



דו"ח עדויות הקו ליולדת

מרץ 2023





כתיבה (לפי סדר האלפבית):

עו"ד דגנית זומרפלד

הדר ונדר-אלבראנס

מאיה קרמר

נטלי בניהו

הגהה וייעוץ (לפי סדר האלפבית):

חיותה גורן

פרופ' מיכל קרמר

ד"ר מתן אלעמי סוזין

פרופ' שרה כהן-שבוט

תודות:

לכל הפונות ל-'קו לילודת' מאז הקמתו ועד היום, **ולכל הנשים שלקחו חלק בסקרים שלנו** - על השיתוף, על האומץ לפעול ועל השמעת קולכן החשוב.

ליותם זומרפלד - על הליווי והעזרה בניתוח הנתונים בדו"ח.

למתנדבות ולשגרירות התנועה לחופש בחירה בלידה - על פועלכן ותרומתכן הענקית למען קידום המטרות שלנו.

לוועד המנהל - על הליווי המקצועי והחשוב שלכן.ם לאורך הדרך.

לתורמים ולתורמות שלנו - על האמון בנו ועל נדיבותכן.ם הרבה. בזכותכן.ם אנו יכולות לפעול לשינוי.

למייסדות ופעילות נשים קוראות ללדת' - על המחשבה פורצת הדרך שלכן ועל העשייה האמיצה למען קידום זכויות נשים בלידה.

למקימות ומתנדבות 'קו לילודת' לדורותיו - על עשייתכן הברוכה בסיוע לנשים הנפגעות ותרומתכן להעלאת המודעות לאלימות מיילדותית.

עיצוב: יערה מרגולין-טויטו

צילום כריכה: nataliaderiabina, freepik

מרץ 2023



תוכן העניינים

4	דברי פתיחה
6	מסגרת משפטית
10	הקו ליולדת - העדויות והנתונים
23	אלימות מיילדותית בשיח הציבורי ותגובות המערכת הרפואית
34	טיפול יתר
38	המלצות אופרטיביות
40	טבלת סוגי הפגיעות
49	מקורות

דברי פתיחה

במהלך העשורים האחרונים, הולכת וגוברת קריאתן של נשים ברחבי העולם לערוך שינוי עמוק בהתנהלותם של צוותים רפואיים כלפיהן בעת שהן מגיעות ללידה. בשנים האחרונות חלה עליית מדרגה במחאה, בין היתר בעקבות האפשרות לשתף מקרים אישיים ברשתות החברתיות. נשים במדינות רבות מדווחות על טווח רחב של יחס פוגעני ואלימים שעברו במהלך הרגעים החשופים והפגיעים בחייהן. כמו כן, הן משתפות בנזקים נפשיים ופיזיים חמורים כתוצאה מפגיעות מסוג זה, וכן בהשלכות של נזקים אלה על תחומי חיים שונים.

בישראל, התנועה לחופש בחירה בלידה, שבעבר נקראה 'נשים קוראות ללדת', הקימה קו סיוע עבור נשים שעברו הפרת זכויות או פגיעה במהלך ההיריון, הלידה ולאחריה מצד הגורמים המטפלים. הקו, שהוקם לראשונה ב-2014, נקרא 'קו לילודת', ופעל לסירוגין במהלך שנות חיי העמותה. ב-2022 הוקם הקו מחדש עם התחדשות צוות העמותה.

דו"ח זה מתבסס על 609 פניות ועדויות מתוך 675 פניות שהגיעו אל הקו עד סיום פעילותו של המחזור הקודם של הקו, כלומר עד שנת 2017. פניות שהגיעו במחזור הפעילות הנוכחי ייכנסו לדו"חות הבאים.

בכתיבת דו"ח זה עומדות לנגד עינינו מספר מטרות, כשהראשונה שבהן היא להעלות את המודעות לעצם קיומה של תופעת האלימות המיילדותית (הנקראת לעתים גם 'אלימות כלפי נשים בלידה', או 'אלימות בשדה הלידה'), ולקדם את השיום וההמשגה של פגיעות מסוג זה. מדובר בטווח של התנהלות אלימה כלפי יולדות, הכולל, בין היתר, שיח רפואי שאינו מכיר בזכות המטופלת לסרב לטיפול, שיח של הפחדות ואיומים, דיבור מזלזל, הזנחה, געגועי אגרסיבי בגוף האישה, וכן פרוצדורות הנעשות בדרך של תקיפה.¹

זוהי אלימות שראשיתה באלימות מערכתית, המתבטאת בהפקרתם של הצוותים הרפואיים לתנאי עבודה קשים ביותר, אשר אינם עומדים בהמלצות של ארגון הבריאות העולמי, וכן בחוסר מענה הולם להתמודדויות הנפשיות שהם חשופים להן במסגרת עבודתם. עם זאת, יש לזכור כי אנשי הצוות לוקחים חלק במעשי הפגיעה, וכן כי קורבנותיהן העיקריים של עוולות אלו הן הנשים היולדות, אשר חוות את מעשי הפגיעה על בשרן שלהן.

כיום, נשים רבות עוברות פגיעות חמורות מצד המערכת הרפואית ואנשיה, אך נותרות ללא מילים ומונחים בנמצא שיקבלו לגיטימציה חברתית, מחד, ושישקפו עבורן כראוי את חומרת האירועים והפגיעה שעברו, מאידך. פעמים רבות, כאשר אישה משתפת את הסביבה שלה לגבי התרחשויות שחלו בלידה שלה, תיאור של התנהלות פסולה מצד הצוות נתפשת כאירוע בודד ויוצא דופן, או כהתנהלות שככל הנראה הייתה הכרחית ואף מצילת חיים. יש צורך להעלות את המודעות לכך שמדובר בתופעה נרחבת בעלת מופעים רבים; שמתרחשת עם אך גם ללא כל קשר למצבי חירום דחופים; שנעשית בתוך הקשר של תהליך מתמשך הנקרא מדיקליזציה של הלידה, אשר משפיע על התהליך הפיזיולוגי של הלידה, וכרוך לעתים בפגיעה בתהליך; שמבוססת במחקר ואף זוכה להכרה על ידי ארגונים בינלאומיים דוגמת האו"ם והאיחוד האירופי, כפי שיפורט בהמשך.

אם כן, אחת ממטרות הדו"ח היא לספק עבור נשים שעברו אירועים של הפרת זכויות אדם בלידה תשתית תיאורטית, שתעניק גיבוי ותיקוף לשיתופיהן האישיים. ללא הכרה ותיקוף לנפגעות במקרים של אלימות מיילדותית, אותן נשים עוברות פגיעה נוספת מצד השיח הציבורי והמקצועי כאשר הן חוות מצוקה נפשית אחרי לידה. ההתמודדויות שלהן מוצאות מהקשר הפגיעה, ומוצגות בדרכים שונות ההופכות את האלימות לשקופה. לצד זאת, השיח הנוכחי במערך בריאות הנפש מציג את תגובותיהן הנפשיות של הנפגעות כנובעות מסיבות פסיכו-סוציאליות הקשורות בסביבתן הקרובה, ואף כהפרעות פתולוגיות.

מטרה נוספת הינה לאפשר לאנשים מתוך המערכת הרפואית, המערכת המשפטית ומערך בריאות הנפש להיחשף

1 לאורך הדו"ח אנו נתייחס לילודות בלשון נקבה. אין בכך כדי לשלול את האפשרות של יחס פוגעני גם כלפי מי שאינם נשים אך בעלי יכולת פיזיולוגית לעבור היריון ולידה.

לתופעה באופן כתוב, ובהמשך ללמוד עליה ולדון בה עוד בטרם ייפגשו בה בקליניקה ובמשרד. כך יוכלו להגיע עם ידע מקדים ועם אפשרות להיערך לתגובה הראויה כלפי הנפגעות המגיעות כדי להעזר בשירותיהם.

כמו כן, על אף חשיבותו של המונח אלימות מיילדותית כמונח המאגד את סוגי הפגיעה השונים ומשקף את חומרתם, מטרה נוספת של הדו"ח היא לבסס אוצר מילים נרחב יותר ויכולת להבחין בין סוגים שונים של פגיעה. זאת בדומה לשיח הקיים היום העוסק בפגיעה מינית. כך ניתן יהיה לדבר באופן בהיר ומדויק יותר על כל מקרה ומקרה, וכן לעורר שיח ציבורי המבוסס על הבנה מעמיקה יותר של התופעה.

לצד ביסוס קיומה של התופעה, הדו"ח נועד גם למען קידום של צעדים, מתוך המערכת הרפואית ומחוצה לה, למיגור התופעה. זאת על ידי טיפול בגורמים לה, ועל ידי אכיפה אפקטיבית של זכויותיהן של נשים בלידה. צעדים אלה יפורטו בהמשך המסמך, בפרק העוסק בהמלצות אופרטיביות.

יש לציין כי העדויות המגיעות לקו אינן מהוות מדגם מייצג, ולא נועדו להעיד על שכיחות באוכלוסייה, אלא בראש ובראשונה להצביע על עצם קיומה של התופעה ועל חומרתה.

אלימות כלפי נשים בלידה היא תופעה שקופה, אשר מנורמלת הן בשיח המערכתי והן בשיח הציבורי. אנו שואפות לשנות את פני הדברים, להפוך את מעשי הפגיעה הללו לנראים, ולעודד הכרה חברתית כוללת לנושא.

בדו"ח זה נציג תחילה את המסגרת המשפטית הנוגעת לתופעת האלימות המיילדותית, הן בהקשר הגלובלי והן בהקשר המקומי, ואת הקושי של נפגעות לזכות בהכרה בעוול שעברו במסגרת הקיימת. בפרק הבא נציג את הנתונים העולים מתוך העדויות שהגיעו לקו ליולדת. לאחר מכן, נפנה לסקירה של השיח הציבורי בנוגע לתופעה, ולאופי ההתייחסויות לנושא מצד המערכת הרפואית, במטרה להמחיש נדבך מרכזי באקלים החברתי עמו הנפגעות מתמודדות. בהמשך, נסקור את תופעת טיפול היתר במערכת הרפואית, וכן את הביטויים שלה בהקשר ללידה. לסיום, נציג שורה של המלצות אופרטיביות במטרה להביא למיגור התופעה ולשינוי הנדרש בשירותי הרפואה הקיימים כיום בתחום הלידה.

מסגרת משפטית

אלימות מיילדותית

הביטוי "obstetric violence", "אלימות מיילדותית", נטבע לראשונה במסגרת חוק שחוקק בוונצואלה לפני כ-15 שנה ונועד לתאר מציאות יומיומית של אלימות (מודעת או לא מודעת) המתבצעת על ידי צוות רפואי בתהליך הלידה, והמביאה לפגיעה פיזית או נפשית. החוק המקורי מציין פעולות ספציפיות, בין היתר מניעת היקשרות ראשונית של הילוד והאם, ביצוע ניתוח קיסרי ללא צורך או ללא הסכמת היולדת והגבלת בחירה בתנחות לידה (1). בהמשך, מחקרים הרחיבו את סיווגי הפגיעה למישורים שונים: פגיעה פיזית, פגיעה מינית, פגיעה מילולית, אפליה (על בסיס גיל / אתניות / מצב סוציאקונומי ועוד), אי עמידה בסטנדרטים מקצועיים (כגון ביצוע פעולה ללא הסכמה, שלא לצורך, הזנחה), אילוצים ומגבלות של המערכת, העדר תמיכה ותקשורת לקויה ועוד (2).

בעקבות ונצואלה, באמריקה הלטינית התגברה המודעות המשפטית לאלימות מיילדותית כתופעה פסולה ומדינות נוספות פעלו לקידום חקיקה דומה. ארגנטינה, מקסיקו, צ'ילה, קוסטה ריקה, אל-סלבדור, ברזיל, פנמה ועוד - מצויות בשלבי חקיקה שונים הקוראים לטיפול הומני במישורי ההיריון והלידה ואיסור על אלימות מיילדותית (3-7). זאת לצד קמפיינים חברתיים במדינות שונות (8)^{2,3,4}. נראה כי אמריקה הלטינית נתנה "שם חדש לבעיה ישנה" (8), כלומר קיים תיעוד של פגיעות המתבצעות משך עשרות שנים והתופעה רחבה ומבנית (9,10).

המודעות הגלובלית הלכה והתרחבה ובשנת 2015 פרסם והפיץ ארגון הבריאות העולמי נייר עמדה תמציתי, שכותרתו "The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth". הודגשה בו זכותה של היולדת ליחס מכבד וזוהו חמישה תחומי פעולה בהם מומלץ לפעול: תמיכה במחקר בנושא, יצירת תוכניות לקידום טיפול בשדה הלידה, פיתוח מסגרת עבודה "מבוססת זכויות" לפעולה, יצירת מאגר נתונים על שכוחות התופעה וקידום שיח ציבורי בנושא (11-13).

ביולי 2019 פורסם דו"ח נרחב ומעמיק מטעם האו"ם, על בסיס דו"חות שנשלחו לארגון ממדינות שונות בעולם (ביניהן גם מישראל, מטעם התנועה לחופש בחירה בלידה בשמה דאז, "נשים קוראות ללדת"), וזאת בעקבות קול קורא של הנציגה המיוחדת באו"ם לנושא של אלימות נגד נשים. הדו"ח עוסק בהרחבה בתופעה ומסייע למיקומה כעול חברתי של ממש והפרה גלובלית של זכויות נשים. כמו כן, הדו"ח שופך אור על הפעילות החברתית ברחבי העולם, לרבות דוגמאות לקמפיינים חברתיים, תקשורתיים ומשפטיים, סקירה של ארגונים חברתיים במדינות שונות ועדויות ונתונים אמפיריים מרובים. הדו"ח מסייע לקיום דיון נרחב באופי הפגיעה, הנזק המתגבש בגינה, דן בהרחבה במונח "הסכמה מודעת", וכן בתנאים בבתי החולים ובעיות המבניות החמורות העולות ממערכת הבריאות ברמה הגלובלית (6).

בהמשך, בחודש אוקטובר 2019 פורסמה החלטה 2306 מטעם פרלמנט האיחוד האירופי בדבר אלימות מיילדותית. במסגרת ההחלטה, הפרלמנט מכיר באלימות מיילדותית וגינקולוגית כצורת אלימות אשר קיימת נטייה להסתרה והתעלמות ממנה, מגנה כל אלימות במישורים אלה וקורא לשמור על הומניות וכבוד בעת הטיפול, לקיים מחקרים בנושא ולהקצות כספים ומשאבים לכך, לרבות הכשרה רלוונטית והעלאת מודעות לנושא. עוד מציינת ההחלטה את הצורך בהקמת מנגנון נפרד ונגיש לבחינת תלונות והטלת סנקציות, מנגנוני תמיכה בנפגעות אלימות מיילדותית (וגינקולוגית) ואף קורא למדינות האיחוד לדון בכך באופן ציבורי, הן בגופים ממשלתיים והן בגופים חברתיים⁵.

2 דוגמאות ספורות (מיני רבות):

[?MOTHER MAY I](#)

3 <https://birthmonopoly.com>

4 <https://www.aims.org.uk/journal/item/spanish-rights>

נקודת המפגש בין אלימות מיילדותית ובין מערכת המשפט מעוררת קושי

דיני הנזיקין ועולות הרשלנות משמשים ככלים המרכזיים במערכת המשפט, היוצרים את המסגרת והתשתית הרעיונית להטלת אחריות על בסיס אשמה⁶. ככלל, דיני הנזיקין פועלים על בסיס פיצוי כספי בדיעבד, כלומר בהנחה שנקבע כי מתקיימים כל התנאים והוכח כי קיים קשר בין ההתנהגות הפוגענית לבין הנזק, מקום שחלה חובת זהירות, אזי יש לבצע תחשיב המשתמש בכסף ככלי עיקרי להשבת מצבו של הנזוק לקדמותו.

הדיון ברשלנות רפואית בפגיעות אלימות מיילדותית מביא עמו מורכבות מיוחדת. למרות חומרת הפגיעה, הצדק הוא חמקמק עבור נשים רבות שחוות אלימות מיילדותית. כך, באופן תיאורטי גם אם קיימת עילת תביעה, בפועל נשים רבות שחוות התעללות חמורה מוצאות עצמן מודרות ממערכת המשפט, כיוון שאם ננסה ליישם את יסודות עילת הרשלנות על אלימות מיילדותית, ניתקל במכשול אחר מכשול (14,17). גם אם ברשותה של הנפגעת ראיות מוצקות בגין נזק (ויש לקחת בחשבון שבמקרים רבים תתקיים התנהגות פסולה מצד הצוות אך לא ייגרם נזק נפשי או פיזי בלתי הפיך) - הרי שבכך לא די, ועליה להתגבר על נטל ההוכחה המגולם ביסודות הנוספים: להוכיח כי התקיימה התנהגות פוגענית בלידה, ולא רק זאת - אלא גם כי אותה התנהגות פוגענית היא זו שגרמה לאותו נזק ולא מתקיימת במקביל לו, בנסיבות חיים אחרות שאין להן קשר ללידה.

אף למעלה מכך, בתי המשפט לרוב יסתמכו על ידע וניסיון רפואי של מומחה רפואי או בייקטיבי על מנת לקבוע האם פעולה מסוימת חרגה מסטנדרט הטיפול. כך, למעשה בתי המשפט משמרים את הידע הרפואי בתור זה הקובע את הנרטיב, והוא נקודת הייחוס של הדיון בבית המשפט כאשר קיימת מחלוקת. כך, למעשה נאלץ לפנות לרופאים נוספים על מנת לקבוע האם פעולה כלשהי היוותה חריגה מסטנדרט טיפולי, ללא כל התייחסות לבעייתיות שבסטנדרט הטיפולי הנוכחי מלכתחילה, מה שעלול להוות פגיעה נוספת⁷. (12).

הדבר נכון גם מבחינת אמות המידה הנוגעות להעדר הסכמה מדעת ופגיעה באוטונומיה, ויישומן המורכב והפוגעני במישורי הלידה (15,16), עת ביצוע פרוצדורה ללא הסכמה המזיקה לאישה אך מיטיבה עם העובר לא תיחשב בניגוד לנהלים, או במקרים מסוימים ייקבע כי הסכמה כללית במהלך לידה היא מספיקה ואין צורך שהיולדת תביע הסכמה על כל פעולה ופעולה (8). כך, אם בתביעה בעילה של הפרת הסכמה מדעת צריך להוכיח שהמטופל היה פועל אחרת לו היה מודע על כל האפשרויות - בלידה זה קשה עד בלתי אפשרי מאחר וזו אינה פעולה ניתוחית חד פעמית אלא שרשרת אירועים, דבר מוביל לדבר וקשה להראות את ההקשר (17).

כך, בדומה לפגיעות מיניות, אלימות מיילדותית מהווה לעיתים חוויה מורכבת שקשה להגדיר אותה במילים מדויקות, ושאינה הולמת למונחים הבינאריים של עולם המשפט. מחקרים מראים שבפרקטיקה היומיומית, רבות מהפגיעות המסווגות כאלימות מיילדותית עדיין אינן מזהות כפוגעניות או כפסולות - לא על ידי צוותים רפואיים, ואפילו לא על ידי היולדות עצמן. הן מוסוות, שקופות, חלק מ"הפרוטוקול", מצב אשר ימנע מן היולדת לגבש אותן כפוגעניות עבורה. היולדות אולי חשות פגיעה אך מתקשות לתת לה שם, ואז חוזרות לעולם שבו הן מקבלות מהסביבה תגובות שמוחקות את החוויות שלהן ומכחישות אותן ("לפחות נולד לך תינוק בריא") (18). יתר על כן, כאמור, השדה הרפואי מקשה עלינו לזהות את הפרקטיקות השקופות הללו, כיוון שלכאורה צוות רפואי מוגדר כפועל לטובת המטופלות ולא כנגדן (17,19). זהו סוג נוסף של אלימות מיילדותית אשר היולדות עוברות - מחיקת החוויה שלהן, הכחשה שלה ונרמול של הפרקטיקות (20).

אמנם, הדיון המשפטי הגלובלי באשר לאלימות מיילדותית הורחב בשנים האחרונות, אך העולם המשפטי הישראלי עדיין אינו מודע לו, ואלימות מיילדותית עדיין אינה ממוסגרת כתופעה פסולה בישראל.

6 פקודת הנזיקין [נוסח חדש]. זאת בנוסף לעולות אחרות המוגדרות בחוק, כגון הפרת חובה חקוקה, מטריד ליחיד. ראו גלעד, 2012. כמו כן ייתכנו מקרים הנופלים לקטגוריה של הפרת הזכות לאוטונומיה במסגרת דוקטרינת "ההסכמה מדעת", המוגדרת בסעי' 13 לחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996. על ההסתייגות מסיווגה של יולדת כ"חולה" או כמקבלת טיפול "רפואי" - בג"ץ מרכזי לידה, בפס' 65.

המצב המשפטי בישראל

נכון להיום, קיימים מעט מאוד אזכורים רשמיים של המונח אלימות מיילדותית בישראל. במאי 2019 פורסם נייר עמדה מס' 8 מטעם המועצה הלאומית לביו-אתיקה, גוף סטטוטורי עצמאי המייעץ לרשויות בעניינים אתיים בתחומי מחקר ופיתוח, בביוטכנולוגיה, רפואה וכד' (נכון למועד כתיבת שורות אלה, המועצה הלאומית לביו-אתיקה אינה פעילה). נייר העמדה הנ"ל, שכותרתו "חופש בחירה וזכויות האדם בלידה", דן בהבחנה שבין הפרדיגמה המדיקלית והפרדיגמה המיילדותית, ביסוס האוטונומיה והקשבה לרצון היולדת מבלי לפגוע באיכות הטיפול, ומוזכר בו גם הביטוי אלימות מיילדותית. להלן מתוך המסמך, בסעי' 4.4:

"לליקויים בהתייחסות טיפולית ליולדת השלכות בעוצמה ייחודית. עוצמה ייחודית זו נובעת הן ממקומה של הלידה כחוויה קיומית מרכזית אצל נשים רבות, והן מן העובדה שהטיפול ביולדת נוגע בחלקי גוף מוצנעים ומיניים, אשר אופן המגע בהם וההתייחסות אליהם כרוכים בפגיעות רגשית מיוחדת. עקב כך, התערבות טיפולית הנעשית בלא הסכמה שהתקבלה מתוך שיח סבלני ומכבד - עלולה להיות בהקשר זה של הלידה חמורה לאין שיעור מהתערבות על רקע פגמים דומים בהקשרים רפואיים אחרים. הפרת רצונה של היולדת תוך התערבויות שאינן עולות בקנה אחד עם האופן שבו היא חפצה לחוות את הלידה - עלולה לפגוע פגיעה משמעותית בטיב החוויה החיונית ויקרת הערך הזו. באופן דומה, שיח גס ומבזה המוסב כלפי גופה או פעילותה של היולדת - וקל וחומר, נגיעה במקומות מוצנעים ללא שיח מכבד וקבלת הסכמה ברורה ומלאה מראש - עלולים להוות אלימות מיילדותית וליצור או לעורר טראומה חריפה".

אמנם נייר העמדה אינו מתמקד באלימות מיילדותית ואין לו מעמד מחייב, אך ההכרה מטעם אנשי מקצוע לאחר בדיקה מקיפה ומפורטת היא צעד חשוב ומכונן.⁸ אבן דרך מהותית נוספת, אשר מתבססת בחלקה על נייר העמדה הנ"ל, היא פרסומו של פסק דין מכונן מטעם בית המשפט העליון בשבתו כבית דין גבוה לצדק, המכונה "בג"ץ מרכזי הלידה"⁹. פסק הדין, אשר פורסם בחודש יולי 2021, הביא לסיומה סאגה משפטית בת כארבע שנים באשר לחוקיות הפעלתם של מרכזי לידה טבעיים מחוץ לבתי החולים, ולמעשה התיר את הפעלת מרכזי הלידה הטבעיים בניגוד לעמדת משרד הבריאות. מעבר לכך, הוא עסק בהרחבה ולעומק בזכויות היולדות ובנורמות המשפטיות במישור הלידה בישראל. כך מתוך בג"ץ מרכזי הלידה:

"החלטתו של משרד הבריאות שלא לאפשר לנשים ללדת במרכזי לידה טבעית מביאה, הלכה למעשה, לצמצום של אפשרויות הבחירה העומדות בפני אשה בהיריון בכל הנוגע לתהליך הלידה, תוך השפעה ממשית על אפשרות השליטה באשר לתהליך המתרחש בגופה שלה. היא משפיעה על יכולתן של נשים אלה לספר את סיפור חייהן, ובאופן יותר ספציפי - את סיפור הלידה שלהן. אין מדובר בהשפעה שולית, אלא בהגבלת יכולת הבחירה ביחס לאירוע מכונן, לעיתים חד פעמי, בחייה של אשה. לידה היא חוויה בעלת משמעות אישית עצומה, המהווה סיום של תהליך ארוך, ועל-פי רוב לא קל, של היריון. הלידה כרוכה בחשיפה מלאה ומוחלטת של גוף האשה היולדת, ובפרט של איברים מוצנעים ופרטיים, בנסיבות שבהן הפגיעות הפיזיות, הנפשיות והרגשיות היא רבה. נשים רבות נושאות עמן את חווית הלידה - על ההיבטים החיוביים והשליליים שלה - לאורך כל חייהן. אם כן, כיבוד רצונה האוטונומי ובחירותיה של היולדת הוא חשוב לאין שיעור"¹⁰.

8 על תפקידי המועצה הנ"ל, אשר נכון להיום אינה פעילה - באתר המועצה וההפניות שם

<https://www.health.gov.il/Services/Committee/bioethics/Pages/default.aspx>

קישור לנייר העמדה מס' 8 של המועצה הלאומית לביואתיקה

9 דנג"ץ 5120/18 נשים קוראות ללדת למען חופש בחירה בלידה נ' מדינת ישראל (נב) (21.07.2021).

10 שם, בפס' 72.

החשיבות שבדברים, המגיעה בדמות הכרה משפטית מצד גוף מהותי שיש לו יכולת לעצב נורמות משפטיות וחברתיות במדינה, היא צעד חשוב במאבק לשינוי חברתי בקשר לזכויות בלידה¹¹. בתוך כך, נקבע כי הסמכות לגיבוש ההנחיות הקונקרטיות להפעלת מרכזי הלידה הטבעית מצויה במשרד הבריאות, כך שנוצר מצב בו אותם גורמים אשר התנגדו להפעלתם של מרכזי הלידה מלכתחילה, הם אלה שכעת אמונים על הסדרתם וקביעת הפרוטוקולים להפעלתם¹². בנוסף, יש לשים לב לעובדה כי לאורך כל פסק הדין החשוב, הדין לעומק בזכויות נשים בלידה - לא מופיע ולו פעם אחת צמד המילים "אלימות מיילדותית". פסק הדין אמנם דן לעומק בהבחנה בין הפרדיגמה המדיקלית והפרדיגמה המיילדותית, אך עדיין לא שם את האצבע המדויקת על הפגיעה המתקיימת בבתי החולים אלא עוסק בשיח הזכויות וזכותה של היולדת לבחירה חופשית.

לסיכום, האפשרויות המשפטיות העומדות בפני נפגעות אלימות מיילדותית הן מוגבלות יחסית. אמנם, ניתן לפעול במסגרת פקודת הנזיקין כאמור והן במסגרת פרשנות לנורמות המעוצבות בחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996, המגדיר איסור אפליה (סעי' 4), הזכות לקבלת טיפול רפואי נאות (סעי' 5), שמירה על כבוד ופרטיות (סעי' 10א), והחובה להסכמה מדעת בעת קבלת טיפול רפואי, במגבלות שהוגדרו (סעי' 13-15) (ראו גם ההתייחסות העדכנית למצב בישראל בקשר לאלימות מיילדותית אצל גואז מלט, פלדמן ופדואה (21)). יחד עם זאת, בהתבסס על כל האמור לעיל, ובהינתן החסמים, העדר היכולת של מערכת המשפט להתמודד עם פגיעות "אפורות" ועם פעילות פסולה בתוך מתחם הסבירות - הרי שלטווח הארוך, התנועה לחופש בחירה בלידה מצטרפת לזרם הגלובלי הקורא להטמעת חקיקה ייעודית הולמת, בהתבסס על התפישה העמוקה של העוול וההבנה כי חוק ספציפי בחקיקה ראשית יהיה יעיל ומדויק יותר, כיוון שידגיש את אופי הפגיעה המבנית ויכניס אותו להקשר ראוי מבחינה מהותית (יש לזכור שאלימות מיילדותית הוא מונח משפטי ביסודו). כך השימוש במונחים של "פגיעה" או "אלימות", בדומה לחוק למניעת הטרדה מינית, תשנ"ח-1998, עשוי להאיר בזרקור הרצוי דווקא את ההתנהגות הפסולה ולא להתנות את הפיצוי בקיומו של נזק או הידרשות לניתוח של סבירות (8). זאת, כמובן במקביל להליך חברתי של שיום והפניית זרקור אל התופעה כפסולה.

התנועה לחופש בחירה בלידה פועלת על מנת לייצר מסגרת משפטית, אזרחית ופלילית, המכירה באלימות מיילדותית ובהקשר הרחב דרכו יש לדון בה, למסגר את האלימות המיילדותית כאלימות מגדרית ולעצב מחדש את האופן שבו נבחנות פגיעות בלידה, תוך הכרה בחומרת הנזק, שימת דגש על נקודת המבט של הנשים והכרה בסבל הנפגעות כקורבנות של אלימות. בהתאמה, לעמדתנו, יש מקום להחיל חובות כלפי בתי החולים כך שיהיו מחויבים לנקוט באמצעים סבירים על מנת למנוע פגיעה ביולדת על ידי מי מעובדי בית החולים ולטפל בכל מקרה כאמור, וכך בין היתר להגדיר חובה על בית החולים לקבוע דרך יעילה להגשת תלונות ולבירורן, לטפל במקרים של אלימות מיילדותית שידעו אודותיהם ולעשות ככל שביכולתם כדי למנוע את הישנותם. בנוסף, מוצע כי על בית החולים תוטל החובה לקבוע תקנון בנושא פגיעות בלידה ולפרסמו במקום גלוי בשטחו, וכן להגדיר חובת בתי החולים לשקיפות - כלומר לספק גישה ונתונים מלאים על אופי הלידות, אחוז ההתערבויות ושיעורי התלונות המוגשות.

¹¹ https://www.calcalist.co.il/local_news/article/sit9ooioo

¹² יצוין כי עתירה דומה הנוגעת ליולדות בסיכון דווקא נדחתה. ראו בג"ץ 3383/20 מימן ואח' נ' ראש מנהל רפואה במשרד הבריאות ואח' (24.2.2022).

¹² "אנחנו דורשות מקום סביב השולחן כדי לייצג את קולן של היולדות"

<https://www.haaretz.co.il/family/.premium.HIGHLIGHT-MAGAZINE-1.10162084>

הקו ליולדת - העדויות והנתונים

מטרתו של הקו ליולדת, בראש ובראשונה, היא לאפשר לנשים מקום לדבר על הפגיעות שעברו, רגשותיהן והאירועים שחוו במרחב שאינו שיפוטי, מעניק הכרה, מכיל וקשוב. מתנדבות הקו שקיבלו את הפניות העניקו סיוע בהתאם לבקשות הפונה ועל פי האמצעים שעמדו לרשותן, בין אם בהפנייה לייעוץ משפטי, הפנייה לטיפול רגשי, עזרה בכתבת מכתב תלונה, ליווי לפגישה עם נציגי בית החולים או רק אוזן קשבת. הנשים שפנו לקו לא התבקשו לענות על שאלון מובנה (למעט שאלות טכניות של זמן ומקום) אלא קיבלו את האפשרות לכתוב ולשתף את סיפורן האישי באופן חופשי. כל פונה לקו סיפרה את סיפורה בפירוט ובחשיפה המתאימים לה ולכן העדויות כוללות רמות פירוט שונות על אופן התפתחות הלידה, על מקרים של הפרות של זכויות, פגיעות פיזיות, פגיעות מילוליות, היחס של הצוות המטפל, הרגשות ואופן התגובה של הנשים, ההשלכות לטווח הקצר ולטווח הארוך, טיפולים נוספים שקיבלו בעקבות הפגיעות ותחושותיהן הכלליות ביחס לאירוע המתואר. בשל כך, אין לנו תמונה מלאה של מהלך כל האירועים שקרו בזמן הטיפול בנשים או מידע מקיף על ההשלכות של הפגיעות בהן בפן הפיזי או בפן הרגשי למעט הדברים אותם סיפרו. חשוב לנו להדגיש כי הנתונים בדו"ח אינם משקפים את שכיחות התופעה באוכלוסייה בישראל, אך הם מצביעים על קיומה, על מורכבותה ועל מגוון הפרקטיקות באמצעותן מופרות זכויותיהן של נשים בחדרי טיפול בזמן היריון ולידה.

הקו ליולדת פעל לסירוגין בין השנים 2014-2017, במהלכן נכנסו לקו 675 פניות. רוב הפניות עסקו בטיפולים שהתרחשו במהלך ליווי היריון ובעיקר בזמן הלידה והשהות בבית החולים כאשר שמותיהם של כלל בתי החולים בארץ עלו בעדויות. אנו מבקשות בדו"ח זה להתמקד בטיפולים אלו בלבד (ליווי היריון ולידה) ולכן לא נכללו בניתוח הנתונים פניות שעסקו בבדיקות שגרתיות אצל רופאי נשים או במפגשים של הנשים עם המערכת הרפואית לצורך הפסקות היריון (19 פניות). כמו כן, חלק מהנשים ביצעו פנייה לקו הסיוע לצורך יצירת קשר ראשוני אך לא פירוט בכתב את הפגיעות או האירועים שעברו. בשל כך פניות אלה לא נכללו בניתוח זה (33 פניות). בנוסף, מספר נשים ביצעו פנייה חוזרת העוסקת באירוע שכבר דווח ולכן פניות אלה אוחדו עם הפנייה המקורית של אותה אישה (14 פניות). לאור כל זאת, נכללו בניתוח זה סך הכל 609 פניות¹³.

על מנת לשמור על פרטיותן של הפונות לקו הסיוע, המשפטים המצוטטים בדו"ח לצורך הדגמה נלקחו מעדויות שהגיעו במסגרת סקר שערכה עמותת "התנועה לחופש בחירה בלידה" בחודש מרץ 2022. המשתתפות בסקר נתנו הסכמתן לשימוש במידע שמסרו לצורך הצגת נתונים והעלאת מודעות לנושאים בהם עוסקת העמותה. עם זאת, מילים בודדות שחזרו על עצמן פעמים רבות לתיאור תחושות או רגשות של היולדות, כפי שיובאו בהמשך, נלקחו מתוך עדויותיהן של הפונות לקו הסיוע.

ניתוח העדויות

מטרתנו בניתוח העדויות של הפונות הינה למפות מה הם סוגי הפגיעות אותן חוו נשים בזמן קבלת טיפול כמו גם לאמוד את כמות הפגיעות שעברו. האירועים המתוארים הינם מורכבים מאוד ומציינים תמונה של פגיעות מרובות ומגוונות. לעיתים מדובר ברצף של פגיעות מתמשכות לאורך זמן, חלקן באופן חוזר ונשנה, ולעיתים בפגיעות מסוגים שונים המתרחשות במהלך אירוע בודד בזמן קצר. בניתוח העדויות ביצענו עבודת פירוק של כל אירוע אותו תיארה הפונה ובודדנו מתוכו את הפגיעות המופיעות בו. ראשית, סיווגנו כל סוג של פגיעה כקטגוריה תחת שם; שנית, איתרנו קטגוריות בעלות תמה דומה וקיבצנו אותן יחד לנושאי משנה; שלישית, קיבצנו את כלל התמות והקטגוריות לפרקים

13 הנתונים המוצגים בדו"ח זה שונים בחלקם מהנתונים שהוצגו בדו"ח שהוגש לאו"ם בשנת 2019, שם ביצעו ניתוח של כל 675 הפניות ולאחר שנאסף מידע על פגיעות נוספות בשיחות טלפון שהתקיימו בין מתנדבות הקו לפונות. המידע הטלפוני הנוסף שקיבלו אינו זמין לנו כיום ולכן לא התבססו עליו בדו"ח זה. כמו כן, ניתוח הנתונים שבוצע בדו"ח לאו"ם התבסס על טבלת קטגוריות שונה, מפורטות, מטבלת הקטגוריות בדו"ח זה.

בעלי נושא-על. סך הכל יצרנו 9 נושאי-על שונים, תחתם 15 נושאי משנה ותחתם 245 קטגוריות פגיעה שונות. לפירוט מלא של קטגוריות הפגיעה ראו טבלה בעמ' 40.

כלל הפגיעות שאיתרנו מתקבצות תחת 9 נושאי-על המופיעים בגרף הבא. האחוזים מייצגים את שיעור היולדות שדיווחו על פגיעה בכל נושא, חלק ניכר מהן דיווחו על מספר פגיעות מנושאים שונים:

חלוקת הפגיעות לפי נושאי-על



* המספרים מייצגים את שיעור הנשים המדווחות (מתוך 609 פונות). חלקן דיווחו על פגיעות מנושאים שונים

לצורך הבהרה, הקטגוריה הנקראת 'פגיעה באוטונומיה והתנהלות השוללת את הזכות להסכמה מדעת', כוללת גם פגיעות פיזיות מסוג של תקיפה רפואית, כלומר, פרקטיקות רפואיות הנעשות בגוף האישה ללא הסכמתה, ואף לעתים בניגוד מפורש לרצונה. זאת בשונה מהקטגוריה הנקראת 'פגיעות בגוף', המתייחסת לפעולות פיזיות שאינן חלק מפרקטיקה רפואית כלשהי, כמו מגע בעל אופי מיני.

מורכבות הפגיעות שתארו הנשים באה לידי ביטוי גם בסיווגן. מצאנו כי לעיתים פגיעות מסוימות אינן ברורות שיוך לקטגוריה אחת בלבד, אלא יכולות להתאים למספר קטגוריות שונות. למשל, תיאור בו יולדת מתארת שהיא בוכה והמיילדת "התחילה לצעוק עליי שאשתוק". אירוע מסוג זה יכנס תחת 'פגיעות מילוליות' בשלוש קטגוריות שונות: 'זלזול בבכי היולדת', 'השתקת היולדת' וגם 'צעקות כלפי היולדת'. על אף שפגיעה זו מסווגת בשלוש קטגוריות שונות, ותופיע בהצגת כל קטגוריה בנפרד, בספירת הפגיעות הכללית היא תספר כפגיעה אחת.

בדומה לכך מצאנו כי חלק מהפגיעות הן מנושאי-על שונים. לדוגמה, יולדת המתארת כך: "ביקשתי לא לשכב על הגב אבל הכריחו אותי והשכיבו בכח". תיאור כזה מעלה שני סוגי פגיעות: האחד - 'התעלמות מבקשות היולדת', והשני - 'כפיית תנוחה'. לכן, הפגיעה תסווג תחת שני פרקים: 'חוסר תקשורת/תקשורת לקויה' ו-'פגיעה באוטונומיה והתנהלות השוללת את זכותה של היולדת להסכמה מדעת', שכפי שצינו קודם, נושא-על זה כולל בתוכו גם מעשים של תקיפה רפואית. גם במקרה זה, על אף שפגיעה זו מסווגת תחת שני פרקים שונים, ותופיע בהצגת כל קטגוריה בנפרד, בספירת הפגיעות הכללית היא תספר כפגיעה אחת.

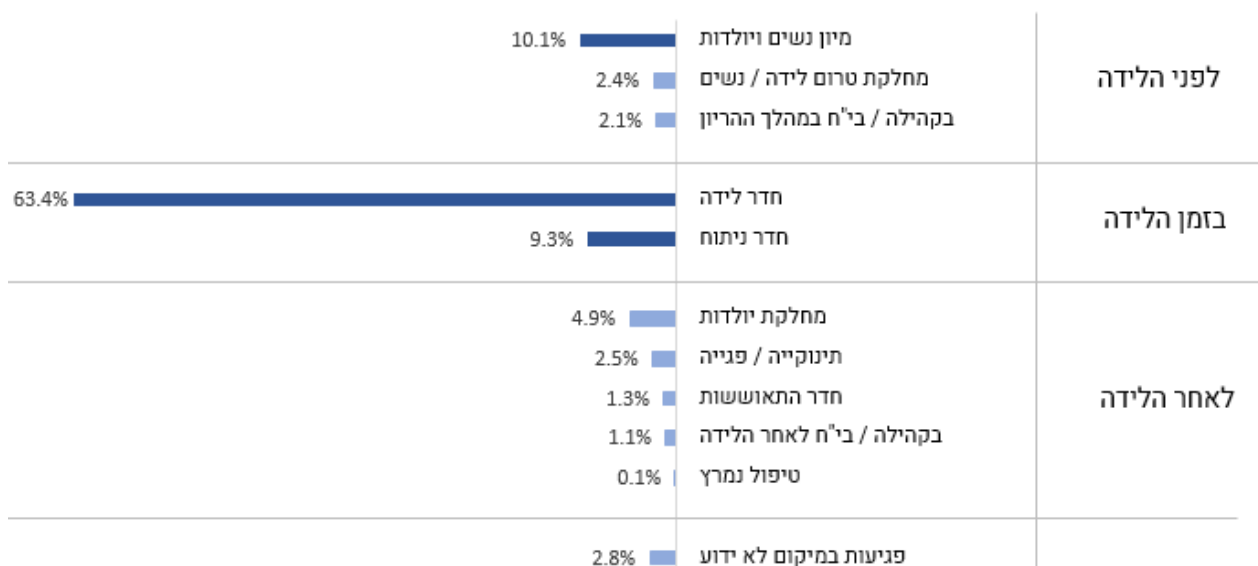
בנוסף לקטגוריות הפגיעה אספנו מתוך העדויות מידע על מקום התרחשות הפגיעות, מיינו אמירות פוגעניות מילוליות לפי הנמען, חילצנו מהן התגובות השכיחות של הצוות להבעת סירוב של המטופלת, אספנו מידע על השלכות הפגיעות על המהלך הפיזיולוגי של הלידה, סיווגנו את השלכות הפגיעות על היולדת וסביבתה ומיינו מילים שכיחות בהן השתמשו היולדות לתיאור הלידה שלהן, תיאור הצוות או עצמן.

מקום התרחשות הפגיעות ומספרן

היולדות תארו בעדויותיהן 2687 מקרי פגיעה, כלומר כל פונה עברה בממוצע 4.4 פגיעות. חשוב לציין כי נתונים אלה מצויים בהערכת חסר וזאת משני טעמים: האחד, לא כל הפונות תארו לפרטים את כלל הפגיעות שעברו, חלקן שמו דגש רק על הפגיעות החמורות לתפיסתן. השני, הפונות לעיתים תארו פגיעות שנעשו באופן "חוזר ונשנה" או "פעמים רבות" ועל כן אין בידינו מספר מדויק של כמות הפגיעות שהן עברו בפועל.

הפגיעות התרחשו בכל שלבי הליווי של המערכת הרפואית - לפני, בזמן ולאחר הלידה, כמתואר בגרף הבא. 82.8% מהן התרחשו תוך כדי הליך הלידה עצמו, מרגע הגעת היולדת למיון ועד סיום הלידה בחדר הלידה או בחדר הניתוח. תוצאות אלה מעידות על רמת פגיעות גבוהה יותר של הנשים ככל שהן מצויות בתוך תהליך הלידה. ניכר כי ככל שהאירוע הפיזיולוגי האינטנסיבי של הלידה מתקדם היולדות חוות קושי רב יותר בהתנהלות מול הצוות הרפואי המטפל ומצויות ברמת סיכון גבוהה יותר לעבור פגיעה.

מקום התרחשות הפגיעות



ביטויים שחזרו על עצמם בעדויות, תיאורי רגשות ותגובותיהן של הנשים

אחת התמות המרכזיות שעולה מתוך דיווחיהן של הנשים הייתה הרגשה של החפצה או דה-הומניזציה. היחס המזלזל כלפיהן וביצוע פעולות על גופן ללא הסכמתן נתנו להן תחושה שהן נתפסות על ידי הצוות המטפל כאובייקט לא אנושי. הנשים תארו עצמן תוך כדי הלידה במילים: "גוש בשר", "כמו חפץ", "פס ייצור", "פרה ברפת", "אני אוויר", "מוצרי", "בובה בחלון ראווה", "בובה על חוטים", "שק", "חיה שחוטה", "עכבר במעבדה", "מוצג בתערוכה", "מוצג במוזיאון", "אובייקט", "בית חרושת", "קופסת שימורים", "כלי", "כלבה", "לא בן אדם", "תרנגולת שחוטה", "תת-אדם", "חתיכת בשר", "קצבייה". גם את הצוות המטפל חלק מהנשים תארו בדימויים לא אנושיים כגון: "מפלצות", "שטן" ו-"חסרי אנושיות".

חלק מהנשים תארו את היחס אליהן כיחס לא מכבד והשתמשו בביטויים: "חוסר כבוד", "ללא כבוד בסיסי", "בלי טיפת כבוד", "יחס לא אנושי", "יחס לא הולם" או "יחס לא נאות". חלקן תארו את היחס של הצוות כיחס שאין בו

רגישות או אטום למצבן והשתמשו בביטויים: "חוסר אמפתיה", "אנטיפט/ית", "חוסר אכפתיות", "חוסר רגישות", "אין חמלה", "ייחס מנוכר", "קרירות", "חוסר התחשבות", "אדישות", "לא סימפטית", "ייחס מכני" ו-"חוסר רחמנות". את רגשותיהן בעקבות יחס לא רגיש או לא מכבד שקיבלו תארו הנשים במילים כמו: "משפיל", "מבזה", "מעליב", "מחפיר", "מביש" או "פוגע".

נשים רבות השתמשו במילים שונות המתארות כוונות, הן ביחס המילולי של הצוות המטפל והן באופן המגע והטיפול בגופן. מילים שחזרו על עצמן היו: "ברוטלי", "אגרסיבי", "בגסות", "בכוח", "אלימות", "תוקפני", "תקיפה", "יולגרי", "גס רוח", "פוגעני", "בקשיחות", "שוחטים אותי", "כמו קצב". חלקן תארו את מה שעברו כ-"התעללות", "עינויים" או "סבל". הצוות המטפל תואר על ידי חלקן במילים: "רוע", "רע", "אכזר/ית", "מרשעת", "מכשפה" ו-"סדיסטית".

בשל יחסי הכוחות הלא שוויוניים בזמן טיפול בין המטופלת למטפלים/ות, חלק גדול מהנשים חשו תסכול או חוסר אונים מההתמודדות מול הצוות הרפואי ומהצורך להיאבק כדי להישמע. חלקן השתמשו בביטויים מיליטנטיים לתיאור האווירה בחדר הלידה והיחסים עם הצוות הרפואי, כמו: "מלחמה", "שדה קרב", "מאבק", "פקודות", "פקד/ה", "נחטפתי", "נכנעתי", "מובסת", "בסוף ניצחתי", "שבי", "הלם קרב", "עימות", "להילחם", "חזית אחת מולי".

טיפולים פולשניים שנעשו בגופן ללא הסכמה, הסבר או הכנה תוארו על ידי חלק מהנשים במונחים של פגיעה מינית וזאת בשל השילוב שבין עמדתו העליונה של הצוות הרפואי בחדר, המגע הפולשני בגופן וחוסר התקשורת של הצוות סביב הפעולות המבוצעות. חלקן תארו את מה שעברו בחדר הלידה כ"אונס", "תקיפה מינית", "הטרדה מינית", "הרגשתי מחוללת" או "מחללים את גופי". מספר נשים, לדוגמה, העלו שאלה בפנייתן לקו הסיוע לגבי הבדיקה הרקטלית שבוצעה בהן לאחר ביצוע תפירה של חיץ הנקבים. הן לא היו בטוחות אם החדרת האצבע של הרופא לפי הטבעת שלהן היא חלק מהפרוצדורה או שמא זו תקיפה מינית. כך או כך, בשל אופי הפעולה, חוסר התקשורת סביבה ואי קבלת הסכמתן לביצועה, הפעולה נחווה כתקיפה מינית. באופן דומה, גם פעולות פולשניות אחרות שנעשו בכוח בגופן של היולדות, כמו סטריפינג ובדיקות פתיחה, תוארו על ידי נשים רבות במונחים של פגיעות מיניות.

מילים נוספות בהן השתמשו הנשים לתיאור לידתן היו: "מזעזע", "נוראי", "זוועה", "איום", "גיהנום", "מזוועי", "סיוט" ו-"טראומטי". חלקן הרגישו שנדחקו לשוליים בלידתן שלהן בדומה לתיאור הבא: "הרגשתי שרוצים שאשתוק ויטפלו בי כמו במכונה ולא כמו באדם".

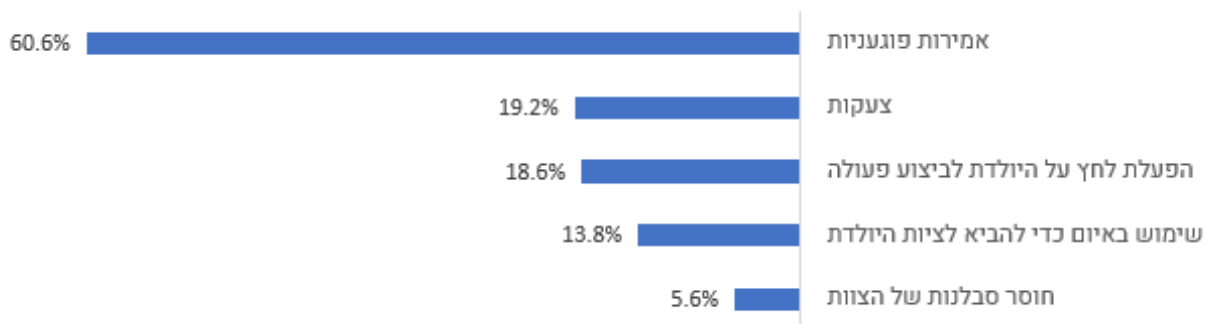
בתיאורן את תגובותיהן המיידיות במהלך הלידה, חלק מהפונות תארו רגשות של השפלה, הלם, פחד, לחץ וכעס. חלק מהנשים תארו תחושות של ניכור מצד הצוות המטפל וחלקן אף העידו כי חשו בדידות עצומה, על אף ריבוי האנשים סביבן. חלקן תארו שהופעל עליהן לחץ מאסיבי עד כי חשו שאין להן ברירה אלא להסכים עם הצוות המטפל ולאפשר לו לפעול בניגוד לרצונן. אחרות תארו פחד מלהגיג משהו לצוות שמא יקבלו טיפול לא איכותי בשל כך. חלק מהנשים תארו את עצמן קופאות, רועדות, בוכות ללא שליטה, נותרות ללא מילים בתגובה לפגיעות שעברו או מתנתקות רגשית מגופן (דיסוציאציה). חלק מהנשים העידו שחשו אכזבה עמוקה מעצמן על השתלשלות האירועים ותארו זאת ככישלון עצמי שלהן, ומספר נשים אף תארו מחשבות על מוות תוך כדי הלידה מתוך רצון שהפגיעה תסתיים.

בהתייחסותן לתגובות רגשיות בטווח הארוך יותר, חלק מהנשים תארו תגובות של דיכאון, או התמודדות עם הפרעה פוסט-טראומטית. אחרות תארו באופן ספציפי סימפטומים של הימנעות, קהות חושים או עוררות-יתר. למשל, נשים תארו בכי או הצפה בדמעות בזמן שהן נזכרו באירועי הלידה, רומינציות לגבי אירועי הלידה לפני השינה, כעס בזמן חשיבה על אירועי הלידה, קושי או פחד מלחשוב על לידה נוספת או תחושה של קהות חושים, כאילו שהן "כבויות".

פגיעות מילוליות

הפגיעות הנפוצות ביותר שתארו הפונות הן פגיעות מילוליות. 70.3% מהנשים העידו שעברו פגיעה מילולית אחת או יותר. הפגיעות המילוליות חולקו לחמישה סוגים על פי הגרף הבא:

פגיעות מילוליות



* המספרים מייצגים את שיעור הנשים המדווחות (מתוך 609 פונות). חלקן דיווחו על מספר קטגוריות שונות

לאורך העדויות הנשים דיווחו על 671 אמירות פוגעניות כאשר 91.2% מתוכן נאמרו ישירות אל היולדת והשאר אל המלווים שלה ובין אנשי הצוות. תוכן האמירות שעלו מן העדויות הוא מגוון וחולק ל-31 סוגים של אמירות פוגעניות שונות (כמפורט בטבלה בעמ' 40), ביניהן גם כינויים ותיגים שנאמרו ליולדות בזמן טיפול רפואי וגרמו להן לתחושות של השפלה וביזוי כמו: "מפונקת", "בכיינית", "פרינססה", "שמנה", "דפוקה", "פרה", "תינוקת", "ילדה קטנה", "חמודה", "פחדנית", "היסטרית", "משוגעת", "צריכה כדורי הרגעה", "לא שפויה", "חוצפנית", "חרדתית" ו-"סרבנית". יולדות אחדות אף ציינו אמירות גזעניות של הצוות, שימוש בקללות והטרדות מיניות מילוליות כלפיהן במהלך הטיפול.

אמירות פוגעניות (השכיחות ביותר)



* המספרים מייצגים את שיעור הנשים המדווחות (מתוך 609 פונות). חלקן דיווחו על מספר קטגוריות שונות

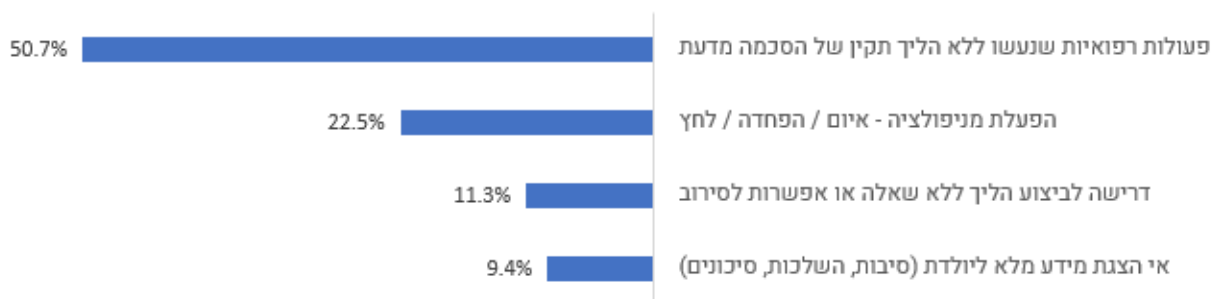
18.6% מהנשים תארו מצבים של הפעלות לחץ לביצוע פעולה כלשהי. סך הכל עלו בעדויותיהן 23 סוגים שונים של הפעלות לחץ. הנפוצות ביותר הן הפעלות לחץ ללקיחת אפידורל, ביצוע ניתוח קיסרי, ביצוע זירוז לידה לרבות לקיחת פיטוצין והפעלת לחץ לעמידה בזמנים שמקציב הצוות. חלק מהתיאורים כללו הפעלות לחץ חוזרות ונשנות גם לאחר שהיולדת הביעה סירוב, לעיתים על ידי אותו איש/ת צוות ולעיתים על ידי מספר אנשי/ות צוות שונים. אחת היולדות, לדוגמה, תיארה הפעלת לחץ של רופאה לביצוע פרוצדורה שוב ושוב "כל רבע שעה". חלק מהנשים העידו שלא יכלו להתמודד עם הלחץ הרב שהופעל עליהן תוך כדי צירי הלידה והן החליטו, בלית ברירה, להסכים להתערבויות רפואיות שלא רצו בהן. מספר נשים הסבירו כי הפעלת הלחץ עליהן הביאה לתוצאה שלילית של התכווצות הגוף, סטרס וחוסר יכולת להיות במצב של רוגע בתהליך הלידה. אחדות מהן תארו כיצד לאחר הלחץ שהופעל עליהן חלה האטה בהתקדמות הלידה ואף נצפו ירידות בדופק העובר.

צורה נוספת של פגיעה מילולית באה לידי ביטוי באמירות בעלות אופי של איום כאשר מטרת האיום היא להפחיד או להלחץ את היולדת ולגרום לה לציית לרצונות הצוות. 13.8% מהנשים תארו איומים שהופנו כלפיהן, בסגנון: אם לא תעשי מה שאני אומרת לך - אני עוזבת את החדר; אם לא תפסיקי לצעוק - את לא תקבלי אפידורל. מהעדויות עלו 22 סוגים שונים של איומים, ביניהם בלטו: איום בהעברה לחדר ניתוח, איום בשימוש בוואקום, איום בנטישה של איש/ת צוות מטפל ואיום שלא לתת או להפסיק אפידורל. תקשורת בצורה של איום עם היולדות גרמה להן להרגיש פחד, בהלה, לחץ, חוסר אונים, קיפאון והביאה לעיתים להתפרצויות בכי.

פגיעה באוטונומיה והתנהלות השוללת את הזכות להסכמה מדעת

63.7% מכלל היולדות תארו התנהלויות שונות של הצוות השוללות את זכותן להסכמה מדעת בזמן הטיפול הרפואי. התנהלויות מסוג זה של הצוות שללו מהיולדות את היכולת לקבל את מלוא המידע הנוגע להליכים הרפואיים המוצעים להן, לשקול באופן מושכל את נחיצות ההליך עבורן ולהביע הסכמה או סירוב בפני הצוות הרפואי לביצוע ההליך. להלן ההתנהלויות השכיחות ביותר:

פגיעה באוטונומיה והתנהלות השוללת את הזכות להסכמה מדעת (השכיחות ביותר)



* המספרים מייצגים את שיעור הנשים המדווחות (מתוך 609 פונות). חלקן דיווחו על מספר קטגוריות שונות

50.7% מהיולדות דיווחו בעדויותיהן על 33 סוגים שונים של פעולות שנעשו בפועל בגופן ללא הליך תקין של הסכמה מדעת כאשר כשני-שליש מהיולדות דיווחו על 2 פעולות בממוצע וזאת תוך פגיעה ממשית בזכותן לקבלת החלטות הנוגעות לגופן.

פעולות רפואיות שנעשו ללא הליך תקין של הסכמה מדעת (השכיחות ביותר)



* המספרים מייצגים את שיעור הנשים המדווחות (מתוך 609 פונות). חלקן דיווחו על מספר קטגוריות שונות

אופן הפרת הזכות להסכמה מדעת התבצעה ב-14 צורות שונות על פי דיווחי הפונות, כאשר לעיתים זכותן של היולדות הופרה בכמה אופנים שונים במקביל. לעיתים אופן ההפרה קשור בחוסר תקשורת של הצוות המטפל או בכפייה מילולית על היולדת כמו דרישה או התנגדות מילולית. לעיתים אופן ההפרה כלל הפעלת כוח וכפייה פיזית של ממש תוך התנהלות אגרסיבית ותוקפנית כלפי היולדת.

אופן הפרת הזכות להסכמה מדעת (השכיחות ביותר)



* המספרים מייצגים את שיעור הנשים המדווחות (מתוך 609 פונות). חלקן דיווחו על מספר קטגוריות שונות

אנו מבקשות להדגים פגיעות אלה ולשים דגש על מספר תמות שחזרו על עצמן בעדויות:

סטריפינג¹⁴ - נשים רבות העידו כי הצוות הרפואי ביצע בהן סטריפינג ללא ידיעתן. חלקן סיפרו שנתנו הסכמתן לביצוע בדיקת פתיחה, אך תארו שתוך כדי הבדיקה חשו כאבים עזים ורק בעקבות שאלותיהן נאמר להן שנעשה סטריפינג. הנשים תארו שחשו מרומות, שהטעו אותן, שיקרו להן, פגעו להן באוטונומיה ובהליך הלידה הטבעי. הפעולה, שמטרתה לזרז את תהליך הלידה, לא הוסברה להן גם לאחר ביצועה והן לא קיבלו מידע לגבי ההשלכות שלה.

14 סטריפינג (הפרדת קרומים) – הליך הנעשה לזירוז התפתחות הלידה במהלכו מופרדים קרומי שק מי השפיר מדופן הרחם באופן ידני דרך הנרתיק.

תמרון קריסטלר¹⁵ - רוב כמעט מוחלט של הנשים שהעידו על תמרון קריסטלר, תארו פעולה שבוצעה באופן פתאומי, ללא הכנה, ללא תקשורת, ללא הסבר וללא הסכמתן. הנשים מתארות כיצד אנשי צוות עולים על מיטתן ומתחילים ללחוץ בפתאומיות על בטן תוך הפעלת כוח פיזי רב באמצעות אגרופים או מרפקים. אחדות סיפרו שהמיילדת או הרופא/ה התיישבו להן על הבטן, שכבו להן על הבטן או קפצו להן על הבטן "כמו טרמפולינה". מספר נשים תארו איך בזמן הלחיצות על בטן שאר אנשי הצוות החזיקו את ידיהן ורגליהן ומנעו מהן לזוז או להתנגד לפעולה. התקיפה הפתאומית תוארה על ידי רבות מהן כטראומטית. הנשים סיפרו שזעקו לעזרה, חשו כאבים עזים, קושי לנשום, מחנק, ביקשו והתחננו לעצור. הן נתקלו בסירוב או בהתעלמות מוחלטת מקריאותיהן. אחדות מן הפונות דיווחו שנותרו עם שברים או סדקים בצלעות לאחר הלידה. הפונות תארו תחושות של איבוד אוטונומיה, חוסר אונים, דה-הומניזציה, כעס או עצב על גזילת חווית הלידה מהן, תחושות כישלון ואשמה. מספר יולדות תארו שהן חוות פלשבקים של אירוע התקיפה ומרגישות את עוצמת הלחיצות על בטן גם שנים אחרי הלידה.

אי שימוש באלחוש בזמן תפירה - יולדות רבות מגיעות לשלב התפירה של חיץ הנקבים לאחר שלא קיבלו אפידורל בלידה או שקיבלו אפידורל אבל השפעתו כבר פגה. הרופאים/ות, כך על פי העדויות, לא בדקו לפני תפירה האם היולדת רוצה או צריכה הרדמה מקומית והתחילו מיד בפעולת התפירה. נשים שלא היו תחת הרדמת אפידורל או שהשפעת האפידורל פגה דיווחו שהרגישו את החדרת המחט והשחלת החוט בבשרן פעם אחר פעם וזאת תוך תחושת כאב עצומה. כמעט כל הנשים תארו שביקשו לעצור את התפירה ולקבל זריקת הרדמה מקומית, זעקו מכאב או פרצו בבכי. בודדות בלבד קיבלו בעקבות הבקשה הרדמה מקומית, אך גם אז חלקן העידו שהרופאים לא המתינו עד להשפעת הזריקה. רוב הנשים נאלצו להמשיך לשכב בחוסר אונים ולהרגיש את הליך התפירה. הן קיבלו יחס של התעלמות מהרופאים לבקשתן לעצור או תגובות של סירוב, צחוק, צעקות ואמירות על כך שהן מפריעות, זה לא כואב להן, תכף זה מסתיים או שזו הבעיה שלהן כי הן בחרו שלא לקחת אפידורל.

חוסר תקשורת / תקשורת לקויה

55.3% מהיולדות תארו היבטים שונים של חוסר תקשורת או תקשורת לקויה של הצוות עמן. רבות מן הפגיעות שדווחו לקו הסיוע נובעות לטעמנו, במידה לא מבוטלת, מרמת תקשורת ירודה של אנשי הצוות עם היולדות, גם אם היולדות לא העידו על כך במפורש.

חוסר תקשורת / תקשורת לקויה (השכיחות ביותר)



* המספרים מייצגים את שיעור הנשים המדווחות (מתוך 609 פונות). חלקן דיווחו על מספר קטגוריות שונות

היבט מרכזי של חוסר תקשורת בא לידי ביטוי בהתעלמות מהיולדת. 32% מהיולדות תארו אופנים שונים של התעלמות כאשר הנפוצים הינם: 'התעלמות משאלות ובקשות לעזרה' (18.6%), 'התעלמות מבקשת היולדת להפסיק ביצוע של פעולה' (9.2%), 'התעלמות מהבעת כאב של היולדת' (7.7%) ו'דיבור מעל ראשה של היולדת' (4.3%). ניכר כי הצוות לעיתים קרובות אינו רואה ביולדת מטופלת שצריכה לדעת את מלוא המידע לגבי מצבה, שיכולה וצריכה להשתתף בלקיחת החלטות, בעלת יכולת חשיבה עצמאית ובעלת כושר שיפוט תקין. חלק מהיולדות תארו כיצד הרגישו שהן בעלות תפקיד שולי בהליך הלידה, הצוות התייחס אליהן כגורם מפריע או כמטרד והן תארו את הצוות לוקח פיקוד ו"מנהל" את האירוע. כמו כן, 5.6% דיווחו על אי הזדהות של צוות רפואי בפניהן ו-1.8% תארו אי סדרים ברשומות רפואיות.

הזנחה

28.6% מהיולדות תארו היבטים שונים של הזנחה במהלך הטיפול בהן. נשים רבות תארו בעדותן מצבים של עומס רב במיון יולדות, חדרי הלידה וחדרי הניתוח. אנשי הצוות תוארו על ידי הנשים פעמים רבות כנתונים תחת לחץ קיצוני ומתרוצצים הלך ושוב בין מטופלות. אווירת הלחץ בחדרי הלידה והמיון לא תאמו את צרכיהן של הנשים ברוגע ושקט כדי לקדם את הלידה. 17.6% מהיולדות תארו אי זמינות של אנשי צוות מטפלים כמו מרדמים, רופאי נשים או אחיות במחלקות. רוב היולדות מתוכן (13.3%) הצביעו על אי זמינות של מיילדת במהלך לידתן. 14.4% מהיולדות תארו אירועים בהם לא קיבלו את התמיכה והעזרה שהיו זקוקות להן לעיתים בשל אי הימצאותה של מיילדת בסביבה, לעיתים בשל סירובה של המיילדת להעניק את העזרה והתמיכה המבוקשת ולעיתים בשל חוסר הקשבה לצרכיה של היולדת. אנו סבורות כי חלק מאירועי הזנחה מתרחשים בשל העומסים בחדרי הלידה, מחסור בכוח אדם ומחסור בחדרי לידה בבתי החולים. אנו רוצות לשים דגש על מספר תמות שעלו פעמים רבות בעדויות בהקשר זה:

חוסר ליווי של מיילדת - יולדות רבות תארו מצבים בהן שהו זמן רב, לעיתים שעות ארוכות, ללא ליווי של מיילדת בחדר הלידה או במיון. יולדות שחיפשו מענה וקראו לעזרה נתקלו לעיתים בהתעלמות ולעיתים בתגובות של חוסר סובלנות, דיבור מזלזל, צעקות ואף איומים. בחלק מהעדויות הנשים סיפרו כי בשל העומס על המיילדות הן לא היו בתשומת לב להתפתחות הלידה ולא היו קשובות לתחושות הגוף של היולדת. חלק מהיולדות תארו כיצד התחננו בפני המיילדת שתשהה לצידן, אחרות תארו כיצד המיילדת, בזמן צירי לחץ, הולכת וחוזרת לסירוגין כדי לטפל ביולדות נוספות. בחלק מהמקרים תארו היולדות מצבים בהן הן נותרו ללא תמיכה וללא הדרכה איך ומתי ללחוץ. לעיתים מצבי הזנחה אלו אף הובילו, על פי תיאורי הנשים, לפספוס מצוקה של העובר, ללידה מכשירנית ואף לקיסרי. הנשים הביעו רגשות של חוסר אונים, בדידות, תחושת נטישה, תסכול וכעס כתגובה למצבים אלו.

אי זמינות של רופא/ה לביצוע תפרים - תמה שחזרה על עצמה על ידי הנשים עוסקת בהמתנה לרופא שיבצע תפירה של חיץ הנקבים עם סיום הלידה. יולדות תארו עצמן שוכבות על הגב עם רגליים ממושקות ומורמות, מותשות ועייפות מהלידה, לעיתים עדיין מדממות מהחתיכים או הקרעים. הן אינן יכולות לקום, להוריד את הרגליים, לסגור אותן או לשנות תנוחה. הן נאלצות להמתין כך לרופא זמן רב ללא תזוזה, לעיתים, על פי העדויות, גם עד 4 שעות. חלקן תארו שסבלו מכאבים עזים בשל חוסר היכולת לזוז. אחדות מן הפונות תארו שסבלו בהמשך מזיהום בחתך.

אי זמינות של חדר לידה פנוי - תמה נוספת שעלתה היא המתנה ממושכת עד לקבלת חדר לידה כשכל המדדים של היולדת, על פי נהלי בית החולים, מתאימים לקבלת חדר. היולדות התבקשו להמתין, לעיתים במשך שעות ארוכות, בחדר המיון ובמסדרונות. חלקן הועברו להמתין במחלקת נשים או במחלקות טרום לידה. בכל אחד מהמקומות תארו הנשים תנאים לא מתאימים להתמודדות עם הצירים, חוסר בפרטיות, ותחושת אי-נוחות לשהות במצבן מול קהל של מלווים ובני משפחה של יולדות אחרות. חלקן נאלצו ללדת במחלקה אליה נשלחו, ללדת בחדר המיון או בדרך לחדר הלידה. חלקן התבקשו על ידי הצוות המטפל להתאפק, לא ללחוץ ולסגור את הרגליים עד שיגיעו לחדר הלידה. נשים

אחרות הצליחו, אחרי המתנה ארוכה, להיכנס לחדר לידה אך הן היו כבר בשלב מתקדם בו הצוות לא אפשר להן לקבל אפידורל והן נאלצו לעבור לידה ללא משכך כאבים כפי שרצו.

פגיעות בפרטיות

16.3% מהיולדות תארו פגיעה בפרטיותן במהלך קבלת טיפול רפואי. 10.8% מהן תארו כניסה של סטודנטים או אנשי צוות רבים לחדרן ללא קבלת הסכמתן ולעיתים גם לאחר שהביעו התנגדות מראש. רבות מהיולדות מתארות את החדר מלא באנשי צוות שאינם מוכרים להן, הן אינן מבינות מי הם, מה תפקידם ומדוע הם בחדר. אנשי הצוות שנכנסים אינם מבקשים רשות להיכנס ופעמים רבות גם אינם מציגים את שמם ואת תפקידם. חלק מהיולדות הבינו מההתנהלות המתרחשת בחדר שמדובר בסטודנטים שהוכנסו לצרכי למידה, לחלקן זה נאמר רק לאחר שהסטודנטים עוזבים. רבות מהן מעידות שחשו חוסר נוחות מריבוי אנשי הצוות בחדר וחלקן ביקשו להוציא את הסטודנטים - רוב כמעט מוחלט של הבקשות הללו נענו בהתעלמות או בסירוב. אחת הפונות תיארה שנאמר לה בנחרצות שזהו בית חולים אוניברסיטאי ולכן אין לה ברירה. רק יולדת אחת תיארה מצב בו הוצאו הסטודנטים לבקשתה לאחר שבן זוגה נאלץ להתעקש על כך.

היולדות תארו את צוותי הסטודנטים והמתלמדים כצוותים גדולים של 10 אנשים ויותר הנכנסים במהלך טיפולים רגישים, פולשניים, כאשר רגליהן מפושקות ואיבר מינן חשוף. טיפולים במהלכם הנשים מצפות לקבל פרטיות ואת תחושת האינטימיות והמוגנות הדרושה בדומה לתיאורים הבאים: "משהו כמו 10 אנשי צוות עמדו לי בין הרגליים כשילדתי בלידה ראשונה בלי לבקש רשות", "הרגשתי כמו חיה בספארי", "הרגשתי שכל הפרטיות שלי נלקחה ממני". על פי העדויות, הטיפולים במהלכם נכחו אנשי צוות רבים כללו בין היתר: בדיקות פתיחה, סטריפינג, פקיעת מי שפיר, וואקום, אולטרסאונד וגנילי, תמרון קריסטלר וניתוח קיסרי. בחלק מהמקרים היולדות מתארות את צוות המתלמדים עומד מהצד ומשקיף בזמן הפעולות המבוצעות. במקרים אחרים היולדות מתארות את הצוות הרפואי הבכיר מדגים על גופן, מסביר, מבצע את הפעולות לאט, מדבר מעל ראשן ומתעלם מנוכחותן בחדר. היולדות תארו את הסיטואציות כמשפילות, מביישות, גרמו להן להרגיש חשופות ופגיעות. חלקן תארו עצמן במילים: "מחזה", "מוצג בתערוכה", "עכבר במעבדה" ו-"גוש בשר חשוף".

הפרת זכויות בהתנהלות עם הילוד

15.9% מהיולדות סיפרו על הפרות של זכויות הקשורות להתנהלות עם היילוד והטיפול בו. חלק מהנשים תארו כיצד הצוות הרפואי ביצע בדיקות או נתן טיפול לילוד ללא הסכמת ההורים כגון: בדיקות דם, מתן חיסונים, הזנה בתמי"ל, רחצה, מתן ויטמינים ועוד. אחד ההיבטים הדומיננטיים שעלו בהקשר זה מהעדויות הוא הפרדה של היילוד מהאם ללא הצדקה ברורה ולעיתים בניגוד לבקשתה (10.8%). הפרדה זו התבצעה בעיקר מיד בתום הלידה, בין אם בחדר הלידה או בחדר הניתוח. חלק מהנשים תארו שלא הספיקו לראות את התינוק כלל ולוודא שהוא בסדר לפני שנלקח. ההפרדה המהירה מהיילוד מנעה מן הנשים זמן להיקשרות ראשונית, אפשרות להנקה או לחיבור ב-skin to skin. היולדות חשו ש"תלשו" מהן את התינוק/ת, "גנבו" אותו/ה ואחת מהן תיארה זו כפרקטיקה של "אכזריות". חלק מן היולדות תארו כיצד התחננו לראות את התינוק/ת לאחר ההפרדה וחלקן העידו כי חלפו 8, 9 וגם 12 שעות עד שראו את התינוק שוב. הנשים תארו את ההפרדה כפגיעה קשה וטראומטית וחלקן שיתפו שההפרדה הממושכת פגעה להן בהנקה בהמשך הדרך.

טעויות בטיפול – טיפול לקוי או רשלני

13.6% מהיולדות תארו מקרים של טיפול שנעשה בצורה לקויה או רשלנית לדבריהן. רובם עסקו בטיפולים שניתנו ליולדות, מקצתם עסקו בטיפולים שניתנו לילודים. חלק מהנשים מעידות כי קיבלו תיקוף על ידי גורם רפואי באשר לאיכות הטיפול הירודה שקיבלו. אחדות מהן אף העידו כי הגישו תביעה בגין רשלנות רפואית. אחת התמות שחזרה בעדויות היא תפירת חיץ הנקבים הנעשית בצורה לא תקינה. היולדות מתארות תפרים שנעשו הדוקים מדי, תפירה לא נכונה של שכבות העור, תפירה על כלי דם פתוחים ועוד. תפרים אלה גרמו לכאבים עזים וחוסר נוחות לעיתים חודשים רבים לאחר הלידה, גרמו לקושי בהתנהלות יום-יומית ופגעו בתפקוד המיני של הנשים. חלק מהנשים העידו שהדבר גרם להן לסבל רב עד שקיבלו טיפול נוסף לתיקון התפרים, וחלקן אף נאלצו לעבור ניתוח לצורך התיקון.

מניעת מלווה (באופן מלא או חלקי)

9.5% מהיולדות דיווחו על מניעה של מלווה לצידן במהלך קבלת טיפול. לעיתים הרחקת המלווה נעשתה לפרק זמן ממושך כמו בניתוחים קיסריים או בחדר התאוששות ולעיתים לפרק זמן קצר לצורך ביצוע של הליך רפואי כמו הזרקת אפידורל, שימוש בוואקום או תפירה. בשני המקרים היולדות מתארות את הקושי הרב שהן חוו ללא ליווי ברגעים הפגיעים ביותר שלהן והיעדר התמיכה של אדם קרוב גרמה להן לתחושות של בדידות, פחד, חוסר אונים, אי מענה לצרכיהן וקושי רגשי רב.

פגיעות בגוף (שאינן חלק מפרקטיקה רפואית)

2.1% מהיולדות תארו מקרים של פגיעות פיזיות ופגיעות מיניות בגופן וזאת מחוץ לפרקטיקות רפואיות מקובלות. בשל המקרים הייחודיים לא נוכל לפרט את אירועי הפגיעה, אך אירועים אלו כללו צורות שונות של הפעלות כוח על גופן של הנשים כמו דחיפות, קיפול של אברי גוף בכפייה, הרמה או משיכה בכוח, וכן צביטות ומגע באברי המין של הנשים.

נתונים נוספים

מתוך עדויותיהן של הפונות עלה מידע נוסף העוסק בהשלכות של הפגיעות בהן לטווח הקצר ולטווח הארוך. כמו כן, עלה מידע המתאר את תגובות הצוות הרפואי להבעות סירוב של היולדות להצעות הטיפול שניתנו להן. כל אלה מהותיים להבנת מגוון ההתמודדויות של נשים בהמשך חייהן כתוצאה מפגיעות בלידה, לרבות אובדן אמון ברופאים ובמערכת הבריאות הציבורית כפי שחלקן העידו.

עדויות הנשים על התערבויות רפואיות המשבשות את המהלך הפיזיולוגי של הלידה - לאורך העדויות נשים רבות תארו כיצד התערבויות שונות של הצוות גרמו לשיבוש ופגיעה במהלך הפיזיולוגי הטבעי של הלידה. מספר יולדות ציינו כי חשו שהלחץ להתערבויות מצד הצוות נובע מהעומס בחדר הלידה, הרצון לילד את התינוק/ת לפני סוף המשמרת והצורך לעמוד בפרוטוקולים. חלק גדול מהמצבים בהם נעשו התערבויות לא התרחשו בזמן חירום או מצוקה כלשהי של העובר או של היולדת. נשים רבות תארו פגיעות מי שפיר וביצוע של סטריפינג ללא כל צורך בשלבים מוקדמים של הלידה, שאחריהם חלו התברגות לא נכונה של העובר בתעלת הלידה, שינוי במנח העובר וצניחה של חבל הטבור. חלק מהנשים תארו שקיבלו מינונים גבוהים של פיטוצין בשילוב עם אפידורל, וכיצד זמן קצר לאחר מכן חלו מצבים כמו עיכוב בהתפתחות הלידה וירידות בדופק העובר. כתוצאה מההחמרה באופן

התקדמות הלידה נאלצו הנשים לעבור פעולות חירום שכללו חתך חיץ, תמרון קריסטלר, שימוש בוואקום וכניסה לניתוח קיסרי. לעיתים הנשים נאלצו לעבור כמה מהן ברצף.

היולדות תארו מקרים של הזנחה וחוסר תשומת לב להתפתחות הלידה שהביאו גם הם לביצוע פעולות חירום. חלקן תארו שהזנחתן זמן רב ללא ליווי בזמן צירי הלחץ וחוסר ההדרכה כיצד ללחוץ גרמו לירידות דופק של העובר והן נדרשו לבסוף ללדת באמצעות וואקום, מלקחיים ו/או תמרון קריסטלר. חוסר תשומת ליבן של המיילדות להתפתחויות מהירות של לידות הביאו למצבים בהם היולדות הרגישו שהראש של התינוק יוצא והלידה כבר מתרחשת אך נדרשו על ידי הצוות להתאפק, לא ללחוץ ולסגור את הרגליים בכדי לתת זמן לצוות להתארגן. בזמן ההמתנה להתארגנות הצוות מתארות הנשים שהעובר נסוג לאחור בתעלת הלידה או נכנס למצוקה וחלקן אף נאלצו לבסוף ללדת בלידה מכשירנית כתוצאה מכך. במקרים אחרים, בשל תשומת הלב המאוחרת של הצוות והלחץ בו היה נתון, נדרשו היולדות לבצע לחיצות לא בזמן צירים ובניגוד מוחלט לתחושות גופן, דבר שלווה בירידות דופק של העובר, עיכוב בהתקדמות ושימוש בוואקום.

יולדות רבות סיפרו שהוכרחו לשכב על הגב, לעיתים עבור ניטור רציף ולעיתים רק בשל דרישת המיילדת, כאשר הן מרגישות שזו לא התנוחה הנכונה עבורן. בעקבות התנוחה הכפוייה בניגוד לתחושות גופן, חלו עיכובים בהתפתחות הלידה, התברגות לא נכונה של העובר, נסיגה של העובר חזרה בתעלת הלידה, וכן ירידות בדופק העובר. חלק מיולדות אלה סיימו את הלידה בניתוח קיסרי חירום או בוואקום.

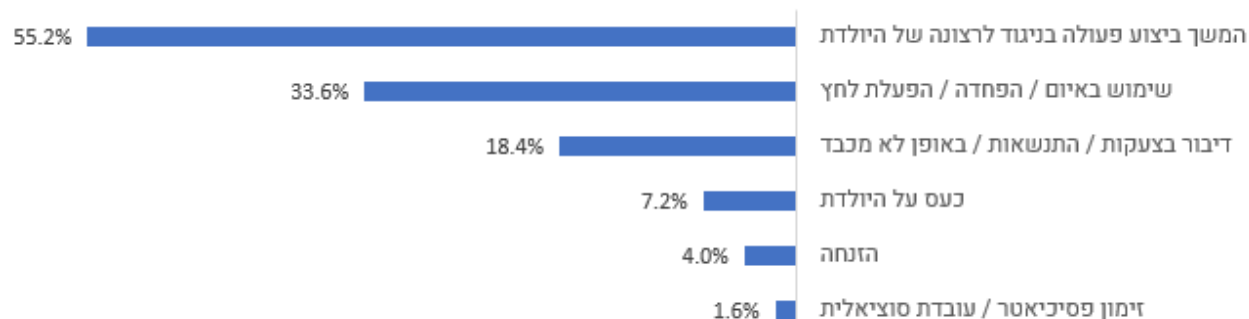
היולדות תארו כיצד פעולות פולשניות ואגרסיביות ללא הסכמתן, כמו סטריפינג ובדיקות פתיחה, והפעלות לחץ מאסיביות לביצוע התערבויות הביאו אותן למצבי הלם, קיפאון, סטרס, בכי בלתי נשלט והתכווצות של הגוף. היולדות מתארות השפעה שלילית ישירה של מצבן הרגשי על התפתחות הלידה ועל מצבו של העובר, שבאה לידי ביטוי בירידות דופק, הפסקת הצירים, חוסר התקדמות בלידה וסגירה של צוואר הרחם. היולדות מתארות שהרגישו שהקצב שמכתיב הצוות הרפואי אינו תואם את קצב התקדמות הלידה שלהן וההתערבויות האגרסיביות הביאו לעיתים לפגיעות פיזיות ביילוד שדרשו אשפוזים וטיפולים נוספים, כמו גם השפעות רגשיות ופיזיות ארוכות טווח על היולדת לרבות פוסט טראומה.

תחושות מיידיות של היולדת בעקבות הפגיעות



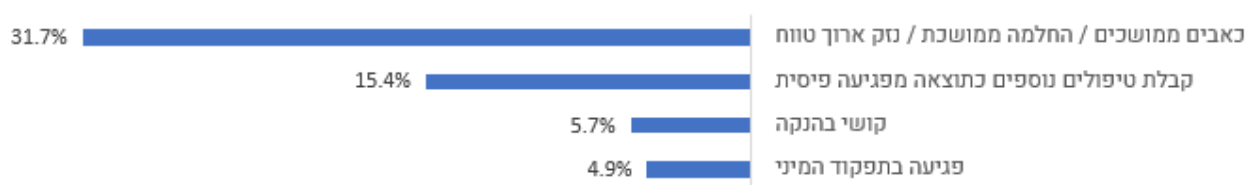
*הנתונים חושבו מסך הפגונות שדיווחו על תחושותיהן המיידיות (306 פונות). חלקן דיווחו על יותר מתחושה אחת

תגובות הצוות להבעת סירוב או בחירה בשונה מההמלצות



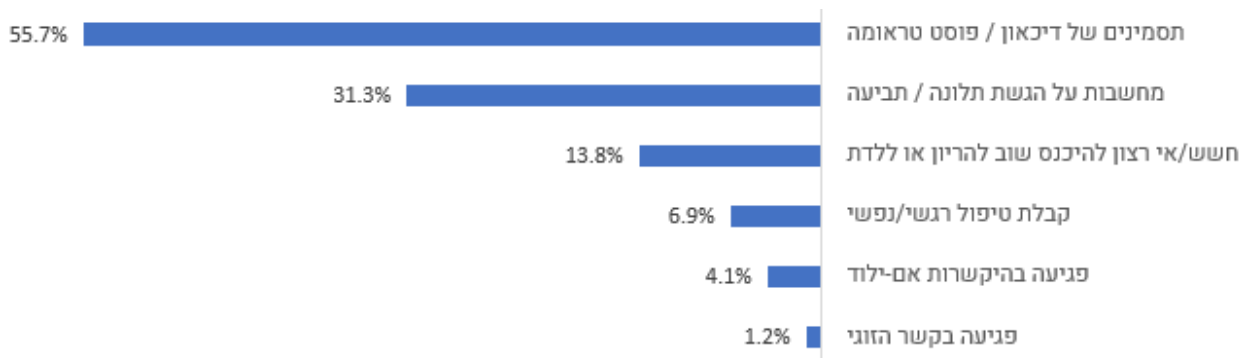
*הנתונים חושבו מסך הפונות שדיווחו על תגובות הצוות (125 פונות). חלקן דיווחו על מספר תגובות שונות

השלכות לטווח ארוך - פיזי



*הנתונים חושבו מסך הפונות שדיווחו על השלכות לטווח ארוך (246 פונות). חלקן דיווחו על מספר השלכות שונות

השלכות לטווח ארוך - רגשי



*הנתונים חושבו מסך הפונות שדיווחו על השלכות לטווח ארוך (246 פונות). חלקן דיווחו על מספר השלכות שונות

אלימות מיילדותית בשיח הציבורי ותגובות המערכת הרפואית

בתקשורת

סנוניות ראשונות של עיסוק בתופעה בתקשורת הופיעו כבר מאז סוף שנות ה-70 של המאה ה-20. ב-1977 פורסמה כתבה של תמר אבידר בעיתון מעריב, תחת הכותרת 'ללדת זועקת ובדד', שבה צוטט דו"ח של 'אגודת נשים לבריאות', ובו תואר, על פי הכתבה, 'מצב חמור של יחס משפיל אל היולדת, השארתה לבד במשך רוב זמן הצירים, זלזול ביולדת הממעט דמותה כבת-אנוש, צעקות מצד הצוות הרפואי על היולדת שנועדו ל'הרגעתה' ועוד'¹⁶. שנה לאחר מכן פורסמה כתבתה של נורית כהנא, 'גילויים מחדר הלידה', בעיתון הארץ¹⁷, וכעשור מאוחר יותר, ב-1989 וב-1990, פורסמו בירחון נעמת כתבות של אורית שרת (כיום אורית שרת פורטר) בנושא התנהלות פוגענית כלפי נשים בלידה ובטיפול גינקולוגי¹⁸.

במהלך העשור האחרון, פורסמו עוד ועוד כתבות בנושא, שחלקן כללו גם אזכור מפורש ליחס פוגעני, הפרת זכויות, ואף למונח 'אלימות מיילדותית'¹⁹. חלקן הופיעו באמצעי תקשורת מרכזיים, עם כותרות ישירות ובוטות, כמו 'אלימות, גזענות וחוסר כבוד: הצד האפל של חדרי הלידה בישראל'²⁰, 'חוסר רגישות, יחס משפיל, סיכונים רפואיים. האם מערכת הבריאות מפרה באופן שיטתי את זכויות האשה היולדת?'²¹, או 'לחץ קטלני: אימה בחדר הלידה'²².

עם זאת, ההתייחסויות לנושא בתקשורת נותרו מעטות יחסית ובתדירות נמוכה. על כן, הן לא הובילו להדים משמעותיים, בדמות תחקירי המשך, סערה ציבורית, או אימוץ של מנגנוני אכיפה אפקטיביים מצד המערכת הרפואית.

-
- 16 אבידר, ת. (19 במאי 1977). ללדת זועקת ובדד, מעריב
- 17 כהנא, נ. (6 ביולי 1978). גילויים מחדר הלידה, הארץ
- 18 שרת, א. (30 באוקטובר 1989). בעצב גדול תלדי, ירחון נעמת; שרת, א. (בפברואר 1990). יש ידיים בדבר, ירחון נעמת
- 19 יהושפט, נ. (9 באפריל 2016). אלימות מיילדותית [שידור טלוויזיוני]. חדשות השבת, ערוץ: כאן 11; סער, צ. (7 ביולי 2016). מי מחליט מה יקרה בגוף שלנו, ולמה אנחנו מסכימות שזה יהיה מישהו אחר?, הארץ; פאולה וליאון (25 ביוני 2018). [שידור טלוויזיוני] תלחצי ותשתקי: עלייה במספר היולדות שמתלוננות על יחס פוגעני בחדר לידה, קשת 12; גלעד, א. וזיו-וולף, מ. (26 ביוני 2018). [שידור טלוויזיוני] בזעם תלדי בנים – מחקר: יולדות מדווחות על יחס פוגעני מצד הצוות הרפואי בחדרי הלידה, ערוץ 13: העולם הבוקר; איפי וקלימר, ר. (6 בינואר 2020). בעולם ממשיכים להשתמש בשיטות מיילדותיות מיושנות ומסוכנות, הארץ; לוי, ל. (7 בפברואר 2020). "המיילדת צעקה עליי שאפסיק להתלונן וחתכה אותי בלי לומר מילה", ynet; פאולה וליאון (16 בפברואר 2020). [שידור טלוויזיוני] "אלימות מיילדותית": "המיילדת צעקה עליי שאפסיק להתלונן וחתכה אותי בלי לומר מילה", קשת 12; קולמן, ב. (29 יולי 2022). חבלי לידה, מקור ראשון; מערכת וואלה! (27 במרץ 2022). אלימות, גזענות וחוסר כבוד: הצד האפל של חדרי הלידה בישראל, וואלה! בריאות; ינקו, א. (23 באוגוסט 2022). תביעות רשלנות בישראל: זו המחלקה שנתבעת יותר מכולן, ynet; רוזן, מ. וגורן, א. (9 בפברואר 2023). פרק מס' 64: אזהרת טריגור! אלימות בשדה הלידה – שיחה עם עו"ד רותם אלוני, פודקאסט 'באות לעולם'
- 20 מערכת וואלה! (27 במרץ 2022). אלימות, גזענות וחוסר כבוד: הצד האפל של חדרי הלידה בישראל, וואלה! בריאות
- 21 לימונה, נ. (11 ביוני 2015). חוסר רגישות, יחס משפיל, סיכונים רפואיים. האם מערכת הבריאות מפרה באופן שיטתי את זכויות האשה היולדת?, הארץ
- 22 רוזניק, ר. (1 במאי 2021). לחץ קטלני: אימה בחדר הלידה, ישראל היום

במסגרת העמותה, אנו פועלות כדי להעלות את תדירות הסיקור התקשורתי בנוגע לתופעה²³, אך גם כיום הנושא אינו זוכה לתשומת הלב ההולמת את כמות הנשים החשופות לאלימות מסוג זה, את אופיה הממוסד של אלימות זו, וכן את חומרת האלימות והשלכותיה על חיי הנפגעות.

לצד זאת, מפעם לפעם מתפרסמים אייטמים תקשורתיים העוסקים במצוקה נפשית של נשים סביב היריון ולידה. אך עד כה, רוב הכתבות והראיונות בנושא הדגישו גורמים הקשורים באישה ובסביבתה הקרובה, או בקשיי הסתגלות להורות הראשונית²⁴. כאשר הייתה התייחסות ללידה, היא נגעה לתוצאי לידה קשים או לחוויה הסובייקטיבית של נשים במהלך לידה, ללא אזכור של תופעת האלימות המיילדותית²⁵.

ברוח דומה, מספר תכניות טלוויזיה הציגו ראיונות עם נשות מקצוע מתחום בריאות הנפש המתמחות בבריאות נפש האישה סביב תקופת הפיריון. באחד הראיונות, אשר עסק בפוסט טראומה בעקבות לידה²⁶, הציג המראיין שאלות לגבי סימפטומים נפוצים, דרכי טיפול, וכן לגבי האפשרות שמבנה האישי של האישה משפיע על התפתחותה של הפרעה פוסט טראומטית לאחר הלידה. המראיינת, מצידה, התייחסה לפרשנות של האישה לגבי האירועים, ולחשיבות של טיפול שיחזיר לאישה את התחושה שהייתה לה שליטה כלשהי על גופה בלידה. זאת, ללא שום התייחסות לאפשרות שנגזלה ממנה השליטה על גופה ועל לידתה בשל הפרת זכויותיה מצד הצוות בחדרי לידה. בראיון אחר, המראיינת התבקשה לדבר על פחד של נשים מסוימות מלידה, פחד הנקרא 'טוקופוביה', אך גם היא לא ציינה כלל את התופעה של התנהלות פוגענית ואלימה מצד הצוותים הרפואיים, שעשויה להוות מקור מרכזי לאותם פחדים. במקום זאת, היא הדגישה כי ישנן נשים שהלידה שלהן מתועדת ברשומות הרפואיות כנורמטיבית, אבל נחווה כטראומטית על ידי האישה²⁷.

בדרך זו, מקרים רבים של מצוקה נפשית בקרב נשים אחרי לידה, בהן מצוקתן נגרמת בשל אלימות שעברו במהלך הלידה, מוצאים מהקשרם ומוצגים כקושי של האישה המסוימת הדורש טיפול נפשי פרטני²⁸. זאת לצד התעלמות מהצורך בשינוי מערכתי וחברתי, וכן מהאחריות החברתית לתת הכרה לנפגעות בנוגע לאלימות שעברו.

-
- 23 יוהשפט, נ. (9 באפריל 2016). אלימות מיילדותית [שידור טלוויזיוני]. חדשות השבת, ערוץ: כאן 11; קורם, ק. (18 באפריל 2016). אלימות מיילדותית: הפגיעה שנשים חוות במהלך הלידה, אונליין; קרמר, מ. (3 באוגוסט, 2020). [ללא כותרת], פוליטיקלי קוראת; הילמן, ד. (12 באפריל 2021). שתקי ותלדי (אלימות מיילדותית): טל - מתחת למים, הפודקאסט 'עבר פלילי'; הילמן, ד. (10 במאי 2021). שתקי ותלדי (אלימות מיילדותית): הקיסרי של רומי, הפודקאסט 'עבר פלילי'; גורן, ח. (5 ביולי 2022). "מה קורה לכם שם בישראל, למה כולן בטרומה מהלידה שלהן?", הארץ; תמיר, ג. (19 בספטמבר 2022). זה מגיע לכם - ראיון עם חיותה גורן, רדיו כאן ב; גבאי, א. (9 בנובמבר 2022). "למה ברגע החשוב בחיי הייתי צריכה להיות בעימות?", מאקו; לימונה, נ. (17 בנובמבר 2022). המאבק על המונח "אלימות מיילדותית", הארץ; ונדר-אלבראנס, ה. (22 בנובמבר 2022). "תפסיקי לצעוק! לידה זה כואב!", העוקץ; אלינגר, ר. (24 בדצמבר 2022). התמודדות עם אלימות בשעת הלידה?, אתר mammy; הראל, ע. ומנשה, ע. (2 בינואר 2023). [שידור טלוויזיוני], עדן ועודד עם עדן הראל ועודד מנשה, ראיון עם חיותה גורן ובת עמי בזוגלו, ערוץ 14
- 24 דיווי, מ. (7 במאי 2017). זיהוי מוקדם מציל נשים עם פסיכוזה לאחר לידה, פרסום בהארץ: לקוח מהגרדיאן; קובן, ר. (8 בפברואר 2021) [שידור טלוויזיוני], יוצאים מהכלל: נשים המתמודדות עם דיכאון אחרי לידה, כאן 11; קרסו, ר. (הועלה לרשת ב-22 באפריל 2018) [שידור טלוויזיוני] חיים בריא - ראיון עם ד"ר ורד בר, ישראל: ערוץ 10
- 25 שוב, ר. (11 בינואר 2012). להתמודד עם הפחד: "לידה טראומטית מחייבת טיפול", מאקו; אבן, ד. (27 ביוני 2012). חוקרים ישראלים: שליש מהילודות סובלות מתסמיני פוסט טראומה, הארץ; סגל, י. (21 במרץ 2014). לא תמיד מרגש: פוסט-טראומה לאחר לידה, ynet; צוריאל הררי, ק. (31 באוקטובר 2018). לנווט את ספינת ההורמונים: ד"ר גבי אייזנברג-רומנו מטפלת ביחסים שבין הגוף הנשי לנפש, מגזין כלכליסט; וינשטיין-זהר, י. (16 ביולי 2021). לידה עלולה להשאיר נשים בפוסט טראומה. איך אפשר לטפל בזה?, וואלה! בריאות; אופיר, ע. (19 בינואר 2023). נלחמת להיות אמה, עכשיו את בדיכאון? ynet
- 26 קרסו, ר. (הועלה לרשת ב-29 ביולי 2013), [שידור טלוויזיוני] בריאות 10 - ראיון עם ליאת הולר הררי, בישראל: ערוץ 10.
- 27 קרסו, ר. (הועלה לרשת ב-13 במרץ 2017) [שידור טלוויזיוני]. חיים בריא - ראיון עם ד"ר גבי אייזנברג רומנו, ישראל: ערוץ 10;
- 28 אייזנברג רומנו, ג. (21 בינואר 2019). חרדה קיצונית מלידה - כך מזהים ומטפלים, ynet

הגינקולוגיה

בהקשר רחב יותר, של התנהלות רופאיות נשים שלא בהקשר ללידה, חלה התפתחות משמעותית בשיח הציבורי בשנים האחרונות. הנושא פרץ לאחרונה לתקשורת באוקטובר 2020, בעקבות טור שכתבה העיתונאית דנה ספקטור בידיעות אחרונות, שכותרתו הייתה 'כיסא העינויים'²⁹. בטור תיארה ספקטור יחס משפיל שעברה בעת טיפול גינקולוגי, והעבירה ביקורת על ההתנהלות של אנשי מקצוע רבים בתחום. לא הייתה זאת הפעם הראשונה שהיחס של גינקולוגים וטופלות עלה לכתורות או דובר ברשת החברתית. קדם לה ב-2017 דו"ח מטעם ארגון קרן בריאה בשם 'דו"ח הבדיקה הגינקולוגית: צרכים ורצונות של נשים ביחס לבדיקות גינקולוגיות', על בסיס סקר בו השתתפו 6,500 נשים. הדו"ח מצא כי 18.6% מהנשים תיארו בדיקה גינקולוגית שעברו כטראומטית, וכי מחצית מהנשים עברו מעל 5 גינקולוגים/ות במהלך חייהן, כשהתחלופה נמצאה כמושפעת בעיקר מתחושת אי נוחות עם הרופא/ה המטפל/ת. הטור של ספקטור עורר דיון סוער בפייסבוק בין רופאיות נשים, רופאיות מתחומים אחרים, נשים, ואקטיביסטיות בתחום. מובילת הסערה, יעל שרר, מנהלת הלובי למלחמה באלימות מינית, טבעה את השם גינקולוגיה גייט ככותרת לאירוע המתגלגל.

בעקבות השיתופים והעדויות שנשים רבות כתבו בתגובותיהן, נכתבו טורי דעה בנושא³⁰, ודנה ספקטור ונעם ברקן פרסמו כתבה תחת הכותרת 'חשופות'³¹, אשר הציגה עדויות רבות של נשים שתיארו התנהגות פוגענית במהלך טיפולים גינקולוגיים, שלא בזמן לידה. גם העיתון המקוון פוליטיקלי קוראת פרסם טורים רבים בנושא של אלימות גינקולוגית, וכן בנושא של אלימות מינית במהלך טיפול גינקולוגי, אלימות אשר עלתה לכתורות שוב סביב פרסום פסק הדין במשפט של הגינקולוג בני שכטר ופרסומים נוספים בעקבות חשדות לפגיעה בעלת אופי מיני של רופאי נשים נוספים³².

בעקבות הסערה הציבורית, כינסה וועדת הכנסת לקידום מעמד האישה ושוויון מגדרי, שבראשה עמד בזמנו ח"כ עודד פורר, דיון דחוף בנושא העדויות של נשים בנוגע לגינקולוגים. הדיון התקיים ב-17 בנובמבר 2020, ובו השתתפו נשים שהגיעו לתת עדות בנוגע לאירועים שעברו כטופלות, נציגות של ארגוני נשים, וכן רופאים ורופאות שהתבקשו להגיב על העדויות³³.

אחת הנשים שהגיעו על מנת לתת עדות הייתה הילה בניוביץ' הופמן. בניוביץ' הופמן תיארה את האירועים שעברה גם בטור של ליאת בר סתו, תחת הכותרת "אני לא צינור ולא חור. אני בנאדם"³⁴. בהמשך, עקב האירוע שעברה, היא יצאה בקמפיין לגיוס תמיכה כספית עבור תביעה אותה הגישה כנגד בית החולים בילינסון והרופא המעורב.

דוברת נוספת שהשתתפה בדיון, רביד אדרי, היא אחת ממנהלות קבוצת הפייסבוק 'המלצות ואזהרות על גינקולוגיות. ים', קבוצה בה נשים משתפות בנוגע ליחס שקיבלו כטופלות מגינקולוגיות. ים במהלך מפגשים רפואיים. באותם תחקירים שהתפרסמו בנוגע לאלימות מינית או רפואית מצד רופאים, הופיעו גם נשים מהקבוצה אשר שיתפו את עדויותיהן.

אירוע משמעותי שנערך בעקבות סערת הגינקולוגיה גייט היה יום עיון מקוון שנקרא 'רפואת נשים בגובה העיניים'³⁵. יום העיון התקיים ביוזמתה של ד"ר מיכל לוריא, רופאה מומחית במיילדות וגינקולוגיה ובטיפול מיני. יום העיון זכה

-
- 29 ספקטור, ד. (16 באוקטובר, 2020). כיסא העינויים, ידיעות אחרונות
- 30 אורשלימי, ש. מגיעה לנו גינקולוגיה אחרת; כרמי, נ. (14 בנובמבר 2020). רפואה הפוגעת בכבוד האדם איננה "חווית טיפול", קרוא וכתוב – הבלוג של נעמה כרמי
- 31 ברקן, נ. וספקטור, ד. (6 בנובמבר, 2020). חשופות, ידיעות אחרונות
- 32 כהן, א. (4 באוקטובר 2021). פרופ' אריה לויין הוא הרופא הבכיר החשוד בעבירות מין, ישראל היום; פוקס, נ. (17 בדצמבר 2021). פרופ' מנחם אלקלעי הוא הגינקולוג שנגדו הוגשו תלונות על תקיפות מיניות, ynet; פוקס, נ. (28 בדצמבר 2021). הגינקולוג הציני לעובדת באיכילוב 2,000 שקל תמורת יחסי מין: "אעזור לך כלכלית", ynet; ביאר, ח. (30 בדצמבר 2021). סוף סוף האמינו לי: "נפגעות האונס של הגינקולוג הבכיר מדברות", כאן חדשות; הראלי, ג. (2 בינואר 2022). "שקט! מה את ילדה?": שורה של נשים מתלוננות על טיפול פוגעני ומבזה אצל הגינקולוג ד"ר דניאל יאיר, המקום הכי חם בגיהנום; עמיאל, י. (8 בינואר 2022). מה קורה בחדר הגינקולוג? עדות חדשה נגד רופא נשים ממרכז הארץ. חדשות השבת, כאן 11; פלמן, ו. (25 בינואר 2022). "הוא ליטף אותי וקפאתי": העדויות נגד הגינקולוג הבכיר, כאן חדשות; עמיאל, י. (26 במרץ 2022). תחקיר: הגינקולוג הבכיר והטיפוליים הפוגעניים והמבזים, כאן חדשות; עמיאל, י. (17 בפברואר 2023). תחקיר הרופא המטריד: הבכיר שהושעה – וממשיך לעבוד, כאן חדשות
- 33 הוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי (17 בנובמבר, 2020). דיון 'תלונות על בדיקות וטיפולים גינקולוגיים', אתר הכנסת
- 34 בר סתו, ל. (16 ביולי, 2020). "אני לא צינור ולא חור. אני בנאדם", מאקו
- 35 יום העיון זמין לצפייה בלואו-ב- Youtube

לתהודה גדולה, עם מספר רב של משתתפות/ים. רוב ההרצאות עסקו ביחסי מטפל-מטופל ובהתנהלויות פוגעניות, ביניהן יחס מבטל לכאב ואף פגיעות מיניות, במסגרת טיפול גינקולוגי. באחת ההרצאות, יעל שרר הציגה ממצאים ראשוניים שעלו מכ-1,000 עדויות שאספה בעקבות סערת הרשת³⁶. פרופ' שרה כהן-שבוט, ראשת התכנית ללימודי מגדר באוניברסיטת חיפה וחוקרת עולמית בתחום האלימות המיילדותית, העבירה הרצאה שעסקה באופן בלעדי בתופעת האלימות המיילדותית. עם זאת, היו הרצאות אחרות ביום העיון שעסקו בלידה בהקשר לנשים שעברו טראומה מינית, או טראומה קודמת מסוגים אחרים, ובדרכים למניעת טראומה בלידה נוכחית, או בהקשר לחוויה הסובייקטיבית של האישה בלידה, תוך התייחסות מעטה עד לא קיימת לתופעה של התנהלות פוגענית ואלימה מצד הצוותים כלפי נשים בלידה.

לצד התפתחויות משמעותיות אלו בשיח הציבורי ובסיקור התקשורתי סביב טיפולים גינקולוגיים, יש להדגיש שוב כי סערת הגינקולוגיה היט עסקה בעיקר בטיפולים גינקולוגיים שאינם קשורים בלידה. אמנם יש קשר הדוק בין אלימות המתרחשת במסגרת טיפולים גינקולוגיים לזו המתרחשת בעת לידה, אך לידה היא אירוע בעל מאפיינים ייחודיים ועל כן היא מציבה אתגרים שונים מבחינת ההסברה והסיקור התקשורתי של הנושא. אחת המשוכות המרכזיות היא שהתפישה הרווחת כיום, הן בשיח הציבורי והן במערכת הרפואית, היא התייחסות ללידה כאירוע רפואי במהותו, במקום כאירוע פיזיולוגי היכול להתקיים עם השגחה מקצועית. תפישה זו כרוכה במתן משקל נמוך לשלבים הפיזיולוגיים הטבעיים של תהליך הלידה ולתנאים הנדרשים להתפתחותם. כמו כן, לידה כרוכה בדאגה לגבי בריאות היילוד. כתוצאה מכך, ישנם מרכיבים באירוע הלידה אשר מערימים קשיים רבים על הנפגעות בבואן לנסות ולהבין אם ההתנהלות של הצוות הרפואי ביחס אליהן הייתה תקינה. כמו כן, כפי שתואר קודם לכן, נפגעות רבות עוברות פגיעה נוספת כאשר בפנייתן לקבל טיפול, תגובתן הנורמלית לאירועים הלא תקינים והחמורים שהן עברו ממוסגרת על ידי מערך בריאות הנפש כמצוקה נפשית שנובעת ממקורות אחרים בלבד. מדובר בעוול כפול בעל השלכות ארוכות טווח על הנפגעות ועל משפחותיהן. מסיבות אלו, יש צורך בדיון ציבורי מעמיק ונפרד בנושא.

שינויים מתוך המערכת הרפואית

במקביל להתפתחויות באקטיביזם החיצוני למערכת הרפואית, חלו גם התפתחויות משמעותיות באקטיביזם מצד נשות ואנשי מקצוע מתוך המערכת. צעדים אלה נגעו לפגיעות מסוגים שונים ובין גורמים שונים. כך למשל, קמה תנועת ה-Medtoo, במטרה להפנות זרקור אל פגיעות מיניות מצד רופאים כלפי רופאות³⁷. כמו כן, הארגון רופאים לזכויות אדם פרסם ב-2021 נייר עמדה תחת הכותרת "שיקוף מערכת: מבט על תופעות של אלימות מגדרית במערכת הבריאות"³⁸. נייר העמדה סקר סוגים שונים של אלימות מגדרית המופנית הן נגד מטפלות והן נגד מטופלות. ב-2022, ד"ר ליאור שחר, שראוינה לצורך נייר העמדה, פרסמה טור אישי בעיתון הארץ בו שיתפה מדוע בחרה להתפטר מתפקידה כראשת תת-הוועדה לטיפול ומניעה בפגיעות מיניות בקרב צוותים רפואיים³⁹. בטור שפרסמה היא מתארת את אופי ההתנגדויות בהן נתקלה מצד משרד הבריאות וכיצד נמנע ממנה לקדם את המטרות שלשמן מונתה לתפקיד. בהקשר ללידה, מלבד טור בעיתון הארץ שנכתב ב-2018 על ידי ד"ר ליאור ברוך בנושא של אלימות מיילדותית⁴⁰, רוב השיח הנשמע מתוך המערכת הרפואית נוגע להעלאת המודעות לתופעה של טראומה אצל נשים בהקשר ללידה. ארגונים שונים העוסקים בתחום רפואת הנשים ערכו ימי עיון והרצאות העוסקות בטראומה מינית בהקשר להיריון, לידה ותקופת הפוסט פארטום. כמו כן, בבתי חולים רבים בישראל נפתחו מרפאות ייעודיות לליווי בלידה של נשים

36 רזנטל, ד. (24 בדצמבר 2020). "ואז הוא דחף את המכשיר. משהו בתוכי מת", וואלה!

37 רגולסקי, ה. (29 בדצמבר 2021). הרופאות שוברות שתיקה: 'יש קשר ישיר בין הפגיעה בנו לפגיעה במטופלות', אונליין

38 בן כנען, ר. (מרץ 2021). נייר עמדה: שיקוף מערכת: מבט על תופעות של אלימות מגדרית במערכת הבריאות, רופאים לזכויות אדם

39 שחר, ל. (16 במאי 2022). למה התפטרתי מהוועדה לטיפול בהטרדות מיניות במערכת הבריאות, הארץ

40 ברוך, ל. (5 בדצמבר 2018). אלימות מיילדותית: הרגע שבו את כבר לא מחליטה מה קורה בלידה שלך, הארץ

עם טראומה בעבר⁴¹. ברוח דומה, גם בימי עיון מכוונים אשר היוו צעד משמעותי לשינוי השיח, כמו יום העיון 'רפואת נשים בגובה העיניים', שהוזכר קודם לכן, וכן כנס שנערך לאחרונה בבילינסון תחת הכותרת 'בגוף ראשון', נשמע שיח מעורב, בו התקיימו זה לצד זה שיח פורץ דרך של הכרה במעשי הפגיעה, ושיח הנשאר בגבולות הטרואומה ונמנע מהכרה במעשי הפגיעה או בחומרתם.

שיח זה מאופיין לרוב בדגש על הצורך בטיפול מיוחד טראומה, טיפול המותאם למטופלים. שחוו טראומה בעברם. זהו שיח בעל ערך רב, שמטרתו היא להעלות את המודעות לשכיחותה של טראומה בקרב הציבור, לקדם יחס טיפולי נטול שיפוטיות, ולהעניק לנפגעי טראומה טיפול המודע להתמודדויות שלהם בעת מפגש טיפולי ואשר מותאם היטב לצרכיהם. קיומו של טיפול מסוג זה עשוי להכריע אם נפגעי טראומה יוכלו להעזר בטיפול הרפואי שהם זקוקים לו, ועל כן יש לו חשיבות עליונה.

כמו כן, בהקשר ללידה, ניתן להבין את הצורך בשיח הטרואומה בלידה, שכן ישנם גורמים רבים לטרואומה אשר עלולה להיווצר אצל אישה בלידה, ושיח זה, העושה שימוש במונחים כמו 'לידה טראומטית', מאפשר, תחת מונח אחד, התייחסות למצוקה של נשים רבות הנגרמת מסיבות שונות ומגוונות.

עם זאת, בשיח זה פעמים רבות לא נעשית הבחנה ראויה בין טיפול מיוחד טראומה לבין טיפול מיוחד זכויות. כלומר, לא נעשית הבחנה ברורה בין טיפול שמטרתו לזהות טריגרים אפשריים הנובעים מטרואומה קודמת, כדי להימנע מהם וכך לנסות ולהמנע מרה-טראומטיזציה במהלך טיפול רפואי, לבין טיפול המכיר קודם כל בזכויות המטופלת, בחובה לשמור על זכויות אלה, ובכך שהפרתן של אותן זכויות מהווה עוול חמור. לעתים, כחלק מהשיח העוסק בטרואומה בלידה ישנה הכרה בכך שהתנהלות הצוות, מעבר לכך שהיא עלולה לעורר טריגרים הקשורים בטרואומה קודמת, גם עלולה להוביל לטרואומה בפני עצמה. אך עצם ההתמקדות בתוצאת הטרואומה, תוך הימנעות מאפיון מעשי הפגיעה השונים, שמה את הזרקור על האישה. לרוב, התמקדות זו מלווה בניחות של גורמי הסיכון לעומת גורמי החוסן בחייה של האישה, ניתוח של ההתמודדות הנפשית שלה, תיאור של תסמינים נפוצים של מצוקות נפשיות שונות ופירוט של דרכי טיפול אפשריות. זאת, תוך הסטת המבט מחומרת המעשים הנעשים בנשים באחד הרגעים החשובים והפגיעים בחייהן. כך, בשיח העוסק בטרואומה ולא בהפרת זכויות חסרה לקיחת אחריות מצד אנשי המערכת הרפואית על היחס הפוגעני והאלימים שנשים רבות עוברות, ועלולות לעבור שוב, וזאת לא מצד אנשים מחיי היומיום של המטופלות, אלא במהלך הטיפול הרפואי עצמו. עבור נפגעות רבות, שיח זה אף מהווה ערעור על תפיסת המציאות שלהן, ולמעשה המשך של הפגיעה בהן.

לצד שיח הטרואומה הרווח, ראוי לציון מאמר שהתפרסם לאחרונה בעיתון 'רפואה', תחת הכותרת 'אלימות מיילדותית: מאין ולאן, השלכות ודרכי מניעה'. המאמר נכתב על ידי הגינקולוגיות ד"ר שיר גואז מלט, ד"ר נעה פלדמן וד"ר אנה פדואה. בסיכום המאמר הן מציעות דרכי פעולה למיגור התופעה, ביניהן קביעת חקיקה ייחודית לנושא, וכן "מדיניות טיפול בחדרי הלידה אשר תכלול פרוטוקולים ייעודיים והדרכה שוטפת של הצוותים הרפואיים" (21).

כמו כן, מצד ארגון המיילדות נעשו לאחרונה צעדים ניכרים בתמיכה בחופש הבחירה של נשים בלידה, דוגמת תמיכה במפגינות מול בג"ץ בדיון שעסק במרכזי הלידה, וכן הצהרה פומבית לגבי תמיכה בלידות בית⁴². הארגון אף מכיר בקיומה של התנהלות פוגענית והפרת זכויותיהן של נשים בלידה. עם זאת, הארגון מסתייג מהטרמינולוגיה שבה נעשה שימוש בדו"ח זה, ומדגיח כי הפרת הזכויות של המטופלים רווחת במערכת הבריאות כולה⁴³. יש לציון כי אנו מקיימות קשר הדוק עם הארגון ומתקדמות ליצירת אמון, הבנות משותפות ושיתופי פעולה.

צעד אמיץ ויוצא דופן נעשה ב-2021 על ידי מיילדת אנונימית. מיילדת זו התראיינה אצל הכתב אלמוג בוקר בנושא תת-התקינה החריפה בביה"ח סורוקה, וההזנחה הבלתי נמנעת הנובעת ממנה⁴⁴. בהקשר זה, יש לציון כי הזנחת יולדות

41 ויונטה, י. ליווי מודע טראומה בחדרי הלידה בישראל, מתוך: אתר ארגון המיילדות בישראל.

קישור: [ליווי מודע טראומה בחדרי הלידה בישראל - ארגון המיילדות בישראל \(midwives.org.il\)](https://midwives.org.il)

42 לימונה, נ. (27 באוקטובר 2022). המחקר תומך שוב ושוב בלידות בית. למה בישראל מתנגדים להן כל כך?, הארץ; מערכת ice.

43 (26 באוקטובר 2022) ארגון המיילדות במסר מפתיע: "לידת בית בטוחה כמו בבי"ח", ice

44 לימונה, נ. (17 בנובמבר 2022). המאבק על המונח "אלימות מיילדותית", הארץ

44 בוקר, א. (13 בנובמבר 2021). מה קורה במחלקת היולדות?, ערוץ 13

הינה אחד מסוגי הפגיעה הנכללים בהגדרות המקובלות בעולם של אלימות מיילדותית. כתבתו של בוקר זכתה לכתבת המשך מצד נועה לימונה מעיתון הארץ⁴⁵, אך מהתעלמות ביתר אמצעי התקשורת.

התפתחות נוספת התרחשה בדצמבר 2022 בביה"ס לרפואה בטכניון, בו נערכו שני ימי עיון עוקבים עבור הסטודנטים, אשר עסקו בסוגייה של חציית גבולות ביחסי מטפל-מטופל מכיוונים שונים. במסגרת ימי העיון, הוזמנו מטעם העמותה להציג גם את התופעה של אלימות מיילדותית.

מלבד זאת, יוזמה נוספת חשובה הייתה השתתפותם של מספר גינקולוגים וות בלייבים בפייסבוק בקבוצות העוסקות באקטיביזם סביב טיפול גינקולוגי ומיילדותי. השיח בלייבים היווה תגובה למשבר האמון שצף אל פני השטח בסערת הגינקולוגיה גייט, וכן בתחקירים על גינקולוגים שהמשיכו להתפרסם לאחריה. אירועים מסוג זה מהווים דרך לקיים קשר ישיר ראשוני עם ציבור הנשים ולנהל איתן שיח פתוח בנושא.

אם כן, ישנם אנשים מתוך המערכת הרפואית, לעתים בעמדות מפתח, אשר מציגים מחוות ראשוניות ועושים צעדים משמעותיים כדי לייצר שינוי מהותי בשיח, כזה שיכלול הכרה בהתנהלות פוגענית המתקיימת במסגרת המערכת. עם זאת, לרוב מדובר ביוזמות נקודתיות, וכן זו אינה הרוח הנשמעת מצד בכירים במערכת, על כך יורחב בהמשך. כמו כן, עיקר השינויים בשיח הנוגעים ללידה עדיין נעשים תוך התמקדות בטרואומה, ותוך הימנעות מהכרה בעוללות עצמן, שפעמים רבות מהוות את הגורם לטרואומה.

ברשתות החברתיות

בשנים האחרונות, יותר ויותר נשים מעלות לרשתות שיתופים חשופים לגבי חוויות הלידה שעברו, לרוב בקבוצות ייעודיות לנושא, כמו הקבוצה 'לידה פעילה, לידה טבעית ולידת בית', או הקבוצה, 'אלימות מיילדותית - Obstetric Violence'. קבוצות אלו הוקמו על ידי עו"ד אליזבת ברנט, הפעילה מזה שנים בקידום זכויות היולדות בישראל. לעתים, נשים משתפות גם לגבי אירועים של הפרת זכויות ואלימות מיילדותית. במקרים רבים, נשים משתפות את המקרים האישיים שלהן כדי להתייעץ, כדי לתת או לקבל תמיכה ותיקוף מנשים אחרות, או על מנת להזהיר מפני התנהלויות פוגעניות שנשים אחרות עלולות להיתקל בהן בלידה. במקרים בודדים, שיתופים מסוג זה הצליחו לעורר תשומת לב תקשורתית, כמו בכתבה של אמילי עמרוסי⁴⁶, אשר התבססה על תגובות שנכתבו בדף של ארגון 'קרן בריאה'.

ביוני 2022, נערך בעמותה קמפיין לגיוס כספים, במסגרתו פעילות רבות העלו פוסטים העוסקים בנושאים אותם מקדמת העמותה. הקמפיין כלל גם ראיונות של מנכ"לית העמותה, חיותה גורן, בקבוצות פייסבוק שונות וכן בתכנית של אורלי וגיא. השתתפו בו גם סלבריטאיות, כמו השחקנית נועה מימן והסטנדאפיסטית נגה די'אנג'לי. במהלך הקמפיין פורסמו פוסטים רבים שהעלו את המודעות לתופעה של הפרת זכויות נשים בלידה ולצורך במיגור התופעה. זאת, ביחס לשיח הרווח שתואר קודם, המאופיין בהתמקדות בטרואומה. בהמשך, אזכורים נוספים של תופעת האלימות מיילדותית נעשו על ידי משפיענית רשת מוכרת, שירלי טמיר, על ידי הסופרת יעל משאלי, ואף בקבוצת הפייסבוק הפופולארית מאמאצ'יק.

כיום, נשים המשתפות בנוגע למקרים של אלימות שעברו בלידה, במיוחד בקבוצות שאינן ייעודיות לכך, נתקלות לעתים קרובות בתגובות שיפוטיות, מקטינות ומבטלות. אך לצד זה, קיימות גם עלייה ניכרת במודעות לתופעה, ויותר תגובות של תיקוף והבעת אמון בדבריהן של הנפגעות. מדובר בהתפתחות חדשה של מספר השנים האחרונות, שנפגעות רבות לא זכו לה בעבר.

45 לימונה, נ. (7 בדצמבר 2021). מיילדות ויולדות נאבקות ללדת, ואנחנו שותקים, הארץ
46 עמרוסי, א. (10 במאי, 2018). "ניתוח קיסרי, אני עם ידיים קשורות. שני רופאים מתעסקים עם הגוף שלי ומדברים על כדורגל", ישראל היום, מוסף סוף השבוע

תגובות רשמיות מצד המערכת הרפואית

התגובות הרשמיות מצד המערכת הרפואית לדיווחים על אלימות בטיפולים גינקולוגיים בכלל ובתחום הלידה בפרט נעות בין הכחשת האירועים לבין דרכים שונות של הימנעות מלקיחת אחריות. בהקשר ללידה, תגובות אלו כללו עד כה מסגור של הנושא כסוגיה של 'התאמה מגדרית של שירותים רפואיים'⁴⁷; טענה כי הצוותים זוכרים את האירועים באופן שונה מהמתלוננת⁴⁸; הבעת סימפטיה כלפי רגשותיה של המתלוננת, ללא לקיחת אחריות או הודאה בהתנהלות פסולה כלשהי⁴⁹; לקיחת אחריות במונחים כלליים מאוד, כגון התייחסות לשיפורים עתידיים, או בקשה לשלוח מידע לנציב קבילות הציבור, אך ללא הכרה בקיומן של הפרות זכויות היולדת כתופעה הקיימת מזה שנים⁵⁰; או סירוב להגיב⁵¹.

בכתבה של רן רזניק, 'לחץ קטלני', שפורסמה באפריל 2021 בישראל היום, מתואר כיצד לעתים בתי החולים מכחישים את טענות היולדת או משפחתה גם למול ראיות ברורות. רזניק כותב כי "על פי תלונות שהגיעו למשרד הבריאות, בלא מעט מקרים של סיבוכים קשים נמנעו רופאים מלתעד את הפעולה בתיק הרפואי - מהלך המהווה עבירה על החוק ומשבש את החקירה במקרה של הגשת תביעה נגד בית החולים. בחלק מהתביעות הכחישו הרופאים, חלקם מבכירי הגינקולוגים בארץ, את טענות היולדת או בני המשפחה כי הפעילו לחץ פיזי על בטנה של היולדת, הגם שהפעולה נעשתה לעיני הצוות הרפואי. בני משפחה שצילמו את מהלך הלידה (לא תמיד בידיעת הצוות הרפואי) השתמשו בצילומים כדי להוכיח את טענתם."⁵²

בכתבת המשך של רזניק, 'אימה בחדר הלידה', מנהל חדרי הלידה בסורוקה, ד"ר דורון דוקלר, הגיב בדברי תוכחה ונזיפה לאישה שדיווחה למשרד הבריאות על אלימות שעברה בידי הצוות הרפואי. בתשובתו הוא כתב "כששוחררה בריאה לביתה, בידיים מלאות, במקום לכתוב דבר תודה לצוות, שיצא מגדרו למען בריאותה ובריאות הצאצא שברחמה, עסוקה מטופלת סרבנית ונרגנת זאת במכתב תלונה ובהטחת כוס של צוננים במי שעמל למענה..."⁵³

במקרה נוסף, משרד הבריאות טען שהינו מטפל בכל דיווח על מקרה של אלימות במלוא החומרה. עם זאת, באותה נשימה דוברות המשרד הצהירה כי למיטב ידיעתם, "לא רק שאין אלימות בחדרי לידה, אלא שיש שביעות רצון גבוהה שמביעות היולדות כלפי הצוות בכלל והמיילדות בפרט"⁵⁴. תגובה מסוג זה אינה לוקחת בחשבון את המבנה והתזמון הבעייתיים, בלשון המעטה, של שאלוני שביעות הרצון המועברים לנשים אחרי לידה במסגרת בתי החולים. תגובה זו אף מתעלמת מהחסמים הרבים והמורכבים שנפגעות נתקלות בהם כאשר הן שוקלות להגיש תביעה בגין פגיעה שכיום מנורמלת בשיח הציבורי. על כן, תגובה זו אינה מתייחסת לצעדים האקטיביים הנדרשים מצד משרד הבריאות על מנת למגר את התופעה של התנהלויות פוגעניות שהובאו לידיעתם בעצם פרסום הכתבות.

גם בהקשר לפגיעות רפואיות ומיניות במטופלות במהלך טיפולים גינקולוגיים, מלבד כמה אמירות בודדות של הכרה בתופעה, לרוב תגובות מערכת הבריאות לנושא נעה בין הכחשת קיומה של תופעה נרחבת, הימנעות או התמהמהות בנקיטת צעדים למיגור התופעה, ואף שתיקה בנושא.

שם	47
לימונה, נ. (11 ביוני 2015). חוסר רגישות, יחס משפיל, סיכונים רפואיים. האם מערכת הבריאות מפרה באופן שיטתי את זכויות האשה היולדת? הארץ	48
יהושפט, נ. (9 באפריל 2016). אלימות מיילדותית [שידור טלוויזיוני]. חדשות השבת, ערוץ: כאן 11, נלקח מתוך: (44) חדשות השבת - אלימות מיילדותית כאן 11 לשעבר רשות השידור - YouTube	49
בן דוד ליווי, מ. (24 ביוני 2018). הרופא צעק על היולדת: "תשתקי או שארדים אותך", ynet	50
לימונה, נ. (11 ביוני 2015). חוסר רגישות, יחס משפיל, סיכונים רפואיים. האם מערכת הבריאות מפרה באופן שיטתי את זכויות האשה היולדת? הארץ	51
רזניק, ר. (30 באפריל 2021). לחץ קטלני, ישראל היום	52
רזניק, ר. (18 ביוני 2021). "הרופא פשוט עלה על הבטן שלי והתחיל ללחוץ עליה עם המרפק. צרחתי שכואב לי ושיירד ממני, אבל הוא המשיך", ישראל היום	53
אבן, ד. (19 באוגוסט 2012). ארגוני ההדרכה לקראת לידה נאבקים באלימות מילולית מצד הרופאים, הארץ	54

בדיון שנערך בעקבות סערת הגינקולוגיהייט בוועדת הכנסת לקידום מעמד האישה ושוויון מגדרי, אשר התמקד בצורך בשימוש באלחוש או הרדמה בפרוצדורות גינקולוגיות כואבות, נאמרו תגובות מגוונות. לאחר שהנשים העידו על מה שעברו כמטופלות, הרופאים/ות שדיברו אמנם הביעו צער או כאב על החוויות של הנשים, אך חלקם דיברו באופן הנמנע מלקיחת אחריות ברורה, אם בדרך של דגש על ההתנהלות הכללית המכבדת, לטענתם, במערכת, תוך התמהמהות עם התייחסות לאירועים שתוארו בוועדה; אם בניסיונות לטעון כי המקרים אינם רווחים וכי לא מדובר בתופעה נרחבת; אם בהתמקדות בשיקולים לוגיסטיים הכרוכים בהרדמה; ואם על ידי דגש על מאמצים עדכניים שנעשו לשיפור הטיפול והדרך הארוכה שנעשתה בנושא לאורך השנים.

זאת, בהשוואה לדברים הנוקבים שנאמרו על ידי חברי/ות הכנסת בדיון. כך, לדוגמא, חה"כ תמר זנדברג התייחסה לנושא הנידון כסוגיה של כבוד אדם, וחה"כ מירב מיכאלי דיברה על המפגש של נשים עם המערכת הרפואית כמפגש שבו "אין פה בכלל דיבור בין בני בנות אדם, יש פה דיבור של סמכות מול איזה נתין או נתינה, לצורך העניין. זאת עמדה מוחלטת שהיא חייבת להשתנות מהיסוד."

יש לציין כי במהלך הדיון נעשה שימוש רב במילה חוויה בהקשר לתיאורים של הנשים. כפי שציינה די"ר לנה שגיא דאין בדבריה, עצם השימוש החוזר במילה חוויה, אף כאשר מתוארת חוויה קשה, יש בה כדי לשים את הדגש על נקודת המבט הסובייקטיבית של המטופלת. כך, שימוש במילה 'חוויה' מחזק את טשטוש האחריות של המערכת הרפואית ואנשיה. זאת, בניגוד לשימוש במלים כמו 'עדות' לצורך התייחסות לעצם התיאור, או 'מקרה' או 'אירוע' לצורך התייחסות למצב המתואר.

כמו כן, לגבי אמצעים לתיקון ההתנהלות, דובר על פרסום פרוטוקול בנושא, ועל הטמעת הסוגיה בשלבים שונים של החינוך הרפואי. ההתייחסות היחידה לפיקוח נאמרה על ידי פרופ' נעמה קונסטנטיני, אשר גם פתחה את דבריה בהתנצלות כלפי הנשים שדיברו בוועדה. בשום שלב לא הייתה התייחסות מפורשת לגבי הפעלת סנקציות כלפי אנשי צוות המבצעים מעשי פגיעה מסוג זה במטופלות.

בינואר 2022 פרסם האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה מכתב שמצהיר על גינוי חריף של "אירוע של פגיעה מכל סוג (נפשית, גופנית או מינית) כלפי מטופלות". המכתב כלל גם עדכון על קו חם למטופלות⁵⁵. עם זאת, חלק ניכר מהמכתב הוקדש להצגת האירועים כמקרים חריגים ולטיהור שמם של מירב העוסקים בתחום. כמו כן, מבין הצעדים שנעשו זה מכבר על ידי האיגוד והצעדים שתוכננו בהמשך, צוינו הפצת "שירות ללא עלות לשמירה על המוניטין האישי והמקצועי של הרופאים במרחב הדיגיטלי ומניעת שיימינג, שנרכש ע"י הר"י עבור ציבור הרופאים", וכן "פגישה עם משרד גיתם ליחסי ציבור לניהול תקשורת של האירוע". המכתב אף נחתם בדברי הוקרה ותודה "לרופאות ולרופאים העושים עבודה מדהימה במיוחד בתקופת גלי מגפת הקורונה...". עולה השאלה עד כמה מכתב כזה, אשר אינו מכיר באוזלת היד המערכתית ארוכת השנים ביחס לתלונותיהן של מטופלות, אוזלת יד אשר אילצה את הנפגעות לפנות לאמצעי התקשורת, מעורר אמון בקרב הנשים, שאם יפנו לאיגוד אכן יקבלו מענה הולם ושתלונותיהן יובילו לצעדים אפקטיביים לאכיפת זכויותיהן במפגשים רפואיים. כמו כן, המכתב מציין את קיומו של "שיח עם ארגוני נשים", אך אינו מכיר בכך שקיומו של שיח זה נעשה במקביל להתנגדות מצד האיגוד בתואנות שונות להידברות עם ארגוני נשים המדברים בלשון תקיפה יותר.

בספטמבר 2022 פרסם פרופ' יונה תדיר, מומחה ברפואת נשים, בשיתוף פעולה עם ההסתדרות הרפואית בישראל, חוברת תחת הכותרת 'רפואת הנשים בישראל, 1850-2022'. הפרסום, שנטען כי מדובר בטיוטה, עורר ביקורת רבה ברשתות. עיקר הביקורת הופנתה לעיצוב השער, כאשר הטענה המרכזית הייתה שהשער מבטא התייחסות מבטלת כלפי תרומתן של רופאות נשים ביחס לרופאי הנשים הגברים⁵⁶. עם זאת, הטקסט עצמו משך הרבה פחות תשומת לב, על אף שהוא משקף ביתר שאת לא רק את המעמד הפחות המיוחס לעשייתן של הנשים בתחום, אלא את ההעלמה

55 מימון, ר. ושגיא-דאין, ל. (13 בינואר 2022). מכתב מטעם האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה
56 גונטז', נ. (28 בספטמבר 2022). הוצאת ספר על רפואת נשים ויש רק רופאים גברים על הכריכה? "זו היתה טעות", הארץ

הכמעט מוחלטת של מחאתן ארוכת השנים של המטופלות עצמן, את העוולות החמורות שנעשו בהן ואת השלכותיהן. בחוברת בת 50 עמודים, שהתיימרה לסקור את היסטוריית רפואת הנשים בישראל משנות הקמתה ועד ימינו, זכה הנושא להתייחסות במשפט אחד ובלשון רפה. בתיאור תקופת כהונתו של פרופ' רוני מימון כיו"ר האיגוד, לאחר התייחסות לאתגרים שהציבה מגפת הקורונה, נכתב כי "אירועים נוספים אשר טלטלו את מדינת ישראל באותה תקופה כללו מחאת מתמחים לקיצור התורנויות, מחאת מטופלות לגבי השיח שבחדרי הבדיקה, והאשמות פרטניות של התנהגות בלתי הולמת של רופאי נשים".⁵⁷ שאר החוברת הוקדשה לתיאור התפתחותם של מוסדות רפואת הנשים בישראל, ולציון פריצות דרך שונות בתחום.

בכנס שנערך ב-2022 מטעם החברה הישראלית לקידום אבחון, טיפול ומניעה של פגיעה מינית (היפ"ם), נערך פאנל בנושא פגיעות מיניות מצד רופאים. בפאנל השתתפה גם יו"ר הלשכה לאתיקה בהסתדרות הרפואית, פרופ' תמי קרני. בדיון דומה שהתקיים בנושא עוד ב-2017, בוועדת הכנסת לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי, קרני טענה כי תלונות עלולות להיות תוצאה של פרשנות שגויה של המטופלים.⁵⁸ ברוח דומה, במהלך הפאנל שהתקיים ב-2022 בכנס של היפ"ם, קרני הביעה פליאה על כך שבמשך כל שנות עיסוקה בתחום הרפואה, לא הייתה עדה לאלימות המינית שהוצפה בתקשורת בתקופה האחרונה. דבריה, גם אז וגם היום, לאחר פרסום שורת התחקירים שתוארה קודם לכן, מעידים על קושי להכיר באופי האחריות המוטלת על הרופאים. במפגש הרפואי, ובהיקפי התופעה של אלימות מינית במערכת הבריאות, אלימות שכיום היא מוכרת ומדוברת בשיח הציבורי הישראלי, לא כל שכן באלימות רפואית כלפי נשים בלידה.

כמו כן, בכנסים ודיונים שנערכו בכנסת בנושא דיכאון אחרי לידה ומצוקות נפשיות נוספות אחרי לידה, בהן דיברו גם נשות מקצוע מתחומי המיילדות ובריאות הנפש, לא נאמר דבר על התופעה של אלימות המופעלת כלפי נשים במהלך הלידה.⁵⁹

ראיון עם גינקולוגים בערוץ 13 כמקרה מבחן

באפריל 2022 ראינה תמר איש שלום קבוצת גינקולוגים בראיון משותף, בתגובה לשורת התחקירים שהתפרסמה בנוגע לאלימות מינית ורפואית מצד גינקולוגים.⁶⁰ הרופאים בכתבה ביטאו הלם, בושה, תעוקה וחוסר אונים בתגובה לפרסומים. הם השתמשו בביטויים כמו "זה פשוט לא ייתכן", "הייתי בדיכאון", "השמיים נפלו", ודיברו על רצון להתעורר מחלום, או על תחושה שכל אירוע כזה הוא "מין סטירה כזאת". אמנם הם הגיבו בעיקר לתחקירים הקשורים באלימות מינית, אך ההלם שביטאו לנוכח הצפת התופעה בתקשורת מפתיע במידה מסוימת, לנוכח ניסיונותיהן של נשים להרים קול זעקה מזה שנים כנגד ההתנהלות הפוגענית והאלימה נגדן הן בטיפולים גינקולוגיים שגרתיים והן במהלך היריון ולידה.

כמו כן, הגינקולוגים בכתבה התנסחו באופן שמקטין את חומרת האירועים או את היקפיהם, באמירות כמו "הוא התנהג לא בסדר כלפי מטופלת", או "האירועים האלה, לשמחתנו, הם כל כך חריגים...", והתייחסות למקרים שהתפרסמו כאל "תפוחים רקובים". לעומת זאת, האפשרות שנשים תדרנה את רגליהן מגינקולוגים גברים הוגדרה כעניין "מסוכן", כאשר אחד הרופאים אמר שהוא חושב שזה גם "מסוכן להדיר אוכלוסייה שלמה של רופאים בגלל הגינדר שלהם, בגלל המין שלהם". זאת ועוד, גם בראיון זה, שנערך אחרי שורת התחקירים על פגיעות סדרתיות מצד גינקולוגים, עלתה שוב האפשרות, והחשש מפניה, שנשים עלולות לפרש לא נכון את התנהגותם של הרופאים הגברים.

57 תדיר, י. (ספטמבר 2022). רפואת הנשים בישראל, 1850-2022 (טיוטה), פרסום מטעם ההסתדרות הרפואית בישראל והאיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה, עמ' 15.
58 הוועדה לקידום מעמד האישה ושוויון מגדרי (11 בדצמבר 2017). דיון בנושא הצגת נוהל התייחסות גורמי המקצוע לפגיעות מיניות על ידי מטפלים במערכת הבריאות, אתר הכנסת: פרוטוקול מס' 205, עמ' 18-19.
59 הוועדה לקידום מעמד האישה ושוויון מגדרי (7 בפברואר 2017). דיון בנושא דיכאון אחרי לידה, אתר הכנסת; ועדת הבריאות (26 במאי 2022). ציון חודש המודעות לבריאות הנפש של אימהות בשיתוף ארגוני בריאות האישה בישראל, אתר הכנסת.
60 איש שלום, ת. (16 באפריל 2022). [שידור טלוויזיוני] ההטרדות, האימים והפחד לטפל: וידיים מתוך המחלקה הגינקולוגית, רשת 13

זאת, על אף דיווחים רבים של נשים ברשת לגבי המצב ההפוך, בו תלונה מצידן על הפרת זכויות מובהקת לא קיבלה מענה ראוי מצד המערכת. נשים מספרות כי תגובות המוסדות אליהן הגישו תלונות נוסחו באופן המערער על אמינותן בדבר עובדות האירוע, על ידי מסגור התלונה שלהן כנוגעת לחוויה סובייקטיבית, ולרגשות פגיעה בלבד.

כאשר נשאלו לגבי האופן בו הפרסומים השפיעו עליהם, הרופאים תיארו מקרים בהם הם או אחרים נחשדו בהתנהלות לא תקינה או בעלת אופי מיני, וכן במקרה של אלימות פיזית שביצע בן זוג של מטופל ברופא, שהסתיימה בנזקי גוף ונפש קשים לרופא. נאמר גם כי "הייתה תחושה של כמה ימים ממש שדמנו הותר, ממש שבר באמון. הרי כל אחד הוא פוטנציאלית תוקף". לעומת זאת, לא נאמר דבר על נזקי גוף ונפש שנשים סובלות מהן בעקבות אלימות במהלך טיפולים גינקולוגיים, וכן בעקבות אלימות במהלך לידה, אשר אין כל מעקב ראוי אחריהם או הכרה באפשרות שאלה הם תוצאה של עוולות שנעשו על ידי המערכת ואנשיה.

בדומה לתגובות הנגד לתנועת ה-Metoo, בתגובה לדיווחיהן של נשים על אלימות מינית במרחב הציבורי הרחב, גם בהקשר של טיפולים גינקולוגיים, דובר על האופן בו היחס החם מצד רופאים עלול להיפגע, וכיצד הם עלולים לנקוט זהירות יתר במפגשים עם המטופלות. נאמר כי "חלק מ[הרופאים הגברים] נאלצים להתנהל בצורה פחות חמה כדי חלילה לא, באיזשהו מבט, באיזשהי מילה, לעבור איזשהו גבול". התנהלות זו אף מוסגרה ככזו שבסופו של דבר תפגע במטופלות מאחר ותהווה פגיעה ב"טיב התקשורת".

לבסוף, הובעה תקווה כי מדובר ב"משבר חולף". כמו כן, נאמר כי "ברור שיש מקום להשתפר, תמיד יש מקום להשתפר. אנחנו רחוקים מלהיות מושלמים". זהו שימוש בשיח המנרמל עוולות קשות והפרות זכויות אדם ומציג אותן כהתנהלות המהווה חלק מתהליך הלמידה הנורמטיבי והסטנדרטי של כל מערכת. זאת במקום לדבר במונחים של הכרה מלאה בחומרת העוול, בהיקפו ובמשכו, בהשלכות על הנפגעות ומשפחותיהן, ותוך לקיחת אחריות מלאה על מה שנעשה, אם בדרך של התנצלות ואם בהצגת מתווה מקיף של צעדים למיגור התופעה.

בהקשר זה, דובר מעט מאוד, או ששודרו מעט מאוד אמירות לגבי איך המרואיינים עצמם יכולים באופן פעיל להשפיע על המערכת הרפואית, אם בשלבי סינון הסטודנטים, בלימודי הרפואה, בהכשרה במחלקות, בשיח הציבורי, או באכיפת זכויות המטופלת באופן עקבי, על מנת להרוויח מחדש את אמון המטופלות. בסופו של הראיון כן עלה הצורך של בדק בית מצד המרואיינים.

הערות נוספות על הכתבה ניתן לקרוא בפרסום בבלוג של ד"ר נעמה כרמי תחת הכותרת, "ייזהר הרופא: גינקולוגים במופע התקרבות"⁶¹.

לסיכום, ניתן לומר כי בשנים האחרונות הולכת וגוברת המודעות לתופעה של אלימות מינית ורפואית כלפי מטופלות בטיפולים גינקולוגיים. כמו כן, קיימת עלייה מסוימת במודעות לאלימות מיילדותית, אלימות המופעלת כלפי נשים במהלך לידה.

עם זאת, בשיח הרווח עוד נפוצות הנחות לפיהן לידה היא בעיקרה חוויה סובייקטיבית; פעולות בלידה ללא הסכמה מצד הצוות הרפואי הן הכרחיות להצלחת האישה או העובר; התנהלות פוגענית של ממש כלפי יולדת, וכן כלפי מטופלת בהליך שגרת, היא מקרה חריג ונקודתי; וטראומה בלידה היא בעיקרה תוצאה של תוצאי לידה קשים, קושי נפשי אישי של האישה או קושי עם מערך התמיכה שלה. נשים המשתפות את האירועים שעברו ברשת ממשיכות להיתקל בתגובות שיפוטיות ומקטינות, וכן ממשיכות להתקיים תפישות שיפוטיות לגבי הבחירה ללדת בקהילה (במרכזי לידה או בבית), מתוך אמונה כי מדובר בבחירה קיצונית וחסרת אחריות.

גם במערך בריאות הנפש, בעוד שנשמעים קולות אחרים בשיחות פרטיות ובאירועים פנים ארגוניים, השיח המקצועי הפומבי עדיין עוסק בפרשנות הסובייקטיבית של האישה לגבי הלידה שלה, ובמצוקות נפשיות הנובעות מגורמים



אחרים מלבד הלידה. כיום, עוד לא נשמעת הכרה ברורה ומפורשת נרחבת בקיומה של תופעת האלימות המיילדותית. באקלים זה, נאמרות באין מפריע אמירות שיש בהן בכדי לעשות פתולוגיזציה לנפגעות ונרמול של אירועי האלימות בלידה.

טיפול יתר

אחת הצורות בהן מתבטאת אלימות מיילדותית היא השימוש בפרוצדורות לא הכרחיות ואף מזיקות, ללא הסכמה או מבלי לתת את המידע המלא למטופלת (לרבות יעילות, נזק וצורך אמיתי). תופעה שלילית זו של טיפול יתר מוכרת ביחסי מטפל מטופל ומתקיימת ביתר שאת ברפואת נשים ובחדרי לידה. יתרה מכך, טיפול יתר ממוסד באמצעות מדיקליזציה - הגדרה מחדש של מצבים פיזיולוגיים טבעיים ככאלה המצריכים באופן רוטיני התערבות רפואית (22,23). בפרק זה נסקור בקצרה את הנושא, הסיבות למגמה וההשלכות. חקר הסיבות לטיפול יתר למעשה מתאר חלק מהגורמים לאלימות מיילדותית, ולכן נתייחס תחילה לנושא בהקשר רחב.

טיפול יתר ושימוש בטיפולים לא אפקטיביים נפוצים בכל תחומי הרפואה. תופעות אלו משתקפות בשינויים הרבים החלים בנהלי הטיפול ובשונות הגבוהה בצורת הטיפול בין מדינות, בתי חולים ורופאים/ות (22,24,25). השפעתם על החולה נעה בין חוסר יעילות לפגיעה, בייחוד כאשר מדובר בהתערבויות פולשניות ואף כירורגיות, אז החולה משלם מחיר כבד הכרוך בנזק פיזי או נפשי (26). יתרה מזאת, לעתים מוסדות רפואיים ממשיכים לבצע טיפולים שנים ואפילו עשורים לאחר שנמצא כי אלה אינם יעילים (27-29).

הנושא זוכה להתייחסות גם תחת הכותרת אשליית הטיפול (therapeutic illusion). זהו מקרה ספציפי של אשליית השליטה והטיית אישור, המובילה להערכת יתר הנפוצה בקרב מטפלים בדבר יעילות ההליכים שהם נוקטים וכן ביחס להשפעתם (30). מטפלים נוטים לייחס אפקט חיובי להתערבויות שהם מבצעים ולתלות כישלונות בגורמים אחרים.

נושאים אלו נחקרו בקהילה, בבתי החולים ובתחום רפואת החירום (22,25-27). בכל הגזרות שבים ועולים הנזק שנגרם לחולה (iatrogenic), העלויות הגבוהות מבחינת זמן וכסף שניתן היה להשקיע היכן שבאמת יש צורך בכך וכן אובדן האמון ברופאים (22,24,27,30).

כאמור, השונות הגדולה בהמלצות בין מדינות, בתי חולים ורופאים/ות מדגישה עד כמה התופעה נפוצה. ישנן אף הערכות הגורסות כי 60% מהטיפולים המבוצעים כיום אינם אפקטיביים ואף מזיקים (27,31) וכי נדרשות שנים רבות כדי להביא להפסקת השימוש בטיפולים מסוג זה (29,32-34).

סקירות בנושא מתעכבות על מספר סיבות לתופעה, השלובות זו בזו. ראשית שגיאות המטות את הבנת המצב הפיזיולוגי הן בשלב המחקר והן מול המטופל. לדוגמה, הסתמכות על תוצאות חלופיות (surrogate outcomes) (32-34), מודל תופיזיולוגי שגוי (32,34,35), תוצאות הנובעות מגורמים מתערבים (confound factor) (34), התעלמות מאפקט פלסבו ואי הבנת הקשר בין גוף ונפש, לרבות דיסוציאציה וכו' (32,34,36).

סיבות נוספות שתוארו היו דבקות בדעה קדומה בדבר יעילות הטיפול (גם כשכבר הוכח אחרת) (25,27,33), מסורת וחקי התנהגות בכירים שאצלם עברו התמחות (22,34,36), וכן ריבוי בדיקות מיותרות (over-testing) המוביל לטיפול יתר (25,37).

סיבות הנובעות מתחושות המשפיעות על קבלת החלטות בקליניקה, ביניהן הצורך לעשות ולפעול (22,34,38), פחד מתביעות (רפואה מתגוננת) (22), צורך ליצור לעצמם תחושת ביטחון (22,34), והסתמכות על ניסיון העבר (33-36). סיבות אלו זוכות להתייחסות רחבה - רופאים לפעמים מנסים לבטח את עצמם באמצעות טיפול יתר באופן הפוגע במטופל. הם שמים משקל כבד על סיבוך שהם חוששים מפניו תוך התעלמות מהגורמים האמיתיים שהובילו לסיבוך. התנהלות זו היא הסיבה שמחקרים אמיתיים חייבים לכלול דגימה אקראית מבוקרת וסמיות כפולה (27,34), בדיוק כדי למנוע הטיות תצפית הנובעות מציפיות מוקדמות וכדי להביא להתנהלות על בסיס ראיות. לפעמים במקרים אלו הרופא גורם לנזק אותו הוא טוען שמונע.

בנוסף, הכותבים מציינים גם סיבות אישיות, ביניהן רווח כלכלי (22,32,38) או סיבות פסיכולוגיות כמו הצורך להגן על פעולותיהם (28,32), חוסר יכולת להכיר בטעות (22,28,36,38), צורך בשליטה (36,38), ועוד. במאמרים רבים צוין הצורך של הרופא/ה להוות סמכות מול החולה, והקושי להסגיר חוסר ידע. כך מרחיב במיוחד בנושא יחסי הכוחות בין מטפל ומטופל, ומתאר כיצד אי מסירת מידע למטופל/ת משאירה אותם במצב אי ודאות וכך משמרת את שליטת הרופא/ה בחולה (36).

אם כן, טיפולים מיותרים והשונות הגדולה משקפים גם את אי הודאות של הרופא לגבי דרך הטיפול המתאימה ועולה בד בבד עם שאלת המידע שהרופא מסר לחולה ושאלת קיומה של הסכמה מדעת במצב זה (22,36). מאחר ואין ודאות מלאה ולכל הליך תופעות לוואי וסיכונים, על הרופא למסור מידע על אפשרויות הטיפול השונות ומידת ההצלחה האמיתית איתן ובלעדיהן, ללא הטיה, כדי שהמטופל יוכל להחליט. בהיתן מידע מלא, אנשים רבים יעדיפו פרוצדורה קלה ולא פולשנית בניגוד לנטיית המערכת לטיפול יתר, בייחוד כשהתועלת אינה וודאית (38,39).

במאמרים רבים העוסקים בטיפול יתר הוזכרו דוגמאות מתחום הלידה, בייחוד ניתוחים קיסריים מיותרים והשינויים בפרוצדורות (22-24,27,36,38). אכן בתחום המיילדות ניתן לראות שונות גבוהה בנהלים בין מדינות ובתי חולים. בנוסף, קיימת האפשרות ללידת בית אשר זוכה לתגובות שונות במדינות שונות, בין אם עידוד ותמיכה או לחילופין, ביקורת ויחס שיפוטי. אפשרות זו מרחיבה את טווח הגישות ללידה מעבר להבדלים בין גישות שונות הנהוגות בתוך מוסד רפואי. המלצות רבות להתערבויות רפואיות עורערו עם השנים, ועם זאת, מוסדות רפואיים ואנשי מקצוע עדיין דבקים בהתערבויות אלו בתואנות שונות. במצב זה ברור שיש לילדת אפשרויות בחירה רבות, אך נראה שבמקרים רבים הנטייה בבתי החולים היא שלא להציג לילדות את טווח הבחירה המלא הקיים, וזאת למרות שבחירה תקל את הלידה פיזית ונפשית ותקטין סיכונים, כפי שיפורט בהמשך.

טיפול יתר בתחום הלידה

שני מאפיינים עיקריים הקשורים זה בזה ומייחדים את תחום הלידה הינם העובדה כי לידה היא תהליך פיזיולוגי טבעי וכן שהתערבויות רבות בתחום זה אינן מבוססות ראיות (10,40-42). בנוסף לשונות הרבה בגישות הקשורות בלידה, גם המידע הקיים בספרות משקף זאת באופן מובהק.

אף שלידה היא תהליך טבעי, השתרשו פרוצדורות רפואיות רבות בהקשר ללידה באופן גורף או על פי קריטריונים שרירותיים, מבלי לאבחן סיבה ממשית (10,43), וזאת גם כשהדבר כרוך בפגיעה בנשים ובילודים בריאים. בעשורים האחרונים, עם העלייה המתמדת בשיעור הניתוחים הקיסריים, גברה הביקורת ועלו שאלות בעניין נחיצותם ויעילותם של נהלים רבים הנוגעים ללידה, וכן לגבי היחס הפוגעני מצד צוותים רפואיים כלפי יולדות (10,44). סקירה של התערבויות שונות בספרות הרפואית, החל מבדיקות וכלה בהתערבויות כירורגיות, מעלה שאלות בדבר הצורך האמיתי בפרוצדורות שונות, בדבר יעילותן (אם בכלל), ובנוגע לשכיחות הנזקים הכרוכים בהן, בטווח הקצר ובטווח הרחוק (10,43-59). הספרות בנושא נוגעת גם לסוגיית ביצוע של פרוצדורות שונות כחלק מפרוטוקול מובנה ללא בחינה של השלכותיהן השליליות, לקיומה של הערכת סיכונים מוטה, ולטיעונים שהשתמשו בהם כדי לשמר את הפרוצדורות הללו (14,45,46,48-61). גם כאשר המידע על ההשפעות המזיקות קיים בספרות עשרות שנים, כולל מטא אנליזות המציגות מסקנות נחרצות בנושא, ואף שארגון הבריאות העולמי קבע המלצות ברורות לצמצום ההתערבויות והבדיקות בלידה (44,50,60,62), עדיין ישנם פערים גדולים למול המצב בשטח (46,47,50,52-57,59,62).

בנוסף, יש התייחסויות לתגובות הצוות לביקורת וכן להתנהלות כלפי היולדות ומלוויהן הכוללת הפחדה וזלזול. אף כי הנזק בהתנהלות זו מובן מאליו, כדאי להתעכב גם על משמעותו הפיזיולוגית בהקשר ללידה, שכן התנהגות גסה המובילה לסטרס מעלה את רמות האדרנלין אצל היולדת. אדרנלין הוא מעכב של אוקסיטוצין ולכן מעכב ומשבש את דפוס הצירים ואת התקדמות הלידה (63,64).

סוגיית טיפול היתר לכשעצמה הינה נושא קשה הכרוך בנוק ובסבל מיותרים, בעלויות ובהפרת אמון. בהתחשב במאפיינים הנוספים הקשורים בלידה, אין פלא שהמושג "אלימות מיילדותית" זוכה להכרה הולכת וגוברת. הדפוס בו רופאים ממאנים להכיר בנוק פועולותיהם, מתארים פגיעה יאטרונגית כנוק ספונטני, מתעלמים מהסכמה מדעת ומגנים על התערבויות מיותרות או מזיקות בטענה שנעשו למען היולדות, הינו דפוס מושרש במיוחד. מסקירת הספרות עולה תמונה ברורה לגבי המודעות לטיפול יתר, לסיכונים, לחריגה מהמלצות מחקריות ומצד ארגון הבריאות העולמי, להסתרת מידע ולגרימת נזק (14,44-46,48-50,54-58,60-62,65). בנוסף, התנהלות אנשי הצוות הרואים בחיוב התערבויות בלידה הביאה לעלייה בשיעורי הטראומה הפיזית והנפשית של יולדות (66).

מההשוואה בין הספרות לשטח, נראה שקיימת נטייה לבחור בהתערבויות על פני מגמה לאפשר את הלידה ולהתערב רק כשבאמת הדבר נחוץ ובאופן נקודתי. כמו כן, ניכר כי קיים חוסר מוטיבציה למנוע סיבוכים בדרכים פשוטות ולא מזיקות, כגון: הקפדה על תנוחה המתאימה ללידה ללא ארכובות וכדי (49,50,57), מעבר לבדיקות לא פולשניות במקום כאלה שהוכחו כלא יעילות ופוגעות (67-70), Hands off (57,65), שמירה על פרטיות היולדת והתנהגות מכובדת כלפיה, מתן מידע מלא מראש גם בתוכניות הכנה ללידה, התייחסות לתוכניות לידה תוך הסבר מראש לגבי מצבי סיכון, הסכמה מדעת בשלבים שונים של הלידה, וכיו"ב.

קשה ליישב את הפערים בין מדינות, בתי חולים ולידות בית ובין הספרות הרפואית לשטח. הסיבות הניתנות על ידי הצוותים הרפואיים אינן באמת מספקות הסבר לפערים אלה או לכך שהשינויים בתחום מחלחלים בקצב איטי במיוחד למרות נגישות המידע וקלות הביצוע. כיום ישנה הכרה בבעיה יותר מבעבר, אך עדיין קיימת הכחשה הן לגבי התנהלות הצוות כלפי היולדות, והן לגבי הפגיעה הפיזית הנגרמת על ידי הצוות והקשר ביניהם. ישנם גורמים הנמנעים מלדבר על הכשל המקצועי ומכירים בעיקר בהתנהגות לא נאותה המביאה לטראומה (10,50), כפי שפורט בפרק העוסק בתגובות המערכת הרפואית. לעתים גם זה נעשה באופן שטחי, תוך ביטול והקטנה של אלו שהעזו להתלונן. כדי לפעול לפתרון יש להכיר בבעיה בכללותה, על מאפייניה העמוקים, ולחתור לרפואה מבוססת ראיות.

השלכות כלכליות

ככלל, לתופעת טיפול היתר יש מחיר כלכלי גבוה (22,26,27,30). אי לכך, התערבויות, בייחוד כאלה הנעשות במחטף או ללא הסכמה מדעת, מעלות את הסיכון לסיבוכים, גרימת נזק, צורך בניתוחים, טיפול רפואי לאחר לידה, תביעות משפטיות, טיפול נפשי עקב טראומה, פגיעה בתפקוד היומיומי ובתפקוד המיני. עלויות אלו מכוסות על ידי קופות החולים ובאופן פרטי. ההוצאות הרבות נערמות ומשקפות הן את חוסר היעילות והן את הפגיעה הכלכלית המתמשכת כתוצאה מהתערבויות שלא לצורך.

בפרק העדויות נשים מדווחות גם על הקשר הישיר בין אלימות מיילדותית, טראומה ודיכאון אחרי לידה. נושא זה מוכר ומתועד גם בספרות המקצועית כהפרעת דחק פוסט טראומטית או כדיכאון אחרי לידה (71). יתרה מזאת, בשנים האחרונות נערכים מחקרים על מנת לנסות ולכמת את הזיקה בין מאפייני האלימות המיילדותית ודיכאון (72,73). לדוגמה, מחקר ברזילאי מראה שגם כאשר מנטרלים גורמי רקע (כמו היסטוריה של דיכאון), אלימות מיילדותית מסוגים שונים יותר ממכפילה את הסיכוי ללקות בדיכאון אחרי לידה (73).

בהקשר זה נציין את עלויות הטיפול בדיכאון אחרי לידה במובן הרחב, לרבות השפעות ארוכות טווח. דו"ח בריטי מטעם ה-LSE מצא שדיכאון אחרי לידה משליך משמעותית על הילד/ה, שכן 72% מההוצאות הכרוכות בטיפול עקב דיכאון האם מתייחסים לטיפול בילד ורק 28% מייצגים את עלות הטיפול באם (74). ההשפעה השלילית על הילד אינה מתרחשת רק בשנה שאחרי הלידה, אלא ממשיכה לאורך זמן וממחישה עד כמה פגיעה באם מהווה פגיעה בילד/ה. סך ההוצאה השנתית בבריטניה עקב דיכאון אחרי לידה מוערך באופן שמרני בכ-8.1 מיליארד פאונד בשנה, כלומר קרוב ל-10,000 פאונד לכל לידה המתרחשת בבריטניה.



מעבר לכך, עלות הפרוצדורות וההוצאות הנלוות למערכת הבריאות מאמירה ככל שהיקף ההתערבויות עולה (75). אחת המטרות הבאות של הארגון היא לאמוד את סך ההוצאות הנובעות מאלימות מיילדותית למערכת הבריאות ולילדות באופן אישי. שינוי המצב יכול להביא לחיסכון כלכלי לעומת עלות הנזק הנגרמת במצב הנוכחי. אנו מאמינות שלגישה זו פוטנציאל גבוה לקדם שינוי חיובי בתחום.

המלצות אופרטיביות

בדו"ח זה, מטרתנו הייתה להפנות זרקור אל תופעת האלימות המיילדותית, להציג את מופעה השונים, ולבסס את קיומה. הדו"ח נועד לקדם את ההכרה בכך שמדובר בתופעה של ממש, כזו המצריכה התייחסות מערכתית וחברתית דחופה. בנוסף, הצגנו מרכיבים מרכזיים בהקשר המערכתי והציבורי שבו תופעה זו מתקיימת.

בשלב זה, אנו רוצות להוקיר תודה לאנשי ונשות המקצוע המסורים הרבים שפועלים ללא לאות כדי לטפל בנשים באחד הרגעים הפגיעים ביותר בחייהן. אנשי ונשות מקצוע אלו עובדים שעות ארוכות בעומס עבודה גבוה, וחשופים לטראומה באופן יומיומי, עם מעט מאוד הכרה ממסדית באתגרים ובקשיים העומדים בפניהם. אנו רואים את השינויים שאנו מציעות כשינויים שנועדו עבור כל מי שעוסק בתחום הגינקולוגיה והמיילדות.

יחס בלתי הולם ואלימות כלפי נשים בהיריון ולידה הינם הפרה קשה של זכויות אדם, עם השלכות חמורות על נשים ומשפחותיהן. תופעה זו נגרמת ומתאפשרת בשל מספר רב של גורמים, ביניהם גורמים פסיכולוגיים, חברתיים ומוסדיים. על כן, אנו מציעות גישה רב-תכליתית, שתוכל לתת מענה לכל הנוגעים בדבר.

ראשית, אנו מאמינות שהעלאת המודעות לנושא בקרב הציבור הרחב היא מרכיב הכרחי במאבק למיגור התופעה. לתפישתנו, שילוב של סיקור תקשורתי ומנגנונים אפקטיביים לידוע נשים לגבי זכויותיהן ישמשו כאמצעים מונעים על ידי העצמת מטופלות המגיעות לקבל ליווי וטיפול במהלך היריון ולידה. אמצעים אלה נדרשים גם כדי לקדם את ההכרה בסבל שנגרם לנפגעות, שזכויותיהן כבר הופרו. היבט זה הכרחי על מנת לתת מרחב בטוח לנפגעות לשתף באירועי האלימות שעברו, להבטיח עבורן תמיכה ראויה, וכך לאפשר בסופו של דבר תהליך של החלמה. מטרה זו עומדת בבסיס חלק ניכר מפעילותנו.

בנוסף, אנו ממליצות על הכשרות מעמיקות ומתמשכות של צוותים רפואיים וסיעודיים בנושאים השונים הקשורים בתופעה. על תכניות הכשרה מסוג זה לכלול תחומים כמו הכרה במערך יחסי הכוחות בין הצוותים לבין המטופלות, כולל דרכים להגביר את השוויוניות במפגשים טיפוליים; טיפול מיועד זכויות אדם, הכולל הבהרה של הליך תקין של הסכמה או סירוב מדעת; דילמות אתיות מהשטח; מודעות להתמודדויות הנפשיות של אנשי הצוות, ביניהם שחיקה, טראומה משנית, פגיעה מוסרית ותשישות החמלה; וכן טיפול מיועד טראומה. הכשרות אלו נדרשות לכלול הכרה בתופעה של יחס בלתי הולם ואלימות כלפי נשים בלידה. במלים אחרות, יש למסגר את השיח בנוגע להפרת זכויות האדם של נשים בהיריון ולידה כך שישקף את אופיה של ההתנהלות, את ההכרח להציב גבול חד משמעי בנושא, ואת חומרת ההשלכות של תופעה זו על חייהן של הנפגעות.

לצד זאת, אנו קוראות להגדיל באופן ניכר את המשאבים המוקצים למחלקות יולדות. יש להשקיע משאבים אלה לצורך קיום תקינה שמאפשרת יחס של מיילדת לכל יולדת; קיום הכשרות לכל הצוותים הרפואיים והסיעודיים בנוגע לתהליך הפיזיולוגי של הלידה (ובנוגע לזכויות אדם של יולדות, כפי שצוין קודם לכן); הוספת רופאים ורופאות מרדימות בכל משמרת; ארגון של מבנה המחלקה והחזקת ציוד מתאים על מנת לאפשר תנועה חופשית של נשים במהלך צירי הלידה; הבטחת פרטיותן של נשים בלידה בזמן שהן ממתינות להכנס לחדר לידה; ומתן ליווי נפשי מקצועי לצוותים בתזמון סמוך לאירועים אשר עלולים לייצר טראומה, אליהם הם נחשפים במסגרת עבודתם.

כמו כן, אנו קוראות להכרה ותמיכה מוסדית הן במודל הרפואי ללידה והן במודל המיילדותי. על הכרה מסוג זה להתבטא בנגישות ובלגיטימציה של שתי האפשרויות על פי בחירתה של האישה. הדבר דורש פיתוח של המודל המיילדותי ללידה בבתי החולים, במרכזי הלידה העצמאיים, וכן בלידות בית כחלק ממערכת הבריאות הציבורית. לצד ההכרה בערכו הרב של המודל הרפואי, אנו קוראות להכרה גם בהשלכות המזיקות של תהליך המדיקליזציה של הלידה, הכולל את מפל ההתערבויות, וקוראות לקדם הלכה למעשה טיפול מבוסס ראיות בתחום.

בנוסף, אנו ממליצות על מספר שינויים בפרקטיקות ובמנגנוני הפיקוח הקיימים. שינויים אלה כוללים מדדי אקרדיטציה ואיכות בנוגע ליחסי מטפל-מטופל בתחום המיילדות; יידוע נשים יולדות לגבי זכויותיהן בכל צומת של קבלת החלטות, בשל האופי הייחודי של לידה כאירוע מתמשך ומתגלגל. יידוע זה צריך להתקיים גם לאורך מעקב ההיריון וכן לפני כל פעולה חודרנית; ניסוח שאלוני המשוב לילדות על ידי אנשי ונשות מקצוע מתחום בריאות הנפש בעלי התמחות בטראומה; דיון בנושא אפשרויות בלידה עם נשים לאורך מעקב ההיריון; העברת הרצאה בנושא זכויות נשים בלידה כחלק מקורסי ההכנה ללידה בבתי החולים; התאמת טפסי ההסכמה לזכויות החולה כפי שהן מוגדרות בחוק זכויות החולה-1996; ועידוד הוספת אמצעים לשיכוך כאבים בלידה שאינם תרופתיים או פולשניים. בנוסף, אנו קוראות לערוך מחקרים בנושא של יחס בלתי הולם ואלומות כלפי נשים במהלך טיפול רפואי בהיריון ובלידה. כמו כן, אנו קוראות לערוך פיקוח ובחינה חיצונית של התנהלות חדרי לידה בידי מבקר המדינה.

לבסוף, אנו רוצות להדגיש את הצורך המהותי בקביעת אמצעי אכיפה בהירים, חד משמעיים ואפקטיביים, כולל מנגנוני דיווח נגישים ויעילים, במטרה להגן על הבטיחות הפיזית והנפשית של נשים באחד הרגעים הפגיעים בחייהן. הדבר דחוף במיוחד במקרים של הפרות זכויות חמורות וברורות וכן במקרים של פוגעים סדרתיים. צעדים אלה חשובים ביותר על מנת להגן על נשים בלידה, ועל מנת לשקם את האמון בין נשים שזכויותיהן הופרו לבין מערכת הבריאות.

טבלת סוגי הפגיעות

קטגוריות	נושא משנה	נושא על
זלזול בבקשות/בחירות היולדת	אמירות פוגעניות	פגיעות מילוליות
זלזול בבכי היולדת		
זלזול בביטוי כאב של היולדת		
זלזול בחששות/שאלות של היולדת		
זלזול בבקשות היולדת לעזרה		
ביוש מראה הגוף של היולדת		
זלזול לגבי התנהלות היולדת בלידה		
נזיפה		
השוואה ליולדות אחרות / הכללה		
לעג / ביזוי / ביוש		
דיבור מזלזל / רכילות של אנשי הצוות על יולדות אחרות		
דיבור בכעס / עצבני		
אמירה לא במקום / לא עניינית		
האשמת היולדת בגרימת סבל/נזק לעובר והתנהלות לא אחראית		
תיוג היולדת כלא משתפת פעולה ועקשנית		
דיבור מתנשא של הצוות		
השתקת היולדת		
הכפשת הדולה / זלזול בדולה המלווה		
זלזול ביכולותיה של היולדת ללדת / לשאת כאב		
הפחדה		
תיוג היולדת כבעלת חולי נפשי		
האשמת היולדת במצבה ובאופן התפתחות הלידה		
הבעת גועל מהיולדת (מילולי)		
אמירה מחלישה / מקטינה		
זלזול בתחושות הגוף של היולדת		
זלזול במצב רפואי קודם או בהנחיות של צוות רפואי אחר		
זלזול באופן התנהלות היולדת עם היילוד		
אמירה גזענית		

קטגוריות	נושא משנה	נושא על
שימוש בקללות	שימוש באיום כדי להביא לציות היולדת	
זלזול בתפיסותיה הדתיות של היולדת		
הטרדה מינית מילולית		
איום בקשירה למיטה		
איום בקשירת הרגליים		
איום בלקיחת היילוד או זימון מחלקת רווחה		
איום בנטישה של איש/אשת צוות מטפל		
איום במתן טיפול לתינוק ללא הסכמת האם		
איום בשימוש בוואקום		
איום בהעברה לחדר ניתוח / ביצוע קיסרי		
איום בהוצאת היולדת מחדר הלידה / שלא להכניסה לחדר הלידה		
איום שלא לתת או להפסיק אפידורל		
איום שהרופאים לא יצאו מהחדר (לבקשתה)		
איום בביצוע חתך		
איום שהיולדת לא תנותק מהמוניטור (לבקשתה)		
איום בקיסרי בכפייה		
איום בהרחקת המלווה מהיולדת		
איום בהרדמת היולדת		
איום באי מתן טיפולים נוספים		
איום בסטירה		
איום בהזנחת היולדת במסדרון	הפעלת לחץ על היולדת לביצוע פעולה	
איום בביצוע "הליכי חירום"		
איום בהזמנת משטרה / אבטחה		
איום בעירוב מחלקת ניהול סיכונים של ביה"ח		
איום בשליחה הביתה		
לקיחת אפידורל		
שינוי תנוחה		
לקיחת פיטוצין		
פתיחת וריד		
בדיקת פתיחה		

קטגוריות	נושא משנה	נושא על	
זירוז לידה			
שימוש במוניטור			
ביצוע בדיקות/מתן טיפול ליילוד			
ביצוע ניתוח קיסרי			
אנטיביוטיקה			
שימוש בואקום			
פקיעת מים			
ביצוע חוקן			
לבצע לחיצות בניגוד לתחושות הגוף של היולדת			
הרדמה מלאה			
בדיקה וגינלית			
למסור את התינוק מיד לאחר הלידה			
לחץ על היולדת לעמוד בזמנים			
שימוש בקטטר			
ביצוע סטריפינג			
קבלת אינסולין			
זירוז הוצאת השלייה			
ביצוע חתך חיץ			
צעקות כלפי היולדת			צעקות
צעקות כלפי המלווים			
צעקות בין אנשי הצוות			
חוסר סבלנות כלפי היולדת			חוסר סבלנות של הצוות
חוסר סבלנות כלפי המלווים			
אי הצגת מידע מלא ליולדת (סיבות/השלכות/סיכונים)		פגיעה באוטונומיה והתנהלות השוללת את הזכות להסכמה מדעת	
הפעלת מניפולציה - איום / הפחדה / לחץ			
דרישה לביצוע הליך ללא שאלה או אפשרות לסירוב			
אמירה המבטלת את זכות ההסכמה מדעת			
ביצוע פרוצדורה רפואית, תקשורת או החתמה על טפסים בזמן ציר			
כפיית הסכמה (הסכמה שאינה חופשית) לטיפול			
הצגת מידע על ההליך תוך כדי ביצועו או לאחריו			

קטגוריות	נושא משנה	נושא על
<p>כוונה לביצוע הליך ללא הסכמה ועצירה רק בדרישת היולדת</p> <p>סירוב הצוות לקבלת חוות דעת שנייה</p> <p>דעה קדומה של הצוות המשפיעה על אופן הטיפול</p> <p>ביצוע פעולה על ידי סטודנט/מתלמד ללא ידוע היולדת</p> <p>ביצוע אלחוש באופן לא מלא או לא תקין</p> <p>בדיקות פתיחה מרובות / תכופות</p>	<p>פעולות רפואיות שנעשו ללא הליך תקין של הסכמה מדעת</p>	
<p>תמרון קריסטלר</p> <p>סטריפינג</p> <p>חתך חיץ</p> <p>בדיקת פתיחה</p> <p>כפיית תנוחה / כפייה לשכיבה על הגב</p> <p>הגבלת תנועה בחלל החדר</p> <p>קריעה ידנית של פתח הנרתיק</p> <p>פקיעת מים</p> <p>מתן פיטוצין</p> <p>אי שימוש באלחוש או אלחוש לא תקין בזמן תפירה</p> <p>וואקום</p> <p>בדיקה רקטאלית (לצורך בדיקת תפרים)</p> <p>החדרת / הוצאת קטטר</p> <p>משיכת שלייה</p> <p>קיסרי חירום</p> <p>פתיחת וריד</p> <p>חיתוך חבל הטבור ללא קבלת אישור היולדת</p> <p>מתן חומר הרדמה / טשטוש</p> <p>בדיקה וגינלית</p> <p>אי שימוש באלחוש או אלחוש לא תקין בניתוח קיסרי</p> <p>בדיקת דם</p> <p>מתן / הפסקת אפידורל</p> <p>הזרקה / עירווי של חומר לא ידוע</p> <p>אולטרסאונד וגינלי</p>		

קטגוריות	נושא משנה	נושא על
לחיצות על הבטן להוצאת שילייה		
פעולות כירורגיות בזמן ניתוח שאינן חלק מההליך שהוסכם		
עיסוי פירנאום		
לקיחת דם טבורי לצורך מחקר ללא הסכמה		
שימוש בגוף היולדת להדרכת רופאים/סטודנטים		
מוניטור פנימי		
רביזיו		
החדרת בלון		
חיתוך של תפרים		
ללא בקשת הסכמה, ללא התראה וללא הסבר	אופן הפרת הזכות להסכמה מדעת	
הודעה על ביצוע הפעולה ללא קבלת הסכמה או אפשרות לסירוב או הצגת מידע רלוונטי		
ביצוע פעולה באופן מכאיב / אגרסיבי		
ביצוע פעולה מכאיבה ללא הפסקה גם כאשר התבקשה מזו		
ביצוע פעולה מכאיבה ללא אלחוש או השפעה של אלחוש		
התחלת פרוצדורה בהסכמה אך המשך ללא הסכמה - למשל העלאת מינון		
ביצוע פעולה ללא הסכמה תוך החזקת היולדת בכוח ע"י אנשי צוות		
בקשת הסכמה לאחר מתן מידע כוזב או לא מלא		
שימוש בלחץ והפחדה בכדי להביא לציית היולדת		
שימוש באיום / התנייה		
ללא הסכמה ולאחר הבעת סירוב של היולדת		
התנגדות פיסית לתנועה / תנוחה (הפעלת כוח)		
התנגדות מילולית לתנועה / תנוחה		
חיוב היולדת לניטור רציף		
דיבור מעל ראשה של היולדת	התעלמות	חוסר תקשורת / תקשורת לקויה
קבלת החלטות מעל ראשה של היולדת		
דיבור במונחים רפואיים שהיולדת לא מבינה		
התעלמות משאלות ובקשות לעזרה		
התעלמות מהבעת כאב של היולדת		
התעלמות מבקשת היולדת להפסיק ביצוע של פעולה		

קטגוריות	נושא משנה	נושא על
עיסוק בעניינים שאינם קשורים למטופלת תוך כדי טיפול (שיחות טלפון, שיחות אישיות בין אנשי הצוות וכד')		
דיבור בשפה זרה מעל ראשה של היולדת		
אי הצגה עצמית של אנשי צוות	אי הזדהות צוות רפואי	
סירוב או התעלמות מבקשת היולדת לקבלת שם של אנשי צוות		
אי יידוע המטופלת שהמטפלת/ת שלה הוא סטודנט/מתלמד		
השמטת מידע על פעולה שבוצעה	אי סדרים ברשומות רפואיות	
השמטת מידע על אנשי צוות שטיפלו ביולדת		
התנגדות למסירת רשומות רפואיות		
תיעוד באופן מסולף ושקרי ברשומות רפואיות		
היולדת אינה מקבלת מידע / מידע מספק על מצבה או מצב העובר		
סירוב לשאלות / בקשות		
אי מתן הסבר לפעולה שנעשית, החלטה או תוצאות בדיקות		
חוסר הקשבה לתחושותיה הפיסיים של היולדת על התקדמות הלידה		
הטעייה או שקר בזמן הטיפול		
סירוב לבקשת היולדת להיבדק/להיות מטופלת על ידי אישה		
סירוב לבקשת היולדת לבצע בדיקת פתיחה לפני לחיצות		
הבעת גועל/סלידה מהיולדת (באופן לא מילולי)		
חוסר רגישות ליולדת עם עבר של אונס/לידה שקטה או בזמן לידה שקטה		
חוסר תקשורת עם המלווים של היולדת לגבי מצבה/מצב היילוד		
הכנה לניתוח קיסרי / ביצוע ניתוח ללא תקשורת		
רופא המשווק את עיסוקו כמוהל בתום הניתוח		
תפירה ללא תקשורת		
אי יידוע היולדת שהציוד בחדרה לא תקין		
הטעייה בשיווק בית היולדות - פער בין מה שהובטח לבין המציאות		
וויכוחים בין הצוות / הנחיות סותרות מהצוות		
בקשה מהיולדת לשקר שנתנה הסכמתה לטיפול		
איסור על היולדת לדבר בשפת האם שלה עם המלווים		
חוסר תמיכה ועזרה כללית (כמו הגעה לשירותים, עליה למיטה, החזקת היד ועוד)	חוסר תמיכה ועזרה	הזנחה
חוסר תמיכה ועזרה לקדם את הלידה (כמו איך ללחוץ, איך לנשום ועוד)		

קטגוריות	נושא משנה	נושא על	
אי זמינות מיילדת או הזנחת היולדת ללא ליווי	אי זמינות של צוות רפואי		
אי זמינות של רופא/ת נשים			
אי זמינות של מרדים			
אי זמינות של כירורג			
אי זמינות של אחות במחלקה			
השארת היולדת במיון/ מסדרון/ מחלקה בגלל אי זמינות חדר לידה פנוי	השארת היולדת על מצעים מלוכלכים (דם, צואה, שתן, מים מיקונאליים)		
הזנחת היולדת בחדר התאוששות לאחר ניתוח			
חוסר שיתוף פעולה של הצוות לסדר אפידורל לא תקין			
הזנחת היולדת זמן רב בהמתנה לתפירה			
סירוב לקרוא לרופא/ה			
סירוב להכניס לחדר לידה למרות מדדים של לידה פעילה			
השארת היולדת קשורה למיטה זמן ממושך לאחר סיום הניתוח			
השארת דלת או וילון פתוחים / התעלמות מבקשת היולדת לסגירת דלת או וילון			פגיעות בפרטיות
כניסת סטודנטים/אנשי צוות רבים לחדר ללא קבלת הסכמת היולדת או לאחר הבעת סירוב			
הפשטת היולדת בפני אנשי צוות ללא הצדקה רפואית			
הפשטת היולדת עם הצדקה רפואית אך ללא תקשורת			
השארת היולדת חשופה ללא כיסוי שלא לצורך			
נוכחות צוות בזמן שהאישה מתפשטת לקראת בדיקה או מתלבשת			
חשיפת גוף היולדת בפני מטופלות / מלווים			
אי שמירה על חיסיון מטופלת			
סטודנטים מציצים מאחורי וילון בזמן בדיקת היולדת			
מגע בשדיה של היולדת ללא הסכמה, הכנה או רשות (בהדרכת הנקה)			
כניסת איש/ת צוות ללא רשות בזמן עשיית צרכים או מקלחת			
חוסר פרטיות במחלקת יולדות - בדיקות פולשניות לצד יולדות אחרות ובני משפחתם			
חלוק שאינו מכסה כראוי את גוף היולדת			
צילום היולדת במהלך ניתוח קיסרי			
הרמת השמיכה והתבוננות על פלג גופה התחתון של היולדת לאחר הבעת סירוב			
כניסת איש/ת צוות בניגוד לרצונה של היולדת			

קטגוריות	נושא משנה	נושא על
כניסת קבוצות סיור בחדרי לידה לתוך חדר לידה מאויש		
החדרת זונדת הזנה לתינוק ללא הסכמת ההורים	מתן טיפול/בדיקות ליילוד ללא הסכמת ההורים	הפרת זכויות בהתנהלות עם היילוד
מתן תחליף חלב ללא הסכמת ההורים		
מתן חיסונים/טיפול ראשוני לתינוק על אף סירוב של ההורים		
טיפול ביילוד ללא קבלת הסכמה		
ביצוע פעולה פולשנית ביילוד ללא צורך וללא הסכמת ההורים		
טיפול אגרסיבי ביילוד		
מתן טיפול ליילוד ללא נוכחות ההורים על אף בקשתם		
הפרדה מהיילוד ללא הצדקה ברורה ליולדת		
הפרדה ממושכת מהיילוד לאחר ניתוח קיסרי		
הפרדה מהיילוד וחוסר תקשורת עם היולדת לגבי מצבו		
התנגדות או מניעה מהאם ל- Skin to skin		
חוסר תמיכה של הצוות בהנקה		
מניעת אפשרות להניק		
מניעה מהאם להאכיל את התינוק בתמ"ל		
ניתוק היילוד משד האם בזמן הנקה ולקיחתו ללא תקשורת		
חוסר תמיכה של הצוות בהתנהלות עם התינוק		
חיתוך חבל טבור על אף בקשה מפורשת להשהיית החיתוך		
סירוב להכנסת מלווה היולדת לתינוקייה		
העברה לפגייה ללא תקשורת עם ההורים (ללא יידוע/הסבר)		
מניעה מהאב להרים את היילוד מהעריסה בתינוקייה		
מניעה מהאב להוציא את היילוד מהתינוקייה		
הזנחת היילוד במסדרון	טעות בטיפול / אופן ההתנהלות עם היולדת	טעויות בטיפול - טיפול לקוי או רשלני
תפירת חיץ לקויה / הדוקה מדי		
טעויות בהזרקת האפידורל		
אבחנה שגויה		
פספוס של מצבים רפואיים		
פספוס של שאריות שילייה ברחם		
טיפול או התנהלות אחרת לקויה / שגויה		



קטגוריות	נושא משנה	נושא על
פגיעה פיסית ביילוד במהלך הלידה	טעות בטיפול / אופן ההתנהלות עם היילוד	
טיפול לקוי ביילוד במהלך האשפוז		
מניעת מלווה בחדר מיון		מניעת מלווה (באופן מלא או חלקי)
מניעת מלווה בחדר לידה		
מניעת מלווה בחדר ניתוח (גם לאחר הבטחה להכניסו)		
מניעת ליווי של דולה בחדר הלידה		
מניעת מלווה בחדר התאוששות		
מניעת מלווה במחלקת יולדות		
מניעת מלווה במחלקת נשים / טרום לידה		
פגיעות פיסיות		
פגיעות מיניות		

מקורות

1. D'Gregorio RP. Obstetric Violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2010 Dec;111(3):201–2.
2. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015 Jun 30;12(6):e1001847.
3. Herring J. Identifying the wrong in obstetric violence: lessons from domestic abuse. In: Pickles C, Herring J, editors. *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control*. Routledge; 2019. p. 68–87.
4. Quattrocchi P. Obstetric violence observatory: contributions of Argentina to the international debate. *Med Anthropol*. 2019 Nov 17;38(8):762–76.
5. Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health*. 2017 Dec 26;14(1):138.
6. Simonovic Dubravka. A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence note by the secretary-general. 2019;III/F. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698>
7. Williams C, Jerez C, Klein K, Correa M, Belizán J, Cormick G. Obstetric violence: a latin american legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG*. 2018 Sep;125(10):1208–11.
8. Borges MT. A violent birth: reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. *Duke LJ*. 2018;67:827.
9. Goer H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. *Journal of Perinatal Education*. 2010 Jan 1;19(3):33–42.
10. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 2016 Jan 4;24(47):47–55.
11. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018 Nov 29;26(0).

12. Pickles C. Leaving women behind: the application of evidence-based guidelines, law, and obstetric violence by omission. In: Pickles C, Herring J, editors. *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control*. Routledge; 2019. p. 140–60.
13. World Health Organization. Statement on the prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. 2015. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=99BABEA096985A7BA013E60B2BDCC574?sequence=1
14. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the united states. *Reprod Health Matters*. 2016 May 1;24(47):56–64.
15. Forsberg L. Childbirth, consent, and information about options and risks. In: Pickles C, Herring J, editors. *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control*. Routledge; 2019. p. 161–77.
16. Halliday S. Court-authorized obstetric intervention. In: Pickles C, Herring J, editors. *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control*. Routledge; 2019. p. 178–203.
17. Kukura E. Obstetric violence. *Georgetown Law Journal*. 2018;106(3):721–802.
18. Martin Emily. *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Medical Anthropology Quarterly. Boston: Beacon Press; 1987.
19. Cohen Shabot S. Making loud bodies “feminine”: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Hum Stud*. 2016 May 9;39(2):231–47.
20. Chadwick R. Practices of silencing: birth, marginality and epistemic violence. In: Pickles C, Herring J, editors. *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control*. Routledge; 2019. p. 30–48.
21. Goaz Melet S, Feldman N, Padoa A. Obstetric violence - since when and where to: implications and preventive strategies. *Harefuah*. 2022 Sep;161(9):556–561. Hebrew.
22. Ooi K. The pitfalls of overtreatment: why more care is not necessarily beneficial. *Asian Bioeth Rev*. 2020 Dec 1;12(4):399–417.
23. Hofmann B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. *Med Health Care Philos*. 2016 Jun 1;19(2):253–64.

24. Smith R. The ethics of ignorance. *Journal of Medical Ethics*. 1992;18(3)
25. Carpenter CR, Raja AS, Brown MD. Overtesting and the downstream consequences of overtreatment: implications of “preventing overdiagnosis” for emergency medicine. *Academic Emergency Medicine*. 2015 Dec;22(12):1484–92.
26. Grady D, Redberg RF. Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Intern Med*. 2010 May 10;170(9):749.
27. Prasad V, Vandross A, Toomey C, Cheung M, Rho J, Quinn S, et al. A decade of reversal: an analysis of 146 contradicted medical practices. *Mayo Clin Proc*. 2013 Jul 18;88(8):790–8.
28. Siontis GCM, Tatsioni A, Katritsis DG, Ioannidis JPA. Persistent reservations against contradicted percutaneous coronary intervention indications: citation content analysis. *Am Heart J*. 2009 Apr;157(4):695–701.
29. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *J R Soc Med*. 2011;104(12):510–20.
30. Casarett D. The science of choosing wisely — overcoming the therapeutic illusion. *New England Journal of Medicine*. 2016 Mar 31;374(13):1203–5.
31. Smith QW, Street RL, Volk RJ, Fordis M. Differing levels of clinical evidence. *Medical Care Research and Review*. 2013 Feb 6;70(1_suppl):3S-13S. Figure available from: <https://theincidentaleconomist.com/wordpress/half-of-medical-treatments-of-unknown-effectiveness/>
32. Prasad V, Cifu A. Medical reversal: why we must raise the bar before adopting new technologies. *Yale Journal of Biology and Medicine*. 2011 Dec; 84(4): 471–478.
33. Prasad V, Cifu A, Ioannidis JP, Author C. Reversals of established medical practices evidence to abandon ship. *JAMA*. 2012 Jan 4;307(1):37-8.
34. Doust J, del Mar C. Why do doctors use treatments that do not work? *BMJ*. 2004 Feb 28;328(7438):474–5.
35. Prasad V, Gall V, Cifu A. The frequency of medical reversal. *Arch Intern Med*. 2011 Oct 10;171(18):1675–6.
36. Katz JY. Why doctors don't disclose uncertainty. *The Hastings Center Report*. 1984 Feb;14.

37. Moynihan R, Bero L, Hill S, Johansson M, Lexchin J, MacDonald H, et al. Pathways to independence: towards producing and using trustworthy evidence. *The BMJ*. 2019 Dec 3;367:l6576.
38. Berwick DM. Avoiding overuse—the next quality frontier. *The Lancet*. 2017 Jul;390(10090):102–4.
39. Myint AS. Patient choice in the nhs: capturing “decision regret”. *BMJ*. 2019 Sep 5;l5363.
40. Lothian JA. Safe, Healthy birth: what every pregnant woman needs to know. *Journal of Perinatal Education*. 2009 Jan 1;18(3):48–54.
41. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001 Nov;75:S25–37.
42. Klein MC. Many women and providers are unprepared for an evidence-based, educated conversation about birth. *J Perinat Educ*. 2011 Jan;20(4):185–7.
43. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. 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*. 2019 Sep 1;14:59–70.
44. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates (No. WHO/RHR/15.02). World Health Organization. 2015; Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf
45. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology*. 2000 Mar;95(3):464–71.
46. Jakobi P. Are you happy with the epi(siotomy)? *Isr Med Assoc J*. 2003 Aug;5(8):581–4.
47. Haverkamp AD, Thompson HE, McFee JG, Cetrulo C. The evaluation of continuous fetal heart rate monitoring in high-risk pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1976 Jun;125(3):310–20.
48. Laughon SK, Branch DW, Beaver J, Zhang J. Changes in labor patterns over 50 years. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 May;206(5):419.e1-419.e9.
49. Huang J, Zang Y, Ren LH, Li FJ, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *Int J Nurs Sci*. 2019 Oct;6(4):460–7.

50. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and well-being: executive summary (No. WHO/RHR/18.12). World Health Organization. 2018; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>
51. Aikins Murphy P, Feinland JB. Perineal outcomes in a home birth setting. *Birth*. 1998 Dec 4;25(4):226–34.
52. Ali UA, Norwitz ER. Vacuum-assisted vaginal delivery. *Rev Obstet Gynecol*. 2009;2(1):5–17.
53. Eason E, Feldman P. Clinical commentary much ado about a little cut: is episiotomy worthwhile? *Obstetrics & Gynecology*. 2000 Apr;95(4):616–8.
54. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YMY, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud*. 2011 Apr;48(4):409–18.
55. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol*. 1994 Sep;171(3):591–8.
56. Löwenstein L, Drugan A, Gonen R, Itskovitz-Eldor J, Bardicef M, Jakobi P. Episiotomy: beliefs, practice and the impact of educational intervention. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2005 Dec 1;123(2):179–82.
57. Albers LL, Borders N. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *J Midwifery Womens Health*. 2007 May;52(3):246–53.
58. Fox H, Topp SM, Lindsay D, Callander E. A cascade of interventions: a classification tree analysis of the determinants of primary cesareans in australian public hospitals. *Birth*. 2021 Jun 11;48(2):209–20.
59. Grimes DA, Peipert JF. Electronic fetal monitoring as a public health screening program. *Obstetrics & Gynecology*. 2010 Dec;116(6):1397–400.
60. World Health Organization. Safe motherhood care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO. 1997;
61. Dunne C, Silva O da, Schmidt G, Natale R. Outcomes of elective labour induction and elective caesarean section in low-risk pregnancies between 37 and 41 weeks' gestation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2009 Dec;31(12):1124–30.

62. Shepherd A, Cheyne H. The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women and Birth*. 2013 Mar;26(1):49–54.
63. Kaiser IH, Harris JS. The effect of adrenalin on the pregnant human uterus. *Am J Obstet Gynecol*. 1950 Apr;59(4):775–84.
64. Walter MH, Abele H, Plappert CF. The role of oxytocin and the effect of stress during childbirth: neurobiological basics and implications for mother and child. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021 Oct 27;12.
65. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J Midwifery Womens Health*. 2005 Sep;50(5):365–72.
66. Klein MC, Kaczorowski J, Robbins JM, Gauthier RJ, Jorgensen SH, Joshi AK. Physicians' beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women in their care. *CMAJ*. 1995 Sep;153(6):769–79.
67. Rudel D, Vidmar G, Leskosek B, Verdenik I. Predictive value of emg basal activity in the cervix at initiation of delivery in humans. in: 11th mediterranean conference on medical and biomedical engineering and computing 2007. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; p. 131–4.
68. Mohaghegh Z, Jahanfar S, Abedi P, el Aziz MAA. Reliability of ultrasound versus digital vaginal examination in detecting cervical dilatation during labor: a diagnostic test accuracy systematic review. *Ultrasound J*. 2021 Dec 17;13(1):37.
69. Gluck O, Mizrachi Y, Ganer Herman H, Bar J, Kovo M, Weiner E. The correlation between the number of vaginal examinations during active labor and febrile morbidity, a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Dec 25;20(1):246.
70. Huhn KA, Brost BC. Accuracy of simulated cervical dilation and effacement measurements among practitioners. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Nov;191(5):1797–9.
71. Reed, R., Sharman, R. & Inglis, C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jan 10;17(1):21.
72. Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: an observational study. *Midwifery*. 2022 May 1;108.



73. Silveira, M. F. et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: findings from the 2015 pelotas birth cohort study. *J Affect Disord.* 2019 Sep 1;256:441-447.
74. Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Iemmi V, Adelaja B. The costs of perinatal mental health problems. London; 2014.
<https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/costsofperinatalsummary.pdf>
75. Comas, M. et al. Descriptive analysis of childbirth healthcare costs in an area with high levels of immigration in Spain. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 77.

מקורות משפטיים

- פקודת הנזיקין [נוסח חדש].
 חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996.
 חוק למניעת הטרדה מינית, תשנ"ח-1998.
 דנג"ץ 5120/18 נשים קוראות ללדת למען חופש בחירה בלידה נ' מדינת ישראל (נבו) (21.07.2021).
 בג"ץ 3383/20 מימן ואחי' נ' ראש מנהל רפואה במשרד הבריאות ואחי' (22.4.2022).

מקורות נוספים

MOTHER MAY I?
<https://mothermayithemovie.com>

Birth Monopoly
<https://birthmonopoly.com>

Of Birth, Spanish Obstetricians, bad jokes and roses
<https://www.aims.org.uk/journal/item/spanish-rights>

[PACE - Resolution 2306 \(2019\) - Obstetrical and gynaecological violence](#)

גלעד, י' (2012). דיני נזיקין - גבולות האחרייות נבו.

המועצה הלאומית לביואתיקה
<https://www.health.gov.il/Services/Committee/bioethics/Pages/default.aspx>

נייר העמדה מס' 8 של המועצה הלאומית לביואתיקה

<https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Bioethics-human-rights.pdf>

בג"ץ: היריון אינו מחלה, משרד הבריאות לא מוסמך לאסור על הפעלת מרכזי לידה טבעיים (פורסם ביום 22.7.21)
https://www.calcalist.co.il/local_news/article/sit9ooioo

"אנחנו דורשות מקום סביב השולחן כדי לייצג את קולן של היולדות"

<https://www.haaretz.co.il/family/premium.HIGHLIGHT-MAGAZINE-1.10162084>

"ואז הוא דחף את המכשיר. משהו בתוכי מת"

<https://finance.walla.co.il/item/3407014>

מקורות הפרק אלימות מיילדותית בשיח הציבורי ותגובות המערכת הרפואית

* לפי סדר הופעתם בפרק

אבידר, ת. (19 במאי 1977). ללדת זועקת ובדד, מעריב

כהנא, נ. (6 ביולי 1978). גילויים מחדר הלידה, הארץ

שרת, א. (30 באוקטובר 1989). בעצב גדול תלדי, ירחון נעמת; שרת, א. (בפברואר 1990). יש ידיים בדבר, ירחון נעמת

הושפט, נ. (9 באפריל 2016). אלימות מיילדותית [שידור טלוויזיוני]. חדשות השבת, ערוץ כאן 11

סער, צ. (7 ביולי 2016). מי מחליט מה יקרה בגוף שלנו, ולמה אנחנו מסכימות שזה יהיה משהו אחר?, הארץ

פאולה וליאון (25 ביוני 2018). [שידור טלוויזיוני] תלחצי ותשתקי: עלייה במספר היולדות שמתלוננות על יחס פוגעני בחדר לידה, קשת 12

גלעד, א. וזיו-וולף, מ. (26 ביוני 2018). [שידור טלוויזיוני] בזעם תלדי בנים – מחקר: יולדות מדווחות על יחס פוגעני מצד הצוות הרפואי בחדר הלידה, ערוץ 13: העולם הבוקר

איפי וקלימר, ר. (6 בינואר 2020). בעולם ממשיכים להשתמש בשיטות מיילדותיות מיושנות ומסוכנות, הארץ

לוי, ל. (7 בפברואר 2020). "המיילדת צעקה עליי שאפסיק להתלונן וחתכה אותי בלי לומר מילה", ynet

פאולה וליאון (16 בפברואר 2020). [שידור טלוויזיוני] "אלימות מיילדותית": "המיילדת צעקה עליי שאפסיק להתלונן וחתכה אותי בלי לומר מילה", ערוץ קשת 12

קולמן, ב. (29 יולי 2022). חבלי לידה, מקור ראשון

אלימות, גזענות וחוסר כבוד: הצד האפל של חדרי הלידה בישראל, וואלה! בריאות

ינקו, א. (23 באוגוסט 2022). תביעות רשלנות בישראל: זו המחלקה שנתבעת יותר מכולן, ynet

רוזן, מ. וגורן, א. (9 בפברואר 2023). פרק מס' 64: אזהרת טריגר! אלימות בשדה הלידה – שיחה עם עו"ד רותם אלוני, פודקאסט 'באות לעולם'

קלינגבייל, ס. (10 ביוני 2018). "גברת, לא כואב לך – תפסיקי לצרוח": נשים חושפות את היחס המזלזל של רופאים בישראל, דה מרקר

לימונה, נ. (11 ביוני 2015). חוסר רגישות, יחס משפיל, סיכונים רפואיים. האם מערכת הבריאות מפרה באופן שיטתי את זכויות האשה היולדת?, הארץ

רזניק, ר. (1 במאי 2021). לחץ קטלני: אימה בחדר הלידה, ישראל היום

קורם, ק. (18 באפריל 2016). אלימות מיילדותית: הפגיעה שנשים חוות במהלך הלידה, אונלייף

קרמר, מ. (3 באוגוסט, 2020). [ללא כותרת], פוליטיקלי קוראט

הילמן, ד. (12 באפריל 2021). שתקי ותלדי (אלימות מיילדותית): טל – מתחת למים, הפודקאסט 'עבר פלילי'

הילמן, ד. (10 במאי 2021). שתקי ותלדי (אלימות מיילדותית): הקיסרי של רומי, הפודקאסט 'עבר פלילי'

גורן, ח. (5 ביולי 2022). "מה קורה לכם שם בישראל, למה כולן בטרואמה מהלידה שלהן?", הארץ

- תמיר, ג. (19 בספטמבר 2022). זה מגיע לכם – ראיון עם חיותה גורן, רדיו כאן ב
גבאי. א. (9 בנובמבר 2022). "למה ברגע החשוב בחיי הייתי צריכה להיות בעימות?", מאקו
לימונה, נ. (17 בנובמבר 2022). המאבק על המונח "אלימות מיילדותית", הארץ
ונדר-אלבראנס, ה. (22 בנובמבר 2022). "תפסיקי לצעוק! לידה זה כואב!", העוקץ
אלינגר, ר. (24 בדצמבר 2022). התמודדות עם אלימות בשעת הלידה?, אתר mamy
הראל, ע. ומנשה, ע. (2 בינואר 2023). [שידור טלוויזיוני], עדן ועודד עם עדן הראל ועודד מנשה, ראיון עם חיותה גורן ובת עמי בוזגלו, ערוץ 14
דיווי, מ. (7 במאי 2017). זיהוי מוקדם מציל נשים עם פסיכוזא לאחר לידה, פרסום בהארץ: לקוח מהגרדיאן
קובן, ר. (8 בפברואר 2021) [שידור טלוויזיוני], יוצאים מהכלל: נשים המתמודדות עם דיכאון אחרי לידה, כאן 11
קרסו, ר. (הועלה לרשת ב-22 באפריל 2018) [שידור טלוויזיוני] חיים בריא – ראיון עם ד"ר ורד בר, ישראל: ערוץ 10
שגב, ר. (11 בינואר 2012). להתמודד עם הפחד: "לידה טראומטית מחייבת טיפול", מאקו
אבן, ד. (27 ביוני 2012). חוקרים ישראלים: שליש מהילדות סובלות מתסמיני פוסט טראומה, הארץ
סגל, י. (21 במרץ 2014). לא תמיד מרגש: פוסט-טראומה לאחר לידה, ynet
צוריאל הררי, ק. (31 באוקטובר 2018). לנווט את ספינת ההורמונים: ד"ר גבי אייזנברג-רומנו מטפלת ביחסים שבין הגוף הנשי לנפש, מגזין
כלכליסט
וינשטיין-זהר, י. (16 ביולי 2021). לידה עלולה להשאיר נשים בפוסט טראומה. איך אפשר לטפל בזה?, וואלה! בריאות
אופיר, ע. (19 בינואר 2023). נלחמת להיות אמא, עכשיו את בדיכאון?, ynet
קרסו, ר. (הועלה לרשת ב-29 ביולי 2013), [שידור טלוויזיוני] בריאות 10 - ראיון עם ליאת הולר הררי, ישראל: ערוץ 10
קרסו, ר. (הועלה לרשת ב-13 במרץ 2017) [שידור טלוויזיוני]. חיים בריא – ראיון עם ד"ר גבי אייזנברג רומנו, ישראל: ערוץ 10
אייזנברג רומנו, ג. (21 בינואר 2019). חרדה קיצונית מלידה – כך מזהים ומטפלים, ynet
ספקטור, ד. (16 באוקטובר, 2020). כיסא העינויים, ידיעות אחרונות
אורשלימי, ש. מגיעה לנו גיניקולוגיה אחרת; כרמי, נ. (14 בנובמבר 2020). רפואה הפוגעת בכבוד האדם איננה "חווית טיפול", קרוא וכתוב –
הבלוג של נעמה כרמי
ברקן, נ. וספקטור, ד. (6 בנובמבר, 2020). חשופות, ידיעות אחרונות
הוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי (17 בנובמבר, 2020). דיון 'תלונות על בדיקות וטיפולים גניקולוגיים', אתר הכנסת
בר סתו, ל. (16 ביולי, 2020). "אני לא צינור ולא חור. אני בנאדם", מאקו
כהן, א. (4 באוקטובר 2021). פרופ' אריה לוין הוא הרופא הבכיר החשוד בעבירות מין, ישראל היום
פוקס, נ. (17 בדצמבר 2021). פרופ' מנחם אלקלעי הוא הגינקולוג שנגדו הוגשו תלונות על תקיפות מיניות, ynet
פוקס, נ. (28 בדצמבר 2021). הגינקולוג הציע לעובדת באיכילוב 2,000 שקל תמורת יחסי מין: "אעזור לך כלכלית", ynet
ביאר, ח. (30 בדצמבר 2021). סוף סוף האמינו לי: "נפגעות האונס של הגינקולוג הבכיר מדברות", כאן חדשות
הראל, ג. (2 בינואר 2022). "שקט! מה את ילדה?". שורה של נשים מתלוננות על טיפול פוגעני ומבזה אצל הגינקולוג ד"ר דניאל יאיר, המקום
הכי חם בגיהנום
עמיאל, י. (8 בינואר 2022). מה קורה בחדר הגינקולוג? עדות חדשה נגד רופא נשים ממרכז הארץ, חדשות השבת, כאן 11
פלמן, ו. (25 בינואר 2022). "הוא ליטף אותי וקפאתי": העדויות נגד הגינקולוג הבכיר, כאן חדשות
עמיאל, י. (26 במרץ 2022). תחקיר: הגינקולוג הבכיר והטיפולים הפוגעניים והמבזים, כאן חדשות

- עמיל, י. (17 בפברואר 2023). תחקיר הרופא המטריד: הבכיר שהושעה – וממשיך לעבוד, כאן חדשות
רוזנטל, ד. (24 בדצמבר 2020). "ואז הוא דחף את המכשיר. משהו בתוכי מת", וואלה!
- גולסקי, ה. (29 בדצמבר 2021). הרופאות שוברות שתיקה: יש קשר ישיר בין הפגיעה בנו לפגיעה במטופלות, אונליין
בן כנען, ר. (מרץ 2021). נייר עמדה: שיקוף מערכתי: מבט על תופעות של אלימות מגדרית במערכת הבריאות, רופאים לזכויות אדם
שחר, ל. (16 במאי 2022). למה התפטרתי מהוועדה לטיפול בהטרדות מיניות במערכת הבריאות, הארץ
ברוך, ל. (5 בדצמבר 2018). אלימות מיילדותית: הרגע שבו את כבר לא מחליטה מה קורה בלידה שלך, הארץ
ויונטה, י. ליווי מודע טראומה בחדרי הלידה בישראל, מתוך: אתר ארגון המיילדות בישראל
לימונה, נ. (27 באוקטובר 2022). המחקר תומך שוב ושוב בלידות בית. למה בישראל מתנגדים להן כל כך?, הארץ
מערכת אייס, (26 באוקטובר 2022). ארגון המיילדות במסר מפתיע: "לידת בית בטוחה כמו בבי"ח", ice
בוקר, א. (13 בנובמבר 2021). מה קורה במחלקת היולדות?, ערוץ 13
לימונה, נ. (7 בדצמבר 2021). מיילדות ויולדות נאבקות ללדת, ואנחנו שותקים, הארץ
עמרסי, א. (10 במאי 2018). "ניתוח קיסרי, אני עם ידיים קשורות. שני רופאים מתעסקים עם הגוף שלי ומדברים על כדורגל", ישראל היום:
מוסף סוף השבוע
בן דוד ליווי, מ. (24 ביוני 2018). הרופא צעק על היולדת: "תשתקי או שארדים אותך", ynet
רזניק, ר. (30 באפריל 2021). לחץ קטלני, ישראל היום
רזניק, ר. (18 ביוני 2021). "הרופא פשוט עלה על הבטן שלי והתחיל ללחוץ עליה עם המרפק. צרחתי שכואב לי ושיירד ממני, אבל הוא
המשיך", ישראל היום
אבן, ד. (19 באוגוסט 2012). ארגוני ההדרכה לקראת לידה נאבקים באלימות מילולית מצד הרופאים, הארץ
מימון, ר. ושגי-דאין, ל. (13 בינואר 2022). מכתב מטעם האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה
גונטז, נ. (28 בספטמבר 2022). הוצאת ספר על רפואת נשים ויש רק רופאים גברים על הכריכה? "זו היתה טעות", הארץ
תדיר, י. (ספטמבר 2022). רפואת הנשים בישראל, 1850-2022 (טיוטה), פרסום מטעם ההסתדרות הרפואית בישראל והאיגוד הישראלי
למיילדות וגניקולוגיה, עמ' 15
הוועדה לקידום מעמד האישה ושוויון מגדרי ((11 בדצמבר 2017). דיון בנושא הצגת נוהל התייחסות גורמי המקצוע לפגיעות מיניות על ידי
מטפלים במערכת הבריאות, אתר הכנסת: פרוטוקול מס' 205, עמ' 18-19
הוועדה לקידום מעמד האישה ושוויון מגדרי (7 בפברואר 2017). דיון בנושא דיכאון אחרי לידה, אתר הכנסת ; ועדת הבריאות (26 במאי
2022). ציון חודש המודעות לבריאות הנפש של אימהות בשיתוף ארגוני בריאות האישה בישראל, אתר הכנסת
איש שלום, ת. (16 באפריל 2022). [שידור טלוויזיוני] ההטרדות, האיומים והפחד לטפל: וידויים מתוך המחלקה הגניקולוגית, רשת 13
כרמי, נ. (17 באפריל 2022). ייזהר הרופא: גניקולוגים במופע התקרבות, קרוא וכתוב – הבלוג של נעמה כרמי