכנה בטיפולים ככל שיידרש עד לידת ילד, ורק 25% פירטו תוכנית ספציפית. הערכות הנשים לגבי סיכויי ההצלחה העלו אופטימיות בלתי מציאותית ללא קשר

* המחברות מודות לכתב העת *International Journal of Behavioral Medicine* על מתן האישור לתרגום בעברית של מאמר זה, שפורסם בו במקור:

Abramov, M., Shalom-Paz, E., & Benyamini, Y. (2022). Persevering in fertility treatments despite failures: Unrealistic optimism and the reality of a pronatalist culture. *International Journal of Behavioral Medicine*, 29, 209-219. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-10001-5>

** המחקר מומן על ידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, מענק מס' ר/6102/011.

לגילן, להיסטוריית הטיפולים או לכוונה להמשיכם, אך עם קשר להסתגלות נפשית טובה יותר. במעקב נמצא כי כמעט כל הנשים שלא הרו המשיכו בטיפולים.

מסקנות והשלכות לפרקטיקה ולמדיניות: אופטימיות לא מציאותית מסייעת לנשים לשמר את התקווה והרווחה הנפשית במסע התובעני להורות ביולוגית, ותורמת להתמדה בטיפולים, ללא קשר לסיבות אובייקטיביות. חשוב לעודד שיח ציבורי לגבי מבני משפחה מגוונים ולספק למטופלות פוריות טיפול רגשי ותמיכה בצמתי קבלת החלטות.

מילות מפתח: אי-פוריות, הפריה חוץ-גופית, אופטימיות לא מציאותית, הפסקת טיפול, הסתגלות נפשית, מצוקה.

מבוא

הגיל הממוצע ללידה ראשונה בקרב נשים מעל גיל 35 עלה באירופה ובארה"ב בעשורים האחרונים (Maheshwari et al., 2008; Mathews & Hamilton, 2014). נשים רבות רוצות ללדת ילדים בין גיל 30 ל-40, או אפילו מאוחר יותר, והן אופטימיות לגבי יכולתן לעשות זאת (Mac Dougall et al., 2013). גם אחרי גיל 40, על אף המודעות לירידה בפריון עם העלייה הגיל, נשים רבות מאמינות שבאמצעות טיפולי הפריה חוץ-גופית הן יוכלו להתגבר על הבעיה (Maheshwari et al., 2008; Wyndham et al., 2012). אולם המציאות מראה אחרת: אחוזי ההצלחה בהפריה חוץ-גופית יורדים בכל הגילים אחרי 3-4 מחזורי הטיפול הראשונים, ומעל גיל 40 הסיכויים הראשוניים נמוכים אף יותר והם יורדים במהירות רבה יותר (Smith et al., 2015). הפריה חוץ-גופית אינה מפצה באופן מלא על הירידה בפריון עם הגיל (Leridon, 2004). נוסף על כך, סקירות ספרות מראות כי טיפולי פוריות גובים מחיר רגשי גבוה, כמו עצב, כעס, חרדה, אובדן שליטה וסטיגטיזציה, ומלווים בהופעת סימפטומים פיזיולוגיים כגון בחילה, חום, עייפות, כאבים ועלייה במשקל (Cousineau & Domar, 2007; Eugster & Vingerhoets, 1999). עוד נמצא כי הטיפולים מלחיצים בפני עצמם, נוסף על הלחץ המלווה את חוויית העקרות (Greil et al., 2011).

כאשר מתבוננים בכל זאת יחד, מתעוררות שאלות בנוגע לגורמים שמובילים נשים להתמיד בטיפולי פוריות גם בגיל מבוגר ולאחר היסטוריה של מחזורי טיפול כושלים. מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את הגורמים הללו בקרב נשים שעוברות טיפולי פוריות בישראל, היכן שנושא הפוריות עבר תהליך נרחב של מדיקליזציה, כמו ברבות מהמדינות המפותחות. תפיסות הטיפול ונגישותו תלויות מאוד בהקשר החברתי (Bell, 2016), וישראל בולטת בהקשר זה: הלחצים החברתיים לילודה חזקים בחברה זו, ובהתאם לכך היקף המימון של המדינה והזכאות לטיפולי פוריות בה נדיבים מאוד. הקשר זה מבטל במידה רבה את האילוצים הכלכליים הכרוכים בהמשך הטיפולים. כך נוצרת הזדמנות לחקור את המנגנונים הפסיכולוגיים שמובילים ומאפשרים לנשים להמשיך בטיפולי פוריות אפילו כאשר הסיכויים להצלחת הטיפול נמוכים מאוד, ולמרות המחיר הגבוה שהן נאלצות לשלם.

האימהות נתפסת כמשימה לאומית בישראל (Berkovitch, 1997), חברה שבה קיים לחץ עצום להולדת ילד ביולוגי (Birenbaum-Carmeli, 2009). תרומת ביציות מורכבת מבחינה דתית ביהדות, מכיוון שדת האם קובעת את הדת של הילד, ובאסלאם תורמים מצד שלישי אינם מקובלים (Landau, 2004). גם אימוץ הוא דבר נדיר ביותר: בהשוואה לכ-180 אלף לידות בשנה, בשנת 2016 אומצו בישראל רק 24 ילדים ישראלים ו-24 ילדים מחו"ל מתחת לגיל שנתיים, ובשנת 2017 מספר האימוצים עמד על 36 ו-17 בהתאמה (סגל ועמיתים, 2019). המדיניות הממסדית משתלבת באידאולוגיה המעודדת "משפחה טבעית" (ביולוגית): טיפולי הפריה חוץ-גופית נדיבים ממומנים מהקופה הציבורית, ואילו תרומת ביציות, פונדקאות ואימוץ דורשים מהפרט מאמץ כלכלי ניכר (Birenbaum-Carmeli, 2009). בהמשך לכך, היעדר ילדים אינו מקובל מבחינה חברתית (Remennick, 2000): היעדר ילדים מרצון כמעט לא קיים בישראל וחלה סטיגמה קשה נגד בחירה כזו (Donath, 2007), ואפילו הולדת ילד אחד אינה מפחיתה את הלחץ החברתי להרחבת המשפחה (Benyamini et al., 2005).

משום כך, אין זה מפתיע שמספר מרפאות הפוריות ומספר מחזורי הטיפול לנפש בישראל הם הגבוהים בעולם (de Mouzon et al., 2009). מצב זה משקף גורמים חברתיים, היסטוריים, פוליטיים ותרבותיים המעצבים את הילודה של הנשים הישראליות ואת הבריאות והטיפול בה (Granek & Nakash, 2017). הדבר נובע במידה רבה מערך המשפחה במסורת היהודית (Nouman & Benyamini, 2019), אשר במהלך השנים יצר שיח נרחב סביב הפוריות וטיפול הפוריות, הכולל טיעונים על זכויות אדם וזכויות מטופלים (Shalev & Gooldin, 2006). שיח זה השפיע על מדיניות הבריאות בישראל, והוביל למימון ממשלתי נדיב של טיפולי הפוריות אשר לא קיים ברחבי העולם: ביטוח הבריאות הממלכתי בישראל מכסה מספר בלתי מוגבל של מחזורי טיפול הפריה חוץ-גופית לנשים עד גיל 45 מביציות האישה, ועד גיל 54 עם תרומת ביצית, עד שני ילדים עם אותו בן זוג, גם אם לאישה כבר יש ילדים. מימון כזה ניתן לכל הנשים ללא קשר למצב המשפחתי, וכולל גם זוגות של נשים מאותו המין ונשים יחידניות. בהיעדר אילוצים כספיים, זוגות רבים ממשיכים עוד ועוד בטיפולים, שיכולים להגיע אף ל-20 מחזורים (Lande et al., 2015).

במדינות רבות, הפרו-נטליזם והחברה הפטריארכלית יוצרים נורמות חברתיות בנוגע לחשיבות הלידה ולחצים להתרבות (Greil et al., 2011). אלה מקשים על הפסקת טיפולי הפוריות, מכיוון שהדבר דורש השלמה עם היעדר ילדים (Peddie et al., 2005). עם זאת, נוכח המימון הציבורי המוגבל, לא מפתיע שזוגות רבים מפסיקים את טיפולי הפוריות מסיבות כלכליות (Moini et al., 2009). ובכל זאת, אפילו במערב אירופה ובארצות הברית הנטל הפסיכולוגי הוא לעיתים קרובות הסיבה העיקרית שעולה בקרב נשים וזוגות להפסקת הטיפולים (Domar et al., 2018), לפעמים עוד לפני שמיצו את האפשרויות לכיסוי כספי (Olivius et al., 2004). סקירה של 22 מחקרים העלתה כי נטל הטיפול היה הסיבה העיקרית להפסקתו, אך במקביל צוין כי רבים מהזוגות לא ראו בכך הפסקה אלא רק דחייה של הטיפולים למועד מאוחר יותר (Gameiro et al., 2012). בדומה לכך, דיכאון בקרב נשים נמצא אף הוא כגורם מרכזי להפסקת טיפולים (Pedro et al., 2017). גורם נוסף היה גיל מבוגר (Dodge et al., 2017), ייתכן כי בשל סיכויי הצלחה נמוכים יותר בו, אם כי נראה כי לרוב הגורם המכריע להפסקה לא נבע מיוזמה אקטיבית של רופאים (Domar et al., 2010). אף כי מומחי פוריות נוטים לייחס נשירה מטיפולים לאילוצים כספיים

ולהמלצה של רופאים להפסיקם, המטופלים מצביעים לעתים קרובות יותר על מצוקה רגשית כעל הסיבה העיקרית לכך (Cousineau & Domar, 2007).

בישראל, שבה לא קיימים כאמור אילוצים כלכליים, נמצא כי הנטל הפסיכולוגי הוא הסיבה העיקרית להפסקת הטיפול, ואחריו אובדן תקווה. עם זאת, מהממצאים עולה כי רוב הזוגות שנשרו מהטיפול חזרו אליו בסופו של דבר, או הביעו כוונה לעשות זאת בעתיד (Lande et al., 2015). בניגוד למחקרים שנערכו במקומות אחרים, המלצת הצוות הרפואי לא הייתה סיבה משמעותית להפסקת הטיפול, כנראה בשל היעדר מגבלה פרוצדורלית או כספית על מספר הטיפולים האפשריים. כך, ההקשר התרבותי, שמתבטא במימון כמעט בלתי מוגבל לטיפולי פוריות, מקשה על הפסקת הטיפול ויוצר תרבות של התמדה (Simonstein & Mashiach-Eizenberg, 2012).

במהלך שני העשורים האחרונים, מספר טיפולי ההפריה החוץ-גופית בישראל גדל במהירות, בקצב שעלה בהרבה על הגידול באוכלוסייה (Birenbaum-Carmeli, 2016). בשנת 2017, 5% מלידות החי בישראל נבעו מהפריה חוץ-גופית. בשל מספר כה גבוה של טיפולים, שיעור ההצלחה הממוצע ללידת חי בעקבות מחזור טיפול נע סביב 16% (משרד הבריאות, 2019). מספר זה מסווה את השונות הגדולה בגיל ובהתמשכות הטיפולים. כמו במדינות אחרות, אחוזי ההצלחה ללידת חי בעקבות מחזור טיפול יורדים לאחר 3-4 מחזורי טיפול, ולאחר גיל 40 הם מלכתחילה נמוכים בהרבה (Simonstein et al., 2014). מחקר אחד דיווח על אחוזי הצלחה של 16.7% למחזור הטיפול הראשון בקרב נשים עד גיל 40, לעומת 4.7% מעל גיל 40; אחוזי ההצלחה המצטברים הראו כי השיעור יורד לכ-2% הצלחה למחזור טיפול לאחר המחזור החמישי בקרב נשים צעירות, ולאחר המחזור השלישי עבור נשים מעל גיל 40; לאחר שבעה מחזורים, הם ירדו לפחות מ-1% למחזור בשתי קבוצות הגיל (Elizur et al., 2006).

אך למרות הנתונים האלה, זוגות רבים מאמינים שככל שיתמידו בטיפולים, כך הסיכויים שלהם להרות ישתפרו. התקשורת ממלאת תפקיד מרכזי בפרסום מקרים של נשים שהגשימו את חלומן והפכו לאימהות לאחר שנים רבות של טיפולים, ומעניקה תשומת לב מועטה בלבד לסיפורים על מחזורי טיפול שלא צלחו או לסיכונים הכרוכים בכך (Shalev & Lemish, 2012). בהמשך לכך, מחקרים הראו שמטופלות פוריות נוטות להעריך יתר על המידה את סיכוייהן להרות (de Zoeten et al., 1987). זוגות מפרשים את הסבר הרופא/ה כְּמָה שהם חשבו שהוא/היא התכוונו, במקום מה שנאמר בפועל (Sol Olafsdottir et al., 2013). תפיסות אלה הן דוגמה למנגנון פסיכולוגי מוכר שנקרא "אופטימיות לא מציאותית" (Weinstein, 1980; Weinstein & Klein, 1996), אשר יכולה להיות מוחלטת או יחסית – כלומר, להתבטא בהערכת יתר של הסיכויים המוחלטים להצלחה, או בהערכת יתר של סיכויי ההצלחה היחסיים בהשוואה לקבוצת התייחסות. מנקודת מבט רציונלית, אופטימיות לא מציאותית היא אמונה שגויה, כפי שהמונח מרמז, אך הוא עדיין מנגנון פסיכולוגי נורמלי ויעיל, שנמצא כמשרת את העצמי בכך שהוא תורם לרווחה הנפשית (Armor & Taylor, 1998; Taylor & Brown, 1988).

הטיות קוגניטיביות ניכרות גם במהלך טיפולי הפוריות. למרות הירידה בסיכויי ההתעברות במחזורי טיפול נוספים, כפי שצוין לעיל, נשים רבות חשות שכל מחזור טיפול נוסף מקרב אותן למטרתן. כך שבמקום כישלון שמנבא סיכוי נמוך עוד יותר להצלחה בהמשך, הן רואות זאת כצעד בדרך להצלחה

אפשרית (Sandelowski, 1991). בעקבות כישלונות, זוגות מעריכים מחדש את היעד של כניסה להיריון ואת ההיתכנות שלה, אך לאורך זמן הערכתם את סיכויי ההצלחה שלהם עולה שוב, ומשמשת הגנה נגד דיכאון (Salmela-Aro & Suikkari, 2008).

מטרות והשערות המחקר

המאפיינים הייחודיים בישראל מבליטים את הצורך בהעמקת המחקר על גורמים הקשורים לכוונות להמשך טיפולי הפריה חוץ-גופית. היעדר אילוצים כלכליים לצד לחצים תרבותיים לילודה מעוררים אופטימיות בלתי מציאותית כמנגנון התמודדות בקרב נשים בישראל. אכן, סקר שנערך בקרב מטופלות פוריות בשנת 2006 גילה שרוב הנשים תכננו להמשיך בטיפולים "כמה פעמים שיידרש" (Birenbaum-Carmeli & Dirnfeld, 2008). המחקר התבסס על נתונים שנאספו כעשור לפני נתוני המחקר הנוכחי, כך שמוצדק לחזור עליו, במיוחד לאור שיפורים משמעותיים בטכנולוגיה של טיפולי הפוריות. לכן, המטרה הראשונה שלנו הייתה לחקור כוונות להמשיך או להפסיק בטיפולי הפריה חוץ-גופית בקרב נשים ישראליות במגוון גילים והיסטוריות טיפולים, ולבחון אם כוונות אלה מומשו במהלך תקופת מעקב של כשנה וחצי.

המטרה השנייה של המחקר הייתה לבחון אם אופטימיות לא מציאותית לגבי הסיכויים להצלחת הטיפול מהווה גורם המשפר את הרווחה הנפשית, וכך עשויה לספק לנשים את הכוח והתקווה המאפשרים להן להתמיד בטיפולים. במוקד המחקר עמדו נשים שכבר חוו כישלון בטיפול, כלומר שעברו לפחות טיפול הפריה חוץ-גופית אחד שלא הצליח, ולא רק אלו שעברו מספר רב של מחזורי טיפול כושלים – זאת על מנת להבטיח שונות במידת ההתנסות בטיפולים כושלים, דבר שיאפשר לנו להעריך את תפקידו של גורם זה.

השערות המחקר היו:

1. א. נשים רבות בישראל שעוברות טיפולי הפריה חוץ-גופית מתכננות להמשיך בטיפולים כמה זמן שיידרש.

ב. גיל מבוגר (+40) ומספר רב יותר של מחזורי טיפול קודמים יהיו קשורים לקיומה של תוכנית ספציפית לגבי המשך הטיפול או הפסקתו, מבחינת משך הזמן המתוכנן או מספר מחזורי הטיפול, או שקילת חלופות להורות ביולוגית, כגון תרומת ביציות.

ג. קושי נפשי רב יותר ינבא סיכוי נמוך יותר למימוש התוכנית להמשך טיפולים שנה עד שנתיים לאחר המענה על השאלון.

2. אופטימיות לא מציאותית מוחלטת ויחסית תהיה קשורה לכוונות להמשיך בטיפול לאורך זמן ולסבירות נמוכה יותר לשקול חלופות לו.

3. אופטימיות לא מציאותית תהיה קשורה להסתגלות פסיכולוגית טובה יותר, קרי, רווחה נפשית טובה יותר ומצוקה מעטה יותר, אשר בתורה תהיה קשורה לכוונה להמשיך בטיפולים.

נוסף על כך נבדק הקשר בין משתני המחקר לבין צורך בהורות. גורם זה נמצא קשור עם דיכאון וחרדה בקרב מטופלות פוריות בקנדה, אם כי קשרים אלה נמצאו חלשים יותר לעומת גורמי דחק אחרים

הקשורים לבעיית הפוריות (Newton et al., 1999). בישראל הנושא כמעט ולא נחקר, אולי מתוך הנחה שהצורך בהורות גבוה, או שבשל הלחץ החברתי נשים לא תדווחנה אחרת. במחקר אחד נמצא קשר בין מרכזיות בעיית הפוריות, שניתן להניח כי קשורה לצורך בהורות, לבין הרווחה והמצוקה הנפשית (Neter & Goren, 2017). לאור מיעוט המידע בנושא בישראל, לא נוסחו השערות ספציפיות לגביו.

שיטה

משתתפות המחקר

למחקר גויסו מאה נשים שעברו טיפולים ביחידה להפריה חוץ-גופית בבית החולים הלל יפה בחדרה. קריטריוני ההכללה כללו גיל 31 ומעלה; ללא ילדים או ילד אחד; לאחר מחזור טיפול הפריה חוץ-גופית אחד או יותר שלא צלח; שליטה טובה בשפה העברית. השאלונים היו בעברית, כך שהמדגם כלל 11 נשים ערביות בלבד, אשר שולטות ברמה גבוהה בעברית, ואשר לא היו שונות מהמשתתפות היהודיות במאפייני המדגם ומשתני המחקר, למעט הגיל: הממוצע של המשתתפות היה 37.3 ± 4 במדגם המלא; 37.7 ± 4.0 בקרב נשים יהודיות, ו- 33.8 ± 2.7 בקרב נשים ערביות, $t(98)=3.09, p=0.003$. מאפייני המדגם מוצגים בלוח 1.

לוח 1: מאפייני המדגם (מספר המשתתפות: 100)

מספר / %	משתנה
30	קבוצת גיל 34-31
37	39-35
33	40+
83	ארץ לידה ישראל
11	חבר העמים לשעבר ומזרח אירופה
6	אחר
89	לאום יהודייה
11	ערבייה
62	מידת דתיות חילונית
21	מסורתית
14	דתית
78	מצב משפחתי נשואה/בזוגיות
18	רווקה
4	גרושה/פרודה
65	ילדים ללא
35	ילד אחד
22	השכלה תיכונית
30	על-תיכונית לא אקדמית
48	אקדמית

הליך המחקר

המחקר אושר על ידי ועדת הלסינקי המוסדית של המרכז הרפואי הלל יפה ועל ידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת תל אביב. רוב הנשים גויסו בעקבות פנייה של צוות המחקר במרפאה בזמן ההמתנה לפגישתן עם הרופא/ה. כל הנשים קיבלו הסבר על המחקר וחתמו על טופס הסכמה מדעת לפני שמילאו את שאלון המחקר. נוסף על כך הן מסרו את פרטי יצירת הקשר שלהן ואת הסכמתן להשתתף בשלב המעקב, ולאפשר לצוות המחקר לקבל מידע על מחזורי הטיפול ותוצאותיהם מהתיקים הרפואיים שלהן. מתוך 114 נשים שפנינו אליהן בתאריכים אקראיים בין יוני 2015 לספטמבר 2016, מאה נשים הסכימו והשתתפו, ארבע סירבו, ועשר חתמו על טופס ההסכמה מדעת אך לא מילאו את השאלון (88% שיעור השתתפות; יש לשים לב כי המדגם כלל 100 נשים, ולכן המספרים והאחוזים זהים).

שלב המעקב נערך באפריל-מאי 2017, בממוצע כ-17 (±4) חודשים לאחר מילוי שאלון המחקר הראשון. מידע מלא או חלקי על מחזורי הטיפול ותוצאותיהם התקבלו מהרישומים הרפואיים של 90 מהנשים (חלקן המשיכו בטיפול במרכזים רפואיים אחרים, כך שהמידע הרפואי על אודות המשך הטיפול היה חלקי או חסר). מידע זה הושלם באמצעות דיווחי הנשים בתשואל טלפוני. מתוך 100 משתתפות, 71 לקחו חלק במעקב הטלפוני, 10 סירבו ו-19 לא אותרו. לא נמצאו הבדלים במאפייני המדגם או במשתני מחקר בין אלו אשר השתתפו ואלו שנשרו משלב המעקב.

כלי המחקר

שאלוני המחקר כללו מידע בדיווח עצמי על המשתנים הבאים:

מאפיינים סוציו-דמוגרפיים: גיל, מצב משפחתי, מוצא, דת, רמת דתיות והשכלה.

היסטוריה של טיפולי פוריות: משך בעיית הפוריות והטיפולים, מספר מחזורי טיפול הפריה חוץ-גופית במרכזים אחרים ובמרכז הרפואי הלל יפה, שלב הטיפול הנוכחי. אימהות התבקשו להשיב לגבי הניסיון הנוכחי להרות.

תוכניות בנוגע להמשך הטיפול: הנשים נשאלו "אם מחזור הטיפול הנוכחי/הקרוב לא יצליח, כמה מחזורי טיפול נוספים את מתכוונת לעבור?" ו"כמה זמן את מתכוונת להמשיך בטיפולי פוריות?". מכיוון שנשים רבות השיבו באותה תשובה לשתי השאלות או שענו רק על אחת מהן, התגובות סווגו לשלוש קטגוריות: (1) לא יודעת; (2) כמה זמן שיידרש/עד שייוולד ילד; ו-(3) תוכנית ספציפית מבחינת מספר מחזורי הטיפול ו/או משך הזמן שהוקצה לניסיון להרות באמצעות הפריה חוץ-גופית.

תוכניות לגבי חלופות לטיפול קונבנציונלי של הפריה חוץ-גופית: נשים נשאלו לגבי כוונותיהן לגבי תרומת ביציות ואימוץ, עם האפשרויות הבאות לכל אחת מהן: (1) לא שקלתי זאת; (2) שקלתי זאת אך לא נקטתי כל פעולה; (3) אני שוקלת זאת; (4) בחרתי באפשרות זו ואני בשלבי ביצוע ההליך.

תפיסת סיכויי הצלחת הטיפול: הנשים התבקשו לדרג את סיכויי ההצלחה של הטיפול הנוכחי או הטיפול הקרוב, ואת סיכויי ההצלחה בשנה הקרובה, לעצמן ולמטופלות בגילן. בסך הכול שאלה זו הסתכמה בארבעה דירוגים, כל אחד בסולם אופקי מ-0% עד 100%, עם סימונים ותוויות מספריות כל

10%. נתונים אלו היו בסיס להערכת אופטימיות לא מציאותית מוחלטת. אופטימיות לא מציאותית השוואתית (יחסית) נבדקה על ידי החסרת הסיכויים להצלחת הטיפול שהמשתתפות ייחסו למטופלות בנות גילן מהסיכויים שייחסו לעצמן.

מידע מהרופאה/ לגבי הסיכויים להצלחת הטיפול: הנשים נשאלו אם בפגישה עם הרופאה שלהן (מומחה/ית הפוריות), הרופאה/ מסר/ה מידע על סיכויי ההצלחה של הטיפול. אלה שהשיבו בחיוב נתבקשו לדווח בתשובה פתוחה מהו המידע שהרופאה/ מסר/ה להן. חלקן דיווחו על אחוזי הצלחה מספריים ספציפיים, ואחרות השיבו תשובות מילוליות, כגון "טובים" או "נמוכים".

הסתגלות נפשית: הוערכה באמצעות סולמות מצוקה ורווחה נפשית ספציפיים לאי-פריון (Stanton & Dunkel-Schetter, 1991). גרסה קצרה יותר של 12 פריטים (6 פריטים לכל תת-סולם) פותחה על בסיס נתונים ממחקרים קודמים בישראל (Benyamini et al., 2005). המשתתפות התבקשו לדרג עבור כל פריט מהי המידה שבה הרגישו כך לאחרונה, בסולם של 5 נקודות, מ-0 ("כלל לא כמו שהרגשתי") עד 4 ("בדיוק כמו שהרגשתי"). המהימנות הפנימית של הכלי הייתה גבוהה, $\alpha=0.88$ ו- $\alpha=0.90$ עבור מצבי המצוקה והרווחה הנפשית, בהתאמה.

הצורך בהורות: הוערך באמצעות שני תתי-סולמות מתוך ה-Newton Fertility Problem Inventory (et al., 1999), צורך בהורות וקבלת אורח חיים נטול ילדים. תתי-סולמות אלה כללו יחד 18 הצהרות, ודורגו על סולמות ליקרט בני 6 נקודות, מ-1 ("כלל לא מסכימה") ועד 6 ("מסכימה מאוד"). המהימנות הפנימית הייתה גבוהה, $\alpha=0.79$ ו- $\alpha=0.87$ לסולמות של צורך בהורות וקבלה של סגנון חיים ללא ילדים, בהתאמה. המתאם ביניהם היה $(p>0.001) r=-0.39$.

ניתוחים סטטיסטיים

חישוב גודל מדגם באמצעות תוכנת G*Power (Faul et al., 2007) הראה כי על מנת להגיע לעוצמה של 0.80 בהינתן $\alpha=0.05$, יידרש מדגם של 92 נשים כדי לזהות אפקט בגודל בינוני בניתוח רגרסיה עם חמישה מנבאים. שילוב של שיחות טלפון עם רשומות רפואיות היה צפוי להניב מידע בשלב המעקב עבור רוב המשתתפות, ועל כן התוכנית הייתה לגייס 100 נשים.

במשתני המחקר היו בין 0% ל-4% ערכים חסרים. אימפיוטציה מרובה שימשה בניתוח הסטטיסטי להשלמת הערכים החסרים. הקשרים הדו-משתניים בין משתני המחקר נבדקו באמצעות מתאמי פירסון וניתוחי שונות (עם תיקון להשוואות מרובות). הגיל חולק לשלוש קבוצות: 31-34, 35-39 ו-40 ומעלה, על פי המלצת רופאי פוריות המשתמשים בנקודות חתך אלה, ובשל ההשפעה הפסיכולוגית האפשרית של ההגעה לגיל 35 ו-40.

המשתנה התלוי העיקרי היה כוונות להמשך הטיפול. הכוונות תוכננו להיות משתנה רציף - מספר הטיפולים הנוספים/מספר החודשים הנוספים אשר בהם האישה מתכננת להמשיך בטיפול. אך כיוון שרבות מהנשים סיפקו תגובות מילוליות כלליות, הכוונות קודדו למשתנה יחיד בן שלוש קטגוריות. בהתאם לכך, הניתוח הרב-משתני ששימש להסבר השונות בכוונות אלה היה רגרסיה לוגיסטית מולטי-נומיאלית. המשתנה התלוי העיקרי השני היה המשך הטיפול בפועל, כפי שנמצא בעת המעקב.

באופן בלתי צפוי, לאור הגיל והיסטוריית הטיפול של המדגם, לא נמצאה בו כמעט שונות, כך שלא ניתן היה לבדוק מה מנבא זאת.

ממצאים

היסטוריית טיפולים וכוונות עתידיות

כל המשתתפות כבר חוו לפחות מחזור טיפול אחד שלא צלח, והתכוונו להמשיך בטיפולים. מספר מחזורי הפריה החוץ-גופית שלא צלחו נע בין 1 ל-22 מחזורי טיפול. שני שלישי מהנשים כבר עברו יותר משני מחזורי הפריה חוץ-גופית שלא צלחו במהלך תקופה שנמשכה יותר משנה. לוח 2 מציג את התפלגות מחזורי הטיפול הקודמים ואת משך הזמן בטיפולי פוריות לפי קבוצות גיל.

לוח 2: היסטוריית הטיפולים של המשתתפות וכוונות להמשיך טיפול, בחלוקה לקבוצות גיל (מספר/%)

משתנה	גיל 34-31 n=30	גיל 35-39 n=37	גיל 40+ n=33	סך הכול N=100
מספר טיפולי פוריות קודמים				
2-1	9	11	11	31
5-3	14	11	14	39
10-6	6	8	5	19
15-11	1	5	1	7
22-16	0	2	2	4
מספר שנים בטיפולי הפריה חוץ-גופית				
≤ 1	11	15	11	37
2 - >1	3	5	12	20
5 - >2	9	4	7	20
7 - >5	4	5	1	10
13 - >7	1	7	2	10
לא השיבה	2	1	-	3
כוונות להמשיך				
כמה שיידרש	21 (70%)	22 (60%)	14 (42%)	57
לא יודעת	4 (13%)	6 (16%)	3 (9%)	13
תוכנית ספציפית*	5 (17%)	6 (16%)	14 (42%)	25
לא השיבה	0 (0%)	3 (8%)	2 (6%)	5

* 13 נשים תכננו להמשיך עד שנה אחת (1-6 מחזורי טיפול באותה שנה); שבע תכננו להמשיך עד שנתיים (4-6 מחזורים, או שאינן יודעות כמה); שתיים תכננו להמשיך שלוש שנים נוספות; שתיים היו בעיצומו של מחזור טיפולים, ולא תכננו להמשיך אם הוא לא יצליח; ואחת ביררה לגבי תרומת ביציות. ארבע נשים נוספות שהצהירו שהן החליטו לפנות לתרומת ביציות גם ציינו שהן ימשיכו בטיפולים בלי סוף, ולכן נכללו בקבוצת "כמה שיידרש".

ניתוח שונות חד-כיווני הראה כי משתנים אלה לא היו קשורים באופן משמעותי לקבוצת הגיל ($p>0.21$). כשהנשים נשאלו כמה זמן או כמה מחזורי טיפול נוספים הן מתכננות לעבור, התגובות נחלקו לשלושה סוגים כלליים כפי שתואר לעיל: (1) "כמה שיידרש" - יותר ממחצית הנשים (57%) ציינו שהן תמשכנה בטיפולי הפריה חוץ-גופית כמה זמן שיידרש עד ללידת ילד; (2) "תוכנית ספציפית" (25%) - כמחצית מהנשים בקבוצה זו תכננו להמשיך עד שנה אחת (ראו לוח 2 לפרטי תוכניות ארוכות יותר); (3) "לא יודעת" (13%). חמש נשים נוספות לא השיבו לשאלות אלו. הן לא היו דומות במידה מספקת לאף קבוצה אחרת, ולכן הן נכללו במידע התיאורי אך לא בניתוחים הסטטיסטיים של קבוצות הכוונה.

שלוש קבוצות כוונה עתידית אלה לא נבדלו ביניהן באופן מובהק במספר מחזורי הטיפול הקודמים. באשר לגיל, בקבוצת 40+ הייתה מגמה לכיוון של יותר נשים עם תוכנית ספציפית ($\chi^2(4)=8.74, p=0.07$); ראו לוח 2. ל-6 מתוך 14 נשים אלו הייתה תוכנית שתביא אותן לגיל 45, מגבלת הגיל לטיפולים המותרת מביציות שלהן - כך שבמובן מסוים, גם הנשים האלה תכננו להמשיך כמה זמן שהן יכולות ללידת ילד ביולוגי. הנתונים אם כך תומכים בהשערה 1א, על פיה מרבית הנשים מתכננות להמשיך בטיפולים כמה שניתן.

חלוקת התשובות לשאלות בנושא תרומת ביציות או אימוץ הראתה כי מרבית הנשים אפילו לא שקלו אפשרויות אלו (76% ו-65% לתרומת ביציות ואימוץ, בהתאמה), ללא קשר למספר מחזורי הטיפול הקודמים שלהן. נשים מעטות מאוד חקרו באופן פעיל אפשרויות אלה או נקטו צעדים ליישומן (8% לתרומת ביציות, 7% לאימוץ). בבחינת התגובות לפי גיל, עבור תרומת ביציות נמצא הבדל משמעותי בין נשים מגיל 40 ומעלה לבין שתי הקבוצות הצעירות יותר, $\chi^2(6)=13.35, p=0.04$. בקבוצת הנשים בנות 40+, 55% לא שקלו אפשרות זו, לעומת 87% מהנשים בקבוצות הצעירות. עם זאת, רק 9% מקבוצת בנות 40+ החלו לברר בפועל לגבי תרומת ביציות, ו-6% פעלו כדי ליישם זאת. לגבי אימוץ, לא נראו הבדלים בין קבוצות הגיל.

לסיכום, השערה 1ב נתמכה בחלקה בהתייחס לתפקיד הגיל, אך לא בתפקיד מחזורי הטיפול הקודמים, כגורם התורם לתוכניות ספציפיות יותר בנוגע להמשך טיפול או בחינת חלופות. עם זאת, חשוב לציין כי גם בתוך קבוצת הגיל המבוגרת, רוב הנשים לא תכננו להפסיק את הטיפול או לשקול חלופות. נראה מדויק יותר לסכם שרוב המשתתפות התכוונו להמשיך בטיפולי הפריה חוץ-גופית עם ביציות משלהן.

הסיכויים להצלחת הטיפול

בממוצע, נשים העריכו את הסיכוי להרות במחזור הטיפול הנוכחי/הקרוב בכ-59% ($27\pm$). עם זאת, כפי שניתן לראות בלוח 3, אומדנים אלו נעו בין 0% (אפס) ל-100%, ו-77% מהנשים הציגו אופטימיות לא מציאותית מוחלטת בכך שהעריכו את סיכויי ההצלחה שלהן כגבוהים מ-30%. ההערכה הממוצעת עבור מטופלות בנות גילן היתה דומה (58%), וכך גם הטווח (0%-100%). ההערכות לגבי הסיכויים להרות בתוך שנה הראו דפוסים דומים, ואף אופטימיים יותר, עם סיכוי אישי ממוצע של 73% ($27\pm$) (פירוט בלוח 3).

לוח 3: תפיסות הנשים את סיכויי הצלחת הטיפול (מספר/אחוז הנשים לכל תשובה)

סיכויי ההצלחה באחוזים		הסיכויים שלי		הסיכויים של מטופלת בת גילי	
		בטיפול הנוכחי/הקרוב	בתוך שנה	בטיפול הנוכחי/הקרוב	בתוך שנה
10 - 0		9	4	7	3
30 - 20		14	7	16	9
50 - 40		22	17	23	22
80 - 60		34	27	36	30
100 - 90		20	33	15	32
לא השיבה		1	2	3	4

מרבית ההבדלים בין הסיכויים שהנשים ייחסו לעצמן לעומת בנות גילן היו קטנים (10% או פחות). לגבי הסיכויים להרות במחזור הטיפול הבא, רק 14% הראו אופטימיות השוואתית משמעותית (הבדל של 20% או יותר), ו-13% הראו פסימיות השוואתית משמעותית. לגבי הערכת סיכויי ההצלחה בתוך שנה, מבחני t מזווגים הראו עדויות לאופטימיות השוואתית: ההערכות היו גבוהות יותר בממוצע ב-5% (± 20) עבור המשתתפות בהשוואה להערכתן לגבי נשים בנות גילן, $t(95)=2.53, p=0.01$.

בניגוד להשערה השנייה שלנו, לא נמצאו קשרים בין ארבעת המדדים לאופטימיות לא מציאותית (הערכות להצלחת הטיפול בטיפול הנוכחי ובתוך שנה, לעצמן ולבנות גילן) ושני המדדים ההשוואתיים לבין התוכניות של נשים להמשיך בטיפול. כמו כן, כל ששת המדדים לא היו קשורים לקבוצת הגיל או למספר מחזורי הטיפול הקודמים.

כאשר הנשים נשאלו לגבי המידע שקיבלו מהרופא/ה שלהן בנוגע להצלחת הטיפול, כמחצית לא דיווחו על מידע ספציפי. היתר דיווחו על סיכויים ספציפיים, או סיפקו תיאורים מילוליים של הסבר הרופא/ה בנוגע לסיכויי הצלחת הטיפול. קיבוץ התגובות והשוואתן לתפיסות הנשים את סיכויי הצלחת הטיפול סיפקו עדויות נוספות להטיות בשירות העצמי ולאופטימיות לא מציאותית (ראו לוח 4). לדוגמה, נשים אשר הרופא/ה אמר/ה כי הסיכויים שלהן להיכנס להיריון נמוכים, העריכו את סיכוייהן להרות בתוך שנה בכ-55% בממוצע. אלה שדיווחו כי נאמר להן שיש להן סיכוי סביר (33%-50%), "סיכוי טוב", או "יש סיכוי", העריכו את סיכוייהן סביב 80% בממוצע.

לוח 4: דיווחי הנשים לגבי המידע מהרופא/ה בהשוואה להערכות שלהן את סיכויי הצלחת הטיפול

אחוז בקבוצת גיל 40+	הערכה עצמית של סיכויי הצלחת הטיפול בתוך שנה (ממוצע)			מספר/ % הנשים	סיכויי הצלחה על פי הרופא/ה
	מקסימום	מינימום	ממוצע		
50	80	70	75	2	ייתכן שתצטרכי לשקול חלופות
86	100	10	55	14	עד 10% (כולל תשובות מילוליות כמו "סיכויים נמוכים", "סיכויים לא גבוהים בגלל הגיל")
20	100	20	64	5	15% - 30%
14	100	40	80	7	33% - 50%
20	100	50	80	5	הבנתי שיש סיכוי (כולל תשובות מילוליות כמו "בסוף, זה יקרה", "בדרך כלל זה לא מצליח בהתחלה")
22	100	30	84	18	סיכוי טוב (כולל תשובות מילוליות כמו "את פורייה", "הגוף שלך עובד", "הסיכויים טובים")
0	100	50	68	6	קיבלה רק מידע כללי או טכני , לא לגבי סיכויי ההצלחה
30	100	10	73	43	לא קיבלה מידע או לא השיבה

הסתגלות נפשית וצורך בהורות

רמות ההסתגלות הנפשית נעו בין 0 ל-4, עם ממוצע של $2.77 (\pm 0.93)$ לרווחה נפשית ו- $1.67 (\pm 1.07)$ עבור מצוקה נפשית. רמות הרווחה והמצוקה לא היו קשורות למספר מחזורי הטיפול הקודמים, אך נבדלו בין קבוצות הגיל (רווחה, $F(2,97)=4.24, p=0.02$; מצוקה, $F(2,97)=5.02, p=0.01$). ההסתגלות הנפשית הייתה טובה יותר באופן מובהק בקבוצת הגיל האמצעית (35-39) בהשוואה לקבוצה הצעירה ולקבוצה המבוגרת יותר. תפיסות סיכויי הצלחת הטיפול עבור הנשים עצמן או בנות גילן היו במתאם עם ההסתגלות הנפשית, כך שאופטימיות גבוהה יותר הייתה קשורה לרווחה נפשית רבה יותר ומצוקה נמוכה יותר: שבעה מתוך שמונת המתאמים נעו בין 0.21 ל-0.39, ארבעת המתאמים עם סיכויי הצלחה של המטופלת עצמה היו גבוהים מ-0.31 ומובהקים, $p > 0.01$ (ראו נספח, לוח 1). כמו כן נמצא מתאם בין אופטימיות השוואתית (סיכויי הנשים עצמן < בנות גילן) למחזור הטיפול הנוכחי לבין רווחה נפשית ($r=0.24, p=0.02$).

בניגוד להשערה השלישית, המצוקה לא הייתה קשורה לכוונות עתידיות. רווחה נפשית העידה על מגמה בכיוון המשוער, עם ערכים גבוהים יותר בקבוצה שתכננה להמשיך "כמה שיידרש" בהשוואה לשתי הקבוצות האחרות, $F(2,92)=2.69, p=0.07$.

לבסוף, בדקנו את הקשרים של משתני המחקר עם צורך בהורות וקבלת אורח חיים ללא ילדים. שני הסולמות לא היו קשורים לקבוצת הגיל או למספר מחזורי הטיפול הקודמים, כל מדדי ההסתגלות הנפשית והאופטימיות הלא מציאותית (ראו נספח, לוח 1). עם זאת, שלוש קבוצות הכוונה נבדלו במשתנים אלה (צורך בהורות, $F(2,92)=6.12, p=0.003$; קבלת חיים ללא ילדים, $F(2,92)=3.47, p=0.03$). נשים שתכננו להמשיך "כמה שיידרש" דיווחו על צורך גדול יותר בהורות (4.53 ± 0.89) מאלו שהיתה להן תוכנית ספציפית (3.85 ± 1.01). דפוס דומה נראה ב(אי)-קבלה של חיים ללא ילדים.

לסיכום, כוונות עתידיות היו קשורות לצורך בהורות, עם קשר גבולי לקבוצת הגיל ולרווחה הנפשית. שימוש בשלושת המשתנים הללו כמנבאים בניתוח רגרסיה לוגיסטית מולטי-נומיאלית עם שלוש קבוצות הכוונה העתידית כמשתנה התלוי הראה קשר משמעותי לרווחה נפשית ולצורך בהורות (ראו נספח, לוח 2). הקשרים בין רווחה נפשית וצורך בהורות לבין הכוונות העתידיות היו במידה רבה בלתי תלויים, כך שהממצאים בניתוח הרב-משתני דומים לתוצאות מהניתוחים הדו-משתניים שדווחו לעיל.

מעקב אורך: המשך הטיפולים וכוונות עתידיות

מידע על המשך הטיפולים התקבל בעת המעקב עבור 88 מהנשים, באמצעות מעקב טלפוני ו/או תיעוד רפואי. חמש מהנשים הרו בעקבות מחזור הטיפול שהיו בעיצומו בעת מילוי השאלון הראשון. מתוך 83 הנשים האחרות - 80 המשיכו בטיפולים (שלוש האחרות הפסיקו בשל בעיות ספציפיות, כגון בעיות רפואיות אחרות). מתוך 80 נשים אלה, 74% עברו בין 1-3 מחזורי טיפול נוספים במהלך תקופת המעקב, והיתר עברו 4-7 מחזורים. משך הזמן שעבר בין מילוי השאלון הראשון ועד למחזור הטיפול הבא לא היה קשור למשתני המחקר.

במעקב הטלפוני, רק שלוש נשים (מאלה שעדיין לא הרו) הצהירו בבירור שהן מתכננות להפסיק טיפולים - מהן שתיים בגלל אילוצים אובייקטיביים. אף אחת מהנשים הספורות שדיווחו קודם לכן על בחינת חלופות, כגון תרומת ביצית או אימוץ, לא החלה לבדוק את הנושא או לפעול לגביו. גם בעת המעקב, רוב הנשים ששקלו חלופה לא ביררו לגביה או פעלו בכיוון. לסיכום, בין מילוי השאלון הראשוני למעקב, כמעט כל הנשים שלא הרו או ילדו המשיכו בטיפולי הפריה חוץ-גופית. נשים בודדות נקטו פעולה כלשהי לגבי חלופה להורות ביולוגית. בהיעדר שונות בין הנשים במימוש התוכניות להמשך, לא ניתן היה לבחון את השערה 1, לגבי הקשר בין עומס נפשי לבין אי-מימוש תוכניות להמשך טיפול.

דיון

במחקר הנוכחי השתתפו מאה נשים אשר עברו טיפולי הפריה חוץ-גופית בתרבות שבה אורח חיים ללא ילדים אינו מקובל, ואפילו ילד אחד אינו "מספק" את חובת האימהות או מקל על הדחק שבאי-פוריות (Benyamini et al., 2005). לרוב הנשים שהשתתפו במחקר (65%) לא היו ילדים, ליתר היה ילד אחד. השונות בגילי הנשים היתה רבה (מ-31 עד 45), כמו גם השונות במספר ניסיונות הטיפול שלהן במסע להבאת ילד (או ילד נוסף) - אשר נעה ממחזור אחד ועד 22 מחזורים שלא צלחו והתפרשו על פני תקופה של 7 חודשים עד 13 שנים. כאשר המשתתפות נשאלו על כוונותיהן להמשך הטיפול, רובן אמרו שימשיכו כמה שיידרש, חלקן השיבו שאינן יודעות כמה זמן תמשכנה, ורק רבע מהנשים נתנו תשובה ספציפית. ממצאים אלה דומים לאלה של בירנבוים-כרמלי ודירנפלד (Birenbaum-Carmeli & Dirnfeld, 2008). יתרה מכך, בפועל, במהלך כשנה וחצי כל הנשים אשר לא ילדו ולא הרו בתקופה זו, המשיכו בטיפולי הפריה חוץ-גופית - עם מעט מאוד יוצאות מן הכלל, אשר הפסיקו שלא מרצון עקב בעיות רפואיות אחרות.

נראה שהלחץ ללדת ילד ביולוגי חזק מאוד: רוב המשתתפות במחקר אפילו לא שקלו חלופות כגון תרומת ביציות. גם אלה ששקלו זאת לא נקטו לרוב צעדים לשם כך, ואף לא ביררו את הנושא. בשל גילן ו/או היסטוריית הטיפול, סיכוייהן של רבות מהמשתתפות להרות היו נמוכים מאוד; אך למרות זאת, לא נמצא קשר בין מספר מחזורי הטיפול שלא צלחו בעבר לבין התוכניות העתידיות שלהן. קבוצת הגיל המבוגרת יותר (+40) אמנם היתה מיוצגת באופן משמעותי יותר בין אלו שהייתה להן "תוכנית ספציפית" ובין אלה ששקלו תרומת ביצית, אך גם בקבוצה זו רוב הנשים רצו להמשיך כמה זמן שאפשר בטיפולי הפריה חוץ-גופית עם ביציות שלהן. לפיכך, לא אוששה ההשערה שהגורמים העיקריים לסיכויים להצלחת הטיפול, גיל מבוגר והיסטוריה של טיפולים כושלים, יובילו להערכה מציאותית יותר ולתוכניות מותאמות.

בתרבות הישראלית, אין לגיטימציה חברתית להיות ללא ילדים. הדרישה היהודית להתרבות, המורשת של ניצולי שואה והאיום הביטחוני המתמשך הבנו את תפיסת המשפחה כנושא בעל ערך עליון (Grane & Nakash, 2017). בהקשר זה, הורות הופכת לעדיפות לאומית וחובה חברתית. נשים ללא ילדים (ואפילו כאלו עם ילד אחד; Benyamini et al., 2005) לא עונות על הציפיות התרבותיות, שלרוב מופנמות, כפי שמציע המחקר הנוכחי.

הנגישות והמימון לטיפול בפריה בישראל מספקים תקווה לזוגות וחשובים מנקודת המבט של זכויות אדם ושוויון בבריאות. עם זאת, מצב זה גם מגביל את יכולתם זוגות להפסיק את הטיפול. בין מדינות המערב, ישראל קיצונית בהתייחסותה לפרו-נטלים והשתקפותו במדיניות הבריאות. עם זאת, גם תרבויות רבות אחרות הן פרו-נטליסטיות, ובהן מצופה מנשים להביא ילדים לעולם כחלק ממילוי תפקידן המגדרי. כאשר מניחים בצד אילוצים כספיים, מצופה שטיפולים ימשיכו, והפסקת הטיפולים היא זו הדורשת הסבר (Sandelowski, 1991).

מה מאפשר לנשים להתמיד בטיפולי הפריה חוץ-גופית?

הסיבות השכיחות ביותר אשר נשים מונות לבעיות הפוריות שלהן הן סיבות רפואיות, וגורל מקרי או מזל רע (Koert et al., 2018). זה יכול להסביר מדוע נשים ממשיכות בטיפולי הפריה חוץ-גופית: זהו טיפול רפואי שנועד להתגבר על מחסומים רפואיים בפוריות, ומזל רע יכול להשתנות. עם זאת, סיבות אלה עשויות שלא להספיק לאורך זמן, לאור המחיר הפיזי והרגשי הכבד שגובים טיפולי הפוריות, במיוחד טיפולי הפריה החוץ-גופית הפולשניים יותר. מנגנון אחד שיכול להסביר כיצד נשים משמרות תקווה, שנותנת להן כוח לנסות שוב ושוב טיפולי הפריה חוץ-גופית, הוא אופטימיות לא מציאותית.

המדגם שלנו מורכב מנשים משכילות יחסית, אך מאחר שהן נמצאות במלכוד שאינו מאפשר להן להפסיק את הטיפול, הן נאבקות לפרש את המידע הרלוונטי. הן עושות זאת באופן שמספק תקווה ומאפשר להן להתמודד עם "רכבת ההרים" של טיפולי פוריות (Imeson & McMurray, 1996). ממצאי המחקר מעלים עדויות חזקות לאופטימיות לא מציאותית במונחים מוחלטים. בממוצע, נשים העריכו את הסיכוי להרות במחזור הטיפול הנוכחי/הקרוב בכ-59%. רובן (77%) העריכו את סיכויי ההצלחה במחזור הטיפול הקרוב כגבוה מ-30%, ההערכה הגבוהה ביותר שבאופן ריאלי הן יכלו לשמוע ממקור

רפואי כלשהו. העדות לאופטימיות לא מציאותית השוואתית הייתה פחותה, כך שנראה היה כי הנשים מזדהות עם מטופלות אחרות. יש לציין כי הערכות הנשים את סיכויי הצלחת הטיפול היו דומים לאלו שנמצאו במחקר ישראלי אחר שבוצע בתקופה דומה, ובו מטופלות פוריות העריכו את סיכויי ההצלחה של הטיפול הקרוב בכ-49%, ובתום כל הטיפולים שיעברו בכ-58%; כמו כן, רובן (כ-80%) השיבו שהיו עוברות את הטיפולים גם לו ידעו שהסיכוי להצלחתם נמוך (Miron-Shatz et al., 2021).

באופן מעניין, דיווחי הנשים על המידע שקיבלו מהרופא/ה סיפקו עדויות נוספות להטיות שלהן בשירות העצמי. יש לשים לב לכך שהרופאים אינם יכולים לספק תחזית סיכויים ספציפית למטופלת אלא רק סטטיסטיקה כללית, למעט מקרים שבהם גיל והיסטוריית טיפולים מצביעים על כך שהסיכויים לכל מחזור טיפול נמוכים (1% עד 5%) או שהטיפולים חסרי תוחלת (>1%) (American Society for Reproductive Medicine, 2012). נראה שמידע מילולי מהרופא/ה עשוי להתפרש בצורה חיובית יותר ממה שהרופא/ה התכוונה. למשל, פירוש אמירות לגבי "סיכוי נמוך" כסיכויי הצלחה של למעלה מ-50%, והצהרות מעורפלות כגון "סיכוי טוב" כמשמעות שסיכויי ההצלחה גבוהים מ-80%. אפילו כאשר נשים דיווחו על קבלת הערכות מספריות ספציפיות מהרופא/ה, הן העריכו את הסיכוי שלהן בממוצע כגבוה פי שלושה עד שישה מההערכה שקיבלו.

הממצאים הללו תואמים מחקרים קודמים, שהראו כי כאשר נשים קיבלו נתונים סטטיסטיים לגבי שיעורי הצלחה, הן נטו להאמין שהסיכויים שלהן גבוהים יותר (Reading, 1989): לדוגמה, סיכוי של 25% התפרש כאמירה שהן תהיינה אחת מתוך ארבע שתהיינה במחזור הטיפול הנוכחי, ואי-הבנה שהרופא/ה התייחס/ה בכך לסיכויים שלהן להרות לאורך מספר מחזורי טיפול (Modell, 1989). יש לשים לב שמחקרים אלה נערכו לפני כ-30 שנה, ומאז מידע רב יותר הפך זמין לנשים דרך התקשורת ובאתרי אינטרנט, כולל מידע רפואי אמין. עם זאת, הצורך במנגנונים פסיכולוגיים לטיפול התקווה נותר על כנו. יתרה מכך, בניגוד להשערה השנייה, גורמים שהיו אמורים להפחית אופטימיות לא מציאותית, גם אם לא למנוע אותה לגמרי – כמו גיל מבוגר והיסטוריה של כישלונות – לא היו קשורים להערכות הנשים את סיכויי הצלחת הטיפול.

טיפול תקווה מחודשת מאפשר לפצות על תחושת השכול והאובדן (Papadatou et al., 2016) ולצבור כוחות על מנת לעבור מחזורי טיפול נוספים, דבר אשר עולה בקנה אחד עם תפיסת הספרות בנושא "אופטימיות לא מציאותית" כמנגנון אדפטיבי (Taylor & Brown, 1988). אותו מנגנון יכול גם למנוע החלטה על הפסקת הטיפול כאשר זה חסר תוחלת, או כשיש רק סיכוי זעום להצלחה. במקום זאת, נשים מתמידות בטיפול, המספק להן תחושת שליטה (Modell, 1989), ותחושה ש"עשינו כל שביכולתנו" (Boden, 2013), כמו גם מאפשר לא להתמודד עם המציאות האפשרית של היעדר ילדים.

אופטימיות לא מציאותית נמצאה כתומכת במנגנון נוסף שעשוי לפעול כאן: תופעת "העלות האבודה" (the sunk cost effect), שהיא ה"נטייה להמשיך במשימה ברגע שכבר הושקעו בה כסף, מאמץ או זמן" (עמוד 591) (Arkes & Ayton, 1999). השפעה זו ניכרת בקבלת החלטות, במיוחד בשילוב עם אחריות אישית (Navarro & Fantino, 2009), כאשר החלטה חשובה – למשל בקבלת החלטות רפואיות (Coleman, 2010), וכאשר ההשקעה היא לטווח הארוך והרווח הפוטנציאלי גדול (Nash et al.,).

2019). כאשר העלות האבודה היא של זמן ומאמץ, אפשר להסביר תופעה זאת באמצעות דיסוננס קוגניטיבי (Coleman, 2010) – הדיסוננס בין השקעה קודמת למחויבות עתידית מופחת על ידי אמונה בתוצאה מוצלחת. יתר על כן, תחזית אופטימית למרות המשוב השלילי עד כה יכולה אפילו להוביל מעלויות אבודות להעמקה של המחויבות (Feldman & Wong, 2018). כל התנאים הללו מאפיינים את הסיטואציה של טיפולי הפוריות.

ההשערה השלישית עוסקת במנגנון אחר, שדרכו אופטימיות לא ריאלית יכולה לתרום למחויבות נוספת לטיפול למרות מאמצים קודמים שלא צלחו: תרומתה להסתגלות הנפשית. השערה זו אוששה רק לגבי רווחה נפשית, אשר מחד גיסא הייתה קשורה לאופטימיות לא מציאותית, ומאידך גיסא הייתה גבוהה יותר בקרב נשים שתכננו להמשיך "כמה שיידרש" (אם כי אופטימיות לא מציאותית כשלעצמה לא הייתה קשורה לכוונות עתידיות). באשר למצוקה, בניגוד לממצאים ממדינות אחרות המראים כי נטל פסיכולוגי הוא אחד מהגורמים העיקריים בהחלטה להפסיק את טיפולי הפוריות, ממצאי המחקר הנוכחי מעלים שהלחץ להתרבות בישראל חזק כל כך, עד כי מצוקה נפשית אינה מהווה הצדקה מספקת להפסקת הטיפול.

לבסוף, בדקנו גם את הצורך בהורות, אשר לא היה קשור לקבוצת הגיל, מספר מחזורי טיפול קודמים, אופטימיות לא מציאותית או הסתגלות נפשית. נשים שתכננו להמשיך "כמה שיידרש" דיווחו על צורך גדול יותר בהורות מאשר אלה שהייתה להן "תוכנית ספציפית". צורך נמוך יותר בהורות עשוי לאפשר לנשים להציב גבולות לטיפול. מנגד, הצבת גבול עשויה להוביל נשים להמשיג מחדש את ההורות ואת ערכה בחייהן. מחקר ישראלי אחר הראה כי כאשר אי-פוריות הייתה מרכזית בזיהוי של נשים, הן התקשו יותר להתנתק מיעדים ולהתחבר אליהם מחדש (goal disengagement and re-engagement), תהליכים המנבאים הסתגלות נפשית טובה יותר בהווה ובעתיד (Neter & Goren, 2017).

מגבלות המחקר

יש לציין מספר מגבלות למחקר שלנו. ראשית, רוב המשתנים הוערכו רק בתחילת המחקר, כך שמרבית הממצאים עלו בחתך רוחב ולא ניתן לקבוע מה הכיוון הסיבתי של הקשרים שנמצאו. שנית, גויסו למדגם נשים ממרכז רפואי יחיד, והוא כלל בעיקר נשים יהודיות. לפיכך, מדגם זה אינו מייצג את כלל האוכלוסייה של מטופלות הפוריות בישראל. סביר להניח שנשים ערביות חוות לחצים דומים ללדת ילדים מסיבות תרבותיות והיסטוריות (Granek & Nakash, 2017), ועל כן הן נכללו במחקר כאשר לא היו חסמי שפה, אך קבוצה זו הייתה קטנה מדי (11%) מכדי להסיק לגביה מסקנות. שלישית, לא יכולנו לקבוע מה אמרו הרופאים/ות למטופלות לגבי סיכויי ההצלחה שלהן. עם זאת, ידוע שרבים מהרופאים אינם מספקים מספרים ספציפיים, וכאשר הם/ן עושים זאת, סיכוי של 30% למחזור טיפול הוא המספר הגבוה ביותר שאישה הייתה יכולה לשמוע מהרופא/ה שלה. לבסוף, ההקשר הישראלי הוא גם יתרון וגם מגבלה של המחקר: הוא מספק הזדמנות ייחודית לבחינת התהליכים הפסיכולוגיים וחשיפתם בהיעדר אילוצים כלכליים, אך גם מגביל את אפשרות ההכללה הישירה להקשרים אחרים.

השלכות יישומיות וחברתיות

פירוש פשטני של הממצאים עלול להתמקד בצורך להפחית את הערכתן האופטימית מדי של הנשים לגבי סיכויי ההצלחה שלהן, אך התמונה המלאה מורכבת יותר. מחד גיסא, האופטימיות מסייעת לנשים להתמודד עם בעיית טיפולי הפוריות, ויש גם אפשרות שתהיה לה השפעה על תוצאותיהם; מאידך גיסא, היא מקשה על הפסקת טיפולים חסרי תוחלת ועל בחינת חלופות כמו אימוץ או תרומת ביצית. מטופלות הפוריות אינן יכולות לשנות את ההקשר החברתי שבו תהליכים אלו קורים. המחקר הנוכחי מדגיש את החשיבות של עידוד שיח ציבורי לגבי הלגיטימציה למבנים משפחתיים מגוונים, כולל אורח חיים ללא ילדים והורות לא ביולוגית (למשל, הורות חברתית באמצעות תרומת ביציות). שיח כזה יכול להוביל לשינויים במדיניות, כולל מימון המדינה להליכי תרומת ביצית ואימוץ.

השינוי החברתי עשוי להיות איטי. עד ששינוי משמעותי יושג, נשים רבות תמשכנה להיאבק במתח והלחץ המשפחתי והחברתי להביא ילד לעולם. שתיים ממחברות מאמר זה (מ.א. וע.ש-פ), אשר עובדות עם אוכלוסייה זו, ראו מקרוב את הנשים והיו עדות למתח ולייסורים שחוו הן ובני זוגן. היכן שטיפולי פוריות ניתנים, יש להקצות משאבים גם לתמיכה נפשית במקביל לטיפולים הרפואיים, על ידי איש/אשת מקצוע טיפולי מתחומי העבודה הסוציאלית או הפסיכולוגיה. במסגרת כזו ניתן יהיה לייעץ לזוגות שעשויים להזדקק לכך בנקודות החלטה קריטיות לאורך המסע להבאת ילד לעולם. אלו שממשיכים בטיפול למרות כישלונות מצטברים יוכלו להפיק תועלת מעזרה מקצועית בהתמודדות עם הדחק הכרוך בכך, כולל קביעת נקודות לפסק זמן והחלטה. במקביל, אנשי המקצוע הרפואיים והפסיכו-סוציאליים יכולים לקדם דיון פתוח ומתמשך עם מטופלות בדבר חלופות שעשויות להתאים להן. נשים וזוגות ששוקלים להפסיק טיפולים עשויים להזדקק לתמיכה בהתאמת יעדים (Neter & Goren, 2017), וייעוץ כיצד להתמודד עם האובדן האישי והלחץ החברתי (Peddie et al., 2005). מערך טיפולי פוריות צריך לכלול פנייה והנגשה של האפשרות לייעוץ לכל המטופלות ומטופלים כדי לתמוך בהם, הן בהתמודדות עם הדחק והן בקבלת החלטות בדרך.

נוסף על כך, יש להקצות משאבים להמשך מחקר בנושא, גם עם בני הזוג וגם לגבי ליווי הזוגות המטופלים לאורך התהליך כולו. מחקרים כאלו יתרמו רבות ככל שהם יכללו מגוון רב יותר של נשים (מבחינת מוצא, רמת דתיות, אזור גאוגרפי ועוד). במקביל, ניתן לחקור גם את הגורמים המטפלים - רפואיים ופסיכו-סוציאליים, על מנת להבין כיצד מידע מועבר לזוגות המטופלים, כיצד להערכתם/ן הנשים ובני זוגן מבינים אותו, וכיצד ניתן להבנות תהליך שכולל מראש נקודות החלטה.

נקודות מפתח

- הלחץ החברתי בישראל להולדת ילדים והמימון הבלתי מוגבל גורם לנשים להמשיך בטיפולי פוריות, גם כשהסיכוי להרות נמוך מאוד.
- אופטימיות לא מציאותית מצד מטופלות פוריות קשורה בקושי לשקול הפסקת טיפולים או חלופות כמו תרומת ביצית או אימוץ.
- יש להקצות משאבים לתמיכה נפשית של מטופלות פוריות על-ידי איש/אשת מקצוע, שיסייעו בעיבוד רגשי וקבלת החלטות בהתאמה לגילן ומצבן הרפואי.
- במסגרת התמיכה הפרטנית והזוגית, יש ליצור לגיטימציה לחלופות להורות ביולוגית ואף לחיים בעלי משמעות ללא ילדים.

מקורות

- משרד הבריאות (2019). טיפולי הפריה חוץ-גופית 1990-2017. אגף המידע.
<https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/IVF1990-2017.pdf>
- סגל, א., בורלא, ט. ועצמון ר. (2019). ילדים מאומצים ומשפחות מאמצות. מתוך סקירת השירותים החברתיים: סקירת העשור 2009-2018 (חלק ב). משרד הרווחה והביטחון החברתי.
https://www.gov.il/BlobFolder/reports/molsa-social-services-review-decade-2009-2018/he/SocialServicesReview_decade-2009-2018_molsa-cahpter2-part2-adoption.pdf
- American Society for Reproductive Medicine (2012). Fertility treatment when the prognosis is very poor or futile: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 98(1), e6-e9. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.03.045>
- Arkes, H. R., & Ayton, P. (1999). The sunk cost and Concorde effects: Are humans less rational than lower animals? *Psychological Bulletin*, 125(5), 591-600. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.5.591>
- Armor, D. A., & Taylor, S. E. (1998). Situated optimism: Specific outcome expectancies and self-regulation. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 30, pp. 310-379). Academic Press.
- Bell, A. V. (2016). The margins of medicalization: Diversity and context through the case of infertility. *Social Science & Medicine*, 156, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.005>
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility & Sterility*, 83(2), 275-283. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.10.014>
- Berkovitch, N. (1997). Motherhood as a national mission: The construction of womanhood in the legal discourse in Israel. *Women's Studies International Forum*, 20(5-6), 605-619. [https://doi.org/10.1016/S0277-5395\(97\)00055-1](https://doi.org/10.1016/S0277-5395(97)00055-1)
- Birenbaum-Carmeli, D. (2009). The politics of 'The Natural Family' in Israel: State policy and kinship ideologies. *Social Science & Medicine*, 69(7), 1018-1024. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.044>
- Birenbaum-Carmeli, D. (2016). Thirty-five years of assisted reproductive technologies in Israel. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 2, 16-23. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2016.05.004>
- Birenbaum-Carmeli, D., & Dirnfeld, M. (2008). In vitro fertilisation policy in Israel and women's perspectives: The more the better? *Reproductive Health Matters*, 16(31), 182-191. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31352-4](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31352-4)
- Boden, J. (2013). The ending of treatment: The ending of hope? *Human Fertility*, 16(1), 22-25. <https://doi.org/10.3109/14647273.2013.777802>
- Coleman, M. D. (2010). Sunk cost and commitment to medical treatment. *Current Psychology*, 29(2), 121-134. <https://doi.org/10.1007/s12144-010-9077-7>
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- de Mouzon, J., Lancaster, P., Nygren, K. G., Sullivan, E., Zegers-Hochschild, F., Mansour, R., Ishihara, O., & Adamson, D. (2009). World Collaborative Report on Assisted Reproductive Technology, 2002. *Human Reproduction*, 24(9), 2310-2320. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep098>
- de Zoeten, M. J., Tymstra, T., & Alberda, A. T. (1987). The waiting-list for IVF. The motivations and expectations of women waiting for IVF treatment. *Human Reproduction*, 2(7), 623-626. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a136602>
- Dodge, L. E., Sakkas, D., Hacker, M. R., Feuerstein, R., & Domar, A. D. (2017). The impact of younger age on treatment discontinuation in insured IVF patients. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(2), 209-215. <https://doi.org/10.1007/s10815-016-0839-5>

- Domar, A. D., Rooney, K., Hacker, M. R., Sakkas, D., & Dodge, L. E. (2018). Burden of care is the primary reason why insured women terminate in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, *109*(6), 1121-1126. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.02.130>
- Domar, A. D., Smith, K., Conboy, L., Iannone, M., & Alper, M. (2010). A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, *94*(4), 1457-1459. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.06.020>
- Donath, O. (2007). *Cracks in pro-natalism: Choosing a childfree life-style in Israel* [Unpublished master's thesis]. Tel Aviv University.
- Elizur, S. E., Lerner-Geva, L., Levron, J., Shulman, A., Bider, D., & Dor, J. (2006). Cumulative live birth rate following in vitro fertilization: Study of 5310 cycles. *Gynecological Endocrinology*, *22*(1), 25-30. <https://doi.org/doi:10.1080/09513590500453916>
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: A review. *Social Science and Medicine*, *48*, 575-589. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00386-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00386-4)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, *39*, 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Feldman, G., & Wong, K. F. E. (2018). When action-inaction framing leads to higher escalation of commitment: A new inaction-effect perspective on the sunk-cost fallacy. *Psychological Science*, *29*(4), 537-548. <https://doi.org/10.1177/0956797617739368>
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*, *18*(6), 652-669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms031>
- Granek, L., & Nakash, O. (2017). The impact of militarism, patriarchy, and culture on Israeli women's reproductive health and well-being. *International Journal of Behavioral Medicine*, *24*(6), 893-900. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9650-7>
- Greil, A., McQuillan, J., & Slauson-Blevins, K. (2011). The social construction of infertility. *Sociology Compass*, *5*(8), 736-746. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2011.00397.x>
- Imeson, M., & McMurray, A. (1996). Couples' experiences of infertility: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, *24*(5), 1014-1022. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02938.x>
- Koert, E., Harrison, C., Bunting, L., Gladwyn-Khan, M., & Boivin, J. (2018). Causal explanations for lack of pregnancy applying the common sense model of illness representation to the fertility context. *Psychology & Health*, *33*(10), 1284-1301. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1494831>
- Landau, R. (2004). Israel: Every person has the right to have children. In E. Blyth & R. Landau (Eds.), *Third party assisted conception across cultures* (pp. 129-147). Jessica Kingsley Publishers.
- Lande, Y., Seidman, D. S., Maman, E., Baum, M., & Hourvitz, A. (2015). Why do couples discontinue unlimited free IVF treatments? *Gynecological Endocrinology*, *31*(3), 233-236. <https://doi.org/10.3109/09513590.2014.982082>
- Leridon, H. (2004). Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Human Reproduction*, *19*(7), 1548-1553. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh304>
- Mac Dougall, K., Beyene, Y., & Nachtigall, R. D. (2013). Age shock: Misperceptions of the impact of age on fertility before and after IVF in women who conceived after age 40. *Human Reproduction*, *28*(2), 350-356. <https://doi.org/10.1093/humrep/des409>
- Maheshwari, A., Porter, M., Shetty, A., & Bhattacharya, S. (2008). Women's awareness and perceptions of delay in childbearing. *Fertility and Sterility*, *90*(4), 1036-1042. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.07.1338>

- Mathews, T. J., & Hamilton, B. E. (2014). *First births to older women continue to rise* (NCHS Data Brief No. 152). National Center for Health Statistics. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db152.pdf>
- Miron-Shatz, T., Holzer, H., Revel, A., Weissman, A., Tarashandegan, D., Hurwitz, A., Gal, M., Ben-cherit, A., Weintraub, A., Ravhon, A., & Tsafir, A. (2021). 'Luckily, I don't believe in statistics': Survey of women's understanding of chance of success with futile fertility treatments. *Reproductive BioMedicine Online*, 42(2), 463-470. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.09.026>
- Modell, J. (1989). Last chance babies: Interpretations of parenthood in an in vitro fertilization program. *Medical Anthropology Quarterly*, 3, 124-138. <https://doi.org/10.1525/maq.1989.3.2.02a00020>
- Moini, A., Salehizadeh, S., Moosavi, F., Kiani, K., & Khafri, S. (2009). Discontinuation decision in assisted reproductive techniques. *International Journal of Fertility & Sterility*, 2(4), 173-178. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2009.45730>
- Nash, J. S., Imuta, K., & Nielsen, M. (2019). Behavioral investments in the short term fail to produce a sunk cost effect. *Psychological Reports*, 122(5), 1766-1793. <https://doi.org/10.1177/0033294118790908>
- Navarro, A. D., & Fantino, E. (2009). The sunk-time effect: An exploration. *Journal of Behavioral Decision Making*, 22(3), 252-270. <https://doi.org/10.1002/bdm.624>
- Neter, E., & Goren, S. (2017). Infertility centrality in the woman's identity and goal adjustment predict psychological adjustment among women in ongoing fertility treatments. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 880-892. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9693-9>
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00164-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00164-8)
- Nouman, H., & Benyamini, Y. (2019). Religious women's coping with infertility: Do culturally adapted religious coping strategies contribute to well-being and health? *International Journal of Behavioral Medicine*, 26(2), 154-164. <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9757-5>
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G., & Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility*, 81(2), 258-261. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.06.029>
- Papadatou, D., Papaligoura, Z. G., & Bellali, T. (2016). From infertility to successful third-party reproduction: The trajectory of Greek women. *Qualitative Health Research*, 26(3), 399-410. <https://doi.org/10.1177/1049732314566322>
- Peddie, V. L., van Teijlingen, E., & Bhattacharya, S. (2005). A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction*, 20(7), 1944-1951. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh857>
- Pedro, J., Sobral, M. P., Mesquita-Guimarães, J., Leal, C., Costa, M. E., & Martins, M. V. (2017). Couples' discontinuation of fertility treatments: A longitudinal study on demographic, biomedical, and psychosocial risk factors. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(2), 217-224. <https://doi.org/10.1007/s10815-016-0844-8>
- Reading, A. E. (1989). Decision making and in vitro fertilization: The influence of emotional state. *Journal of Psychosomatics in Obstetrics and Gynecology*, 10, 107-112. <https://doi.org/10.3109/01674828909016683>
- Remennick, L. (2000). Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Roles*, 43(11/12), 821-842. <https://doi.org/10.1023/A:1011084821700>
- Salmela-Aro, K., & Suikkari, A. M. (2008). Letting go of your dreams - Adjustment of child-related goal appraisals and depressive symptoms during infertility treatment. *Journal of Research in Personality*, 42(4), 988-1003. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.02.007>
- Sandelowski, M. (1991). Compelled to try: The never-enough quality of conceptive technology. *Medical Anthropology Quarterly*, 5(1), 29-47. <https://doi.org/10.2307/648959>

- Shalev, C., & Gooldin, S. (2006). The uses and misuses of in vitro fertilization in Israel: Some sociological and ethical considerations. *NASHIM: A Journal of Jewish Women's Studies and Gender Issues*, 12, 151-176. <https://doi.org/10.2979/NAS.2006-.12.151>
- Shalev, S., & Lemish, D. (2012). "Dynamic Infertility": The contribution of news coverage of reproductive technologies to gender politics. *Feminist Media Studies*, 12(3), 371-388. <https://doi.org/10.1080/14680777.2011.615627>
- Simonstein, F., & Mashiach-Eizenberg, M. (2012). How long should women persevere with IVF? *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(2), 121-123. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2012.011166>
- Simonstein, F., Mashiach-Eizenberg, M., Revel, A., & Younis, J. S. (2014). Assisted reproduction policies in Israel: A retrospective analysis of in vitro fertilization-embryo transfer. *Fertility and Sterility*, 102(5), 1301-1306. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.07.740>
- Smith, A. D. A. C., Tilling, K., Nelson, S. M., & Lawlor, D. A. (2015). Live-birth rate associated with repeat in vitro fertilization treatment cycles. *JAMA*, 314(24), 2654-2662. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.17296>
- Sol Olafsdottir, H., Wikland, M., & Möller, A. (2013). Nordic couples' decision-making processes during assisted reproduction treatments. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(2), 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.srh.2013.04.003>
- Stanton, A. L., & Dunkel-Schetter, C. (1991). Psychological adjustment to infertility: An overview of conceptual approaches. In A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp.3-16). Plenum Press.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.193>
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.5.806>
- Weinstein, N. D., & Klein, W. M. (1996). Unrealistic optimism: Present and future. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 1-8. <https://doi.org/10.1521/jscp.1996.15.1.1>
- Wyndham, N., Marin Figueira, P. G., & Patrizio, P. (2012). A persistent misperception: Assisted reproductive technology can reverse the "aged biological clock". *Fertility and Sterility*, 97(5), 1044-1047. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.02.015>

נספח

נספח לוח 1. מתאמים בין משתני המחקר

11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	
										הערכת סיכויי הצלחה
-0.01	-0.02	.01	-.31**	.39***	.21*	.44***	.58***	.71***	.66***	1 עצמי, בטיפול הקרוב
-0.10	-0.05	.14	-.21*	.18	-.32**	-.39***	.77***	.50***	-	2 מטופלת בת גילי, בטיפול הקרוב
-0.04	-0.12	-0.02	-.32**	.36***	.42***	.27**	.72***	-	-	3 עצמי, בתוך שנה
-0.18	-0.07	.13	-.26*	.25*	-.33***	-.21*	-	-	-	4 מטופלת בת גילי, בתוך שנה
										השוואה: עצמי לעומת מטופלת בת גילי
.12	.05	-.11	-.10	.24*	.64***	-	-	-	-	5 בטיפול הקרוב
.16	-0.08	-.16	-.08	.16	-	-	-	-	-	6 בתוך שנה
										הסתגלות נפשית
-0.08	.17	.01	-.75***	-	-	-	-	-	-	7 רווחה נפשית
.02	-.22*	.12	-	-	-	-	-	-	-	8 מצוקה נפשית
										סולמות הצורך בהורות
-0.07	-.39***	-	-	-	-	-	-	-	-	9 צורך בהורות
.03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10 קבלת אורח חיים ללא ילדים
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11 מספר מחזורי טיפול בעבר

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

נספח לוח 2. רגרסיה מולטינומיאלית לבחינת ההבדלים בין קבוצות הכוונות להמשך טיפול ברווחה נפשית, צורך בהורות וקבוצת גיל

מבחן כולל למשתנה		"כמה שיידרש" "לעומת "תוכנית ספציפית"		"כמה שיידרש" "לא יודעת"		כוונות להמשך טיפול:
χ^2	df	רווח בר סמך 95%	יחס סיכויים (OR)	רווח בר סמך 95%	יחס סיכויים (OR)	
11.53**	2	1.35-4.46	2.45**	1.06-4.64	2.21*	צורך בהורות
6.90*	2	0.93-3.26	1.74†	1.13-5.01	2.37*	רווחה נפשית
7.81†	4					קבוצת גיל (בהשוואה לבנות 40 ומעלה)
		1.15-16.28	4.33*	0.22-7.12	1.24	גילי 34-31
		0.82-10.69	2.96	0.10-2.89	0.53	גילי 39-35

† $p < .10$ * $p < .05$ ** $p < .01$

Nagelkerke Pseudo $R^2 = .28$