

יישום גישת הטיפול הממוקד במטופל בטיפולי פוריות בישראל

תמר מדינה-הרטום בת שבע הס לב ז'יבייב

המחקר נערך בסיוע מימון של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

מאירס-ג'וינט-ברוקדייל
MYERS-JDC-BROOKDALE
مایرس - جوینت - بروکדייל



מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

דמ-789-19

יישום גישת הטיפול הממוקד במטופל בטיפולי פוריות בישראל

תמר מדינה-הרטום בת שבע הס לב ז'יבייב

המחקר נערך בסיוע מימון של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

עריכת לשון: רעיה כהן
תרגום לאנגלית (תקציר ותמצית מנהלים): נעמי הלסטד
עיצוב גרפי: ענת פרקו-טולדנו

מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל
מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות
ת"ד 3886 ירושלים 9103702
טלפון: 02-6557400 | פקס: 02-5612391
brookdale.jdc.org.il

ירושלים | אייר תשע"ט | מאי 2019

עוד פרסומים של המכון בנושא

אשכנזי, י., רוזן, ב., גרוס, ר., רוקוף, י. (2011). תכנית "אישה" ללימודי המשך של רופאים בשירותי בריאות כללית: דוח הערכה. דמ-580-11.

אלרועי, א., אשכנזי, י., רוזן, ב., גרוס, ר. (2008). "פרויקט אישה" – הערכת התכנית לפיתוח מנהיגות נשים בקהילה לקידום בריאות נשים - דוח מסכם. דמ-513-08.

אלרועי, א., גרוס, ר., איציק, ד., לביא-סהר, ז. (2008). קולן של נשים נפגעות אלימות: תפיסותיהן את הטיפול בהן בבית-החולים. דמ-518-08.

ויזל, ר., צוויקל, ג., ברק, נ. (עור'). (2005). "שמרי נפשך" – בריאות נפשית בקרב נשים בישראל". מ-59-05.

אשכנזי, י., גרוס, ר. (2004). מצב הבריאות של נשים בישראל. סקירת נתונים. מ-117-04.

אלרועי, א., גרוס, ר. (2003). פיתוח מנהיגות קהילתית בתחום בריאות נשים – סקירת ספרות. ס-101-03.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

תקציר

רקע

טיפול ממוקד במטופל (להלן: טמ"מ), המוגדר כטיפול הניתן מתוך כבוד להעדפות, לצרכים ולערכים האישיים של המטופל, הוא רכיב ליבה באיכות שירותי הבריאות. בטיפולי פוריות, המאופיינים במעמסה פסיכולוגית ופיזית גדולה ובהשלכות רגשיות עמוקות, יש חשיבות מיוחדת ליישום גישה טיפולית ממוקדת במטופל.

מטרות

לבחון את מידת היישום של גישת הטמ"מ ביחידות לפוריות והפריה בבתי חולים בישראל.

שיטה

מחקר רב-מרכזי בשמונה יחידות לפוריות והפריה בישראל, שנערך בשיטות מעורבות: ראיונות עומק עם מנהלי יחידות וסקרים בקרב 76 אנשי צוות ו-524 מטופלות. שאלוני הסקרים התבססו על כלי מתוקף העוסק בטמ"מ בתחום טיפולי הפוריות. שיעור ההיענות בסקר המטופלות עמד על כ-80%.

ממצאים עיקריים

מנהלי היחידות מכירים את גישת הטמ"מ ובדרך כלל מצדדים בה. מהראיונות עלה שלמרות החשיבות של שיתוף גורם מטפל מתחום בריאות הנפש (עובד סוציאלי או פסיכולוג), רק בחלק מהיחידות יש גורם כזה כחלק מהצוות הקבוע ביחידה. הציון הכללי לממדים השונים של טמ"מ שהמטופלות נתנו ליחידות שבהן הן מטופלות נע בין 1.85 ל-2.49 (בסולם 0-3) ועמד במוצע על 2.0, ולעומתו הציון הממוצע שנתנו אנשי הצוות היה 2.2 - הבדל מובהק סטטיסטית. יש הבדלים מובהקים סטטיסטית גם בין ציונים שנתנו מטופלות מרקעים חברתיים-כלכליים שונים. הממד שלו נתנו המטופלות את הציון הנמוך ביותר מבין הממדים שנבחנו היה תמיכה נפשית, ולעומתן אנשי הצוות סברו שהתמיכה הנפשית שהם נותנים בלטה ביותר לחיוב בעבודתם.

מסקנות

הציונים שנתנו המטופלות מעידים כי יש מקום ניכר לשיפור ביישום גישת הטמ"מ. הצורך בשיפור גדול במיוחד בנוגע לתמיכה הנפשית וביחס לאוכלוסיות מסוימות.

המלצות והשלכות

- ממצאי המחקר יוכלו לשמש כלי ניהולי לניטור מתמשך ולשיפור איכות השירות, הן ברמת בית החולים והן ברמה המערכתית;
- חשוב לבדוק באיזו מידה הטמ"מ מיושם בכל קבוצות האוכלוסייה, גם בתחומי בריאות אחרים, ולבצע מחקרי המשך לבחינת מגמות ביישום גישת הטמ"מ לאורך זמן;
- רצוי לשקול מינוי איש צוות שחלק מתפקידו יהיה לקדם את יישום גישת הטמ"מ ולהקצות תקן לאיש בריאות הנפש בכל יחידה ויחידה.

תמצית מנהלים

רקע מדעי

טיפול ממוקד במטופל (להלן: טמ"מ) הוא רכיב ליבה במדדי איכות שירותי הבריאות. הוא מוגדר כטיפול הניתן מתוך כבוד להעדפות, לצרכים ולערכים האישיים של המטופל, מגיב אליהם ומבטיח שערכי המטופל ינחו את ההחלטות הקליניות לגביו (Institute of Medicine, 2001).¹ הספרות הבין-לאומית מעידה על חשיבות הטמ"מ, הן למערכת הבריאות והן למטופלים עצמם. בישראל, גישת טיפול זו מתחילה לאחרונה לחדור למודעות הציבורית ואף מהווה את אחד מעמודי האש של משרד הבריאות. בעיות פוריות והטיפול בהן כרוכים במעמסה פסיכולוגית ופיזית גדולה, ומאחר שיש להם השלכות רגשיות עמוקות, מטופלות בטיפולי פוריות עשויות במיוחד להפיק תועלת מגישת הטמ"מ (Huppelschoten et al., 2012).² על אף ההכרה בחשיבות הטמ"מ ולמרות העדויות המחקריות על תרומתו האפשרית להצלחת הטיפול ולרווחה הנפשית של המטופלים, עד כה לא נבדק יישום גישה טיפולית זו בישראל, גם לא בהקשר של טיפולי פוריות.

מטרות המחקר

מטרת-העל של המחקר הייתה לבחון את יישום גישת הטמ"מ ביחידות לפוריות והפריה בישראל. אלו היו מטרות המחקר הספציפיות:

1. לבחון עד כמה טיפולי פוריות בישראל עומדים בסטנדרט של טמ"מ;
2. לבחון אם יש הבדל במידת הטמ"מ לפי מאפיינים חברתיים-כלכליים של המטופלות ולפי מאפיינים ארגוניים של יחידות הטיפול;
3. לזהות גורמים שמקדמים מצד אחד ומעכבים מצד שני יישום מוצלח של טמ"מ בטיפולי פוריות ואשר עשויות להיות להם השלכות גם על מצבי בריאות אחרים.

שיטות העבודה

המחקר נערך בשמונה יחידות לפוריות והפריה. היחידות הנדגמות מגוונות במספר מאפיינים חשובים: מקום היחידה (מרכז או פריריה), גודל היחידה (לפי מספר מחזורי הטיפול המבוצעים בה בשנה) ובעלות (בתי חולים פרטיים, ציבוריים או ממשלתיים)

¹ Institute of Medicine (IOM). (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press.

² Huppelschoten, A. G., van Duijnhoven, N. T., Hermens, R. P., Verhaak, C., Kremer, J. A., & Nelen, W. L. (2012). Improving patient-centeredness of fertility care using a multifaceted approach: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13(1), 175

או קופות חולים). המחקר נערך בשיטות מחקר מעורבות וכלל ראיונות עומק עם מנהלי היחידות, סקר בקרב 76 אנשי צוות וסקר בקרב 524 מטופלות.

הכלי המרכזי שבו נעשה שימוש בשאלונים של המטופלות ושל אנשי הצוות התבסס על כלי שפותח בהולנד על ידי ואן-אמפל ועמיתיה (The patient-centeredness questionnaire — infertility (PCQ-infertility³: (Van Empel et al., 2010), והוא כולל הרחבה שפיתחו דנסט ועמיתיה (Dancet et al., 2011).⁴ הכלי, אשר מודד את המידה שבה טיפולי הפוריות עומדים בסטנדרטים מקובלים של ט"מ, כולל 52 פריטים העוסקים ב-10 ממדים שונים של חוויית הטיפול: נגישות לצוות המטפל; קבלת מידע והסברים בטיפול; מיומנויות תקשורת של הצוות; מעורבות המטופל בטיפול; כבוד לערכי המטופל ולצרכיו; המשכיות ומעברים בטיפול; מסוגלות מקצועית של הצוות; ארגון הטיפול; נוחות פיזית; ותמיכה נפשית. אנשי הצוות והמטופלות התבקשו לתת ציון בין 0 ל-3 לכל פריט. כל ממד קיבל ציון שמורכב ממוצע הציונים של כל אחד מהפריטים שבו, והציון הכללי התקבל מחישוב ממוצע הציונים של כל הפריטים המרכיבים אותו יחד, בכל עשרת הממדים.

איסוף הנתונים בסקר המטופלות החל בסוף אוקטובר 2016 וארך שנה. גיוס המטופלות נעשה ביחידות עצמן. שיעור ההיענות לסקר עמד על כ-80%. נתוני סקר המטופלות שוקללו כדי לבטא את ההבדלים בהיקף הטיפולים בכל יחידה. הממצאים בדוח זה מוצגים ללא אפשרות לזיהוי היחידות. צוות המחקר סיפק לכל יחידה דוח משוב, הכולל הן פירוט הציונים והתחומים שעל פי סקר המטופלות ביחידה הספציפית כדאי להתמקד בשיפורם והן השוואה לציונים המסכמים מכלל היחידות.

ממצאים

1. ממצאים מראיונות העומק עם מנהלי היחידות

מהראיונות עם המנהלים עלה שכולם מכירים את גישת הט"מ, עוסקים בנושא ברמה זו או אחרת במסגרת עבודתם ובדרך כלל גם מצדדים בטיפול לפי גישה זו. רובם גם מכירים בכך שכדי לתת ט"מ, חשוב שתהיה למטופלות נגישות לצוות ושיש לתת להן מידע והסברים ולערבן בטיפול. המנהלים גם התייחסו לכך שחשוב להקפיד על הנוחות הפיזית של המטופלות ולהעניק להן תמיכה נפשית. עם זאת, יש ממדים נוספים של ט"מ שהמנהלים מדגישים פחות, ובהם כבוד לערכים ולצרכים של המטופלות, מיומנויות תקשורת של הצוות, ארגון הטיפול וכן המשכיות ומעברים בטיפול. מהראיונות גם עלה שרק בחלק מהיחידות יש עובד סוציאלי או פסיכולוג כחלק מהצוות הקבוע ביחידה. עמדתם של מנהלי היחידות הייתה שיש מטופלות שאינן מעוניינות לקבל תמיכה נפשית ביחידה.

³ van Empel, I. W. Aarts, J. W., Cohlen, B. J., Huppelschoten, D. A., Laven, J. S., Nelen, W. L., & Kremer, J. A. (2010). Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: A random multicentre validation study. *Human reproduction*, 25(10), 2516-2526.

⁴ Dancet, E. A., Ameye, L., Sermeus, W., Welkenhuysen, M., Nelen, W. L., Tully, L., ... D'Hooghe, T. M. (2011). The ENDOCARE questionnaire (ECQ): A valid and reliable instrument to measure the patient-centeredness of endometriosis care in Europe. *Human Reproduction*, 26(11), 2988-2999.

בראיונות עם המנהלים עלו מספר גורמים העשויים לסייע בקידום של יישום גישת טמ"מ בטיפולי פוריות:

1. הבעת תמיכה של מנהל היחידה בממדים השונים של הטמ"מ ודוגמה אישית שלו ביישום הגישה;
2. הקדשת תשומת לב לאיכות האנושית של הצוות ובחירה באנשי צוות שיש להם גישה מתאימה ויכולות אנושיות טובות;
3. הקדשת תשומת לב לסביבה הפיזית והקצאת מקום פיזי הולם לחדרים, הן להתייעצות והמתנה והן לאיסוף זרע;
4. הקפדה על נגישות וזמינות גבוהות, צמצום הליכים בירוקרטיים ופיתוח פתרונות לצמצום זמני המתנה;
5. מתן תגמול הולם לאנשי הצוות והקצאת תקני כוח אדם מתאימים, בייחוד לאיש בריאות הנפש, כדי שיהיה חלק אינטגרלי מהצוות.

2. ממצאים מסקר אנשי הצוות

הציון הכללי שהתקבל מאנשי הצוות בכל היחידות שהשתתפו במחקר היה 2.2 (בסולם 0-3). שני הממדים שדורגו גבוה ביותר על ידי אנשי הצוות היו מתן תמיכה נפשית (ציון 2.4) ומיומנויות תקשורת של הצוות (ציון 2.3). לעומת זאת, שני הממדים שבהם אנשי הצוות דירגו את עבודת היחידה שלהם בדירוג הנמוך ביותר היו המשכיות ומעברים בטיפול (ממד העוסק באחידות בטיפול ושיתוף פעולה בין נותני טיפול), (ציון 2.0), ונגישות הצוות המטפל למטופלות (ציון 1.9).

הייתה שונות בציונים בין אנשי המקצוע. אנשי האדמיניסטרציה נתנו את הציון הכללי הגבוה ביותר (2.5); הרופאים והאחיות, אחריהם, נתנו ציונים דומים אלה לאלה (2.2 ו-2.3 בהתאמה); ואנשי הצוות במקצועות האחרים (עובדי מעבדה, עובדים סניטריים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים וכוח עזר) נתנו את הציון הכללי הנמוך ביותר (2.0). ממצא זה עקבי כמעט בכל הממדים.

3. ממצאים מסקר המטופלות

הציון הכללי שהתקבל מהמטופלות בכל היחידות שהשתתפו במחקר היה 2.0 (בסולם 0-3). שני הממדים שבהם המטופלות דירגו את היחידה שבה הן מטופלות גבוה ביותר היו מיומנויות תקשורת של הצוות (ציון 2.3) ומסוגלות מקצועית של הצוות (ציון 2.3). לעומת זאת, ממד התמיכה הנפשית קיבל את הציון הנמוך ביותר (ציון 1.0). גם ממדי המידע והסברים, הכבוד לערכים ולצרכים וכן ממד הנגישות לצוות קיבלו ציונים נמוכים יחסית.

נמצאו הבדלים בין היחידות בציון הכללי ובציוני הממדים השונים שנתנו המטופלות. הציון בסולם הכללי היה 1.85 ליחידה שקיבלה את הציון הנמוך ביותר, ו-2.49 ליחידה שקיבלה את הציון הגבוה ביותר. הבדלים דומים בין היחידות נמצאו ברוב הממדים.

נמצאו הבדלים משמעותיים בציונים גם בין יחידות בעלות מאפיינים שונים. יחידות קטנות ויחידות בפריפריה קיבלו ציונים גבוהים יותר בממוצע הכללי, בהשוואה ליחידות גדולות ומרכזיות. מגמה זו עקבית לאורך רבים מהממדים. לא נמצא הבדל בין היחידות בציון הסולם הכללי לפי בעלות, אך יש הבדלים בציונים בממדים השונים: היחידות בבתי החולים הממשלתיים למשל, הצטיינו בנגישות לצוות; היחידות בבתי החולים של קופות החולים - בתמיכה נפשית; והיחידה בבית החולים הפרטי - במסוגלות מקצועית של הצוות.

גם למשתני הרקע של המטופלות יש קשר לתפיסתן בעניין הטמ"מ. נשים דתיות, בעלות השכלה אקדמית, נשים שיש להן ילדים ונשים בעלות תפיסת בריאות טובה פחות, נטו לתת ציון נמוך יותר בסולם הכללי בהשוואה לאחרות. בין השאר, נשים בעלות השכלה אקדמית נתנו ציון כללי של 1.8 לעומת 2.1 שנתנו נשים בעלות השכלה תיכונית, על-תיכונית או יסודית. כמו כן, יש קשר בין חלק ממשתני הרקע לבין הציונים שנתנו המטופלות בממדים השונים. כך למשל, נשים חילוניות ומסורתיות, יהודיות או לא יהודיות, נתנו ציונים גבוהים יותר בממדים רבים, בהשוואה לאחרות.

לבסוף, נמצאו הבדלים בין הציונים שהמטופלות נתנו לבין הציונים שהתקבלו מאנשי הצוות (הן בממדים השונים והן בציון הכללי). בממדי המידע והסברים, הכבוד לערכים ולצרכים והתמיכה הנפשית נתנו המטופלות ציון ליחידה שהן מטופלות בה, שהיה נמוך מזה שנתנו אנשי הצוות העובדים באותה יחידה. הפער בממד התמיכה הנפשית היה גדול במיוחד (אנשי הצוות נתנו ציון 2.5, בעוד שהמטופלות נתנו ציון 1.0).

דיון ומסקנות

בראיונות עם מנהלי היחידות עלו מספר גורמים המסייעים בקידום יישום הטמ"מ. גורמים אלו - בין שהם מערכתיים, מבניים או קשורים בגישה או התייחסות - כפי הנראה אינם ייחודיים לטיפולי פוריות, וניתן ללמוד מהם ולהגיע לתובנות לגבי הדרך הטובה ביותר ליישם גישת טמ"מ גם בתחומי בריאות אחרים. על כן כדאי להפיץ ממצאי מחקר זה לא רק לאנשי מקצוע המעורבים בטיפולי פוריות, אלא גם לאנשי מקצוע העובדים במסגרות אחרות שמעוניינות לשפר את איכות הטיפול, בהיבט של טמ"מ.

הציון שנתנו המטופלות ליחידה שבה הן מטופלות מראה שיש מקום לשיפור ביישום הטמ"מ. ההבדלים בין הציונים שהמטופלות נתנו בממדים שונים של הטמ"מ מראים שיש ממדים שבהם יחידות הפוריות מיטיבות לתת מענה ותחומים שבהם המענה טוב פחות. היו גם הבדלים בציונים שנתנו המטופלות ליחידות השונות לפי מאפייני היחידות וכן לפי מאפייני רקע של המטופלות. כדאי להתמקד בשיפור איכות הטיפול עבור אוכלוסיות, יחידות וממדי טיפול הקשורים לציונים נמוכים של טמ"מ.

ממצא חשוב שעולה מההשוואה בין סקר המטופלות לבין סקר אנשי הצוות הוא הפער בתחום התמיכה הנפשית: בעוד שלפי אנשי הצוות ממד זה בולט ביותר לחיוב בעבודתם, לפי דירוג המטופלות הוא דווקא מקבל את המענה הפחות ביותר במסגרת הטיפול. בתחום התמיכה הנפשית ההבדלים בין מה שחושבים אנשי הצוות לבין מה שחוות המטופלות הם הגדולים ביותר, וייתכן כי דווקא בתחום זה חוויית המטופלות היא שהמענה הניתן להן אינו מספיק לצרכים שלהן. לכך עשוי להיות קשר בין היתר לסברה של מנהלי היחידות שיש מטופלות שאינן מעוניינות לקבל תמיכה נפשית ביחידה ולעובדה שלא בכל יחידה ויחידה גורם מטפל מתחום בריאות הנפש - עובד סוציאלי או פסיכולוג - הוא חלק מהצוות הקבוע.

המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות

- ממצאי המחקר והמשוב ליחידות יוכלו לשמש כלי ניהול לשיפור פנימי של איכות השירות. למשל, כדאי לשקף לאנשי צוות את הפער בין התפיסה שלהם על אופי הטיפול שהם נותנים לבין מה שהמטופלות חשות, בייחוד בתחום התמיכה הנפשית.
- קיימים הבדלים בין יחידות שונות בציונים שנתנו המטופלות. יש לשקול שיתוף ציונים כאלו - אולי על ידי נותני השירותים

עצמם – עם הקהל הרחב. בכך ניתן יהיה להנגיש לנשים את האפשרות להיעזר במידת הטמ"מ ביחידות השונות כתשומה להחלטה מושכלת בעניין היחידה ובית החולים שבו יטופלו.

- כדאי להמשיך ולבדוק באיזו מידה טמ"מ מיושם בכל קבוצות האוכלוסייה, גם בתחומי בריאות אחרים.
- רצוי למנות איש צוות בכל יחידה לפוריות והפריה שחלק מתפקידו יהיה לקדם את יישום הטמ"מ.
- יש לשקול הקצאת תקן עבור גורם מטפל מתחום בריאות הנפש (עובד סוציאלי או פסיכולוג) בכל יחידה ויחידה.

כיוונים למחקר בהמשך

- בחינה של המידה שבה מיושמת גישת הטמ"מ בכל קבוצות האוכלוסייה, גם בהקשרים בריאותיים אחרים;
- בחינת שינויים ומגמות ביישום של גישת הטמ"מ לאורך זמן – שיעור ההיענות הגבוה במחקר זה מעיד על הנכונות של הנשים העוברות טיפולי פוריות להשתתף במחקרים בנושא. אין להירתע אפוא, בשל שיקולי היענות, מעריכתם של מחקרים כאלו;
- בחינת הקשר בין גישת הטמ"מ לבין ממדים שונים שקשורים בשביעות רצון של אנשי המקצוע במסגרת עבודתם.

דברי תודה

ראשית, אנחנו רוצים להודות מקרב לב לכל מנהלי היחידות לפוריות והפריה בישראל שפתחו לפנינו את הדלת ליחידה שהם מנהלים ואפשרו לנו ללמוד מניסיונם העשיר ולראיין את אנשי הצוות והמטופלות.

תודה לאנשי הצוות ביחידות על שמילאו את השאלונים, גם תחת אילוסי זמן קשים.

תודה מקרב לב לכל היועצים מבפנים ומבחוץ שתרמו רבות לעיצוב תוכנית המחקר ולמימושה בשטח.

תודתנו שלוחה לאנשי הצוות במכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל: לד"ר ברוך רוזן על ההכרה בחשיבות המחקר, על הנכונות לתמוך בו ועל המעורבות והעזרה בשלבים שבדרך; תודה גדולה ליעל אשכנזי על ההערות על הדוח; תודה לצוות העריכה במכון על עריכת הלשון של הדוח, תרגומו לאנגלית ועיצובו הגרפי, ולרונית בן-נון על עריכת השאלונים. תודה גם לדניז נאון על הייעוץ הסטטיסטי ולרותי כרמון על הסיוע בשלב האישור האתי. אנו מודים למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות על הסיוע במימון המחקר.

ולבסוף, תודה אישית ומיוחדת לכל אחת ואחת מ-524 המטופלות שהיו נכונות לחשוף לפנינו את צפונות ליבן, מתוך רצון לעזור לנשים אחרות במצבן. אנחנו מאחלים להן הצלחה רבה בהמשך דרכן.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
6	2. מטרות המחקר
7	3. שיטות העבודה
11	4. ממצאים
11	4.1 ממצאים מראיונות העומק עם המנהלים
15	4.2 ממצאים מסקר אנשי הצוות
17	4.3 ממצאים מסקר המטופלות
25	4.4 השוואה בין הציונים שנתנו המטופלות לבין הציונים שנתנו אנשי הצוות לטמ"מ
28	5. מגבלות המחקר
29	6. דיון ומסקנות
34	7. המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות
35	מקורות
40	נספחים
40	נספח א: משתני רקע
42	נספח ב: פריטי תת-הסולמות

רשימת לוחות

- 10 לוח 1: סיכום איסוף הנתונים בסקר אנשי הצוות וסקר המטופלות מכלל היחידות
- 15 לוח 2: הציון הכללי וציוני תתי-הסולמות של טמ"מ, לפי אנשי הצוות
- 18 לוח 3: מאפייני הרקע של המטופלות
- 19 לוח 4: הציון הכללי וציוני תתי-הסולמות של טמ"מ, לפי המטופלות
- 22 לוח 5: תוצאות שני מודלים של הניתוח הרב-משתני לציון הטמ"מ
- 24 לוח 6: ציון הכללי לטמ"מ וציון ההערכה הכללית, לפי יחידות, על פי המטופלות
- 26 לוח 7: השוואה בין ציון טמ"מ לפי מטופלות ולפי אנשי צוות, בכלל היחידות המשתתפות במחקר
- נספחים
- 40 לוח א: טמ"מ וציוני תתי-הסולמות לפי משתני רקע של המטופלות
- לוח ב: הפריטים הכלולים בסולם הטמ"מ, לפי תתי-סולמות, קטגוריית התשובה ותשובות המטופלות ואנשי הצוות
- 42

רשימת תרשימים

- 24 תרשים 1: ציון ההערכה הכללית של כלל המטופלות לאופן הטיפול ביחידה שבה הן מטופלות
- 27 תרשים 2: ציוני המטופלות וציוני אנשי הצוות בפריטים שבתת-סולם התמיכה הנפשית

1. מבוא

1.1 רקע

טיפול ממוקד במטופל (להלן: טמ"מ) שם דגש על חוויית המטופל, ובשנים האחרונות הוא מקבל בעולם הכרה כרכיב ליבה בהערכת הטיפול הרפואי. בישראל, טמ"מ מתחיל לאחרונה לחדור אל המודעות הציבורית. עד כה לא פורסמו מחקרים המדווחים על מדידת טמ"מ בישראל, ומטבע הדברים גם לא התפרסמו מחקרים שיש בהם נתונים על הבדלים בטמ"מ על פני משתנים חברתיים-כלכליים שונים או מחקרים המתמקדים בהקשר ספציפי, כטיפול פוריות. מחקר זה בא למלא את החסר בנושא.

1.2 סקירת ספרות

1.2.1 מהו טמ"מ

אחד האתגרים העומדים בפני ספקי שירותי בריאות הוא שילוב כל הרכיבים של טיפול רפואי איכותי במסגרת הטיפול השגרתית, כדי להשיג את הבריאות הנפשית והפיזית המיטבית לכל מטופל.¹ רכיבים אלו כוללים את הבטיחות ואת היעילות של הטיפול, לצד המיקוד של הטיפול במטופל (Institute of Medicine, [IOM], 2001; Van Empel et al., 2010). ברויק ניסח זאת כך:

The experience (to the extent the informed, individual patient desires it) of transparency, individualization, recognition, respect, dignity, and choice in all matters, without exception, related to one's person, circumstances, and relationships in health care.

(Berwick, 2009, p. 560)

ארגון IOM קובע כי טמ"מ הוא טיפול המונחה על פי ערכי המטופל ומגיב לצרכיו האישיים (IOM, 2001). לפי אפשטיין ועמיתיו (Epstein, et al., 2005), הפרקטיקה הטיפולית של טמ"מ כוללת:

1. הבנת נקודת המבט של המטופל: דאגותיו, רעיונותיו, ציפיותיו, ערכיו, צרכיו, רגשותיו והתפקוד שלו;
2. הבנה של המטפל את המטופל בתוך ההקשר הפסיכו-סוציאלי הייחודי שלו;
3. הגעה להבנה משותפת עם המטופל בעניין הבעיה והטיפול המתאים בה, בהתאם לערכי המטופל;
4. סיוע למטופל על ידי השתתפות איתו בכוח ובאחריות הנדרשים לצורך קבלת החלטות, ברמה שהוא מעוניין.

¹ בהמשך הפרק יהיה שימוש לפי ההקשר ב"מטופלים" ו"מטופלות". בפרקי השיטה והמצאים נתייחס למטופלות בלבד, שכן הסקר נערך בקרב נשים בלבד.

הספרות הבין-לאומית מעידה על חשיבותו של הטמ"מ למערכת הבריאות, בשל תרומתו לשיפור מדדים הקשורים לתחלואה ותמותה (למשל: Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ), 2011; Meterko, Wright, Lin, Lowy, & Cleary, 2010; Epstein et al., 2005; Mead, Bower, & Hann, 2002; Robinson, Callister, Berry, & Dearing, 2008; Coelho, 2010; Coulter & Ellins, 2007; Little, et al., (למשל: Stewart et al., 2000; Bertakis, & Azari, 2011; 2001); וכן שיפור שביעות הרצון, הרווחה העצמית והבריאות הנפשית (למשל: Coulter & Ellins, 2007; Rathert, Dyrwich, & Boren, 2013; 2013). מחקרים מראים כי טמ"מ טוב למערכת הבריאות גם אם בוחנים את המטפל והארגון: הוא תורם לשיפור שביעות הרצון של המטפלים מעבודתם, להפחתת השימוש המיותר או החסר בשירותי בריאות, ליעילות האבחון, להפחתה בעלויות ובמספר של בדיקות אבחון וכן לקיצור משך הביקור של המטופל לצורך קבלת הטיפול (למשל: הוארי, 2010; Bertakis, & Azari, 2011; Coulter & Ellins, 2007).

שיפור הטמ"מ הוא אחת משש מטרות היוזמה לאיכות הטיפול הרפואי של IOM. לפי יוזמה זו טיפול רפואי צריך להיות בטוח, מועיל, ממוקד במטופל, להינתן בעיתוי הנכון ולהיות יעיל והוגן (Groene, 2011). גם OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) פועל בנושא הטמ"מ, ובמסגרת תוכנית שהוא מפעיל למדידת האיכות של שירותי הבריאות נאספים נתונים ממדינות שונות על חוויית המטופל והמיקוד בו (Fujisawa, & Klazinga, 2017). כמו כן, בדוח הלאומי על פערי הבריאות בארצות הברית מוקדש פרק לדין בטמ"מ (AHRQ, 2011).

1.2.2 רקע על הטמ"מ בישראל

חוויית המטופל והטמ"מ הם חלק מהרכיבים העיקריים שבמסמך התוכנית האסטרטגית של משרד הבריאות (משרד הבריאות, 2017), שעניינו איכות הרפואה ושירותי הבריאות בישראל. ב-2013 הופץ חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות בנושא שיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות, ובו התייחסות לטמ"מ כאחד מרכיבי טיפול איכותי, ופירוט הדרישות ממערכת הבריאות לשיפור רווחת המטופלים. החוזר לווה ביום עיון, והוא כולל רשימת סטנדרטים שגובשו בנושא, ובהם: מתן מידע עדכני, מובן ונגיש (בין השאר על מיצוי זכויות) באופן יזום ובהתאם לרצון המטופל; העצמת המטופל, שיתופו ומעורבותו בטיפול ובצומתי קבלת החלטות בהתאם לרצונותיו, תרבותו וצרכיו; יחס של כבוד, הגינות, יעילות ואדיבות, מתוך התחשבות בצורכי המטופל, ובהם צרכיו הרגשיים, באופן רגיש מבחינה תרבותית ובמהירות סבירה, ובשיתוף המשפחה בהתאם לנסיבות; טיפול קשוב בפניות הציבור ומתן מענה בזמן סביר; מניעת טעויות רפואיות וקידום בטיחות הטיפול; טיפול מקצועי ובאיכות גבוהה, המתייחס לסבלו הפיזי של המטופל ופועל להפחתתו; תיאום ושיתוף פעולה בתוך היחידה ומחוצה לה; ושמירה על הניקיון ועל תנאי מלונאות נוחים (משרד הבריאות, 2013).

המחקר על הטמ"מ בישראל נמצא בראשיתו. הערכת המטופלים לגבי החוויה של טיפולים רפואיים בישראל מתמקדת בטיפול שהם מקבלים במסגרת הקהילה, אך הערכות לגבי חוויית המטופלים בבתי החולים אינן נעשות בעקביות. אין גם תוכנית לאומית למדידת חוויית המטופל בהקשרים שונים (Zimlichman, Rozenblum, & Millenson, 2013). בעשור האחרון פורסם מספר מצומצם של דיסרטציות הנוגעות לנושא (למשל הוארי, 2010). מחקר האיכותניים של קרניאלי-מילר עוסקים בנושאים קרובים לטמ"מ (למשל Karnieli-Miller, Werner, Aharon-Peretz, Sinoff, & Eidelman, 2012). עם זאת, עד כה לא פורסמו

מחקרים המדווחים על מדידת טמ"מ בישראל, ומטבע הדברים, גם לא כאלו שיש בהם נתונים על הבדלים בטמ"מ על-פני משתנים חברתיים-כלכליים שונים או המתמקדים בהקשר ספציפי כטיפולי פוריות. מחקרים על חוויית המטופל וטמ"מ בישראל שממצאיהם יהיו נגישים לציבור ושיכללו הסבר על השימוש בנתונים ופירושם, בהתאמה להקשר הישראלי, יוכלו להביא לידי סיפור באיכות השירותים בישראל (Cleary, 2013; Zimlichman, Rozenblum, & Millenson, 2013).

1.2.3 טיפולי פוריות בעולם ובישראל

בעיית פוריות מוגדרת ככישלון להרות או לשמר היריון בתוך שנה או יותר של קיום יחסי מין סדירים ולא מוגנים או של טיפולי הזרעה (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013; Boivin, Bunting, Collins, & Nygren, 2007). ההערכות לעת הזאת הן כי לכ-15% מהזוגות המנסים להרות יש בעיות פוריות. בארצות הברית למשל השיעור עומד על 15.5% (Thoma et al., 2013). הטיפול בבעיות פוריות כולל השראת ביוץ והזרעה תוך-רחמית וגם טכנולוגיות המסייעות לרבייה, כהפריה חוץ-גופית (in vitro fertilization - להלן: IVF). IVF הוא הטיפול השכיח ביותר בטיפולי פוריות מתקדמים (משרד הבריאות, 2014). במהלך הטיפול, הביצית מופרית מחוץ לרחם ולאחר מכן מועברת אל הרחם. השראת ביוץ והזרעה תוך-רחמית הם טיפולים זולים יותר ופולשניים פחות, אולם טיפולי IVF יעילים יותר לפתרון בעיות פוריות, והיום הם בשימוש כמעט לכל סוגי הבעיות (Ombelet, De Sutter, Van der Elst, & Martens, 2005).

בעשור האחרון נרשמה עלייה מתמדת במספר טיפולי הפוריות בעולם בכלל ובישראל בפרט. ישראל נחשבת כיום למעצמה בתחום, שכן שיעור הטיפולים לנפש ושיעור המימון הציבורי של הטיפולים הם הגבוהים בעולם (שליצ'קוב, עוזרי, פוליאק, חקלאי ולוטן, 2014; Gooldin, 2011). לפי דוח מבקר המדינה (מבקר המדינה, 2012) ונתוני משרד הבריאות, מספר מחזורי ה-IVF בישראל בשנת 2010 היה 34,538 לעומת 18,011 בשנת 2000 (גידול של כ-92%), ובשנת 2011 המספר הגיע ל-38,284 מחזורים (מבקר המדינה, 2012; משרד הבריאות, 2014). בסקר באוכלוסייה הכללית העוסק בתפקוד מערכת הבריאות שערך מכון ברוקדייל בשנת 2012 דיווחו 8% מהמרוויינות שהן עוברות או עברו טיפולי פוריות (ברמלי-גריןברג ומדינה-הרטום, 2015).

אי-פוריות והטיפול בה כרוכים במעמסה פסיכולוגית ופיזית גדולה, שכן היעדרם של ילדים שלא מרצון וכן הסטיגמה החברתית ואי-ודאות אשר לתוצאות הטיפול, מדי חודש בחודשו, יכולים להוביל למצוקה נפשית, חרדה או דיכאון. המעמסה הפיזית של הטיפולים נגרמת בין השאר ממספר רב של ביקורים ביחידת הפוריות, מתופעות לוואי של תרופות, משאיבות ביציות לא נעימות, ולפעמים אף מסיבוכים שונים. מחקרים שנעשו בעולם מצאו שאף כי בדרך כלל המטופלים מקבלים חזר על הוצאות הטיפול ויש להם מוטיבציה רבה להיריון, זוגות רבים לא מסיימים את התוכנית הטיפולית ומפסיקים את הטיפול ללא השגת התוצאה המיוחלת של היריון ולידה (Brandes et al., 2009; Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010; Van Empel, 2011; Verberg et al., 2007; Verhaak et al., 2008).

במחקר שנערך בישראל נמצא ששנים שמתופלות בטיפולי פוריות חוות קשיים רבים ומגוונים, במשמעותיים שבהם אפשר למנות אי-ביטחון בנוגע לעתיד ותחושת חוסר שליטה על החיים. ככל ששנים חוות יותר קשיים, כך הן חוות גם יותר דחק ופחות רווחה נפשית (Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2005). במחקרים אחרים מישראל עסקו החוקרים בתפיסות של נשים וגברים המטופלים בטיפולי פוריות אשר לאיום הבריאותי שהטיפולים מהווים ובמנגנוני התמודדות עימם, ואף פותח שאלון העוסק

בהתמודדות עם מצב זה (Benyamini et al., 2008; Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2005). נערכו גם כמה מחקרים ניסויים שבדקו אם התערבויות המפחיתות את הדחק הנפשי בזמן הטיפול, כגון היפנוזה וליצנות רפואית, קשורות לשיפור בשיעורי ההצלחה של טיפולי הפוריות (Friedler et al., 2011; Levitas et al., 2006). נמצא שהתערבויות כאלו אכן קשורות לשיעורי הצלחה גבוהים יותר של הטיפולים.

1.2.4 שיוך חוקי ומערך טיפולי הפוריות בישראל

בישראל, בעיות הפוריות מטופלות בתחילת הדרך במסגרת המרפאות בקהילה (במרפאות פוריות ראשוניות של קופות החולים או מרפאות פרטיות). המטופלות מקבלות בהן טיפול שאינו מצריך שירותי בית חולים, למשל מעקב זקיקים והגברת ביוץ. בעיות מורכבות יותר, הדורשות התערבויות טכנולוגיות, מופנות אל 25 היחידות לפוריות והפריה המורשות הפועלות כיום ברחבי הארץ בבתי החולים. ביחידות אלו המטופלות עוברות טיפולי הפריה מורכבים, כשאיבת ביציות, הפרייתן והחזרתן לרחם. במחקר זה נתמקד ביחידות שבבתי החולים.

טיפול IVF עד להולדת שני ילדים נכללים בישראל בסל השירותים הבסיסי שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994). מימון לטיפולים עם ביציות עצמיות הוגבל עד גיל 45, אולם מספר הטיפולים להשגת לידה לא הוגבל (סלע ואח', 2013; Birenbaum-Carmeli, 2004). לאחרונה פורסם חוזר מנהל רפואה הקובע כי יש להפסיק את הטיפולים לאחר גיל 42 בנשים שעברו שלושה מחזורי טיפול ללא החזרת עוברים וכי יש לבצע בחינה מקצועית סדורה לאחר שמונה מחזורים ללא היריון (משרד הבריאות, 2014). המימון הציבורי של הטיפולים בישראל נרחב בהשוואה למדינות מפותחות אחרות: הוא חל על מספר טיפולים לא מוגבל אצל נשים, ללא קשר למצבן המשפחתי (Simonstein, 2010), וכולל השתתפות נמוכה יחסית בעלויות הטיפול מצד המטופל - עד 15% (סלע ואח', 2013). ייתכן כי מדיניות ישראל למימון הטיפולים, הנדיבה יחסית לזו הנהוגה במדינות אחרות, וכן הזמינות הגבוהה יחסית של יחידות הטיפול (סלע ואח', 2013) מובילה נשים בישראל לעבור עוד ועוד טיפולים מורכבים במטרה להשיג את ההיריון המיוחל (Elizur et al., 2006; Remennick, 2000; Simonstein, 2010). עם זאת, השאלה אם המעמסה על נשים ישראליות בטיפולי פוריות חמורה מזו של נשים אחרות בעולם היא שאלה הנתונה לדיון.

רוב היחידות לפוריות והפריה בישראל ממוקמות בבתי חולים בבעלות ציבורית (להלן: יחידות ציבוריות) ומיעוטן בבתי חולים בבעלות פרטית (להלן: יחידות פרטיות). ביחידות ציבוריות, מימון הטיפול נכלל בסל השירותים הבסיסי, למעט במקרים של שירות פרטי. במקרים אלו חלק מן המימון משולם בדרך כלל על ידי ביטוח בריאות משלים או מסחרי וחלקו מכיס המטופלים. ואולם, רוב מחזורי הטיפול מבוצעים ביחידות פרטיות. המימון ביחידות אלו מגיע ברובו מביטוח בריאות משלים ומסחרי ומיעוטו מהכיס. במחקר דעת הציבור על רמת שירותי הבריאות ומערכת הבריאות בישראל נמצא כי לשיעור גבוה יותר מקרב הנשים המקבלות טיפולי פוריות, בהשוואה לנשים אחרות, היו ביטוחי בריאות משלימים ומסחריים והיו להן הוצאות על רופא פרטי (ברמלי-גרינברג ומדינה-הרטום, 2015). חיפוש בספרות בישראל ובעולם לא הניב מחקרים שעסקו בהבדלים בטמ"מ לפי בעלות על המוסד הרפואי (פרטי או ציבורי). במחקר שעסק בהבדל בין רופאים למטופלים בתפיסת חשיבות הטמ"מ נמצא שמעבר להבדל בין תפיסות מטופלים לתפיסות רופאים בעניינים אלו יש הבדל בין מטופלות ממדינות שונות: שיעורי ההריונות חשובים למטופלים יותר מהטמ"מ במקומות שבהם הם משלמים סכומי כסף משמעותיים עבור כל טיפול (Van Empel, 2011).

1.2.5 טיפול פוריות ממוקד במטופל

בתחומי בריאות הקשורים לרגשות חזקים ולתקופות טיפול אינטנסיביות ושיש בהם השלכות רגשיות עמוקות, למשל אונקולוגיה או שיגרון, אפשר במיוחד להפיק תועלת מטמ"מ. טיפולי פוריות הם תחום שכזה (Bauman, Fardy, & Harris, 2003; Huppelschoten et al., 2012). ליחסי מטפל-מטופל יש חשיבות גדולה בטיפולי פוריות, ועל כן יש משמעות רבה לגישת הטיפול. תקופת טיפולים זו מהווה הזדמנות חשובה לבחינת נושא הטמ"מ, שכן היא מצריכה את המטופלים לקיים תקשורת ומגע ממושכים עם מערכת הבריאות עד להגעה אל המטרה המיוחלת של היריון ולידה. מעדויות מחקריות נראה כי מטופלי הפוריות עצמם מעוניינים לקבל טמ"מ (Dancet et al., 2010; Van Empel et al., 2010).

מי שפיתחו ותיקפו כלי המודד טמ"מ בהקשר של טיפולי פוריות הם ואן-אמפל ועמיתיה. הכלי כולל מספר ממדים: גישות, מידע, תקשורת, מעורבות המטופל, כבוד לערכים, המשכיות ומעברים בטיפול והמסוגלות המקצועית של הצוות המטפל (Van Empel et al., 2010). ממדים אלו עולים בקנה אחד עם רשימת הסטנדרטים לטיפול הכלולים בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות, כפי שפורטו לעיל. מחקרים שעסקו בטיפול פוריות ממוקד במטופל הראו כי להיבט זה של איכות הטיפול יש חשיבות רבה לתוצאות הטיפול, הן מבחינת הצלחת הטיפול והן מבחינת ההשלכות הנפשיות שלו (Aarts et al., 2012; Van-Empel, 2011).

כפי שצוין לעיל, קידום גישת טמ"מ הוא חלק ממדיניות משרד הבריאות בישראל, אולם כדי שמדיניות זו, כמו כל מדיניות אחרת, תתורגם ליישום בפועל, חשובה מעורבותם של המטופלים עצמם, המעניקים את הטיפול. עם זאת, אף שנראה כי יש דיונים ציבוריים רבים בסוגיה של מעורבות מטופלים וטיפול העולה בקנה אחד עם טמ"מ, ההשלכות הפרקטיות לרוב אינן מפורטות במסמכי המדיניות של מקבלי ההחלטות בתחום הבריאות (Coulter, 2012). במחקרים העוסקים ביישום מדיניות נמצא כי התפיסות וההעדפות האישיות של נותני השירותים משפיעות על אופן אספקת השירותים (Ewalt & Jennings, 2004; May & Winter, 2007). ואם מעוניינים שהמטופלים ישתתפו בטיפול ויהיו יותר מעורבים בו, כפי שעולה ממדיניות התומכת בטמ"מ, המטפלים צריכים לתמוך בהם טוב יותר, ליידע אותם טוב יותר לגבי הטיפול, לפרט את ההשלכות של הטיפול וליצור הזדמנויות להשתתפות (Coulter, 2012). בנוסף, אחד המחקרים על טיפול פוריות ממוקד במטופל (Huppelschoten et al., 2012) הראה שיש חשיבות גדולה למתן משוב לנותני השירותים ומנהלים על המדיניות הרצויה לצורך טמ"מ.

במחקר איכותני שבחן את דעותיהם של בעלי דרגות ניהול שונות בבתי חולים לגבי הגורמים המעכבים והמקדמים טיפול פוריות ממוקד במטופל בארצות הברית נמצא כי אלה בין השאר הם הגורמים המקדמים: מנהיגות בכירה חזקה המחויבת לנושא; תרבות ארגונית התומכת בשינוי ובלמידה; מעורבות אקטיבית של המטופל ומשפחתו בבית החולים; טיפוח ושימור של אנשי צוות על ידי הכרה פומבית בהישגיהם, תגמול ומתן פרסים; מדידה אקטיבית ודיווח עליה וכן משוב לאנשי הצוות לגבי חוויית המטופלים; משאבים מתאימים; מחויבות למתן דין וחשבון ותמריצים. שינוי התרבות הארגונית הממוקדת במטפל לגישה הממוקדת במטופל ואורך הזמן עד למעבר אל המיקוד החדש צוינו כגורמים המעכבים (Luxford, Safran & Delbanco, 2011). לא נמצאו מחקרים המצביעים על הגורמים המעכבים והמקדמים טמ"מ בישראל.

למרות חשיבות הנושא לא נערכו בישראל מחקרים על אודותיו, למעט מחקר שנערך על נשים שעברו טיפולי פוריות והפריה באזור חיפה. נמצא בו שהנשים שהשתתפו במחקר לא ידעו להעריך ריאלית את סיכויי הצלחה ולא היו מודעות לסכנות של הטיפולים ולתופעות לוואי הקשורות בהם (Birenbaum-Carmeli & Dirnfeld, 2008).

2. מטרות המחקר

מטרת-העל של המחקר הייתה לבחון את יישום גישת הטמ"מ ביחידות לפוריות והפריה בישראל. אלה מטרות המחקר ביתר פירוט:

1. לבחון עד כמה טיפולי פוריות בישראל עומדים בסטנדרט של טמ"מ;
2. לבחון אם יש הבדל במידת הטמ"מ לפי משתנים חברתיים-כלכליים של המטופלות ולפי מאפיינים ארגוניים של יחידות הטיפול;
3. לזהות גורמים שמקדמים מצד אחד ומעכבים מצד שני יישום מוצלח של טמ"מ במסגרת טיפולי פוריות ומצבי בריאות אחרים.

3. שיטות העבודה

המחקר נערך בשיטות מחקר מעורבות. נערכו ראיונות עומק עם מנהלי היחידות שנכללו במחקר, ובמהלכם זוהו גורמים המקדמים או מעכבים את יישום הגישה (מטרה 3). בהמשך נערך סקר בקרב אנשי צוות וסקר בקרב מטופלות ביחידות לפוריות והפריה. בסקרים אלו נבדק עד כמה טיפולי הפוריות עומדים בסטנדרט של טמ"מ ואם קיימים הבדלים ביישום הטמ"מ לפי משתנים חברתיים-כלכליים של הנשים ולפי מאפיינים ארגוניים של היחידות (מטרות 1 ו-2).

3.1 דגימת היחידות

שמונה יחידות לפוריות והפריה השתתפו במחקר. היחידות נדגמו באופן שיכיל בתוכו מגוון מאפיינים חשובים: מקום היחידה (במרכז הארץ או בפריפריה), גודל היחידה (לפי מספר מחזורי הטיפול המבוצעים בה בשנה) והבעלות על היחידה (בתי חולים פרטיים מול ציבוריים, הכוללים "בתי חולים ציבוריים", "בתי חולים ממשלתיים" ובתי חולים של "כללית"). המיקום במרכז או בפריפריה נקבע לפי מדד הפריפריאליות של הלמ"ס. חילקנו את המדד לשניים: בתי חולים באזורים שבחמש הקטגוריות הגבוהות ביותר של המדד הוגדרו מרכזיים והשאר פריפריאליים. החלוקה לפי גודל היחידה נעשתה בהתאם לנתונים ממשרד הבריאות. היחידות חולקו ליחידות קטנות - יחידות שמבוצעים בהן עד 500 מחזורי טיפול בשנה; ויחידות גדולות - יחידות שמבוצע בהן מספר מחזורים גדול מ-500 בשנה. רוב היחידות הן יחידות ציבוריות, ולצידן יחידות פרטיות ספורות בלבד, אולם רוב מחזורי הטיפול בישראל מבוצעים כיום ביחידות הפרטיות. חמש מהיחידות שנדגמו ממוקמות במרכז והשאר בפריפריה; חמש מהיחידות הן גדולות; שלוש יחידות הן בבתי חולים ציבוריים, שתיים בבתי חולים ממשלתיים, שתיים בבתי חולים ששייכים לקופת חולים כללית ואחת היא יחידה פרטית. לצורך חסיון היחידות, בהמשך הדוח לא קישרנו בין המאפיינים לבין היחידות.

3.2 כלי המחקר

הכלי המרכזי שבו נעשה שימוש בשאלונים של המטופלות ושל אנשי הצוות התבסס על The patient-centeredness questionnaire-infertility (PCQ-infertility), שפותח על ידי ואן-אמפל ושותפיה (Van Empel et al., 2010). הכלי פותח בהולנד ונמצא מתאים ליישום גם במדינות אחרות (ראו למשל: Pedro, Canavarro, Boivin, & Gameiro, 2013). הכלי התבסס על ממצאי מחקר איכותני, שקדם לבניית הכלי, ובו בדקו החוקרים מה הם האספקטים הטיפוליים החשובים לנשים בטיפולי פוריות, במטרה לחשוף את משמעות הטמ"מ בטיפולי פוריות, בעיני המטופלות. במסגרת המחקר הנוכחי עבר הכלי בדיקת ישימות, תורגם לעברית והותאם להקשר הישראלי. פאנל של עשרה מומחים בתחום מישראל, שכלל עובדות סוציאליות, פסיכולוגים, אנשי אקדמיה, ונותני טיפול ושירותים שונים החברים באיל"ה (האגודה הישראלית לחקר הפוריות) סייע בבדיקה אם השאלון נוגע בכל הנושאים החשובים ואם הוא רלוונטי, נכון וחשוב למטופלות פוריות בכלל ובייחוד בישראל.

הכלי מודד את התמקדות טיפול הפוריות במטופלת בעיני המטופלות. בכלי המקורי היו שמונה תת-סולמות: נגישות לצוות המטפל; קבלת מידע והסברים בטיפול; מיומנויות תקשורת של הצוות; מעורבות המטופלת בטיפול; כבוד לערכים ולצרכים של המטופלת;

המשכיות ומעברים בטיפול; מסוגלות מקצועית של הצוות; וארגון הטיפול. הוספנו לכלי שני תתי-סולמות חשובים לגישת הטמ"מ: נוחות פיזית ותמיכה נפשית. תתי-סולמות אלו פותחו במחקר של דנסט ועמיתיה (Dancet et al., 2011). המשתתפות התבקשו לציין עד כמה הן מסכימות שהיגדים שונים מתארים את הטיפול שניתן להן ביחידה שבה הן מטופלות באותה עת. הן לא נשאלו אם היו רוצות לקבל את הרכיבים השונים של הטיפול ובאיזו מידה, אלא רק עד כמה הן מסכימות שההיגדים מתארים את הטיפול שניתן להן. אנשי הצוות התבקשו לציין עד כמה הם מסכימים עם תיאורים של הטיפול הניתן למטופלות ביחידה שבה הם עובדים כפי שהם מוצגים בהיגדים שונים. טווח הציונים בכלי היה מ-0 - הציון הנמוך ביותר, ועד 3 - הציון הגבוה ביותר. הכלי תקף ומהימן α (0.92), והוא כולל פריטים העוסקים בהיבטים שונים של חוויית הטיפול.² כל ממד קיבל ציון שמורכב ממוצע הציונים של כל אחד מהפריטים שבו, והציון הכללי התקבל מחישוב ממוצע הציונים של כל הפריטים המרכיבים אותו יחד, בכל אחד מהפריטים בכל אחד מעשרת הממדים.

נוסף על שאלות בעניין המידה שבה הטיפול שקיבלו המשתתפות היה ממוקד בהן נשאלו המטופלות על ההערכה הכללית שלהן לאופן הטיפול ביחידה שבה הן מטופלות: "באופן כללי, איזה ציון את נותנת לאופן הטיפול ביחידה שבה את מטופלת?". המשתתפות יכלו להעניק בשאלה זו ציון הנע בין 0 (הציון הנמוך ביותר) ל-10 (הציון הגבוה ביותר).

גם אנשי הצוות נשאלו שאלות נוסף על השאלות על הטמ"מ:

- עד כמה יש להם יכולת להיות רגישים לצרכים של הלקוחות שלהם או של עובדים אחרים;
 - עד כמה יש להם כוח להשקיע רגשית בלקוחות שלהם או בעובדים אחרים; ו-
 - עד כמה הם מרגישים שיש להם יכולת להיות אמפתיים ללקוחות שלהם או לעובדים אחרים.
- אנשי הצוות יכלו להשיב תשובות בסולם שבין 1 ("כמעט אף פעם") ל-7 ("כמעט תמיד").

3.3 איסוף נתונים

איסוף הנתונים התבצע לאחר קבלת אישורים אתיים כנדרש. המחקר קיבל אישור מוועדת האתיקה של מכון מאיר-ס-ג'וינט-ברוקדייל ומוועדת האתיקה של אוניברסיטת תל אביב. מעבר לכך, ומכיוון שהמחקר התבצע ביחידות הטיפול הממוקמות בבתי חולים, הוגשו בקשות לאישור ועדת הלסינקי בכל אחד מבתי החולים שבהם היחידות ממוקמות, וזאת לאחר קבלת הסכמת מנהלי היחידות. צוות המחקר העביר למשתתפות טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר. הטופס כלל הסבר על המחקר, והובהרה בו האפשרות לסרב להשתתף במחקר בכל עת, ללא קשר לטיפול. הובטחה למשתתפות אנונימיות בפני כל הגורמים, למעט צוות המחקר, וחיסיון של פרטיהן המזהים. המשתתפות קיבלו מידע לגבי צוות המחקר ודרכי התקשורת עמו וכן מידע לגבי הצגת הממצאים לאחר סיום איסוף הנתונים, באופן שלא יאפשר חשיפה של פרטיהן האישיים המזהים. לא הייתה היכרות קודמת בין צוות המחקר לבין המשתתפות במחקר.

² על כל פריט נשאלו המשתתפים שאלה, ולכן נשתמש בהמשך במונחים "פריט" ו"שאלה" לפי ההקשר.

ראיונות העומק עם המנהלים בוצעו בתחילת עבודת איסוף הנתונים, נמשכו בין 40 ל-120 דקות כל אחד והוקלטו לאחר קבלת הסכמה מהמראיינים. הראיונות נערכו באמצעות מדריך ריאיון חצי מובנה הכולל שאלות על הקריירה האקדמית והמקצועית של המראיינים ועל היחידה ואנשי הצוות וכן שאלות שנוגעות לטמ"מ. אנשי הצוות מילאו את שאלוני המחקר בעת ביקור צוות המחקר ביחידה, רובם בעת ישיבת צוות של אנשי היחידה ומיעוטם באמצעות האינטרנט. איסוף הנתונים בסקר המטופלות החל בסוף אוקטובר 2016 וארך שנה. כל מטופלת שביקרה ביחידה בימים שצוות המחקר נכח בה קיבלה הסבר על המחקר ומטרותיו וחתמה על טופס הסכמה מדעת. גיוס המטופלות נעשה תוך תיעוד שיעורי ההיענות (ראו לוח 1), וצוות המחקר נכח בכל יחידה בממוצע שש פעמים ועד להגעה למספר מינימלי של 50 מטופלות בכל יחידה. רובן המכריע של המטופלות מילאו את השאלון ביחידה, וחלקן הקטן עשו זאת בשיחה טלפונית או באינטרנט. בסך הכול רואיינו 524 מטופלות בכל היחידות יחד.

יכלו להשתתף במחקר, על פי הקריטריונים שנקבעו, רק נשים שאינן בהיריון אשר עוברות טיפולי הפריה חוץ-גופית. ההתמקדות הייתה רק בנשים, ולא בגברים או בזוגות, שכן, בייחוד בישראל, שלא נעשה בה מחקר דומה בעבר, יש חשיבות שבחינת הנושא בפעם הראשונה תיעשה ללא הטיות העשויות לנבוע מהבדלים מגדריים או זוגיים. ההכללה במחקר רק של נשים שאינן בהיריון בזמן המחקר נבעה מההבנה שהיריון בהווה, בייחוד היריון לאחר טיפולי פוריות, עלול ליצור הטיה משמעותית בנוגע לחוויה של המשתתפות הנחקרות. ולבסוף, השתתפו במחקר רק נשים שעוברות טיפולי הפריה חוץ-גופית כדי לצמצם ככל האפשר הבדלים הנוגעים לסוגי טיפולים שונים.

ניתוח הנתונים של ראיונות העומק נעשה על ידי קידוד פתוח, ניתוח ממפה וניתוח ממוקד (שקדי, 2003). התהליך כלל בקרה על הבניית נושא המחקר של הטמ"מ בתמות מסודרות, שאפשרו ארגון והבנה של המידע שנאסף מהראיונות. במהלך הקידוד הפתוח והניתוח הממפה חילקנו את תמלילי הראיונות לקטגוריות ונתנו להן שמות, ושילבנו בין הקטגוריות שנוצרו על ידי יצירת קישורים ביניהן. ובמהלך הניתוח הממוקד יצרנו קטגוריות מרכזיות שמהן הסתעפו תת-קטגוריות, שהן התכונות של הקטגוריות המרכזיות. ניתוח הנתונים של סקר אנשי הצוות היה תיאורי והתווסף לנתוני סקר המטופלות. ניתוח נתוני סקר המטופלות היה ניתוח כמותי שהתבצע באמצעות התוכנה הסטטיסטית SPSS. הוא כלל את חישוב הציונים שנתנו המטופלות בתתי-הסולמות השונים המרכיבים את סולם המטופל במרכז ואת חישוב הציון בסולם הכללי. חישובנו את הציון הממוצע של כל יחידה והשווינו בינו לבין הממוצע הכללי. כמו כן, בחנו את הציונים לפי משתני הרקע של המטופלות וביצענו ניתוח רב-משתני של המשתנים העשויים לתרום להבנת ציון הטמ"מ. חישובנו גם את ציוני ההערכה הכללית שנתנו המטופלות לאופן הטיפול ביחידה ובחנו את הציונים לפי משתני הרקע של המטופלות. לבסוף, השווינו בין הציונים שנתנו המטופלות לבין הציונים שאנשי הצוות נתנו לטמ"מ.

שיעור ההיענות בסקר המטופלות בכל היחידות יחד היה גבוה ועמד על כ-80% (לוח 1). מעל למחצית המסרבות להתראיין לא הסכימו לפרט מדוע הן אינן מעוניינות להשתתף במחקר. להלן הסיבות המרכזיות שנתנו שאר המסרבות להתראיין: הן ממהרות ואין להן זמן; בעיות של שפה; הבעל לא מסכים שהאישה תשתתף; מעוניינות להכיר את השאלון קודם המילוי; מצב נפשי עקב הטיפולים; אורך השאלון; וחשש לפגיעה בפרטיות. נתוני סקר המטופלות שוקללו כדי לבטא את ההבדלים בהיקף הטיפולים בכל יחידה.

לוח 1: סיכום איסוף הנתונים בסקר אנשי הצוות וסקר המטופלות מכלל היחידות

שיעור היענות	סקר מטופלות		סקר אנשי צוות ³	
	# שאלונים מלאים	# שאלונים מלאים	# שאלונים מלאים	
71%	53	15	1	יחידה 1
76%	56	6	2	יחידה 2
76%	67	14	3	יחידה 3
79%	68	7	4	יחידה 4
82%	62	9	5	יחידה 5
86%	54	9	6	יחידה 6
85%	51	6	7	יחידה 7
82%	*113	10	8	יחידה 8
79%	524	76		סך הכול

* ביחידה זו רואיין מספר כפול של מטופלות בהשוואה לשאר היחידות כדי לאפשר השוואה בין היחידות לפי מאפייניהן.

הממצאים להלן בדוח זה יוצגו לגבי כלל היחידות באופן אינטגרטיבי.

בנוסף, ובהתאם להמלצות על החשיבות שבמתן משוב לנותני השירותים ולמנהלים (Huppelschoten et al. 2013), יוצגו דוחות ייחודיים לכל יחידה, ובהם משוב ליחידה ותחומים שעל פי סקר המטופלות ביחידה כדאי להתמקד בשיפור שלהם, כולל השוואה לנתונים הכלליים. הדוחות יוכלו לשמש כלי ניהול שיאפשר לכל יחידה הזדמנות לשיפור איכות השירות.

³ בהמשך תפורט חלוקת אנשי המקצוע לפי המקצועות השונים. כדי לשמור על חסיון המשתתפים בסקר אנשי הצוות ולא לאפשר את זיהוים, בנייתוחים שלהלן נתייחס אליהם כאל קבוצה, ללא הבחנה בין המקצועות השונים.

4. ממצאים

4.1 ממצאים מראיונות העומק עם המנהלים

4.1.1 הממדים

המנהלים נשאלו שאלות פתוחות על הטיפול ביחידה ועל ה"אני מאמין" שלהם בנוגע לטמ"מ. מהראיונות עלה שכל המנהלים מכירים את המושג וניכר כי הם עוסקים בנושא ברמה זו או אחרת במסגרת עבודתם. את גישתם המצדדת לרוב בטמ"מ מדגימה הציטטה הבאה: "ככה אני חושב שצריך להתנהג וזהו. ככה נותנים טיפול לאנשים". עם זאת, נראה כי יש הבדלים בין המרואיינים בגישה וביחס שלהם לממדים השונים המרכיבים את הטמ"מ: יש ממדים שהמרואיינים סברו שהם חשובים ביותר, ויש כאלו שלדעתם הם פחות חשובים, או שההתייחסות אליהם הייתה פחות מפורטת.⁴ הממדים והדוגמאות הממחישות את ההתייחסות אליהם בראיונות מופיעים להלן, והם מסודרים מהשכיח לנדיר - מהממדים שהמנהלים דיברו עליהם ועד לממדים שאותם כמעט לא הזכירו:

- המרואיינים כולם, ללא יוצא מן הכלל, התייחסו לנושא של נגישות לצוות המטפל במהלך הטיפול. חלקם התגאו שאנשי הצוות שלהם נגישים למטופלות לאורך כל שעות היממה; מדברי אחד המנהלים: "אישה לא נשארת בלי מענה..."; "יש זמינות של כל הצוות כמעט 24 שעות ביממה"; "יש להם רשימת טלפונים, כולל הטלפון שלי". הוזכרה גם חשיבות זהותו של יוזם שיחות טלפון - הצוות או המטופלות: "יצרנו מצב שבו אנחנו מתקשרים למטופלים ולא הם מתקשרים אלינו. זה הופך את המצב ליותר סביר... אנחנו מחייגים... הם יודעים באיזה שעה הם צריכים לדבר איתי בטלפון, והם זמינים. לתפוס אותנו זה כמעט בלתי אפשרי".
- כל המרואיינים התייחסו גם למעורבות המטופלת בטיפול. הם דיברו על חשיבות ההקשבה לרעיונות ולדעות של המטופלות, על מתן הזדמנויות למטופלות לשאול שאלות ועל שותפות בקבלת החלטות הנוגעות לטיפול: "המטופלת שותפה להחלטה כל הזמן. גם כמה עוברים מחזירים... היא חלק מההחלטה... אם יש איזה רעיון, בוודאי שאנחנו מקשיבים... היא אפילו יכולה להציע הצעות, איך להחליט, יחד איתנו". עם זאת, כמעט כל המרואיינים גם הלינו על הקשיים שהעולם הדיגיטלי מציב היום לרופאים ועל הדרישה של חלק מהמטופלות להיות מעורבות בטיפול שלהן במידה כזו שעשויה לעיתים להיות ממש על גבול הרצון להכתיב את הטיפול, כפי שאמר אחד המנהלים: "תכתובים אנחנו לא מקבלים... אם יש איזה רעיון, בוודאי שאנחנו מקשיבים. אבל את יודעת, היום כולם קוראים באינטרנט ומדברים והפורומים זה עיוור אחד מוליך את העיוור השני, לפעמים בלי שום מטרה".

⁴ אין כוונה לטעון שנושאים שהמנהלים לא הזכירו אינם רלוונטיים ליחידה, אך ייתכן שהמנהלים מודעים להם או לחשיבותם פחות בהקשר לגישת הטמ"מ, ועל כן חשוב לצייןם ולהפנות אליהם תשומת לב.

- כל המרואיינים דיברו על תמיכה נפשית. הראיונות שיקפו הבנה ומודעות לקושי הרגשי הגדול שכרוך בטיפולים, ומדברי המנהלים עלה בבירור הרצון להקל על המטופלות: "לפעמים הן קורסות נפשית... מאחר שהטיפול הוא בלתי נסבל באופן כללי אז אנחנו בעד לעשות את זה מה שיותר נוח, יותר קל, יותר נעים, יותר סביר כדי להעביר את התקופה". הראיונות חשפו את המודעות לחשיבות מתן ההזדמנות למטופלות לקבל ייעוץ מאיש מקצוע המציע תמיכה נפשית, וכמעט כל המרואיינים דיברו על תפקיד העובדת הסוציאלית ותיארו את דרכי התקשורת עימה: "אם היא מבקשת ... אנחנו מפנים אותה או לשירות הפסיכיאטרי, או מפנים אותה לעובדת סוציאלית. אומרים לה שיש אופציה". עם זאת, דובר גם על כך שיש מטופלות שאינן מעוניינות לקבל תמיכה נפשית במסגרת הטיפול ביחידה: "בסוף הן לא כל כך אהבו את זה. חלק גדול מהנשים מאוד לא אהבו את זה. הן טוענות לפעמים, שזה שהיא באה לפה היא לא צריכה לחשוף את כל החיים האישיים שלה ואת כל הבעיות שלה". כמו כן, היו מרואיינים שדיברו על קבוצות תמיכה ייעודיות לנשים בטיפולי פוריות, וטענו על סמך הניסיון בנוגע לקידום הנושא ביחידה, שנשים אינן משתפות פעולה עם קבוצות כאלו: "דוב הנשים לא היו מעוניינות להגיע לזה... נשים אומרות: גם ככה אני מטורטרת וגם ככה אני צריכה להגיע, אז עוד פעם אני אגיע? זה גוזל להן זמן ואפשר להבין אותן. הנשים האלה עסוקות, הן לא יכולות לבלות, גם ככה הן מספיק מפסידות עבודה, עוד יבואו אחרי הצוהריים? חוץ מזה, גם הן לא אוהבות להיחשף לפעמים. פעם חשבנו שדווקא זה שהן יהיו ביחד יעשה טוב, מסתבר שביחד לפעמים עושה להן רע". מהראיונות עלה גם שבכמה יחידות יש עובדת סוציאלית שהיא חלק מהצוות הקבוע של היחידה, ואילו יחידות אחרות מקבלות תמיכה משירותי הרווחה בהתאם לצורך. המנהלים לא הזכירו את הנושא של מתן מידע למטופלות על השלכות נפשיות אפשריות של הטיפולים.
- שבעה מתוך שמונת המרואיינים התייחסו למתן מידע והסברים למטופלות. חלקם עסקו בשאלה איזה איש צוות אחראי לספק את ההסברים - רופא או אחות - וכיצד יש לספקם - האם בעל פה בלבד, או שגם על ידי חלוקת חומר כתוב וסדנאות. רוב המנהלים עסקו בסוגיה עד כמה חשוב לתת הסברים ומידע למטופלות: היו שגישתם לנושא הייתה חיובית למדי: "מטופלת שמבינה את הבסיס הפיזיולוגי לבעיה, קל לה להבין אותה ולהסכים... הם מבינים מה הבדיקות וגם מה ההיגיון שמאחורי הטיפולים... אני תמיד אומר שאין שאלה מטופשת. השאלה המטופשת היחידה זה זאת שלא נשאלה". אחרים סברו שהסברים עשויים לעיתים שלא להיטיב עם המטופלות: "מסבירים למי שאפשר; הן רוצות לדעת, לא פעם מעבר ליכולות. לפעמים אתה מעמיס אינפורמציות ... מצד אחד אתה אומר לאישה את כל האינפורמציה, מצד שני לא תמיד הבן אדם יכול לעבד את הכול; לפעמים זוג, אתה רואה שהגזמת כבר וזה כבר מתחיל להיות יותר מדי... חרדה. אז צריך קצת להוריד את המהלכים".
- שבעה מרואיינים עסקו בנוחות הפיזית. רובם סברו שחשוב שהסביבה תהיה נעימה ונוחה עבור המטופלות: "היחידה כאן מתוכננת מצוין. יש חדר המתנה מרווח. זה לא רק פיזית, אלא גם כשנכנסים ולא יושבים במסדרון צר. יש שם גישה יותר נינוחה, זה מחולק כאן - האגף והמעבדה - חדר הניתוח בנפרד ואגף הייעוץ. אני חושב שזה נוח למטופלים. זה מרוכז ומאורגן כאן. זה נוחות". היה גם מרואיין שחשב שנוחות פיזית אינה חשובה ושהמטופלות יהיו מוכנות לקבל גם תנאים פיזיים שאינם נוחים להן, רק כדי לקבל את הטיפול שהן זקוקות לו: "אני כל כך מכיר אותם, הם ישבו על אבנים, ישבו על קוצים, העיקר שיקבלו את מה שהם באו לקבל כאן. אני לא רואה בזה איזה משהו". כמחצית מהמרואיינים דיברו על חשיבות צמצום זמני ההמתנה בחדרי ההמתנה: "נשים לא אוהבות להישאר, אנחנו משתדלים להשאיר אותן כמה שפחות; קודם כול שהן לא תחכינה זמן ארוך מדי בחדר המתנה, זה מקפיץ אותי".

- רק מחצית מהמרוויינים עסקו במימונויות התקשורת של הצוות. רובם דנו בהקשבה למטופלות והקדשת זמן מתאים, היו שהתייחסו לשפה המדוברת שמשמשים בה בתקשורת עם המטופלות: "אתה מדבר עם מישהי שלא מבינה את העברית, ואז הבעל שלה אומר מה שהוא אומר, ובסוף היא באה והיא לקחה במקום אוביטרל - גונל אף, או את כולם ביחד באותו יום. אז יש לך עניין של שפה, עניין של תקשורת". היו שהתייחסו לחשיבות של תקשורת עם מטופלות במשלב לשוני שהן מבינות, והייתה גם אמירה על החשיבות שלא להשתמש בשפה טכנית או רפואית בלי לספק הסברים: "אנחנו צריכים לדבר איתן בגובה העיניים. להסביר להן בשפה שלהן מה הבעיה שלהן, ומה עובר לי בראש בדרך הטיפול". המרוויינים גם הזכירו את חשיבות תיאום הציפיות ביחס לטיפול: "אם לא נאמרו השיחות הנכונות או הנתונים הנכונים, אז כ...גודל הציפיות גם הנפילה". לא הוזכרו נושאים חשובים אחרים, למשל דיון עם המטופלות בנוגע לסיכויי ההצלחה בטיפול, חשיבות הדיבור עם המטופלות ולא עליהן והנכונות לדון בתוצאות של בדיקות או לדון בטעויות אם קרו.
- כמחצית המרוויינים דיברו על המסוגלות המקצועית של אנשי הצוות. נראה כי המסוגלות והיכולת של הצוות לפתור את בעיות הפוריות של המטופלות אינה מוטלת בספק: "אנחנו נמצאים כל הזמן בסטנדרטים בין-לאומיים; זה לא סתם שאנחנו מסתובבים בכנסים, אנחנו קוראים, אנחנו בפיידבקים ביחידות מובילות, גם בארץ, גם בחו"ל; פצינטיים באים הנה בנינוחות. הם מרגישים שיש יד מקצועית, שאין לנו התלבטויות". הוזכרה החשיבות של עבודת צוות מאורגנת: "כשנותנים להם תוכנית טיפול, אנחנו כותבים כל דבר. יש לנו דפים מסודרים עם תאריך, שעה, מה לעשות, כמה...". לא הוזכרו נושאים חשובים אחרים, למשל מידת המוכנות של הרופאים לפגישות עם מטופלות, הלוגיסטיקה ביחידה וזמני ההמתנה בחדר ההמתנה.
- מחצית המרוויינים דיברו על ארגון הטיפול. הם עסקו בנושא זה בהקשר של זמני המתנה, בייחוד לפני התחלת טיפול חדש: "חשוב להן שלא יהיה הרבה זמן המתנה בין טיפול לטיפול; אישה גמרה טיפול ורוצה עוד טיפול". ואחד המרוויינים התייחס בהרחבה לניהול וארגון של פרוצדורות תפעוליות שונות ביחידה שהוא מנהל: "אנחנו משתדלים לארגן את הטיפול שיהיה כמה שיותר קל. ברוב התוכניות, אנחנו עושים תוכניות בלעדיהם. היא באה רק לקחת את התוכנית. אנחנו ממלאים דף. אם חסר לה בדיקות וכל הדברים האלה, אנחנו מצרפים דף. היא תשלם את הבדיקות בקהילה, שתבוא כבר להתחיל את הטיפול, שתבוא עם כל הדברים, כך שלא צריך לבוא חמש פעמים. פעם אחת היא תעשה את הכול... כל הזמן אנחנו בודקים אותם ומעבירים, עוברים על התיק, רואים שכל הבדיקות עדכניות, רואים שהכול תקין... יושבים ועושים תוכנית. אם אנחנו רואים שחסרים לה דברים אנחנו מכניסים דף לתיק, אומרים לה: חסר לך דברים כאלה וכאלה, טפסים בקהילה, כשתבואי לפה, תבואי כבר עם התוכנית שנוכל להתחיל, לא נצטרך להתחיל את כל הסיפור". לא נמצאה התייחסות לנושא של זמני המתנה לפגישה עם רופא ולפרק הזמן שעובר בין הביקור הראשון בבית החולים לבין קבלת תוכנית הטיפול.
- המרוויינים דיברו פחות על כבוד לערכים ולצרכים של המטופלות, והיה קשה למצוא מובאות מהראיונות שנגעו בנושא זה ישירות ובאופן נרחב. כמו כן הוזכרה החשיבות של ביטוי אמפתיה למטופלות והתעניינות במצבן האישי: "הנשים מגיעות הנה... כדי שיהיה את המגע האישי... היא יודעת באיזה ידיים היא נמצאת והיא יודעת לשאול ויש לה קשר. נותן לנשים הרבה פעמים מין כותל מערבי כזה, כי אנחנו שומעים דברים שהן לא מספרות לבן זוג שלהן".
- המשכיות ומעברים בטיפול: הקצאת איש צוות למקרה שיעלו שאלות או בעיות הדורשות מענה; מספר הרופאים המעורבים בטיפול; הצורך לחזור על אותו סיפור באוזני רופאים שונים; קבלת מידע או עצות סותרות; וסתירות בנוגע לנהלים והליכים שונים - כל אלה כלל לא עלו בראיונות.

4.1.2 גורמים מקדמים ומעכבים

בראיונות עם המנהלים עלו מספר גורמים שסייעו ליישום מוצלח של גישת הטמ"מ ביחידות שהם מנהלים, או שעכבו אותו:

גורמים מקדמים:

- תמיכה של מנהל היחידה בממדים השונים של הטמ"מ;
- דוגמה אישית של מנהל היחידה לאנשי הצוות;
- תוספת תקני כוח אדם לרופאים ואנשי צוות אחרים בהתאם לצרכים ביחידה;
- הבנת החשיבות של בחירת אנשי צוות שיש להם גישה מתאימה ויכולות אנושיות טובות ושחונכו לעקרונות ולגישה ממוקדת במטופל עוד בתקופת לימודי הרפואה;
- הקדשת משאבים וזמן הולמים לשם הכשרת הצוות, פיתוחו וגיבושו;
- פתיחות של הצוות לצורך של המטופלות בקבלת הסברים והדרכה, ברמות ובדרכים שונות;
- הבנת החשיבות של זמינות ונגישות גבוהות של אנשי הצוות;
- תמיכה של המנהל בצמצום הליכים בירוקרטיים ביחידה;
- הקצאת מקום פיזי הולם לחדרי התייעצות והמתנה;
- רגישות לערכים ולצרכים של המטופלות ובני זוגן (למשל הקדשת מרחב ייעודי להפקת זרע);
- תמיכת המנהל בקידום הנגשה לשונית וצידוד בשימוש בשפה ברורה ולא מסובכת בשיחה עם המטופלות;
- תמיכת המנהל בפיתוח מערכות ממוחשבות למעקב אחר זמני המתנה ביחידה;
- הכרה בחשיבות הצורך לקדם את מעורבות המטופלת בטיפול (למשל בזמן החזרת העוברים);
- הכללת אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש שיהיו חלק אינטגרלי של הצוות ביחידה.

גורמים מעכבים:

- קונפליקט בקרב הרופאים ואנשי הצוות בין הרצון לתת הסברים, מידע וידע למטופלות ולערבן בטיפול, לבין אי-הנכונות לכך בשל גישה כללית של מטופלות מסוימות המבקשות להכתיב את הטיפול בהן. אי-הנכונות ניזונה בין השאר מהצפת מידע רפואי לא מדויק באינטרנט וברשתות החברתיות ומחוסר הבנה של ההליכים הרפואיים המורכבים;
- מתח בין הרצון לכבד את הרצונות והצרכים של המטופלת ולשמור על הפרטיות שלה לבין החשיבות שבמתן הסברים, הדרכה ועדכון שוטף של המטופלת, למשל כאשר יש צורך ליצור איתה קשר בזמן שהיא איננה ביחידה, או כאשר ניתנות הדרכות משותפות למספר מטופלות יחד;
- חשש מפני תביעות משפטיות נגד רופאים, העשוי להוביל לתחושה של הרופאים שהם אינם חופשיים לבטא אמפתיה כלפי המטופלות, להוביל את הטיפול הרפואי ולשתף את המטופלות בטיפול כפי שהיו רוצים;

- אי-בהירות לגבי גבולות מתן המידע למטופלות כאשר הוא עלול להזיק ולא להיטיב עימן, למשל במקרים שהוא יכול לעורר חרדה;
- קושי בשימור כוח אדם מיומן ומומחה לאורך זמן, בין השאר בגלל משכורות נמוכות ותגמול לא הולם לצוות, שעלול לפגום ביכולת להכשיר אנשי צוות לעקרונות הגישה.

4.2 ממצאים מסקר אנשי הצוות

4.2.1 מאפייני הרקע האישי והמקצועי של אנשי הצוות

סקר אנשי הצוות כלל 76 אנשי מקצוע. רובם הועסקו ביחידות שבבתי חולים ציבוריים. מתוך כלל המרואיינים, נשים וגברים כאחד, 30% היו רופאים, 27% אחיות, 23% צוות אדמיניסטרטיבי והשאר עובדי מעבדה, טכנאים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים, עובדים סניטריים וכוח עזר. רוב המרואיינים (81%) היו נשים, כמחציתם בני 45-64.

4.2.2 הציונים שהתקבלו מהדירוג שנתנו אנשי הצוות בסולם הכללי של טמ"מ ובתתי-הסולמות

המרואיינים התבקשו לתת ציון שנע בין 0 ל-3 לכל פריט בסולם (הסולם כולל 10 תת-סולמות, וכל אחד מהם מורכב לפחות משני פריטים. בסך הכול יש בסולם כולו 52 פריטים). כל תת-סולם קיבל ציון שמורכב ממוצע הציונים של כל אחד מהפריטים שבו, וציון הסולם הכללי התקבל ממוצע הציונים של כל אחד מ-52 הפריטים (להלן: הציון הכללי). לפירוט התפלגות התשובות של אנשי הצוות בכל פריט ראו לוח ב. בלוח 2 להלן מוצגים הציון הכללי של הטיפול הממוקד במטופל לפי אנשי הצוות והציונים בכל תתי-הסולמות המרכיבים אותו.

לוח 2: הציון הכללי וציוני תתי-הסולמות של טמ"מ, לפי אנשי הצוות, N=76

שם תת-הסולם	מספר הפריטים בסולם	ציון ממוצע (סטיית תקן)
נגישות הצוות	2	1.9 (0.9)
מידע והסברים	11	2.3 (0.5)
מיומנויות התקשורת של הצוות	7	2.4 (0.5)
המעורבות של המטופלת בטיפול	3	2.2 (0.6)
כבוד לערכים ולצרכים	7	2.3 (0.5)
המשכיות ומעברים בטיפול	7	2.0 (0.5)
מסוגלות מקצועית של הצוות	6	2.1 (0.4)
ארגון הטיפול	3	2.3 (0.5)
נוחות פיזית	2	2.2 (0.5)
תמיכה נפשית	4	2.5 (0.7)
הציון הכללי	52	2.2 (0.4)

מלוח 2 עולה:

- הציון הכללי שהתקבל מהציונים שנתנו אנשי הצוות לטמ"מ ביחידה שהם עובדים בה עמד על 2.2.
- שני תתי-הסולמות שבהם אנשי הצוות דירגו גבוה ביותר את עבודת היחידה שלהם היו מתן תמיכה נפשית (ציון 2.5) ומיומנויות התקשורת של הצוות (ציון 2.4).
- תת-סולם התמיכה הנפשית מורכב מארבעה פריטים. לכל אחד מהפריטים נתנו 78%-90% מהמרוויינים את הציון הגבוה ביותר, למשל: 90% ענו כי המטופלות מקבלות הזדמנות להתייעץ עם איש מקצוע המעניק תמיכה נפשית, ו-82% השיבו כי המטופלות מקבלות מידע על השפעה נפשית אפשרית של הטיפולים.
- תת-סולם מיומנויות התקשורת של הצוות מורכב משבעה פריטים. לכל אחד מהפריטים נתנו 83%-98% את הציון הגבוה ביותר, למשל: 97% ענו כי הם בדרך כלל ותמיד מתייחסים אל המטופלות ברצינות, 93% ענו כי אם קרו טעויות הם נכונים לדבר על כך עם המטופלות, ו-83% השיבו כי בדרך כלל ותמיד הם כנים עם המטופלות וברורים בנוגע למה שניתן לצפות מהטיפולים.
- לעומת זאת, שני תתי-הסולמות שבהם אנשי הצוות דירגו נמוך ביותר את עבודת היחידה שלהם היו המשכיות ומעברים בטיפול (ציון 2.0) ונגישות הצוות המטפל (ציון 1.9).
- תת-הסולם המשכיות ומעברים בטיפול מורכב משבעה פריטים. לכל אחד מהפריטים רק 49%-59% מהמרוויינים נתנו את הציון הגבוה ביותר, למשל: 49% ענו שביחידה ממנים איש צוות אחד שאיתו המטופלות יכולות ליצור קשר בכל שאלה או בעיה, ו-52% ענו כי המטופלות אף פעם לא מקבלות מידע או ייעוץ סותרים.
- תת-סולם נגישות הצוות מורכב משני פריטים, שרק מעט מרוויינים נתנו להם את הציון הגבוה ביותר. כך למשל 16% ענו כי המטופלות תמיד יכולות לשוחח עם איש צוות באופן מידי כשהן מתקשרות ליחידה, ו-54% ציינו כי אין בעיה ליצור קשר עם איש צוות כשיש למטופלות שאלה.

4.2.3 הבדלים בתוך היחידות ובקרב אנשי המקצוע

- בהמשך, ביקשנו לבחון אם יש הבדל בציון הכללי ובציון של תתי-הסולמות, בתוך היחידות השונות ובין אנשי המקצוע לבין עצמם, ומצאנו כי אכן קיים הבדל כזה:
- אחת היחידות קיבלה את הציון הכללי הגבוה ביותר מבין היחידות (ציון 2.6) ואת הציונים הגבוהים ביותר ברוב, אך לא בכל, תתי-הסולמות (הציונים בתתי-הסולמות נעו בין 2.6 ל-3.0). ומנגד, יחידה אחרת קיבלה את הציון הכללי הנמוך ביותר מבין היחידות (ציון 1.9) ואת הציונים הנמוכים ביותר ברוב, אך לא בכל, תתי-הסולמות (הציונים בתתי-הסולמות נעו בין 0.8 ל-2.0). הבדלים אלו מובהקים סטטיסטית.
 - בדקנו גם את ההבדלים בין הציונים שנתנו הקבוצות השונות של אנשי מקצוע ליחידה שבה הם עובדים. מצאנו כי אנשי האדמיניסטרציה נתנו את הציון הכללי הגבוה ביותר (2.5), הרופאים והאחיות, אחרי אנשי האדמיניסטרציה, נתנו ציונים דומים

אלה לאלה (2.2 ו-2.3 בהתאמה), ואנשי הצוות במקצועות האחרים (עובדי מעבדה, עובדים סניטריים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים וכן אנשי כוח עזר) נתנו את הציון הכללי הנמוך ביותר (2.0). ההבדל בין הציונים של אנשי המקצוע השונים מובהק סטטיסטית. ממצא זה עקבי לגבי כמעט כל תתי-הסולמות (למעט המשכיות ומעברים בטיפול, נוחות פיזית ותמיכה נפשית, שבהם התמונה מעט יותר מורכבת).

4.2.4 שאלות נוספות לאנשי הצוות, הנוגעות לתחום הטמ"מ

נוסף על שאלות בעניין הטמ"מ הפנינו לאנשי הצוות שלוש שאלות על עבודתם ביחידה שעולות בקנה אחד עם התחום של הטמ"מ:

- עד כמה יש להם יכולת להיות רגישים לצרכים של הלקוחות שלהם או של עובדים אחרים;
- עד כמה יש להם כוח להשקיע רגשית בלקוחות שלהם או בעובדים אחרים; ו-
- עד כמה הם מרגישים שיש להם יכולת להיות אמפתיים ללקוחות שלהם או לעובדים אחרים.

אנשי הצוות התבקשו לציין באיזו תדירות הרגישו בחודש האחרון מסוגלות להיות רגישים לצורכי לקוחותיהם ועובדים אחרים, להשקיע בהם רגשית ולהיות אמפתיים אליהם. הם התבקשו לתת תשובות בסולם בין 1 ל-7, שבו 7 הוא "כמעט תמיד" ו-1 "כמעט אף פעם".

בכל שלוש השאלות הללו, הנושקות לנושא הטמ"מ, נראה כי רוב אנשי הצוות נתנו ציונים גבוהים ביותר. רוב אנשי הצוות חשים שהם רגישים לצרכים, שיש להם כוח להשקיע רגשית ושיש להם יכולת להיות אמפתיים וכן שכמעט אף פעם לא חשו את ההפך בעבודתם. רק רבע ענו שלעיתים די רחוקות ולעיתים רחוקות מאוד הם חשים שאין להם יכולת להיות רגישים לצרכים; שלישי ענו כך על השאלה אם יש להם כוח להשקיע רגשית; וקצת יותר מרבע השיבו שלעיתים די רחוקות ולעיתים רחוקות מאוד הם אינם יכולים להיות אמפתיים. אף לא אחד מאנשי הצוות ענה על שלוש השאלות האלה שהוא חש שאין לו היכולת לכך בתדירויות גבוהות יותר.

4.3 ממצאים מסקר המטופלות

4.3.1 מאפייני הרקע של המטופלות

סקר המטופלות כלל 524 נשים המטופלות בטיפולי פוריות באחת משמונה היחידות שהשתתפו במחקר. טווח הגילים היה 19 עד 50, רובן (61%) היו בנות עד 39. מרבית המטופלות היו ילידות הארץ (84%). השיעור הגדול ביותר של המטופלות התגוררו במחוזות המרכז ותל אביב (53%), רובן ביישובים מרכזיים מאוד (61%). רובן היו יהודיות (89%) וכמעט מחציתן (49%) חילוניות. לרובן (71%) הייתה השכלה אקדמית. רובן היו נשואות (84%), וכמעט מחצית הנשים (46%) היו אימהות בעת המחקר. בלוח 3 להלן מופיע פירוט מאפייני הרקע של המטופלות.

לוח 3: מאפייני הרקע של המטופלות

	%	*n	%	*n	
					גיל
					מידת דתיות
49	250	חילונית	17	88	29-19
24	124	מסורתית	44	233	39-30
27	135	דתית וחרדית	39	203	+40
					ארץ לידה
					השכלה
6	30	יסודית	84	440	ישראל
23	120	תיכונית ועל-תיכונית	16	84	כל היתר
71	370	אקדמית			
					פריפריאליות יישוב המגורים
		מצב משפחתי			
84	442	נשואה	61	296	מרכזי מאוד
16	82	רווקה וגרושה	39	193	כל היתר
					דת
		הורות לילדים			
46	268	יש ילדים	89	456	יהודיה
54	232	אין ילדים	11	57	לא יהודיה

* בחלק ממאפייני הרקע יש מספר ערכים חסרים שמוצגים כאן ללא השלמת ערכים.

4.3.2 הציונים שנתנו המטופלות בסולם הכללי של טמ"מ ובתתי-הסולמות המרכיבים אותו

המטופלות התבקשו לתת ציון שנע בין 0 ל-3 לכל פריט בסולם (הסולם כולל 10 תתי-סולמות וכל אחד מהם מורכב לפחות משני פריטים. בסך הכול בסולם הכללי יש 52 פריטים). כל תת-סולם קיבל ציון שמורכב ממוצע הציונים של כל אחד מהפריטים שבו, והציון הכללי של תת-הסולם התקבל ממוצע הציונים של כל אחד מהפריטים המרכיבים אותו (להלן: הציון הכללי). לפירוט התפלגות התשובות של המטופלות בכל פריט ראו לוח ב1 בנספח ב. בלוח 4 להלן מוצגים הציון הכללי והציונים של כל תתי-הסולמות שהתקבלו מסקר המטופלות.

לוח 4: הציון הכללי וציוני תתי-הסולמות של טמ"מ, לפי המטופלות, N=524

שם תת-הסולם	מספר פריטים	ציון ממוצע (סטיית תקן)
נגישות הצוות	2	2.0 (0.9)
מידע והסברים	11	1.9 (0.6)
מיומנויות התקשורת של הצוות	7	2.3 (0.6)
מעורבות המטופלת בטיפול	3	2.0 (0.8)
כבוד לערכים ולצרכים	7	1.9 (0.8)
המשכיות ומעברים בטיפול	7	2.2 (0.5)
מסוגלות מקצועית של הצוות	6	2.3 (0.4)
ארגון הטיפול	3	2.2 (0.7)
נוחות פיזית	2	2.0 (0.8)
תמיכה נפשית	4	1.0 (0.9)
הציון הכללי	52	2.0 (0.5)

מלוח 4 עולה:

- הציון הכללי שהתקבל מהציונים שנתנו המטופלות לטמ"מ ביחידה שבה הן מטופלות הוא 2.0.
- שני תתי-הסולמות שבהם המטופלות דירגו גבוה ביותר את היחידה שבה הן מטופלות היו מיומנויות תקשורת של הצוות - 2.3 והמסוגלות המקצועית של הצוות - 2.3.
- תת-סולם מיומנויות התקשורת של הצוות מורכב משבעה פריטים העוסקים בתחושותיהן של המטופלות בקשר לדרך התקשורת של הצוות עימן. לכל אחד מהפריטים 71%-92% מהמטופלות נתנו את הציונים הגבוהים ביותר, למעט פריט אחד, העוסק בנכונות לדבר על טעויות אם קרו, לדוגמה: 92% מהמטופלות ציינו כי הרופא תמיד ובדרך כלל התייחס אליהן ברצינות, 88% העידו שהרופא היה תמיד ובדרך כלל קשוב להן, ו-80% ענו שאף פעם לא חשו שאנשי הצוות דיברו עליהן ולא איתן. על השאלה אם אנשי הצוות היו נכונים לדבר על טעויות, אם קרו, רק 50% מהמטופלות השיבו בחיוב.
- תת-סולם מסוגלות מקצועית של הצוות מורכב משישה פריטים הנוגעים למיומנות אנשי הצוות ולמסוגלות שלהם לטפל במטופלות. לכל אחד מהפריטים 71%-87% מהמטופלות נתנו את הציונים הגבוהים ביותר, למעט פריט אחד, העוסק בזמני המתנה בחדר המתנה, למשל: 87% מהמטופלות ציינו כי הן חשות שהרופא או הרופאים הם תמיד ובדרך כלל בעלי יכולת ומסוגלות לטיפול בבעיה שלהן, 85% ענו שלתחושתן הרופא תמיד ובדרך כלל הגיע מוכן לפגישות עימן. על השאלה בעניין זמן המתנה של המטופלות בחדר המתנה, רק 14% ענו שהוא מפחות מ-15 דקות.

- לעומת זאת, תת-הסולם תמיכה נפשית קיבל את הציון הממוצע הנמוך ביותר. נציין כי אומנם גם תת-הסולמות מידע והסברים, כבוד לערכים ולצרכים ואף נגישות לצוות קיבלו ציונים נמוכים יחסית, אך ציון תת-סולם התמיכה הנפשית היה נמוך משמעותית מציוני שאר תת-הסולמות (ציון ממוצע 1.0 בהשוואה לציון ממוצע 1.9 שקיבלו שני תת-הסולמות עם הציונים הנמוכים ביותר אחריו: מידע והסברים וכבוד לערכים וצרכים).
- תת-סולם התמיכה הנפשית מורכב מארבעה פריטים. לכל אחד מן הפריטים רק 26%-38% מהמטופלות נתנו את הציון הגבוה ביותר, לדוגמה: 38% ציינו כי יידעו אותן בעניין השפעה נפשית אפשרית של הטיפול, 31% ציינו כי קיבלו הזדמנות להתייעץ עם איש מקצוע המעניק תמיכה נפשית, המכיר את תחום טיפולי הפוריות (עובד סוציאלי או פסיכולוג), ו-26% דיווחו כי קיבלו מידע על קבוצות תמיכה לנשים העוברות טיפולי פוריות.

א. ציונים לפי יחידות

נוסף על כך בחנו אם יש הבדל בין היחידות ולפי מאפייני היחידות, בציון הכללי ובציונים של תת-הסולמות שנתנו המטופלות, ומצאנו כי אכן קיימים הבדלים כאלו:

- הציון בסולם הכללי היה שונה בין היחידות, והוא נע בין 1.85 ליחידה שקיבלה את הציון הנמוך ביותר לבין 2.49 ליחידה שקיבלה את הציון הגבוה ביותר. ממצא זה מובהק סטטיסטית, והוא עקבי לאורך רוב תת-הסולמות, אם כי לא בכלם.
- גודל – יחידות קטנות קיבלו ציון כללי גבוה יותר בהשוואה ליחידות גדולות. ההבדל מובהק סטטיסטית. מגמה זו עקבית לאורך רוב תת-הסולמות, אם כי בתת-הסולם נוחות פיזית דווקא יחידות גדולות קיבלו ציון גבוה יותר.
- מיקום – אף שלא נמצא הבדל בין היחידות בציון הכללי, כן נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין היחידות בתת-הסולמות: יחידות בפריפריה קיבלו ציון גבוה יותר מהיחידות במרכז בתת-הסולמות: מידע והסברים, מעורבות המטופלת בטיפול וכבוד לערכים ולצרכים. בתת-הסולמות נוחות פיזית, מסוגלות מקצועית של הצוות והמשכיות ומעברים בטיפול יחידות במרכז קיבלו ציונים גבוהים יותר מיחידות בפריפריה.
- בעלות – אף שלא נמצא הבדל בין היחידות בציון הכללי, כן נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין היחידות בתת-הסולמות: היחידות הממשלתיות קיבלו את הציונים הגבוהים ביותר בתת-הסולמות של נגישות לצוות וארגון הטיפול; יחידות השייכות לקופת חולים כללית קיבלו את הציונים הגבוהים ביותר בתת-הסולמות של מידע והסברים, כבוד לערכים ולצרכים של המטופלת, ותמיכה נפשית; ואילו היחידה הפרטית קיבלה ציונים גבוהים בהמשכיות ומעברים בטיפול (תת-סולם העוסק ברצף הטיפול), מסוגלות מקצועית של הצוות ונוחות פיזית.

ב. ציונים לפי משתני רקע של המטופלות

בדקנו את ההבדל בציון הסולם הכללי ובציוני תת-הסולמות לפי מאפייני רקע (גיל, ארץ לידה, מחוז מגורים, פריפריאליות של יישוב המגורים, דת, מידת דתיות, השכלה, מצב משפחתי והורות לילדים). לפירוט הממצאים ראו לוח א' בנספח א. להלן הממצאים המרכזיים:

- מידת דתיות, השכלה, הורות לילדים ותפיסת הבריאות – משתנים אלו קשורים לציון בסולם הכללי שנתנו המטופלות ליחידות: דתיות⁵ לעומת מסורתיות וחילוניות, נשים בעלות השכלה אקדמית לעומת בעלות השכלה תיכונית, על-תיכונית ויסודית, מטופלות שיש להן ילדים לעומת נשים ללא ילדים, ומטופלות עם תפיסת בריאות טובה מאוד לעומת נשים שמגדירות את מצב בריאותן כטוב פחות, נתנו ציון נמוך יותר בסולם הכללי. ההבדלים מובהקים סטטיסטית.
- ארץ לידה – להלן הבדלים מובהקים סטטיסטית בציונים לפי ארץ לידה: ילידות הארץ נתנו ציון גבוה יותר ממטופלות שנולדו בחו"ל בתת-סולם הנגישות; ואותה מגמה, אם כי לא מובהקת, נצפתה גם בתת-הסולמות של המשכיות בטיפול ותמיכה נפשית. בתת-הסולם של מעורבות המטופלת, ילידות הארץ נתנו דווקא ציון נמוך יותר בהשוואה למי שנולדה בחו"ל; ואותה מגמה, אם כי לא מובהקת סטטיסטית, של ציון נמוך שנתנו דווקא ילידות הארץ, נצפתה גם בתת-הסולמות של מידע והסברים, כבוד לצרכים ולערכים ונוחות פיזית.
- מרכזיות יישוב המגורים – להלן הבדלים מובהקים סטטיסטית בין מטופלות המתגוררות ביישובים מרכזיים מאוד לבין מטופלות המתגוררות ביישובים מרכזיים פחות: בתת-הסולמות המשכיות ומעברים, מסוגלות מקצועית של הצוות ונוחות פיזית, מטופלות מיישובים מרכזיים מאוד נתנו ציונים גבוהים בהשוואה למטופלות מיישובים מרכזיים פחות. לעומת זאת, בתת-הסולמות כבוד לערכים ולצרכים ותמיכה נפשית, מטופלות המתגוררות ביישובים מרכזיים פחות נתנו ציונים גבוהים יותר בהשוואה למטופלות המתגוררות ביישובים מרכזיים יותר.
- יהודיות לעומת לא יהודיות – נשים יהודיות נתנו ציונים גבוהים יותר מהציונים שנתנו לא יהודיות, בתת-הסולמות המשכיות הטיפול, ארגון הטיפול, מסוגלות מקצועית של הצוות ונוחות פיזית. בתת-הסולם של כבוד לערכים ולצרכים, דווקא הנשים שאינן יהודיות נתנו ציון גבוה יותר. ההבדלים מובהקים סטטיסטית.
- מידת דתיות – נשים דתיות נתנו את הציונים הנמוכים ביותר ברוב תת-הסולמות. ההבדלים מובהקים סטטיסטית, וממצא זה עקבי הן בקרב מטופלות יהודיות והן בקרב לא יהודיות.
- השכלה – נשים בעלות השכלה אקדמית נתנו ציונים נמוכים יותר מהציונים שנתנו נשים בעלות השכלה נמוכה יותר בתת-הסולמות נגישות, מידע והסברים, מיומנויות תקשורת וכבוד לערכים ולצרכים. ההבדלים מובהקים סטטיסטית. אותה מגמה נצפתה ברבים מתתי הסולמות האחרים, אם כי ההבדלים אינם מובהקים.
- מצב משפחתי – נשים נשואות נתנו ציון גבוה מהציון שנתנו נשים לא נשואות בתת-הסולמות נגישות ותמיכה נפשית. נשים שאינן נשואות נתנו ציון גבוה מהציון שנתנו נשים נשואות בתת-סולם ארגון הטיפול. ההבדלים מובהקים סטטיסטית.
- הורות לילדים – נשים עם ילדים נתנו ליחידות ציונים נמוכים, בהשוואה לציונים שנתנו נשים ללא ילדים, בתת-הסולמות האלה: מידע והסברים, כבוד לערכים ולצרכים ותמיכה נפשית. ההבדלים מובהקים סטטיסטית. אותה מגמה נצפתה ברבים מתת-הסולמות האחרים, אם כי ההבדלים בין נשים עם ילדים לבין נשים ללא ילדים אינם מובהקים סטטיסטית.
- תפיסת בריאות – נשים שלפי הגדרתן מצב בריאותן טוב מאוד נתנו ליחידות ציונים גבוהים, לעומת הציונים שנתנו נשים שלפי הגדרתן מצב בריאותן טוב פחות, בתת-הסולמות האלה: נגישות, מידע והסברים, כבוד לערכים ולצרכים ונוחות פיזית. ההבדלים מובהקים סטטיסטית. אותה מגמה נצפתה ברבים מתת-הסולמות האחרים, אם כי ההבדלים אינם מובהקים סטטיסטית.

⁵ בקרב מטופלות יהודיות משתנה זה כולל גם חרדיות.

4.3.3 תרומת משתני הרקע של המטופלות ושל היחידות לציון הטמ"מ

כדי לבדוק את התרומה הסגולית של משתני הרקע של המטופלות ושל היחידות לציון הכללי שניתן על ידי המטופלות ערכנו ניתוחים רב-משתניים מסוג רגרסיה ליניארית. הרגרסיה הליניארית בוחנת את ההשפעה של כל אחד ממשתני המודל על הציון, תוך פיקוח על המשתנים האחרים. הבחינה נעשתה בעזרת שלושה מודלים. מודל מספר 1 כלל משתני רקע של המטופלת בלבד, מודל מספר 2 כלל את המאפיינים של היחידות, נוסף על משתני הרקע של המטופלות, ומודל מספר 3 כלל את משתני הדמה של היחידות, ללא המאפיינים של היחידות, נוסף על משתני הרקע של המטופלות. תוצאות הרגרסיות מופיעות להלן בלוח 5.

לוח 5: תוצאות שלושת המודלים של הניתוח הרב-משתני לציון הטמ"מ

מודל מספר 3		מודל מספר 2		מודל מספר 1		משתנים בלתי תלויים ¹
Std. Err	B	Std. Err	B	Std. Err	B	
0.05	*0.13	0.05	**0.18	0.05	*0.13	יהודיות
0.04	**0.12	0.04	*0.10	0.04	**0.12	בעלות תפיסת בריאות טובה מאוד
0.06	0.09	0.05	0.02	0.04	*-0.10	מקום מגורים מרכזי מאוד
0.05	-0.09	0.04	*-0.09	0.04	*-0.09	דתיות וחרדיות
0.05	0.00	0.05	0.04	0.05	0.06	ילידות הארץ
0.02	*-0.05	0.02	-0.06	0.02	*-0.05	בעלות השכלה אקדמית
0.04	-0.05	0.04	-0.04	0.04	-0.05	אימהות לילדים
0.06	0.00	0.06	0.03	0.06	0.05	נשואות
0.01	-0.00	0.01	-0.00	0.02	-0.00	מעל גיל 40
-	-	0.05	**0.27	-	-	יחידה גדולה
-	-	0.02	0.01	-	-	יחידה פרטית
0.13-0.14	-0.01-0.40	-	-	-	-	משתנה דמה ליחידה
0.19	*2.05	0.14	*2.14	0.04	*2.02	קבוע
R2adjusted= 0.14, F=6.009***		R2adjusted= 0.09, F=5.545***		R2adjusted= 0.04, F= 3.647***		*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

¹ כל המשתנים ברגרסיה הם משתני דמה שקיבלו ערכים של 0 או 1: נשים יהודיות לעומת נשים לא יהודיות; נשים בעלות תפיסת בריאות טובה מאוד לעומת נשים בעלות תפיסת בריאות טובה פחות; נשים הגרות במקום מגורים מרכזי מאוד לעומת נשים הגרות במקום מגורים מרכזי, בינוני, פריפריאלי ופריפריאלי מאוד; נשים דתיות וחרדיות לעומת נשים מסורתיות וחילוניות; נשים שנולדו בארץ לעומת נשים שנולדו בחו"ל, נשים עם השכלה אקדמית לעומת נשים עם השכלה תיכונית, על-יסודית או השכלה יסודית; נשים שיש להן ילדים לעומת נשים שאין להן ילדים; נשים נשואות לעומת נשים רווקות וגרושות; נשים מעל גיל 40 לעומת נשים מתחת לגיל 40, יחידה גדולה מול יחידה קטנה, יחידה פרטית מול יחידה ציבורית, ומשתנה של כל יחידה מול כל שאר היחידות.

ממצאי הרגרסיה (מודל מספר 1) מלמדים שלחלק ממשתני הרקע יש השפעה מובהקת ובלתי תלויה על ציון הטמ"מ. ציון הטמ"מ עולה, לפי עוצמת ההשפעה, אצל נשים יהודיות ונשים עם תפיסת בריאות טובה מאוד. מנגד, ציון הטמ"מ יורד, לפי עוצמת ההשפעה, אצל נשים הגרות במקומות מגורים מרכזיים מאוד, נשים דתיות וחרדיות וכן אצל נשים עם השכלה אקדמית.

אם מוסיפים לניתוח גם משתנים הקשורים ליחידות עצמן (מודל מספר 2), שיעור השונות המוסברת שעמד במודל מספר 1 על 4% מוכפל ואף יותר מכך. כמו כן, לפי מודל מספר 2 נמצא כי לגודל היחידה יש ההשפעה המובהקת הגדולה ביותר על הציון, כך שציון הטמ"מ יורד אצל נשים המטופלות ביחידות גדולות. בהשוואה בין ממצאי מודל 1 למודל 2 ניתן לראות כי במקביל להוספה של המשתנים יחידה גדולה ויחידה פרטית במודל 2, גם ערך משתנה הדת עלה ונעשה מובהק אף יותר, משתנה ההשכלה הפך ללא מובהק, אם כי ערך האומדן נשאר דומה, והאומדן של משתנה מרכזיות יישוב המגורים פחת והפך ללא מובהק.

גם מודל שלישי נאמד, וזאת משום שניתן לשער כי ההבדלים שנזכרו לעיל בין מודל 1 למודל 2 קשורים בעובדה שהיחידות במרכז הארץ גדולות יותר והאוכלוסייה שהן משרתות משכילה יותר וכוללת יותר יהודיות. נראה אפוא שמאפייני היחידות מתואמים עם מאפייני האוכלוסייה המטופלת. במודל מספר 3 כל יחידה מיוצגת על ידי גורם קבוע (fixed effect) משלה ואין משתנים של מאפייני היחידות. כפי שמוצג להלן במודל מספר 3, שיעור השונות המוסברת עולה ומגיע ל-14%. כמו כן, משתני הדת ותפיסת הבריאות דומים למה שנמצא במודל מספר 1, ומשתנה ההשכלה חוזר להיות מובהק. משתנה מידת הדתיות דומה למה שנמצא במודל מספר 1 ברמת מובהקות קרובה לרמה המקובלת. משתנה מרכזיות מקום המגורים אינו מובהק.

4.3.4 ציוני ההערכה הכללית שנתנו המטופלות לאופן הטיפול ביחידה

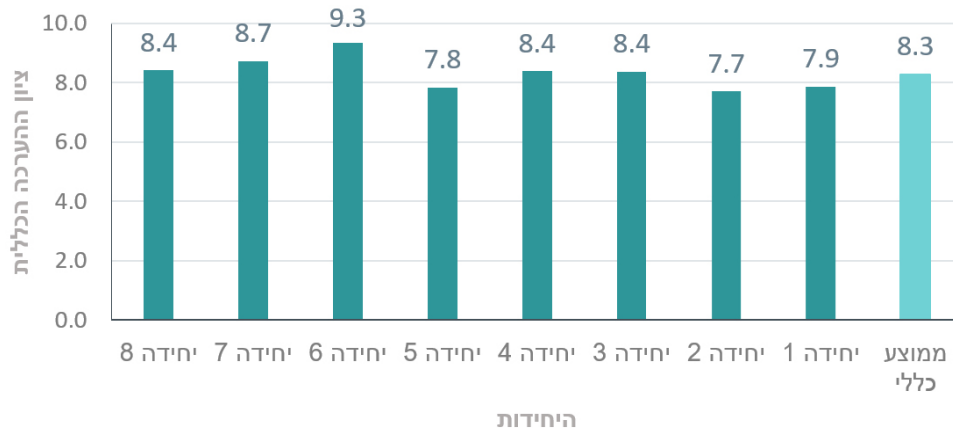
נוסף על שאלות בעניין המידה שבה הטיפול שקיבלו המשתתפות היה ממוקד בהן שאלנו אותן שאלה על אודות ההערכה הכללית שלהן לאופן הטיפול ביחידה שבה הן מטופלות: "באופן כללי, איזה ציון את נותנת לאופן הטיפול ביחידה שבה את מטופלת?". המשתתפות יכלו להעניק בשאלה זו ציון בין 0 (הציון הנמוך ביותר) ל-10 (הציון הגבוה ביותר).

הציון הממוצע של ההערכה הכללית של כלל המטופלות המשתתפות במחקר, לאופן הטיפול ביחידה, עמד על 8.29 (סטיית תקן 1.6).

בדקנו אם קיים קשר בין ציון ההערכה הכללית של המטופלות לאופן הטיפול ביחידה לבין ציון הטמ"מ שנתנו, ומצאנו שיש קשר חיובי מובהק בין שני המשתנים: ככל שהציון הכללי לטמ"מ עלה, כך עלתה גם ההערכה הכללית של המטופלות לאופן הטיפול ביחידה [t(524)=.70, p<0.01]. הבדיקה אם המצב דומה בכל אחד מעשרת תתי-הסולמות העלתה שככל שציון הטמ"מ (בכל תת-סולם) שנתנו המטופלות היה גבוה יותר, כך עלה גם ציון ההערכה הכללית של המטופלות לאופן הטיפול ביחידה, ולהפך.

בהמשך בדקנו מהי ההערכה הכללית של המטופלות לאופן הטיפול ביחידה ביחידות השונות. בתרשים להלן מוצג ציון ההערכה הכללית לפי היחידות שבהן המשתתפות במחקר מטופלות. היחידות בתרשים מסודרות בסדר עולה, לפי ציון ההערכה הכללית, וכל עמודה מייצגת יחידה.

תרשים 1: ציון ההערכה הכללית של כלל המטופלות לאופן הטיפול ביחידה שבה הן מטופלות



כפי שניתן לראות בתרשים 1, ציון ההערכה הכללית בכלל היחידות יחד עמד על 8.29 (סטיית תקן 1.6). הציון היה בין 7.7 ליחידה שקיבלה את הציון הנמוך ביותר ל-9.3 ליחידה שקיבלה את הציון הגבוה ביותר. כפי שציינו, יש קשר חיובי מובהק בין הציון הכללי לטמ"מ ובין ציון ההערכה הכללית של המטופלות לאופן הטיפול ביחידה. בלוח 6 להלן ניתן לראות את הציון הכללי לטמ"מ לעומת ציון ההערכה הכללית לפי היחידות (המספר הסיידורי של היחידות בלוח שרירותי ואינו מיועד לזיהוי יחידה זו או אחרת). אפשר לראות שיחידות שקיבלו ציון כללי נמוך מהממוצע קיבלו גם ציון הערכה כללית נמוך, ולהפך.

לוח 6: הציון הכללי לטמ"מ וציון ההערכה הכללית, לפי יחידות, על פי המטופלות, N=524

טמ"מ (+ס' תקן)	הערכה כללית (+ס' תקן)	
1.8 (0.4)	7.9 (1.3)	יחידה 1
1.9 (0.5)	7.7 (2.0)	יחידה 2
2.1 (0.4)	8.4 (1.8)	יחידה 3
2.0 (0.5)	8.4 (1.6)	יחידה 4
1.9 (0.4)	7.8 (1.9)	יחידה 5
2.5 (0.3)	9.3 (1.5)	יחידה 6
2.2 (0.4)	8.7 (1.7)	יחידה 7
2.0 (0.4)	8.4 (1.4)	יחידה 8
2.0 (0.5)	8.3 (1.6)	הציון הכללי

בדקנו אם יש הבדל בציון ההערכה הכללית לפי מאפייני היחידות ומצאנו שאין הבדל בציון ההערכה הכללית לפי גודל היחידה ומקומה. נמצא הבדל קטן אך מובהק סטטיסטית בין היחידות לפי הסיווג לבית חולים ממשלתי, לבית חולים של קופת חולים כללית, לבית חולים ציבורי או לבית חולים פרטי: ציון ההערכה הכללית הגבוה ביותר התקבל ביחידות שבבית חולים ממשלתי (ציון ממוצע 8.5, סטיית תקן 1.6), לאחר מכן ביחידה שבבית חולים פרטי, לאחר מכן ביחידות שבבתי חולים של קופת חולים כללית, והציון הנמוך ביותר של ההערכה הכללית שנתנו המטופלות לאופן הטיפול ביחידה התקבל ביחידות שבבתי החולים הציבוריים (ציון ממוצע 7.9, סטיית תקן 1.4).

בדקנו אם יש הבדלים בציון ההערכה הכללית של המטופלות לאופן הטיפול ביחידה לפי משתני הרקע של המטופלות (גיל, ארץ לידה, מחוז מגורים, פריפריאליות יישוב המגורים, דת, מידת דתיות, השכלה, מצב משפחתי והורות לילדים). ניתוח נמצא כי המשתנים היחידים שקשורים לציון ההערכה הכללית, באופן שהוא מובהק סטטיסטית, היו דת ותפיסת בריאות; ובשאר משתני הרקע שנבחנו לא נמצא הבדל בציוני ההערכה הכללית:

- יהודיות לעומת לא יהודיות – נשים יהודיות נתנו ציון הערכה כללית גבוה יותר מנשים לא יהודיות (ציון 8.3 [סטיית תקן 1.5] וציון 7.8 [סטיית תקן 2.0], בהתאמה).
- תפיסת בריאות – נשים שלפי הגדרתן מצב בריאותן טוב מאוד נתנו ציון הערכה כללית גבוה יותר מנשים שלפי הגדרתן מצב בריאותן טוב פחות (ציון 8.5 [סטיית תקן 1.5] וציון 8.1 [סטיית תקן 1.6], בהתאמה).

4.4 השוואה בין הציונים שנתנו המטופלות לבין הציונים שנתנו אנשי הצוות לטמ"מ

לבסוף בחנו את ההבדלים בין הציונים שהמטופלות נתנו לתתי-הסולמות השונים המרכיבים את ציון טמ"מ ואת ציון הסולם הכללי ובין הציונים שאנשי הצוות נתנו. מצאנו כי יש הבדלים ביניהם. ניתן לראות זאת להלן בלוח 7.

לוח 7: השוואה בין ציון טמ"מ לפי מטופלות ולפי אנשי צוות, בכלל היחידות המשתתפות במחקר

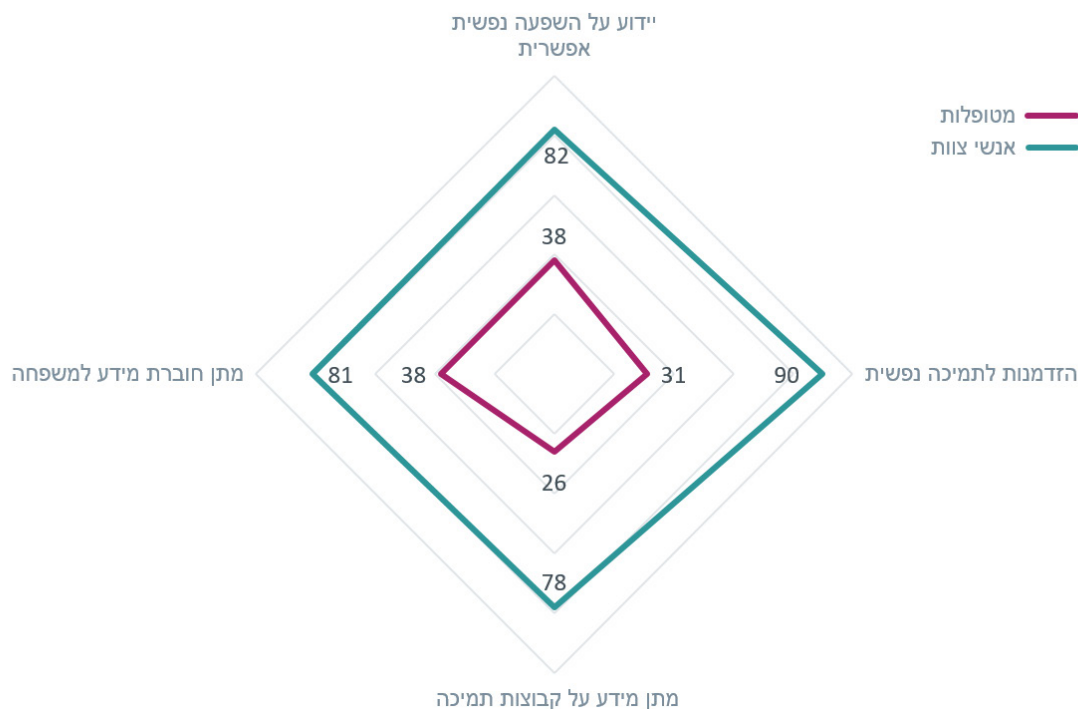
תת-הסולם	מטופלות, N=524 ציון ממוצע (ס' תקן)	אנשי צוות, N=76 ציון ממוצע (ס' תקן)	p
נגישות הצוות	2.0 (0.9)	1.9 (0.9)	-
מידע והסברים	1.9 (0.6)	2.3 (0.5)	p<0.01
מיומנויות תקשורת של הצוות	2.3 (0.6)	2.4 (0.5)	-
מעורבות המטופלת בטיפול	2.0 (0.8)	2.2 (0.6)	-
כבוד לערכים וצרכים	1.9 (0.8)	2.3 (0.5)	p<0.01
המשכיות ומעברים	2.2 (0.5)	2.0 (0.5)	p<0.01
מסוגלות מקצועית של הצוות	2.3 (0.4)	2.1 (0.4)	p<0.05
ארגון הטיפול	2.2 (0.7)	2.3 (0.5)	-
נוחות פיזית	2.0 (0.8)	2.2 (0.5)	-
תמיכה נפשית	1.0 (0.9)	2.5 (0.7)	p<0.01
הציון הכללי	2.0 (0.5)	2.2 (0.4)	p<0.01

כפי שעולה מלוח 7, הציון הכללי בסולם הטמ"מ שהתקבל מהציונים שנתנו אנשי הצוות לתתי-הסולמות (ממוצע 2.2, סטיית תקן 0.4) היה גבוה מהציון שנתנו המטופלות (ממוצע 2.0, סטיית תקן 0.5). כמו כן, בשלושה תתי-סולמות נתנו המטופלות ליחידה שבה הן מטופלות ציון נמוך מזה שנתנו אנשי הצוות העובדים באותה יחידה: מידע והסברים; כבוד לערכים ולצרכים; ותמיכה נפשית. בשני תתי-סולמות שבהם המטופלות נתנו ציון גבוה מזה שנתנו אנשי הצוות, הפער היה אומנם מובהק, אך קטן ופחות משמעותי.

כשבחנו את ההבדלים בין מטופלות לאנשי צוות בפריטים שקיבלו ציונים גבוהים (ראו לוח ב' בנספח ב) ראינו כי היו פריטים שבהם אנשי הצוות נתנו ציון טוב יותר ליחידה שבה הם עובדים בהשוואה לציון שנתנו המטופלות לאותה יחידה. בפריטים אחרים המטופלות נתנו ליחידה שבה טופלו ציון טוב יותר בהשוואה לציון שאנשי הצוות נתנו לאותה יחידה. אנשי הצוות נתנו ציון גבוה יותר ליחידה שבה הם עובדים בפריטים: מתן מידע כתוב למטופלות; דיון עם המטופלות בנוגע לאפשרויות טיפול; מתן סקירה למטופלות על תוכנית הטיפול; יידוע המטופלות על תופעות לוואי אפשריות לטיפול התרופתי; קבלת הנחיות מהאחות; דיון עם המטופלות על תוצאות של בדיקות; גילוי נכונות של הצוות לדבר על טעויות. מנגד, המטופלות נתנו ציון גבוה יותר ליחידה שבה טופלו בפריטים: האם המידע בנוגע לבדיקות ולטיפול מובן למטופלות; מידת הקשב של הרופא למטופלות; הקדשת די זמן של הרופא למטופלות; תחושת המטופלות שאנשי הצוות מדברים עליהן ולא איתן; האם המטופלות נדרשות לחזור על אותו סיפור באוזני רופאים שונים; מתן מידע או ייעוץ סותרים למטופלות; סתירות של אנשי צוות זה את זה בעניינים הנוגעים למדיניות; שימוש אנשי הצוות בשיחות עם המטופלות במילים מסובכות בלי להסבירן; חוסר ארגון של עבודת הצוות.

בשל הפער הגדול במיוחד בין הציון שנתנו המטופלות לבין הציון שנתנו אנשי הצוות בתת-סולם התמיכה הנפשית בחנו את ארבעת הפריטים שתת-סולם התמיכה הנפשית בנוי מהם וגילינו כי דווקא בפריטים אלו היו הפערים הגדולים ביותר בין האופן שבו חוו המטופלות את הטיפול ביחידה לבין האופן שבו חוו אותו אנשי הצוות, בהשוואה להבדלים בדעות בין המטופלות לבין אנשי הצוות בכל הפריטים האחרים המרכיבים את הסולם הכללי, כפי שניתן לראות בתרשים 2 להלן.

תרשים 2: ציוני המטופלות וציוני אנשי הצוות בפריטים שבתת-סולם התמיכה הנפשית



כפי שניתן לראות בתרשים 2, שיעור המטופלות שנתנו את הציונים הגבוהים ביותר היה נמוך בהשוואה לשיעור אנשי הצוות שנתנו את הציונים הגבוהים ביותר בכל ארבע השאלות הנוגעות לתמיכה נפשית:

- האם מיידעים את המטופלות על השפעה נפשית אפשרית של הטיפולים?
- האם נותנים למטופלות הזדמנות להתייעץ עם איש מקצוע המעניק תמיכה נפשית שמכיר את התחום של טיפולי פוריות (עובד סוציאלי/פסיכולוג)?
- האם נותנים מידע למטופלות על קבוצות תמיכה לנשים העוברות טיפולי פוריות?
- האם נותנים חוברת מידע על טיפולי הפוריות לבני הזוג או לקרובי משפחה?

5. מגבלות המחקר

מגבלת המחקר המרכזית נוגעת לכך שהסקר נערך בשמונה יחידות פוריות, והן לא נדגמו באופן אקראי. לא ברור אפוא באיזו מידה ניתן להכליל את הממצאים על 25 יחידות הפוריות בישראל. בנוסף, דגימת המטופלות מתוך רשימה לא התאפשרה בשל דרישה של בתי החולים לשמור באופן כזה על האנונימיות של המטופלות. עם זאת, היחידות שבהן נערך הסקר נדגמו בדגימת שכבות ובאופן מכוון כדי לכלול גיוון מבחינת מאפיינים רלוונטיים של היחידה, ולפיכך רלוונטיים גם לשאלות המחקר: גודל, בעלות ומיקום גיאוגרפי; על כן נראה שיחידות אלו נותנות ביטוי לגיוון ביחידות הפוריות בישראל.

נוסף על כך, מערך המחקר היה של מחקר חתך, שכלל בדיקה בנקודת זמן אחת. כמו בכל מערכי המחקר מסוג זה, לא ניתן לקבוע קשר סיבתי בין המשתנים ואת כיוונם. כמו כן, ובדומה לכל מחקר שהנתונים בו נאספים באמצעות שאלון לדיווח עצמי, הנתונים אינם מבוססים על מדידה של נתונים אובייקטיביים.

נציין כי שיטת גיוס המשתתפים בסקר אנשי הצוות הייתה פנייה לכל אנשי הצוות הנוכחים ביחידה בזמן ביקור צוות המחקר ביחידה, ללא ניהול רשימות שמיות של אנשי הצוות ומעקב אחר מי שלא מילא את השאלון. מסיבה זו מספר אנשי הצוות שהשתתפו במחקר לא כלל את כל מצבת אנשי הצוות בכל יחידה ויחידה, ולא היה תיעוד של שיעורי ההיענות. עם זאת, הצלחנו לראיין מספר גדול של אנשי צוות, כמעט 80, ולהגיע למגוון בעלי מקצוע בקרבם.

6. דיון ומסקנות

מחקר זה עסק בבחינת היישום של גישת הטמ"מ במסגרת יחידות לפוריות והפריה בישראל. לצד הבחינה עד כמה טיפולי הפוריות בישראל ממוקדים במטופל ואם יש הבדל במידת הטמ"מ לפי משתנים חברתיים-כלכליים ומאפיינים ארגוניים של היחידות, ביקשנו גם לזהות גורמים המקדמים ומעכבים את יישום הגישה ולזהות סוגיות חשובות להצלחת הטמ"מ בישראל.

המחקר היה רב-מרכזי ונעשה בשיטות מחקר מעורבות. הוא כלל ניתוח נתונים ממספר מקורות מידע. שמונה היחידות שנדגמו מגוונות מבחינת מקומן הגיאוגרפי, גודלן וסוג הבעלות עליהן. שילוב שיטות המחקר האיכותניות והכמותיות נעשה במטרה להבין באופן שלם יותר את נושא המחקר, ושילוב מקורות המידע אפשר הצלבה ייחודית של ממצאים מהמקורות השונים. באופן כזה התאפשרה קבלתה של תמונה מלאה יותר על מצב הטמ"מ בטיפולי פוריות בישראל.

שיתוף פעולה מצד המטופלות

בתחילת המחקר, ובייחוד בשלב האישורים האתיים, צוות המחקר הוזר שמטופלות העוברות טיפולי פוריות אינן מעוניינות להשתתף במחקרים. למרות זאת, שיעור ההיענות להשתתפות במחקר היה גבוה. בשיחות אישיות הביעו רבות מהמטופלות רצון לשותף פעולה עם מחקרים בתחום והודו לצוות המחקר על ההזדמנות להשמיע את קולן. כדאי אפוא ללמוד מניסיון זה שלעיתים לאנשי צוות יש תפיסה מוטעית בעניין נכונות המטופלות להשתתף בסקרים, ועל כן כדאי שלא להירתע, בגלל שיקולי היענות, מלערוך מחקרים בנושא. מחקרים כמו זה יוכלו בסופו של דבר לעזור לנשים המטופלות.

יחס המנהלים

המנהלים מכירים את מושג הטמ"מ, וניכר כי הם פועלים לפיו במידה זו או אחרת במסגרת עבודתם. עצם העובדה שהמנהלים מודעים לטמ"מ ומכירים בחשיבות ההתייחסות לרכיבים מסוימים בטיפול כדי למקדו במטופל חיונית ליישום הגישה; שכן הנהלה המחויבת לנושא יכולה להעביר מסרים שיש רצון שיחלחלו לצוותים המטפלים. עם זאת, רוב המנהלים מכירים אומנם בחשיבות הנגישות לצוות בעבור המטופלות, בחשיבות מתן מידע והסברים ובעירוב המטופלות בטיפול, בחשיבות ההקפדה על הנוחות הפיזית ועל הענקת תמיכה נפשית למטופלות; ואולם יש ממדים נוספים שהמנהלים מתייחסים אליהם פחות, כגון כבוד לערכים ולצרכים של המטופלות, מיומנויות התקשורת של הצוות, ארגון הטיפול והמשכיות וכן מעברים בטיפול. בראיונות עם המנהלים הסתמן כי יש גורמים המקדמים את יישומו המוצלח של הטמ"מ. גורמים אלו אינם ייחודיים דווקא לטיפולי פוריות, וניתן ללמוד מהם על דרכים לקדם את יישום הגישה גם במצבי בריאות אחרים. דרכים אלו כוללות תמיכה של מנהל היחידה, הקפדה על האיכויות האנושיות של אנשי הצוות, הקדשת תשומת לב לסביבה הפיזית, הקפדה על נגישות וזמינות גבוהות ועל תגמול הולם לאנשי הצוות וכן הקצאת תקני כוח אדם מתאימים, בייחוד לאיש בריאות נפש.

חזויית המטופלות לעומת דעות אנשי הצוות

בסקר המטופלות ובסקר אנשי הצוות השתמשנו בכלי המודד את הטמ"מ בטיפולי פוריות, אשר כולל פריטים על עשרה ממדים של חזויית הטיפול: נגישות לצוות המטפל; קבלת מידע והסברים בטיפול; מימונויות התקשורת של הצוות; מעורבות המטופל בטיפול; כבוד לערכים ולצרכים של המטופל; המשכיות ומעברים בטיפול; המסוגלות המקצועית של הצוות; ארגון הטיפול; נוחות פיזית ותמיכה נפשית. השאלון שבו השתמשנו בודק אם לדעתה של המטופלת התקיימו אלמנטים מסוימים בטיפול בה או באיזו מידה התקיימו; למשל אם התקיימו הערכות תקופתיות כלליות לבחינת הטיפולים או אם ניתנה הזדמנות לשאול שאלות את הרופא. השתמשנו באותן שאלות וקטגוריות תשובה הן לאנשי הצוות והן למטופלות. הניסוח של השאלה הותאם למי שיועד לענות עליה - אנשי צוות או מטופלות. באופן כזה, במחקר זה יש אפשרות להשוות בין התפיסה והחוויה של המטופלות לגבי הטמ"מ לבין אלו של אנשי הצוות.

הציון הכללי שניתן על ידי אנשי הצוות למידת הטמ"מ ביחידה שבה הם עובדים היה 2.2 על סולם בין 0 ל-3. כלומר, אפשר לומר כי בהכללה אנשי הצוות מעריכים את הטיפול שהם נותנים ביחידות הפוריות כטמ"מ. שני ההיבטים של טמ"מ שבהם אנשי הצוות דירגו גבוה ביותר את עבודת היחידה שלהם היו מתן תמיכה נפשית ומימונויות התקשורת של הצוות; ושני ההיבטים שבהם אנשי הצוות דירגו נמוך ביותר את עבודת היחידה שלהם היו המשכיות ומעברים בטיפול ונגישות הצוות המטפל. כלומר, נראה כי אנשי הצוות העריכו שהממדים הטובים ביותר בטיפול שהם מעניקים הם הממדים שקשורים לקשר הבין-אישי עם המטופלות, ואילו שני תתי-הסולמות שהם דירגו נמוך ביותר היו ממדים שתלויים פחות בהם ישירות כבני אדם או כמטפלים, וקשורים יותר לארגון או למוסד שאליו הם משתייכים ולמשאבים הזמינים לו. עוד נציין כי יש התאמה בין התמונה העולה מסקר אנשי הצוות לבין זו העולה מראיונות העומק עם מנהלי היחידות. למשל, בנוגע למעורבות המטופלות בטיפול מצאנו כי רק מעט אנשי צוות ענו שהרופא תמיד פתוח לדעות ולרעיונות של המטופלות בנוגע לטיפול. כלומר, רובם אינם חושבים כך; ממצא זה הוא בהלימה (אם כי אינו זהה) לעמדה שהביעו המנהלים: הם התרעמו על הרצון של חלק מהמטופלות להיות מעורבות בטיפול במידה שעשויה להיות על גבול הכתבת הטיפול.

הציון הכללי שנתנו המטופלות לטמ"מ ביחידה שבה הן מטופלות עמד על 2.0, על סולם בין 0 ל-3. משמעותו של הציון שנתנו היא כי לפחות מנקודת הראות של המטופלות יש עוד מקום לשיפורם של הטיפול ושל מידת המיקוד בהן כמטופלות. מצאנו כי יש הבדלים בין הממדים של הטמ"מ בציונים שהמטופלות נתנו. הממדים שקיבלו את הציונים הגבוהים ביותר היו מימונויות התקשורת של הצוות והמסוגלות המקצועית של הצוות, והממד שקיבל את הציון הנמוך ביותר היה התמיכה הנפשית שהמטופלות מקבלות במהלך הטיפול. כלומר, נראה כי לדעת המטופלות הממדים הטובים ביותר בטיפול שהן מקבלות הם הממדים שקשורים ליכולות המקצועיות של אנשי הצוות. הציון הגבוה שנתנו המטופלות למסוגלות המקצועית של הצוות ולפריטים אחרים הנוגעים למקצועיות של הצוות עשוי להעיד על אמון וביטחון שייתכן שיש למטופלות כלפי מי שמטפל בהן ועל כך שנראה כי הן בטוחות שאנשי הצוות המטפלים בהן ימצאו את הפתרון לבעיית הפוריות שלהן. תחושה זו מהדהדת את האמון שמבטאים גם המנהלים באנשי הצוות ביחידה שהם מנהלים וביכולות המקצועיות שלהם. הערכתן של המטופלות לממד התמיכה הנפשית הייתה הנמוכה ביותר.

הבדלים בחוויית המטופלות

כפי שצוין לעיל, הכלי מתייחס לשאלות שהן לכאורה אובייקטיביות, אך ההבדלים בין התשובות של המטופלות יכולים לשקף כמה מצבים: או התנהגות שונה של אנשי הצוות העשויים לתת טיפול שונה לנשים שונות, גם אם באופן לא מודע או לא מכוון; או חוויה ותפיסה שונה אצל מטופלות שונות בעקבות הטיפול שניתן להן גם כש(לכאורה) ניתן להן אותו טיפול; או שילוב של השניים. מטופלות עם מאפיינים מסוימים עשויות אפוא, יותר מאשר מטופלות אחרות, לחוות שהטיפול ממוקד בהן.

סיבות להבדלים בתפיסתן של מטופלות שונות את הטמ"מ יכולות להיות למשל שמטופלות בעלות השכלה גבוהה מבינות טוב יותר את התהליכים שהן עוברות ואת ההסברים שהן מקבלות מאנשי הצוות; ייתכן כי נשים צעירות ובריאות נוטות להיות מרוצות יותר; נשים שיש להן ילדים עשויות לחוש פחות חרדה מהאפשרות שההפריה לא תצלח; לנשים נשואות או שיש להן בן זוג, בן הזוג מספק אולי מערכת אישית של תמיכה, שעשויה להקל עליהן, והן עשויות לראות את הטיפול בעין יותר חיובית; ונשים הגרות בפריפריה עשויות להיות בעלות ציפיות נמוכות מאלו של הגרות במרכז לגבי מידת המעורבות שלהן בטיפול, ובכך יש אולי כדי לגרום להן ליותר סיפוק מהטיפול שניתן להן בסופו של דבר. סיבה אחרת להבדלים בתפיסת המטופלות יכולה להיות שאנשי הצוות חשים נוח יותר להעניק ממדים שונים של מיקוד לנשים מסוימות, למשל לנשים שדומות להם במאפיינים שונים וכן למטופלות צעירות ובריאות שלטיפול בהן מתלווים פחות מתחים מאשר לטיפול בנשים לא בריאות או מבוגרות (שכן אצל האחרונות כל יום שעובר עשוי להיות קריטי מבחינת היכולת להרות). עוד עשויים אנשי הצוות להיות נינוחים יותר בטמ"מ אצל נשים שיש להן ילדים, ואילו אצל נשים שאין להן ילדים הם עשויים לחוות עד כמה הטיפול קריטי ולהיות מתוחים בשל הרצון העז לעזור למטופלת לחזור לביתה "בידיים מלאות".

משתני הרקע של המטופלות ומאפייני היחידות

משתני רקע של המטופלות

מהניתוח הרב-משתני עלה שמשנתנים הקשורים לחוויה של טמ"מ הם דת, מידת דתיות ותפיסת בריאות. כך, נשים דתיות נתנו את הציון הנמוך ביותר ברוב תתי-הסולמות. ממצא זה היה עקבי הן בקרב מטופלות יהודיות והן בקרב לא יהודיות וראוי שייחקר בהמשך. כמו כן, מטופלות יהודיות נתנו ברוב הממדים ציונים גבוהים יותר ממטופלות לא יהודיות. משמעות הדבר היא שיתכן כי הטיפול מותאם יותר לצרכים של מטופלות יהודיות. כדאי להמשיך ולברר נושא זה כדי לנסות לשפר את איכות הטיפול הניתן לכל קבוצות האוכלוסייה.

מאפייני היחידות

מעבר לחשיבות של משתני הרקע של המטופלות לתפיסה שלהן בעניין הטמ"מ היו הבדלים בציונים שנתנו המטופלות בין היחידות ולפי מאפייני היחידות. ביחידות הקטנות יותר נתנו הנשים ליחידתן ציון גבוה יותר. עם זאת, רוב היחידות הקטנות ממוקמות בפריפריה. סיבה אפשרית למתן ציונים גבוהים יותר ליחידות בפריפריה היא כאמור שלנשים הגרות בפריפריה יש ציפיות גבוהות פחות. סיבה אחרת יכולה להיות גם הקפדה רבה יותר על היבטים שונים של טמ"מ ביחידות הקטנות, מטעמים שונים, למשל משום

שאנשי ההנהלה והצוות ביחידות הקטנות מכירים בצורך לשווק את היחידה למטופלות פוטנציאליות. הציון הגבוה יחסית שנתנו המטופלות ליחידות הפריפריאליות הקטנות מתיישב עם הגישה שעלתה בראיונות עם מנהלים ביחידות קטנות, ולפיה יש לנהל ולארגן ככל האפשר פרוצדורות תפעוליות למיניהן שקשורות לטיפול ולהקל במה שניתן על החיכוך עם נהלים ובירוקרטיה הקשורים לתהליך. ייתכן כי גישה זו לטיפול ולמתן שירות שבמהותו הוא טמ"מ באה לענות על הצורך של מנהלי היחידות למשוך מטופלות לקבל טיפול ביחידה שלהם ולא לעבור ליחידות מרוחקות יותר.

הקשר בין ציון ההערכה הכללית שנתנו המטופלות ובין הציון שנתנו לטמ"מ

ממצא חשוב נוסף העולה מסקר המטופלות נוגע לקשר בין ציון ההערכה הכללית של המטופלות לאופן הטיפול ביחידה שבה הן מטופלות ובין ציון הטמ"מ. ממצאנו כי ככל שציון הטמ"מ לפי המטופלות עלה, כך גם עלתה ההערכה הכללית של המטופלות לאופן הטיפול ביחידה. חשיבותו של ממצא זה מתחדדת בייחוד משום שהוא מפזר את מסך העשן בנוגע לרצונן (או אי-רצונן) של המטופלות עצמן לקבל טמ"מ. כלומר, נראה כי הממדים השונים של הטמ"מ אינם נכונים רק מבחינה רפואית ומקצועית, אלא הם גם עניין שהמטופלות עצמן מעריכות, גם בישראל.

כשבחנו את ההבדלים בין מטופלות לאנשי הצוות בפריטים שקיבלו ציונים גבוהים ראינו כי, בהכללה, אנשי הצוות נטו להעריך במיוחד אלמנטים בטיפול העוסקים בנהלים או סטנדרטים של טיפול, כמו למשל מתן מידע למטופלות על תופעות לוואי או הנחיות בנוגע לטיפול, או אלמנטים הנוגעים במקצועיות וביושרה המקצועית שלהם. המטופלות, מצידן, הביעו אמון באנשי הצוות וביכולות המקצועיות שלהם, וייתכן כי הן חשות שאנשי הצוות יוכלו למצוא פתרון לבעיית הפוריות שלהן. לעומת זאת, אנשי הצוות נטו להעריך פחות את יכולתן של המטופלות להבין את הטיפול או את הבדיקות, הייתה להם יותר תחושה שהם מדברים על המטופלות ולא איתן, והם הכירו בסגירותם לדעות ולרעיונות של המטופלות בנוגע לטיפול. עם זאת, מצד אחד, המטופלות לא התרעמו ישירות על מידת מעורבותן בטיפול, ומצד שני חשו שבכל הקשור בתמיכה נפשית מאנשי הצוות אין די התמקדות בצורכייהן.

תמיכה נפשית למטופלות

התמיכה הנפשית היא תת-הסולם שלו המטופלות נתנו את הציון הממוצע הנמוך ביותר מכל תתי-הסולמות. נוסף על כך, התבוננות בשאלון השלם העלתה כי רק שיעור נמוך מקרב הנשים נתנו את הציון הגבוה ביותר לפריטים השייכים לתת-סולמות אחרים שאינם חלק מתת-הסולם תמיכה נפשית אך שיש להם זיקה חזקה לנושא התמיכה הנפשית: קבלת מספר טלפון ליצירת קשר בשאלה או בעיה דחופה שמתעוררת בלילה או בסוף שבוע; יידוע כיצד ניתן לקבל תמיכה מעובד סוציאלי או מפסיכולוג; ומינוי איש צוות אחד עבור המטופלת שאיתו תוכל ליצור קשר בכל שאלה ובעיה.

יתר על כן, אחד הממצאים החשובים שעולים מההשוואה בין המטופלות לבין אנשי הצוות הוא שקיים פער ניכר בתחום התמיכה נפשית בין מה שהמטופלות חושבות על הטיפול שהן מקבלות לבין מה שאנשי הצוות סבורים שהם נותנים להן. בעוד שהמטופלות נתנו את הציון הממוצע הנמוך ביותר מכל תתי-הסולמות לסולם התמיכה הנפשית, כפי שציינו לעיל, אנשי הצוות דירגו דווקא

את ממד התמיכה הנפשית למטופלת כתת-סולם הבולט ביותר לחיוב בעבודתם. ברוב תתי-הסולמות אנשי הצוות והמטופלות היו תמימי דעים, אך הפער בדירוג בתת-סולם התמיכה נפשית הוא הנקודה שבה ההבדלים בין מה שחושבים אנשי הצוות לבין מה שחוות המטופלות הם הגדולים ביותר. נראה שבנושא זה המטופלות חוות מענה שאינו מספיק, והן זקוקות ליותר ממה שהן מקבלות או לאופן מתן טיפול שונה או לכך שהמענה יחזור על עצמו במהלך הטיפול בנקודות זמן שונות, למשל שתינתן הזדמנות להתייעצות עם איש מקצוע כמו עובד סוציאלי או פסיכולוג. חוויותיהם של אנשי הצוות ושל המטופלות וההתמודדות העתידית איתן קשורות בין היתר גם לעמדת המנהלים בנושא, כפי שנפרט להלן.

כפי שצוין לעיל, המנהלים הביעו הבנה ומודעות לקושי הרגשי הרב שכרוך בטיפולם. הם ציינו את החשיבות הן של מתן מידע על השלכות נפשיות אפשריות של הטיפולים והן של האפשרות לקבל ייעוץ מאיש מקצוע מתחום בריאות הנפש. בה בעת הם גם אמרו שיש מטופלות שאינן מעוניינות בתמיכה נפשית ואינן משתפות פעולה בנושא. (כאמור, המטופלות לא נשאלו אם ועד כמה היו רוצות לקבל רכיבים שונים של הטיפול, ובהם תמיכה נפשית, אך עם זאת, על סמך עדויות נשים שנשאלו בעבר מה חשוב להן לקבל במסגרת טיפולים, ניתן להניח שמטופלות מעוניינות ברכיבים אלו.) ייתכן כי לא נעשים די מאמצים להנגשת תמיכה נפשית ביחידות בין השאר בשל הסברה שהנשים אינן מעוניינות בתמיכה כזו, ומשום כך יש רק יחידות ספורות שבהן אנשי בריאות הנפש מהווים חלק אינטגרלי מצוות היחידה. ייתכן כי הציונים הנמוכים שנתנו המטופלות לתמיכה הנפשית ביחידות האחרות ובכלל משקפים סוגיה זו. בשתי יחידות שיש בהן עובדת סוציאלית שהיא חלק אינטגרלי מצוות היחידה, ציוני התמיכה הנפשית גבוהים במיוחד. חשוב להמשיך ולבחון את נושא התמיכה הנפשית במסגרת טיפולי הפוריות.

7. המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות

- ממצאי המחקר יכולים לשמש כלי להעלאת איכות השירות ביחידות, על ידי הצבעה על הנושאים הדורשים שיפור בגישת הטמ"מ בכל יחידה ויחידה. חשוב לשקף לאנשי הצוות את ההבדלים בין התפיסה שלהם את אופי הטיפול לבין מה שחשות המטופלות, כדי שידעו באילו תחומים יש להכניס שינויים ולשפר את איכות הטיפול.
- המחקר הראה הבדלים בין יחידות בציונים שנתנו המטופלות לטמ"מ. המידע על הבדלים אלו חשוב לקהל היעד של השירותים. כדי שנשים תוכלנה להיעזר בנתונים כתשומה להחלטה מושכלת על היחידה שבה יקבלו טיפול, כדאי שהיחידות עצמן תיערכנה לפרסם את הציונים בכל יחידה. כדאי לפרסם נתונים משווים כאלה גם בתחומי בריאות אחרים.
- במחקר עלו הבדלים בציונים לפי מאפייני הרקע של המטופלות. מומלץ להמשיך ולברר כיצד ניתן להתאים את הטמ"מ לצרכים של כל קבוצות האוכלוסייה.
- בספרות העוסקת בתחום יש המלצה למנות איש צוות שחלק מתפקידו לקדם את יישום הטמ"מ. מומלץ לעשות כך גם ביחידות לפוריות והפריה בישראל. שינוי מערכתי חשוב זה יאפשר להתמודד עם מורכבות יישום הגישה ולמצוא פתרונות שיקדמו את הטמ"מ.
- שינוי מערכתי חשוב אחר שכדאי לאמץ הוא פתיחת תקן לאיש בריאות הנפש (עובד סוציאלי או פסיכולוג) בכל יחידה ויחידה. כדאי שאיש בריאות הנפש יהיה חלק מהצוות של היחידות; כך הוא יוכל לסייע הן בתמיכה נפשית לנשים והן בתמיכה לאנשי הצוות המנסים לתת טיפול מיטבי.
- ממצאי מחקר זה הם ראשוניים בתחום. כדאי לבצע מחקר המשך שיבחן שינויים ומגמות לאורך זמן ביישום גישת הטמ"מ - הן ביחידות שנכללו במחקר זה והן ביחידות נוספות.
- סקר אנשי הצוות הראה שונות בין אנשי המקצוע בתוך היחידות. סקירת הספרות העלתה כי טמ"מ תורם לשיפור שביעות רצון של המטפלים מעבודתם. מכאן שחשוב להמשיך ולהתעמק בעבודת אנשי המקצוע ביחידות בקשר לטמ"מ ומשתנים אחרים הקשורים לעבודתם.
- מחקר זה תיקף כלי למדידת הטמ"מ בהקשר של טיפולי פוריות. חשוב להמשיך ולפתח כלים נוספים ולמדוד את הטמ"מ גם במצבי בריאות אחרים.

מקורות

- ברמלי-גרינברג, ש. ומדינה-הרטום, ת. (2015). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2014 והשוואה ל-2012. דמ-705-15. ירושלים: מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- הוארי, מ. (2010). מנהיגות מעצבת ממריצה להקדשה לעבודה וטיפול ממוקד בחולה, גם כאשר דרישות העבודה גבוהות. (חיבור לקבלת תואר מוסמך). אוניברסיטת חיפה.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ס"ח 1469.
- מבקר המדינה. (2012). דוח שנתי 63 לשנת 2012 ולחשבונות שנת הכספים 2011. ירושלים: המחבר.
- משרד הבריאות. (2013). שיפור חווית המטופל במערכת הבריאות. חוזר המנהל הכללי מס': 6/13. ירושלים: המחבר.
- משרד הבריאות (2014). בריאות 2013. משרד הבריאות, ירושלים: המחבר.
- משרד הבריאות. (2017). עמודי אש 2017. https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/amud_esh2017.pdf
- סלע, ט., בגל, י., גורן, א., חודיק, ג., שלו, ו., הומברג, ר., בכר, ר., וקול, ש. (2013). טיפולי הפריה חוץ גופית במכבי שירותי בריאות 2007-2010 - תמונת מצב. הרפואה, 152(1), 11-15.
- שליצ'קוב, ג., עוזרי, ר., פוליאק, ט., חקלאי, צ., ולוטן, י. (2014). ישראל מובילה בטיפול הפריה חוץ גופית - האומנם. הרצאה בכנס השנתי ה-10 למדיניות הבריאות. המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל. תל אביב.
- Aarts, J. W. M., Huppelschoten, A. G., van Empel, I. W. H., Boivin, J., Verhaak, C. M., Kremer, J. A. M., & Nelen, W. L. (2012). How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: A study in 427 women experiencing infertility. *Human Reproduction*, 27(2), 488-495.
- AHRQ (Agency for Healthcare Research & Quality). (2011). *Patient Centeredness: National Healthcare Disparities Report, 2010*. February 2011. Rockville, MD: Author.
- Bauman, A. E., Fardy, H. J., & Harris, P. G. (2003). Getting it right: Why bother with patient-centred care?. *The Medical Journal of Australia*, 179(5), 253-256.
- Benyamini, Y., Gefen-Bardarian, Y., Gozlan, M., Tabiv, G., Shiloh, S., & Kokia, E. (2008). Coping specificity: The case of women coping with infertility treatments. *Psychology and Health*, 23(2), 221-241.

- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 83(2), 275-283.
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229-239.
- Berwick, D. M. (2009). What 'patient-centered' should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs*, 28(4), 555-565.
- Birenbaum-Carmeli, D. (2004). 'Cheaper than a newcomer': On the social production of IVF policy in Israel. *Sociology of Health & Illness*, 26(7), 897-924.
- Birenbaum-Carmeli, D., & Dirnfeld, M. (2008). In vitro fertilization policy in Israel and women's perspectives: The more the better? *Reproductive Health Matters*, 16, 182-191.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506-1512.
- Brandes, M., Van Der Steen, J. O. M., Bokdam, S. B., Hamilton, C. J. C. M., De Bruin, J. P., Nelen, W. L. D. M., & Kremer, J. A. M. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction*, 24(12), 3127-3135.
- Cleary, P. D. (2013). Expanding the use of patient reports about patient-centered care. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2(1), 36-39.
- Coelho, T. (2010). A patient advocate's perspective on patient-centered comparative effectiveness research. *Health Affairs*, 29(10), 1885-1890.
- Coulter, A. (2012). Patient engagement – what works?. *The Journal of Ambulatory Care Management* 35(2), 80-89.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ: British Medical Journal*, 335(7609), 24-27.
- Dancet, E. A. F., Ameye, L., Sermeus, W., Welkenhuysen, M., Nelen, W. L. D. M., Tully, L., ... D'Hooghe, T. M. (2011). The ENDOCARE questionnaire (ECQ): A valid and reliable instrument to measure the patient-centeredness of endometriosis care in Europe. *Human Reproduction*, 26(11), 2988-2999.

- Dancet, E. A. F., Nelen, W. L. D. M., Sermeus, W., De Leeuw, L., Kremer, J. A. M., & D'Hooghe, T. M. (2010). The patients' perspective on fertility care: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 16(5), 467-487.
- 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.
- Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. L., & Fiscella, K. (2005). Patient-centered communication and diagnostic testing. *The Annals of Family Medicine*, 3(5), 415-421.
- Ewalt, J. A. G., & Jennings Jr, E. T. (2004). Administration, governance, and policy tools in welfare policy implementation. *Public Administration Review*, 64(4), 449-462.
- Friedler, S., Glasser, S., Azani, L., Freedman, L. S., Raziel, A., Strassburger, D., ... Lerner-Geva, L. (2011). The effect of medical clowning on pregnancy rates after in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and sterility*, 95(6), 2127-2130.
- Fujisawa, R. & Klazinga, N. (2017). Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016. *OECD Health Working Papers*, No. 102., Paris: OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/893a07d2-en>.
- Gooldin, S. (2011). Cultural competence and ethical incompetence: Notes from the case of reproductive technologies in a pro-natal context. *Diversity in Health Care*, 8(1), 45-55.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140-162.
- Groene, O. (2011). Patient centredness and quality improvement efforts in hospitals: rationale, measurement, implementation. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 531-537.
- Huppelschoten, A. G., van Duijnhoven, N. T., Hermens, R. P., Verhaak, C., Kremer, J. A., & Nelen, W. L. (2012). Improving patient-centeredness of fertility care using a multifaceted approach: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13(1), 175-182.
- Institute of Medicine (IOM). (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press.

- Karnieli-Miller, O., Werner, P., Aharon-Peretz, J., Sinoff, G., & Eidelman, S. (2012). Expectations, experiences, and tensions in the memory clinic: The process of diagnosis disclosure of dementia within a triad. *International Psychogeriatrics*, 24(11), 1756-1770.
- Levitas, E., Parnet, A., Lunenfeld, E., Bentov, Y., Burstein, E., Friger, M., & Potashnik, G. (2006). Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization–embryo transfer: A case-control study. *Fertility and Sterility*, 85(5), 1404-1408.
- Little P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., ... Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 20(323), 908-911.
- Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 510-515.
- May, P. J., & Winter, S. C. (2007). Politicians, managers, and street-level bureaucrats: Influences on policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(3), 453-476.
- Mead, N., Bower, P., & Hann, M. (2002). The impact of general practitioners' patient centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science & Medicine*, 55, 283-299.
- Meterko, M., Wright, S., Lin, H., Lowy, E., & Cleary, P. D. (2010). Mortality among patients with acute myocardial infarction: The influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Services Research*, 45(5 Pt 1), 1188-1204.
- Ombelet, W., De Sutter, P., Van der Elst, J., & Martens, G. (2005). Multiple gestation and infertility treatment: Registration, reflection and reaction – the Belgian project". *Human Reproduction Update*, 11(1), 3-14.
- Pedro, J., Canavarro, M. C., Boivin, J., & Gameiro, S. (2013). Positive experiences of patient-centred care are associated with intentions to comply with fertility treatment: Findings from the validation of the Portuguese version of the PCQ-Infertility tool. *Human Reproduction*, 28(9), 2462-2472.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2013). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 99(1), 63.

- Rathert, C., Dyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351-379.
- Remennick, L. (2000). Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Roles*, 43(11-12), 821-841.
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 600-607.
- Simonstein, F. (2010). IVF policies with emphasis on Israeli practices. *Health Policy*, 97(2), 202-208.
- Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W.W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Thoma, M. E., McLain, A. C., Louis, J. F., King, R. B., Trumble, A. C., Sundaram, R., & Buck Louis, G. M. (2013). Prevalence of infertility in the United States as estimated by the current duration approach and a traditional constructed approach. *Fertility and Sterility* 99(5), 1324-1331.
- van Empel, I. W. H. (2011). Patient-centredness in fertility care. Doctoral dissertation, Radboud University Nijmegen.
- van Empel, I. W., Aarts, J. W., Cohlen, B. J., Huppelschoten, D. A., Laven, J. S., Nelen, W. L., & Kremer, J. A. (2010). Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: A random multicentre validation study. *Human reproduction*, 25(10), 2516-2526.
- Verberg, M. G., Eijkemans, M. J., Heijnen, E. M., Broekmans, F. J., de Klerk, C., Fauser, B. C., & Macklon, N. S. (2008). Why do couples drop-out from IVF treatment? A prospective cohort study. *Human Reproduction*, 23(9), 2050-2055.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27-36.
- Zimlichman, E., Rozenblum, R., & Millenson, M. L. (2013). The road to patient experience of care measurement: Lessons from the United States. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2, 35-40.

נספח א: משתני רקע

לוח א 1: טמ"מ וציוני תתי-הסולמות לפי משתני רקע של המטופלות (ציון וסטיית תקן)

תמיכה נפשית	נוחות פיזית	ארגון הטיפול	מסוגלות מקצועית	המשכיות ומעברים בטיפול	כבוד לערכים ולצרכים	מעורבות המטופלת	מיומנויות תקשורת	מידע והסברים	נגישות	טמ"מ כללי	משתני רקע
(0.9) 1.0	(0.8) 2.0	(0.7) 2.2	(0.4) 2.3	(0.5) 2.2	(0.8) 1.9	(0.8) 2.0	(0.6) 2.3	(0.6) 1.9	(0.9) 1.9	(0.4) 2.0	סה"כ גיל
(0.9) 1.1	(0.7) 2.1	(0.8) 2.1	(0.4) 2.2	(0.5) 2.2	*(0.7) 2.1	(0.8) 2.0	(0.5) 2.3	(0.5) 1.9	(0.9) 2.1	(0.4) 2.0	29-19
(0.9) 0.9	(0.8) 2.0	(0.7) 2.2	(0.4) 2.3	(0.5) 2.1	*(0.8) 1.9	(0.8) 2.1	(0.6) 2.3	(0.6) 1.9	(0.8) 2.0	(0.4) 2.0	39-30
(1.0) 0.9	(0.7) 2.1	(0.6) 2.2	(0.4) 2.3	(0.5) 2.1	*(0.8) 1.8	(0.8) 2.0	(0.6) 2.2	(0.6) 1.8	(0.9) 1.8	(0.5) 1.9	+40
											ארץ לידה
(0.9) 1.0	(0.8) 2.0	(0.7) 2.2	(0.4) 2.3	(0.5) 2.2	(0.8) 1.9	*(0.8) 2.0	(0.6) 2.3	(0.6) 1.9	*(0.8) 2.0	(0.4) 2.0	ישראל
(1.0) 0.9	(0.6) 2.2	(0.6) 2.3	(0.4) 2.3	(0.6) 2.1	(0.8) 2.0	*(0.8) 2.3	(0.6) 2.3	(0.6) 2.0	*(1.0) 1.7	(0.5) 2.0	אחר
											מרכזיות יישוב מגורים
** (1.0) 1.2	** (0.8) 1.9	(0.6) 2.2	*(0.4) 2.2	*(0.5) 2.1	*(0.7) 2.0	(0.8) 2.1	(0.5) 2.3	(0.6) 1.9	(0.8) 2.0	(0.4) 2.0	מרכזי מאוד
** (0.9) 0.8	** (0.7) 2.2	(0.6) 2.2	*(0.4) 2.3	*(0.5) 2.2	*(0.8) 1.8	(0.8) 2.0	(0.6) 2.2	(0.6) 1.9	(0.9) 1.9	(0.4) 2.0	כל השאר
											דת
(0.9) 1.0	*(0.9) 1.8	*(0.8) 1.6	** (0.5) 2.1	*(0.5) 2.0	*(0.8) 2.1	(0.8) 2.0	(0.5) 2.3	(0.6) 1.8	(0.9) 2.0	(0.5) 2.0	יהודייה
(0.9) 0.9	*(0.8) 2.1	*(0.6) 2.3	** (0.4) 2.3	*(0.5) 2.2	*(0.8) 1.9	(0.8) 2.0	(0.6) 2.3	(0.6) 1.9	(0.8) 1.9	(0.4) 2.0	לא יהודייה
											מידת דתיות
(0.9) 0.9	(0.7) 2.1	** (0.6) 2.4	*(0.4) 2.3	*(0.5) 2.2	** (0.8) 1.8	(0.8) 2.0	(0.6) 2.3	** (0.6) 1.9	** (0.9) 2.0	** (0.4) 2.0	חילונית
(1) 1.0	(0.8) 2.0	** (0.7) 2.2	*(0.6) 2.3	*(0.5) 2.2	** (0.8) 2.1	(0.7) 2.2	(0.6) 2.3	** (0.6) 2.0	** (0.9) 2.1	** (0.5) 2.0	מסורתית

תמיכה נפשית	נוחות פיזית	ארגון הטיפול	מסוגלות מקצועית	המשכיות ומעברים בטיפול	כבוד לערכים ולצרכים	מעורבות המטופלת	מיומנויות תקשורת	מידע והסברים	נגישות	טמ"מ כללי	משתני רקע
(1) 1.0	(0.8) 1.9	** (0.7) 2.0	* (0.4) 2.2	* (0.5) 2.0	* (0.8) 1.8	(0.8) 2.0	(0.6) 2.2	** (0.6) 1.7	** (0.9) 1.7	** (0.4) 1.9	דתית/ חרדית השכלה
(0.9) 1.0	(0.8) 2.2	(0.7) 2.3	(0.4) 2.3	(0.6) 2.2	** (0.8) 2.1	(0.7) 2.2	* (0.6) 2.4	* (0.6) 2.0	** (0.8) 2.1	** (0.5) 2.1	יסודית תיכונית ועל- תיכונית
(1) 1.1	(0.8) 2.0	(0.7) 2.3	(0.4) 2.2	(0.5) 2.2	** (0.6) 2.2	(0.7) 2.2	* (0.5) 2.4	* (0.5) 2.0	** (0.8) 2.2	** (0.4) 2.1	אקדמית
(1.0) 1.0	(0.8) 2.0	(0.7) 1.2	(0.4) 2.3	(0.5) 2.2	** (0.8) 1.8	(0.8) 2.0	* (0.6) 2.2	* (0.6) 1.9	** (0.9) 1.8	** (0.4) 1.9	
מצב משפחתי											
** (0.9) 1.0	(0.8) 2.0	* (0.7) 2.2	(0.4) 2.3	(0.5) 2.2	(0.9) 2.0	(0.8) 2.1	(0.6) 2.3	(0.6) 1.9	* (0.9) 2.0	(0.4) 2.0	נשואה
** (0.9) 0.6	(0.7) 2.1	* (0.5) 2.4	(0.4) 2.3	(0.5) 2.2	(0.8) 1.8	(0.9) 2.0	(0.6) 2.2	(0.6) 1.9	* (0.9) 1.7	(0.4) 2.0	לא נשואה
הורות לילדים											
* (0.9) 0.8	(0.8) 2.0	(0.7) 2.2	(0.4) 2.3	(0.5) 2.2	** (0.8) 1.8	(0.8) 2.0	(0.6) 2.3	(0.6) 1.9	** (0.9) 1.8	(0.4) 1.9	יש ילדים
* (0.9) 1.0	(0.8) 2.1	(0.7) 2.3	(0.4) 2.3	(0.5) 2.2	** (0.8) 2.0	(0.8) 2.1	(0.6) 2.3	(0.6) 1.9	** (0.8) 2.0	(0.4) 2.0	אין ילדים

*p<0.05, **p<0.01

נספח ב: פריטי תת-הסולמות

לוח ב1: הפריטים הכלולים בסולם הטמ"מ, לפי תתי-סולמות, קטגוריית התשובה ותשובות המטופלות ואנשי הצוות (באחוזים)^{1,2}

פ	אנשי צוות	מטופלות	קטגוריית התשובה	הפריטים בסולם הטמ"מ
נגישות וזמינות				
**	16	28	קיימת תמיד	האפשרות לשוחח עם איש צוות באופן מידי כשהמטופלות מתקשרות ליחידה (מתוך מי שניסה ליצור קשר)
*	54	63	אין בעיה	בעייתיות יצירת קשר עם איש צוות (בטלפון/אימייל) כשיש למטופלות שאלה כלשהי
קבלת מידע והסברים				
-	45	43	כן, נותנים את המספר	מתן מספר טלפון למטופלות ליצירת קשר בשאלה/בעיה דחופה בלילה/בסופ"ש
**	85	66	כן, בהחלט נותנים את המידע	מתן מידע כתוב למטופלות, מעבר למידע מילולי
**	37	58	כן, בהחלט	האם המידע בנוגע לבדיקות מובן למטופלות
**	79	44	כן, בהחלט הדיון מתקיים	דיון עם המטופלות בנוגע לאפשרויות טיפול
**	30	56	כן, בהחלט	האם המידע בנוגע לטיפול מובן למטופלות
*	88	77	כן, הסקירה ניתנת	מתן סקירה למטופלות על תוכנית הטיפול, כולל פירוט לוח זמנים
**	80	42	כן, בהחלט מיידעים את המטופלות	יידוע המטופלות על תופעות לוואי אפשריות לטיפול התרופתי
-	81	75	כן, בהחלט	האם ההוראות בנוגע לאופן הזרקת ההורמונים מובנות למטופלות
**	70	29	כן, בהחלט מיידעים את המטופלות	יידוע המטופלות כיצד ניתן לקבל תמיכה מעובד סוציאלי/ פסיכולוג
**	99	87	לא קרה	האם קורה שמטופלות לא מקבלות הנחיות מהאחות
-	50	43	כן, בהחלט ההערכות מתקיימות	קיום הערכות תקופתיות כלליות לבחינת הטיפולים

p	אנשי צוות	מטופלות	קטגוריית התשובה	הפריטים בסולם הטמ"מ
מיומנויות התקשורת של הצוות				
-	57	48	כן, בהחלט יש כנות של אנשי הצוות	כנות אנשי הצוות עם המטופלות בנוגע למה שאפשר לצפות לו
**	55	48	כן, בהחלט יש דיון	דיון עם המטופלות על תוצאות של בדיקות
**	49	58	הרופא קשוב תמיד	מידת הקשב של הרופא למטופלות
-	75	70	התייחסות הרופא תמיד רצינית	התייחסות רצינית של הרופא למטופלות
**	38	58	הרופא תמיד מקדיש די זמן	הקדשת די זמן של הרופא למטופלות
**	28	80	אף פעם אין תחושה כזאת	תחושת המטופלות שאנשי הצוות מדברים עליהן ולא איתן
**	93	50	כן, יש נכונות	גילוי נכונות של הצוות לדבר על טעויות, אם קרו
מעורבות המטופלת				
**	15	40	הרופא תמיד פתוח לדעות ורעיונות של המטופלות	פתיחות הרופא לדעות ולרעיונות של המטופלות בנוגע לטיפול
-	66	60	הרופא נותן תמיד הזדמנות לשאלות	מתן הזדמנות למטופלות לשאול שאלות את הרופא
**	43	45	כן, המטופלות בהחלט משותפות בהחלטות	שיתוף המטופלות בהחלטות הנוגעות לטיפול, במידה הרצויה להן
כבוד לערכים ולצרכים				
-	71	62	כן, למטופלות יש בהחלט גישה לתיק	גישת המטופלות לתיק הרפואי במהלך הטיפול
**	31	32	הרופא תמיד מגלה עניין	גילוי עניין של הרופא במצב האישי של המטופלות
**	43	39	הרופא תמיד מגלה אמפתיה	הפגנת אמפתיה מהרופא כלפי רגשות המטופלות ומצבן
**	52	56	כן, האחיות בהחלט מגלות אמפתיה	גילוי הבנה מהאחיות למצב המטופלות
**	62	59	כן, הצוות בהחלט עירב את בני הזוג	הצוות עירב את בן/בת הזוג

p	אנשי צוות	מטופלות	קטגוריית התשובה	הפריטים בסולם הטמ"מ
**	42	46	האחיות תמיד נותנות תשומת לב ותמיכה	קבלת תשומת לב אישית ותמיכה מהאחיות במהלך הטיפול
**	58	32	כן, בהחלט מוקדשת תשומת לב להשפעה על רגשות המטופלות	הקדשת תשומת לב מהצוות להשפעת בעיות הפוריות על רגשות המטופלות
המשכיות ומעברים				
**	49	27	כן, ממנים איש קשר מתוך אנשי הצוות	מינוי איש צוות אחד לכל מטופלת שאיתו ניתן ליצור קשר בכל שאלה או בעיה (למשל אחות)
**	88	70	1 או 2	מספר הרופאים המעורבים בטיפול בכל מטופלת
**	48	73	כן, בהחלט	האם יש רופא שמוביל את הטיפול בכל מטופלת (רופא אחד לזמני הערכות וקבלת החלטות)
**	8	43	תמיד נפגשים עם אותו רופא	תדירות הפגישה של המטופלות במהלך הטיפול עם אותו הרופא
**	4	62	אף פעם לא	האם המטופלות נדרשות לחזור על אותו סיפור באוזני רופאים שונים
**	52	79	אף פעם לא ניתנים מידע או ייעוץ סותרים	מתן מידע או ייעוץ סותרים למטופלות
**	59	83	לא, אין בכלל סתירות בקרב אנשי הצוות בעניין המדיניות	סתירות של אנשי צוות זה את זה בעניינים הנוגעים למדיניות
מסוגלות מקצועית של הצוות				
**	54	81	אף פעם אין שימוש במילים מסובכות בלי הסבר	שימוש אנשי הצוות בשיחות עם המטופלות במילים מסובכות בלי להסבירן
*	42	58	הרופא מוכן תמיד לקראת הפגישות	מוכנות הרופא לפגישות עם המטופלות יכולת ומסוגלות של הרופא לטיפול בבעיות המטופלות
-	56	61	כן, בהחלט יש יכולת ומסוגלות	המטופלות
**	53	75	אף פעם לא היה חוסר ארגון	חוסר ארגון של עבודת הצוות
*	16	34	הלוגיסטיקה תמיד קלה	קלות הלוגיסטיקה
-	12	14	פחות מ-15 דקות	זמן ההמתנה של המטופלות בחדר ההמתנה
ארגון הטיפול				

p	אנשי צוות	מטופלות	קטגוריית התשובה	הפריטים בסולם הטמ"מ
*	36	54	אף פעם לא צריך לחכות יותר משלושה שבועות	תדירות המתנה של המטופלות יותר משלושה שבועות כשהן רוצות לקבוע פגישה עם רופא
-	83	78	פחות מחודשיים	זמן החולף בין הביקור הראשון בבית החולים ועד הרגע שבו מקבלים את תוכנית הטיפול
*	23	24	תמיד ניתן להתחיל מייד	זמן המתנה לפני שניתן להתחיל בטיפול הבא
נוחות פיזית				
*	49	54	כן, חדר המתנה בהחלט נוח	נוחות חדר המתנה
-	20	32	כן, זמן המתנה בהחלט סביר	סבירות זמן המתנה בחדר המתנה
תמיכה נפשית				
**	82	38	כן, מיידעים את המטופלות	יידוע המטופלות על השפעה נפשית אפשרית של הטיפולים
**	90	31	כן, למטופלות ניתנת הזדמנות	מתן הזדמנות למטופלות להתייעץ עם איש מקצוע המעניק תמיכה נפשית, אשר מכיר את התחום של טיפולי פוריות (עובד סוציאלי/פסיכולוג)
**	78	26	כן, למטופלות ניתן מידע	מתן מידע למטופלות על קבוצות תמיכה לנשים העוברות טיפולי פוריות
**	81	38	כן, קרובי המשפחה מקבלים חוברת מידע	מתן חוברת מידע על טיפולי הפוריות לבני הזוג או קרובי משפחה

*p<0.05, **p<0.01

¹ ניסוח השאלה הותאם למטופלות או לאנשי צוות, בהתאם למי שהיה אמור לענות על השאלה. למשל, השאלה הראשונה למטופלות הייתה: האם יכולת לשוחח עם איש צוות באופן מידי כשהתקשרת ליחידה? והניסוח לאנשי הצוות היה: האם המטופלות יכולות לשוחח עם איש צוות באופן מידי כשהן מתקשרות ליחידה?

² בלוח זה מוצגת קטגוריית הקיצון הרצויה מבחינת הטמ"מ. במקרים בהם שמצוין כי המבחן הסטטיסטי מובהק, אך נראה כי אין הבדל בין תשובות המטופלות לבין תשובות אנשי הצוות, ציון המובהקות מתייחס לכל הקטגוריות יחד ולא דווקא לקטגוריית הקיצון.