



"לא טוב היות האדם לבדו" היבטים של בדידות בצל אי-פריון וטיפול פוריות

רעות בן קמחי

מאוד על זהותן. וככל שהזהות האימהית מרכזית יותר עבור האישה, כך הלחץ שנחווה מאי-הפריון גבוה יותר נוכח חוסר היכולת לממשה (Neter & Goren, 2017). לאחר שנה של קיום יחסי מין סדירים ובלתי מוגנים שלא מניבים הריון, מוגדר הזוג כסובל מאי-פריון.

אנשים הסובלים מאי-פריון נמצאו בודדים יותר בהשוואה לנורמה וכן בהשוואה לקבוצות אחרות הסובלות מבעיות בריאות

כיום מעריכים כי אחד מכל עשרה זוגות יחווה מצב של אי-פריון ראשוני (לא היה הריון מעולם) או אי-פריון משני (היה הריון, ללא קשר לתוצאותיו). במרבית המקרים ניתן לזהות בעיה אורגנית אצל האישה (כ-35%), אצל הגבר (כ-35%) או אצל שניהם (כ-20%). בקרב 10% מהמקרים סיבת אי-הפריון אינה ידועה. עבור זוגות שאינם מצליחים להרות באופן עצמאי, טיפולי הפריון הם כאור בקצה המנהרה, הפתרון שעתיד להביא מזור והורות. תעשיית טיפולי הפריון מציעה כיום פתרונות רבים לזוגות המתקשים להרות ולנשים יחידניות הבוחרות להרות ללא בן זוג. כתוצאה מכך, נשים עוברות עוד ועוד טיפולי פריון חודרניים, תוך שהן מוכנות להקריב לא מעט עבור המטרה הנעלה. התמדה זו מקבלת תשבחות ולגיטימציה מצד החברה, הרופאים, המשפחה ואפילו מצד בני זוג (Daphna, 1998). כאשר אי-הפריון מתמשך, הוא משתלט על יותר ויותר שדות בחיים ושואב לתוכו כמעט לחלוטין את האישה. פעמים רבות הרצון בהריון הופך למוקד העיקרי, אם לא היחיד, בחיים, ונדחקות הצידה מטרות מקצועיות, ונדחקים תחביבים וקשרים חברתיים. עולות תחושות של חוסר ערך, נחיתות ופגומות,

אימהות הינה חוויה אישית ואוניברסלית כאחד. ברוב החברות, אימהות נתפסת כפסגת הנורמליות בתהליך החיברות של ילדות וכאבן הפינה של נשיות בוגרת. אימהות ונשיות נתפסות כשני צדדים של אותו מטבע (דה בובאר, 2001) עד כדי כך שלעיתים המילים "אישה" ו"אמא" משמשות כמילים נרדפות (Boz et al., 2018). בישראל, התפקיד ה"טבעי" של אימהות הוא לאומי, ומשובץ עמוקות בתרבות (Teman, 2003). ישראל היא מדינה פרו-ננטאלית, בעלת מדיניות מעודדת ילודה, המרוממת את תפקיד ההורות ומדגישה את היתרונות שבהולדת ילדים וגידולם (דונת, 2011). הורות ביולוגית מוצגת כהישג, בעוד מחסור בילדים מתואר ככישלון, ואל-אימהות נחווית כסטייה חברתית (Remennick, 2000).

כמובן, קיימים קולות נוספים הטוענים לבעלותה של אישה על גופה, החלטותיה ורצונותיה, קולות שמקבלים יותר ויותר מקום בשיח החברתי, במיוחד בשנים האחרונות. אך עדיין, ברירת המחדל התרבותית, החברתית והלאומית לוחצת לכיוון קיומה של הורות.

נשים רבות בישראל מנסות להרות מבלי לשאול עצמן אם הן רוצות להיות אימהות. כשבכל זאת מחפשים תשובה לשאלת הרצון, נשים רבות עונות תשובות כגון "כך עושות כולן", או "כל אחד רוצה המשכיות", "אנחנו רוצים משפחה", "לא רוצים להיות לבד כשנהיה זקנים", תשובות שיכולות להיחווות כמולדות מתוך הנורמות והערכים החברתיים והתרבותיים.

השאלה השנייה שאינה נשאלת היא "האם אצליח להרות?". אנו גדלים עם הידיעה שהיכולת שלנו להפוך להורים נתונה לשליטתנו הבלעדית. זוגות מתכננים מתי ירצו להרות וללדת את הילד הראשון, כמה שנות פער ירצו בין הילד הראשון לילד השני וכו'. ברור לנו שזו זכות ובחירה השייכות לנו.

ואז, אם מתגלה קושי להרות, האדמה נשמטת מתחת לרגליים. מה שהיה מובן מאליו הופך לבלתי אפשרי וחוסר ודאות. נשים עלולות למצוא עצמן חסרות אונים, מבולבלות, חסרות שליטה על חייהן (Kirkman, 2003) ואף עלולות לחוש ניכור שישפיע

רעות בן קמחי היא פסיכולוגית רפואית מומחית מדריכה; היחידה לפריון והפרייה חוץ גופית, מרכז רפואי מאיר; בנפשך, מכון פסיכולוגי לטיפול בנשים.

Benafshech@gmail.com; 052-2211296

תחושות קשות של בדידות. אנשים הסובלים מאי־פריין נמצאו בודדים יותר בהשוואה לנורמה וכן בהשוואה לקבוצות אחרות הסובלות מבעיות בריאות (Jirka et al., 1996).

תחושת הבדידות מובילה פעמים רבות לבידוד חברתי, וחשוב להבדיל בין התופעות. לעומת בדידות, בידוד חברתי מתייחס למצב אובייקטיבי, ומוגדר כרשת מצומצמת של מערכות יחסים עם קרובי משפחה וחברים (De Jong Gierveld et al., 2006). אנשים מבודדים חברתית אינם בהכרח בודדים ואנשים בודדים אינם בהכרח מבודדים חברתית באופן אובייקטיבי (Victor et al., 2000). יש אנשים בעלי מספר מועט של קשרים חברתיים שירגישו בודדים, ואחרים, עם אותו מספר קשרים, יחושו מסופקים. כלומר ההערכה הסובייקטיבית של האדם את בדידותו תלויה בציפיותיו ובסטנדרטים שלו (De Jong Gierveld et al., 2006).

לנשים קשה יותר להסתגל לאי־הפריין לעומת בני זוגן, בעיקר משום הדגש הניתן בחברה לתפקיד האימהי של נשים

האישה, טיפולי הפריין והבדידות

רבים מהמודלים המחקריים והטיפוליים המתייחסים למשבר אי־הפריין מתייחסים לבני הזוג כיחידה אחת ובכך מצמצמים ואף מתעלמים מהשוני המגדרי, מהמאפיינים ומהצרכים הייחודיים של הנשים בתוך התהליך (Trantham, 1996). אי־הפריין אכן משפיע על שני בני הזוג, אך האופן שבו גברים ונשים מתמודדים עם השלכותיו, שונה. גברים מדווחים כי הם חשים רבות מן התחושות, המחשבות והאמונות שחשות נשים בנוגע לאי־הפריין, אך התדירות, העוצמה והמשך שלהן, אחר (Jones & Hunter, 1996).

ללא קשר למקור אי־הפריין, בין אם זכרי או נקבי, האישה היא זו שעוברת על גופה את עיקר הטיפול הרפואי. כפועל יוצא, היא זו שנושאת ברוב הנטל, הפיזי והרגשי, על כתפיה (Watkins & Baldo, 2004), כולל התזכורת הגופנית לכישלון מדי חודש (Williams et al., 1992). מחקרים רבים מעידים כי לנשים קשה יותר להסתגל לאי־הפריין לעומת בני זוגן, בעיקר משום הדגש הניתן בחברה לתפקיד האימהי של נשים (Keystone & Kaffko, 1992), ואף נמצא כי הן מרגישות בודדות יותר לעומת בני זוגן (Jirka et al., 1996). ייתכן שההבדל בתחושת הבדידות קשור בחלקו לרעיון של בדידות מצבית (situational loneliness).

התדמית הגופנית מתערערת, לעיתים עולות תחושות של קנאה עזה, בושה, כעס והאשמה כלפי הגוף. לרוב זהו מצב הכרוך בחוסר ודאות ומאופיין בטלטלות רבות ובמעבר מתמיד בין תקווה לייאוש (Daniluk, 1988), בתחושות אובדן ואבל, חרדה, דיכאון, אשמה, תסכול וחוסר שליטה (Cook, 1987; Menning, 1980). כל אלה מביאים איתם גם תחושות לא פשוטות של בדידות.

על הבדידות

בדידות היא תחושה סובייקטיבית שנוצרת בעקבות תהליך הערכה של האדם את מערכות היחסים העומדות לרשותו. בדידות נקשרת לציפיות ולשביעות הרצון מתדירות הקשרים, ממידת הקירבה וממידת האינטימיות המתקבלת מהם. שביעות רצון נמוכה ממערכות היחסים, ממספרן או מאיכותן, וכן פער בתפיסה בין מה שהאדם היה רוצה לבין מה שאכן קיים באופן אובייקטיבי, מולידים תחושות של בדידות (De Jong Gierveld et al., 2006). ככל שהפער בין הרצוי למצוי גדול יותר, כך תחושת הבדידות גדולה יותר.

מחקרים מראים כי בדידות אינה מהווה רק תחושה מכאיבה, אלא גם גורם משפיע על היבטים פיזיולוגיים ופסיכולוגיים נוספים. אנשים בודדים סובלים יותר מעייפות, מאיכות שינה ירודה ומכאבים כרוניים (Jaremka et al., 2014), מפגיעה באיזון ההורמונלי ומירידה ביעילות המערכת החיסונית (Hawley & Cacioppo, 2010), ואף מסיכון גבוה יותר לחולי ומוות (Ellwardt et al., 2015). אנשים בודדים אף נוטים פחות להשתתף בפעילויות בריאות כגון אימון גופני, תזונה נכונה, נטילת תרופות נדרשות וכו' (Mahon et al., 2001).

באותה מידה, בעיות בריאות עלולות להוות גורם סיכון לבדידות. אנשים שבריאותם רופפת מוגבלים ביכולתם לתחזק מערכות יחסים חברתיות (van Tilburg & van Groenou, 2002). עוד נמצא, כי אנשים בעלי בריאות לקויה, בין אם אובייקטיבית או סובייקטיבית, מדווחים על רמות גבוהות יותר של בדידות (Havens & Hall, 2001).

נוסף על כך, בדידות ודיכאון מזינים זה את זה. בדידות מתמשכת מביאה לתסמינים דיכאוניים המקשים על יצירת קשרים בין־אישיים ושימורם, ודבר זה מגביר את הבדידות עם הזמן (Hawley & Cacioppo, 2010). מחקר נוסף הראה כי תחושת בדידות העלתה בנוסף גם תחושות של לחץ, חרדה וכעס והפחיתה אופטימיות והערכה העצמית (Cacioppo & Hawley, 2009).

זוגות שמתמודדים עם אי־פריין יכולים אומנם לתפקד בחיי היומיום וכביכול אינם סובלים מבעיות בריאותיות המגבילות אותם ברמה הפיזית, אך אי־הפריין, אבחונו והטיפול בו מעוררים

פעמים רבות גברים יקשיבו לבנות זוגם מדברות על הקשיים שלהן, אבל לא יחלקו באלה שלהם, דבר שעלול להוביל את בת הזוג לחוש כי בן זוגה אינו מעוניין להקשיב לה או שלא אכפת לו (Watkins & Baldo, 2004), וזה עלול להגביר אצלה את תחושת הבדידות (Gibson & Myers, 2000).

זוגיות היא גורם מגן כנגד תחושת בדידות... ועם זאת, מערכת נישואים מלאת קונפליקטים וחוסר בתמיכה רגשית מקושרת לרמות גבוהות יותר של בדידות

באופן כללי, ההשפעה השלילית של אי-הפריון על נשים גבוהה יותר מאשר על בני זוגן (Repokari et al., 2007). אבל גם הגבר חווה קשיים משלו, ופעמים רבות המסר המתקבל מהסביבה, בין אם במוצהר ובין אם לאו, הוא שעליו להיות חזק וחסין בעבור האישה. כתוצאה מציפייה זו גברים נוטים להשקיע אנרגיה בעבודה, מנסים "להמשיך הלאה" מתוך מחשבה שאם אינם יכולים "לייצר" ילד, לפחות הם ייצרו כסף או מעמד (Verny, 1994). הם עלולים להרגיש חוסר אונים בניסיונם לנחם את בנות זוגם, ותסכול על כך שהם לא מסוגלים לפתור את בעיית אי-הפריון. לעיתים, האישה אף ממדרת את הגבר מהתהליך כדי להגן עליו, אך תופעת הלוואי היא הגדלת הריחוק ביניהם והעצמת תחושת חוסר השיתופיות בתהליך (Peterson et al., 2006). כפועל יוצא, אחד מבני הזוג עלול לשקוע לתוך חוויית אי-הפריון ולהפוך מבודד מבן או בת הזוג (Jirka et al., 1996).

חשוב לציין כי יש גם פעמים שבהן משבר אי-הפריון מוביל לקירבה גדולה יותר בין בני הזוג. הם יכולים לחוש שרק הם עצמם מבינים את מה שעובר עליהם, שהם יחידה אחת שנלחמת באויב משותף, ולהתקרב על בסיס הנחות אלה.

אוכלוסייה נוספת שנאלצת להתמודד עם הבדידות היא אוכלוסייה של נשים יחידניות המעוניינות להרות ללא בן זוג. מדובר לרוב בנשים המתקרבות לגיל ארבעים שלא מצאו עדיין זוגיות, ובכדי לא לפספס את רכבת הפריון הן מתחילות לנסות להרות לבדן. לא תמיד הן מגיעות אל התהליך ממקום שלם ובשל. פעמים רבות השעון המתקתק הוא שדוחף אותן לתוך המכונה המשומנת של טיפולי הפריון. עם כניסתן אל התהליך הן צריכות להתמודד גם עם הטיפולים הרפואיים המורכבים וגם

בדידות מצבית עלולה להופיע בקרב אנשים שחוו את מערכת היחסים שלהם כמספקות, עד שהתרחש אירוע מלחיץ מאוד בסביבתם הפיזית או הרגשית, ואירוע זה שינה את צורכיהם ואת רצונם בקשר בין-אישי (Jirka et al., 1996). קבלת אבחנה של אי-פריון וכניסה למנגנון הטיפולים הרפואיים, מהווה אירוע סטרוגני משמעותי, שבעקבותיו נשים רבות מצמצמות עצמן ואף פורשות באופן חלקי או מלא מההתנהלות החברתית הנורמטיבית של בנות גילן. כך, ייתכן שמה שנחווה על ידן כמעגל חברתי, משפחתי וזוגי תומך ומכיל עד לרגע זה, הופך בתוך מערבולת אי-הפריון לחסר משמעות או לא מספק, מצב שעלול להוביל לתחושה של בדידות.

נמצא כי נשים שלא חוו הריון מעולם מרגישות פגומות יותר ושלמות פחות לעומת נשים שמתקשות להרות אך כבר יש להן ילד. מבין המתקשות להרות, מי שאין לה עדיין ילד עלולה אף להרגיש בודדה יותר (Gokler et al., 2014).



השפעת הבדידות על הזוגיות

זוגיות היא גורם מגן כנגד תחושת בדידות (Ellwardt et al., 2015). ועם זאת, מערכת נישואים מלאת קונפליקטים וחוסר בתמיכה רגשית מקושרת לרמות גבוהות יותר של בדידות (Dykstra & Fokkema, 2007). בעיית הפוריות עצמה עלולה לגרום לקשיים זוגיים בעודה מעמידה את הזוגיות בפני מבחנים, ניסיונות, קשיים וטלטלות, והאינטימיות הקשורה בהבאת ילדים לעולם מופקעת מבני הזוג והופכת לנחלת הכלל.

פעמים רבות קיים שוני באופן ההתמודדות בין בני הזוג. נשים נוטות להרגיש נוח לשתף ברגשותיהן כחלק מאופן התמודדותן עם המצב (Keystone & Kaffko, 1992), בעוד גברים עלולים לחוש דחק בבואם לדבר על אי-הפריון עם אחרים, ולכן עלולים להתכנס לתוך עצמם (Williams et al., 1992) או להיאבק ברגשותיהם כדי להימנע מלגעת בהם או להפגין אותם. הם עלולים לחוש חסרי ישע ועל כן עלולים להיחסם רגשית. וכך,

מה שמוביל להתרחקות, והתרחקות זו מובילה עם הזמן לניתוק של יחסים, ולהגברת תחושת הבדידות (De Jong Gierveld et al., 2006).

נשים רבות הנמצאות בתהליך זה מוצאות את עצמן במעמד חברתי מעורער, מחוץ לקבוצת השייכות הטבעית שלהן, ובמידה רבה חסרות מקור תמיכה שממנו תוכלנה לקבל אישור חברתי וביטחון במהלך הטיפול הרפואי (בירמן וויצטום, 2010). פעמים רבות הן חוות בדידות ניכרת מהעולם ה"פורה", בחלקה עקב אי-קבלה חברתית, נתפסת או אמיתית, וכן חוסר אמפתיה מצד משפחה וחברים בנוגע לעומק ייאושן (Cousineau & Domar, 2007). הן מרגישות יוצאות דופן, לא מובנות ולא שייכות, ומתקשות לחלוק את חוויותיהן הקשות עם אחרים משמעותיים (Woods et al., 1991). נשים רבות נוטות להימנע מפגישות עם אנשים או השתתפות בפעילויות המזכירות להן את אי-יכולתן להרות, ובתוך כך הן נמנעות גם ממפגשים חברתיים ומשפחתיים שבהם ייתכן שתימצאנה נשים בהריון, או ממפגשים הכוללים ילדים קטנים (Davis & Dearman, 1991).

נשים שפונות להורות יחידנית מוותרות בעל כורחן על הרצון להקים משפחה בדרך ובסדר שאותם תמיד רצו... גם אם יש סביבה תומכת של חברים ומשפחה, עדיין האישה עוברת תהליך שאמור להיות זוגי, לבדה

לעיתים נשים הסובלות מקשיי פריין נתפסות בסביבתן כמביאות מזל רע ומטמאות נשים אחרות. נשים אלו יכולות להסתובב במטבחון של מקום עבודתן ולהרגיש שאחרות מתרחקות מהן, במיוחד נשים בהריון. בה בעת עולות בהן תחושות של קנאה נוכח הריונות של אחרות. גילויי הקנאה נתפסים על ידן כמגונים, מקשים עליהן מאוד ומבודדים אותן מהחברה (אברהם, 2012). פעמים רבות עולות בראשן מחשבות שליליות לגבי נשים אחרות והריונותיהן, והן מאמינות שמהו רע יכול לקרות לעובר הגדל בבטנה של אישה אחרת, רק בגלל מחשבותיהן הנוראיות. במקרים כגון אלה יש נשים שחוות עצמן כפוגעניות ומרחיקות עצמן מהסביבה כדי לא לפגוע באחרות ובהריון. בכדי לנסות ולהקל על הבדידות, ולסייע לאישה או לזוג להתמודד עם הקשיים שאי-הפריין מביא עימו, קיימות אפשרויות

עם המשמעויות שלהם עבורן. נשים שפונות להורות יחידנית מוותרות בעל כורחן על הרצון להקים משפחה בדרך ובסדר שאותם תמיד רצו. הן צריכות להתאבל על החלום להרות מבן זוג, מתוך אהבה ולתוך משפחה, ולקבל את האפשרות האחרת להורות, בין אם תוך שימוש בתרומת זרע או בקשר של הורות משותפת. בתוך המציאות הזו, הבדידות תופסת מקום נכבד. ההגעה העצמית לבית החולים, ההתעוררות מההרדמה לאחר שאיבת ביציות, המחשבות, ההתלבטויות, הכישלונות... גם אם יש סביבה תומכת של חברים ומשפחה, עדיין האישה עוברת תהליך שאמור להיות זוגי, לבדה.

הבדידות והמעגל החברתי

חשיבתה של חברות להקלה על הבדידות תועדה היטב (Asher & Weeks, 2012; Scott et al., 2007). האושר שבבילוי המשותף, התמיכה והאמפתיה הניתנות לזולת כאשר הוא זקוק להן כמו גם חלופת רעיונות (De Jong Gierveld et al., 2006) מהווים גורם מגן משמעותי. היכולת למלא תפקיד חברתי ולהשתלב בקבוצה יכולה אף לסייע לרכישת ביטחון בזמנים של בלבול ואי-ודאות.

בעיית הפוריות... מעמידה את הזוגיות בפני מבחנים, ניסיונות, קשיים וטלטלות, והאינטימיות הקשורה בהבאת ילדים לעולם מופקעת מבני הזוג והופכת לנחלת הכלל

בתוך משבר אי-הפריין יש לקבוצה החברתית חשיבות ראשונה במעלה בסיוע להתמודדות. ועדיין, זוגות המתמודדים עם אי-פריין יכולים לרצות תקשורת ותמיכה מאחרים, ובו בזמן להרחיק את עצמם מחברים ובני משפחה תוך שהם מנתקים עצמם, לפעמים לחלוטין, ממקורות תמיכה בזמן שהם זקוקים להם יותר מכול (Jirka et al., 1996).

ככל שתקופת ההמתנה להריון והטיפולים הרפואיים נמשכת זמן רב יותר, הפער בין הזוג ללא הילדים ובין חבריהם בני גילם, להם יש ילדים, גדל. הזוגות מרגישים שכולם המשיכו בחייהם, ואילו הם היחידים שנותרו מאחור. עולה תחושה של ריחוק, נושאי השיחה פחות משותפים, הבילויים הופכים שונים, ואפילו שעות הערות אחרות. זוגות אלה מרגישים בודדים, שונים ולא שייכים,



מעניקה למשתתפות הזדמנות להיות חלק מכלל, בניגוד לתחושת החריגות והבדלות שהן חוות עקב בעיית הפוריות (בירמן וויצטום, 2010). פעמים רבות המשתתפות בקבוצה נמצאות בשלבים שונים של התהליך הרפואי, דבר שמאפשר חילופי מידע לגבי העתיד לבוא, מעניק ביטחון ומחזיר מעט מתחושת השליטה שאבדה. היכולת לתרום, וההזדמנות לחלוק מן הניסיון עם האחרות, גם היא כשלעצמה מעלה את תחושת המסוגלות והערך העצמי.

מתוך האמור אנחנו רואים כי קבלת אבחנה של אי-פריון וטיפול הפריון המגיעים בעקבותיה משפיעים רבות הן על הזוג כיחידה אחת, והן על האישה והגבר כיחידים. זוהי תקופה לא פשוטה המעמידה במבחן אמונות יסוד על החיים ומובילה לשינוי התפיסה ואף ההתנהגות היומיומית. עם זאת, חשוב לציין כי ברוב המקרים התהליך יסתיים כאשר בני הזוג חובקים ילד. משך הזמן עד לסיום התהליך אינו ידוע, האופן שבו יגיע הילד אינו ודאי (בין אם בטיפול IVF, פונדקאות, תרומת גמטות וכו'). אבל המטרה להיות הורים, יכולה להתממש.

לאחר התקופה הזו, כאשר מגיע ההריון המיוחל, ועוד יותר, כאשר מגיע הילד שלו ציפו, רוב הזוגות חוזרים לחייהם כפי שהכירו אותם טרם המשבר. הם חוזרים לחברה, למשפחה ולחיים ללא בדידות או התבודדות. לעיתים נותרים בהם רשמים מן התקופה, הבנות חדשות שלמדו על עצמם ועל העולם, התנהלות אחרת בתוכם ומול אחרים משמעותיים, ולעיתים פחות. לעיתים התקופה הזו נותרת כעוד רגע בזמן, שבו הם חוו קושי בלי נסבל, וניצחו.

טיפוליות רבות. ברוב יחידות הפריון בבתי החולים בארץ נמצאת פסיכולוגית או עובדת סוציאלית. תפקידן הוא לסייע לזוגות וליחידים לצלוח את התהליך.

הטיפול הפסיכולוגי נועד לסייע להתמודדות עם המצב המשברי תוך גיוס משאבים פנימיים וחיזונים ולעודד במידת האפשר התפתחות וצמיחה אישית. ההתערבות יכולה להיות פרטנית, זוגית, קבוצתית או מערכתית, בהתאם למקרה המסוים, על סמך התרשמות קלינית מן המטופלת ועל סמך הדיווחים בספרות המקצועית על ההתערבויות שנמצאו כיעילות ביותר לטיפול באותו המקרה. משך הטיפול משתנה בהתאם לצורך, אך בממוצע אורכו כ-12 מפגשים.

להפגת הבידוד והבדידות, האפשרות של השתתפות בקבוצת תמיכה היא אולי הכדאית ביותר. הקבוצה מהווה עבור הנשים מקום להשוואה ולהזדהות עם אחרות הנמצאות במצבן וכך מתאפשרת הפנמת החלקים המתאימים להן הקיימים אצל חברותיהן לקבוצה. נוצרת זהות קבוצתית מעצימה ומחזקת שמספקת תחושת השתייכות ואשר ממתנת את השפעת הסטיגמה החברתית של אי-הפריון. ההשתייכות הקבוצתית שוברת את מעגל הבדידות החברתית תוך שהמשתתפות ממלאות את החלל שנוצר אחת עבור השנייה. הן הופכות לסביבה תומכת ומסורה, בלי תנאים וגבולות, המספקת הבנה ואמפתיה. המשתתפות חשות שמצאו מי שמבין לליבן ושיכול להכיל את כאבן מבלי לפחד. החופש להביע רגשות שליליים ולהזדהות אחת עם תחושות השנייה מסייע לנשים להבין שהן לא לבד בהתמודדותן עם אי-הפריון. כך, הקבוצה

מקורות

1. אברהם, י' (2012). קנאת הפריון והשלכותיה על ההתמודדות עם טיפולי IVF. עבודת מוסמך, אוניברסיטת בר אילן, הפקולטה למדעי החברה, המחלקה לפסיכולוגיה.
2. בירמן, צ' וויצטום, א' (2010). להביא ילדים לעולם. אריה ניר.
3. דה בובאר, ס' (2001). המין השני. ש' פרמינגר (מתרגמת). תל אביב: בבל.
4. דונת, א' (2011). ממני והלאה. הבחירה בחיים בלי ילדים בישראל. ספרי חמד.

5. Asher, S.R. & Weeks, M.S. (2012). Social relationships, academic engagement, and
6. well-being in college: Findings from the Duke Social Relationships Project. Report Duke Social Relationships Project.
7. Boz, İ., Özçetin, E. & Teskereci, G. (2018). Becoming a mother after infertility: A theoretical analysis. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 10(4), 496-511.
8. Cacioppo, J.T. & Hawkley, L.C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in cognitive sciences*, 13(10), 447-454.

9. Cook, E.P. (1987). Characteristics of the biopsychosocial crisis of infertility. *Journal of Counseling and Development*, 65, 465-470.
10. Cousineau, T.M. & Domar, A.D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308.
11. Daphna, B.C. (1998). Reproductive partners - Doctor-woman relations in Israeli and Canadian IVF contexts. In S.H. Nancy & S. Carolyn (Eds.), *Small wars - The cultural politics of childhood*. University of California press.
12. Daniluk, J.C. (1988). Infertility: Intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and Sterility*, 49, 982-990. Davis, D. & Dearman, C. (1991). Coping strategies of infertile women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 20, 221-228.
13. De Jong Gierveld, J., van Tilburg, T. & Dykstra, P.A. (2006). Loneliness and social isolation. *Cambridge handbook of personal relationships*, 485-500.
14. Dykstra, P. A. & Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 1-12.
16. Ellwardt, L., van Tilburg, T., Aartsen, M., Wittek, R. & Steverink, N. (2015). Personal networks and mortality risk in older adults: A twenty-year longitudinal study. *PloS one*, 10(3).
17. Gibson, D.M. & Myers, J.E. (2000). Gender and infertility: A relational approach to counseling women. *Journal of Counseling & Development*, 78(4), 400-410.
18. Gokler, M.E., Unsal, A. & Arslantas, D. (2014). The prevalence of infertility and loneliness among women aged 18-49 years who are living in semi-rural areas in western Turkey. *International journal of fertility & sterility*, 8(2), 155.
19. Havens, B. & Hall, M. (2001). Social isolation, loneliness, and the health of older adults. *Indian Journal of Gerontology*, 14, 144-153.
21. Hawkey, L.C. & Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227.
22. Jaremka, L.M., Andridge, R.R., Fagundes, C.P., Alfano, C.M., Pivoski, S.P., Lipari, A.M., ... & Carson III, W.E. (2014). Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology*, 33(9), 948.
23. Jirka, J., Schuett, S. & Foxall, M.J. (1996). Loneliness and social support in infertile couples. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(1), 55-60.
24. Jones, S.C. & Hunter, M. (1996). The influence of context and discourse on infertility experience. *Journal of reproductive and infant Psychology*, 14(2), 93-111.
25. Keystone, M. & Kaffko, K. (1992). The braided threads: Intimacy, sexuality and gender differences. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 1(2), 47-54.
26. Kirkman, M. (2003). Infertile women and the narrative work of mourning: Barriers to the revision of autobiographical narratives of motherhood. *Narrative Inquire*, 13: 243-262.
27. Mahon, N.E., Yarcheski, A. & Yarcheski, T.J. (2001). Mental health variables and positive health practices in early adolescents. *Psychological Reports*, 88, 1023-1030.



28. Menning, B.E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34, 313-319.
29. Neter, E. & Goren, S. (2017). Infertility centrality in the woman's identity and goal adjustment predict psychological adjustment among women in ongoing fertility treatments. *International journal of behavioral medicine*, 24(6), 880-892.
30. Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., & Skaggs, G.E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443-2449.
31. Remennick, L. (2000). Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex roles*, 43: 821-841.
32. Repokari, L., Punamäki, R.L., Unkila-Kallio, L., Vilks, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., ... & Tulppala, M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: A 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22(5), 1481-1491.
33. Scott, S.B., Bergeman, C.S., Verney, A., Longenbaker, S., Markey, M.A. & Bisconti, T.L. (2007). Social support in widowhood : A mixed methods study. *Journal of Mixed Methods Research* 2007, 1, 242-266.
34. Teman, E. (2003). The medicalization of "nature" in the "artificial body": Surrogate motherhood in Israel. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(1): 78-98.
35. Trantham, P. (1996). The infertile couple. *American Family Physician*, 54, 1001-1010.
36. van Tilburg, T. & van Groenou, M.B. (2002). Network and health changes among
37. older Dutch adults. *Journal of Social Issues*, 58, 697-713.
38. Verny, T. (1994). The stork in the lab: Biological, psychological, ethical, social and legal aspects of third party conceptions. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 9, 57-84.
39. Victor, C., Scambler, S., Bond, J. & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417.
40. Watkins, K.J. & Baldo, T.D. (2004). The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 82(4), 394-402.
41. Williams, L., Bischoff, R. & Ludes, J. (1992). A biopsychosocial model for treating infertility. *Contemporary Family Therapy*, 14(4), 309-322.
42. Woods, N., Olsliansky, E. & Draye, M. (1991). Infertility: Women experiences. *Health Care for Women International*, 12(2), 179-189.