

# יולדת

## אורלי דהאן

אישה היא סובייקט, במובן הפשוט של המילה: אורגניזם בעל תודעה, שיש לו מצבים פסיכולוגיים ותחושות ויש להתייחס אליו כאל סוכן פעיל בעולם. אך מרגע "לידתה כאישה"<sup>1</sup>, נמנעות ממנה חלק מן הזכויות שניתנות בדרך כלל לסובייקטים אנושיים. ביטוי מוחץ לכך מתגלה כשהיא עצמה יולדת. הודות לביקורת המדע הפמיניסטית, הגות מחקרית רבה נדרשה להיבטים שונים של החוויות המגולמות בגוף של אישה, כסובייקטית אנושית הרה, יולדת והורה.<sup>2</sup> במאמר הנוכחי אתמקד בסובייקטית האנושית היולדת ואטען כי אף על פי שהסובייקטיביות של האישה אינה נעלמת במהלך הלידה, היחס אליה בזירות שונות<sup>3</sup> הוא לרוב כאל אובייקט מיולד, או סובייקט פגום.

נקודת המבט העיקרית המדריכה את המהלך היא פילוסופית,<sup>4</sup> אולם אדגיש שזהו נושא קריטי, לא רק מבחינה פילוסופית מושגית אלא גם מבחינה מעשית, שכן היחס ליולדות משפיע על חייהן של נשים ושל משפחותיהן: אחוז הלידות המכשירניות וניתוחי החירום הקיסריים נמצאים בשנים האחרונות בעלייה מתמדת, לפחות במדינות המפותחות,<sup>5</sup> וכך גם אחוז הנשים שחוות את הלידה כאירוע טראומטי.<sup>6</sup> היות שידוע כי ללידות מכשירניות וקיסריות יש השלכות בריאותיות ונפשיות, גופים רבים למיילדות וגינקולוגיה<sup>7</sup> עדכנו לאחרונה את הנחיותיהם הקליניות סביב נוהלי העבודה כדי להפחית את שיעורי ההתערבויות הרפואיות בלידות, והצהירו שהם דוגלים בקידום לידות פיזיולוגיות. עם זאת, למרות המאמצים, במדינות מפותחות רבות שיעור ההתערבויות הרפואיות בלידות ממשיך לעלות.<sup>8</sup> אפשר שהאי-הלימה המושגית, במונחי אובייקט-סובייקט, בין מיהי היולדת ובין כיצד מתייחסים אליה בפועל, יספק נקודת מבט חדשה על הנושא.

כדי להגדיר את המושג הטעון "יולדת", אתחיל במה שהיה אמור להיות בעולם אידיאלי הסיכום לחיבור זה, כיוון שהטיעון הבא נראה כמו אמת בסיסית שנובעת מהיגיון בריא ושכל ישר, ומיד אראה שמדובר גם בעובדה המבוססת על מחקר אמפירי. להלן היקש קלאסי:

- טענה ראשונה: יולדת היא אישה בזמן לידה
- טענה שנייה: אישה היא סובייקט
- מסקנה: יולדת היא סובייקט בזמן לידה (או בקיצור: סובייקט יולד)

אולם מכיוון שאיננו נמצאים בעולם אידיאלי, אבחן הגדרה זו ואתקן אותה לפי ההתרחשויות בעולם הממשי. בעוד הטענה הראשונה היא הגדרה מילונית, אנליטית, של המילה "יולדת", הטענה השנייה אולי ברורה לנו כיום, אך בהיסטוריה האנושית היו תקופות שבהן טענה זו או נגזרותיה לא היו מקובלות, או היו מקובלות פחות, בקרב קבוצות גדולות באוכלוסייה. לכן אפשר לומר שהטענה השנייה היא קונטינגנטית, כלומר תלויה במצב העניינים בעולם. פעם למשל, נשים, עבדים, ילדים, וקבוצות אחרות לא נחשבו לסובייקטים במלוא מובן המילה, ולכן לא היה צריך להתחשב בדעותיהם, ברצונותיהם ובשאר המצבים הסובייקטיביים שלהם. קבוצות כאלה קיבלו

בדרך כלל יחס על פי הפונקציה שלהם בלבד (כגון עבודה, קיום יחסי מין, טיפול בילדים וכו'). יש חברות מסורתיות שלפחות חלק מיחסן לנשים הוא עדיין כזה.<sup>10</sup>

במילים אחרות, בעוד הטענה הראשונה היא עובדתית, הטענה השנייה נושאת מטען פוליטי וערכי והיא תלויה נסיבות, אף על פי שכיום – לפחות בעולם המערבי, ההומניסטי, הליברלי והמודע לעצמו, פחות או יותר – אין ספק שאישה היא סובייקט, כלומר יש לה מצבים מנטליים שמשפיעים על תפקודה.<sup>11</sup> לכן, לכאורה פשוט למדי להגדיר את המושג "יולדת": יולדת היא אישה, שהיא סובייקט, בזמן לידה, ועל כן היא סובייקט יולד.

הגדרה זו מתיישבת עם העובדה המבוססת אמפירית, שאירוע הלידה הוא תהליך ביו-פיזיולוגי. אולם להיבטים מנטליים, תרבותיים, חברתיים וסביבתיים יש השפעה קריטית על מהלך הלידה, והם עשויים לקדם אותה, או לחלופין לעכב ואפילו לעצור אותה.<sup>12</sup> אמנם האישה יולדת באמצעות גופה, אך היא סובייקט יולד, וכך יש להתייחס אליה כדי להשיג תוצאות לידה מיטיבות מבחינה פיזיולוגית ונפשית.<sup>13</sup>

כדי להציג את היחס ליולדת כאל אובייקט (או סובייקט פגום) – נושא מורכב מבחינה פילוסופית ופוליטית – אתחיל בבחינת היבטים שונים של המיילדות המודרנית (ההיבט הסביבתי-סוציאלי, ההיבט הפיזיולוגי, ההיבט המושגי, ההיבט הרפואי-מחקרי וההיבט הפסיכיאטרי), ולאחר מכן אדון בשאלה אם מדע המיילדות כיום הוא ענף רפואי המבוסס על עובדות, שכן מחקרים עדכניים מצביעים על כך שדווקא הכרה במצב התודעה המיוחד של היולדת עשויה לקדם לידה מיטבית. לבסוף אצביע בקצרה על הסוגיה המשפטית של סגירת מרכזי הלידה בישראל והקשר שלה לזכויות נשים ואי-צדק, כדי לסכם ולהסביר מדוע אינטרסים רבים, כלכליים ואחרים, תורמים לכך שהיולדת ממשיכה להיתפס רוב הזמן כאובייקט ולא כסובייקט.

## 1. מיילדות מודרנית

כאשר מעמתים את ההגדרה של "יולדת" כ"סובייקט יולד" עם מה שקורה במחלקות יולדות, עם הגדרות מדעיות בתחום הרפואה המיילדותית, וגם עם היבטים כלכליים ופוליטיים של ניהול הלידה, מתגלות אי-התאמות. הבנת השכל הישר שהיולדת היא סובייקט יולד אינה עולה בקנה אחד עם המסקנה המנוגדת לחלוטין שאפשר לגזור מהאקלים התרבותי, החברתי והפוליטי כיום, שבו יחס לנשים יולדות בסביבת לידה טיפוסית (כלומר חדר לידה בבית חולים) הוא דווקא כאל אובייקט יולד (או לכל היותר סובייקט פגום).

לכן, כדי להגדיר את המושג "יולדת", שהוא מורכב לא רק כשלעצמו אלא גם בגלל מציאות קונטינגנטית, אתייחס למתח בין היולדת כסובייקט לבין היולדת כאובייקט. המושג הראשון מגובה בשכל ישר ובתמיכה אמפירית רחבה ומגוונת, ואילו המושג השני מתאר את מה שקורה בפועל במחלקות יולדות בישראל ובעולם המערבי. כדי לעמוד על טיבו של המתח הזה, יש לפנות תחילה למושג "מיילדות" (obstetrics), הקשור הדוקות למושג "יולדת". בסעיפים הבאים אדגים היבטים שונים של המיילדות המודרנית בהקשר של המתח בין הסובייקט לאובייקט.



1.1 ההיבט הפסיכו-סוציאלי-סביבתי: התעלמות מרצון הילדות, מחשיבות התמיכה הסוציאלית בלידה, ומגורמים שמקדמים לידה פיזיולוגית למרות המחקרים הרבים שעסקו בחשיבות התמיכה הסוציאלית בלידה,<sup>14</sup> תמיכה מתמדת בלידה בישראל כיום (וגם ברוב העולם המערבי) נחשבת אופציונלית, ונעשית במימון עצמי של הילדות, בין שמדובר בדולה או במיילדת פרטית. בית החולים אינו מספק את השירות הזה, אף שאושש שהוא משפר את תוצאות הלידה, הן בהיבט הפיזיולוגי והן בהיבט הפסיכולוגי. יולדת שלא הייתה ערנית מספיק לחשוב מבעוד מועד על אספקט חשוב זה, או שאין לה אמצעים לממן ליווי לידה מקצועי, מפחיתה את סיכוייה ללידה מיטבית. למעשה, לאחרונה אף נטען שליווי ותמיכה לכל אורך הלידה ראוי להיחשב כזכות אדם בסיסית.<sup>15</sup>

כמו כן, מחקרים רבים מצביעים על גורמים סביבתיים ופסיכולוגיים שמקדמים לידה פיזיולוגית: החופש לנוע במרחב על פי רצון הילדת, החופש של הילדת לבחור את תנוחת הלידה, תאורה מעומעמת, טמפרטורה נעימה, וסביבה שאין בה קולות רמים ואנשים זרים.<sup>16</sup> בחדר לידה מודרני טיפוסי, תנאים אלה מתקיימים בצורה פחותה, אם בכלל.<sup>17</sup>

בשנים האחרונות מתרבים המחקרים והדיווחים על שלל תופעות של גילויי פטרונות, ביוש, הצגת דילמות כוזבות ואלימות מיילדותית כלפי נשים בזמן הלידה. כל אלה הן גרסאות של ביטול ושל התעלמות מרצונותיה ותחושותיה של הילדת בזמן הלידה, כלומר התייחסות לילדת כאל פחות מסובייקט.<sup>18</sup> מנקודת מבט פסיכו-סוציאלית וסביבתית זו, ניתן לומר שבחדר לידה טיפוסי בבית חולים טיפוסי, היחס הממסדי לאישה הילדת הוא במונחים רבים דווקא כאל "אובייקט יולד" יותר מאשר כאל "סובייקט יולד".

1.2 ההיבט הפיזיולוגי: שימוש נרחב בפיטוצין, באפידורל ובתנוחה מאוזנת הפרדה בין הגוף לסובייקט עומדת במרכז המיילדות הרפואית, המתייחסת לחלקי גוף בלבד<sup>19</sup> – למשל לתפקוד הרחם על ידי ניטור צירים ובדיקות פתיחת צוואר הרחם – ומתעלמת מהמצב המנטלי של הילדת. אף שידוע כי ההורמונים בלידה משפיעים על התהליך בכללותו, ולא רק על פתיחת צוואר הרחם,<sup>20</sup> בפרקטיקה המיילדותית הנושא זוכה להתעלמות או לחוסר הבנה. דוגמה אחת לכך היא השראת לידה באמצעות פיטוצין. אם אין מספיק התקדמות בלידה (דהיינו פתיחה של צוואר הרחם), רווח השימוש בפיטוצין הגורם להתכווצויות חזקות יותר של הרחם. אולם פיטוצין הוא רק הצורה הסינתטית של הורמון האוקסיטוצין, ויש ביניהם הבדלים פונקציונליים. בעוד ההורמון הסינתטי אכן משפיע על התכווצויות הרחם (דהיינו על איבר אחד בגוף), הוא אינו יכול לעבור את מחסום הדם-מוח,<sup>21</sup> ולכן הפיטוצין חסר את ההשפעות הפונקציונליות החשובות של האוקסיטוצין, שאף הן חיוניות להתקדמות של לידה פיזיולוגית, כמו השראת תחושות של רוגע וקירבה, והפחתת כאב, לחץ ופחד.<sup>22</sup> הגישה הרפואית – העוסקת בחלקי גוף ומפרידה בין הגוף לסובייקט שלו – אינה עוסקת בתחושות כאלה. הדבר גורם לשיבושים בלידה, שכן כאב חריף, לחץ וחרדה בזמן הלידה נמצאו כגורמים מעכבי לידה.<sup>23</sup>

דוגמה אחרת היא שימוש נרחב באלחוש אפידורלי, המוצג ליולדת כמעין תרופת קסם שמעלימה את הכאב של צירי הלידה. אולם מחקרים אמפיריים מדגימים שמלבד היתרון של אפידורל בחסימת הכאב על ידי שיתוק פלג הגוף התחתון, יש לאלחוש האפידורלי חסרונות שזוכים להתעלמות בחדרי לידה רבים. כאשר יולדת מקבלת אלחוש אפידורלי עליה לשכב בתנוחה מאוזנת והיא אינה יכולה לנוע בחופשיות. מחקרים מראים שהחופש לנוע בזמן הלידה דווקא מקדם את הלידה, ואילו שכיבה בזמן הצירים נמצאה במתאם עם לידות ארוכות וקשות יותר.<sup>24</sup>

כמו כן, עקב חוסר התחושה בשלב השני – שלב יציאת העובר – לעיתים היולדת מתקשה לדחוף את התינוק החוצה דרך תעלת הלידה, מה שעלול להוביל ללידה מכשירנית ולחתך חיץ. לידות מכשירניות נמצאו במתאם עם חוויית לידה טראומטית, המסכנת את בריאותה הנפשית של היולדת לאחר הלידה. כמו כן, מלידה מכשירנית ומחתך חיץ קשה יותר להתאושש, גם מבחינה פיזית.<sup>25</sup>

תנחות השכיבה על הגב מועדפת בקרב הצוות הרפואי, משום שכך קל יותר ליילד את היולדת. אולם מחקרים מראים שיציאת העובר קלה יותר בתנחות זקופות או בתנחות כריעה. תנחות לידה זקופות מאפשרות תזווה של עצמות האגן, כך שהלידה מהירה יותר, כואבת פחות, ופחות מועדת לסיבוכים.<sup>26</sup> גם כאן, אפשר לראות שהנחות וההעדפות של הצוות הרפואי מקבלות עדיפות על פני רצונותיה של היולדת או טובתה הפיזיולוגית והפסיכולוגית.<sup>27</sup>

מהדוגמאות הללו – שימוש נרחב בפיטוצין כמזרז לידה ובאפידורל כמשכך כאבים, והעדפת תנחות לידה שנוחה לצוות – אפשר לגזור הנחה לגבי היחס ליולדת בחדר לידה טיפוסי: היולדת נתפסת כרחם יולד, חלק גוף שיש ליילד אותו. בדגש על "ליילד". היולדת שוכבת במצב פסיבי, מאולחשת ומשותקת, וממתינה ליילוד על ידי הצוות הרפואי. מעודדים אותה לקחת אפידורל כדי שתהיה שקטה, לא תרגיש ולא תפריע לתהליך. גם במובן הזה היא הופכת לאובייקט יותר מאשר סובייקט – חלק גוף מיולד ופסיבי.

בהקשר זה ראוי לציין את שרה כהן שבוט, פילוסופית פמיניסטית, שטוענת שגוף נשי יולד חזק ופעיל, שאינו נכנע ואינו ממושטר, גם מאתגר מודלים קיימים של נשיות. הלידה המדיקלית אינה יכולה לקבל את היולדת כסובייקט, לא רק משום שהמדע נוטה "לנקות" ולהפוך את הכול לפשוט וסטרילי, אלא בעיקר משום שלידה שאינה מאולחשת היא לא נשית אלא קולנית ולא מסודרת, אך המערכת הרפואית הפטריארכלית מתקשה לשאת נשים "לא נשיות". לכן נשים "מוחזרות למקומן" והגוף שלהן עובר משמוע: הגוף היולד נהפך לגוף כנוע ששוכב על המיטה ומחכה ל"הצלחה". במילים אחרות, על פי כהן שבוט, מעבר לאופן שבו מדיקליזציה רואה גופים מסתתרים גם עיקרון מיוגני.<sup>28</sup>

### 1.3 ההיבט המושגי: על מובן והוראה של שני רפלקסים

דוגמה מושגית מהספרות המיילדותית המקצועית חושפת את הבלבול של המיילדות המודרנית בהקשר של יולדת כסובייקט מול יולדת כאובייקט. לשם כך, דהאן ואודנט<sup>29</sup> משווים בין שני מושגים המתארים רפלקסים נוירו-פיזיולוגיים בשלב שבו התינוק יוצא מתעלת הלידה אל העולם: רפלקס פרגוסון ורפלקס פליטת העובר.

רפלקס פרגוסון התגלה בשנת 1941. פרגוסון ביצע את מחקרו בארנבות חסרות הכרה, ומצא רפלקס הקושר בין פליטת ההורמון אוקסיטוצין לבין התכווצות הרחם ויציאת העובר.<sup>30</sup> לעומת זאת, רפלקס פליטת העובר הוא מונח שטבעה בסוף שנות השישים ניילס ניוטון. יחד עם עמיתה ביצעה ניוטון מחקר בעכברות בהכרה. קבוצה אחת של עכברות ממליטות הושמו בסביבה חשוכה ומוכרת להן. הקבוצה השנייה הושמה במכלי זכוכית לא מוכרים, חשופים ומוארים. ניוטון ועמיתה מצאו כי העכברות בקבוצה הראשונה המליטו תוך סדרה של התכווצויות מהירות שהובילו לפליטה מהירה של העוברים. בכלוב השני היו פחות המלטות מוצלחות, והן היו איטיות יותר.<sup>31</sup>

גם מתיאור שטחי זה אפשר להבין שהמושג הראשון, רפלקס פרגוסון, מתייחס ליולדת כאל אובייקט ביו-מכני יולד, כאילו הייתה ארנבת חסרת הכרה. כדי ללדת צריך איברים: רחם ומוח שמפריש אוקסיטוצין. המושג השני, רפלקס פליטת העובר, מתייחס ליולדת כאל סובייקט יולד, כיוון שהיא יולדת בהכרה מלאה ומושפעת מגורמים מנטליים וסביבתיים. יתרה מזאת, מצב מנטלי ספציפי של היולדת הוא תנאי הכרחי להופעת רפלקס פליטת העובר. מכאן שהיולדת כסובייקט כלולה במשמעות של רפלקס פליטת העובר.

אודנט<sup>32</sup> מציין שצוותים רפואיים לא רק אינם מכירים היטב את המושג "רפלקס פליטת העובר", אלא גם שהתנאים בחדרי הלידה המודרניים אינם מאפשרים את הופעתו.<sup>33</sup> יתרה מזו, על פי דהאן ואודנט,<sup>34</sup> בפעמים המעטות שבהן רפלקס פליטת העובר נזכר בספרות המיילדותית המקצועית, הוא מופיע כמושג נרדף לרפלקס פרגוסון. במילים אחרות, הספרות העכשווית מתייחסת לשני המושגים הללו כאילו הם מציינים אותה תופעה בעולם. אולם לא רק ששני המושגים מתייחסים לתופעות שונות לחלוטין בלידה, אלא הם גם מייצגים את היולדת באופן שונה מהותית, ומבחינה פילוסופית יש להם מובנים שונים לחלוטין. בעוד רפלקס פרגוסון מתייחס לאישה היולדת כאל גוף ביו-מכני בלבד, מעין אובייקט יולד, רפלקס פליטת העובר אינו מתעלם ממצב התודעה המיוחד של נשים במהלך הלידה, ומתייחס לאישה היולדת כאל סובייקט יולד. יתרה מזו, האחרון מכיר בעובדה שהלידה היא אירוע פסיכו-פיזי וסוציאלי מורכב.

הבלבול המושגי הזה אינו רק עניין פילוסופי, אלא עשויות להיות לו השלכות מעשיות בחדר הלידה. היחס ליולדת כאל אובייקט יולד מוביל במקרים רבים לניהול כושל של הלידה ולהשלכות קריטיות, נפשיות ופיזיולוגיות על היולדת.

משלושת הסעיפים האחרונים, נראה כי אמת יסודית היא שיולדת היא סובייקט בתהליך של לידה, ועובדה אמפירית היא שמצבים מנטליים וסביבתיים משפיעים על מצבו הפיזיולוגי והפונקציונלי של הסובייקט. אולם נדמה שבפועל, הפרקטיקה המיילדותית מתעלמת הן מהאמת היסודית שהיולדת היא סובייקט, והן ממצאים אמפיריים על גורמים מנטליים וסביבתיים שיכולים לעכב לידה ולחייב התערבות רפואית. המיילדות המודרנית מתייחסת ל"יולדת" כאל אובייקט הנמצא בתהליך של לידה, או כאל חלק גוף (או חלקי גוף: הרחם ותעלת הלידה) שאמור להיות מיולד (בצורה פחות או יותר סבילה).

1.4 ההיבט הרפואי-מחקרי: מדוע אין הצלחה בהקטנת שיעורי הניתוחים הקיסריים? דוגמה מעניינת ועכשווית לנושא זה אפשר למצוא בדיון שמתקיים בימים אלה בספרות המיילדות המקצועית. חלק ניכר מגיליון אפריל של כתב העת BJOG<sup>35</sup> הוקדש לשאלה מדוע, למרות המלצות חוזרות ונשנות של ארגון הבריאות העולמי, אין מצליחים להקטין את שיעורי הניתוחים הקיסריים.<sup>36</sup> התשובות שמספקים המאמרים השונים בגיליון מתנקזות לשתי סיבות עיקריות. האחת היא שנשים בימינו מפחדות לנסות ללדת בלידה נרתיקית, ומעדיפות, בניגוד להמלצות הרופאים, לקבוע ניתוח קיסרי אלקטיבי; הסיבה השנייה לעלייה בשיעור הניתוחים הקיסריים היא מגפת ההשמנה בעולם המערבי. כיוון שיש יותר נשים עם השמנת יתר, ויש רופאים שסבורים שניטור נשים עם עודף שומן קשה עד בלתי אפשרי במהלך לידה וגנינלית, ההמלצה הרווחת היא לקבוע ניתוח מראש בלי אפילו לנסות ללדת לידה נרתיקית.

התמונה העולה מהתשובות הללו היא שהפגום והדורש תיקון הוא הנשים עצמן, ולא הפרקטיקה הרפואית, התרבות,<sup>37</sup> חוסר מחקר או ידע מדעי או כל גורם אחר. קשה להתחמק מתרגום בוטה של התשובה לעלייה במספר הניתוחים הקיסריים, על פי המאמרים בגיליון זה: נשים הן פחדניות וחסרות ביטחון,<sup>38</sup> או שהן שמנות.

מצד אחד, למרות התמונה הלא מחמיאה, נשים מצטיירות כאן דווקא כסובייקט. אמנם סובייקט פחדן ולא רציונלי, אבל עדיין סובייקט. במילים אחרות: סובייקט פגום.<sup>39</sup> במובלע, אפשר לראות כאן את ההנחה הסמויה שמסתתרת בתוך התיאור: בהחלטה המודעת לבחור בניתוח מתוכנן מראש להוצאת התינוק מהרחם מסתתרת הנחה לגבי רצונו של הסובייקט עצמו להפוך לאובייקט בזמן הלידה – לבחור בלידה מאולחשת ופסיבית.

אולם כמו שסובייקט הופך לאובייקט ברפואה המיילדותית, גם ה"לא רציונלי" עשוי להפוך דווקא לרציונלי כשמביטים במציאות באופן ביקורתי. אם אישה מפחדת ללדת לידה נרתיקית מדיקלית, כמו זו שרווחת במערב, משום שלידה כזו נחשבת בצדק לאירוע טראומטי, ולכן היא מעדיפה לקבוע תור לניתוח קיסרי אלקטיבי, הבחירה שלה היא במונח מסוים רציונלית. האישה לוקחת אחריות ותובעת לעצמה את השליטה בגורלה ובלידה שלה. לאור הקשר שנמצא בין אלחוש אפידורלי ללידות מכשירניות וניתוחים קיסריים דחופים<sup>40</sup> – לידות שנמצא מתאם ביניהן ובין מצב נפשי רעוע, דיכאון ופוסט-טראומה לאחר הלידה,<sup>41</sup> וגוררות התאוששות פיזיולוגית מאתגרת יותר, למשל במונחים של בריאות רצפת האגן במקרים של חתך חיץ<sup>42</sup> – התוצאות הפיזיות והנפשיות של לידה קיסרית אלקטיבית עשויות להיות עדיפות על פני תוצאותיו של ניתוח קיסרי לא מתוכנן או לידה מכשירנית.

דוגמה זו ממחישה שגם בדיונים על הפחתת שיעורי הניתוחים הקיסריים, הדיון על נשים יולדות נעשה מתוך ראייה צרה ושטחית, ובעיקר בלי לראות בהן סובייקט בתוך התרחשות רחבה יותר של קשת האירועים הקשורים ללידה. האחריות לעלייה בשיעור הניתוחים הקיסריים מוטלת על הנשים בלבד: הפחדנות שלהן וחוסר הביטחון שלהן, חוסר הרציונליות שלהן או עודף השומן שלהן. את ההעדפה לבחור מתוכנן מראש מסווגים כפחד מלידה פיזיולוגית, בלי לדון לעומק מה

עשויים להיות הגורמים לפחד כזה ומה אפשר לשנות בפרקטיקה המיילדותית כדי למנוע או לשכך אותו. במילים אחרות, אין הסתכלות פנימה אל תוך המערכת הרפואית כדי לנסות להבין אם משהו בפרדיגמה הרפואית עצמה מצריך שינוי.

1.5 ההיבט הפסיכיאטרי: ההצעה לצמצם את הסובייקט כדי למנוע פוסט-טראומה נקודת מבט אחרת על המתח בין הסובייקט לאובייקט בהקשר של "יולדות" הוא הדיון על פוסט-טראומה לאחר לידה בספרות הפסיכיאטרית.

פוסט-טראומה לאור אירוע הלידה היא תופעה רווחת, ושיעוריה נמצאים בעלייה מתמדת.<sup>43</sup> עולה השאלה כיצד אפשר למנוע פוסט-טראומה.<sup>44</sup> הפתרונות המקובלים הם סינון נשים המועדות לפורענות, הן לפני הלידה והן מיד אחריה, והפחתת הציפיות של נשים באופן כללי מאירוע הלידה, כיוון שיש הסבורים שפוסט-טראומה עשויה לנבוע מציפיות לא-ריאליות של נשים מהלידה.<sup>45</sup> אחד הפתרונות המוצעים להפחתת הסיכוי לפוסט-טראומה לאחר לידה הוא אפוא לחנך נשים להגיע ללידה כאשר הן פתוחות לכל התרחשות (במילים אחרות, פתוחות לאירוע טראומטי), כיוון שאי אפשר לצפות את מהלך הלידה.<sup>46</sup>

במילים אחרות, כדי להקטין את הסיכון לפוסט-טראומה לאחר הלידה, על היולדת להגיע ללידה עם כמה שפחות ציפיות, תקוות ורצונות. מה נותר אפוא מהסובייקט אם מרוקנים אותו מרצונותיו וציפיותיו? בתרגום למונחי סובייקט/אובייקט, מדובר במזעור ממדיו של הסובייקט. הסובייקט הופך להיות דומה יותר לאובייקט – נתון לשליטת הצוות הרפואי ונסיבות הגורל שלא ניתן לשלוט בהן. אפשר לומר שהדרישה שהיולדת תפקיד את גופה בידי הצוות תוך כדי צמצום עולמה המנטלי ככל האפשר ניתנת לתרגום במונחים פסיכו-פיזיים כדרישה להיחפך לאובייקט, לפחות כל עוד נמשכת הלידה.

לצד ההצעה הלא-ריאלית והמקוממת מבחינה מוסרית לצמצם את קיומה הסובייקטיבי של היולדת במהלך הלידה, אתמקד כאן בפן מבוסס העובדות, שכן יש דבר חשוב מאוד שאפשר לומר על הצעה מטרידה זו. השאלה היא אם טראומה אכן נגרמת מציפיות לא ריאליות, או שסביר יותר שהיא נגרמת מאירוע טראומטי. נדמה שבכל האמור בספרות הכללית על טראומה – למשל כתוצאה מתקיפה מינית או מהלם קרב – אין עוררין על כך ששורשיה של טראומה נטועים באירוע טראומטי. לצערנו, תקיפות מיניות רווחות בחברה שלנו, וכך גם פוסט-טראומה על רקע תקיפה מינית. עם זאת, נדמה שמעולם לא הוצע לנשים (במחקר או בשיח הפופולרי) להתגונן מפני טראומה מתקיפה מינית על ידי הפחתת הציפייה שלא להיות מותקפת מינית. באקלים הנוכחי, סביר שלא יהיה אפשר להתייחס ברצינות להצעה שכל הנשים אמורות לצפות או להכין את עצמן לאירוע של תקיפה מינית על מנת שלא לפתח פוסט-טראומה במקרה שיותקפו. הצעה כזו תהיה אבסורדית, אולם בדיונים על פוסט-טראומה בהקשר של לידה, ההצעה הזאת רווחת, לא רק בשיח הפופולרי<sup>47</sup> אלא גם בספרות המדעית.

על פי השכל הישר, טראומה נגרמת בראש ובראשונה מאירוע טראומטי, ולא בגלל ציפיות ורצונות

של אדם כלשהו לחווייה חיובית. אם כך הדבר, סביר שפשוט יותר לעשות את המיטב כדי למנוע טראומה מלכתחילה, במקום להשליך את מלוא האחריות על קורבן הטראומה ולהטיל עליה את המלאכה הקשה (והבלתי אפשרית למעשה) של הפיכה מסובייקט לאובייקט.

הדרישה לצמצם את הסובייקט כדי להימנע מפוסט-טראומה בעקבות אירוע טראומטי לא רק מקוממת, אלא גם לא זוכה לאישוש מחקרי. פרייס ואחרים, למשל, הצביעו על קשרים הדוקים בין התפיסות והאמונות הבסיסיות של נשים לגבי לידה לפני אירוע הלידה, ובין האופן שבו הן חוו את אופן הלידה ותוצאותיה. המסקנה המעשית של החוקרים הייתה שחיוק האמונה של נשים שגופן מסוגל ללדת עשוי להפחית את הפחד מפני הלידה ולהביא לירידה בשיעור ההתערבויות הרפואיות במהלכה.<sup>48</sup>

לכן, בניגוד להלוך הרוח המקובל בספרות הפסיכיאטרית על פוסט טראומה לאחר לידה, נראה שתשובה מתקבלת על הדעת עשויה להיות הפוכה: חיוק הסובייקטית היולדת ואמונתה בעצמה עשוי להביא ללידה התערבותית פחות, ולכן טראומטית פחות, ואילו הרחקת היולדת מעצמה, מרצונותיה ומאמונתה ביכולתה ללדת עלולה דווקא להביא לחרדה, ועל כן להתערבויות רפואיות, לעיתים טראומטיות (או לויתור מראש וקביעת ניתוח קיסרי מתוכנן).

## 2. ניווט הלידה על ידי סביבת לידה תומכת

בחלק הקודם הדגמתי שהיחס ליולדת כיום הוא דווקא כאל אובייקט יולד, ובמקרים מסוימים גם כאל סובייקט פגום. כלומר, גם כאשר מכירים בקיומה של היולדת כסובייקט, הסובייקטיביות של נשים יולדות פועלת כנגדן. זוהי השקפה מסולפת, שכן לא רק שהיולדת ומערכת הציפיות שלה, רצונותיה ואמונותיה (כלומר מצב התודעה שלה) עשויים לשפר את קידום הלידה, אלא שהסביבה הרפואית ויחסה ליולדת גם הוא גורם מרכזי בהתנהלות הלידה.

בשלהי שנות השמונים ציינה ניילס ניוטון, חוקרת לידות שטבעה לראשונה את המושג "רפלקס פליטת העובר", שלמרבה הצער, ההיבטים הפיזיולוגיים של ויסות הלידה וניהולה אינם מקבלים את תשומת הלב הראויה להם בספרות האקדמית. מניסיונה, היא כותבת, אין ספק שהתקדמות הלידה מאיטה במעבר מסביבה ביתית לסביבה של חדר לידה טיפוסי בבית חולים. היא קוראת לערוך מחקרים אמפיריים מבוקרים כדי להבין אילו גורמים סביבתיים מקדמים לידה, ומציינת את תקוותה לעתיד: שבעשור של שנות התשעים המיילדות המודרנית תצליח לקדם את הידע הזה ולעזור לנשים יולדות.<sup>49</sup>

תמונת המצב העולה מהחיבור הנוכחי מציירת תמונת מבט אופטימית הרבה פחות. נדמה שחזונה של ניוטון לא התממש במלואו. מצד אחד, מחקרים רבים חושפים את הגורמים הסביבתיים שמקדמים לידה,<sup>50</sup> אולם בפועל, בחדרי לידה טיפוסיים לא תמיד נעזרים בידע זה. הלידות הופכות מדיקליות יותר ויותר, התערבותיות יותר ויותר, ושיעור הניתוחים הקיסריים אינו יורד.<sup>51</sup> יתרה מזו, גילויים של בריאות נפשית לקויה לאחר הלידה, שיש להם קשר ברור למהלך הלידה ולשיטת הלידה,<sup>52</sup> הופכים רווחים יותר בעולם המערבי, ואם אין מטפלים בהם במהירות עלולות להיות להם השלכות שליליות על בריאות האם, על טיב הקשר בינה ובין תינוקה ועל הדינמיקה בתוך המשפחה.<sup>53</sup>

### 3. מיילדות מודרנית ו"פרס כף העץ"

שאלה שעולה מהניגוד שבין היולדת כסובייקט יולד לבין מה שקורה בפועל – היולדת כאובייקט יולד – היא עד כמה המיילדות, כענף ברפואה, מבוססת על עובדות. המיילדות המודרנית כבר הואשמה בכך בעבר: ב-1989 העניק ארגון קוקריין (Cochrane) את פרס כף העץ<sup>54</sup> למיילדות הרפואית על "יישום מוגבל של עדויות אמפיריות מבוססות-מחקר לפרקטיקה הקלינית".<sup>55</sup> מאז שבה ועולה בניסוחים שונים השאלה אם מיילדות היא פרקטיקה מבוססת עובדות.<sup>56</sup>

התשובה מורכבת. מצד אחד, ברור שהחלק הפתולוגי של המיילדות המודרנית, כלומר המחקר על לידות בסיכון, אינו ראוי לפרס כף העץ. המיילדות הפתולוגית, שרואה את היולדת כאובייקט יולד, רואה בלידה פונקציה שיש להשלים, וההצלחה נמדדת על פי לידות שמסתיימות באם ועובר חיים.<sup>57</sup> המחקר המתקדם מיושם בפרקטיקה. למשל, שיפור מתמיד חל בטכניקות של ניתוחים קיסריים, מניעת דימומים אחרי הלידה, מניעת ניתוח קיסרי על ידי מניפולציות הורמונליות, והתערבויות שונות כשהלידה לא מתקדמת באופן משביע רצון. ואכן, באופן כללי אפשר לומר שהתמותה של יולדות ויילודים בעולם המערבי ירדה וממשיכה לרדת.<sup>58</sup>

מצד שני, נראה שחלק אחר של הרפואה המיילדותית – זה שאמור לעסוק בעידוד לידות פיזיולוגיות, לפחות כשמדובר בלידות בסיכון נמוך (שהן רוב רובן של הלידות) ולנווט אותן לכיוון הפיזיולוגי, שבו ממעיטים בהתערבויות רפואיות – עדיין ראוי לפרס כף העץ, משום שהוא בקושי קיים.<sup>59</sup> התערבויות שגרתיות הן חלק מהפרוטוקולים המיילדותיים בחדרי לידה מערביים, והן הופכות כל לידה ללידה בסיכון. כל הלידות, גם לידות בסיכון נמוך שאינן פתולוגיות בהגדרה, מקבלות אותו יחס פונקציונלי ומכניסטי, ובכך הן לרוב גם הופכות לפתולוגיות. תופעה זו מכונה במאמרים רבים "מפל התערבויות" – גם התערבות קטנה ביותר כמו שכיבה על הגב לצורך ניטור מגבירה את הסיכוי לסיבוכים, ולכן גם את הצורך בהתערבויות נוספות, שגם הן מהוות קרקע להתערבויות אחרות (כגון פיטוצין ואפידורל). כך הופכת לידה נורמלית ללידה מדיקלית התערבותית (כגון לידות מכשירניות, חתכי חיץ, ולידות קיסריות לא מתוכננות).<sup>60</sup>

### 4. המעגל האפיסטמי של הלידה המודרנית: הצלת היולדת מהלידה

התפיסה הרפואית, המנותקת מהתודעה ומהגוף השלם, מזהה כאב עם סבל באופן אוטומטי, ורואה בלידה אירוע עם פוטנציאל סיכון גדול שיש למנוע באמצעות שליטה: ניטור מתמיד, השוואה לעקומות סטטיסטיות והתערבויות תכופות.<sup>61</sup> במובן זה, הפרספקטיבה של הרפואה המיילדותית רואה ביולדת יצור שאינו מסוגל להתמודד, ועל כן נזקק לעזרה ולהצלה. מתוך הפרדיגמה הספציפית הזו, קשה לראות שלעיתים דווקא הפרספקטיבה עצמה מייצרת את המצב שממנו יש להינצל. ברגע שמתרחש המצב שמחייב הצלה, ומתבצעת הצלה מדיקלית, מסופקת גם ההוכחה לכך שהפרדיגמה נכונה: לידה היא אירוע מסוכן, ולפיכך יש להציל את היולדת מהלידה. מסיפורי לידה כיום קשה מאוד לדעת מתי ההצלה באמת נדרשה ומתי היא הייתה תוצר של התערבות רפואית שהייתה יכולה להימנע מלכתחילה.<sup>62</sup>



מדובר במעגל אפיסטמי מרושע. מצד אחד אין להתכחש ליתרונותיה הרפואה המודרנית. למרבה המזל, רוב היולדות במאה ה-21 אינן יולדות במערה או בבית רעוע ללא חשמל ומים, בסביבה שאינה היגיינית, כשחיות טרף ופגעי מזג האוויר אורבים בכל מקום. ליולדות כיום יש הפריבילגיה ללדת בסביבה היגיינית ובטוחה, שבה במקרה הצורך יוכלו להיעזר בטכנולוגיה המתקדמת של רפואה מודרנית מבוססת-עובדות. מצד שני, נראה שלפחות בחלק מהמקרים של לידות בסיכון נמוך שמסתבכות, ייתכן שהסיכון נובע דווקא מסביבת הלידה המודרנית, המוארת, הרועשת והמלחיצה, שאינה מביאה בחשבון את הפן הפסיכו-פיזי והסוציאלי של הלידה – וההסתבכות מצריכה הצלה רפואית.

למקרים שבהם טיפול רפואי מייצר נזק שלא ביודעין מתייחסים כאל "יאטרוגניות".<sup>63</sup> ברפואה מקובל כיום שיש הכרח לזהות ולתקן מקרים של יאטרוגניות.<sup>64</sup> למרות זאת, התעלמות משיקולים יאטרוגניים עדיין נפוצה מאוד ככל שמדובר בנשים שמתלוננות על כאבים באיבר המין, אחרי לידה או בלי קשר ללידה.<sup>65</sup> בנוסף, המילה "יאטרוגניות" עולה רק לעיתים רחוקות בהקשר של התערבויות בלידה.<sup>66</sup>

במונחים פילוסופיים, אפשר לטעון שההתעלמות של המיילדות המודרנית מהסובייקטית היולדת יוצרת מעגל אפיסטמי: ככל שעולות ההתערבויות ההכרחיות, כך הפרדיגמה של לידה כאירוע מסוכן המחייב התערבויות רפואיות וניטור מתמיד מתחזקת, מתבססת ומצדיקה את עצמה. אולם האישה יולדת יחד עם גופה, מוחה ותודעתה. כל אלה שזורים יחדיו בצורה מורכבת ותנודתית, כך שכל הפרעה, חיצונית או פנימית, עשויה לפגוע בתהליך הלידה, ולכך עשויה להיות השפעה ניכרת על בריאותה הנפשית והפיזית.<sup>67</sup> כאמור, נראה שכל עוד היחס ללידה הוא פונקציונלי, מתמקד בחלקי גוף נפרדים ורואה ביולדת מעין רחם יולד, המטרה העיקרית של המיילדות המודרנית – לידה שמסתיימת באם ובעובר חיים – מקדשת את כל האמצעים, גם במחיר סיכון גופן ונפשו של יולדות. סביר אפוא להניח ששיעור ההתערבויות הרפואיות בלידה רק יגדל.<sup>68</sup> שיקולים בדבר מצבה הפיזי והנפשי של היולדת כתוצאה מהלידה כלל אינם חלק מהמשוואה. במילים אחרות, יאטרוגניות פסיכו-פיזית אינה חלק מהפרדיגמה המיילדותית כיום.

5. "תודעת לידה": על הדרישה להכיר ביולדת כסובייקט כדי לקדם לידה מיטבית אם היולדת היא סובייקט יולד, ואם הלידה היא אירוע פיזיולוגי המושפע ממצבה המנטלי והסביבתי, כפי שמחקרים רבים מדגימים – נדמה ששורש הפתרון מצוי בהפסקת ההתעלמות מהתודעה של היולדת, והפנמה של היותה סובייקט יולד.

הניתוח הנוכחי של המושג "יולדת" מצביע על כך שכדי להשיג את תוצאות לידה ראויות שמיטביות עם כל יולדת על פי צרכיה, נדרשת גישה ייחודית המביאה בחשבון את הקשר ההדוק בין גופה של היולדת, מוחה ותודעתה ובין הסביבה שבה היא נמצאת. כל ניסיון לנקות את אירוע הלידה ממאפיינים אלה, וכל התעלמות מהיולדת כסובייקט, במודע או שלא במודע, עשויים לחבל בלידה עצמה. במילים אחרות, המיילדות המודרנית תידרש להכניס את התודעה למשוואת הלידה.

אלא שהמיילדות המודרנית, כאמור, נשענת על פרדיגמות מדעיות אובייקטיביות, מדידות: גרפים, פתיחה של צוואר הרחם בסנטימטרים וסטטיסטיקה. האם הדרישה להכניס לפרדיגמה מכניסטית כזו גם מושגים מעורפלים של מצבי תודעה וחווית סובייקטיביות היא לגיטימית?

לכאורה מדובר בבעיה פילוסופית מוכרת: הקושי הבלתי נמנע בתרגום מונחים הקשורים לחוויה – שהיא תמיד סובייקטיבית ותמיד קשורה הדוקות לנקודת המבט הפרטית – למונחים מדעיים, שהם בהכרח כלליים, אובייקטיביים, מדידים, ואינם קשורים לנקודת מבט פרטית מסוימת.<sup>69</sup> למתקשים לשלב בין המדע ה"אובייקטיבי" לכאורה ובין מושגים סובייקטיביים כגון "תודעה" ו"סובייקט" אפשר להזכיר שמצב התודעה המיוחד הדרוש לקידום לידה פיזיולוגית ניתן לתרגום למונחים במדעי המוח ובביוכימיה. במילים אחרות, אין מדובר בזיהום של תחום מדעי בדעות, אינטואיציות או ידע "לא מדעי" אחר.

נשים במהלך לידה פיזיולוגית מדווחות לעיתים קרובות על תחושות ייחודיות של מעין נסיגה לעולם פנימי, התמקדות מנטלית ככל שהלידה מתקדמת, וכיבוי שאר העולם תוך כדי שחרור של פחדים וחרדות ותחושת כאב מופחתת. לאחרונה אופייין מצב תודעה מיוחד זה כמצב מעין-מדיטטיבי בשם "תודעת לידה",<sup>70</sup> המתאפיין בשיבוש תחושת הזמן, חוסר התמצאות במרחב, דיסוציאציה (ניתוק), וכן תחושה של "היות אחד עם העולם". נשים תיארו שמצב זה של ניתוק סייע להן להתרכז בלידה, הקל על כאבי הלידה והגביר את תחושת המסוגלות שלהן.<sup>71</sup>

על פי תיאורים נורופיזיולוגיות עכשוויות, יש מתאם כללי בין מצבי התודעה המיוחדים לירידה בפעילות של קליפת המוח הקדם-מצחית (Hypofrontality). לאור מתאם זה, ישנם חוקרי תודעה שסבורים שהגורם למאפיינים החווייתיים המיוחדים של מצבים כמו תחושת אופוריה, הפחתת בתחושות הכאב וחווית הניתוק מהסביבה הוא הירידה בפעילות קליפת המוח הקדם-מצחית.<sup>72</sup> ההשערה היא שלתודעת הלידה יש מנגנון מוחי דומה, כלומר שבזמן לידה טבעית חלה ירידה בפעילות של קליפת המוח הקדם-מצחית.<sup>73</sup>

בזמן לידה פיזיולוגית היולדת חווה כאב קיצוני, חריג ואקוטי, ומנגנון הפחתת הפעילות של קליפת המוח הקדם-מצחית נמצא במתאם עם הפחתת תחושת הכאב והפרשה של הורמונים מאלחשי כאבים.<sup>74</sup> מכיוון שפחד, לחץ וכאב חריף במהלך הלידה מנבאים תוצאות שליליות, כולל אי-התקדמות בלידה, לידות מכשירניות וניתוחי חירום קיסריים, המצב הייחודי של "תודעת לידה" מעלה את הסיכוי לתוצאות לידה מיטביות. היכולת להתנסות במצב תודעה מדיטטיבי כזה במהלך לידה פיזיולוגית נמצאה עקבית ונצפתה בקרב נשים בלי קשר להבדלים סוציו-אקונומיים, גיאוגרפיים ותרבותיים.<sup>75</sup> ממצאים אלה מצביעים על כך שהיכולת להתמודד ללא התערבות מדיקלית עם כאב במהלך הלידה בפרט, והתופעה של תודעת לידה בכלל, הן אוניברסליות. יתרה מזו, נראה שלתודעת לידה יש השפעה חיובית על מהלך הלידה הפיזיולוגית ותוצאותיה, וכיוון שמדובר בתופעה אוניברסלית וחוצת תרבויות, ייתכן שמדובר באדפטציה.<sup>76</sup>

ההשערה בדבר המנגנון המוחי שתומך בלידה מצביעה על ההכרח להשתחרר מעכבות כדי להפחית את פעילות האונה הקדם-מצחית ולקדם את הלידה.<sup>77</sup> אולם תחושות של בוש ומוכחה ידועות כגורם שמגביר עכבות בזמן לידה,<sup>78</sup> ובלידה מודרנית מדיקלית התחושות הללו נוכחות מאוד,

בין היתר כתוצאה מאלימות מיילדותית.<sup>79</sup> היות שהמנגנון המוחי המקדם לידה מושפע מגורמים סביבתיים, פסיכולוגיים וחברתיים,<sup>80</sup> כדי לאפשר לידה פיזיולוגית יש גם להכיר באופן אקטיבי בתודעת היולדת וביולדת כסובייקט.

## 6. סגירת מרכזי הלידה בישראל כעוול משולש

בד בבד עם ההבנה המדעית והחברתית שתהליך הלידה מושפע מגורמים פסיכו-סוציאליים וסביבתיים, מרכזי הלידה בישראל נסגרו בצו משרד הבריאות בשנת 2017, ובכך נסתם הגולל על חופש הבחירה של נשים (בהריונות בסיכון נמוך) היכן ללדת.<sup>81</sup> מרכזי לידה הם מקומות מוסדרים, עם צוות של מיילדות ולעיתים רופאים, שמיועדים לנשים המעוניינות בלידה פיזיולוגית. הם מכירים בכך שברוב המקרים לידה כזאת מיטיבה מבחינה פיזית ונפשית עם היולדת והיילוד, וכן באספקטים הסביבתיים, המנטליים והחברתיים שמשפיעים על מהלך הלידה, ונעזרים בהם כדי לנווט את הלידה לכיוון הפיזיולוגי הדורש כמה שפחות התערבויות רפואיות. במונחי אובייקט/סובייקט, אלו הם מקומות שמכירים ביולדת כסובייקט יולד, וממוקמים בקרבת בתי חולים, למקרה שיהיה צורך בפניו דחוף לצורך התערבות רפואית. מרכזי לידה מהווים בחירה לגיטימית לנשים ברחבי העולם, על פי העדפותיהן.<sup>82</sup> ב-2018 נדחו שתי עתירות בנושא סגירת מרכזי הלידה. השופטים קבעו כי "יש להעדיף את מניעת הסיכון ליולדות וליילודים על הפגיעה ברצון היולדות."<sup>83</sup>

מדובר בעוול משולש. העוול הראשון הוא ההתייחסות של משרד הבריאות ובית המשפט ליולדות כאל אובייקטים שאפשר לבטל את רצונן ולהתעלם ממנו ככל שהדבר נוגע באירוע הלידה. העוול השני הוא שדבר זה נעשה על סמך עובדות שגויות שאפשר להפריך בקלות, שכן מחקרים עדכניים רבים תומכים בסברה שלידה במרכז לידה או לידת בית בהיריון בסיכון נמוך אינן מסכנות את האם ואת העובר יותר מאשר לידה בבית חולים.<sup>84</sup>

העוול השלישי הוא אי-צדק מתגלגל. סגירת מרכזי הלידה, ואי-תקצובם מלכתחילה, הופכים את בתי החולים למונופול בנושא הלידה ואת היולדות לקהל שבוי. בעולם אידיאלי, שרואה בלידה תהליך פיזיולוגי ופסיכו-סוציאלי מורכב ומכיר ביולדת כסובייקט יולד, מרכזי לידות מחוץ לבתי החולים היו מתוקצבים בדיוק כמו לידות בבית חולים, והדבר היה מאפשר לנשים הרות בחירה אמיתית. התוצאה עשויה הייתה להיות אחת מהשתיים, או שתיהן גם יחד: האחת היא חלוקה טבעית בין יולדות שמעוניינות בלידה פיזיולוגית, שיבחרו ללדת במרכזי לידה, ובין יולדות שמעוניינות בלידה מדיקלית, שיבחרו בלידה בבית חולים. במצב הקיים, הבחירה נשללה מיולדות (כאמור שלילת חופש הבחירה מהווה עוד אישוש לכך שהן "אובייקט" בפני המערכת). תוצאה אפשרית אחרת הייתה יצירת תחרות בריאה על יולדות. ייתכן שעקב המעבר של חלק מהיולדות מבתי החולים אל מרכזי הלידה, בתי החולים היו נאלצים להכיר ביתרונותיה של לידה פיזיולוגית ובתנאים הקיימים במרכזי לידה המאפשרים לידה כזו, ועל כן היו פועלים כדי לספק תנאים כאלה גם בחדרי הלידה בבתי החולים. כלומר, תחרות בריאה הייתה עשויה לדחוף בתי חולים להכיר בתהליך הלידה כתהליך פסיכו-פיזי וסוציאלי-סביבתי. במקרה כזה, אולי בתי החולים היו עושים מאמץ אמיתי להיענות לצורכי היולדות במהלך הלידה, מבחינת ניהול הלידה והיחס ליולדת.<sup>85</sup>

## 7. סיכום – "יולדת": הגדרה קונטינגנטית

מכאן, כרגע ההגדרה המדויקת ביותר למושג "יולדת" היא להלן:

על פי השכל הישר, סטנדרטיים אתיים של המאה ה-21, ומגוון מחקרים מבוססים אמפירית, יולדת היא סובייקט יולד. אולם בחדרי לידה טיפוסיים, בחקיקה ובבתי המשפט, וגם כחלק מפרדיגמות מדעיות בתחומים שונים, היחס ליולדת הוא לרוב כאל אובייקט מיולד (או כאל סובייקט פגום).

מבחינה כלכלית, פוליטית ומעשית, האישה כאובייקט יולד מייצגת שמירה על המצב הקיים: רווח כספי של בתי החולים בלי שיהיה עליהם להתחרות במרכזי לידה טבעיים, ויולדות שמצופה מהן להיות כנועות ופסיביות, ועל כן – לפחות על פי הפרדיגמה הרפואית – נוחות יותר ליילוד. יתרה מזו, אף שאי-צדק זה עולה שוב ושוב בעשרות השנים האחרונות במגוון היבטים (מחקריים, משפטיים ומגדריים), המצב הקיים נותר על כנו. את זאת ניתן לכוון בפשטות: דוגמה מעשית לגלגולו של אי-צדק. יולדות, שהן בהכרח סובייקט יולד, משלמות כיום מחיר כבד, בגופן ובנפשן, על אי-צדק זה.

## הערות

1. דה בובאר מתארת את נחיתותן המעמדית של נשים לאורך ההיסטוריה במגוון היבטים. למשל, האימהות כובלת, מרתקת את האישה לגופה, ובכך גם מאפשרת ומחזקת את השליטה הפטריאכלית בה. ראו סימון דה בובאר, המין השני, כרך ראשון – העובדות והמיתוסים, תרגמה שרון פרמינגר (תל אביב: הוצאת בבל, 2001).

2. שם.

3. בפועל בחדרי לידה, בתחומים מדעיים שונים, וגם בבתי המשפט, מבחינה פוליטית-כלכלית.

4. פילוסופיה של המדע, ובפרט פילוסופיה של הנפש.

5. Katherine Kissler, J. Jones, A.K. McFarland & J. Luchsinger, "A Qualitative Meta-Synthesis of Women's Experiences of Labor Dystocia," *Women and Birth*, 33 (2020): e332–e338.

6. Sharon Dekel, T. Ein-Dor, Z. Berman, I.S. Barsoumian, S. Agarwal, & R.K Pitman, "Delivery Mode Is Associated With Maternal Mental Health Following Childbirth," *Archives of Women's Mental Health*, 22 (2019): 817–824. (להלן "Delivery Mode" (Dekel et als.).

7. כגון ה-SOGC בקנדה וה-ACOG בארצות הברית.

8. Sinead Dufour, S. Dickie, R. Grubb, V. Jelilyan, J. Spreckley, & A. Young, "Pain Neuroscience Education to Support Birth: A Feasibility Study," *International Journal of Women's Health Care*, 3 (2018): 1–6.

9. טעון, מכיוון שדיונים על לידה וסיפורים אישיים על לידות נדמים לעיתים כשדה קרב פוליטי ומעוררים רגשות והתנגדויות מכיוונים רבים. ראו למשל אצל Heyes: "When the pain concerned is childbirth, telling one's story is even harder: this is a political battleground, with all manner of actors vying to make sense of someone else's experience for their own ends," in Cressida J. Heyes,

*Anaesthetics of Existence: Essays on Experience at the Edge* (Durham & London: Duke University Press, 2020), 127

10. למשל, בחברה הישראלית, הכאת נשים הוגדרה רק באמצע שנות השבעים כסטייה וכבעיה חברתית, וגם כיום היא נתפסת לא פעם כ"סטייה נורמטיבית". ראו נעמי גל, אלימות נגד נשים (תל אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד, 2003). אפשר להשוות גם למחקרה של יהודית רומני וגנר, משפטנית וחוקרת מעמד האישה במשנה, שמדגימה כיצד היחס לנשים במשנה הוא לעיתים כאל "מיטלטלין" ולעיתים כאל "אדם", ומפרשת זאת במונחים של שליטה פטריארכלית בתפקודי הרבייה הנשית. ראו Judith Romney Wegner, *Chattel or Person?: The Status of Women in the Mishnah* (Oxford: Oxford University Press, 1992)

11. מובן שאין על כך ויכוח. אפילו לגבי בעלי חיים, בכנס מיוחד על תודעה של בעלי חיים שאינם אנושיים שהתקיים ב-2012 בקיימברידג', הכריזה "הצהרות התודעה של קיימברידג'" שבעלי חיים הם סובייקטים בעלי תודעה. ראו Philip Low, J. Panksepp, D. Reiss, D. Edelman, B. Van Swinderen, & C. Koch, The Cambridge declaration on consciousness, in *Francis Crick Memorial Conference*, Cambridge, England (pp. 1–2), July 2012

12. ראו למשל בפרסומים הנבחרים הללו: Lauren Jansen, M. Gibson, B.C. Bowles, & J. Leach, "First Do No Harm: Interventions During Childbirth," *The Journal of Perinatal Education*, 22 (2013): 83–92 (להלן "First Do No Harm" (Jansen et als.); Maree Stenglin & Maralyn Foureur, "Designing Out the Fear Cascade to Increase the Likelihood of Normal Birth," *Midwifery*, 29 (2013): 819–825

13. עובדה זו מקובלת מפרספקטיבה פסיכולוגית: Orli Dahan, "Birthing consciousness: A Lacuna in Evolutionary Psychological Science," *New Ideas in Psychology*, 60 (2021): 100822 (להלן "Birthing Consciousness" (Dahan, "Birthing Consciousness" Sara Cohen); Shabot, "We Birth With Others: Towards a Beauvoirian Understanding of Obstetric Violence," *European Journal of Women's Studies*, (2020): 1350506820919474

14. ראו סקירה של ארגון קוקריין: Meghan A. Bohren, G. J. Hofmeyr, C. Sakala, R.K. Fukuzawa & A. Cuthbert, "Continuous Support for Women During Childbirth," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2017)

15. ראו Hannah Dahlen, "It Is Time to Consider Labour Companionship As A Human Rights Issue," *Evidence-Based Nursing*, 23 (2020): 78–78

16. לסקירה של מאמרים אלה ראו Orli Dahan, "The Riddle of the Extreme Ends of the Birth Experience: Birthing Consciousness and Its Fragility," *Current Psychology*, (2021): 1–11 (להלן "The Riddle" (Dahan, "The Riddle")

17. מובן ששונות רבה קיימת גם במרחבי לידה בעולם המערבי, וגם במקומות מערביים פחות. אולם לשם הפשטות בחרתי לחתוך בצורה דיכוטומית בין המיילדות המודרנית הטכנולוגית, המיוצגת על ידי הגישה המדיקלית-התערבותית, לבין מרחבי לידה בגישות התערבותיות פחות (ולא משנה היכן הם נמצאים

גיאוגרפית). למשל, בספרה של האנתרופולוגית והדולה ציפי מונט מודגם המגוון הגדול בין מרחבי לידה וגישות לידה במיקומים גיאוגרפיים שונים: ציפי מונט, סודות הלידה: ידע קדום בעולם מודרני (מודיעין: כנרת זמורה דביר, 2018).

18 בחיבור זה אין כוונתי להרחיב בנושא האלימות המיילדותית, משום שכוונתי היא דווקא לבחון את המושג "יולדת" בהיבט רחב יותר, הקשור לפילוסופיה של המדע וחקר התודעה, ולהראות כיצד היבטים אלה עשויים להיות מוקד למחשבה ביקורתית ופוליטית. בניגוד לדיונים על אלימות מיילדותית, נושאים אלה רווחים פחות בספרות על מיילדות. כמובן, ייתכן שחלק מהנקודות בחיבור הנוכחי הן חלק מהגורמים לאלימות מיילדותית – ברור שהיחס ליולדת כאל אובייקט יולד מייתר את הצורך להקשיב לה ולהתחשב ברצונותיה. אפשר שהשורשים העמוקים של האלימות המיילדותית והאי-צדק האפיסטמי בתחום המיילדות והגיניקולוגיה נטועים גם ביסודות התיאורטיים הפרדיגמטיים של מדע המיילדות עצמו, כפי שאראה בהמשך, ולכן יש חשיבות להרחבת הדיון המדעי. לספרות עדכנית בנושא אלימות מיילדותית מנקודת מבט פמיניסטית ביקורתית ראו Sara Cohen Shabot & Keshet Korem, "Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence," *Hypatia*, 33 (2018): 384–401; S. C. Shabot, "'Amigas, Sisters: We're Being Gaslighted': Obstetric Violence and Epistemic Injustice," in *Childbirth, Vulnerability and Law*, eds. Camilla Pickles & Jonathan Herring (New York: Routledge, 2020), 14–29.

19 Emily Martin, *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction* (Beacon Press: Boston, 1987); A. Rich, *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution* (New York and London: Norton, 1986).

20. Michel Odent, *The Future of Homo* (Singapore: World Scientific, 2019).

21 Kerstin Uvnäs-Moberg, A. Ekström-Bergström, M. Berg, S. Buckley, Z. Pajalic, E. Hadjigeorgiou & C.M. Magistretti, "Maternal Plasma Levels of Oxytocin During Physiological Childbirth — A Systematic Review with Implications for Uterine Contractions and Central Actions of Oxytocin," *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19 (2019): 285

Judith A. Lothian, "Do Not Disturb: The Importance of Privacy in Labor," *The Journal of Perinatal Education*, 13 (2004): 4–6

23. Christophe Clesse, J. Lighezzolo-Alnot, S. De Lavergne, S. Hamlin & M. Scheffler, "The Evolution of Birth Medicalisation: A Systematic Review," *Midwifery*, 66 (2018): 161–167

24 Ana Pilar Betrán, M. Temmerman, C. Kingdon, M. Mohiddin, N. Opiyo, M/R. Torloni, ... & S. Downe, "Interventions to Reduce Unnecessary Caesarean Sections in Healthy Women and Babies," *The Lancet*, 392 (2018): 1358-1368  
 ("Sections Caesarean Unnecessary to Reduce

25. Dekel et al., "Delivery Mode"

26. Jean Sutton, "Birth without Active Pushing," *Practising Midwife*, 3 (2000): 32–35

27. בהקשר זה, יש הטוענים שניהול שלב יציאת העובר בלידה מתבצע פעמים רבות על סמך פרוטוקולים מיילדותיים שאינם מבוססים על עובדות. עוד על כך בהמשך. ראו Mary Lou Kopas, "A Review of Evidence-Based Practices for Management of The Second Stage of Labor," *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59 (2014): 264–276.
28. להרחבה בנושא ראו Sara Cohen Shabot, "Making Loud Bodies 'Feminine': A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence," *Human Studies*, 39 (2016).
29. מתוך מאמר בשיפוט: Orli Dahan & Michel Odent, "Not Just Mechanical Birthing Bodies: The Ramifications of a Misunderstanding of Second Stage Birth Reflexes" (*Under Review*) (להלן "Dahan & Odent, 'Not Just Mechanical Birthing Bodies'").
30. James Ferguson, "A Study of The Motility of The Intact Uterus at Term," *Surg Gynecol Obstet*, 73 (1941): 359–366.
31. ראו למשל Niles Newton, Donald Foshee & Michael Newton, "Experimental Inhibition of Labor Through Environmental Disturbance," *Obstetrics & Gynecology*, 27 (1966a): 371–377.
- Niles Newton, Donald Foshee & Michael Newton, "Parturient Mice: Effect of Environment on Labor," *Science*, 151 (1966b): 1560–1561; Niles Newton, Dudley Peeler & Michael Newton, "Effect of Disturbance on Labor: An Experiment with 100 Mice with Dated Pregnancies," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 101 (1968): 1096–1102.
32. Michel Odent, *The Functions of The Orgasms: The Highways to Transcendence* (London: Pinter & Martin Publishers, 2009).
33. כיוון שלידה בחדר לידה טיפוסי דומה יותר ללידה בכלוב זכוכית קר ומואר מאשר לסביבה מוכרת, נעימה ואפולית.
34. Orli Dahan & Michel Odent, "Not Just Mechanical Birthing Bodies".
35. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology של ה-Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
36. Patrick Chien, "Global Rising Rates of Caesarean Sections," *BJOG*, 128 (2021): 781–782.
37. נמצא כי התיאורים הרווחים של לידה במדיה הפופולרית מנציחים את הגישה הרפואית ללידה, בעוד לידות פיזיולוגיות נעדרות ממנה בדרך כלל. ראו למשל Ann Luce, M. Cash, V. Hundley, H. Cheyne, E. Van Teijlingen & C. Angell, "Is It Realistic?" The Portrayal of Pregnancy and Childbirth in The Media," *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16 (2016): 40–50.
38. אם להיות בוטה יותר, אפשר לומר שנשים שמעוניינות בניתוח קיסרי אלקטיבי גם אינן רציונליות במיוחד, היות שהן מסרבות להקשיב לעצת הרופאים לנסות ללדת לידה נרתיקית. עם זאת, ברור שהתמונה מורכבת עוד יותר, שכן רופאים רבים מתנגדים לביצוע ניתוחים קיסריים רק על סמך רצון היולדת, אולם מנגד יש גם אינטרסים כלכליים ואחרים, כמו נוחות הרופאים בביצוע לידה קיסרית מתוכננת לעומת האי-ודאות והמתח



- (של הרופאים עצמם) במהלך לידה פיזיולוגית. להרחבה בנושא ראו ספרה של אומי לייסנר, כריית נשים יולדות: כלכלת הלידה בישראל (תל אביב: רסלינג, 2018), 117–125 (להלן לייסנר, כריית נשים יולדות).
39. ב-1987 הייתה אמילי מרטין מההוגות הראשונות שדיברו נגד המדיקליזציה של הלידה, והצביעו כל כך שהרפואה המיילדותית המודרנית מתייחסת אל יולדות כאל נשים פגומות, שאינן מסוגלות ללדת ללא עזרה. ראו Emily Martin, *The Woman in The Body: A Cultural Analysis of Reproduction* (Beacon Press: Boston, 1987).
40. Betrán et al., “Interventions to Reduce Unnecessary Caesarean Sections”.
41. Dekel et al., “Delivery Mode is Associated with Maternal Mental Health Following Childbirth”.
42. Lena Sagi-Dain, I. Kreinin-Bleicher, R. Bahous, N. Gur Arye, T. Shema, A. Eshel, ... & S. Sagi, “Is It Time to Abandon Episiotomy Use? A Randomized Controlled Trial (EPITRIAL),” *International Urogynecology Journal*, (2020): 1–9.
43. Madeleine Simpson & Christine Catling, “Understanding Psychological : בנושא: Traumatic Birth Experiences: A Literature Review,” *Women and Birth*, 29 (2016): 203–207.
44. ב-2019 התפרסמה באוסטרליה כתבה שעסקה העלייה הגדולה בשיעורי הפוסט-טראומה בעקבות לידה, ודנה בין היתר בנושאים כמו אלימות מיילדותית. בסוף הכתבה הובאה תגובתו של רופא מיילד. להלן תרגום חופשי של דבריו: “קשה לומר אם שיעור הפוסט-טראומה אכן עולה, או שנשים פשוט מדברות יותר על חוויות הלידה שלהן... אנחנו עושים עבודה טובה בהשגרת תינוקות ויולדות בחיים, ולכן אפשר היום לדבר יותר על חוויית הלידה [...] מובן שיש מקום לשיפור, אבל בגדול אוסטרליה צריכה להיות גאה בשיעור הנמוך של תמותת תינוקות – בין הטובים בעולם.” דבריו משקפים את הסברה שטראומה כתוצאה מחוויית הלידה היא סוג של פינוק נשי מודרני, ושנשים צריכות להיות אסירות תודה שהן ותינוקותיהן כבר לא מתים בלידה.
- ראו Elly Bradford, “Australia’s Maternity Care at ‘Crisis Point’ with Birth Trauma Rates Increasing,” *ABC News Australia*, October 31, 2019. <https://www.abc.net.au/news/2019-10-31/birth-trauma-ptsd-feminisms-forgotten-issue/11649116?pfmredir=sm>
45. Kirstie McKenzie-McHarg, S. Ayers, E. Ford, A. Horsch, J. Jomeen, A. Sawyer, ... & P. Slade, “Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth: An Update of Current Issues and Recommendations for Future Research,” *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33 (2015): 219–237.
46. שם.
47. בשיח הפופולרי, למשל ברשתות החברתיות ובטוקבקים, נפוצה הקריאה להפסיק לפאר את הלידה הטבעית, משום שכתבות כאלה גורמות לנשים לצפות לחוויית לידה טובה ולהתאכזב כשזה לא קורה, ואף לפתח חולי נפשי בעקבות אי-מימוש הציפיות. מגיב לפודקאסט בנושא מצב התודעה של נשים בזמן לידה טען ב-13.6.2020 שהפרק “מסוכן”, כי “יש נשים שהן חושבות שהן יכולות ללדת בלי משככי כאבים... ומגיעות למצב שהן כלל לא היו מוכנות אליו בלידה ללא אפידורל... זו גם טראומה... ואפילו קשה מאוד” ([www.haaretz.co.il/](http://www.haaretz.co.il/))

23.4.21-ב כתבה ב-digital/podcast/PODCAST-1.8913366). מגיבה לכתבה בנושא הכנה ללידה פיזיולוגית כתבה ב-21.4.23 כן: "הרבה מהטראומה שאת מדברת עליה נגרמת מכתבות כאלו. נשים שרוצות ללדת לידה וגינלית טבעית ובגלל אילוצים רפואיים לא יכולות ואז מרגישות אשמה, או כישלון, ואפילו מגיעות למצבים קרובים למוות... בסופו של דבר הכתבה הזו מיועדת עבורן ואני בספק כמה טוב היא עושה לבריאות ולחוסן הנפשי" (www.haaretz.co.il/family/.premium.HIGHLIGHT-MAGAZINE-1.9693055). במילים אחרות, המגיבים טוענים שלא כדאי לדבר על חוויות לידה טובות או לשאוף אליהן, כי הדיבור עצמו מעורר ציפיות, והאכזבה עשויה לגרום לטראומה מסוכנת. דיונים כאלה לא רק מהדהדים את ההצעה במחקרים להקטין ציפיות מחוויות הלידה, אלא גם את הטענה של Heyes (2020), שכל שיחה על לידה משולה לכניסה לשדה קרב פוליטי.

48. Heidi Preis, M. Gozlan, U. Dan, & Y. Benyamini, "A Quantitative Investigation into Women's Basic Beliefs about Birth and Planned Birth Choices," *Midwifery*, 63 (2018): 46–51.  
 51. Yael Benyamini, M.L. Molcho, U. Dan, M. Gozlan & H. Preis, "Women's Attitudes Towards The Medicalization of Childbirth and Their Associations with Planned and Actual Modes of Birth," *Women and Birth*, 30 (2017): 424–430.  
 49. Niles Newton, "The Fetus Ejection Reflex Revisited," *Birth*, 14 (1987): 106–108.  
 50. Dahan, "The Riddle" אצל "סקירה אצל".

51. למעשה, בספרות המיילדותית יש הכרה בכך שככל שהיולדת מגיעה לבית החולים מוקדם יותר, היא מעלה את הסיכוי להתערבויות מיותרות שיסתיימו בניחות קיסרי לא מתוכנן. כלומר, בספרות אפשר למצוא קריאה מפורשת לא לבוא לבית החולים בשלבים מוקדמים של הלידה, כי בית החולים עצמו מהווה סיכון לילודת. ראו Rafael Mikolajczyk, J. Zhang, J. Grewal, L.C. Chan, A. Petersen & M.M. Gross, "Early Versus Late Admission to Labor Affects Labor Progression and Risk of Cesarean Section in Nulliparous Women," *Frontiers in Medicine*, 3 (2016): 26; A. Rota, L. Antolini, E. Colciago, A. Nespoli, S.E. Borrelli, & S. Fumagalli, "Timing of Hospital Admission in Labour: Latent Versus Active Phase, Mode of Birth and Intrapartum Interventions. A Correlational Study," *Women and Birth*, 31 (2018): 313–318.  
 ההפוכה, להמליץ לכל יולדת על זירוז לידה עם פיטוצין, בלי שום התייחסות לחסרונות של התערבות גורפת כזו בכל לידה. ראו למשל טיעונים בעד: Weeks, D. Andrew & Lightly Kate, "Induction of Labour Should Be Offered to All Women at Term: FOR: Induction of Labour Should Be Offered at Term," *BJOG*, 126 (2019): 1598–1598.  
 וטיעונים נגד התערבות גורפת כזו: Anna E. Seijmonsbergen-Schermer, Sicco Scherjon & Ank De Jonge, "Induction of Labour Should Be Offered to All Women at Term: AGAINST: Induction of Labour Should Not Be Offered to All Women at Term: First, Do No Harm," *BJOG*, 126 (2019): 1599 (להלן "Induction of Labour" (Schermer).

52. Aimee R. Kroll-Desrosiers, B.C. Nephew, J.A. Babb, Y. Guilarte-Walker, T.A. Moore, Simas & K.M. Deligiannidis, "Association of Peripartum Synthetic Oxytocin Administration

- and Depressive and Anxiety Disorders Within The First Postpartum Year,” *Depression and Anxiety*, 34 (2017): 137–146
- Harish Thippeswamy & William Davies, “A New Molecular Risk Pathway for Postpartum Mood Disorders: Clues from Steroid Sulfatase — Deficient Individuals,” *Archives of Women’s Mental Health*, (2020)
54. פרס כף העץ הוא פרס ניחומים המוענק למגיעים למקום האחרון.
55. ראו Iain Chalmers, Murray Enkin, Marc JNC Keirse (eds.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (Oxford: Oxford University Press, 1989)
56. למשל, על הצורך דווקא לצמצם את כמות המחקרים שאינם איכותיים מספיק, כיוון שהכמות אינה מעידה על האיכות, ולהתמקד במחקר ממוקד נשים: R. Townsend, J.M.N. Duffy, & A. Khalil, “Increasing Value and Reducing Research Waste in Obstetrics: Towards Woman-Centered Research,” *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 55 (2020): 151–156
- ביקורתיות שמציפות גם כיום את השאלה אם לרפואה המיילדותית עדיין מגיע פרס המקום האחרון: Marie Hastings-Tolsma & Steffie Goodman, “Midwives, Labour Induction and The Wooden Spoon Award Part I,” *Pract Midwife*, 15(2012): 22–27
57. בהקשר זה אציין שיש המתקוממים נגד הנוהג לקבוע את הצלחת הלידה רק על פי מדדים של חיים ומוות. ברור שמטרת-העל היא אם ותינוק חיים, אולם אם מכניסים למשוואה גם את מושג הבריאות, כפי שראוי שיהיה, אזי אפשר להטיל ספק בכך שאם שנפגעה פיזית ונפשית בלידה היא אם בריאה. להרחבה ראו לייסנר, כרייט נשים יולדות, עמ’ 129, וכמו כן מאמרה של אן אוקלי על הצורך בקביעת גם מטרות “רכות” יותר לתוצאות הלידה: Ann Oakley, “Social Consequences of Obstetric Technology: The Importance of Measuring “Soft” Outcomes,” *Birth*, 10 (1983): 99–108
58. עם זאת, על פי ניתוח נתונים של ארגון בריאות העולמי מ-2014, עלתה הטענה שהסיכון של נשים בארצות הברית לתמותה בלידה דווקא עלתה. ראו Alana M. Bibeau, “Interventions During Labor and Birth in The United States: A Qualitative Analysis of Women’s Experiences,” *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5 (2014): 167–173
- בבית חולים (לעומת לידה בקהילה) אינה מקושרת להפחתת תמותה. ראו Sabine Gabrysch, R.C. Nesbitt, A. Schoeps, L. Hurt, S. Soremekun, K. Edmond, ... & O.M. Campbell, “Does Facility Birth Reduce Maternal and Perinatal Mortality in Brong Ahafo, Ghana? A Secondary Analysis Using Data on 119,244 Pregnancies from Two Cluster-Randomised Controlled Trials,” *The Lancet Global Health*, 7 (2019): e1074–e108
59. הנה למשל קריאה למיילדות המודרנית להתמקד יותר בקידום לידות פיזיולוגיות על ידי אימוץ נקודת המבט של היולדת עצמה, כיוון שעד כה המיקוד הוא בלידות בסיכון ובהתרחשויות פתולוגיות בלידה: Holly P. Kennedy, M. Cheyney, H. Dahlen, S. Downe, M.J. Foureur, C.S. Homer, ... & H. Soltani, “Asking Different Questions: A Call to Action for Research to Improve The Quality of Care

- .for Every Woman, Every Child,” *Birth*, 45 (2018): 222–231
60. Antje Petersen, U. Poetter, C. Michelsen & M.M. Gross, “The Sequence of Interventions: A Descriptive Approach to The Cascade of Interventions,” *Archives of gynecology and obstetrics*, 288 (2013): 245–254. בהקשר זה רבים קוראים לשימוש באמצעים לא פרמקולוגיים להקלת הכאב בלידה, כמו שימוש במים, כיוון שאין בהם סיכונים, לעומת שימוש באפידורל, שקשור הדוקות למפל ההתערבויות: Kelly Kara & Suzanne Miller, “Water as a Technology to Support Embodied Autonomous Birthing,” in *Birthing Techno-Sapiens*, eds. Kelly Kara & Suzanne Miller (New York: Routledge, 2021), 179–192. עם זאת, התמונה הרחבה לגבי עלייתן של ההתערבויות בלידה כוללת גם אינטרסים כלכליים, דהיינו “רפואה הגנתית” שנצמדת לפרוטוקולים קשיחים ולשימוש במכשירים שהם כלי להתגוננות עתידית מפני תביעה, אף שידוע כי עצם השימוש בהם מעלה את הסיכון לסיבוכים בלידה (למשל ניטור רציף). להרחבה בנושא ראו אצל לייסנר, כריית נשים יולדות, 53 ו-128.
61. Jansen et als., “First Do No Harm”.
62. מעניין לפתח היבט זה על ידי שימוש במושג “תת-היקבעות של תיאוריה על ידי הראיות”. שהרי העובדות היבשות, לגבי כל לידה שהסתבכה ונוקקה להתערבות רפואית, עשויות לתמוך הן בתיאוריה המדיקלית ההתערבותית (הגורסת שהלידה היא אירוע מסוכן שעלול להידרדר בקלות), והן בתיאוריה הפיזיולוגית-טבעית יותר (הגורסת שלידה היא אירוע פסיכו-פיזי-סוציאלי מורכב, וההידרדרות נגרמת לא פעם דווקא בגלל חוסר תשומת לב לצרכים הפסיכו-סוציאליים של היולדת). היריעה קצרה מלפתח את הנושא במאמר הנוכחי. לקריאה נוספת על התת-היקבעות של תיאוריות מפרספקטיבה של אמפיריציזם פמיניסטי ראו פרק 6 בספרה של הלן לונגינו: (Helen Longino, *The Fate of Knowledge* (Princeton: Princeton University Press, 2002).
63. איוואן איליץ טבע את המושג: Ivan Illich, *Medical Nemesis: The Expropriation of Health* (New York: Random House, 1976).
64. Seamus O’Mahony, “MEDICAL NEMESIS 40 YEARS ON: The Enduring Legacy of Ivan Illich,” in *Routledge Handbook of the Medical Humanities*, ed. Alan B. (New York: Routledge, 2019), 114–122.
65. Alessandra Graziottin & Filippo Murina, “Iatrogenic Vulvar Pain,” In *Vulvar Pain: from childhood to old age* (Springer, 2017), 149–165.
66. אולם כן נאמר שכאשר מתייחסים אל “לידה” כמונחים של חולי, אירוע הלידה הופך לזירה של התערבויות רפואיות מגוונות: Christina Schües, “Birth,” in *The Routledge Companion to Philosophy of Medicine*, eds. M. Solomon, J. R. Simon, & H. Kincaid (Taylor & Francis, 2017), 103–114.
67. להרחבה בנושא ראו על אודות הקצוות המנוגדים של חוויית הלידה. לידה היא כואבת בכל מקרה, אולם בקצה אחד נמצאות נשים החוות לידה כאירוע מופלא ומשנה חיים, ובקצה השני נשים החוות אותה כטראומטית, מה שעשוי להשפיע על בריאותן הנפשית אחריה: Dahan, “The Riddle of The Extreme Ends of The Birth Experience”.
68. לדוגמה, הרעיון להכניס לשגרה זירווי לידה יזום בכל לידה עוד לפני השבוע ה-40, בגלל סטטיסטיקה

- של מות עוברים ברחם בשבועות המאוחרים של ההיריון. במילים אחרות, התערבות שגרתית וגורפת בכל הלידות, גם כאלה שאינן לידות בסיכון. ראו מאמר זה שמבאר מדוע מדובר בהצעה הרסנית במונחים של מפל ההתערבויות: "Seijmonsbergen-Schermer et al., "Induction of Labour".
- Thomas Nagel, "What is it Like to be a Bat?," *The Philosophical Review*, 83 (1974): 69. 435–450.
- Orli Dahan, "Birthing Consciousness as a Case of Adaptive Altered State of Consciousness Associated with Transient Hypofrontality," *Perspectives on Psychological Science*, 15 (2020): 794–808.
71. שם.
- Arne Dietrich & Laith Al-Shawaf, "The Transient Hypofrontality Theory of Altered States of Consciousness," *Journal of Consciousness Studies*, 25 (2018): 226–247.
- Orli Dahan, "The Birthing Brain: A Lacuna in Neuroscience," *Brain and Cognition*, 150 (2021): 105722.
74. כך גם בפעילויות של ספורט אינטנסיבי ואתגרי.
75. Dahan, "Birthing Consciousness".
76. כלומר, סביר להניח שלפני התפתחות הרפואה המודרנית, ובמיוחד הרפואה המיילדותית, לנשים שלא יכלו להגיע ל"תודעת לידה" היה פחות סיכוי לצלוח את הלידה ללא סיוע רפואי מתקדם. "תודעת הלידה" הייתה אפוא חיונית לאורך רוב ההיסטוריה האנושית, שכן היו לה יתרונות הישרדותיים.
- Orli Dahan, "Submission, Pain and Pleasure: Considering an Evolutionary Hypothesis Concerning Sexual Masochism," *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 6 (2019): 386–403.
- Sharon Moloney, "How Menstrual Shame Affects Birth," *Women and Birth*, 23 (2010): 78. 153–159.
- Sara Cohen Shabot & Keshet Korem, "Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence," *Hypatia*, 33 (2018): 384–401.
80. מובן שהקבלה הנדרשת היא כפולה: האחת של היולדת עצמה והשנייה של המלווים אותה ושל אנשי הצוות הרפואי.
81. מבחינה היסטורית, אין זו הפעם הראשונה שבה (פחות או יותר) נכפה על היולדות מעבר מהמרחב הביתי אל בתי החולים. להרחבה על נקודת המבט המשפטית והאי-צדק בהקשר זה ראו ספרה של לייסנר, כריית נשים יולדות, וגם: אומי לייסנר, "תעשיית הלידה בישראל", המשפט, יד (תשע"א): 615–646.
82. להרחבה על סוגים שונים של מרכזי לידה בעולם ראו מסמך סקירה שנכתב לבקשת ח"כ תמר זנדברג: ש. מזרחי-סימון וא. בקר, (28.3.2018). מרכזי לידה: מבט משווה. הכנסת, מרכז המחקר והמידע. [https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/ae9dfdd9-76bc-e711-80da-00155d0ad651/2\\_](https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/ae9dfdd9-76bc-e711-80da-00155d0ad651/2_)

ae9dfdd9-76bc-e711-80da-00155d0ad651\_11\_9162.pdf

83. עידו אפרתי, "בג"ץ: אין להפעיל מרכזי לידה טבעית מחוץ לבתי חולים", הארץ, 19.6.2018. <https://www.haaretz.co.il/news/health/1.6192640>. ואולם רק בזמן כתיבת חיבור זה, ביולי 2021, התקבלה בבית המשפט העליון עתירה למען פתיחת מרכזי לידה מחוץ לבתי החולים, בין השאר מהטעם שאין לנכס את הלידה לתחום החולי והרפואה באופן בלעדי. ראו עידו אפרתי, "בג"ץ הפך את החלטתו: ניתן להפעיל מרכזי לידה טבעית מחוץ לבתי החולים", הארץ, 21.7.2021. <https://www.haaretz.co.il/health/premium-1.10017592>

84. ראו למשל מחקר מטא-אנליזה בולטת בנושא זה: Eileen K. Hutton, A. Reitsma, J. Simioni, G. Brunton & K. Kaufman, "Perinatal or Neonatal Mortality Among Women who Intend at The Onset of Labour to Give Birth at Home Compared to Women of Low Obstetrical Risk who Intend to Give Birth in Hospital: A Systematic Review and Meta-Analyses," *EClinicalMedicine*, 14 (2019): 59–70. וכמו כן את המאמר של דהלן, הטוענת כי לאור הממצאים האחרונים עלינו לערער על הפרדיגמה השלטת שלידה בבית חולים היא לידה בטוחה: Hannah Dahlen, "Is it Time to Ask Whether Facility Based Birth is Safe for Low Risk Women and Their Babies?," *EClinicalMedicine*, 14 (2019): 9–10.

85. עד כה רוב המאמצים למשוך יולדות נעשו על ידי שיווק מחלקות אשפוז מפנקות לאחר הלידה ולא בניהול הלידה עצמה, אולם התקדמות מעניינת הוצגה בנושא זה ממש לאחרונה: במרכז הרפואי שיבא בתל השומר נפתח "חדר לידה חכם", שמייצר את האווירה המרגיעה הדרושה, ובכך מקדם לידה פיזיולוגית ככל שאפשר. על פי הצהרת בית החולים, הכוונה היא להפוך את כל חדרי הלידה לכאלה. מובן שלאור ההיבטים המוצגים בחיבור זה יש לבחון לעומק ולאורך זמן אם מדובר בעיצוב קוסמטי בלבד, או בשינוי אמיתי ביחס ליולדת במונחים של סובייקט/אובייקט (למשל במונחים של מפלי התערבויות ותמיכה סוציאלית מתמדת לאורך הלידה). ראו תום לבנברג, "לידה רגועה ונינוחה: היתרונות של חדר לידה חכם", *ynet*, 25.5.21. <https://www.ynet.co.il/health/article/HJNvFaOF00>

