

לידה שקטה – חוויה מושתקת

מקום השתיקה בחוויית האובדן והשכול לאחר לידה שקטה

מירב זילברשטיין

מבוא

מכך, על רקע העדר נהלים אחידים המנחים לתעד לידות שקטות כמקרי מוות, נראה כי שכיחות המקרים רבה אף יותר (Lawn et al., 2016).

לידה שקטה מוגדרת כלידה של עובר ללא רוח חיים, במשקל של 500 גרם ויותר או בשבוע ה-22 להריון ומעלה (World Health Organization, 2004). שכיחות הלידות השקטות בעולם עומד על 2-6 מיליון תינוקות ברחבי העולם, ובישראל נכון לשנת 2013, שכיחות המקרים של לידות שקטות מוערכת בשיעור של כ-1,010 מקרים ולא תועדה ירידה בשיעורי הלידות השקטות ביחס לשנים קודמות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ללא תאריך). גורמי הסיכון הבולטים שנמצאו במחקרים מסווגים לגורמים הקשורים לאם כגון גיל (מעל גיל 35, או גילאי העשרה), עישון, BMI ומחלות כרוניות, כגון סכרת, מחלות קרדיווסקולאריות ועוד. גורמים הקשורים להריון כגון סיבוכי שליה או חבל הטבור, סכרת הריון, רעלת הריון, זיהום תוך רחמי והריון ממושך. גורמים מצביים כגון לידה שקטה קודמת, דחק, שכול במהלך ההריון, השכלה, מצב סוציאקונומי וסטטוס זוגי (Phillips & Millum, 2015). איתור מוקדם ומתן מענה הולם למצבים אלו, עשוי לסייע במניעת מקרים של מות העובר או סיבוכי הריון המובילים לצורך בהפסקת הריון. עם זאת, בהעדר מודעות ציבורית והכרה פרופסיונלית של גורמי הסיכון, פעמים רבות הטיפול נעשה מאוחר מדי.

הסיכון גבוה יותר לסיבוכים פסיכולוגיים כאשר משך הזמן בין מות העובר ללידה עצמה עולה על 25 שעות. אף על פי כן, עולה כי לעתים ההמתנה ללידה הטבעית עלולה להגיע לכמה ימים עד שבועות, שבהם הנשים נושאות את גופת העובר בבטן

ההסבר הניתן בספרות המקצועית לשכיחות הגבוהה והיציבה לאורך שנים של הלידות השקטות, קשורה בין היתר ל"קשר השתיקה". "קשר השתיקה" מושפע ומשפיע על העמדה הציבורית-חברתית-פרופסיונלית-פוליטית ועל תהליך ההתמודדות של ההורים והמשפחה. בולטת במיוחד המודעות הציבורית והפרופסיונלית הנמוכה בהתייחס לתהליך ההתמודדות הנפשי הקשה של הורים לאחר לידה שקטה (Gravensteen et al., 2013; Lawn et al., 2016; Murphy & Thomas, 2013). ממצאי מחקרים בתחום העידו על השפעתם המשמעותית של גורמים רבים על תהליך האבל, כגון מידת ההיקשרות בין ההורים לעובר, יחס הצוות הרפואי, קבלת החלטות בנוגע להליך הלידה, תהליך הפרידה מהתינוק (שיכול לכלול מפגש עם התינוק המת, שמירת מזכרות וקבורה), מקורות תמיכה וההקשר התרבותי-חברתי-פרופסיונלי (Bleyen, 2012; Elmir, Schmied, Wilkes).

הדעה המקצועית הרווחת בקשר ללידות שקטות היא שאי אפשר למנוע אותן. נראה כי עמדה זו נשמרת על אף ממצאים אמפיריים מבוססים המעידים כי רק בכ-7.4% מהמקרים אכן ניתן לנבא את סיבוכי ההריון ומות העובר (Lawn et al., 2016; Murphy & Thomas, 2013). במהלך העשורים האחרונים לא נמצאה התערבות יעילה למניעה או סיוע בעל יעילות מובהקת בהתמודדות הנפשית (Murphy & Thomas, 2013; Phillips & Millum, 2015; Slade, Cohen, Sadler & Miller., 2009). יתרה

מירב זילברשטיין היא בעלת תואר שני בפסיכולוגיה רפואית מיקוד ילדים – המכללה האקדמית תל אביב יפו, ופסיכולוגית חינוכית מתמחה בשפ"ח נס-ציונה. Meirav.zilb@gmail.com

ברצוני להודות לפרופסור רבקה יעקובי, על הליווי והתמיכה אשר אפשרה את כתיבתו של מאמר זה.



בנוגע ללידות עתידיות (יאלום, 2009; Bleyen, 2012). המודעות הציבורית הנמוכה בנוגע ללידות שקטות תורמת במידת מה לחוסר המוכנות של ההורים בקבלת הבשורה על מות העובר. תחושות ההלם והעמימות המלווים את תהליך הלידה השקטה מגבירים את המשמעות השלילית הקשורות לאירוע (Lawn et al., 2016). חוסר הוודאות והבלבול המלווה את כל שלבי תהליך הלידה השקטה פעמים רבות מוביל לקושי רב יותר בקבלת ההחלטות הרבות והמשמעותיות בתהליך. בשל כך, לרוב יסתמכו ההורים על עצת הרופאים ללא הבנה מלאה של משמעות הדבר (Cacciatore, 2013).

יחס הצוות הרפואי

מתקבל הרושם שהעמדה של הצוות הרפואי מתמקדת לרוב בהשפעות הגופניות לאחר תהליך הלידה עם התייחסות לבריאותה ולביטחונה הנוכחי של האישה, גם עבור ההריונות הבאים. נראה כי ניתנת פחות תשומת לב להשלכות הנפשיות והרגשיות הקשורות להליך זה (Lawn et al., 2016). כך לדוגמה, במחקרם של Gravensteen et al. (2013) מדווחים החוקרים כי הסיכון גבוה יותר לסיבוכים פסיכולוגיים כאשר משך הזמן בין מות העובר ללידה עצמה עולה על 25 שעות. אף על פי כן, עולה כי לעתים ההמתנה ללידה הטבעית עלולה להגיע לכמה ימים עד שבועות, שבהם הנשים נושאות את גופת העובר בבטן.

דוגמא נוספת להעדפה הרפואית לבריאות הגופנית על פני זו הנפשית מודגמת גם במצבים בהם עולה הצורך בהפסקת ההריון. הצוות הרפואי מחויב לעשות כל שביכולתו להציל את חיי העובר בלידות לאחר שבוע 24, כמוגדר על פי החוק הישראלי כ"שבוע החיות". עם זאת, כאשר קיים סיכון לחיי האישה, או כאשר מתגלים מומים ובעיות בהתפתחות העובר, הרופאים לרוב מעודדים נחרצות לבצע תהליך הפסקת הריון. פעמים רבות, ההסבר בנוגע להליכים ולהשלכות של הפסקת הריון אינו ניתן באופן מעמיק, ומכיוון שהחלטות רבות צריכות להתקבל מיידית, הורים רבים אינם עוברים תהליך הכנה פסיכולוגי הולם (Murphy & Thomas, 2013). ניכר כי ההשפעה של חוסר ההכנה על גורמים רגשיים ופסיכולוגיים הוא רב, ובא לידי ביטוי בכך שנשים רבות תיארו את תחושתן על החלטות שהתקבלו תחת לחץ ועל פי מידע חסר כתחושת שבר, חרטה ואשמה (Bleyen, 2012). מחקרים העידו על אחוזים גבוהים במיוחד של תסמינים פוסט

& Jackson., 2010; Koopmans, Wilson, Cacciatore & Flenady, 2013; Lawn et al., 2016; Murphy & Thomas, 2013; Olza-Fernández et al., 2014). מחקרים רבים מצאו שכיחות גבוהה של סיבוכים בריאותיים ונפשיים בקרב נשים לאחר לידה שקטה, כגון שכיחות גבוהה יותר של תסמיני פוסט טראומה, חרדה, דיכאון ותחושות שכול אשר נמשכו גם לאחר 5 עד 18 שנים, וזאת לעומת תהליך אבל "נורמלי" הנמשך כשנה (Koopmans et al., 2009; Slade et al., 2013). באפריל 2016 חל תיקון "חוק הלידות השקטות" בישראל. תיקון זה עדכן את הנהלים בנוגע לזכאות לחופשה ומענק דמי לידה לאחר לידת ולד מת משבוע 22 להריון (לעומת שבוע 26 כפי שהיה עד אז). עודכנו גם הנהלים בנוגע להתנהלות הצוות הרפואי והקבורה. שינויים אלה מבטאים את יישום ההבנות התאורטיות והקליניות המצטברות לכדי מציאות, אולם הלכה למעשה נראה כי השינויים נותרו ברמה הפורמלית בלבד ואינם קורמים עור וגידים כך שעדיין ניכר חוסר משמעותי בתוכניות סיוע, עלוני מידע, קבוצות תמיכה ומודעות ציבורית לנושא. מאמר זה נועד לבחון את התמות המרכזיות בנוגע לסיבות והגורמים העומדים בבסיס קשר השתיקה העוצמתי והמתמשך סביב הלידה השקטה כתופעה עולמית. אסקור גם את השפעת "השקט הרועם" בכל הקשור לתהליך ההתמודדות של ההורים והמשפחה לאחר אובדן טראומתי זה.



לידה שקטה

אירוע הלידה השקטה הוא אירוע טראומטי המועצם בשל המעבר החד והקיצוני מתחושות תקווה וציפייה לתחושות הלם, שכול ואבל על מותו הבלתי צפוי של העובר לו מייחלים (Gravensteen et al., 2013). האבל על התינוק המת הוא בחלקו גם אבל על ציפיות, תקוות ומשאלות שהתנפצו, המועצם לעתים על ידי חש

פסיכולוגיים שנמצאו בקרב ההורים ובני המשפחה לאחר לידה שקטה (Üstündağ-Budak et al., 2015). על כן, עולה צורך מהותי לפיכך בביסוס נהלים אחידים ובפיתוח תוכניות הכשרה ותמיכה לצוות הרפואי, במטרה למנוע שחיקה והצפה רגשית של אנשי הצוות אל מול אירועים טראומטיים של מות עובר ולידה שקטה. כך יוכלו לתת את התמיכה ההולמת להורים בתהליך לידה שקטה (Flenady et al., 2014).

המפגש

אחד הגורמים המרכזיים שנבחנו בהקשר של ההתמודדות עם לידת מות הוא שאלת המפגש בין ההורים והיילוד. בשנות השבעים רווחה הדעה כי מניעת המפגש מבטלת את הסיבה לאבל בשל העדר הקשר (Gravensteen et al., 2013; Koopmans., 2013). מחקרים נוספים חיזקו הנחה זו ובשנת 2007 התבססו הקווים המנחים של NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), אשר קבעו לא לעודד את המפגש בין ההורים והתינוק (Üstündağ-Budak et al., 2015). אולם מחקרים עדכניים ביססו את הטענה כי תהליך ההיקשרות והחיבור בין אם-תינוק, מתחיל כבר בתקופת ההריון וקשור למשתנים ביולוגיים, אנטומיים וחברתיים, כגון תזוזת העובר ברחם וכמות הביקורים באולטראסאונד, אשר קשורים ומקדמים את תהליך ההיקשרות (Elmir et al., 2010; Slade et al., 2009). מות העובר עלול אפוא להיחווה כניפוץ טראומטי של התהליך, ונמצא כי ראיית התינוק ונוכחות גופו מסייעת לשינוי תפיסתי של התינוק מאובייקט לסובייקט ממשי, ובכך הופכת את האובדן לאמיתי (Murphy & Thomas, 2013; Üstündağ-Budak et al., 2015). לעומת זאת, הסתרת התינוק עלולה להקשות על הפיכת התינוק מאובייקט לסובייקט ולקדם תחושת "פאנטום" של אובדן חלק ממשי מהגוף וה"עצמי" (גזית, 2008). בשנת 2010 עודכנו שוב הנהלים והודגשה חשיבות רצונם של ההורים בקביעת הקשר בינם לבין היילוד (סרטל-רביב, 2016). כינון אנושיותו של העובר מהווה שלב מקדים הכרחי לעיבוד האובדן והאבל ומקדם את היכולת לביצוע אינטגרציה של האירוע בתוך סיפור החיים (גזית, 2008; Slade et al., 2009). יש לציין כי נושא המפגש שנוי במחלוקת גם כיום ותוצאות המחקרים אינן אחידות ואף סותרות (Koopmans et al., 2013). לטענתם של Gravensteen et al. (2013), יחס הצוות נמצא משמעותי בהשפעתו על רצון ההורים לקיים מפגש עם היילוד, ואף על האופן הסובייקטיבי בו יחוו את ראיית היילוד.

טראומטיים במהלך השבועות הראשונים לאחר הפסקת הריון וסיכון גבוה להפרעות פסיכיאטריות כ-14 חודשים לאחר מכן (Cacciatore, 2013).

מדיווחי הנשים עולה כי פעמים רבות הצוות הרפואי כלל לא עדכן באופן מפורש על מות התינוק, וחילופי הדברים מעל ראשן, המבטים והבעות הפנים בין אנשי הצוות, הם הם אשר העידו על בעיה

הידע והמידע שאמורים להיות נגישים להורים בולט בהעדרו החל משלב מתן הבשורה הקשה ועד לפרידה וההתמודדות המורכבת ביום שאחרי. מדיווחי הנשים עולה כי פעמים רבות הצוות הרפואי כלל לא עדכן באופן מפורש על מות התינוק, וחילופי הדברים מעל ראשן, המבטים והבעות הפנים בין אנשי הצוות, הם הם אשר העידו על בעיה (בשור, 2002; Koopmans et al., 2013). במקרים רבים, יחס הצוות תואר כעוין או מתעלם, הן כלפי האם, הן כלפי צורכי האב. נשים תיארו התנהלות מאשימה, מבטלת, חסרת רגישות וחמלה מצד הצוות הרפואי. נמצא כי יחס מבטל ומבזה מצד הצוות הרפואי, מוביל להשלכות שליליות יותר כתוצאה מאובדן העובר, ולסיבוכים בריאותיים ונפשיים קשים יותר (Elmir et al., 2010). ניכר חוסר בקווים מנחים של המערכת הרפואית בנוגע לטיפול בהורים, לפני, במהלך ואחרי אירוע של מות העובר והליך הלידה (Üstündağ-Budak, Larkin, Harris & Blissett., 2015). נשים תיארו כיצד ילדו בשקט לצד בכי של תינוקות חיים, אחרות תיארו לידה בחדר אשפוז, ואחדות תיארו כיצד נאלצו לעבור בפעם הראשונה בחייהן את תהליך הלידה כולו ללא אף איש צוות נוכח. לעומתן, נשים אחדות תיארו את היחס העוטף והתומך שזכו לו מצד אנשי הצוות, את האיזון הדק שהעניקו אנשי הצוות בין תחושת התמיכה והסיוע ובין המרחק שאפשר לבני הזוג להתייחד עם כאבם. היחס הקשוב, האמפתי, הרגיש והמספק לא הפך את החוויה לחיובית, אך הורים אלו תיארו כיצד הוא סייע בעדם הן בהתמודדות לפני, הן בהליך עצמו והן לאחריו. ואכן, מחקרים מעידים כי יחס אמפתי מצד הצוות, תמיכה, מידע ותיווך הולמים, מהווים גורמים משמעותיים להפחתה בשכיחות סיבוכים



מזכרות כגון צילום התינוק, טביעת רגל או יד ופריטים נוספים. טקס הלוויה, מצבה וטקסי אבלות מסורתיים נמצאו כגורמים המסייעים להדגשת מציאות התינוק, האובדן ותחושת ההורות האמביוולנטית לילד ללא קיום ממשי (Koopmans et al., 2013).

מחקרים מעידים כי יחס אמפתי מצד הצוות, תמיכה, מידע ותיווך הולמים, מהווים גורמים משמעותיים להפחתה בשכיחות סיבוכים פסיכולוגיים שנמצאו בקרב ההורים ובני המשפחה לאחר לידה שקטה

קבורה

הקבורה בישראל הוסדרה רק בשנים האחרונות, לאחר מאבקים רבים. באוגוסט 2014 פורסם נוהל של משרד הבריאות והמשרד לשירותי דת שמסדיר את נושא הקבורה ואת התנהלות בתי החולים. נוהל זה קובע הנחיות ברורות ואחידות בנוגע לאופן שבו יש לטפל ב"עוברים המתים"¹. על פי הנהלים החדשים, על ההורים לבחור מבין שלוש אפשרויות הקבורה: (1) קבורה ללא מעורבות ההורים; (2) קבורה עם מעורבות חלקית, המאפשרת פרידה בבית החולים; (3) מעורבות מלאה של ההורים, כולל תיאום סידורי הקבורה עם חברה קדישא. נראה כי למרות השינויים בחוק והנהלים המחייבים, ישנם בתי חולים שאינם מציגים לפני ההורים את הטופס ואת האפשרויות הזמינות להם, ובמקרים אחרים מחתימים את ההורים על אופן המשך הטיפול במהלך הלידה עצמה. לא כל חברה קדישא מחויבת לערוך קבורת נפלים. לעתים יש בהן שמסרבות לנוכחות ההורים בזמן הקבורה ומחייבות את ההורים לתאם מראש את העלייה לקבר. יש לציין כי עד השנים האחרונות נקברו הוולדות בקברי אחים, ללא רישום מסודר או ציון המקום. הנהלים החדשים מחייבים כעת קבורה נפרדת, מופרדת ומובחנת של התינוקות בחלקה, עם רישום מדויק של מקום הקבר.

כלומר, כאשר ההכנה מתבצעת בצורה לא תואמת לצרכים, המפגש עלול להיחווה עבור ההורים כטראומטי ולהעצים את הרגשות השליליים והסיבוכים הפסיכולוגיים העתידיים (Gravensteen et al., 2013). לעומת זאת, כאשר נעשה תיווך מותאם וכאשר רמת התמיכה של הצוות הרפואי נתפסה כגבוהה, המפגש מאפשר את הפרידה מהוולד המת, ובמקביל מאפשר עבור ההורים והמשפחה להישאר מחוברים לזיכרון התינוק, ובכך מסייע בתהליך האבל ומפחית משמעותית את המצוקה הרגשית (Elmir et al., 2010; Bleyen, 2012).

בנוסף לתגובה האמפתית, עולה החשיבות גם במתן הכוונה, ידע ומידע כתנאי הכרחי לקידום המעורבות הפעילה של ההורים בתהליך קבלת ההחלטות, אשר מסייע להתמודדות טובה יותר בתהליך האבל והשכול (Elmir et al., 2010). עולה כי כדי לעבד את תהליך האבל ואת תחושת השכול, על האבלים: (1) להכיר במציאות האובדן; (2) לאפשר לעצמם לחוות את הכאב; (3) להסתגל לסביבה ולמציאות בהעדר המת; מבחינה חיזונית בתפקוד היומיומי, מבחינה פנימית באופן בו המוות פוגע במושג העצמי, בתחושת הערך והמסוגלות, ומבחינה הרוחנית של מושג העולם וערך החיים; (4) לפתח קשר מתמשך עם המת, במקום הימנעות והכחשת הרגשות (Murphy & Thomas, 2013). ארבעה שלבים אלו של האבל נועדו למציאת מקום עבור המת, באופן שיאפשר להורים להמשיך לחיות. נראה כי השתיקה וההשתקה במקרה של לידה שקטה מקשים על כל אחד ואחד משלבי תהליך פתרון האבל.

שמירת הזיכרון

זיכרון התינוק וטקסי זיכרון נוספים נמצאו כמסייעים לקידום תחושת הלגיטימציה של ההורים לכאוב ולהתאבל. נמצא קשר חיובי בין יצירת זיכרונות ואיסוף פרטי זיכרון ובין תחושת ה-Well-Being של ההורים לטווח הארוך (Murphy & Thomas, 2013). לעומת זאת, החרטות הכואבות ביותר שתיארו ההורים היו בעיקר בנוגע לשמירת המזכרות ולהחלטות שהתקבלו על נתיחה וקבורה. חוסר בזיכרונות ניבא תגובת הכחשה וסיבוכים בתהליך האבל, גם כאשר ההורים לא היו מעוניינים במזכרות מיד לאחר האירוע (Koopmans et al., 2013). בקווים מנחים שפורסמו ב-2014, הומלץ לקיים טקסי זיכרון כגון מתן שם, והודגשה החשיבות באיסוף

¹ משרד הבריאות - חוזר מנהל הרפואה - חוזר מספר 2014/24

תרבות ותהליכי אבלות

תהליך האבל נקבע על פי נורמות חברתיות ותרבותיות שמבססות את ההתנהגות והציפיות, הן של האבל הן של הסביבה. תהליכים אלה מעניקים מסגרת התנהגותית מובנית המקלה על תהליך האבל ועיבודו (Murphy & Thomas, 2013). נראה כי מסגרת התנהגותית זו מקבלת משנה תוקף במקרה של אובדן הריון ולידה שקטה (גזית, 2008). על פי ההלכה היהודית, תינוק נחשב ל"בר קיימא" רק לאחר 30 יום. על כן, במקרה של מות עובר (או "תינוק רך") לא מתקיימת הלוויה פומבית, אין טקסי טהרה ואין את מצוות מנהגי האבלות המקובלים. העדר מנהגי האבלות המקובלים מוביל פעמים רבות ל"היבלעות" באבל הלא מוכר והלא מוגדר בקרב ההורים השכולים (גזית, 2008). ביטול מנהג השבעה למעשה מבטל גם את החיוב החברתי לתמיכה, לביקורי הניחומים ולהבעת האמפיתיה, ומחזק את המסר: "לשכוח!" (וילנאי, 2013). ביטול מנהגי האבלות עלול לקדם את מסר הביטול החברתי של האובדן ולהעצים את מסר הציפיה החברתית מההורים לחזור למעגל החיים באופן כמעט מיידי (Murphy & Thomas, 2013).

ההדרה באה לידי ביטוי גם בכלי המחקר ובמדדי הבריאות. הממד (DALY Disability-adjusted life year), למשל, הוא אחד מכלי המחקר שנועדו להעריך את הבריאות של האוכלוסייה ואת נטל המחלות והמוות עליה. אולם מדד זה אינו מביא בחשבון את הלידות השקטות, ומקרים אלה לא נספרים ולא מסווגים כסוגיה בריאותית-רפואית (Phillips & Millum, 2015). החשיבות הרבה של סוגיה זו היא בין השאר בשל חלוקת המשאבים למחקר, לטיפול ולפיתוח תוכניות התערבות על פי תוצאות ערכי הממד. ייתכן שיש בכך גם להסביר את העדר המחקר והטיפול בלידות שקטות. נראה כי אירוע של מות עובר ולידה שקטה "נופל" בין קטגוריות רפואיות-תרבותיות-חברתיות. הוא אינו מחלה או פציעה, לא חיים שיש להציל ולא מוות שיש להתאבל עליו. פער זה עשוי לקדם את משבר הזהות של ההורים לאחר האובדן ולהעצים את הצורך שלהם בחיפוש המשמעות במרחב שבין הביולוגי-הדחפי הנפשי לבין הציפוי החברתי-תרבותי (פרוני, 2009).

בתרבויות רבות מקרה של מות עובר נחשב לטאבו, ונראה כי היחס החברתי מקדם גם הוא את "קשר השתיקה". בחברה הישראלית, היחס ללידות שקטות אינו נתפס כטרגדיה, כי אם "מקרה של חוסר מזל". יוצא מכך

שלעיתים ציון האובדן וההתאבלות עלול להיתפס על ידי החברה כביטוי לא נאות (גזית, 2008). הקושי החברתי-סביבתי בהכלת משמעות האירוע מוביל, פעמים רבות, לתגובה מתחמקת מצד הסביבה והתעלמות מהכרה גלויה במערכת היחסים של ההורים עם התינוק (Bleyen, 2012). התגובה החברתית לרוב מקדמת את מסר השתיקה ואת המסר "להתקדם" ו"לשכוח". מילות הנחמה עבור ההורים השכולים כוללות בין היתר משפטים כגון: "מזל שזה קרה לפני שנקשרתם", "מהר תעשו עוד אחד", או "מה את רוצה, יש לך עוד ילדים, הכל בסדר" (בשור, 2002). הספרות המחקרית מעידה על קשר שלילי מובהק בין מידת התמיכה הנתפסת של ההורים ובין רמות המצוקה, החרדה, הדיכאון והקושי בפתרון תהליך האבל אשר מוביל לשכול מורכב ולסיבוכים פסיכולוגיים, בריאותיים, תעסוקתיים ומשפחתיים (Flenady et al., 2014). הסטיגמה החברתית עלולה אפוא לתרום לבידוד החברתי ולתחושת האשמה, ונראה כי היא מפחיתה את רמת התמיכה (Flenady et al., 2014; Murphy & Thomas, 2013).

זוגיות ומשפחה

תחושת הבדידות לעתים מועצמת אף יותר בשל קשיי התקשורת העולים גם בין בני הזוג והמשפחה. פעמים רבות גברים חשים חוסר לגיטימציה בביטוי רגשות האבל והכאב, בשל תפיסת התפקיד המגדרי של הגבר הנדרש להדחיק את רגשותיו ולהיות חזק עבור האישה (בשור, 2002). יוצא מכך, שהרגשות רבי העוצמה שחווים בני הזוג לאחר לידה קשה, החששות, הדאגות ועוד רגשות נשאים פעמים רבות לא מדוברים. קשיי התקשורת עלולים להוביל לחוסר הבנה ולחוסר קבלה של תהליך האבל האחד של השני. העדר תקשורת עלול להוביל לתחושת חוסר בסיפוק הצרכים ולפער בתפיסת השותפות בחוויה. פער זה עלול לגרום לתחושת ריחוק ובדידות, עד כדי גירושין (כ-40% מהזוגות מתגרשים לאחר לידה שקטה) (Murphy & Meaney et al., 2016; Thomas & Koopmans et al., 2013). במחקרם של (Koopmans et al., 2013) מצאו החוקרים כי תקשורת פתוחה ומשתפת בין בני הזוג מאפשרת את הקבלה של סגנונות האבל השונים ומקדמת תנועה של קרבה וחיזוק הקשר בין בני הזוג, המהווה גורם חוסן משמעותי בתהליך ההתמודדות עם האובדן (Koopmans et al., 2013; Meaney et al., 2016). קשיי התקשורת וקשר השתיקה עולים גם באינטראקציה

זיכרון התינוק וטקסי זיכרון נוספים נמצאו כמסייעים לקידום תחושת הלגיטימציה של ההורים לכאוב ולתאבל. נמצא קשר חיובי בין יצירת זיכרונות ואיסוף פרטי זיכרון ובין תחושת ה-Well-Being של ההורים לטווח הארוך

הקושי הפיזי והנפשי בהתמודדות ובתחזוק הקשר הורה-ילד עם הילדים הנותרים משפיע לעתים גם על התנהגות ההורים (Murphy & Thomas, 2013). אבות תיארו כיצד הם משקיעים עצמם בעבודה על מנת להסיט את מחשבות הגעגוע והשבר, ועל כן נעדרים פיזית. לעומת זאת, מנגנון התמודדות של אמהות פעמים רבות מאופיין בהבלטת התנהגותן ה"אמהית", במקביל לתחושת האשמה על חוסר הפניות הנפשית לילדיהן (Cacciatore, 2013). נראה כי דפוס זה של קרבה ומרחק עלול להשפיע על דפוסי ההיקשרות והחוסן הנפשי של הילדים, ואכן, מחקרים העידו על שיעור גבוה של סיבוכים נפשיים בקרב הילדים לאחר אירוע של לידה שקטה במשפחה, גם אצל ילדים שנולדו לאחר הלידה השקטה (Murphy & Thomas, 2013).

סיכום

מות עובר בשבועות הסמוכים ללידה הוא אירוע הקורא תיגר על הסדר הטבעי של הדברים ונחשב לאחד האירועים הקשים והסטרוגניים בחוויה האנושית. אל מול התחושות הטבעיות כל כך של השכול, עומדות החברה והנורמה (Koopmans et al., 2013). סקירת הספרות והפורומים שהוצגו במאמר זה מעלה את האופן שבו מתמודדים ההורים השכולים עם פער תהומי בין הדחף להכרה במציאות התינוק, האובדן, הכאב והצורך העז לכינון אנושיותו, לבין הציווי הבוקע מכל מערכות התמיכה - לשכוח, לשתוק. ביטול האירוע והאובדן מסמן למעשה גם את ביטול אנושיותו של העובר ומוביל לתחושת בדידות וריחוק חברתי אשר מעצימים את השכול ואת תחושת השונות, החריגות והביקורת מהסביבה (Koopmans et al., 2013).

שבין ההורים לילדיהם האחרים. הורים רבים דיווחו על קושי בשיחה עם הילדים ועל חוסר הוודאות ומחסור בהדרכה בנוגע לאופן שבו עליהם לבשר לילדיהם את הבשורה המרה על האובדן. פעמים רבות ההורים נמנעים משיחה גם עם ילדיהם על רגשותיהם הקשורים לאובדן. הילדים, בתורם, לרוב מסתירים את תחושת השכול והבלבול עקב האובדן הלא ברור, כדי לא להוות נטל נוסף על מצוקת הוריהם (Murphy & Thomas, 2013). חוסר היכולת של הילדים לתקשר עם ההורים פעמים רבות מוביל לתחושת בדידות ולהעצמה של תחושות הכעס והפחד, נוכח ההתמודדות הפנימית עם האובדן הלא ברור של האח או האחות לו ציפו במשך חודשים ושמעולם לא הכירו (Murphy & Thomas, 2013).

תגובת האובדן של ילדים אינה זהה לזו של המבוגרים ומשתנה בהתאם לשלבי ההתפתחות השונים. בגיל 0-2 - רגרסיה עשויה לבטא את השכול; בגיל 2-6 - האשמה עצמית נוכח חשיבה מאגית עלולה להיות מועצמת נוכח אובדן לא ברור; בגיל 9-13 - תגובת השכול היא לרוב תחושת פחד מהלא נודע ואובדן שליטה. נראה כי מקור החרדה עלול לנבוע ממשכבות על פרידה שלהם עצמם מהוריהם, כתוצאה מהארעיות הנתפסת וחוסר ההסבר של האובדן; בגיל 13-17 - תיתכן הכחשת המוות, כתוצאה מההבנה המאיימת של המוות שלהם עצמם, וקידום תחושה של חוסר התאמה לבני השווים (Murphy & Thomas, 2013). תחושת השכול עלולה להיחוות שוב בשלבי ההתפתחות הבאים, עם השינוי בתפיסת רעיון המוות והאובדן (Murphy & Thomas, 2013). ניכרת על כן החשיבות הרבה בתמיכה ובסיוע לילדים במשפחה בהתמודדות עם האובדן ועם הרגשות הלא ברורים רבי העוצמה, בליווי תמיכה וסיוע להורים אשר מתפקדים לתווך לילדיהם את האובדן.



הפחתה בעוצמתן והשפעתן של ההשלכות השליליות וייתכן שהדבר יוביל אף להפחתת שכיחות המקרים. נראה כי במקרה הבוחן הישראלי, השתיקה מתחילה כבר במונח עצמו – "לידה שקטה", שלמעשה אינו הפירוש המילולי למונח באנגלית StillBirth. הבדל זה מהותי בשל השפעתן המשמעותית של המילים על המציאות הנפשית, ובעקבותיה, גם על הפיזית (גוטספלד-מנוח, 2006). על פי תאוריות סוציולוגיות, נקודת החיבור בין האדם לחברה מוגדרת על פי תפקידים חברתיים, אשר



על פיהם מפנים האינדיבידואל את המשמעויות והציפיות לגבי ההתנהלות הראויה (Bleyen, 2012; Wertsch, 1988). בהקשר של התרבות הישראלית-ציונית-דתית, מבוססת התפיסה של היותנו עם של גיבורים, תפיסת הנשים כרחם הלאומית ומסורת דתית המצווה: "פרו ורבו". על כן, ייתכן שהפנמת מסרים אלו עלולה להעצים אף יותר את תחושת הכישלון, האשמה, הבושה, השונות והבדידות, וגם את הצורך להיות חזקים, לא להישבר ולהתמודד לבד, בשתיקה (בשור, 2002; Meaney, 2016). על כן, ייתכן ששורשי מסר השתיקה בהקשר הישראלי עמוקים מאלו שהועלו במאמר זה ועולה הצורך בקידום המחקר, בפיתוח תוכניות התערבות תואמות לצרכים הייחודיים בהקשר הישראלי וכן העלאת הנושא למודעות הציבורית. ייתכן שממדי תופעת ההשתקה והשתיקה מובילים לצורך של הרגלי הקשבה חדשים, אם ברצוננו להקשיב בלתי נשמע ולהאיר את הנקודות העיוורות, המודחקות והמוכחשות, להפיג את תחושת הבדידות בהתמודדות עם השכול הלא מוכר ולסייע בהוצאת נושא זה מהצללים.

אירוע של מות עובר ולידה שקטה "נופל" בין קטגוריות רפואיות- תרבותיות-חברתיות. הוא אינו מחלה או פציעה, לא חיים שיש להציל ולא מוות שיש להתאבל עליו

נראה כי שימור הסטטוס קוו של לידות שקטות מתאפשר בשל שתיקת ההורים אל מול העדר התמיכה והתנהלות הצוות הרפואי. פעמים רבות שתיקה זו נובעת בשל הכאב המשתק של ההתעסקות עם העבר ובשל חוסר היכולת והעדר הכוחות הנפשיים והגופניים להילחם. ייתכן גם שהשתיקה מבטאת את הפנמת הציפוי החברתי להתקדם ולשכוח. במקרים רבים, העדר התגובה היא גם בשל חוסר מודעות וחוסר הבנה של זכויותיהם של ההורים והמשפחה. עם זאת, בשנה האחרונה עולה מאבקם של ההורים השכולים לאחר לידה שקטה להכרה, בדגש על זכויות הקבורה וכוונה להעלאת המודעות, הקבלה וההכרה באבל ההורים. מאבקים אלו מדגישים את הצורך העז בחיפוש ובמתן משמעות אל מול עולם ללא משמעות לאחר אובדן התינוק, המועם נוכח יחס החברה הלא מקבל.

תגובת האובדן של ילדים אינה זהה לזו של המבוגרים ומשתנה בהתאם לשלבי ההתפתחות השונים

הקושי בהתמודדות מתחזק אף יותר בהעדר ממצאים אמפיריים על שיטות התערבות יעילות במצבים של מות עובר בשבועות המתקדמים להריון ושל לידה שקטה. בנוסף, עולה חוסר משמעותי גם בזמינות תוכניות סיוע וקבוצות תמיכה לאבלים. זעקת ההורים מחזקת את הצורך ואת החשיבות הרבה בפיתוח תוכניות התערבות מקצועיות תואמות וקידום המודעות והמידע בנוגע לגורמים הרבים הכרוכים בתהליך בלתי נתפס זה. ההכרה בלידה השקטה כנושא בריאותי-נפשי מהותי, עשוי להתחיל להזיז את הגלגלים של מימון מחקר, טיפול, התערבות וכתוצאה מכך הגברת המודעות,

1. בשור, י' (2002). להפרד לפני שמכירים - סיפורה של אם. ישראל: להבים.
2. גוטספלד-מנוח, נ' (2006). "מילים הורגות - כשדו-שיח יומיומי הופך לנשק קטלני". עריכה: א' יצחייק. תל אביב: ידיעות אחרונות וספרי חמד.
3. גזית, ז' (2008). "אמהות חסרה": כינון זהות עצמית בעקבות אובדן הריון או אובדן ילוד. ירושלים: המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, האוניברסיטה העברית.
4. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (ללא תאריך). לידות מת. נדלה ב-3 באפריל 2017 מתוך: http://www.cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTML?ID=587
5. וילנאי, א' (2013). "לידה שקטה", השכול הלא מוכר. נדלה מאתר הארץ ב-3 באפריל 2017. <http://www.haaretz.co.il/opinions/premium-1.2032031>
6. יאלום, א' (2009). "להביט בשמש". תרגום: ש' הפין. דביר וכנרת.
7. סרטל-רביב, ש' (2016). "לידה שקטה" אינה שקטה, היא דוממת. [גרסה אלקטרונית]. נדלה מאתר פסיכולוגיה עברית ב-2 באוקטובר 2016 <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3445>
8. פרוני, א' (עורכת) (2009). "אמהות - מבט מהפסיכואנליזה וממקום אחר". מכון ון ליר. ירושלים. הוצאת הקיבוץ המאוחד.
9. Bleyen, J. (2012). Hiding babies: How birth professionals make sense of death and grief. *Understanding reproductive loss: Perspectives on life, death and fertility*, 179-191.
10. Cacciatore, J. (2013, April). Psychological effects of stillbirth. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 18(2). WB Saunders. 76-82.
11. Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66(10), 2142-2153.
12. Flenady, V., Boyle, F., Koopmans, L., Wilson, T., Stones, W., & Cacciatore, J. (2014). Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 121(s4), 137-140.
13. Gravensteen, I. K., Helgadóttir, L. B., Jacobsen, E. M., Rådestad, I., Sandset, P. M., & Ekeberg, Ø. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *BMJ open*, 3(10), e003323.
14. Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *The Cochrane Library*.
15. Lawn, J. E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D.,... & Shiekh, S. (2016). Stillbirths: Rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, 387(10018), 587-603.
16. Meaney, S., Everard, C. M., Gallagher, S., & O'Donoghue, K. (2016). Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: a qualitative study. *Health Expectations* Jul 1.
17. Murphy, S., & Thomas, H. (2013). Stillbirth and loss: Family practices and display. *Sociological Research Online*, 18(1), 16.
18. Olza-Fernández, I., Gabriel, M. A. M., Gil-Sanchez, A., Garcia-Segura, L. M., & Arevalo, M. A. (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: the basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(4), 459-472.
19. Phillips, J., & Millum, J. (2015). Valuing stillbirths. *Bioethics*, 29(6), 413-423.
20. Slade, A., Cohen, L. J., Sadler, L. S., & Miller, M. (2009). The psychology and pregnancy. *Handbook of infant mental health*, 3, 22-39.
21. Üstündağ-Budak, A. M., Larkin, M., Harris, G., & Blissett, J. (2015). Mothers' accounts of their stillbirth experiences and of their subsequent relationships with their living infant: an interpretative phenomenological analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 1.
22. Wertsch, J. V. (1988). *Vygotsky and the social formation of mind*. Harvard University Press.
23. World Health Organization (2004). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Instruction Manual*. 2nd edition.