

”צרחתי מכאבים כל הבדיקה“

כאב וחרדה בהליכים גינקולוגיים:
סקר שנערך בקרב נשים בישראל

ממצאי הסקר והמלצות למערכת הבריאות



למען נשים ובריאותן בישראל
לאספה
קרן פריאה

צוות המחקר: ד"ר מיכל חסון, קרן בריאה; ד"ר גלית נויפלד קרושינסקי, קרן בריאה; ד"ר נחמה הכהן, מכללת אחווה; ד"ר סמירה אלפיומי-זיאדנה, המכללה האקדמית אשקלון

יעוץ סטטיסטי: ד"ר עופר פיין, המכללה האקדמית תל אביב-יפו
איורים ויעוץ אינפוגרפיקה: ד"ר יעל פרידמן-לוי, Ph.Design

תודות: לד"ר גיל פומפ, ד"ר מתן אלעמי סוזין, ד"ר אלינה ברנר, ד"ר דליה אדמון וד"ר מיכל בראונשטיין על הידע המקצועי שחלקו איתנו וסייע בפיתוח הסקר.

ולנשים היקרות שמילאו את הסקר, השמיעו את קולן וחלקו איתנו את החוויות הטובות והלא טובות שעברו בעת הליכים גינקולוגיים שונים. אנחנו נמשיך לפעול כדי שקול זה יישמע ויוביל לשינוי כלפי היחס לכאב שחוו נשים, ולשיפור משמעותי בבריאותן.

תוכן עניינים

1. רקע.....	5
2. שיטה.....	6
איסוף הנתונים.....	6
מאפייני המשתתפות.....	6
מאפייני ההליכים.....	7
מגבלות המחקר.....	7
3. ממצאים.....	8
חוויית הכאב בהליכים השונים.....	8
ידע לגבי כאב פוטנציאלי בהליכים השונים.....	11
שימוש במשככי כאבים.....	12
תקשורת עם הצוות המטפל.....	14
שימוש עתידי באמצעים לשיכוך כאב.....	17
4. סיכום.....	16
5. המלצות לשיפור הטיפול בכאב בהליכים גינקולוגיים.....	17
המלצות ברמה הלאומית ומערכתית.....	17
המלצות לחינוך רפואי.....	18
המלצות לארגוני בריאות וקופות חולים.....	18
נספחים.....	19
נספח א'.....	19

“צרחתי מכאבים כל הבדיקה”

כאב וחרדה בהליכים גינקולוגיים: סקר שנערך בקרב נשים בישראל

דוח ממצאים והמלצות למערכת הבריאות

סקר זה נערך על ידי קרן בריאה, המקדמת בריאות נשים בישראל, במטרה למפות את הצרכים של נשים בהתמודדות עם כאב, חרדה ותקשורת עם הצוות הרפואי במסגרת הליכים גינקולוגיים. הסקר התקיים בין דצמבר 2022 לפברואר 2023, והשתתפו בו 1,500 נשים.

ממצאים

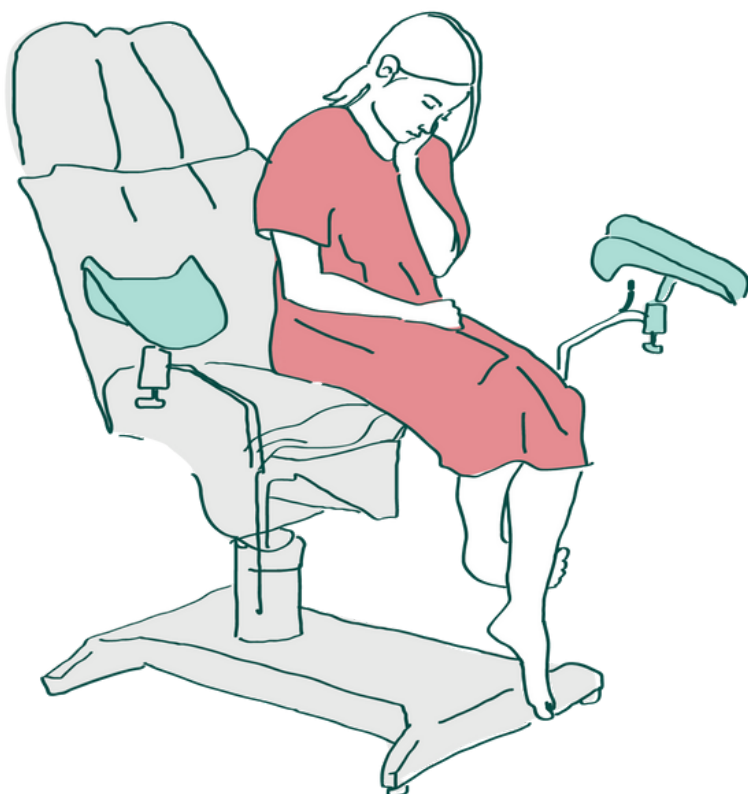
נשים רבות דיווחו על כאב בדרגות שונות במהלך הליכים גינקולוגיים שגרתיים, לעיתים קרובות גם על כאב חמור. למרות זאת, ברוב המקרים לא מתקיים שיח ברור על כאב, לא בהכנה לבדיקה, לא במהלכה ולא לאחריה, ומטופלות אינן זוכות להסבר או הכוונה כיצד להתמודד איתו. רבות מהן נאלצות לחפש מידע באופן עצמאי, באינטרנט, דרך חברות או בקבוצות תמיכה. נשים שחוו כאב חמור יותר דיווחו על חרדה גבוהה יותר מבדיקות עתידיות ונטו לבצע אותן בתדירות נמוכה יותר. נשים שידעו מראש כי ההליך עשוי להיות כרוך בכאב, חוו בפועל רמות כאב נמוכות יותר.

נשים הביעו עניין רב בשימוש באמצעים מגוונים להקלת הכאב, החל מאמצעים לא תרופתיים כמו נשימות, מוזיקה או הסחת דעת, ועד לאמצעים רפואיים כמו טשטוש או הרדמה, בעיקר בפרוצדורות פולשניות או כשהיה צפוי כאב משמעותי. גם כאשר הצוות הרפואי לא הציע אמצעים כאלו, נשים רבות נעזרו במה שיכלו מיוזמתן.

כשנשים שיתפו את הצוות בתחושות הכאב או הקושי שלהן, חלקן זכו לתמיכה ולהתייחסות רגישה, אך אחרות תיארו תגובות מזלזלות, מקטינות ולעיתים אף מבטלות.

המלצות

ממצאי הסקר מצביעים על פער משמעותי שקיים בין צרכי המטופלות בניהול כאב לבין ההתנהלות הנוכחית של המערכת הרפואית. לאור זאת, יש צורך בפיתוח פרוטוקולים ברורים לניהול כאב, הכשרת צוותים רפואיים לתקשורת רגישה, הבטחת נגישות לאמצעי שיכון מגוונים, הנגשת מידע ברור לנשים, הכללת ניהול הכאב במדדי איכות, והשקעה בחדשנות ומחקר בתחום.



ממצאים

כאב הוא שכיח בפרוצדורות גינקולוגיות

כולל בבדיקות שגרתיות

בחמש מתוך שש הפרוצדורות שנסקרו, אחוז המקרים בהם נשים דיווחו על כאב חמור (7 ומעלה בסולם 0-10) עמד על 50% ויותר. כאשר הכאב, גם אם ברמה מופחתת, נמשך לעיתים אף ימים לאחר ההליך.

נשים עם תסמונות/מחלות גינקולוגיות (כמו: אנדומטריוזיס וולוודיניה) דיווחו על רמות כאב גבוהות באופן עקבי, גם בבדיקות שגרתיות.

בנוסף, נמצא קשר חיובי בין רמת כאב לבין רמת חרדה לקראת בדיקות עתידיות, וקשר שלילי בין רמת כאב לבין תדירות ביצוע הבדיקות.

בין רבע למחצית מהמקרים שבהם נשים חוו כאב משמעותי (מעל דרגה 3) הן לא ידעו כלל שההליך הגינקולוגי שעליהן לעבור עשוי להיות כרוך בכאב.

גם בקרב אלו שכן ידעו, במקרים רבים המידע לא הגיע מהרופא/ה אלא ממקורות חיצוניים: האינטרנט, אנשים בסביבה או ניסיון אישי קודם. בפועל, למרות שמידע מוקדם נמצא קשור לרמות כאב נמוכות יותר, הצוות הרפואי כמעט ואינו יוזם שיח בנושא, והאחריות להכנה נשארת בידי המטופלת בלבד.

חוסר במידע והכנה מוקדמת

לאפשרות שהפרוצדורה עשויה לגרום לכאב

הכנסת למינריות

93%

צילום רחם

68%

הכנסת התקן תוך רחמי

61%

היסטרוסקופיה אבחנתית

49%

קולפוסקופיה

48%

אחוז המקרים שבהם נשים דיווחו על כאב חמור

“מזעזע. לא ממליצה לאף אחת. אם זה לא עם אפידורל או בהרדמה מלאה לוותר. מצידי שההתקן הזה ישאר 50 שנה בגוף שלי אני לא עוברת הוצאת והחדרת התקן מחדש”

צילום רחם

55%

היסטרוסקופיה אבחנתית

34%

הכנסת למינריות

29%

הכנסת התקן תוך רחמי

28%

אחוז המקרים שבהם הידע לגבי הכאב הגיע מהאינטרנט או נשים אחרות

“הרופאה אמרה שלרוב הכאבים קלים וזה היה בשיחה שניה לפני ביצוע הפעולה. (נכתב על ידי אישה שדירגה את הכאב ברמה 10)”

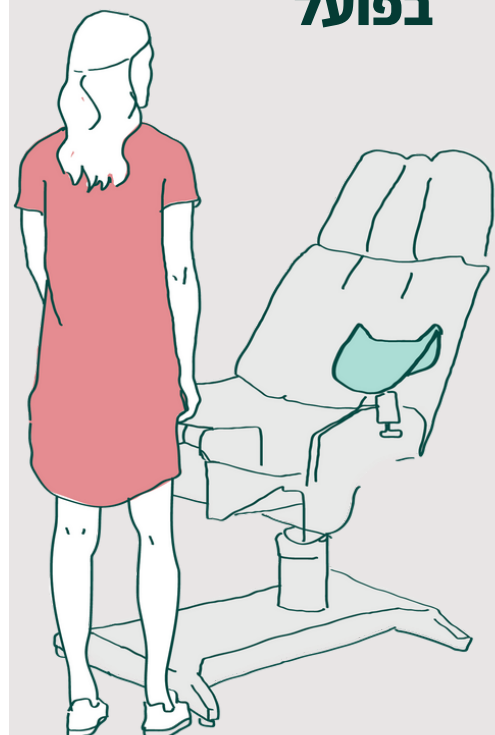
השיח לגבי כאב לא תמיד מתאפשר או מיטבי

רק מחצית מהנשים שחוו כאב (3 ומעלה) שיתפו בכך את הרופא/ה. כ-16% מהנשים רצו לשתף אך נמנעו, לרוב בעקבות תחושת חוסר אונים, ניסיון קודם של זלזול או מסרים לפיהם "ההליך לא אמור לכאוב". כאשר הכאב כן עלה בשיחה, ב-29% מהמקרים לא ניתנה כל התייחסות מצד הצוות הרפואי.

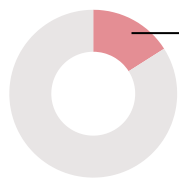
מעל למחצית מהנשים תיארו תגובה כלשהי, שנעה בין גישה אמפתית ותומכת לבין הקטנה, זלזול ולעיתים אף התעלמות מוחלטת מהכאב או מהבקשה להפסיק את ההליך.

נשים רבות ביקשו להשתמש באמצעים מגוונים לשיכוך כאב, מנשימות, מוזיקה ואלחוש מקומי, ועד טשטוש, הרדמה או משככי כאבים. בפועל, המלצות על אמצעים אלה כמעט ואינן ניתנות, והשימוש בהם נעשה לרוב ביוזמת המטופלות.

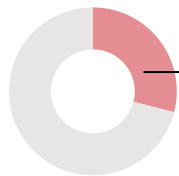
פער בין רצון הנשים לאמצעים לשיכוך כאב לבין מה שמוצע להן בפועל



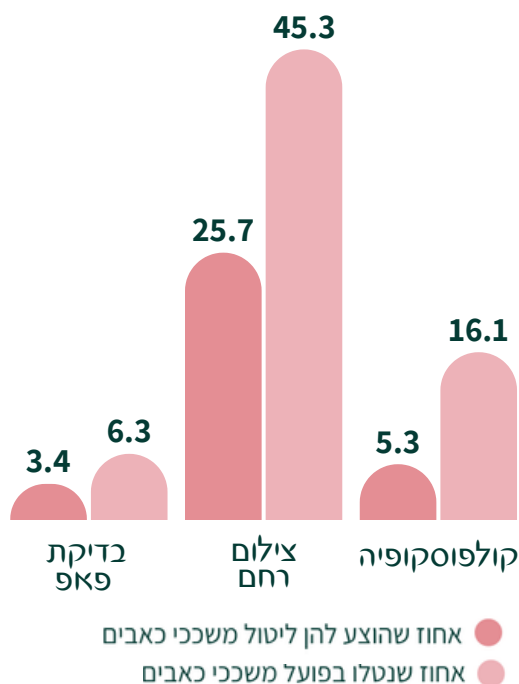
ב-16% מההליכים נשים נמנעו מלדווח על הכאב שחוו



ב-29% מההליכים לא היתה התייחסות של הצוות הרפואי לכאב שהנשים חוו



“ הבדיקה היתה נוראית, הרגשתי באונס. היו לי כאבי תופת ואסור היה לי לזוז. תפסתי את צדדי המיטה וירדו לי דמעות תוך כדי ”



“ אני חושבת שהסוד בהפחתת כאב וחרדה אצלי זה התקשורת עם הרופא. לשמחתי מצאתי רופא שמסביר מה הוא עומד לבצע, מה כוללת הבדיקה, כמה זמן זה יארך והאם אני צפויה להרגיש כאב. הוא ער לאי הנחות שלי, מאוד מבין (במידת האפשר כמובן) או לפחות מקשיב ומאוד מנסה להבין. רק זה נותן לי את התחושה שרואים אותי, שהוא רגיש וער לסיטואציה הלא נוחה הזו עבורי והוא מנסה להיטב איתי ”

סיכום והמלצות

ממצאי הסקר מצביעים על פער משמעותי בין צרכי המטופלות בניהול כאב לבין ההתנהלות בפועל. למרות שמשרד הבריאות מגדיר טיפול בכאב כזכות אדם בסיסית והערכת כאב כמדד איכות, התחום של כאב גינקולוגי אינו מוסדר. לאור זאת גובשו שש המלצות עיקריות להתמודדות עם האתגרים שזוהו.

1 פיתוח פרוטוקולים לניהול כאב

הנחיות לניהול שיח יזום לגבי כאב והתאמה אישית של אמצעים לשיכוך כאב.

4 הנגשת מידע

הפצת מידע ברור, מותאם שפה ותרבות, להכנה לקראת הליכים שונים.

2 הכשרת צוותים רפואיים

שילוב נושאי ניהול כאב, תקשורת ורגישות מגדרית בהכשרות מקצועיות לאורך שנות ההתמקצעות

5 ניהול כאב כמדד איכות

הכללתו במדדי האיכות המחייבים.

3 נגישות לאמצעים

הבטחת זמינות של אמצעים פרמקולוגיים ולא פרמקולוגיים, והסרת חסמים כלכליים.

6 קידום חדשנות ומחקר

השקעה בפתרונות חדשניים לשיכוך כאב ושיפור חוויית המטופלת.



סרקו/לחצו לקריאת חוברת
ההמלצות לניהול כאב

מצאת שהסקר מעניין אותך והיית רוצה לשתף אותנו במחשבות או רעיונות שיש לך לגבי דרכים להתמודדות עם האתגרים שעלו בסקר? מוזמנים ומוזמנות לכתוב לנו:

<http://www.briah.org/contact> or Michal@briah.org

צוות המחקר: ד"ר מיכל חסון, קרן בריאה; ד"ר גלית נויפלד קרושינסקי, קרן בריאה; ד"ר נחמה הכהן, מכללת אחווה; ד"ר סמירה אלפיומי זיאדנה, מכללת אשקלון
ייעוץ סטטיסטי: ד"ר עופר פיין, המכללה האקדמית תל אביב-יפו
איורים ויעוץ אינפוגרפיקה: ד"ר יעל פרידמן-לוי, Ph.Design

1. רקע

נשים עוברות בדיקות והליכים גינקולוגיים פולשניים שונים במהלך חייהן, אשר עלולים לגרום לכאב בדרגות שונות. בעוד שחלק מהמטופלות חוות כאב קל בלבד, אחרות מדווחות על כאב עז שעלול אף להוביל לתסמינים טראומטיים. על אף הפוטנציאל הגבוה לכאב בהליכים כגון הכנסת התקן תוך רחמי, צילום רחם או היסטרוסקופיה, רבות מהנשים מדווחות כי לא קיבלו הסבר מקדים על כך, לא עברו הכנה לגבי עוצמת הכאב האפשרית, ולעיתים גילו זאת בהפתעה תוך כדי ההליך. בנוסף, הצוות הרפואי לא מודע תמיד לעוצמת הכאב שנים חוות, ונוטה להעריך את רמת הכאב של המטופלות כקלה יותר מזו שהן חוות בפועל.¹ יתרה מזאת, מחקרים ועדויות מראים כי הטיות מגדריות משפיעות על היחס לתלונות של נשים על כאב - כאשר נשים מבטאות כאב, הן עלולות להיתפס כ"מגזימות", לקבל תגובות מזלזלות או שלא להישמע כלל.²

כאב שאינו מטופל כראוי עלול להשפיע לרעה על התוצאות הקליניות: לפגוע בתהליך ההחלמה, להקשות על ביצוע בדיקות וטיפולים ולפגוע בשיתוף הפעולה של המטופלת עם טיפול עתידי. בנוסף, טיפול בכאב נחשב לזכות אדם בסיסית בעלת משמעויות פיזיות, נפשיות ואתיות.³ לכן, הערכת כאב של מטופלים בבתי חולים נקבעה כמדד איכות לאומי לבריאות על ידי משרד הבריאות.

חיפוש בספרות מעלה כי נושא חווית המטופלת סביב כאב בהליכים גינקולוגיים לא נחקר באופן מספק: עד כמה נשים חשות כאב? האם מתנהל שיח בין המטופלת ואנשי הצוות הרפואי סביב האפשרות שההליך יכאב? האם מוצעים לנשים אמצעים להקלת הכאב? ומה מעדיפות הנשים עצמן ועד כמה זה משפיע על צריכת שירותי הבריאות שלהן? לכן יזמנו ב"קרן בריאה" סקר שמטרתו למפות את המציאות הקיימת, לזהות את האתגרים והחסמים, להגדיר שינויים נדרשים, ולשפר את בריאותן ואיכות חייהן של נשים. בנוסף, מניעת כאב וחרדה יכולים להביא לחיסכון כלכלי למערכת הבריאות - להפחית ביקורים חוזרים, לשפר את האבחון והטיפול הניתן, ולקצר משך אשפוז.

¹ הערכת חסר של רופאים/ות לגבי כאב של מטופלים:

Seers, Tim et al. Professionals underestimate patients' pain: a comprehensive review. PAIN 159(5):p 811-818, May 2018.

הערכת חסר של כאב של מטופלות בפרט:

Zhang et al, "Gender Biases in Estimation of Others' Pain". The Journal of Pain, vol.22:9, 2021.

² A Samulowitz et al, "Brave men" and "emotional women": A literature review on gendered norms towards patients with pain, *European Journal of Public Health*, 29(4), November 2019.

למאמר שבוחן את הסוגיה של טיפול חסר בכאב של נשים בישראל:

Guzikevits, Mika, et al. "Sex bias in pain management decisions." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 121.33 (2024).

³ התוכנית הלאומית למדדי איכות, משרד הבריאות. דוח לשנים 2013-2022 ע' 92.

2. שיטה

לצורך הסקר פיתחנו שאלון מקוון שכלל שלושה חלקים:

- (1) **בדיקה גינקולוגית** - חלק זה כלל שאלות סגורות ופתוחות שהתמקדו בחוויה של נשים בבדיקה זו: האם מתנהל שיח על האפשרות שהבדיקה תכאב? האם הוצעו לנשים אמצעים להקלתו? במה הן היו רוצות להשתמש? ועוד.
- (2) **הליכים גינקולוגיים שונים** - חלק זה כלל שאלות על החוויה של נשים במידה ועברו את אחד מההליכים הבאים בחמש השנים האחרונות: הכנסה של התקן תוך רחמי, בדיקת פאפ, צילום רחם, קולפוסקופיה, היסטרוסקופיה אבחנתית, והכנסת למינריות.⁴ נבחן דיווח על כאב, האם התנהל שיח מקדים סביב האפשרות שההליך יכאב, והתערבויות להקלה. כל אישה יכלה לבחור את ההליכים עליהם תדווח. (3) **שאלות דמוגרפיות** - חלק זה כלל שאלות לגבי גיל, דת, איזור מגורים, השכלה ועוד.

איסוף הנתונים

השאלון הופץ בעברית ובערבית בין דצמבר 2022 לפברואר 2023 דרך הרשתות החברתיות וענו עליו כ-1,300 נשים. בחינת התפלגות הנשים המשתתפות בסקר הראתה כי הייצוג של נשים ערביות וחרדיות היה נמוך ביחס לייצוג שלהן באוכלוסיה. לכן פנינו לחברת i-panel שמפעילה פאנל משיבים המונה כ-100,000 חברים, וזו הזמינה נשים מעל גיל 20 חרדיות וערביות להשתתף במחקר. בדרך זו נוספו 124 נשים למדגם, כך שייצוג הנשים החרדיות והערביות הסופי היה 7%-10% בהתאמה.

מאפייני המשתתפות

סה"כ 1500 נשים ענו על השאלון. ממוצע הגילאים הוא 37 ($SD=8.7$), וטווח הגילאים הוא 15-72. הקבוצה הגדולה ביותר נמצאת בטווח הגילאים 31-40 (45%), ורוב המשתתפות הן יהודיות (87%) וחילוניות (54%). מרבית הנשים נמצאות בזוגיות (86%), וההכנסה שלהן נעה סביב הממוצע (27%) או מעליו (28%). המשתתפות מתגוררות באזורים שונים בארץ, עם ריכוז גבוה באזור המרכז (32%). פירוט נוסף לגבי מאפייני המשתתפות בסקר נשים ניתן למצוא בנספח א'.

9% ממשתתפות הסקר דיווחו שיש להן אבחנה של אנדומטריוזיס ו-9% דיווחו שיש להן אבחנה של וולווידיה / גיניזמוס / וסטיבוליטיס, כאשר אחוז אחד מהנשים דיווחו שיש להן את שני האבחונים - זהו שיעור דומה לשיעור המוערך של מצבים אלו באוכלוסיה.

17% מהנשים (17% מהנשים היהודיות, ו-10% מהנשים הערביות) דיווחו שהן מתמודדות עם מצב/מחלה שעשויים להשפיע לדעתן על חווית הכאב שלהן בעת בדיקות או טיפולים אצל רופא/ת נשים.

⁴ הכנסת למינריות היא הליך הכנה לגרידה, שמטרתו להרחיב את צוואר הרחם וכך למנוע נזק במהלך הגרידה, ונעשה בהתאם למספר שיקולים הקשורים לגיל ההיריון, גודל שק ההיריון ועוד. הכנסת הלינריות, שהן מקלות דקיקים של אצה מיובשת, לצוואר הרחם נעשית בבית החולים, כאשר על פי רוב המטופלת חוזרת לאחר מכן לביתה עד לגרידה שמתבצעת מספר שעות או יום למחרת.

3. ממצאים

חווית הכאב בהליכים השונים

נשים התבקשו להעריך את רמת הכאב שחוו במהלך ההליכים ולאחריהם בסולם של 0 (ללא כאב) עד 10 (כאב בלתי נסבל).

טבלה מס' 1: ממוצע רמת הכאב בזמן ההליך, לאחר מספר ימים, ואחוז הנשים שחוו כאב חמור (7 ומעלה)*

סוג הליך	ממוצע כאב בזמן ההליך	אחוז נשים שחוו כאב חמור בזמן ההליך (7 ומעלה)	ממוצע כאב לאחר מספר ימים
הכנסת למינריות (N=15)	9.2	93.3%	5.4
צילום רחם (N=128)	7.2	67.7%	4.4
הכנסת התקן תוך רחמי (N=360)	6.5	61.2%	4.5
קולפוסקופיה (N=130)	5.7	47.6%	3.4
היסטרוסקופיה אבחנתית (N=172)	5.6	48.8%	3.4
בדיקת פאפ (N=861)	4.5	27.1%	1.7
בדיקה גינקולוגית (N=1500)	3.9	19.3%	—

* בסולם של 0-10

הנתונים בטבלה 1 מלמדים כי הליכים רבים כרוכים בכאב משמעותי, ולעיתים ממושך. הכנסת למינריות⁵ דורגה כההליך הכואב ביותר, עם ממוצע של 9.2 מתוך 10. כמעט כל הנשים (93.3%) דיווחו על כאב חמור (דרגה 7 ומעלה). למרות שמדובר במדגם קטן (15 נשים), מדובר בממצא חריג שמעיד על צורך מיידי בשיפור ההתמודדות עם כאב בהליך זה. צילום רחם והכנסת התקן תוך-רחמי נמצאו כהליכים שכיחים אך גם מכאיבים מאוד, עם ממוצעי כאב של 7.2 ו-6.5 בהתאמה. מעל 60% מהנשים דיווחו על כאב חמור. במקרים רבים, הכאב נמשך גם לאחר ההליך, עם ממוצע של כ-4.5 ימים לאחר מכן. בקולפוסקופיה ובהיסטרוסקופיה אבחנתית נרשמו ממוצעי כאב של 5.7 ו-5.6. כ-50% מהנשים תיארו כאב חמור, והכאב נמשך גם מספר ימים לאחר ההליך (ממוצע של 3.4). בדיקה גינקולוגית ובדיקת פאפ, הנחשבות לבדיקות שגרתיות, כללו גם הן דיווחים על כאב משמעותי עם ממוצעים של 3.9 ו-4.5 בהתאמה, ומתוכן 20%-27% מהנשים דיווחו על כאב חמור.

⁵ שלא כמו שאר ההליכים שנבדקו בסקר, זהו הליך שאינו שכיח, ובהתאם, 15 נשים בלבד דיווחו לגביו.

בתשובות לשאלות הפתוחות לגבי הליכים אלו תיארנו חלק מהנשים שחוו כאב ברמה חמורה את החוויה שלהן:



הבדלים בין קבוצות

נשים עם אנדומטריוזיס או עם מצבים כמו וולוודיניה, וגניסמוס או וסטיבוליטיס דיווחו על רמות כאב גבוהות יותר – גם בבדיקה הגינקולוגית השגרתית וגם בפרוצדורות נוספות. בקרב נשים עם אנדומטריוזיס, רמת הכאב הממוצעת הייתה 5.1 בבדיקה ו-6.6 בפרוצדורות נוספות. נשים עם אחת מההפרעות האחרות (וולוודיניה, וגניסמוס או וסטיבוליטיס) דיווחו על ממוצעים של 5.4 בבדיקה ו-6.2 בפרוצדורות. הכאב הגבוה ביותר דווח על ידי נשים שהתמודדו עם שני המצבים גם יחד – 6.9 בבדיקה השגרתית ו-7.2 בפרוצדורות נוספות. לעומתן, נשים שלא סובלות מאף אחת מהמחלות דיווחו על רמות כאב נמוכות יותר: 3.4 בבדיקה הגינקולוגית ו-5.2 בפרוצדורות. הבדלים אלה נמצאו מובהקים סטטיסטית.

קשר בין מאפייני הבדיקה ורמת הכאב

באשר למאפייני הבדיקה, בהליכים הגינקולוגיים שנבדקו, רמת הכאב הייתה גבוהה יותר באופן מובהק כאשר המטפל היה גבר (5.5 לעומת 5.2 בטיפול על ידי אישה $p<0.05$), וכן בבדיקות שנערכו במסגרת פרטית לעומת ציבורית (4.54 לעומת 3.86, $p<0.01$). עם זאת, יש להתייחס בזהירות לממצאים אלה, בשל העדר מידע על סיבות הבחירה במסגרת הפרטית.

קשר בין כאב בבדיקה גינקולוגית לבין כאב בפרוצדורות אחרות

נמצא קשר חיובי ומובהק סטטיסטית בין רמות הכאב שדיווחו נשים בבדיקה גינקולוגית שגרתית לבין רמות הכאב שחוו בהליכים גינקולוגיים נוספים. כלומר, נשים שחוו כאב גבוה בבדיקה השגרתית נטו לחוות כאב גבוה גם בפרוצדורות אחרות – ולהפך. יתכן שמדובר ברגישות כללית גבוהה יותר לכאב, או בהשפעה של חוויות קודמות על חוויית הכאב בהמשך.

קשר בין רמת הכאב ורמת חרדה מבדיקות עתידיות

ממצא משמעותי שעולה מהסקר הוא הקשר בין חוויית הכאב בבדיקה גינקולוגית לבין תחושת החרדה מבדיקות עתידיות. נמצא קשר חיובי מובהק: ככל שרמת הכאב בבדיקה האחרונה הייתה גבוהה יותר, כך גם רמת החרדה מהבדיקה הבאה הייתה גבוהה יותר. בנוסף, נמצא קשר בין רמת הכאב לבין הזמן שחלף מאז הבדיקה האחרונה: נשים שחוו כאב גבוה יותר נטו לדחות או להימנע מבדיקות גינקולוגיות. למשל, נשים שלא עברו בדיקה בשלוש השנים האחרונות דיווחו על כאב ממוצע של 5.1, לעומת 3.8 בלבד בקרב אלו שנבדקו בשנה האחרונה. ממצאים אלו מצביעים על כך שכאב ברמה גבוהה עלול להוביל לחרדה והימנעות מבדיקות עתידיות, עם השלכות שליליות על בריאותן של נשים בטווח הארוך.



את ה*אונס*-כך בהחלט אפשר לכנות אותו, שעברתי אז, בבדיקה הראשונה, לא אשכח לעולם. וההשלכות שלו - משפיעות עלי והולכות איתי עד היום. עד היום, בכל בדיקה אצל חופאי נשים ועברתי המון המון בדיקות, מבליחה בי לזמן קצר או ארוך-החווייה הראשונית הרעה ההיא.



מזעזע. לא ממליצה לאף אחת. אם זה לא עם אפידורל או בהרדמה מלאה לוותר. מצידי שהתקן הזה ישאר 50 שנה בגוף שלי אני לא עוברת הוצאת והחדרת התקן מחדש



החווייה שלי אצל חופאת נשים היא כל כך נוראית שאני מפחדת להיכנס להיריון ולהיות במצב שאני אצטרך בדיקות קבוצות... אני לא אלך שוב לחופאת נשים אלא אם כן אני אהיה חייבת אם אני אהיה בכאבים כל כך חזקים שזה יוצא גרוץ מהבדיקה

לגבי כאב פוטנציאלי בהליכים השונים

טבלה מס' 2: אחוז המקרים בהם נשים ידעו כי ההליך עשוי להיות כואב ומקורות הידע לגבי כאב (אחוז מתוך מספר המקרים שבהם ידעו שההליך עשוי לכאוב)

סוג הליך	מספר ואחוז המקרים בהם הנשים ידעו שההליך עשוי לכאוב	מקור הידע				
		הרופא/ה או איש מקצוע אחר	קראתי באינטרנט	אנשים מסביבי	ידע שהגיע רק מהאינטרנט או אנשים מסביבי (ולא מהרופא/ה וללא ניסיון קודם)	עברתי הליך דומה בעבר
הכנסת התקן תוך רחמי	266 (73%)	48%	44%	35%	28%	37%
בדיקת פאפ	628 (72%)	38%	21%	18%	12%	64%
צילום רחם	93 (72%)	32%	71%	33%	55%	13%
קולפוסקופיה	86 (66%)	53%	47%	23%	20%	30%
היסטרוסקופיה אבחנתית	128 (74%)	49%	54%	28%	34%	21%
הכנסת למינריות	7 (46%)	57%	57%	43%	29%	14%

שאלנו את הנשים האם הן ידעו מראש שההליך הגינקולוגי שעברו (למעט הבדיקה השגרתית) עלול להיות כרוך בכאב. מי שענתה בחיוב נשאלה מהו מקור המידע, ויכלה לבחור יותר מאפשרות אחת. האפשרויות כללו: רופא/ה או איש מקצוע אחר, קריאה באינטרנט, אנשים בסביבת האישה, מעבר של הליך דומה בעבר, או אחר. טבלה 2 מציגה עבור כל הליך את כמות הפעמים ואחוז הפעמים בהם נשים שידעו שההליך עשוי לכאוב, ואת אחוז המקרים שבהם נשים קיבלו את המידע מהמקורות השונים.

חלק ניכר מהמטופלות כלל לא ידעו מראש שההליך הגינקולוגי שעברו עלול להיות כרוך בכאב. גם כשהן ידעו זאת, בין שליש למחצית מהנשים לא קיבלו ידע זה מהרופא/ה, ולא במסגרת שיחה רפואית מסודרת. במרבית המקרים, נשים למדו על הכאב ממקורות אחרים: מהאינטרנט, מחברות ו/או מניסיון קודם. בהכנסת התקן, פחות ממחצית מהנשים (48%) קיבלו את המידע מהרופא/ה, ו-28% מהן הסתמכו רק על מקורות לא רפואיים, מבלי שקיבלו מידע מקצועי או עברו הליך דומה בעבר. בבדיקת פאפ, רק 38% מהנשים דיווחו שהמידע הגיע

מהרופא/ה, ו-12% למדו על הכאב רק ממקורות חברתיים ודיגיטליים. בצילום רחם, הנתונים חדים במיוחד: רק 32% קיבלו מידע לגבי כאב מהרופא/ה בעוד ש-55% מהנשים שידעו הסתמכו רק על מקורות לא רפואיים וללא ניסיון קודם. גם בהליכים כמו היסטרוסקופיה וקולפוסקופיה פחות ממחצית מהנשים שקיבלו מידע דיווחו שהמקור היה רופא/ה (49%-53% בהתאמה), ובקרב כ-20%-34% מהן, הידע הגיע רק מהאינטרנט או מהסביבה, מבלי שקיבלו הכוונה רפואית כלשהי.

שימוש במשככי כאבים

בהמשך לשאלה על הידע לגבי הכאב, שאלנו את הנשים האם הוצע להן להשתמש במשככי כאבים והאם אכן עשו זאת בפועל. טבלה 3 מציגה את כמות ואחוז הפעמים בהם הציעו לנשים להשתמש במשככי כאבים, ואחוז המקרים שבהם הנשים אכן השתמשו בפועל במשככים כלשהם.

רק בחלק קטן מהמקרים הנשים דיווחו כי קיבלו המלצה מצוות רפואי להשתמש במשככי כאבים, אך שיעור המקרים שבהם נשים שהשתמשו בפועל היה גבוה בהרבה, ולעיתים אף כפול מהשיעור שקיבלו המלצה. בצילום רחם, למשל, רק ב-26% מהמקרים הנשים קיבלו הצעה לשיכון כאבים מהרופא/ה, אך ב-45.3% מהם השתמשו במשכך כאבים בפועל. בהכנסת התקן תוך רחמי, ב-18.8% מהמקרים קיבלו הצעה, אך שיעור השימוש בפועל היה 25.8%. בהיסטרוסקופיה נרשם פער קטן: ב-21% קיבלו המלצה, אך 25% השתמשו בפועל. בהליכים כמו בדיקת פאפ וקולפוסקופיה, שיעור ההמלצה היה נמוך מאוד (3%-5%), וכך גם שיעור השימוש בפועל (6.3%-16.1% בהתאמה). בנוסף, חלק מהנשים ציינו כי קיבלו המלצה ממקור אחר שאינו רופא/ה.



היתה לי אופציה להכנסה של ההתקן
בהרדמה מלאה, האופציה היתה לפני כי
אני שאלתי אם יש אופציה לא כי הרופא
פירט את שלל האפשרויות



נר. כמובן שקראתי
על זה באינטרנט

טבלה מס' 3: התפלגות התשובות לשאלה "האם הציעו לך להשתמש במשככי כאבים?" ואחוז השימוש בפועל במשככי כאבים על פי הליך

הליך	האם הציעו לך להשתמש במשככי כאבים?			אחוז שימוש בפועל במשככי כאבים וחרדה
	לא	כן – הרופא/ה או איש צוות אחר	כן. מישהו אחר מלבד הרופא/ה או איש צוות אחר	
הכנסת התקן	261 (72.5%)	68 (18.8%)	13 (3.6%)	25.8%
פאפ	812 (94.3%)	30 (3.4%)	2 (0.2%)	6.3%
צילום רחם	71 (55.4%)	33 (25.7%)	17 (13.2%)	45.3%
קולפוסקופיה	115 (88.4%)	7 (5.3%)	4 (3%)	16.1%
היסטרוסקופיה	112 (65.1%)	36 (20.9%)	12 (6.9%)	25%
למינריות	12 (80%)	3 (20%)	0 (0%)	20%

הממצאים מצביעים על כך שנשים רבות נוטלות יוזמה לשיכוך כאב, לרוב על סמך ידע קודם או ייעוץ מסביבתן, ולא בהכרח בעקבות הנחיה מצוות רפואי. מרבית הנשים דיווחו כי לקחו משככי כאבים ללא מרשם, כגון אופטלגין, אדוויל או אקמול. שיעור נמוך יותר דיווחו על שימוש בתרופות נגד חרדה (כגון קלונקס) או בקנאביס רפואי ומשככי כאבים במרשם.



הפתאומיות של הכאב תפסה אותי לא מוכנה כלל. הייתי על סף צילפון וחייתי בחדר צדדי במרפאה 40 דקות עד שהתאוששתי מספיק לעמוד וללכת. בפעמיים לאחר מכן חששתי נורא ולקחתי משככי כאבים טרם הביקור למרות שהוא לא כלל הליך מסוג זה, רק מהפחד



לקחתי אופטלגין נוזלי כי קראתי שזה מומלץ בפורום של נשים

את הנשים שדירגו את רמת הכאב שחוו כ-3 ומעלה ולא השתמשו במשככי כאבים כלשהם שאלנו מדוע לא השתמשו. רבות ענו כי לא חשו צורך, אך חלק דיווחו כי לא ידעו מראש שהבדיקה עשויה לכאוב, או שנאמר להן כי ההליך אינו כואב. למשל: "הרופאה אמרה שלרוב הכאבים קלים וזה היה בשיחה שניה לפני ביצוע הפעולה" (נכתב על ידי מישהי שדירגה את הכאב ברמה 10)

הבדלים בין קבוצות

נשים שידעו מראש על האפשרות לחוות כאב דיווחו על רמות כאב נמוכות משמעותית בהשוואה לאלו שלא ידעו (5.1 לעומת 6, $p < 0.01$). הבדל זה היה בולט במיוחד בהכנסת התקן (6.1 לעומת 7.5), קולפוסקופיה (5.1 לעומת 6.9) והיסטרוסקופיה אבחנתית (5.2 לעומת 6.7). ממצאים אלו מדגישים את החשיבות של יידוע מראש והכנה נפשית לקראת ההליך.

תקשורת עם הצוות המטפל

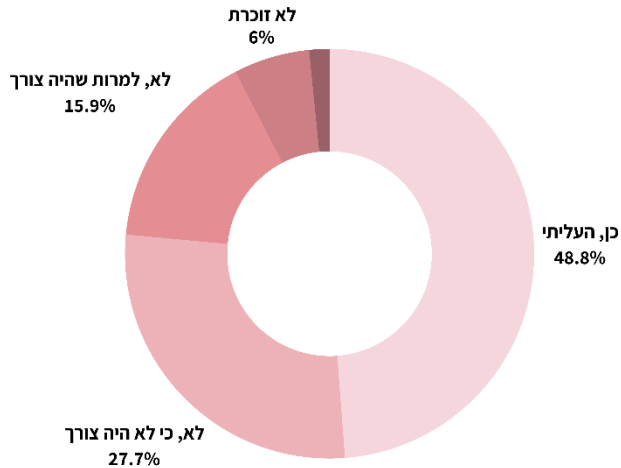
מספר שאלות בסקר בחנו היבטים של תקשורת בין הרופא/ה המטפל/ת לבין המטופלות כמו קבלת הסבר לפני או תוך כדי הבדיקה הגינקולוגית, היכולת לדבר עם הרופא/ה על נושא הכאב, ויחס הרופא/ה לכאב. ממצאי המחקר מצביעים על חשיבות מכרעת של התקשורת בין הצוות הרפואי למטופלות בהליכים גינקולוגיים, במיוחד בהקשר של מתן הסברים והתייחסות לכאב. ב-18.8% מההליכים הנשים דיווחו שקיבלו הסבר לפני או במהלך הבדיקה הגינקולוגית, בעוד שב-20.3% דיווחו שלא קיבלו הסבר כלל. מעניין לציין שרוב הנשים (57%) לא זכרו האם קיבלו הסבר, ממצא שמעלה שאלות לגבי אופן מתן ההסבר ומידת האפקטיביות שלו. חשיבות ההסבר מתחדדת לאור הממצא שנשים שקיבלו הסבר חוו רמות כאב נמוכות יותר באופן מובהק בהשוואה לנשים שלא קיבלו הסבר (ממוצע 3.8 לעומת 4.7, $p < 0.01$). ממצא זה מתחזק גם מהעדויות האיכותניות, המדגישות את חשיבות התקשורת הפתוחה עם הרופא/ה והשפעתה על חוויית הטיפול הכוללת:



אני חושבת שהסוד בהפחתת כאב וחרדה אצלי זה התקשורת עם הרופא. לשמחתי מצאתי רופא שמסביר מה הוא עומד לבצע, מה כוללת הבדיקה, כמה זמן זה יארך והאם אני צפויה להרגיש כאב. הוא ער לאי הנחות שלי, מאוד מבין (במידת האפשר כמובן) או לפחות מקשיב ומאוד מנסה להבין. רק זה נותן לי את התחושה שרואים אותי, שהוא רגיש וער לסיטואציה הלא נוחה הזו עבורי והוא מנסה להיטב איתי ועם זאת להיות מקצועי. אמצעים אחרים כמו אלחוש מקומי או שימוש בספקולום קטן יותר בטוח יכולים לעזור, אבל כל אלא לתחושת לא מהותיים כמו התקשורת הבין אישית שיכולה לתת כל כך הרבה למטופלת

תקשורת סביב חווית הכאב

גרף 2: התפלגות התשובות לשאלה: "האם העלית את נושא הכאב?"



נשים שחוו רמות כאב גבוהות מ-3 (בסולם 0-10) בהליכים השונים, נשאלו האם העלו את נושא הכאב בפני הרופא/ה. מבין הההליכים שנשים שדיווחו שחוו בהן רמת כאב גבוהה מ-3 (בסולם של 1-10), **בכמחצית (48.8%) נשים העלו את נושא הכאב בפני הרופא/ה**. עם זאת, נמצאו פערים תרבותיים מובהקים: 51.5% מהנשים היהודיות שיתפו את הצוות בתחושת הכאב, לעומת רק 32.5% מהנשים הערביות.

נשים שדיברו על כאב תיארו מספר גורמים שאיפשרו/גרמו להן לעשות זאת:

- מאפייני הרופא/ה** – היכרות מוקדמת, המלצות, תחושת אמון, ולעיתים קרובות גם המגדר של הרופא/ה.
- גישה תומכת מצד הצוות** – מתן הסברים מראש על האפשרות שיתעורר כאב, עידוד לעדכן על תחושות תוך כדי ההליך, ויחס רגיש. כפי שאמרה אחת המשתתפות: "היחס של הרופאה עוד לפני הבדיקה היה מזמין ומאפשר... היא הסבירה הכל קודם".
- מאפייני המטופלת** – מודעות עצמית גבוהה, ניסיון קודם, וביטחון לפנות לרופא/ה: "אני רק עכשיו לקראת גיל 40 יכולה לבקש הסבר, לומר כשכואב, לקחת שליטה... זו סיטואציה מורכבת, עם פלישה, מיניות, כאב".
- רמת כאב חמורה** – לעיתים, עוצמת הכאב אילצה תקשורת מיידית, גם ללא תכנון מראש: "הכאב היה בלתי נסבל... לא יכולתי שלא לצעוק." (צילום רחם)

מנגד, ב- **27.7% מההליכים הנשים לא הרגישו צורך לשתף את הצוות בחווית הכאב**, וב-15.9% מההליכים נשים רצו לעשות זאת אך נמנעו. גם כאן נצפה פער: 23.1% מהנשים הערביות נמנעו להביא את תחושתן, לעומת 14.7% מהנשים היהודיות. החסמים לתקשורת סביב כאב כללו:

- ניסיון קודם שלילי של זלזול או התעלמות**
"זכרתי שבפעם הקודמת זה לא ממש עזר"
- פקפוק עצמי או תחושת כישלון לאחר שקיבלו מסר שההליך אינו כואב**
"הרופא של ההתקן הראשון טען בתוקף שאין בהליך כאב. הרגשתי כמעט כשלון כשיצאה ממני זעקת כאב"

3. תחושות של חוסר אוניס והקטנה

"עצוב לי שביום יום אני אישה עצמאית, בטוחה, משכילה, מובילה פרויקטים מורכבים ומנהלת צוות גדול. בחדר הבדיקה אני מרגישה כמו כלום, ילדה קטנה שמישהו מחליט עבורה מה לעשות"

התגובה של הצוות הרפואי לכאב

נשים שדיווחו על רמת כאב 3 ומעלה, נשאלו בנוסף האם היתה התייחסות של הרופא/ה לכאב. אפשרויות התשובה היו: כן, לא, לא זוכרת, אחר.

בכרבע מההליכים השונים (23.5-28.9%) נשים דיווחו כי לא היתה כל התייחסות של הרופא/ה לכאבן, ומעל למחצית מהמקרים (53-55%) הנשים דיווחו על התייחסות כלשהי של הרופא/ה לכאב. העדויות חשפו שלושה דפוסים עיקריים של תגובות הצוות הרפואי לכאב:

1. **התייחסות אמפתית ומתחשבת:** חלק מהרופאים הפגינו רגישות והבנה, הביעו התחשבות או התנצלו

על גרימת הכאב. כפי שתיארה אחת המטופלות בהליך הכנסת התקן: "הרופא היה מקסים וכל הזמן הרים לי ושאל אם אני רוצה להפסיק ואמר שלא חייב היום אם אני רוצה להפסיק."

2. **זלזול והקטנה:** תגובות שהתאפיינו בהקטנת הכאב ויחס משפיל. דוגמה מטרידה לכך נמצאה בעדות של מטופלת בהכנסת התקן:

"היתה לי סחרחורת והרופא זילזל ואמר לי 'אפשר לחשוב שדחפתי לך את זה לגרונ'. היה מאד משפיל ומקטין."

במקרה אחר של בדיקת פאפ, מטופלת שתיארה כאב קשה נענתה בתגובה מזלזלת: "זה עד כדי כך כואב?"

3. **התעלמות וכפייה:** התגובה המדאיגה ביותר שעלתה מהעדויות כללה התעלמות מוחלטת מכאב

המטופלות והמשך ההליך למרות בקשות להפסיק. בחלק מהמקרים, החוויה תוארה במונחים קשים ביותר של כפייה ואף אונס. כפי שתיארה מטופלת בצילום רחם:

הבדלים בין קבוצות

נמצאו פערים משמעותיים בין קבוצות על בסיס השתייכותן המגזרית: 56.2% מהנשים היהודיות דיווחו על התייחסות הרופא/ה לכאבן, לעומת 31.4% בלבד מהנשים הערביות ($p < 0.001$).



הבדיקה היתה נוראית, הרגשתי באונס. היו לי כאבי תופת ואסור היה לי לזוז. תפסתי את צדדי המיטה וירדו לי דמעות תוך כדי

שימוש עתידי באמצעים לשיכוך כאב

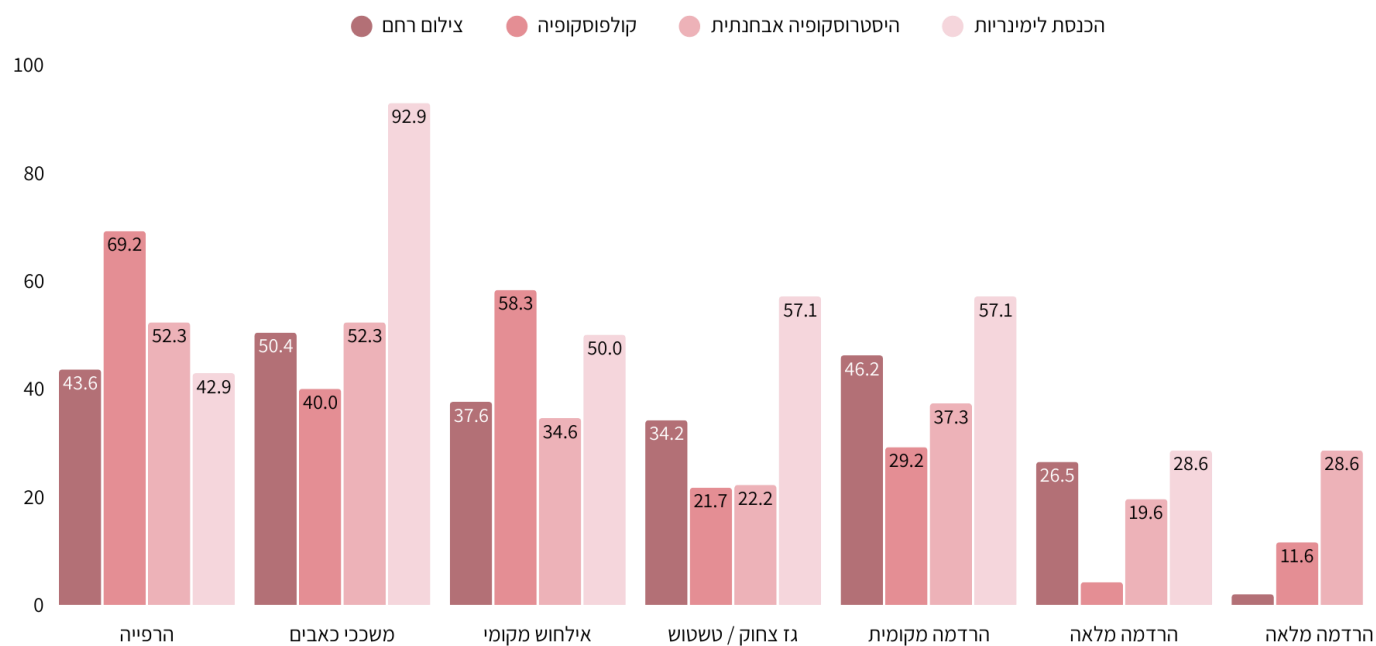
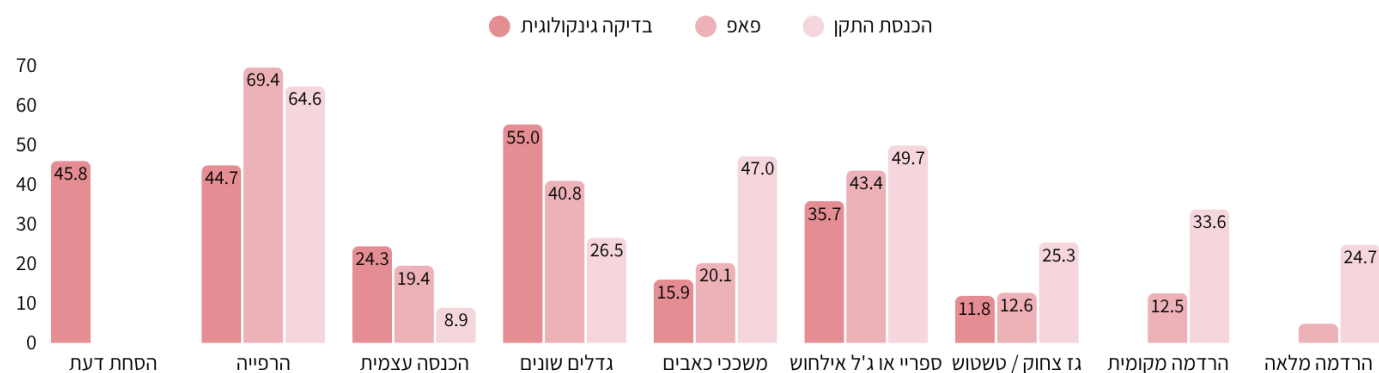
המשיבות נשאלו האם הן היו שוקלות להשתמש בסוגים שונים של אמצעים להקלה, שיכוך והרגעה בהליכים עתידיים. האמצעים השונים שהוצעו היו פרמקולוגיים כמו לקיחת תרופות הרגעה או נגד כאב, שימוש בגז צחוק ועוד, ולא פרמקולוגיים כמו תרגילי נשימה והרפייה, כאשר כל אישה יכלה לבחור מספר של אמצעים לשיכוך כאב. מתוך ניתוח ההעדפות על פי סוג הבדיקה בגרף 3, עולה תמונה מורכבת אך עקבית שלפיה נשים בוחרות באופנים שונים להתמודד עם כאב ואי-נוחות, בהתאם לאופי ההליך.

בקרב נשים שענו על בדיקה גינקולוגית שגרתית, בלטה ההעדפה לאמצעים פשוטים ולא פרמקולוגיים. קרוב למחצית מהנשים (45.8%) בחרו בהסחת דעת כאמצעי להקלה, ו-55% העדיפו שימוש בגדלים שונים של ספקולום. כ-24.3% מהנשים הביעו עניין באפשרות של הכנסה עצמית של מכשיר הבדיקה, ו-35% ביקשו חימום של הספקולום. ההעדפות אלו ממחישות את החשיבות של תחושת שליטה ונוחות גם בהליכים שגרתיים, והן מצביעות על כך שצעדים פשוטים, שלא מחייבים התערבות רפואית מורכבת, יכולים לתרום רבות להפחתת אי-הנוחות.

כאשר בוחנים הליכים נוספים המתבצעים במרפאה, בעיקר בדיקת פאפ וקולפוסקופיה, ניתן לראות שגם כאן נשים מבקשות התאמות שיקלו על התחושה, אם כי ברמות שונות. תרגילי הרפיה נבחרו בשיעורים הגבוהים ביותר מכל ההליכים (69.4% בפאפ ו-69.2% בקולפוסקופיה), אלחוש מקומי באמצעות ג'ל או ספריי נבחר על ידי כ-43%-58% מהמשיבות, ובבדיקת פאפ 19.4% ביקשו אפשרות להכנסה עצמית (אפשרות זו לא הוצעה בקולפוסקופיה). בקולפוסקופיה, הליך שעשוי לכלול גם לקיחת ביופסיה, כמעט שליש מהנשים בחרו בהרדמה מקומית, וחלק קטן אף בהרדמה מלאה. ממצאים אלו מדגישים את הצורך בגמישות ובהתאמה אישית גם בבדיקות שגרתיות, כאשר החוויה הסובייקטיבית של המטופלת אינה תמיד תואמת את ההגדרה הקלינית של הבדיקה כפשוטה או מהירה.

בהליכים המורכבים והכואבים יותר – כמו הכנסת התקן תוך רחמי, החדרת למינריות, צילום רחם והיסטרוסקופיה אבחנתית – ניכר שינוי מובהק בהעדפות: נשים ביקשו אמצעים משמעותיים לשיכוך כאב. למעלה מ-50% בחרו במשככי כאבים או תרופות הרגעה דרך הפה, וכמחצית בחרו באלחוש מקומי. השיעורים בבחירת גז צחוק או טשטוש נעו בין 22% ל-57%, והעדפה להרדמה – מקומית או מלאה – הופיעה בקרב שליש עד מחצית מהנשים, תלוי בהליך. הנתונים משקפים את עוצמת החוויה הרגשית והגופנית הכרוכה בהליכים אלה, גם כאשר הם מבוצעים במרפאה, ומדגישים את הצורך המובהק בהתאמה טיפולית ורגשית בהתאם למורכבות ולהשלכות של כל פרוצדורה.

גרף 3: אחוזי בחירה באפשרויות השונות על פי הליך



4. סיכום

ממצאי המחקר מצביעים על פער משמעותי בין הצרכים והחוויות של נשים בהליכים גינקולוגיים לבין המענה שהן מקבלות במערכת הבריאות. כאב בהליכים גינקולוגיים אינו חוויה אחידה, הוא משתנה בהתאם לסוג ההליך, רמת הידע המוקדם, אופי התקשורת עם הצוות הרפואי, ומאפיינים של המטופלת כמו אנדומטריוזיס, וולוודיניה והשפעות של טראומה ופגיעה מינית.

הליכים כמו צילום רחם, הכנסת התקן תוך־רחמי, היסטרוסקופיה אבחנתית וקולפוסקופיה דווחו על ידי נשים רבות כגורמים לרמות כאב גבוהות, חלקן תיארו את הכאב כחמור ואף טראומטי. נמצא מתאם חיובי בין רמת הכאב בבדיקה גינקולוגית שגרתית לבין רמת הכאב בהליכים נוספים – כלומר, נשים שחוו כאב גבוה בבדיקה השגרתית, חוו גם כאב מוגבר בהליכים מורכבים.

התקשורת בין המטופלת לאנשי הצוות הרפואי התגלתה כגורם מפתח בחוויית הכאב: נשים סיפרו על מפגש עם רופאים ורופאות שהסבירו להן כל שלב, ביקשו רשות לפני הפעולה וביקשו מהמטופלת ליידע אם חשה כאב. עם זאת, **נשים רבות דיווחו כי לא קיבלו מידע מקדים מספק לגבי ההליך שהן עוברות, לא התקיים שיח לגבי האפשרות לחוות כאב.** נשים שסיפרו שקיבלו הסבר מראש או תוך כדי הבדיקה, דיווחו על חווית כאב מתונה יותר לעומת זאת, נשים שלא הוכנו כראוי תיארו חווית כאב חמורה יותר.

כחלק מחוסר ההכנה לחווית כאב, גם לא הוצע למרבית הנשים להשתמש אמצעים להקלה מותאמים. זה נובע ככל הנראה מהיעדר הבנה במערכת הבריאות להשלכות של הכאב על החוויה של נשים ועל השלכות עתידיות לבריאותן. ניתן לראות זאת מדיווחן של נשים רבות שלא הוצעו להן כלל משככי כאבים, ומיעוט בלבד עושות בהם שימוש בפועל, לעיתים קרובות מתוך יוזמה אישית בלבד, בעקבות קריאה באינטרנט או המלצות של חברות, ולא כחלק מהכוונה רפואית מסודרת. אמצעים כמו ספריי או ג'ל אלחוש מקומי, גז צחוק, הרדמה מקומית, ואף הרדמה כללית בעת הצורך נמצאים בשימוש מוגבל מאוד גם עבור הליכים עם פוטנציאל גבוה לכאב כמו צילום רחם, הכנסת למינריות או היסטרוסקופיה אבחנתית.

גם כאשר נשים מעלות את נושא הכאב במהלך ההליך, **הן לא תמיד זוכות ליחס מכבד שמכיר בכאב ונכון להקל עליו.** בעוד שישנן נשים שדיווחו על תגובה תומכת ואמפתית, אחרות דיווחו על תגובות מזלזלות, מתעלמות או מקטינות מצד הצוות. יתרה מזו, נשים רבות לא מרגישות בנוח להעלות את הנושא מלכתחילה, גם כשהן חשות כאב או מצוקה – בשל מבוכה, פחד מהקטנה, או חוסר אמון בכך שמישהו יקשיב ויעזור. התמונה העולה מכך היא שאין לגיטימציה לדבר על כאב בהקשר של הליכים גינקולוגיים, לא מצד המטופלות, ולא מצד הצוות.

הסקר העלה מורכבויות הקשורות למאפיינים בריאותיים ותרבותיים של קבוצות שונות באוכלוסייה. נמצאו הבדלים בין קבוצות אוכלוסייה שונות, המצריכים התייחסות מותאמת ועמוקה יותר. נשים עם אנדומטריוזיס, וולוודיניה, וגיניזמוס או וסטיבוליטיס דיווחו על כאב גבוה יותר באופן מובהק. כמו כן, בקרב נשים ערביות נמצאו אחוזי דיווח על כאב נמוכים יותר לעומת נשים יהודיות, שנובעות אולי בשל נורמות תרבותיות או חוויות קודמות, וכן שיעור נמוך יותר של פנייה לשירותי בריאות פרטיים בהשוואה לנשים יהודיות.

על רקע זה יש צורך בהכרה עמוקה יותר בחוויה של הכאב, שדורשת ניהול אקטיבי ולא רק טיפול "אגבי". זה כולל הכשרת אנשי מקצוע לתקשורת אמפתית ורגישות מגדרית ותרבותית, מתן מידע מקיף מראש למטופלות ושיתוף שלהן בהחלטות לגבי שיכון כאב ואמצעים להפגת חרדה. **יש חשיבות להנגשה של קשת רחבה של פתרונות,**

המותאמים לרצונותיה ולצרכיה של כל אישה. העדפות הנשים לאמצעים להקלה על כאב משתנות בהתאם לסוג ההליך. בבדיקות שגרתיות רבות מהנשים הביעו העדפה לאמצעים פשוטים כמו נשימות מודרכות, הסחת דעת, הרפיה, או שימוש בספקולום קטן – כלים שאינם מורכבים לוגיסטית או יקרים, אך לא תמיד ניתנת להן הלגיטימציה להשתמש בהם. לעומת זאת, בהליכים פולשניים או כואבים במיוחד, נשים רבות דיווחו על צורך באמצעים משמעותיים יותר – משככי כאבים, טשטוש, ולעיתים אף הרדמה. חלק מהנשים תיארו רמות כאב כה גבוהות, שהרדמה הייתה עבורן צורך רפואי ממשי, ולא "בקשה חריגה." לפיכך, יש לפתח פרוטוקולים סדורים לניהול כאב ולוודא כי כלל האופציות, מהפשוטות ועד למורכבות, יוצעו באופן יזום, ברור ונגיש לכל אישה, תוך מתן לגיטימציה מלאה לבקשת סיוע ולשיח על כאב, ותתאפשר בחירה אמיתית בהתאם לצורך.

מעל הכל, ממצאי הסקר מציעים כי טיפול לקוי בכאב משפיע לא רק על חוויית האישה בזמן ההליך, אלא גם על נכונותה להמשיך לעבור בבדיקות בעתיד ואף פוגע ביכולת לבצע את הבדיקה כראוי ולאבחן או לטפל בבעיות רפואיות. להיבט זה עלולות להיות השלכות כך שגם עבור הרופאים והמטפלים עצמם עלולה להיווצר תחושה לא נעימה של גרימת כאב, הפוגעת בדינמיקה הטיפולית ובאמון בין הצדדים. על כן, חווית הכאב בבדיקות אינה רק בעיה אישית של המטופלת, אלא מהווה בעיה של בריאות הציבור. ההשלכות עלולות למשל להוביל לאבחון מאוחר של מחלות קשות, כגון סרטן צוואר הרחם או מחלות אחרות של מערכת הרבייה, ובכך להחמיר את הפרוגנוזה, לייקר את הטיפולים ולהוביל לעלייה בתחלואה ובתמותה הניתנות למניעה. ההתעלמות מכאב בהליכים גינקולוגיים, אם כן, מייצרת עלויות בריאותיות וכלכליות עקיפות משמעותיות למערכת הבריאות.

הטמעת שינוי מערכתי בתחום זה צפויה להביא לשיפור נרחב בבריאות האישה, למניעת נזקים גופניים ונפשיים, להגברת האמון בין נשים למערכת הרפואית, להקטנת שחיקה בקרב צוותים מטפלים, ולצמצום נזקים כלכליים. לכן, התייחסות מקדימה, מכבדת ומקיפה לכאב היא אינטרס משותף לכל הגורמים – המטופלות, הרופאות והרופאים ומערכת הבריאות כולה.

5. המלצות לשיפור הטיפול בכאב בהליכים גינקולוגיים

המלצות ברמה הלאומית ומערכתית

1. על משרד הבריאות **לפתח ולאמץ פרוטוקולים מחייבים לניהול כאב בהליכים גינקולוגיים שכיחים**, בהתבסס על הנחיות בינלאומיות ומחקר עדכני. פרוטוקולים אלה צריכים לכלול הנחיות לשיח יזום אודות כאב וחרדה, מתי ואילו אמצעים לשיכוך כאב להציע, והתאמה אישית לצרכי והעדפות המטופלת. יצרנו בשיתוף הילה בניוביץ' הופמן וד"ר מיכל בראונשטיין שני **מדריכים עם המלצות לגבי תקשורת וניהול כאב בהליכים במרפאה**, אחת עבור צוותים רפואיים והשנייה עבור מטופלות. [להורדת החוברות](#)
2. **הכללת ניהול כאב כמדד איכות רפואי**: קביעת מדדי איכות ברורים לניהול כאב בהליכים גינקולוגיים תעודד צוותים רפואיים, קופות ובתי חולים להשקיע בתקשורת, בהכנה מראש ובאמצעי שיכוך כאב, ותבסס את הנושא כחלק בלתי נפרד מאיכות הטיפול.

3. שיפור הכיסוי הביטוחי: יש להבטיח כי אמצעי שיכוך כאב בהליכים גינקולוגיים, כולל טשטוש והרדמה במידת הצורך, יכללו בסל הבריאות וביטוחים המשלימים, כדי למנוע חסמים כלכליים למטופלות.

4. הקצאת משאבים לשיפור חווית המטופלת: יש להבטיח משאבים ייעודיים לשיפור חווית המטופלת, כולל ביקורים ממושכים יותר על מנת לאפשר זמן לתקשורת אישית והכנה נאותה לפני ההליך, תוך התאמת הקצב והטיפול לצרכי המטופלת.

המלצות לחינוך רפואי

1. שיפור ההכשרה הרפואית: יש לשלב בלימודי הרפואה ובהתמחויות ברפואת נשים תכנים בנושא תקשורת עם מטופלות סביב כאב וחרדה, שיכוך כאב מותאם אישית, ורגישות מגדרית ותרבותית בטיפול בכאב.

2. פיתוח השתלמויות לצוותים רפואיים: יש להציע קורסי רענון והשתלמויות לצוותים רפואיים ותיקים בנושא ניהול כאב והתאמת הטיפול לצרכי המטופלת.

3. עידוד מחקר ופיתוח: יש להשקיע במחקרים נוספים על כאב בהליכים גינקולוגיים, כולל פיתוח ובחינה של התערבויות חדשניות להפחתת כאב ושיפור חווית המטופלת.

המלצות לארגוני בריאות וקופות חולים

1. הכשרות צוות: לקיים הכשרות תקופתיות לצוותים רפואיים וסיעודיים בנושא ניהול כאב ותקשורת אמפתית.

2. זמינות אמצעי שיכוך: להבטיח זמינות של מגוון אמצעי שיכוך כאב בכל המרפאות, כולל ג'ל וספריי אלחוש, גז צחוק, והאפשרות להפנות להרדמה כשנדרש.

3. פיתוח והפצה של מידע נגיש ומותאם תרבותית על הליכים גינקולוגיים שונים, כולל הכנה מתאימה והתמודדות עם כאב.

יישום מכלול המלצות אלו צפוי להביא לשיפור משמעותי בחווית המטופלת בהליכים גינקולוגיים, להפחתת החרדה והכאב הנלווים להליכים אלו, ולהגברת נכונותן של נשים לעבור בדיקות חיוניות לבריאותן. שינוי זה צפוי להביא לשיפור מדדי בריאות, לחיסכון כלכלי למערכת הבריאות, ולשיפור האמון בין מטופלות לצוותים רפואיים.

נספחים

נספח א'

לוח 1: אוכלוסיית המדגם (N=1500) לפי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים (באחוזים)

מאפיין	%
גיל	
15-20	0.53
21-30	22.7
31-40	45.3
41-50	24.3
51-60	5.4
61-70	1.3
71-80	0.26
דת/לאום	
מוסלמית	9
נוצרית	0.73
יהודיה	87.4
דרוזית	0.67
אחר	2.2
רמת דתיות	
חילונית	53.7
מסורתית	13.7
דתית	23.2
חרדית	7.3
אחר	2.1
מצב משפחתי	
בזוגיות	86
לא בזוגיות	14
הכנסה	
הרבה מתחת לממוצע	16.5

23.3	מתחת לממוצע
26.7	ממוצע
27.7	מעל הממוצע
5.7	הרבה מעל הממוצע
	איזור מגורים במקור
13.5	ירושלים
13.4	הצפון (ללא חיפה)
9.2	חיפה
32.3	המרכז (ללא תל אביב)
13	תל אביב
11	הדרום (אשקלון ודרומה כולל ים המלח)
6.8	יהודה והשומרון

1500	מספר נשים
37.3	ממוצע גיל
8.75	סטיית תקן
15	גיל מינימלי
31	רבעון ראשון
36	חציון
42	רבעון שלישי
72	גיל מקסימלי



קֶרֶן בְּרִיָּאָה