

## רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

אומי לייסנר\*

"המדע מתאבד כאשר הוא מצדד באמונה כלשהי".

תומס הנרי הקסלי<sup>1</sup>

במשך שנים טיפלה הרפואה בנשים על בסיס מידע אשר הופק מתוך מחקר קליני שבו רק גברים השתתפו. בנסיבות אלה, בסביבות שנת 1990, נולדה "הרפואה המגדרית", שמטרתה להכיר בייחוד הביולוגי של נשים על מנת להעניק להן את הטיפול הרפואי הנאות המגיע להן. המאמר הנוכחי מבקש להכיר לקורא הישראלי את "הרפואה המגדרית", בעיקר בגרסתה הישראלית, ולנתח מנקודת מבט פמיניסטית מוצהרת. השאלה הנשאלת היא: "האם הרפואה המגדרית טובה לנשים?" שאלה זו מתעוררת, ראשית, לאור הגיבוי ההיסטורי שנתן הממסד הרפואי להפליית נשים באמצעות מגוון של "הוכחות מדעיות" בדבר ההבדלים הפיזיולוגיים שבין המינים; וכן על בסיס תובנות פמיניסטיות שלפיהן עצם החלוקה של בני אדם לשני מינים, לא כל שכן שני מגדרים, היא פרי הבניות תרבותיות-חברתיות, לא אחת דכאניות. השאלה נשאלת גם בעקבות המסחור ההולך וגדל של הרפואה המודרנית, והיא מעלה את האפשרות שמא מדובר בעיקר בהרחבת מעגל הלקוחות של המקצוע ובפיתוחו של עוד אגף רפואי שיפיק רווחים מגופן של נשים.

\* מלמדת בפקולטה למשפטים באוניברסיטה העברית ובתכנית ללימודי מגדר באוניברסיטת בר-אילן. עבור תמיכתם ועזרתם בהכנת מאמר זה, ברצוני להודות לעורכים ולקוראים של כתב-העת "המשפט", לג'וינתי לייסנר, לג'וליאן פז, לעדי פינקלשטיין, לחדוה אייל, לנורית ולק, לשירה ארד ולתכנית ללימוד מגדר, אוניברסיטת בר-אילן. התרגומים מאנגלית שלי.  
1 THOMAS HENRY HUXLEY, REFLECTION #71 IN APHORISMS AND REFLECTIONS — FROM THE WORKS OF T.H. HUXLEY, SELECTED BY HENRIETTA A. HUXLEY 15 (1907)

- א. מבוא. ב. רקע היסטורי; 1. קבלת החלטת ה-FDA בשנת 1977;
2. ביטול החלטת ה-FDA משנת 1977. ג. "רפואה מגדרית" – התמורות עד כה. ד. ניתוח הממצאים; 1. רקע לשאלת השאלות: ההיסטוריה של המדע והרפואה; 2. האם ההבדלים המגדריים "אמיתיים"?; 3. שאלת תוקף המגדר כקטגוריה רפואית; 4. כשאתה אומר מגדר למה אתה מתכוון: מגדר או מין?; 5. כשאתה אומר מגדר למה אתה מתכוון: שאלת השפעת הסביבה המגדרית; 6. האם הרפואה המגדרית הוכחה?; 7. נשים כשפנות ניסוי; 8. רפואה מגדרית ושאלת הגבר. ה. מסקנות.

## א. מבוא

"רפואה מבוססת-מגדר היא כנראה אחד השינויים האוניברסליים החשובים ביותר שמשפיעים על הרפואה בזמננו. ועדיין, למרבה הפלא, הן הציבור הכללי והן רוב המומחים ברפואה אינם מודעים לשינויים הבסיסיים בתפיסת ההבדלים של התפקידים הגופניים בין גבר לאישה"<sup>2</sup>. במילים אלה נפתח מאמר הדעה "רפואה מגדרית: הפליה מתוך כוונות טובות" שפורסם בכתב העת של ההסתדרות הרפואית הישראלית (IMAJ) בינואר 2009 (להלן: "המאמר").

את המאמר כתב פרופ' מרק גלזרמן, מנהל בית חולים לנשים וראש החוג למיילדות וגניקולוגיה באוניברסיטת תל-אביב, ולימים המייסד ויושב ראש החברה הישראלית לרפואה מגדרית וכיום גם נשיא האיגוד הבין-לאומי לרפואה מגדרית<sup>3</sup>. המאמר הופיע באנגלית, אולם פורסם סביב אותו זמן, בגרסה מקוצרת, בעיתונות היומית תחת הכותרת "חפש את האישה"<sup>4</sup>, וכן כריאיון אישי בעיתון הפנימי של בית חולים מקומי כ"גברים ממאדים – נשים מנוגה: אז איך תיתכן רפואה אחת לכולם?"<sup>5</sup>

- 2 Marek Glezerman, *Discrimination by Good Intention: Gender-Based Medicine*, 11 IMAJ 39 (2009) (להלן: Glezerman, *Discrimination by Good Intention*).
- 3 ראו תחת הסעיף "מטרות החברה" באתר של החברה הישראלית לרפואה מגדרית [www.gender.mednet.co.il/SiteFiles/1/5000/63878.asp?DivView=5472](http://www.gender.mednet.co.il/SiteFiles/1/5000/63878.asp?DivView=5472) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011).
- 4 מרק גלזרמן "חפש את האישה" הארץ Online 21.2.2008 [www.haaretz.co.il/hasite/spages/956772](http://www.haaretz.co.il/hasite/spages/956772) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011).
- 5 מרק גלזרמן "גברים ממאדים – נשים מנוגה: אז איך תיתכן רפואה אחת לכולם?" רבין המגזין 5, 14 (2009) (מגזין של בילינסון, בית חולים לנשים, מרכז דוידוף, השרון) [www.clalit.org.il/rabin/Media/Images/SCM/ContentUnit/3199\\_5\\_2928.pdf](http://www.clalit.org.il/rabin/Media/Images/SCM/ContentUnit/3199_5_2928.pdf) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011)

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

המאמר נועד להכיר לקורא הישראלי מגמה חשובה זו ברפואה העכשווית – הרפואה מבוססת-מגדר או פשוט "הרפואה המגדרית", הן בתוך מקצוע הרפואה והן מחוצה לו. במה דברים אמורים? מסתבר כי במשך שנים הניחה הרפואה שנשים, למעט בכמה פרטים אינטימיים, הן למעשה גברים. פועל יוצא מכך היה שרוב המחלות הפוגעות בגברים ובנשים כאחד נחקרו בגברים בלבד; גם רוב התרופות נוסו על "גבר שמשקלו 75 ק"ג"<sup>6</sup>, ומכאן שחלק ניכר מהטיפול בנשים לא היה יעיל כלל, ולעתים הוא אף הזיק. על רקע מציאות זו נולדה "הרפואה המגדרית", כדי להכיר בשוני שבין נשים לגברים, על כל מערכות גופם, ולהעניק להן סוף סוף את הטיפול הרפואי ההולם.

המאמר הנוכחי מבקש גם הוא להכיר לקורא הישראלי את מגמת "הרפואה המגדרית". אולם בה בעת הוא שואף לנתחה, ובכלל זה, לעקוב אחרי הדרך שבה היא הגיעה והתיישבה בישראל (דרך כתיבתו של פרופ' גלזרמן), וזאת מנקודת מבט פמיניסטית מוצהרת<sup>7</sup>. במילים אחרות, שאלתי היא: "האם הרפואה המגדרית טובה לנשים?" ובכוונתי לשאול אותה שוב ושוב, לאורך המאמר, בצורות שונות ומזוויות שונות ותוך היעגנות בספרות אקדמית, החל במחקרים רפואיים וכלה בתאוריה פמיניסטית ומתחום ביקורת המדע.

בפרק ב' אציג את הרקע ההיסטורי ל"רפואה המגדרית". בפרק זה נראה איך ההיעלמות של נשים מן המחקר הרפואי נבעה ממניעים הגנתיים (אינני בטוחה אם המניע העיקרי היה הגנה על נשים או שמא על העוברים), וזאת בעקבות כמה אסונות שאירעו לאחר שנשים נכללו בניסויים רפואיים בצורה בלתי אחראית בעליל. ברבים מן המקרים הנזק שנגרם לנשים נודע בעקבות התובנות ועבודת החקירה היסודית של פעילות התנועה לבריאות נשים, שקמה כחלק מן הגל השני של הפמיניזם. כך גם התבהר הנזק שנגרם לנשים עקב ה"פתרון" שאומץ בעקבות אסונות אלה – הוצאת נשים מן המחקרים הרפואיים כליל. לאחר מכן, התגבשה שורה ארוכה של ניסיונות למנוע היעדרותן של נשים במחקר הרפואי, אם כי עד היום למעשה לא הושלמה מלאכת תיקון עיוותי העבר, ובתוך כך נולדה "הרפואה המגדרית".

(להלן: גלזרמן "גברים ממאדים"). כאן הפורמט הוא ריאיון, אבל תוכנו זהה לשני המאמרים האחרים, לעתים מילה במילה.

6 גלזרמן "חפש את האשה", לעיל ה"ש 4.

7 וכאן אני מאמצת את גישתה של אן האמרסטרום: "לשני המחקרים, הפמיניסטי והמגדרי, יש בסיס תאורטי בתאוריות על מגדר. אולם המחקר הפמיניסטי בניגוד ללימודי המגדר מבוסס גם על פעולה – אשר נעשית בדרך כלל בשיתוף פעולה צמוד עם תנועת הנשים – כמו גם חותר לשינוי החברתי". Anne Hammerstrom, *Why Feminism in Public Health*, 27. SCANDINAVIAN J. OF PUBLIC HEALTH 241, 242, 244 (1999).

פרק ג' כולל סקירה קצרה של דוגמאות לממצאים שהניבה "הרפואה המגדרית" עד כה. נראה איך מחלות רבות, לרבות אלה שקודם נחשבו ל"גבריות" במהותן, פוגעות גם ולעתים במיוחד בנשים, אם כי בצורה אחרת. נבחן גם את ההסברים שמוצעים להבדלים אלה, בין שהם נעוצים במבנה הגוף ובין שבמערכת ההורמונלית הנשית.

בפרק ד' ניגש למלאכת ניתוח הדברים האלה, בפרט כאמור באמצעות הצגת שאלות. נשאל למשל: האם ההבדלים הגופניים שאיתרה הרפואה המגדרית עד כה "אמיתיים"? שאלה זו נשאלת בעיקר לאור תאוריות מתחום ביקורת המדע המטילות ספק ביכולתו של אדם להגיע לאמת אובייקטיבית, למרות כל מאמציו הנחרצים. היא נשאלת גם לאור התפקיד ששימש הממסד הרפואי באופן היסטורי, כנותן גיבוי יעיל במיוחד להפליית נשים בחברה, וזאת באמצעות מגוון של "הוכחות" מדעיות-ביולוגיות בדבר ההבדלים הפיזיולוגיים שבין המינים. רובן ככולן, למותר לציין, נתגלו עם הזמן כבלתי רלוונטיות או כמדומות, ונשאלת השאלה אם גורלם של ממצאי הרפואה המגדרית צפוי להיות דומה.

שאלה נוספת יוצאת מתוך ההנחה שההבדלים הביולוגיים שבין המינים אכן קיימים, אך היא בוחנת את דבר קיומם של ממדים משמעותיים אחרים שעל פיהם אפשר או ראוי היה לחלק בין צרכני הרפואה. כחלק מטענה זו אביא תובנות של הוגות פמיניסטיות שלפיהן עצם החלוקה של בני אדם לשני מינים, לא כל שכן לשני מגדרים, הוא פרי הבניות תרבותיות-חברתיות לא אחת דכאניות, ולאורן נשאל: האם "הרפואה המגדרית", שלמעשה מראה ומדגישה את הפער בין שני המינים, פועלת נכון, לא כל שכן נכון? בהמשך לסוגיה זאת, נשאלת שאלה נוספת, העוסקת בהתמקדותם של חסידי "הרפואה המגדרית" בהבדלים הפיזיולוגיים-ביולוגיים שבין נשים לבין גברים ולא ביחס החברתי-תרבותי אליהם: האם הפרדה מעין זו, בין השפעות "ביולוגיות" לבין השפעות "סביבתיות", בכלל אפשרית, הן להלכה והן למעשה?

שאלה אחרת תתמקד בתוצאות בפועל של "הרפואה המגדרית" והתועלת שהיא מניבה לנשים מבחינה בריאותית. בתוך כך, ובעקבות המסחור ההולך וגדל של הרפואה, נעלה את האפשרות שמא מדובר כאן בעיקר בהרחבת מעגל הלקוחות של המקצוע ובפיתוחו של עוד סוג של התמחות רפואית שיניב רווחים מגופן של נשים. זאת ועוד, ניווכח לדעת שלמעשה מעולם לא פסק השימוש בנשים כשפנות ניסוי, וזאת בתחום הרפואה הקוסמטית ובכל הקשור למיניותן ולפוריותן.

בסוף, נעלה את "שאלת הגבר" בכל הקשור ב"רפואה המגדרית". בפרט נשאל: האם כמו כל כך הרבה הישגים של התנועה הפמיניסטית, סופו של הישג זה, גם הוא, למצוא את דרכו כמשחק בידי הגברים ולשמש לטובתם הם? ולסיום, בפרק ה', אנסה להסיק מן השאלות שהועלו כמה מסקנות בדבר חשיבות המושג מגדר עבור הרפואה וכן שילובו בפועל במקצוע זה באמצעות "הרפואה המגדרית", בכלל ובישראל בפרט.

## ב. רקע היסטורי

### 1. קבלת החלטת ה-FDA בשנת 1977

בספרה המפורסם "המין השני", הסבירה הוגת הדעות הפמיניסטית, סימון דה בובואר, שהמין האנושי מתחלק לשני סוגים מבחינה "טכנית" בלבד; מכל בחינה אחרת המין האנושי הוא המין הגברי, ואישה זקוקה להגדרה בראש ובראשונה כיוון שהיא ה"אחר", ה"לא גבר", ה"חריגה מהנורמה"<sup>8</sup>. לתובנות אלה ניתן למצוא ביטוי ויזואלי מובהק בספר האנטומיה המפורסם "האנטומיה של גריי"<sup>9</sup>, אשר יצא לאור לראשונה באמצע המאה התשע-עשרה. מסתבר שגם לצורכי מדע הרפואה, הועמד גוף הגבר במרכז ההגדרה של גוף האדם; גוף האישה הופיע רק במקומות שבהם הוא סטה ממודל זה, דהיינו באיברי המין והפריין<sup>10</sup>.

אדרבה, כפי שנראה מאוחר יותר, ככל שעבר הזמן, כך הלכו איברי מין ופריין אלה של האישה להיתפס ככל מהותה<sup>11</sup>. עם חלוף המאות, גוף הגבר עדיין נחשב פשוט ונעדר סיבוכים. לעומתו הצטייר גוף האישה הבריאה מסובך, אם לא חולה, מטולטל ומלא תהפוכות, ואירועים רגילים כגון הווסת והלידה וכן היעדרן – גיל המעבר, נחשבו לבעיות רפואיות טעונות טיפול<sup>12</sup>. עם ההתפתחויות שאירעו בתחום הפרמקולוגי, הלכו והשתכללו טיפולים אלה, במיוחד כשהחלו מדעני המעבדות לעבוד עם הורמונים; הנזקים שהם הולידו הלכו והשתכללו בהתאם.

לדוגמה, בשנות העשרים והשלושים של המאה הקודמת החלו מדענים לעבוד על יצירת הורמונים נשיים מלאכותיים, ובשנות הארבעים והחמישים החלו לתת לנשים בהיריון אסטרוגן די-אסטריול סינתטי (SED – Synthetic Estrogen Diethylstilbol) כדי למנוע הפלות. שנים עברו עד שהתברר הנזק – מומים וסרטן לילדים שאימותיהם קיבלו את הטיפול. סיפור

8 סימון דה בובואר **המין השני, כך שני: המציאות היומיומית** 642–645 (שרון פרמינגר מתרגמת, 2007). ראו גם: CATHERINE A. MACKINNON, *FEMINISM UNMODIFIED: DISCOURSES ON LIFE AND LAW* 36 (1987).

9 HENRY GRAY, *GRAY'S ANATOMY: DESCRIPTIVE AND SURGICAL THEORY* (1858).

10 Judith Lorber, *Believing is Seeing: Biology as Ideology, in THE POLITICS OF WOMEN'S BODIES: SEXUALITY, APPEARANCE, AND BEHAVIOR* 12, 20 (Rose Weitz ed., 1998).

11 BARBARA EHRENREICH & DEIDRE ENGLISH, *FOR HER OWN GOOD: 150 YEARS OF EXPERT ADVICE TO WOMEN* 120 (1989).

12 EMILY MARTIN, *THE WOMAN IN THE BODY: A CULTURAL ANALYSIS OF REPRODUCTION* (1987).

דומה התרחש זמן קצר לאחר מכן, בשנות השישים, סביב תרופה בשם תלידומיד (Thalidomide). יותר משנים-עשר אלף תינוקות שלאימותיהם ניתן תלידומיד נגד בחילות בהיריון ניזוקו ונולדו עם עיוותים קשים בגפיים<sup>13</sup>.

בעקבות שני אסונות רפואיים אלה ובפרט מתוך "החשש מעריכת ניסויים בנשים שעשויות להיות מעוברות ומן ההשפעה הכפויה על העובר"<sup>14</sup>, בשנת 1977 החליט מנהל המזון והתרופות של ארצות-הברית, ה-FDA (Food and Drug Administration), להוציא הוראה המחייבת להימנע מהכללת נשים בניסויים רפואיים (להלן: החלטת ה-FDA). בסעיף הבא נעמוד על המאמצים הרבים שנדרשו על מנת להפוך החלטה זו, גם לאחר שהתבררו ההשלכות הבריאותיות הקשות של הוצאתן של נשים מן המחקרים. אך קודם אבקש לתאר עוד קצת מן ההתרחשויות בתחום זה באותה תקופה. למשל, נוסף על שני האסונות הרפואיים שתוארו אשר הביאו להחלטת ה-FDA, היו גם אחרים.

בשנת 1960, אחרי שנים רבות של ניסויים, הומצאה "הגלולה" למניעת היריון, תרכובת של הורמונים סינתטיים שנועדו להשפיע על הווסת הנשית. רק לאחר כמעט עשור עלו לתודעה תופעות הלוואי הקשות שלה ובהן השפעות על מנגנון הקרישה, העלאת הסיכון לשבץ מוחי והתקפי לב ואף סרטן וסוכרת. כמו כן התברר שנשים עניות מפורטור-ריקו שימשו לניסיונות הראשונים בגלולה במינונים גבוהים מאוד של הורמונים, ורבות מהן מתו, כמעט ללא מתן סיוע רפואי.

המזימה סביב הגלולה יצאה לאור הודות לחקירה היסודית של עיתונאית אמריקנית פמיניסטית, ברברה סימן, ועבודתה זיכתה אותה בתואר "האם המייסדת של תנועת בריאות הנשים"<sup>15</sup>. תנועה זו היוותה חלק אינטגרלי מן הגל השני של הפמיניזם שיצא לדרך באותן שנים. אכן, חשיבה פמיניסטית הונחה ביסוד התובנה בדבר התבססות המודל הביורפואי על גופו של הגבר, והתמקדותו בו, וכן שמערכת הבריאות מאופיינת בשליטה גברית על מקורות ממון ומשאבים ועל תפקידים המעניקים יוקרה וכוח<sup>16</sup>.

13 אלה שתי הדוגמאות שפרופ' גלזרמן מביא. Glezerman, *Discrimination by Good Intention*, לעיל ה"ש 2, בעמ' 40.

14 כרמל שלו **בריאות, משפט וזכויות אדם** 61 (2003).

15 BARBARA SEAMAN, *THE DOCTOR'S CASE AGAINST THE PILL* (1969). להכחשה המתמשכת של עובדות הספר על ידי אנשי רפואה בעלי אינטרסים כלכליים בייצור אמצעי מניעה ראו: ROULEDGE INTERNATIONAL ENCYCLOPEDIA OF WOMEN (1551) 3. סימן ייסדה את "הרשת הלאומית לבריאות נשים" – יחד עם אליס וולפסון (Wolfson), בליטה קאומן (Belita Cowan), מרי האוול (Howell) ופיליס צ'סלר (Chesler).

16 לסיכום התובנות של הפמיניזם הרדיקלי בקשר לאופי הפטריארכלי של הממסד הרפואי ראו: SUE V. ROSSER, *WOMEN'S HEALTH – MISSING FROM U.S. MEDICINE* 140–142 (1994).

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

פעילויותיה גם המשיכו לחשוף מעשי רשלנות ועוול שנגרמו לנשים בהקשרים רפואיים, למשל, סביב "המגן דלקון" (עוד בשנת 1974); מדובר בהתקן תוך-רחמי שהוצע לשיווק ב-1970 ושנעשה רק מחקר אחד קטן לבדיקת בטיחותו. זאת ועוד, לחוקר הראשי הובטחו אחוזים מרווחי מכירת ההתקן. לאמיתו של דבר, עוד כשהוצע ההתקן לשיווק היו ידועות הסכנות שהוא מסב לנשים שהשתמשו בו. גם לאחר שהחברה המשווקת הפסיקה לייצר את ההתקן, ב-1974, היא לא טרחה להזהיר נשים נגד השימוש בו, ורופאים רבים המשיכו להמליץ עליו ללקוחותיהם. בפועל, מאות אלפי נשים ניזוקו ממנו, מתוכן מתו לפחות עשרים<sup>17</sup>. דוגמאות מאוחרות יותר כוללות ביצוע קשירת חצוצרות מיד אחרי הלידה ומתן אמצעי מניעה חריפים לנשים – למשל, נורפלנט ודפרוורה<sup>18</sup>. מיותר לציין שהנשים שנעשו לקרבנות בפרשיות אלה היו על פי כלל עניות מאוד וחסרות כל כוח חברתי וכי המעשים בוצעו ללא ידיעתן.

## 2. ביטול החלטת ה-FDA משנת 1977

כאמור לעיל, בשנת 1977 הוציא ה-FDA הוראה המחייבת להימנע מהכללת נשים בניסויים רפואיים. את החלטת ה-FDA קיבלו דווקא חברות התרופות בברכה; הרי עבורן היה זה מתן אור ירוק לביצוע ניסויים ומחקרים בלי הצורך להתמודד עם השפעת המחזור ההורמונלי אצל נשים על התגובה לתרופות<sup>19</sup> ובלי הבעיות הלוגיסטיות האחרות שנטו ללוות נשים, כגון הצורך לארגן סידורים לילדיהן<sup>20</sup>.

והנה, לא עבר זמן רב עד שהחלה אותה תנועת בריאות נשים להתריע מפני הנזקים שהחלטת ה-FDA הסבה לנשים. אם כן, כבר בשנת 1983 הוקמה בארצות-הברית ועדה לבדיקת נושאים הקשורים בבריאות האישה (Task Force on Women's Health Issues), וב-

17 יש לציין שגם בתביעה שהוגשה נגד החברה המייצרת, הצליחה החברה להימלט מתשלום הפיצויים לרוב הנפגעות. ראו למשל: MORTON MINTZ, AT ANY COST: CORPORATE GREED, WOMEN, AND THE DALCON SHIELD (1985).

18 לסיכום מצוין של ההפליה נגד נשים עניות, ובעיקר בנות מיעוטים, בהקשרים רפואיים ובפרט במקרים שצוינו ראו: ROSSER, לעיל ה"ש 16, פרק 6 ("Women of Color"). אין זה אומר שנשים בלבד נפגעו כך. ראו למשל את: The Tuskegee Syphilis Experiments שבהם ניתנו ל-399 גברים שחורים לסבול מסיפיליס במשך ארבעים שנה על מנת לבדוק את התוצאות. ראו: JAMES JONES, BAD BLOOD (1981).

19 שלו, לעיל ה"ש 14. Glezerman, *Discrimination by Good Intention*, לעיל ה"ש 2, בעמ' 39.  
20 Anne Colston Wentz & Florence P. Haseltine, *Editorial*, 1 J. OF WOMEN'S HEALTH xv-xv (1992).

1986 המוסדות הלאומיים לבריאות (National Institutes of Health – NIH) אימצו מדיניות שלפיה יש לכלול נשים בכל מחקר שמבוצע תחת חסותם. אולם כעבור כשלוש שנים התברר שדבר לא נעשה על מנת ליישם אותה החלטה; רק כ-13.5% מהכספים השתמשו במחקר לנשים, ונשים עדיין לא נכללו ברוב המחקרים<sup>21</sup>. זאת אומרת, אף שנשים היוו (ומהוות) את הרוב מבחינת צרכני (ומשלמי) שירותי הבריאות, רוב כספי המחקר הוקדשו למחלות של גברים<sup>22</sup>. הידיעה עוררה הדים בתקשורת ההמונית, והחל שלב חדש בתנועת בריאות הנשים, שבו עבר הצורך במחקר בבריאות נשים למוקד<sup>23</sup>. בשנת 1990 אף הושק כתב עת מיוחד בשם JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH לפרסום המחקרים כאמור<sup>24</sup>. בשנת 1991 הקימו מוסדות הבריאות הלאומיים את "המיזם לבריאות נשים" הידוע, אשר נועד לחקור את הסיבות השכיחות ביותר למוות, נכות או ירידה באיכות החיים בקרב נשים שעברו את גיל המעבר – מחלות לב-ריאה (קרדיווסקולריות), סרטן ודילול העצם (אוסטיאופורוזיס)<sup>25</sup>. מדובר בניסוי של כחמש-עשרה שנים בשווי מיליונים, ובאחד מהמחקרים המניעתיים האמריקניים הגדולים שבוצעו אי פעם. גם ברובד הבין-לאומי, בוועידה העולמית הרביעית לנשים, שנערכה בבייג'ינג בשנת 1995, ניתנה הדעת על היעדר מחקרים מדעיים בנושא של דפוסי תחלואה שונים בקרב נשים וגברים בשל אי-הכללת נשים במחקרים פרמקולוגיים ורפואיים<sup>26</sup>.

- Francine H. Nichols, *History of the Women's Health Movement in the 20<sup>th</sup> Century*, 29 J. OF OBSTETRIC, GYNECOLOGIC, & NEONATAL NURSING 56, 61 (2000). לעדכון המצב כיום ראו את הכרך המיוחד: *Women, Sex, and Gender in Biomedical Research*, 1 INTERNATIONAL J. OF FEMINIST APPROACHES TO BIOETHICS (2008). ביום 18 ביוני 1989 נמסר לוועדה של חבר הקונגרס וקסמן שמוסדות הבריאות הלאומיים לא פיקחו על המחקר הקליני על מנת לוודא שנשים נכללו בו, וביום הזה נהפכה הסוגיה של בריאות נשים לנושא לגיטימי לדיון. Wentz & Haseltine, לעיל ה"ש 20, בעמ' 1.
- 22 שם.
- 23 Lorber, לעיל ה"ש 10, בעמ' 1.
- 24 על ידי "החברה לקידום בריאות נשים" שקמה כשנה קודם לכן, והשוו להלן ה"ש 157. וגם בפועל, לאורך שנות התשעים, החלו לקום מרכזים מיוחדים לבריאות האישה ליד בתי חולים קיימים. Nichols, לעיל ה"ש 21.
- 25 Women's Health Initiative.
- 26 שלו, לעיל ה"ש 14, בעמ' 52.



רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

באותה תקופה כבר החלה פרופ' מריאן לגאטו, מומחית לקרדיולוגיה מאוניברסיטת קולומביה, את עבודתה בנושא נשים ומחלות לב<sup>27</sup>, ובשנת 1997 היא ייסדה "שותפות רופאים לרפואה מגדרית", ובשנת 1998 את כתב העת THE JOURNAL OF GENDER-SPECIFIC MEDICINE, לימים GENDER MEDICINE<sup>28</sup>. והנה, באותה שנה, משך ה-FDA את החלטתו, ובהמשך גם נחקק חוק בקונגרס המטיל אחריות על מוסדות הבריאות הלאומיים לוודא שבכל מחקר רפואי המבוצע תחת חסותם ייכללו נשים (וכן גם חברי קבוצות מיעוטים) בצורה משמעותית מבחינה סטטיסטית ושהתוצאות ינותחו בהתאם<sup>29</sup>. אמנם הדרך להשגת שוויון בהתייחסות הרפואה לבעיות בריאות של נשים עוד ארוכה – ולו משום שהמחקר הקליני נמשך שנים רבות, כך שהיום אנחנו עדיין מבססים את השימוש בתרופות על "ידע ישן"<sup>30</sup>. עם זאת, ניתן לפחות להצביע על הנחת ה"תשתית" לשינויים הנדרשים לתיקון המצב שהיה. לדוגמה, מרכזים לחקר "הרפואה המגדרית" הוקמו בבתי

- 27 המחקר שלה בנושא של נשים ומחלות לב זיכה אותה בפרס יוקרתי בשנת 1992. לימים היא כתבה כמה ספרים (רבי-מכר) בנושא, כגון: MARIANNE J. LEGATO, EVE'S RIB: THE NEW SCIENCE OF GENDER-SPECIFIC MEDICINE AND HOW IT CAN SAVE YOUR LIFE (2002); MARIANNE J. LEGATO, THE FEMALE HEART (2000); MARIANNE J. LEGATO & LAURA TUCKER, WHY MEN NEVER REMEMBER AND WOMEN NEVER FORGET (2005), והיא נחשבת לפעילה מובילה בנושא של הכללת נשים בניסויים רפואיים.
- 28 *Partnership for Gender-Specific Medicine at Columbia University College of Physicians and Surgeons*. באותן שנים כתב העת לבריאות נשים שהוזכר קודם, הוסיף את המילה מגדר לכותרתו – ראו להלן ה"ש 159.
- 29 NIH Revitalization Act Public Law 43-103. כמו כן, בשנת 2001 מינה "מוסד הרפואה" האמריקני (IOM – Institute Of Medicine) ועדת מומחים על מנת לבדוק את השאלה "האם מין משנה?" ("Exploring Biological Contributions to Human Health Does Sex Matter?") בראשות Victoria Marion Grace, והיא השיבה בהחלט כן: *Beyond Dualism in the Life Sciences: Implications for a Feminist Critique of Gender-Specific Medicine*, 2 J. OF INTERDISCIPLINARY FEMINIST THOUGHT 1, 3 (2007). ראו גם: Editorial, *Institute of Medicine Report Validates the Science of Sex Differences*, 10 J. OF WOMEN'S HEALTH & GENDER-BASED MEDICINE 303, 303-304 (2001).
- 30 Nichols, לעיל ה"ש 21, בעמ' 58-59. דו"ח משנת 1993 הראה שלוש דרכים שבהן המשיכו להפלות לרעה נשים במחקר רפואי: מחלות שמופיעות בעיקר אצל נשים נחקרו פחות, נשים נכללו פחות בניסויים קליניים ובדרך כלל לא שימשו בתפקידים בכירים במחקרים רפואיים. המחקר הראה שבין 1994 ל-1999 רק כ-24% מן הניסויים כללו נשים ורק כ-14% ביצעו ניתוח מגדרי. כמו כן ראו גם: Glezerman, *Discrimination by Good Intention*: לעיל ה"ש 2, בעמ' 39-40 וגלזרמן "גברים ממאדים", לעיל ה"ש 5. אך גם מכיוון שהוא (המחקר הרפואי) "רחוק עדיין מלהפנים את תפיסת 'הרפואה המגדרית'".

חולים רבים ומפורסמים ברחבי העולם המתועש, ובשנת 2006 התקיים הכנס הבין-לאומי הראשון בנושא, בברלין<sup>31</sup>. ארגון הבריאות העולמי אף הקים "מחלקה למגדר, נשים ובריאות" כחלק ממאמציו להפוך את הזווית המגדרית לשגורה ("gender mainstreaming") בפעילותו<sup>32</sup>.

באשר לרובד המקומי, בשנת 2008 ייסד פרופ' גלזרמן קבוצת עניין בתחום, ובפברואר 2009 התקיים כנס הייסוד של החברה הישראלית לרפואה מגדרית (ISRAGEM) (פרופ' לגאטו הייתה אורחת הכבוד של הכנס), והיא התקבלה כחברה מן המניין להסתדרות הרפואית). לפי אתר החברה, עד כה הצטרפו אליה מעל 110 חברים, והיא כבר החלה לפעול, הן ברובד החינוכי והן ברובד המחקרי<sup>33</sup>. כעת נסקור כמה מהישגי הרפואה המגדרית עד כה.

### ג. "רפואה מגדרית" – התמורות עד כה

אף ש"הרפואה המגדרית" עדיין בחיתוליה, למעשה, כבר היום ניתן להצביע על שורה מרשימה של הישגים שלה. מסתבר שמחלות ותסמינים רבים, פיזיולוגיים ופרמקולוגיים, פועלים שונה אצל נשים לעומת גברים, וכך גם מידת התחלואה שונה בין אלה לאלה. הדוגמה המובהקת לכך היא התקפי לב. במשך שנים רבות רווחה הדעה כי התקפי לב נדירים אצל נשים, עד שהתברר שהתקפי לב ומחלות כלי דם מהווים גורם המוות העיקרי בקרב נשים – יותר נשים מתות מהם מאשר מכל מחלות הסרטן גם יחד. זאת ועוד, מספרן

31 לתיאור הפעילות הבין-לאומית באופן כללי ראו גלזרמן "גברים ממאדים", לעיל ה"ש 5. וראו גם: Glezerman, *Discrimination by Good Intention*, לעיל ה"ש 2, בעמ' 41. לעניין הכנס ראו: Grace, לעיל ה"ש 29, בעמ' 6. המאמר שלה מבוסס על דיווחים מן הכנס בין השאר: First World Congress of Gender-Specific Medicine, Berlin, February 2006, "Men, Women and Medicine: A New View of the Biology of Sex/Gender Differences".

32 בשנת 2007, אספת הבריאות העולמית (World Health Assembly) העבירה החלטה (WHA60.25) בדבר שילוב ניתוח מגדרי לעבודת ארגון הבריאות העולמי. [www.who.int/gender/whatisgender/en/index.html](http://www.who.int/gender/whatisgender/en/index.html) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011).

33 גלזרמן "גברים ממאדים", לעיל ה"ש 5, בעמ' 14. הכנס התקיים במרכז רפואי רבין. החברה גם הקימה אתר [www.gender.mednet.co.il/SiteFiles/1/4813/61589.asp](http://www.gender.mednet.co.il/SiteFiles/1/4813/61589.asp) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011).

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

של נשים שמתות מהתקפי לב הוא כפול מגברים. תמותת נשים בבתי חולים אחרי ניתוח אנגיופלסטי ("בלון") התגלתה כגבוהה פי עשרה בקרב נשים לעומת גברים<sup>34</sup>. מה עומד מאחורי ההבדלים האלו בנתוני התחלואה וההחלמה? על פי תפיסת "הרפואה המגדרית", את "ההבדלים הביולוגיים" האלה יש לחפש "בתגובות ובצרכים הפיזיולוגיים השונים בקרב בני שני המגדרים באופן מהותי ביותר"<sup>35</sup>. במינוח של פרופ' גלזרמן, מדובר ב"רפואה מגדרית ביולוגית" – זאת, לעומת "רפואה מגדרית סביבתית", שתזכר בהמשך. מחקר מבוסס-מגדר גילה כי הסימנים להתקף לב הנלמדים בבתי ספר לרפואה, כגון, כאב פתאומי בחזה השמאלי המקריין ליד שמאל, היו נכונים בקרב גברים בעיקר. לעומת זאת, "אצל כ-20% מן הנשים העוברות התקף לב, הסימנים שונים לחלוטין: האישה עלולה להתלונן במשך שעות על קוצר נשימה, עייפות, זיעה וכאב עמום שמקריין ללסת או לגב"<sup>36</sup>. בנסיבות אלה, אחת מכל ארבע נשים שהיו מגיעות למיון עם סימנים של התקף לב נשלחו הביתה – עם דיאגנוזה של שפעת, תופעות גיל המעבר, או לחלופין "היסטריה"<sup>37</sup>. אולם כאמור גם כשהנשים אכן קיבלו טיפול, נמצא כי מתן תרופות לנשים שנוסו על גברים בלבד לא בהכרח עזר להן, ולעתים אף הסב להן נזקים. למעשה, הגילויים שהובאו בקשר למחלות לב בקשר לנשים הם אשר יצרו את ההבנה בדבר הצורך במחקר ובניתוח מגדרי לגבי כל מחלה ותרופה בכלל. מאז נוספו למחלות הלב דוגמאות רבות למחלות שפעולתן התגלתה כשונה אצל נשים לעומת גברים. אדרבה, לא אחת נמצא שהסיכון של נשים לחלות בכל מיני מחלות מוגבר (ובכך נמצאו גם תימוכין

Jodi R. Godfrey, *Toward Optimal Health: The Experts Discuss Heart Disease in Women*, 10 J. OF WOMEN'S HEALTH 17 (2001) (להלן: Godfrey, Heart). ראו גם: Rosser, לעיל ה"ש 16, בעמ' 137. ממאה גברים העוברים התקף לב, 24% ימותו בתוך שנה. בקרב נשים שיעור זה כמעט כפול. גלזרמן "חפש את האישה", לעיל ה"ש 4.

Wentz & Haseltine, לעיל ה"ש 20, בעמ' xv (המחברות מדגישות שלימוד ההבדלים המגדריים כפי שהם מוצאים ביטוי בתגובות פיזיולוגיות כמעט לא נלמד עד עתה); Glezerman, *Discrimination by Good Intention*, לעיל ה"ש 2. השוו: גלזרמן "גברים ממאדים", לעיל ה"ש 5, בעמ' 15: "תפיסת הרפואה המגדרית היא ההכרה בשוני המהותי הקיים בצרכים הפיזיולוגיים והפתופיזיולוגיים של נשים וגברים, ומבססת את גישתה המחקרית והטיפולית על שוני זה". השוו הגדרת הרפואה המגדרית מפי פרופ' לגטו: "המדע בדבר הדרך בה תפקוד אנושי נורמלי, וכן החוויה של אותן מחלות, משתנים כתוצאה ממין ביולוגי". Grace, לעיל ה"ש 29, בעמ' 6; מצטטת את לגטו, כנס בברלין, 2006.

השוו: גלזרמן "גברים ממאדים", לעיל ה"ש 5, בעמ' 15.

גלזרמן "חפש את האישה", לעיל ה"ש 4. שם מופיע הנתון אחת מתוך ארבע. האבחנה של גיל המעבר מופיעה אצל: Godfrey, Heart, לעיל ה"ש 34, בעמ' 19, 22. האבחנה של "היסטריה" הופיעה בהרצאה של פרופסור לגטו בכנס הראשון של החברה בפברואר 2009.

לאמרה הידועה באפידמיולוגיה: "נשים חולות יותר, אך גברים מתים מהר יותר"<sup>38</sup>). לדוגמה, מחלות אוטו-אימוניות<sup>39</sup>; אבני כיס מרה, תסמונת "המעזי הרגיוז" ועצירות<sup>40</sup>; סרטן הריאה<sup>41</sup>; מחלות כליות<sup>42</sup>; סכרת<sup>43</sup>; מחלת האלצהיימר<sup>44</sup>; בעיות ראייה<sup>45</sup>; ואסטמה<sup>46</sup>.

בנוסף לכך, למשל, מחקרים מראים שכל סוגי הכאב נמצאים במידה גבוהה יותר אצל נשים לעומת גברים, והדוגמאות המובהקות הן מיגרנות, תשישות כרונית ופיברומיאלגיה; כדברי פרופ' גלזרמן, "ידוע שלנשים סף גירוי נמוך יותר ורגישות גבוהה יותר לכאב מאשר לגברים"<sup>47</sup>. גם דיכאון ידוע כשכיח בקרב נשים הרבה יותר מאשר בקרב גברים, וזאת

JUDITH LORBER & LISA JEAN MOORE, GENDER AND THE SOCIAL CONSTRUCTION OF ILLNESS 13 (2<sup>nd</sup> ed. 2002) 38

מערכות החיסון המיועדות להגן על הגוף מפני חיידקים, נגיפים ורעלים שונים מאבדות לעתים את ההבחנה בין "אני" ו"אויב", ותוקפות את הגוף עצמו. בעקבות כך מתפתחת שורה ארוכה של מחלות. גם השבץ שכיח יותר בקרב גברים, אבל הוא קטלני יותר בקרב נשים. 39

Jodi R. Godfrey, *Toward Optimal Health: Suzanne Rose, M.D., M.S. Ed., Discusses Management of Constipation in Women*, 16 J. OF WOMEN'S HEALTH 1252 (2007) (להלן: Godfrey, *Constipation*) 40

דוגמה ממאמרו של גלזרמן, לעיל ה"ש 2, בעמ' 40. 41

Jodi R. Godfrey, *Toward Optimal Health: Lesley A. Stevens, M.D. Discusses Issues of Chronic Kidney Disease in Women*, 15 J. OF WOMEN'S HEALTH 123 (2006) (להלן: Godfrey, *Kidney Disease*, להלן ה"ש 34, בעמ' 18. 42

סיכויי ההחלמה של נשים מסכרת הם קטנים בהרבה מסיכוייהם של הגברים. Godfrey, *Heart Disease*, להלן ה"ש 34, בעמ' 18. 43

Jodi R. Godfrey, *Toward Optimal Health: Leon J. Thal, M.D. Discusses Alzheimer's Disease in Women*, 15 J. OF WOMEN'S HEALTH 704 (2006) (להלן: Godfrey, *Alzheimer's*) 44

כמיליון אנשים מוגדרים כיום כעיוורים בארצות-הברית, 70% מהם נשים. Jodi R. Godfrey, *Toward Optimal Health: Janine A. Smith, M.D. Discusses Vision Impairment in Women*, 16 J. OF WOMEN'S HEALTH 293, 293 (2007) (להלן: Godfrey, *Vision*) 45

אמנם בילדות היא מופיעה בעיקר אצל בנים, אולם בגיל הנעורים הדברים משתנים והיא הופכת למחלה של נשים בעיקר, אז גם נוטה המחלה להיות חמורה יותר, ועולה הצורך לתת תרופות חזקות יותר. Jodi R. Godfrey, *Toward Optimal Health: Sally Wenzel, M.D. Discusses the Need For Better Asthma Management in Women*, 15 J. OF WOMEN'S HEALTH 230 (2006) (להלן: Godfrey, *Asthma*) 46

גלזרמן "חפש את האשה", לעיל ה"ש 4; Phyllis Greenberger, *Women, Men, and Pain*, 10 J. OF WOMEN'S HEALTH & GENDER-BASED MEDICINE 309 (2001) לעיל ה"ש 2, בעמ' 40. 47

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

מכיוון ש"מוחם של גברים ונשים שונה במובנים רבים", למשל, נשים מייצרות פחות סרוטונין, הידוע כנוגד דיכאון<sup>48</sup>.

אם כן, חלק מן הסיבות שמוצעות על מנת להסביר את ההבדלים האלה טמונות במוח, וחלק במבנה הגוף. למשל, הסיבה שניתנה לכך שהסיכון לחלות בסרטן הריאה מוגבר אצל נשים היא שהריאות שלהן קטנות יותר<sup>49</sup>. הסברים פיזיולוגיים רבים אחרים להבדלים מגדריים בתחלואה והחלמה אותרו בהורמונים הנשיים. אף בקשר לשכיחות ולחומרה היתרה של התקפי לב בקרב נשים, נמצא כי נשים נוטות לסבול ממחלות לב כעשר שנים מאוחר יותר מגברים, וההסבר העיקרי המוצע הוא שעד גיל המעבר, המערכת ההורמונלית של נשים מגנה עליהן מאירועים מסוג זה<sup>50</sup>. מסתבר כי גם חלק מבעיות העיניים אצל נשים קשורות לגיל המעבר, כמו גם מיגרנות – העובדה שהגיל המועד ביותר לפורענות אצל נשים מבחינת מיגרנות הוא גיל 42 מיוחסת לשינויים הורמונליים שמתחילים להתרחש לקראת גיל המעבר<sup>51</sup>. נוסף על כך, היריון ולידה משפיעים לכאן ולכאן על מיני מחלות, ודורשים שיטות טיפול אחרות בתקופה זו<sup>52</sup>.

גם יעילותן של תרופות שונות מושפעת מרמות ההורמונים. במהלך המחזור מיוחסת השפעה רבה על תרופות נגד אפילפסיה, סכרת, דיכאון ואסתמה<sup>53</sup>. ממצאים אלה, מסביר פרופ' גלזרמן, חשובים מאוד, ועשויים להוביל לטיפול טוב יותר אצל נשים חולות; למשל, הוא אומר:

"אם מתעלמים מההבדלים בפיסיולוגיה בין נשים וגברים, הפיתרון יהיה להחליף תרופה, או להוסיף תרופות אחרות. אך כאשר מתייחסים לצד המגדרי של הרפואה, ייתכן שכל הנדרש לקראת הווסת הוא להעלות במקצת את מינון התרופות. ואולם במציאות היום-יומית המוכרת לנו, מתי

48 גלזרמן "חפש את האשה", לעיל ה"ש 4.

49 ש.ם.

50 ש.ם.

51 Merle Diamond, *The Impact of Migraine on* ; בעמ' 294, Godfrey, *Vision the Health and Well-Being of Women*, 16 J OF WOMEN'S HEALTH 1269, 1271-1272 (2007).

52 גלזרמן "חפש את האשה", לעיל ה"ש 4.

53 השוו גלזרמן "גברים ממאדים", לעיל ה"ש 5, בעמ' 16. גם התקפי אסתמה אצל נשים קשורים ככל הנראה לווסת. Godfrey, *Asthma*, לעיל ה"ש 46, בעמ' 231.

בכלל נשאלה אישה שהתלוננה על החמרה במחלתה שאלה לגבי השלב של המחזור שבו היא נמצאת?<sup>54</sup>

על רקע השאלה הזאת, וכן על רקע רשימת הממצאים המרשימה למדי שקדמה לה, אבקש בכל זאת, לפקפק ביכולתה של "הרפואה המגדרית" להיטיב עם נשים בדרך זו, וזאת באמצעות העלאת כמה תהיות ושאלות.

## ד. ניתוח הממצאים

### 1. רקע לשאלת השאלות: ההיסטוריה של המדע והרפואה

התהיות הראשונות שלי בקשר להבדלים הנחרצים בין המינים שנתגלו על ידי חסידיו "הרפואה המגדרית", כולל ההסברים ההורמונליים החדשים ומתוחכמים למיניהם, נולדו על רקע רשימה הולכת וגדלה של כתיבה ביקורתית על המדע הביורופואי. כתיבה זו מתמקדת הן מבחינה היסטורית, הן מבחינה פילוסופית, בשאיפת מדע זה לחתור אחר האמת האובייקטיבית, בכלל, וביחסו אל גברים ונשים ומה שביניהם, בפרט. מאיר עיניים במיוחד הוא הספר MAKING SEX, מאת טומס לאקור (Laqueur), שהוא ניתוח היסטורי של טקסטים וציורים אנטומיים של איברי המין הגבריים והנשיים בניסיון לעקוב אחרי השפעתן של תפיסות חברתיות על הבנת הגוף האנושי<sup>55</sup>. לאקור הבחין בין שני מודלים של גוף האדם – מודל המין האחד ומודל שני המינים. מודל המין האחד שלט בתקופה שלפני תקופת הנאורות, אז נחשבה האישה לסוג נחות של גבר, ומכאן הצגת איבר המין הנשי כגרסה קטנה יותר ובלתי מושלמת של האיבר הגברי. גישה זו השתנתה בתקופת הנאורות, אז בהתאם לשינויים חברתיים-תרבותיים, קיבלו לראשונה איברי המין הנשיים והגבריים שמות נפרדים, והם הפכו לניגודים מוחלטים כמעט לכל דבר. לטענת החוקרת ההולנדית מריאן וון דן ווינגארד (van den Wijngaard), ההיסטוריה שתיאר לאקור חזרה על עצמה גם במאה העשרים, בתחום הנורו-אנדוקרינולוגיה<sup>56</sup>. בשלהי שנות השלושים, לאחר שמדען אחד מצא במקרה ריכוז גדול של הורמונים שנחשבו

54 גלזרמן "חפש את האשה", לעיל ה"ש 4.

55 THOMAS LAQUEUR, MAKING SEX: BODY AND GENDER FROM THE GREEKS TO FREUD, (1990); וראו את הדיון על עבודה זו אצל: MARIANN VAN DEN WIJNGAARD, REINVENTING THE SEXES: THE BIOMEDICAL CONSTRUCTION OF FEMININITY AND MASCULINITY 2-3 (1997).

56 שם, בעמ' 5.

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

כנקביים בלבד בשתן של סוסים זכרים, הגיעו מדענים למסקנה שגברים ונשים חולקים אותם הורמונים פחות או יותר. אם כן, עד לסוף שנות החמישים, כשתפקידי המינים המסורתיים נתפסו כדבר מובן מאליהו כמעט, השתלטה באופן עקרוני, גישת המין (הגברי) האחד, בכל הקשור להתפתחות המוח.

אחר כך באו הוגות פמיניסטיות כמו דה בובואר, שטענו שנשים לא נולדות נשים, אלא נהפכות לנשים, ובתוך כך הדגישו את חשיבות הסביבה ביצירת שני המגדרים<sup>57</sup>. תגובת המדע לא איחרה לבוא; מכאן ואילך החלו מדענים לגלות הבדלים הולכים וגדלים בין המינים.

בהתחלה אותרו ההבדלים בין המינים במוחם השונה ואחר כך בהשפעתם של הורמונים מיניים, עוד ברחם. והנה, מסתבר שרוב ההשפעות ההורמונליות על התפתחות המוח השונה חפפו לתפיסות חברתיות מקובלות בדבר התנהגות גברית ונשית; הורמונים גבריים הביאו להתנהגות גברית, אגרסיבית על פי כלל, והורמונים נשיים הביאו להתנהגות נשית הולמת<sup>58</sup>. לעתים קרובות, ההורמונים עצמם גילו התנהגות אשר מתאימה בצורה מרשימה למדי לתפיסות דאז של נשיות וגבריות הולמת. דוגמאות לכך מופיעות במאמר הידוע של אמילי מרטין, "הזרע והביצית", שבו מופיע זרע בתור אביר אמיץ הכובש את האחרים נגד כל הסיכויים ועוד מצליח להציל את הביצית השמנמנה, ורודה ורכה, שחיכתה בסבלנות<sup>59</sup>. אמנם בשנות השבעים, כשהחלו נשים לראשונה להיכנס למקצועי המדע במידה משמעותית, נמצא גם מקום לאפשר כניסת נשים ואף רעיונות פמיניסטיים לתוצאות המחקר. למשל, נמצא שגם אצל נשים ישנו חלק במוח שאחראי על התנהגות מינית. אולם אלה נקלטו רק בתנאי שהם תמכו במודל מיני דיכוטומי<sup>60</sup>.

מן התרחישים ההיסטוריים האלה עולה שהמדענים רופאים למעשה "המציאו" את המינים ואת מהותם בהתאם לרחשי התקופה. ומכאן שהציטוט הפותח מאמר זה, בדבר הצורך של המדע להימנע מלהידבק לאמונה זו או אחרת, הוא בבחינת אידאל קשה מאוד להשגה. שהרי עצם קיום המדע במציאות חברתית נתונה משמעה הידבקותו לאמונה

57 דה בובואר, לעיל ה"ש 8, בעמ' 642.

58 VAN DEN WIJNGAARD, לעיל ה"ש 55, בעמ' 5.

59 Emily Martin, *The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles*, 16 SIGNS: J. OF WOMEN IN CULTURE AND SOCIETY 485 (1991).

60 שם, בעמ' 78-79. ראו גם: Grace, לעיל ה"ש 29. במאמר זה יוצאת המחברת נגד תקפות החשיבה הדואלית במדעי החיים בכלל.

מסוימת; וכאשר ההקשר התרבותי משתנה, האמת המדעית משתנה בהתאם<sup>61</sup>, ובמילותיה של החוקרת אליזבת פי (Fee): "אין לצפות מחברה סקסיסטית אלא לפיתוח מדע סקסיסטי"<sup>62</sup>.

מחקרים אחרים התמקדו בהשפעתם על ממצאי הרפואה, ובכלל זה על יחס הרופאים אל נשים בפרט, של אינטרסים פוליטיים, כלכליים, אישיים ועוד. בספרן הידוע "לטובתה: 150 שנה של עצות מומחה לנשים", מראות המחברות ברברה ארנרייך ודירה אינגליש איך לאורך המאה התשע-עשרה, בדיוק בתקופה שבה התרחש הגל הראשון של הפמיניזם, הלכה וגברה התפיסה שבאיברי המין והפריון הייחודיים של האישה טמון כל יסוד קיומה. בספרות הרפואית דאז הוצגו מפורשות הרחם, ולפעמים גם השחלות והביציות, כמרכז השלטון של האישה, הן בגוף הן בנפש, ובכך גם אחראיות על כל הפרעה ומחלה המופיעה אצל נשים<sup>63</sup>.

גם בפועל, כל תסמין, מכאבי ראש וחוסר שקט ועד לשחפת, הצדיק התערבות (או אף "תקיפה") רפואית באיברי המין הנשיים, מהנחת טפילים או ברזל לוחט בצוואר הרחם, דרך כריתת הדגדגן (קליטורידקטומיה) – הפעם האחרונה שבוצעה כריתה כזו הייתה ב-1948, כשניסו לרפא מאוננות ילדה בת חמש – ועד לכריתת השחלות (אוברייטומיה), הידועה גם כ"עיקור נשים"<sup>64</sup>.

בשלהי המאה התשע-עשרה, כאשר ביקשו יותר ויותר נשים לפנות ללימודים במוסדות להשכלה גבוהה, גילו מדענים כי מוחם של נשים קטן מאלה של גברים, ומכאן שמבחינה אינטלקטואלית נשים נחותות מגברים. רופאים אף הזהירו כי יתר גירוי אינטלקטואלי למוח האישה עלול לפגוע ביכולת הפיריון שלה, עקב התכווצות הרחם והידלדלות השדיים, ולהביא עליה תינוקות חולים וחמי מזג<sup>65</sup>.

61 van den Wijngaard, לעיל ה"ש 55, בעמ' 22–23. לפי גישת הקונסטרקטיביזם (constructivist) של המדע, המדע מעניק משמעות לאמת מדעית בתוך זמן ומקום נתון. לאמת מדעית יכול להיות תפקיד בהקשר מסוים, ובהקשר אחר היא יכולה להיות חסרת משמעות.

62 כפי שמופיע אצל Rosser, לעיל ה"ש 16, בעמ' 136. ועל הרפואה כסוכן של המדינה ראו: Nancy Scheper-Hughes & Margaret Lock, *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, MEDICAL ANTHROPOLOGY QUARTERLY 6 (1987).

63 Ehrenreich & English, לעיל ה"ש 11, בעמ' 120. ראו גם: Cynthia Eagle Russett, *Sexual Science: The Victorian Construction of Womanhood* (1989).

64 שם, בעמ' 122–123. הנימוק לניתוח היה כדלהלן: מאחר שהשחלות שולטות באישיות, הן אחראיות בהכרח לכל ההפרעות הפסיכולוגיות, ולהפך. הפרעות פסיכולוגיות הן סימן בטוח לבעיה בשחלות, ומכאן הצורך בכריתתן. שם, בעמ' 124.

65 Ehrenreich & English, לעיל ה"ש 11, בעמ' 126–129.



רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

על רקע דברים כאלה ואחרים, הגיעה למסקנה ההוגה האיטלקית ג'יאנה פומטה (Gianna Pomata), שמחקר ביולוגי בדבר הבדלים בין המינים בעולם המערבי הוא התחליף לפולחנים המפרידים בין המינים הנוטים להיות בולטים יותר בחברות מסורתיות<sup>66</sup>. באשר למחקרים בדבר ההשפעות ההורמונליות על התפתחות העובר, הפסיכולוגית ג'נט סירס טענה שאלה מקבילים למחקרים של המאה התשע-עשרה שהצביעו על ההבדלים במוח הגבר והאישה כבסיס להדרת נשים מהשתתפות בספרה הציבורית<sup>67</sup>.

למעשה, טענות בדבר הבדלים מוחיים בין המינים ובפרט טענות כי מוחן ה"שונה" של נשים גורם להן להתקשות מטבען במתמטיקה, בפיזיקה ובהנדסה, למשל, ממשיכות להישמע גם היום, כדוגמת הצהרתו של לורנס סמרס, נשיא אוניברסיטת הרווארד, לפני שנים ספורות בלבד<sup>68</sup>. ודוק, אמרות כאלה בעייתיות ואף מסוכנות במיוחד, מכיוון שהן עצמן עשויות להשפיע על התפיסה העצמית של האדם ומכאן על התנהגותו, כגון בחירות שלא מתאמצות בחשבון כי "המוח שלי לא בנוי לכך כנראה"<sup>69</sup>. בכל מקרה, אלו ואלו מגבירות באופן טבעי את החששות בקשר לאמירות כגון "מוחם של גברים ונשים שונה במובנים רבים".

## 2. האם ההבדלים המגדריים "אמיתיים"?

בסעיף הקודם ראינו איך תפיסות חברתיות ויחסים חברתיים נתונים הפכו להיות חלק מממצאים רפואיים ומקטגוריות אבחוניות ולאור התובנות האלה אבקש להטיל ספק כאן בעצם קיומם של הממצאים והגילויים החדשים מטעם "הרפואה המגדרית" בת ימינו. לצורך העניין, נתעכב לרגע בקביעה שלפיה: "ידוע שלנשים סף גירוי נמוך יותר ורגישות

66 כפי שמופיע אצל: VAN DEN WIJNGAARD, לעיל ה"ש 55, בעמ' 24.

67 JANET SAYERS, BIOLOGICAL POLITICS, FEMINIST AND ANTI-FEMINIST PERSPECTIVES (1982); ראו גם: VAN DEN WIJNGAARD, לעיל ה"ש 55, בעמ' 16. השוו, מחקר לאחרונה הטוען כי קריירה פוגעת בפוריות של האשה: Elizabeth Cashdan, *Waist to Hip Ratio Across Cultures: Trade Offs Between Androgen and Estrogen Dependent Traits*, 46 CURRENT ANTHROPOLOGY 1099 (2008), אך גם מראה את ההבדלים בין רמות הורמונים בקרב נשים שונות.

68 Donna Haraway, *A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century*, in SIMIANS, CYBORGS AND WOMEN: THE REINVENTION OF NATURE 149 (1991).

69 VAN DEN WIJNGAARD, לעיל ה"ש 55, בעמ' 24-25. כמו כן ראו גם: Susan Fisk, *How Gendered Beliefs Funnel Women away from Science and Engineering*, 17.2.2011 [www.physorg.com/news/2011-02-gendered-beliefs-funnel-women-science.html](http://www.physorg.com/news/2011-02-gendered-beliefs-funnel-women-science.html) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011).

גבוהה יותר לכאב מאשר לגברים<sup>70</sup>. ממצא זה מיד מעורר תהיות, שהרי למעשה אין מדד לסף כאב. הרי כאב הוא מופשט. קשה להמשיגו ולהמחישו: כמה כאב נחשב נורמלי? אילו ביטויי כאב נחשבים מקובלים ואילו "היסטריים"? ואיך מטפלים בכאב? ההיסטוריה, כאמור, רוויית טענות בדבר סף כאב שונה לבני גזע שונים או לבעלי מעמד כלכלי שונה. זאת ועוד, לא אחת נעשה שימוש בכאב בתור ענישה במפורש, ראו למשל ההתנגדות הראשונית של הכנסייה למתן משככי כאבים ליולדות<sup>71</sup>; או תאורה של סימון דה בובואר של צרפת בשלהי שנות הארבעים והיחס שקיבלו נשים שנפצעו במהלך ביצוע הפלה מלאכותית כושלת – בתי החולים נאלצו לאשפז אותן ולסיים את הניתוח, אך נמנעו מהענקת משככי כאבים למטופלות, כעונש<sup>72</sup>.

עד היום, מתברר, שלא קל לבני אדם להשתתף בכאב איש של רעהו. למשל, במחקר ישראלי שנערך במחלקת יולדות מקומית, נמצא כי אנשי צוות חילוניים הצליחו להעריך נכון את מידת הכאב של יולדות חילוניות, ואילו ליולדות דתיות נטו לייחס פחות כאבים ממה שהן עצמן דיווחו<sup>73</sup>. עדיין רווחת טענות כמו "קשישים ותינוקות אינם מרגישים כאב ממש"<sup>74</sup>.

- 70 גלזרמן "חפש את האשה", לעיל ה"ש 4. וגם ראו: Glezerman, *Discrimination by Good Intention*, לעיל ה"ש 2, בעמ' 40. השוו: בימים אלה ממש, טוענים קבוצה של חוקרים בין-לאומיים, ובה שני ישראלים, כי גילתה את הגן המסביר מדוע ישנם אנשים הסובלים יותר מכאב לעומת אחרים. Anna-Karin Persson, Mathias Gebauer, Suzana Jordan, Christiane Metz-Weidmann, Anke M. Schulte, Hans-Christoph Schneider, Danping Ding-Pfennigdorff, Jonas Thun, Xiao-Jun Xu, Zsuzsanna Wiesenfeld-Hallin, Ariel Darvasi, Kaj Fried & Marshall Devor, *Correlational Analysis for Identifying Genes Whose Regulation Contributes to Chronic Neuropathic Pain*, 5:7 MOLECULAR PAIN 1 (2009)
- 71 למאמר על רב שהתיר מתן משככי כאבים ליולדות ראו למשל: Jack Cohen, *After Office Hours: Doctor James Young Simpson, Rabbi Abraham De Sola, and Genesis Chapter 3, Verse 16*, 88 OBSTETRICS & GYNECOLOGY 895 (1996).
- 72 דה בובואר, לעיל ה"ש 8, בעמ' 345.
- 73 Eyal Sheiner, Einat K. Sheiner, Reli Hershkovitz, Moshe Mazor, Miriam Katz & Ilana Shoham-Vardi, *Overestimation and Underestimation of Labor Pain*, 91 EUROPEAN J. OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY AND REPRODUCTIVE BIOLOGY 37 (2000) מסקנת המחקר היא שכלל שהפער התרבותי בין המטפל לחולה גדול יותר, כך לוקה בחסר ההבנה של המטפל בדבר מידת הכאב של החולה.
- 74 Jonathan DeLima, Adrian R. : לסקירה על ההיסטוריה של גישה זו בקשר לתינוקות, ראו: Lloyd-Thomas, Richard F. Howard, Edward Sumner & Teresa M. Quinn, *Infant and Neonatal Pain: Anaesthetists' Perceptions and Prescribing Patterns*, 313 BRITISH MEDICAL J. 787 (1996). ראו גם ימימה עברון "תינוק, מיד כשהוא יוצא מרחם אמו, עדיף לו שיישאר קרוב לאמו? דיון" הארץ Online – מוסף 9.7.2010. [www.haaretz.co.il/](http://www.haaretz.co.il/)

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

יוצא שתפיסות הנוגעות לכאב ולסבל מתובלות היטב בתפיסות חברתיות, ובכלל זה, תפיסות מערביות הנוגעות לכאב ולסבל מתובלות היטב במגדר. כפי שמסבירה החוקרת ג'ואנה קמפנר, בחברה שלנו, גבריות מוגדרת חלקית על ידי היכולת לכבוש כאב, ואילו נשיות היא היעדר כוח כזה. הבדלים אלה, היא מסייגת, כמובן, אינם מיושמים בקפדנות: נשים, בשל מערכות הרבייה שלהן, נחשבות לבנויות ביולוגית לסבול כאב; בדיחה רווחת היא שגברים לא היו מסוגלים לסבול את כאבי הווסת או הלידה<sup>75</sup>.

דוגמה טובה לקשר ההדוק שבין תפיסות מגדריות לכאב ניתן למצוא בעניין כאב הראש המקבצי (cluster headache), הנדיר יחסית. בניגוד לרוב הפרעות הכאב, כאב הראש המקבצי נחשב כפוגע בגברים במיוחד, וזאת אף על פי שהדבר מעולם לא הוכח בבירור<sup>76</sup>. עקב כך פיתחו אנשי רפואה נטייה לתאר אותו כמונחים של גבריות יתרה. הם מסבירים אותו כתוצר של עודף סטטוסטרון, והסובלים מתוארים באמצעות מגוון סטראוטיפים של גבריות, כגון כוחניות, ריסון עצמי, אתלטיות, ומראה והתנהגות קשוחים<sup>77</sup>. תיאורים אלה ממשיכים להתקיים למרות מחקרים רבים שלא הצליחו לאמת אותם<sup>78</sup>.

לטענת קמפנר, הסיבה לתרחיש זה היא שהגבריות הטמונה בהפרעת הכאב האמור לעיל, ככל הנראה מחזקת את מעמדה, וזאת בניגוד להפרעות שנוצרות בקרב נשים, אשר לעתים קרובות זוכות ליחס של דה-לגיטימציה וזלזול או חוסר יחס בכלל<sup>79</sup>. אכן, נשים הסובלות מכאב הראש בעל הדימוי הנשי, מיגרנות, מתוארות לא אחת כ"זהירות, פאסיביות,

hasite/spages/1178601.html (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011). לגבי קשישים ראו למשל: BARBARA R. HEGNER, BARBARA ACELLO, ESTER CALDWELL, NURSING ASSISTANT: A NURSING PROCESS APPROACH 508 (9th ed. 2004).

Joanna Kempner, *Uncovering the Man in Medicine: Lessons Learned From a Case Study of Cluster Headache*, 20 GENDER & SOCIETY 632, 632-633, 636 (2006); וראו ההפניות שם. ראו גם: Greenberger, לעיל ה"ש 47, בעמ' 310.

Kempner, לעיל ה"ש 75, בעמ' 650.

שם. ראו גם עמ' 633.

שם, בעמ' 634. קמפנר (Kempner) מכנה את הדבר מקרה קיצוני של מדיקליזציה של גבריות. Jodi R. Godfrey, *Toward Optimal Health: The Experts Discuss*; ראו גם: 650; *Management of Low Back Pain in Women*, 12 J. OF WOMEN'S HEALTH 953, 958 (2003)

(להלן: Godfrey, *Low Back Pain*). בעניין זה רופאה אחת אף מזהירה את חבריה למקצוע כך: "לעולם אל תאמרו לנשים, 'הכל בראש שלך'". כאב עשוי להיות התגשמות של מצוקה אישית אמתית מאד". Diamond, לעיל ה"ש 51, בעמ' 1272. וראו גם: Victoria Marion Grace, *Mind/Body Dualism in Medicine: The Case of Chronic Pelvic Pain Without Organic Pathology. A Critical Review of the Literature*, 28 INTERNATIONAL J. OF HEALTH SERVICES 127 (1998).

פחדניות, חסרות ביטחון, קפואות, אובססיביות, מדוכאות ונוטות להגיב למצבי לחץ בשיעור גבוה של חרדה<sup>80</sup>.

על רקע התיאורים הללו עולה גם בעיית הדיווח או חוסר הדיווח. כפרט, נשאלת השאלה אם ייתכן שהנטייה לייחס לצורות כאב מסוימות תכונות "נשיות" גורמת לגברים להרגיש לא בנוח להתלונן על כאב מסוג זה?<sup>81</sup> אם כן, למשל, הסטטיסטיקה שמראה שדיכאון נפוץ יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים עשויה לשקף לא את מידת הדיכאון שממנה סובלים נשים וגברים, אלא את העובדה שנשים מקבלות מהחברה לגיטימציה לבקש עזרה במקרים של מצוקה נפשית, ואילו גברים, נרתעים מלעשות כן<sup>82</sup>. כמובן, הפן השני של בעיית חוסר הדיווח הוא בעיית חוסר האבחון, של אנשי הרפואה – כמו שקרה לנשים במשך שנים, כשמחלות לב עדיין נחשבו לנחלתם של גברים; וכשעוד התייחסו אל מחלת האיידס כמחלה של גברים הומוסקסואלים ונרקומנים<sup>83</sup>; וכשעוד מתייחסים אל האלכוהוליזם כמחלת גברים<sup>84</sup>; או במקרה של שעירות יתר, שאינה נחשבת לתסמונת כלל, אלא אם כן היא פוקדת נשים (במערב)<sup>85</sup>. נסיבות כאלה עשויות לסבך את עבודות המדען השואף לחתור תחת ההבדלים בתחלואה בין המינים.

### 3. שאלת תוקף המגדר כקטגוריה רפואית

בסעיף זה נצא מן ההנחה כי ההבדלים ה"מגדריים" שעליהם מצביעים חוקרי הרפואה המגדרית אכן קיימים, אך נשאל: האם אלה מצדיקים ייסוד "רפואה מגדרית" כשלעצמה?

- Diamond, לעיל ה"ש 51, בעמ' 1272. 80
- Joanna Kempner, *Gendering the Migraine Market: Do Representations of Illness Matter?*, 63 SOCIAL SCIENCE & MEDICINE 1986 (2006) 81
- C. Kilmartin, *Depression in Men: Communication, Diagnosis and Therapy*, :ראו למשל: 82  
 J. OF MEN'S HEALTH AND GENDER 95 (2005) 2. "לנשים נותנים את האבחון של הפרעות דיכאון בערך פי שניים מגברים, אולם מספרים שונים בקשר להתמכרות לסמים, למאסר ובמיוחד בקשר להתאבדות מעלים את השאלה שמא גברים אכן נוטים פחות ללקות בדיכאון. ישנה אפשרות שקיימת צורה 'גברית' של דיכאון שאינה זוכה לאבחון ולטיפול הולמים". ייתכן שהדבר נכון גם בקשר לפיברומיאלגיה ולתשישות כרונית, אשר גם ההתייחסות אליהן היא כאל מחלות נשים.
- ROSSER, לעיל ה"ש 16, בעמ' 6 ו-3 6 באופן כללי. הדוגמאות בהמשך לקוחות מכרכים שונים של כתב העת JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH AND GENDER. במשך שנות התשעים החל כתב עת זה לפרסם מעין מדור של "שאל את המומחה" ובו ראיונות עם מומחים בשלל של תחומי רפואה בעיקר מן ההיבט המגדרי. 83
- ROSSER, לעיל ה"ש 16, בעמ' 39. 84
- Merran Toerien & Sue Wilkinson, *Gender and Body Hair: Constructing the Feminine Woman*, 26 WOMEN'S STUDIES INTERNATIONAL FORUM 333 (2003) 85

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

בפרט, נשאל האם מדובר בהבדלים הכרחיים או שמא מדובר בהכללות בלבד, המאפיינות כל חלוקה מגדרית. קחו למשל את הממצא שהובא לעיל לגבי תיאור הסימנים להתקף לב – נאמר כי "אצל כ-20% מן הנשים" הסימנים שונים מהתיאור הקלאסי-גברי. האם די באחוז זה על מנת לכונן תופעה מגדרית? האם אין אחוז ניכר של גברים הסובלים מהתקפי לב בצורה "נשית"?

דרך אחרת לשאול את השאלה היא: האם מדובר כאן בהכרח בהבדלים מגדריים או שמא בממדים אחרים המקבילים בדרך כלל למגדר זה או אחר? למשל, גורם הגיל מגביר את הסיכון לחלות כמעט בכל מחלה ומחלה<sup>86</sup>, וכך גם היריון ולידה כאמור<sup>87</sup>. אולם למותר לציין, לא כל הנשים חיות עד גיל מבוגר או יולדות, אפילו פעם אחת.

תהיות דומות, היינו, בדבר ההשפעה המובהקת המיוחסת דווקא למגדר, עולות מן המאמר הידוע של ג'ודית לורבר העוסק בחלוקה המקובלת בעולם הספורט בין ספורט נשים לספורט גברים<sup>88</sup>. לורבר טוענת כי חלוקה מינית זו אינה עומדת למבחן, לא מבחינת הנימוק שמביאים כדי להצדיק אותה ולא מבחינת הדרך שבה אוכפים אותה (ובדומה לג'ואנה קמפנר בסוגיית כאב הראש, היא טוענת שמכאן שכל מטרתה של החלוקה המינית היא לשמור על הסטטוס הגבוה של ספורט גברים על כל רווחיו)<sup>89</sup>.

בפרט, ההנחה שעומדת מאחורי החלוקה המינית בספורט היא שלגברים ישנו יתרון מבחינת גודל ומידת הכוח (מכאן שלמעשה בדיקות המין מבוצעות רק על נשים, דהיינו, במטרה לוודא שהן נשים במידה מספקת על מנת להשתתף בתחרות של הנשים). אולם מינו של אדם אינו בהכרח משקף את גודלו ומידת כוחו, וגם לא כל ספורט הוא עניין של כוח

86 למשל לחץ דם גבוה: Jodi R. Godfrey, *Toward Optimal Health: The Experts Discuss*; *Hypertension*, 11 J. OF WOMEN'S HEALTH 111 (2002) (להלן: Godfrey, *Hypertension*); מחלת כליות: Godfrey, *Kidney*, לעיל ה"ש 42; אלצהיימר, גם אם מביאים בחשבון את אלמנט הגיל: Godfrey, *Alzheimer's*, לעיל ה"ש 44; כאבי פרקים: Kristina A. Theis, Charles G. Helmick & Jennifer M. Hootman, *Arthritis Burden and Impact Are Greater among U.S. Women than Men: Intervention Opportunities*, 16 J. OF WOMEN'S HEALTH (2007) 441; ובעיות ראייה: Godfrey, *Vision*, לעיל ה"ש 45, בעמ' 293.

87 לגבי כאבי גב תחתון: Godfrey, *Low Back Pain*, לעיל ה"ש 79; בריחת שתן: Roger R. Dmochowski, *Urinary Incontinence: Proper Assessment and Available Treatment Options*, 14 J. OF WOMEN'S HEALTH 906 (2005) לעיל ה"ש 40.

88 אך השוו, מחקר חדש מראה כי נשים העוסקות בספורט נפצעות יותר מגברים מכיוון שהאימונים בנויים על פי גוף הגבר: *Female Athletes Injured More Than Male Athletes*, SCIENCE DAILY 28.1.2010, [www.sciencedaily.com/releases/2010/01/100125123302.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2010/01/100125123302.htm) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011).

89 Lorber, לעיל ה"ש 10, בעמ' 13-16.

פיזי בהכרח<sup>90</sup>. זאת ועוד, לפי הנתונים בשטח, ישנם תחומים שבהם נשים היו יכולות להתחרות בגברים<sup>91</sup>. בפועל, לא מעט ענפי ספורט קובעים קטגוריות נוספות להשתתפות, כגון משקל וגיל<sup>92</sup>. והנה, גם ברפואה, החוקרות הפמיניסטיות שחשפו את היותו של הגבר האבטיפוס של האדם לצורך הרפואה, הוסיפו וציינו שמדובר על פי רוב בגבר הטרוסקסואלי, לבן ומהמעמד הבינוני עד העליון<sup>93</sup>. לעומת זאת, כיום, מספר הולך וגדל של מחקרים רפואיים מצביע על הצורך להביא בחשבון קריטריונים קבוצתיים בדומה למגדר, למשל, גזע ואתניות (ובישראל, עדה)<sup>94</sup>. מסתבר, למשל, כי היותו של אדם שחור, מעלה את הסיכונים שלו

- 90 מה עם שחמט, למשל? חקירה שטחית שלי בדבר הפרדת המינים ב"ספורט" זה העלתה את התשובה של מורה אחד שטען שבשלב כלשהו, הבנים מתחילים לשחק בצורה תוקפנית מדי.
- 91 לורבר מציינת ריצה למרחקים. Lorber, לעיל ה"ש 10, בעמ' 14. לאחרונה נמצאה נערה שמצטיינת בתחרויות רכיבה אופנועיים – ראו יניב אורגד "ההצלחה השקטה" **הארץ Online** [www.haaretz.co.il/hasite/objects/pages/PrintArticle.jhtml?itemNo=1181285](http://www.haaretz.co.il/hasite/objects/pages/PrintArticle.jhtml?itemNo=1181285), 25.7.2010 (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011). ומספר על "נערה בלונדינית, נמוכה ודקיקה וגם חירשת מלידה, שהפכה לנהגת אופנועים קשוחה שמתמודדת בכבוד גם עם הגברים".
- 92 בנסיבות אלה, טוענת לורבר, הגיוני יותר היה אילו בכל ספורט וספורט, קודם ייבחנו ההתנהגויות ובהתאם לכך ייקבעו הקטגוריות, וזאת במקום לקבוע מראש קטגוריות של גבר ואישה שיכול להיות שאין להן קשר לנידון. על בעיית היישום בפועל של ההכללה "הצודקת" או "המתאימה" של נשים בניסויים רפואיים, ראו למשל: Wendy Rogers & Angela Ballantyne, *When is Sex-Specific Research Appropriate?*, 1(2) INTERNATIONAL J. OF RICHARD E. ASHCROFT, review of FEMINIST APPROACHES TO BIOETHICS 36 (2008) וגם: Steven Epstein, *Inclusion: The politics of Difference in Medical Research*, 1(2) INTERNATIONAL J. OF FEMINIST APPROACHES TO BIOETHICS 174 (2008).
- 93 גלזרמן אולי מודע לזה במידה מסוימת כשהוא מזכיר כי מינון של רוב התרופות "מתייחס לממוצע גברי" (גבר שמשקלו 75 ק"ג), אך נמנע מלהזכיר את הדבר במפורש. וראו גם רות גלדטי "העדה כן חשובה: מחקר של המרפאה להפרעות תנועה בבילינסון מוצא הבדלים ניכרים בין חולי פרקינסון אשכנזים ותימנים", **רביץ המגזין**, לעיל ה"ש 5, עמ' 20–21; ראו גם: Ashcroft, לעיל ה"ש 92; ROSSER, לעיל ה"ש 16, בעמ' 86; Hammerstrom, לעיל ה"ש 7, המציינות שגם האישה החולה הממוצעת בדרך כלל נחשבת לבת המעמד העליון-בינוני והטרוסקסואלית.
- 94 הדבר צריך להיות רלוונטי במיוחד במדינה כמו ישראל, שבה החברה מורכבת מאנשים מהעולם כולו. על פי היגיון זה, למשל, טבלה אחת למדידת הגדילה והתפתחות הילד אינה צריכה לשמש אחיות טיפת חלב לכל האוכלוסייה. עוד על בעיית הסטנדרטיזציה ראו: Ellen Kuhlmann, *From Women's Health to Gender Mainstreaming and Back Again: Linking Feminist Agendas and New Governance in Healthcare*, 57 CURRENT SOCIOLOGY 135, 148 (2009).

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

ללקות בלחץ דם גבוה; סכרת; מחלת כליות כרונית; וסוגים מסוימים של מחלות פרקים<sup>95</sup>. נמצא שגם נטייתו המינית של אדם משפיעה על מצב בריאותו<sup>96</sup>. נוסף על כך, חוקרי הרפואה מצביעים על השפעתן הבריאותית של רשימה הולכת וגדלה של תכונות אנושיות נוספות, כגון, רמת דתיות, מצב משפחתי, רמת אושר, משקל גוף, אורח חיים<sup>97</sup>, וכן גם במזג הכללי של האדם, כגון, נטייתו לכעוס, להיות אופטימי, להיכנע בקלות ועוד<sup>98</sup>. אם כן, ועל רקע הרשימה (החלקית) הזאת, נשאלת השאלה מדוע יש רפואה מבוססת מגדר דווקא, בדומה ל"רפואה מבוססת גיל", ולאחרונה "רפואה מבוססת נטייה

95 Godfrey, *Hypertension*, לעיל ה"ש 86, בעמ' 112; Theis, לעיל ה"ש 86; Godfrey, *Kidney*, לעיל ה"ש 42. כמוכך, בעידן הגלובליזציה וההגירה של קבוצות אתניות, נוצרות קטגוריות חדשות. גם בימינו, לעניינו, כל ארץ וההגדרות שלה – ראו דיון אצל: Ashcroft, לעיל ה"ש 92, בעמ' 178. השוו: לאחרונה גילו קבוצת מדענים את הסיבה לכך שספורטאים שחורים שולטים בענפי הריצה, ואילו ספורטאים לבנים שולטים בברכת השחייה – הדבר החשוב הוא מיקום הטבור ביחס לשאר הגוף, ראו: Adrian Bejan, Edward C. Jones & Jordan D. Charles, *The Evolution of Speed in Athletics: Why the Fastest Runners Are Black and Swimmers White*, 5 INTERNATIONAL J. OF DESIGN AND NATURE AND ECODYNAMICS 199 (2010).

96 Ilison L. Diamant & Cheryl Wold, *Sexual Orientation and Variation in Physical and Mental Health Status among Women*, 12 J. OF WOMEN'S HEALTH 41 (2003)

97 חוקרים שמו לב כי הדגש החדש על אחריות הפרט למצב בריאותו התחיל בארצות-הברית בשלהי שנות השבעים ותחילת שנות השמונים – בצל העלייה במחירי שירותי בריאות והמשבר הכלכלי הכללי. הגישה האינדיבידואליסטית עולה בקנה אחד עם הקפיטליזם ועם הרפובליקניזם – שנות כהונת רייגן 1980–1988. הגישה אומצה גם בארצות אחרות שראו עלייה בכוחות ניר-ליברליות. Elizabeth E. Wheatley, *Disciplining Bodies at Risk: Cardiac Rehabilitation and the Medicalization of Fitness*, 29 J. OF SPORT & SOCIAL ISSUES 198 (2005).

98 M.C Whiteman, I.J. Deary, A.J. Lee & F.G.R. Fowkes, *Submissiveness and Protection From Coronary Heart Disease in the General Population: Edinburgh Artery Study*, 350 THE LANCET 541 (1997); H.A. Tindle, Y.F. Chang, L.H. Kuller, J.E. Manson, J.G. Robinson, M.C. Rosal, G.J. Siegle & K.A. Matthews, *Hot Papers in the Literature*, 18 J. OF WOMEN'S HEALTH 2087, 2088 (2009); John C. Barefoot, Beverly H. Brummett, Redford B. Williams, Ilene C. Siegler, Michael J. Helms, Stephen H. Boyle, Nancy E. Clapp-Channing & Daniel B. Mark, *Recovery Expectations and Long-Term Prognosis of Patients with Coronary Heart Disease*, ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (2011), www.archinte.ama-assn.org ב-10.4.2011; R. Gramling & R. Epstein, *Optimism, Amid Serious Disease: Clinical Panacea or Ethical Conundrum?* ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (2011), www.archinte.ama-assn.org ב-10.4.2011.

מינית", אולם אין רפואה מבוססת גזע או רמת דתיות או מצב משפחתי או רמת אושר או אורח חיים או מזג או משקל?

למעשה, עצם השאלה הזאת חותרת תחת ה"אמיתיות" של הממצאים עצמם. הרי, מניין שואלים החוקרים את הקטגוריות לביצוע המחקר המדעי-אובייקטיבי שלהם אם לא מהקיום האישי-סובייקטיבי שלהם בחברה נתונה, על כל החלוקות החברתיות שהיא אימצה לעצמה, אם מגזר ומגדר ואם מעמד או מקום במשפחה. בתוך כך, מתעוררת גם שאלת יחסי הכוח בין קבוצות, אשר עשויים למצוא ביטוי במימון המחקר, וכן עולה סוגיית התפיסות החברתיות בדבר התקינות הפוליטית, אשר עשויות להסביר, למשל, מדוע בימינו לא נמצא מקום לייסד "רפואה מבוססת גזע", ולא משנה מהן ההצדקות המדעיות<sup>99</sup>?

לסיום, מן הראוי להזכיר כאן את בעיית ההצטלבות (Intersectionality)<sup>100</sup>. בעיה זו צוינה לראשונה בקשר לקטגוריות שיצר המשפט האמריקני לצורך הכרה בתביעות על הפליה חברתית; נשים שחורות מצאו את עצמן בפני הדילמה אם לתבוע על סמך היותן נשים או על סמך היותן שחורות, שכן המשפט לא מצא לנכון ליצור קטגוריה המכילה את שתי הקטגוריות יחד. מכאן יוצא שהדרך שבה בוחר המשפט לחלק את המציאות החברתית אינה בהכרח תואמת את החוויה של בני האדם עצמם, והם נאלצים בשל כך לפצל את זהותם. ואם הדבר נכון בתחום המשפט, קל וחומר שהוא עשוי להיות נכון בתחום הרפואה. למשל, משנבוא לקבוע מה סיכוינו של אדם ללקות בהתקף לב, מה יקבע: מגדרו, משקלו, גזעו, גילו, כל מקרה לגופו או שמא נטייתו להיכנע בקלות – גורם שנמצא משפיע לטובה במיוחד על בריאות של נשים<sup>101</sup>? ואגב הפליה, אחת הסיבות לכך שער זמן לא רב היה ידוע כל כך מעט על מחלות לב אצל נשים הייתה שנשים נוטות ללקות במחלות לב כעשר שנים מאוחר יותר מגברים. מכאן שהן הופלו לרעה פעמיים מבחינת המחקר הרפואי – פעם על

99 אם כי יש מקום לחשד שמא הכוכב העולה של הרפואה הוא הגנטיקה איננו אלא מילת קוד לרפואה מבוססת גזע וכד'. גלזרמן עצמו מכריז, "צריך לזכור כי הרפואה המגדרית אינה היעד. הרפואה המגדרית היא שלב בדרך אל הרפואה האינדיווידואלית. פיצוח הגנום האנושי יציעיד אותנו מהבחנה בין נשים וגברים לרזולוציה הרבה יותר גדולה של המבט הרפואי, לרפואה בה כל חולה יקבל טיפול אישי על פי הפרופיל הגנטי שלו – המגדר יהיה רק מאפיין אחד מתוך מכלול המאפיינים המרכיבים פרופיל זה". גלזרמן "גברים ממאדים", לעיל ה"ש 5, בעמ' 16. ראו גם רן קורנובסקי "תרופה מאד אישית" הארץ 12.7.2010, בעמ' 12. מחקר ישראלי חדש במפורש מציע התאמה של תרופות לפרופיל הגנטי של המטופלים.

100 Kimberle Crenshaw, *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Anti-discrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist* *Politics*, U. CHI. LEGAL FORUM 139 (1989).

101 Whiteman, לעיל ה"ש 98.



רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

רקע מינן ופעם עקב גילן<sup>102</sup>. מסתבר אפוא שכאשר מדובר בחלוקות בין בני אדם, לא כל שכן מחלוקות, השמיים הם הגבול.

#### 4. כשאתה אומר מגדר למה אתה מתכוון: מגדר או מין?

נושא מאמר זה הוא הרפואה מבוססת ה"מגדר". מן המפורסמות שמונח זה נטבע בשנות השבעים על ידי סוציולוגים שביקשו להבליט את ההבחנה בין מינו של אדם, שהוא זהותו הביולוגית, הנתונה והקבועה כביכול, שעל פיה אדם יכול להיות רק זכר או נקבה, לבין ה"מגדר", אשר מתייחס לנשיותו או לגבריותו, והוא נתפס כיציר תרבותי-חברתי. לכאורה, גם חסידי הרפואה המגדרית נוהגים להישען על הבחנה זו, שהרי הם בחרו במונח לייצגם. אלא שבה בעת הנטייה היא להדגיש את התמקדותה של הרפואה המגדרית בהבדלים בביולוגיה ובתגובות הפיזיולוגית כפי שמוסבר בפרק ג' לעיל. יוצא אפוא שמדובר למעשה ברפואה מבוססת מין<sup>103</sup>.

התעסקותה של "הרפואה המגדרית" במינו של אדם ולא במגדרו מובנת לאור תביעתה של הרפואה להיחשב מדע, וכן על רקע שאיפתה של הרפואה המגדרית לכפר על היעדרות נשים מהמחקרים הביורפואיים במשך שנים. הבעיה היא שמבחינת הביקורת הפמיניסטית, ההבחנה החדה בין מין "ביולוגי-טבעי" לבין מגדר "תלוי חברה ותרבות" כבר נחשבת כמעט לכזו שאבד עליה הכלח.

טענה מעין זו הועלתה זה מכבר במאמרה המפורסם של אדריאן רייץ, "הטרנסקסואליות כפויה והקיום הלסבי"<sup>104</sup>. אך היא נאמרה ביתר שאת בעבודתה של ג'ודית בטלר על ביצועיות (performativity) – שדרכה היא מראה שעד ימינו החלוקה לשני מינים היא מעשה ידי אדם, דהיינו, הבניות תרבותיות-חברתיות, המשתנות בהתאם לנסיבות ההיסטוריות, שהן לא אחת גם דכאניות<sup>105</sup>. אם כן, אין כאן הכחשה בדבר עצם קיום הבדלים פיזיולוגיים בין

102 על ההפליה ברפואה נגד נשים מבוגרות ראו: Rosser, לעיל ה"ש 16, בעמ' 73–85. וראו גם: Godfrey, Heart, לעיל ה"ש 34, בעמ' 17.

103 ראו: Grace, לעיל ה"ש 29, בעמ' 7. לפעמים המילה מין נאמרה בפירוש, ראו לעיל ה"ש 29. המאמר נכתב ב-1978 ופורסם לראשונה ב-1980 בגיליון "מיניות" של כתב העת סימנים: אדריאן רייץ "הטרנסקסואליות כפויה והקיום הלסבי" מעבר למיניות: מבחר מאמרים בלימודים הומו-לסביים ותיאוריה קווירית 73 (יאיר קדר, עמליה זיו ואורן קנר עורכים, 2003).

105 Judith Butler, Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity 6–7 (1990). וראו גם שם, בעמ' 8: "הטבע האנושי" הוא תמיד ביטוי למשמעויות תרבותיות, יחסים חברתיים ומדיניות כוחנית – התרבות, ולא הביולוגיה היא זו שקובעת". וראו: van den Wijngaard, לעיל ה"ש 55, בעמ' 2–5. לעליית מודל שני המינים התלווה הדגשת ההבחנה בין גוף לנפש; ומכאן הפיכת הגוף לבסיס למגדר. זאת אומרת, על פי מודל זה, נתפס

הגוף הנשי לגוף הזכרי; הטענה היא שלהבדלים אלה אין משמעות חברתית כל עוד הפרקטיקה החברתית והנסיבות ההיסטוריות לא הופכות אותם לעובדות חברתיות<sup>106</sup>. אף בפועל, לא תמיד פשוט כל כך לקבוע מה מינו של אדם. ניטול שוב את תחום הספורט והשאיפה לוודא שכל אישה מתחרה אכן אישה היא. מתברר שבחלק מן הענפים, הבדיקה מבוססת על פי כרומוזומים XY, אלא שבפועל, לא אחת נושאות נשים בכרומוזומים אלה, מסיבה ביולוגית זו או אחרת<sup>107</sup>. בדיקה אחרת – של איבר המין – מסבה בעיות לטרנסקסואליים<sup>108</sup>. אם כן, בפועל, לא הכרומוזומים של האדם ולא איבר המין שלו הם אשר קובעים את יכולתו הספורטיבית של אדם או את מינו. מינו מורכב למעשה מגנים שונים, מאיברי מין, מזהות מינית, ממראה חיצוני, מהתנהגות ועוד<sup>109</sup>. זאת אומרת, במציאות, הקיום האנושי אינו ניתן לחלוקה לשתי קטגוריות חד-משמעיות. למעשה, כבר בימי המשנה הכירו החכמים בקטגוריות אנושיות כמו "טומטום" (אדם שאיברי מינו אינם ברורים), ו"אנדרוגינוס" (אדם בעל איברי המין של שני המינים), וגם מונחים עכשוויים כגון טרנסקסואלי ואינטרסקס מראים בבירור כי החלוקה לשני מינים קוטביים איננה מקבילה למה שקורה בטבע<sup>110</sup>. מכאן גם הצעתה של אן פאוסטו-סטרלינג

המגדר כדבר שניתן לשנות, ואילו המין קבוע במציאות. זאת, בניגוד לתקופה הקודמת, שבה נחשב המין הביולוגי כתופעה המשנית, ואילו המגדר, שהיום נחשב לתוצר התרבות, נחשב לעיקרי ול"אמיתי". במאה העשרים, שבה הפכה ההתערבות הכירורגית לדבר יומיומי, נתפס המין כדבר קל יותר לשינוי מאשר המגדר, שצריך לשנות באמצעות הורמונים וייעוץ פסיכולוגי.

106 Lorber, לעיל ה"ש 10, בעמ' 19. ראו גם בספרן של Lorber & Moore, לעיל ה"ש 38, בעמ' 5–3.

107 Lorber, לעיל ה"ש 10, בעמ' 13–14. זו, כנראה, גם השיטה הרווחת עבור אנשי הרפואה, אם כי גם אז בתוך ההכרה בכך שקיימים מקרים חריגים. Grace, לעיל ה"ש 29, בעמ' 6.

108 Lorber, לעיל ה"ש 10, בעמ' 14. ולדוגמה אמיתית שאירעה לאחרונה ראו: Anna Kessel, *Caster Semenya Wins 800m Gold But Cannot Escape Gender Controversy* 19.8.2009 [www.guardian.co.uk/sport/2009/aug/19/caster-semenya-800m-world-athletics-championships-gender?INTCMP=SRCH](http://www.guardian.co.uk/sport/2009/aug/19/caster-semenya-800m-world-athletics-championships-gender?INTCMP=SRCH) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011).

109 Lorber, לעיל ה"ש 10, בעמ' 13; לפיכך, למשל, כמו שאין-אונות אינה הופכת גבר לאישה, גם היעדר אפשרות להרות, אפילו מן הטעם שאין רחם, אינו הופך אישה לאיש: אישה יכולה "להפוך" לגבר בעזרת כירורגיה ועדיין להמשיך ולהרות. ראו גם: שם, בעמ' 12–13. אף איברי המין של עוברים זכרים ונקבות גדלים מאותו סוג של רקמה, וכמובן ישנם תינוקות שנולדים עם איברי מין לא ברורים. כשזה קורה, משתמשים במדע הביולוגי בצורה מאד שרירותית לקבוע באיזה "מין" מדובר. לטענתה, ההבדלים האנטומיים בין גברים לנשים הפכו לקרדינליים כשהחלו אמונות דתיות להיחלש, ואז נאלצה החברה למצוא בסיס אחר להפליה נגד נשים, והוא נמצא בהבדלים ביולוגיים בין המינים.

110 ניתן לדבר על חמישה אלמנטים של מיניות: המין הגניטלי (אברי מין זכריים או נקביים); המין הגונאדי (בלוטות מין זכריות או נקביות, כלומר אשכים או שחלות); המין הכרומוזומלי (XX)

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

(Fausto-Sterling) להבחין בין חמישה מינים במקום שניים, כדי לאפשר לאנשים שחיהם המיניים אינם ברורים להיות חיים אנושיים יותר<sup>111</sup>. היטיבה לתאר זאת ויג'יניה וולף באומרה ש"שני מינים אינם מספיקים כל עיקר"<sup>112</sup>.

ועל רקע המלצה זאת, עולה השאלה: האם "הרפואה המגדרית", אשר ביסודה תפיסת הגבר והאישה כמעט כ"בני מינים ביולוגיים (species) שונים"<sup>113</sup>, נכונה? האם היא רצויה או אף נבונה? לבטח היא מפלה מלכתחילה אותם אנשים שאינם נכנסים בדיוק לקטגוריות הדיכוטומיות של "זכר או נקבה בראם"<sup>114</sup>.

##### 5. כשאתה אומר מגדר למה אתה מתכוון: שאלת השפעת הסביבה המגדרית

בגלל הבעייתיות שבהגדרה המדויקת של קטגוריות המין והמגדר, יש אומרים שמן הראוי להתייחס אל המגדר כקטגוריה פוליטית-חברתית מוכרת כבסיס להפליה, הא ותו לא<sup>115</sup>. ואמנם, המהלכים שתוארו בפרק ב' לעיל, אשר הביאו להולדת הרפואה המגדרית מלכתחילה – קרי, הכלה בצורה רשלנית ומזיקה למדי של נשים בניסויים רפואיים, ואחר

או XY); המין הפסיכולוגי (האם האדם מרגיש עצמו כגבר או כאישה); המין התפקודי (המין שאת תפקידו ממלא האדם כלפי החברה). אצל רובם המכריע של האנשים, קיימת התאמה בין חמשת המדרים. אצל טרנסקסואלים קיים ניגוד בין שלושת המדרים הראשונים לבין המדרים הרביעי והחמישי. אינטרסקסים הם אנשים שבהם חמשת המדרים אינם מתואמים. במקרים רבים אין אפשרות לדעת עם לידת התינוק מה יהיה מינו הפסיכולוגי או זהות המגדר שלו בבגרותו.

Ann Fausto-Sterling, *The Five Sexes: Why Male and Female Are Not Enough*, 33 111  
SCIENCES 20 (1993).

וויג'יניה וולף **חדר משלך** 99 (אהרן אמיר מתרגם, 1981).

השוו דברי גלזרמן ש"ניתן כמעט לומר שגברים ונשים הם בני מינים (ביולוגיים – species) שונים. הם משלימים זה את זה, אך הגישה הרפואית שלפיה מידה אחת מתאימה לכולם, גורמת לאי־צדק הן לגברים והן לנשים. גברים ונשים שונים בהיבטים רבים כל כך, וההבדלים הללו משמעותיים יותר מאשר הדמיון ביניהם". מאמר על הכנס, להלן ה"ש 164 – השוו המאמר של Lorber, לעיל ה"ש 10, בעמ' 12: "החשיבה העכשווית תופסת נשים וגברים כה שונים מבחינה פיזית עד כי לעתים נדמה שהם בני מינים ביולוגיים שונים". וראו גם: Grace, לעיל ה"ש 29, בעמ' 5–7. המראה את השימוש במונחים דומים מחוץ לישראל, למשל, "לכל תא יש מין".

הנה בלוג שמצאתי שמדגיש את התחושה האמורה שלי: "הגיע אליי משהו במייל על כנס 114 לרפואה 'מגדרית' (לא משנה שלאורך כל זהו מדובר על מגדר כאילו משהו פיזי) במרכז ע"ש רבין בבילינסון, אם הבנתי נכון. לא נראה לי האמת שיש בזה נגיעה 'אלינו'. נראה שנולדים יותר תינוקות אינטרסקס מאשר אנו חושבים. פורסם בפורום של תפוז [www.sf.tapuz.co.il/shirshur-496-126569085.htm](http://www.sf.tapuz.co.il/shirshur-496-126569085.htm) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011). VAN DEN WIJNGAARD, לעיל ה"ש 55, בעמ' 3.

Haraway, לעיל ה"ש 68, בעמ' 149–181.

כך, הדרה רשלנית ומזיקה למדי של נשים מניסויים רפואיים – מהווים מעשי הפליה על רקע מגדרי לכל דבר.

והנה, למרות התרחיש הזה, החליטו חסידי הרפואה המגדרית כאמור להתמקד בהבדלים הפיזיולוגיים שבין נשים לגברים, ולהתעלם מ"השלכות התפקיד המגדרי הסביבתי על הבריאות"<sup>116</sup>. שאיפה זו של הרפואה המגדרית להתעלם מההשלכות הבריאותיות של הפליה מגדרית חברתית-סביבתית, בעייתית במיוחד בעקבות העבר המביש-מה של מקצוע הרפואה בכל הקשור לטיפול בפגעי ההפליה המגדרית. דוגמה בולטת לכך היא ההימנעות המסורתית של אנשי המקצוע מהתערבות במקרים של אלימות נגד נשים, במיוחד בתוך המשפחה<sup>117</sup>.

כיום כבר ידוע כי התוצאות של אלימות נגד נשים אינן מסתכמות בפגיעה הישירה באישה, ושבעיות בריאות רבות שמופיעות אצל הקרבנות, ושלכאורה אין להם קשר ישיר לדבר הפגיעה, נובעות מאלימות שהופעלה כלפיהן. אלה כוללות כאבי ראש וגב, פיברומיאלגיה, הפרעות שינה, בעיות במערכת העיכול והפרעות אכילה, הפרעות פוסט-טראומטיות, דיכאון ומצב נפשי ובריאותי ירוד באופן כללי<sup>118</sup>. ועל רקע הרשימה (הלא ממצה) הזאת עולה השאלה: האם ההפרדה בין ההשפעות הפיזיולוגיות של המגדר על בריאות האישה לבין ההשפעות הסביבתיות שלה, אפשרית בכלל, הן מבחינה פילוסופית<sup>119</sup> והן במציאות<sup>120</sup>.

116 Wentz & Haseltine, לעיל ה"ש 20, *Discrimination by Good Intention*; Glezerman, לעיל ה"ש 2, בעמ' 39.

117 יצוין כי מאז השתפר המצב במעט, לפחות מבחינה חוקית, הן ברובד המקומי והן ברובד הבין-לאומי – ארגון הבריאות העולמית הכיר בכך במפורש כי "אלימות נגד נשים נחשבת לבעיה משמעותית בבריאות הציבור". לסיכום מצוין של הנעשה בתחום זה ראו אורית קמיר "הזכות לחיים, לביטחון אישי ולשלמות הגוף" **פמיניזם, זכויות ומשפט** 89 (2002), וראו גם למשל דן אבן "לא סובלים דיחוי: רופאים למניעת אלימות במשפחה" **מעריב nrg** 18.1.2009 [www.nrg.co.il/online/1/ART1/841/380.html](http://www.nrg.co.il/online/1/ART1/841/380.html) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011). (במקרים של אלימות כלפי מבוגרים קיימת חובת דיווח למשטרה רק בחדרי המיון, ואילו במרפאות המשפחה קיימת רק חובת ליידע את האישה באפשרויות העומדות בפניה לפנות לעזרה. לרופא המשפחה אסור לדווח על מצוקת האישה ללא הסכמתה). לעניין הרובד הבין-לאומי ראו: World Health Organization Factsheet on Violence Against Women 24.7.2010 [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011).

118 Godfrey, *Constipation*, לעיל ה"ש 40, בעמ' 1252.

119 מלומדים רבים כבר הצביעו על כך שההבחנה פיזית-מדעית איננה מחזיקה מים – למשל, Karen Barad, *Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter*, 28 SIGNS: J OF WOMEN IN CULTURE AND SOCIETY 801 (2003). וגם: Eugene T. Gendlin, *A Process Model* (1998) [www.focusing.org/process.html](http://www.focusing.org/process.html) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011). ראו פרק א': "הגוף והסביבה חד הם". יצוין כי גם פמיניסטיות

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

להמחשת הטענה ניקח את החומרה היתרה של התקפי לב בקרב נשים והסיבה שניתנה לכך, שלפיה הסימנים להתקף לב שמופיעים אצל נשים הם (פעמים רבות) שונים מאלה שמראים גברים. מתברר שניתן למנות סיבות אחרות לסטטיסטיקה עגומה זו: נמצא, למשל, שהנשים עצמן נוטות "להתכחש לתסמינים שלהן", ולהתייעץ עם קרובי משפחה לפני פנייתן לעזרה רפואית, וכך הן מגיעות מאוחר מדי לקבלת טיפול יעיל<sup>121</sup>. כמו כן, נמצא כי יותר מגברים, נשים עשויות להגיע לבית החולים ברכב פרטי ולא באמבולנס, וגם בכך מופחתת הדחיפות שבמתן הטיפול<sup>122</sup>.

הסבר אחר שניתן כאמור לתמותה היתרה של נשים מהתקפי לב הוא מתן תרופות לנשים שנוסו על גברים בלבד ונתגלו אחר כך כמזיקות לנשים או לכל הפחות לא יעילות עבורן. אולם נוסף על כך, אותרו כמה מכשולים בטיפול ובריפוי שמופיעים בתדירות יתר אצל נשים. למשל, בניגוד לגברים שסובלים מהתקפי לב ואשר בדרך כלל יש להם אישה שמעניקה להם עזרה פיזית ונפשית, הנשים נוטות להיות מבוגרות יותר, לחיות לבד ובעוני, לסבול יותר מדיכאון ומבדידות, ופעמים רבות גם הגישה שלהן לתחבורה פחותה, והדבר פוגע בנגישות שירותי בריאות עבורן<sup>123</sup>.

רדיקליות תופסות בני אדם, ובראש ובראשונה את עצמן, כקשורים לעולם החי ואל עולם הדומם, ומכאן שהן עצמן מהוות חלק מהחומר הנחקר, ראו למשל: ALISON M. JAGGAR, (1983) FEMINIST POLITICS AND HUMAN NATURE. ראו גם דיון בעבודת הוגות וחוקרות פמיניסטיות אצל: VAN DEN WIJNGAARD, לעיל ה"ש 55, בעמ' 17.  
120 Rosser, לעיל ה"ש 16, בעמ' 4. וגם: Hammerstrom, לעיל ה"ש 7, בעמ' 243. אם כן, החוקרות הפמיניסטיות מציעות פיתוח שיטות מחקר שאינן "אובייקטיביות" בלבד, אלא הן מכירות גם באמת סובייקטיבית. וזאת מתוך ההבנה שאין למעשה אמת אובייקטיבית, או לכל הפחות, אין חוקרים אובייקטיביים. לעניין דחיית הדיכטומיה אובייקטיבי-סובייקטיבי על ידי חלק מן הגישות הפמיניסטיות ראו: Rosser, שם, בעמ' 141 ו-132. והשוו: גישת הפמיניזם הליברלי הממשיך להאמין במתודות המקובלות של המדע ובעקרון האובייקטיביות: שם, בעמ' 129-130.

121 Godfrey, Heart, לעיל ה"ש 34, בעמ' 22.

122 שם. כמו כן, בכנס הראשון ברפואה מגדרית בישראל, הוצג מחקר שבדק הבדלים בין נשים לגברים בקרב חולים עם אירוע כלילי חריף. לפי אחד הממצאים, כאשר מדובר בנשים, עובר זמן רב יותר מרגע אבחון האירוע במיון ועד הקבלה לאשפוז. בנוסף, שיעור הנשים המתאשפזות ישירות ביחידות לטיפול נמרץ נמוך בהשוואה לגברים. החוקרות עידית ידידיה ואביטל פורטר "יש הבדל בין גברים לנשים. מחקרים רפואיים" *beok הפורטל לבריאות ויופי* 11.03.2009, [www.beok.co.il/SelectedArticle.aspx?ArticleID=8421](http://www.beok.co.il/SelectedArticle.aspx?ArticleID=8421), (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011).

123 Godfrey, Heart, לעיל ה"ש 34, בעמ' 23.

דוגמה נוספת לבעייתיות נוגעת לשכיחות שבה מציינים את ההיריון והלידה כסיבה לבעיות בריאות בקרב נשים מאוחר יותר בחייהן<sup>124</sup>. לעומת זאת, רשימה ניכרת של מחקרים מתארים איך רבות מן ההתערבויות הרפואיות שיוולדות נאלצות לעבור באופן שגרותי בלידות באשפוז היום עשויות להזיק הן לאימהות והן לתינוקות, הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך<sup>125</sup>. מכאן עולה התהייה שמא לא הלידה עצמה היא הגורם לבעיות הבריאותיות של האימהות, אלא הטיפול הרפואי שניתן להן תוך כדי הלידה<sup>126</sup>.

דוגמה דומה משתקפת ביתר שאת בתחום של אמצעי מניעה: הגלולה למניעת היריון שנמכרת לנשים היום מכילה לא מעט סיכונים בריאותיים – כולל דילול העצם, לחץ דם גבוה, מיגרנות ושבץ מוחי. והנה, למרות סיכונים אלה, החברה (המערבית בכללותה) השלימה אתם, ואף מצופה מאישה ליטול את הגלולה<sup>127</sup>. מצבן של הנשים במגזר הדתי מורכב אף יותר, משום שכל ענייני מניעת ההיריון מוטלים על האישה בלבד<sup>128</sup>.

ובאשר לנשים ישראליות בכלל, אבקש לסיים סעיף זה בציון עבודתה של החוקרת סוזן סרד. את ספרה "מה גורם לנשים לחלות" סרד פותחת בנתון הידוע שלפיו נשים ישראליות חולות יותר ומתות צעירות יותר מנשים ברוב המדינות המערביות אחרות. כמו בארצות אירופה וצפון אמריקה, גם בישראל נשים מאריכות ימים יותר מגברים, אולם כמחצית מהמוצע המקובל באירופה<sup>129</sup>.

- 124 Godfrey, *Low Back Pain*, לעיל ה"ש 79, בעמ' 953. גם טיפול בבית ובילדים: "הסיבה הרווחת ביותר לכאבי גב אצל נשים היא סיבוב הגוף במהלך התכופות קדימה – תנועת הרמה ופיתול, למשל, הרמה של תינוק מעריסתו או התכופות לשם הרמה של דבר מה תוך כדי נשיאה של שקית מלאה מצרכים. עוד סיבה רווחת לכאב גב היא מאמץ פיזי חד צידי שנגרם כתוצאה מנשיאה של ילד על מותן אחד".
- 125 ראו למשל: Henci Goer, *Obstetric Myths Versus Research Realities* (1995).
- 126 לגבי הקשר בין בעיות בשריר האגן והשימוש במלקחיים בלידה: Godfrey, *Low Back Pain*, לעיל ה"ש 79, בעמ' 1253; לגבי הקשר בין לידות בשכיבה ובעיות גב מאוחר יותר: שם, בעמ' 954.
- 127 ראו לדוגמה: Godfrey, *Hypertension*, לעיל ה"ש 86, בעמ' 111; Diamond, לעיל ה"ש 51; וכך: Jodi R. Godfrey, *Toward Optimal Health: Lawrence Raisz, M.D. Discusses Bone Health*, 14 J. OF WOMEN'S HEALTH 465, 466 (2005) (לגבי דפרו-פרוורו). בישראל לבד דווח בשנים אחרונות על כמה מקרי מוות של נשים צעירות עקב לקיחת הגלולה.
- 128 לדיון בנושא זה ראו: Ronit Ir-Shai, *Fertility, Gender and Halakha* (forthcoming) (2011). וראו גם להלן ה"ש 152.
- 129 Susan Sered, *What Makes Women Sick? Militarism, Maternity and Modesty in Israel*, ISRAELI SOCIETY (2000). במהלך העשור האחרון, תוחלת החיים של נשים ישראליות דורגה קרוב למקום השלושה-עשר או השישה-עשר בעולם, ואילו תוחלת החיים של גברים נשארה במקום הגבוה בעולם.

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

ההסבר של סרד לכך הוא שהחולי הוא מרכיב יסודי בחוויה התרבותית והגופנית של נשים בישראל. במילים אחרות, ההייררכיה המגדרית המקומית "גורמת לנשים לחלות; דבר היוצר ומגביר את האמונות בנחיתותן הפיזית של נשים; דבר המסביר את הקיפוח של נשים (אחרי הכול נשים הן יצורים נחותים וחלשים); דבר הגורם להן לחלות"<sup>130</sup>. לדבריה, "קשה מאוד לשבור את המעגל הזה, הנתמך בקונצנזוס תרבותי המתייחס לבריאות, לחולי ולמגדר כביטוי ל'אמיתות' ביולוגיות"<sup>131</sup>.

לסיכום, מצבן הבריאותי של נשים קשור הדוק עם תפקידן המגדרי בחברה נתונה. מבחינה זאת, שאיפתה של הרפואה, ובפרט "הרפואה מגדרית", לבחון רק את הסיבות הפיזיולוגיות של ההבדלים בין בריאותן של נשים לבין בריאותם של גברים לא רק מחטיאה את המטרה של תיקוני עוולות העבר כלפי נשים מצד הרפואה, אלא גם נראית שגויה מבחינה מדעית<sup>132</sup>.

## 6. האם הרפואה מגדרית הוכחה?

"הרפואה צריכה להיות לא רק מבוססת ראיות, אלא גם מבוססת מגדר", מכריז פרופ' גלזרמן<sup>133</sup>. מבנה המשפט יוצר את הרושם ששני האלמנטים – רפואה מבוססת ראיות ורפואה מבוססת מגדר – אינם תמיד עולים בקנה אחד. למעשה, ניתן למצוא תימוכין לכך גם במציאות. קחו לדוגמה שוב את הממצאים שהעלתה הרפואה המגדרית עד כה בקשר לסימנים למחלות לב בקרב כ-20% מן הנשים. כאמור לעיל, אישה המתלוננת על קוצר נשימה, על עייפות, על זיעה ועל כאב עמום נשלחת הביתה באבחנה של שפעת, תופעות גיל המעבר או לחלופין "היסטריה". האם עולה ממידע חדש זה שמעתה, כל אישה שחווה תסמינים של שפעת, תופעות גיל המעבר או לחלופין "היסטריה" צריכה לחשוש שהיא למעשה עוברת התקף לב? ואם כן, האם נבדק ונמצא כי הגברת המודעות הזאת בהכרח מועילה לבריאותה?

בתשובה לשאלה זו אבקש להציג מחקר שנועד לבחון את ההשפעה של הגברת המודעות לסיכון לפיתוח דילול העצם על נשים לאחר גיל המעבר. המחקר מצא כי בקרב חלק מהנשים הגברת מודעות זו גרמה לתחושות של חוסר וודאות ודאגה, אשר לא תרמו לבריאותן כלל<sup>134</sup>. מסקנת החוקרות היא: "הפיכת נשים לחסרות ביטחון ומודאגות צריכה

130 שם, בעמ' 2.

131 שם.

132 ראו לעיל ה"ש 119.

133 Glezerman, *Discrimination by Good Intention*, לעיל ה"ש 2, בעמ' 41. על ההיסטוריה של "רפואה מבוססת ראיות" ראו: Ashcroft, לעיל ה"ש 92, בעמ' 174–175.

134 Lotte Hvas, Susanne Reventlow, Hans L. Jensen & Kirsti Malterud, *Awareness of Risk of Osteoporosis May Cause Uncertainty and Worry in Menopausal Women*, 33

להיחשב כאחת מתופעות הלוואי החמורות של קידום הבריאות. הממצאים מעלים את השאלה: האם הגברת המודעות של אנשים בריאים לקיומו של איום ממחלות עתידיות מוצדקת מבחינה אתית?<sup>135</sup>

הדוגמה של טיפול הגורם לדילול העצם בעייתית במיוחד מכמה בחינות שעליהן אעמוד בהמשך, אך קודם אסביר במה דברים אמורים. מדובר בטיפולים הורמונליים המיועדים לנשים בגיל המעבר (HRT – Hormone Replacement Therapy). הטיפול HRT מבוסס על ההנחה שניתן למנוע את חוסר הנוחות הנובע מירידה ברמות ההורמונים אסטרוגן ופרוגסטרוגן האופיינית לתקופה זו של החיים, ועלול לבוא לידי ביטוי בתסמינים כגון גלי חום, הזעה מוגברת, האצת פעימות לב, יובש בנרתיק, עלייה במשקל, שינויים במצב הרוח, עצבנות, חרדות, דיכאון וכן סיכון מוגבר לפיתוח מחלות לב ודלדול עצם, כאמור. בעיה אחת שקשורה במתן טיפול זה היא התרחבות תחום הרפואה ("המדיקליזציה"), אשר שכיחה במיוחד בכל הקשור לגוף האישה<sup>136</sup>. כשמדובר בהורמונים הניתנים לנשים בגיל המעבר, פעולת המדיקליזציה בולטת במיוחד, שהרי עד היום ישנן חברות שבהן כלל לא נצפו התופעות או התסמינים שתוארו קודם<sup>137</sup>. הסבר אפשרי אחד למדיקליזציה היתרה

- SCANDINAVIAN J. OF PUBLIC HEALTH 203 (2005). רק נשים אלה חיפשו באופן פעיל לנקוט בצעדים למנוע שברים, והן הופתעו לגלות שגם לתרופות המניעתיות (במקרה זה, הורמונים מלאכותיים) טמונות סיכונים משל עצמן. שם, בעמ' 206.
- 135 שם, בעמ' 206–207. ראו גם שם, בעמ' 207, ה"ש 5 ו-22 של המאמר. ראו גם: Catherine A. Warren, Review Essay: *A Fertile Grounding: Cultural Studies Meets Women's Health*, 12(3) NWSA J. 178, 182 (2000). הנה המשפט במלואו: "ידע משמעו לא רק כוח אלא גם פחד. ופחד או תשוקה, עשויים לרוקן מתוכן את היכולת לפעול ואת האוטונומיה".
- 136 מדיקליזציה מוגדרת כתהליך שבו תחום הרפואה חורג אל תחומים אחרים של החיים". שם, בעמ' 181. או, לחלופין, כ"התפשטות של תחום השיפוט הרפואי כך שבהדרגה, אינדיבידואלים, קבוצות, ומוסדות יבחנו נושאים, תנאים, או סיטואציות כמונחים רפואיים". קתרין פאולי מורגן מתוך SERED, לעיל ה"ש 129, בעמ' 10. אכן, מבקרות פמיניסטיות כגון רוטר הגיעו למסקנה כי ההשפעה העיקרית של הדיווח של WHI על היעדר נשים בניסויים רפואיים גרם אכן לעלייה במדיקליזציה של "בעיות" של נשים ועלייה בהתערבויות רפואיות בחייהן.
- 137 דבר שהביא חוקרות להניח שהגורם המשפיע העיקרי נמצא דווקא ביחס התרבותי של החברה הרלוונטית לזקנה, שהוא, למותר לציין, שלילי במיוחד ככל שמדובר בחברה המערבית ובנשים בפרט. Frances B. McCrea, *The Politics of Menopause: The "Discovery" of a Deficiency Disease*, 31 SOCIAL PROBLEMS 111 (1983); GERMAINE GREER, *THE CHANGE: WOMEN, AGEING AND THE MENOPAUSE* (1991); L. Hall, L.C. Callister, J.A. Berry & G. Matsumura, *Meanings of Menopause: Cultural Influences on Perception and Management of Menopause*, 25 J. OF HOLISTIC NURSING 106 (2007). לעומת זאת, רק בשנים האחרונות ממש מתחילים לחקור את הנושא של גיל המעבר בקרב גברים ולקבוע



רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

בקשר לנשים מופיע דווקא בתחילת מאמר זה, והוא היחס אל גוף הגבר כאב־טיפוס של גוף האדם. הדבר הופך את גוף האישה ל"אחר" מעצם טבעו, ובתור שכזה – חולה וזקוק לטיפול תמידי.

סיבה נוספת לכך קשורה להבנה של הממסד הרפואי כי נשים הן הלקוחות האידאליים לרפואה: הן גם חולות יותר מגברים וגם נוטות לחיות יותר שנים מהם. אך הדבר בולט במיוחד כשמדובר בנשים השייכות למעמד הבינוני ולמעמד העליון<sup>138</sup>. כך למשל במאה התשע־עשרה היה מגוון טיפולים לאיברים האינטימיים של נשים, ונמצא כי הרוב המוחץ של המטופלות השתייכו למעמד הבינוני והגבוה, מאחר שתהליכים אלה עלו כסף<sup>139</sup> (לעומת זאת, בדומה להתרחשויות סביב פיתוח הגלולה, לדוגמה, הניסויים הראשוניים לטיפולים אלה בוצעו בנשים עניות או בנות גזע נחות<sup>140</sup>).

כמו כן, באותה תקופה החלו להתייחס אל הווסת כאל סוג של איום על מהלך החיים, ורופאים נתנו לסובלות ממנה הוראה לנוח בימים אלה<sup>141</sup>. אלא שעצה זו ניתנה רק לנשים ולנערות מהמעמד הבינוני והעליון; זכות יתר מסוג זה לא הייתה נחלתן של נשים עניות

שהיא קיימת בכלל – ראו: Frederick C.W. Wu, Abdelouahid Tajar, Jennifer M. Beynon, Stephen R. Pye, M. Phil., Alan J. Silman, Joseph D. Finn, Terence W. O'Neill, Gyorgy Bartfai, Felipe F. Casanueva, Gianni Forti, Aleksander Giwercman, Thang S. Han, Krzysztof Kula, Michael E.J. Lean, Neil Pendleton, Margus Punab, Steven Boonen, Dirk Vanderschueren, Fernand Labrie & Ilpo T. Huhtaniemi, *Identification of Late-Onset Hypogonadism in Middle-Aged and Elderly Men*, 363 THE NEW ENGLAND J. OF MEDICINE 123 (2010). יש אומרים שתשישות כרונית אצל גברים היא למעשה גיל המעבר הגברית ושיש לתת לגברים טסטוסטרון עבודה. ראו למשל: John W. Addington, *Male Menopause & Chronic Fatigue Syndrome*, [www.prohealth.com/library/showarticle.cfm?libid=8114](http://www.prohealth.com/library/showarticle.cfm?libid=8114) 2.1.2002 (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011).

138 אציין כי כמו הנשים במאה התשע־עשרה, עד היום נמצא כי נשים רבות נוטות להשתתף במרוץ ולדרוש את הטכנולוגיות החדשות, מטכנולוגיות פריון ועד לכריתת שד לצורכי מניעה. Warren, לעיל ה"ש 135, בעמ' 181–182; Theis; לעיל ה"ש 86, בעמ' 449. אבל זה כבר נושא בפני עצמו.

139 טענות מעין אלה שימשו לא אחת להצדקת מתן טיפול רפואי שונה, שלא לומר מזיק ובלתי אנושי, כלפי קבוצות נתונות, למשל, על רקע הפליה גזעית – וזה נכון עד היום. ראו למשל: Michelle van Ryn & Steven S. Fu, *Paved With Good Intentions: Do Public Health and Human Service Providers Contribute to Racial/Ethnic Disparities in Health?*, 93 AMERICAN J. OF PUBLIC HEALTH 248 (2003).

140 לעומת זאת, הניסיונות הראשוניים של אותם טיפולים בוצעו בנשים שחורות ועניות. בהמשך הדברים נראה חזרתה של שיטה זו שוב ושוב. EHRENREICH & ENGLISH, לעיל ה"ש 11, בעמ' 125.

141 שם, בעמ' 111.

ובנות מעמד הפועלים. הרפואה נימקה זאת בטענה כי נשים אמידות עדינות יותר וזקוקות להשגחה רפואית, ואילו נשים עניות השייכות למעמד הפועלים חזקות מטבען<sup>142</sup>. דוגמה אחרת נוגעת ללידה: ברגע שהחלה התערבות רפואית בלידה לצבור תאוצה (בעיקר בשלהי המאה התשע-עשרה ובמחצית הראשונה של המאה העשרים), זכו יולדות מן המעמדות הגבוהים ליותר התערבות רפואית מאשר נשים עניות, וזאת בהתבסס על הצהרת הרופאים שהלידות מסוככות יותר אצל נשים בנות המעמדות הגבוהים. מובן שבפועל, לא ניתן למצוא הוכחה לדבר<sup>143</sup>. למעשה, עד היום נמצא שככל שנשים אמידות יותר, הן נוטות לעבור יותר התערבויות רפואיות בלידה, בעיקר ניתוחים קיסריים, פעמים רבות מבלי שרצו בכך, ואילו נשים עניות אינן מקבלות את הטיפול הדרוש להן<sup>144</sup>. מן הפרט אל הכלל: לאור המסחור ההולך וגדל של תחום הרפואה, חייבים לשאול שאלות גם בקשר ל"רפואה המגדרית" החדשה: האם ייתכן שמדובר בכוונה להיטיב עם נשים גרידא, או שמדובר בהרחבת מעגל הלקוחות של מקצוע הרפואה ופיתוח של עוד סוג של התמחות רפואית שיפיק רווחים מגופן הן<sup>145</sup>?

#### 7. נשים כשפנות ניסוי

בעיה נוספת שמעורר טיפול ה-HRT, שעליו דובר לעיל, קשורה לסכנות הטמונות בו. אכן, לא עבר זמן רב מאז שהתחילו לתת טיפול זה וכבר החלו להתפרסם מחקרים שגילו סכנות

142 שם, בעמ' 113–115.

143 Nancy Ehrenreich, *The Colonization of the Womb*, 43 DUKE L.J. 492, 523 (1993) דנה באמונה ההיסטורית של רופאים שנשים "אחרות/מבחוץ" הן "פחות אנושיות" ולא חשות כאב באותה מידה. R.W. Wertz & D.C. Wertz, *Notes on the Decline of Midwives and the Rise of Medical Obstetricians*, in THE SOCIOLOGY OF HEALTH AND ILLNESS 134, 143 (P. Catherine Kohler Riessman, Conrad & R. Kern eds., 1986). ראו גם את דברי קוהלר: *Woman and Medicalization: A New Perspective*, in THE POLITICS OF WOMEN'S BODIES: SEXUALITY, APPEARANCE, AND BEHAVIOR 46, 52 (Roz Weitz ed., 1998); על מתן זכות קדימה ליולדות אמידות לעומת עניות בקשר לאשפוזן של יולדות בהקשר הישראלי ראו מאמרי אומי לייסנר "ללדת ועוד איך — חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט" **מגדר בישראל: מחקרים חדשים על מגדר ביישוב ובמדינה** 336 (מרגלית שילה וגדעון כ"ץ עורכים, 2011).

144 Ellen S. Lazarus, *What Do Women Want?: Issues of Choice, Control and Class in Pregnancy and Childbirth*, 8 MEDICAL ANTHROPOLOGY QUARTERLY 25 (1994)

145 גלזרמן מדגיש שלא מדובר בדיסציפלינה רפואית חדשה, אלא בקביעת קשרים בין דיסציפלינות קיימות. Glezerman, *Discrimination by Good Intention*, לעיל ה"ש 2, בעמ' 41. אך על המסחור שהתרחש בקשר לבריאות האישה, ראו למשל: Warren, לעיל ה"ש 135, בעמ' 181. וגם: Nichols, לעיל ה"ש 21, בעמ' 62.

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

מסוימות הקשורות בו. בפועל, הגישה לגבי השימוש בו השתנתה באופן משמעותי רק כעבור כמה שנים, ב־2002, כאשר הכריז ארגון הבריאות העולמי על תוצאות מחקר רב־היקף בנושא. למעשה, המחקר עצמו הופסק באמצע, כאשר נמצא שהטיפול באסטרוגן מעלה משמעותית את הסיכוי לסרטן השד, התקף לב ושבץ<sup>146</sup>. לימים כתבה אותה הפעילה האמריקנית, ברברה סימן, ספר בנושא, ששמו: "הניסוי הגדול ביותר שנעשה על נשים", ובו היא הסבירה:

"אני מכנה שיווק תרופות, נתינת מרשמים ומכירת תרופות אלה 'ניסוי', מאחר שבמהלך כל השנים הללו השתמשו בהן בעיקר בגלל מה שרופאים וחוקרים קיוו או האמינו שהם יכולים לעשות ולא בגלל מה שהם ידעו שמוצרים כאלה יכולים לעשות. המדיניות הרפואית של שימוש באסטרוגן היא 'לירות קודם ולהתנצל מאוחר יותר' – לתת מרשם לתרופות של מחלות מסוימות ואז לראות אם יש תוצאות חיוביות. במהלך השנים, מאות מיליוני נשים, ואולי אף מיליארדי נשים שימשו כשפנות ניסיון בניסוי הלא רשמי הזה. הן לא התנדבו. לא ביקשו מהן למלא טופסי הסכמה. והן היו תחת סכנה ממשית ולעתים קרובות הרסנית"<sup>147</sup>.

ציטוט זה מחזיר אותנו לפרק ההיסטורי של מאמר זה, אל ראשית השימוש בהורמונים נקביים. לעניין זה ראו עבודתה של החוקרת נלי אוטסהורן, אשר חשפה את הקשרים שנקשרו בין מדעני מעבדות, גניקולוגים ועסקנים פרמוקולוגיים בשנות העשרים והשלושים של המאה שעברה, סביב השימוש בהורמונים נשיים. בפרט, היא מראה את ההשפעה המכרעת של הכסף על הבאת הורמונים נשיים למוקד המחקרים וההתפתחויות הרפואיות<sup>148</sup>.

יש לזכור את הסיפורים הקשים בעקבות ההפצה הרשלנית של תרופות בקרב נשים – התלידומיד ו־DES – אשר הביאו בסופו של דבר להחלטת ה־FDA בשנת 1977 לאסור הכללת נשים בניסויים רפואיים. כך יש לזכור את הסיפורים על הגלולה ומגן דלקן. אלא

- 146 ממצאי ה־WHI אושרו במחקר רחב היקף, ארצי, אשר נערך בבריטניה, שנקרא The Million Women Study, וכלל מעל מיליון נשים.
- 147 BARBARA SEAMAN, THE GREATEST EXPERIMENT EVER PERFORMED ON WOMEN: EXPLODING THE ESTROGEN MYTH 5 (2003).
- 148 NELLY OUDSHOORN, BEYOND THE ; 22–21 בעמ' 55, לעיל ה"ש 55, בעמ' 21–22; VAN DEN WIJNGAARD, NATURAL BODY: AN ARCHEOLOGY OF SEX HORMONES (1994).

שעכשיו מתברר שמאז קבלת החלטת ה-FDA, מעולם לא פסק השימוש בנשים לניסויים רפואיים בשני תחומים ספציפיים: הרפואה הקוסמטית-אסתטית ותחום הפריזון והמיניות. כאשר לתחום הראשון – בשנים האחרונות נחשפו הסכנות הטמונות בהשתלת סיליקון בחזן של נשים ובשימוש בבוטוקס נגד קמטים. כאשר לטיפולים רפואיים בתחום השני, אלה כוללים ניתוחים רבים לא מוצדקים לנשים בלבד, אם להוצאת הרחם ואם להוצאת התינוק (ניתוחים קיסריים) – התחליפים המודרניים לטיפולים של המאה הקודמת<sup>149</sup>. נוסף על אלו יש מגוון הולך וגדל של התערבויות אחרות בלידה, לרבות מהן אין הצדקה רפואית. לעומת זאת, למרבה האירוניה, נמשכת ההימנעות מהכללת נשים הרות בניסויים רפואיים, והדבר מקשה על רבות מהן, למשל על אלה הסובלות ממחלות כרוניות כלשהן<sup>150</sup>. מדובר בתעשייה עולמית של טכנולוגיית הפריזון המגלגלת מיליארדים, ואף הולכת וגדלה. לעניין זה יצוין כי ישראל נחשבת "מעצמת פריזון", והנשים בה עוברות הרבה יותר מחזורי פריזון מאשר בכל ארץ אחרת; כל זאת ללא הסדרה בחקיקה ראשית, ללא מנגנון בקרה מסודר ולמרות מיעוט המחקרים המעידים על בטיחותם של טיפולים אלה, לפחות בטווח הארוך, ולבטח במידה שהם ניתנים בישראל<sup>151</sup>. ודוק, גם בהקשר זה, בדומה לתחום הספורט, ההתערבות הרפואית מבוצעת כמעט תמיד על גוף האישה, כלומר, גם כאשר ה"בעיה" איננה אצלה, אלא אצל הגבר<sup>152</sup>.

149 Ehrenreich & English, לעיל ה"ש 11, בעמ' 140.

150 ראו למשל: Anne Drapkin Lyerly, Margaret Olivia Little & Ruth Faden, *The Second Wave: Toward Responsible Inclusion of Pregnant Women in Research*, 1(2) INTERNATIONAL J. OF FEMINIST APPROACHES TO BIOETHICS 5 (2008).

151 שרית רוזנבלום "אוטיזם, סרטן, מום: סכנות בהפריה חוץ גופית" *ynet* 1.8.2010 [www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3923629,00.html](http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3923629,00.html) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011). "ישראל נחשבת כבר הרבה שנים לשיאנית טיפולי הפוריות העולמית: על פי מחקר שפורסם לפני כמה שנים, שבו נבדקו 48 מדינות בעולם, המספר הממוצע של מחזורי טיפול בהפריה חוץ גופית בארץ גדול פי ארבעה ויותר מהמקובל ברוב מדינות המערב. המספר הממוצע של מחזורי טיפול בישראל עמד, על פי המחקר הזה, על 1,657 מחזורים למיליון איש, לעומת 610 מחזורי טיפול בצרפת, 417 מחזורי טיפול בגרמניה ורק 190 מחזורי טיפול בקנדה". הנושאים נדונו לאחרונה בערב עיון בנושא "המרוץ לפריזון – טכנולוגיות רפואיות, סוגיות תרבותיות-חברתיות" שהתקיים במכון ון ליר בירושלים 7.12.2009, בהשתתפות: ד"ר סיגל גולדין, ד"ר כרמל שלו, פרופ' חנה הרצוג, פרופ' דוד הד ופרופ' איתן לוננפלד. הדברים נאמרו בפרט על ידי ד"ר שלו ופרופ' לוננפלד.

152 ואף כשהבעיה איננה רפואית, אלא הלכתית, למשל, סוגית "העקרות ההלכתית". איתן וברונו לוננפלד "המאבק בעקרות – עקרונות הטיפול התרופתי לגרימת ביוץ" *מדע* 72 (1981). ומנגד, ראו דברי וכן המאבק של דניאל רוזנק, רופא אף הוא במקצועו, "אל תזרקו את הכדור למגרש הרפואי" *הצופה* 1.12.2006 [www.hazofe.co.il/web/newsnew/katava6.asp?Modul=](http://www.hazofe.co.il/web/newsnew/katava6.asp?Modul=)

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

בנוסף, בישראל, לאורך תקופת הריונה עוברת אישה את מספר הבדיקות הגדול ביותר בעולם – הפעם לצורך הבטחת שלמותו של התינוק<sup>153</sup>. מסתבר אפוא ש"כאשר מדובר באינטרסים גבריים הנוגעים לשליטה על ייצור ילדים, משאבים ניכרים ותשומת לב רבה מופנים אל ענייני בריאות האישה"<sup>154</sup>. ונראה שגם את התובנה הזאת יש להביא בחשבון משבאים להעריך ולקבוע אם הרפואה המגדרית טובה לנשים.

#### 8. רפואה מגדרית ושאלת הגבר

למרות האופי הניטרלי מבחינה מגדרית של המונח רפואה "מגדרית", למעשה מדובר ברפואה שנוסדה כדי לתקן עוול שנעשה לנשים. בהתאם לכך ניתן להניח שעיסוקה העיקרי יהיה עם נשים<sup>155</sup>. והנה, לקראת סוף מאמרו טוען פרופ' גלזרמן ש"צריך להבין כי הנשים הן לא היחידות שקופחו עקב היעדר רפואה מגדרית". מסתבר שיש לא מעט מחלות שהידע המדעי לגביהן נצבר כמעט אך ורק בקרב נשים, אף שגם גברים סובלים מהן, גם אם מדובר באחוז קטן יחסית. דוגמאות לכך הן דילול העצם וסרטן השד<sup>156</sup>.

בהמשך לכך, בכנס הראשון שארגן בנושא רפואה מגדרית, הציג פרופ' גלזרמן מחקר שבו הראה כי ידם של הזכרים היא דווקא על התחונה – תינוקות מן המין הזכרי נוטים למות יותר מן הנקבות. באחת הפעמים שהציג את המחקר הוא הסביר שבאופן כללי ניתן לומר כי בנים פגיעים יותר בחייהם בתוך הרחם, והפגיעות הזו ממשכה להתקיים בכל

לעיל ה"ש 127. =24&id=52291&Word=&gilayon=2935&mador (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011). והשווה גם

153 לאחרונה דיווח בעיתונות על דרישות רופאים לבצע בדיקת איידס לכל אישה בהיריון – בשם הצלת תינוקות שאימותיהם לא יודעות שנדבקו. יצוין כי משרד הבריאות לא מסכים בינתיים. שרית רוזנבלום "רופאים בכירים ממליצים: בדיקת איידס בכל הריון" *ynet*, 6.7.2010, [www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3915770,00.html](http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3915770,00.html) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011).

154 Rosser, לעיל ה"ש 16, בעמ' 8. וגם "מחקרים על פוריות, היריון ולידה מאפשרים לגברים לשלוט ביתר שאת על ייצור של ילדים 'מושלמים' ולשלוט בחייהן של נשים באופן נרחב יותר מבעבר".

155 למעשה, לא אחת נראה כאילו המגדר הוא מילה נרדפת לנשים, עד כדי כך שנוצר הרושם הכללי שרק לנשים יש מגדר. תודות לאלינור סידי על ניסוח הקולע של המשפט. וראו גם Meredith Turshen, *Commentary: Gender and Health*, 28 J. OF PUBLIC HEALTH POLICY (2007) 319.

156 גלזרמן "חפש את האשה", לעיל ה"ש 4; Glezerman, *Discrimination by Good Intention*; לעיל ה"ש 2, בעמ' 40; וכן: Vivian W. Pinn, *Women's Health Research and Health Leadership: Benchmarks of the Continuum*, 70(11) SUPPLEMENT J. OF DENTAL EDUCATION 27 (2006), הטקסט ליד ה"ש 6.

מהלך חייהם: "גברים ידועים כבעלי תוחלת חיים קצרה יותר, רגישים יותר למחלות מדבקות, ויש להם פחות סיכויים לשרוד במחלה מאשר נשים. בקיצור, גברים הם המין החלש"<sup>157</sup>. בנימה דומה, הציעה פרופ' לגטו, בכנס לרפואה מגדרית בשנת 2006, שהדרישות הפסיכו-חברתיות שהחברה מציגה לבנים כדי לעודד התנהגות "גברית" היא בעייתית במיוחד בגלל הפגיעות היתרה שלהם מבחינה ביולוגית<sup>158</sup>.

מהלך זה שעושה פרופ' גלזרמן במאמרו תואם את המהלך הכללי שעשתה הרפואה המגדרית עד כה. בספרות המקצועית, לא אחת מציגים במפורש את "הרפואה המגדרית" כמעין התפתחות טבעית שעברה "בריאות נשים". אף כתב העת ה- JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH AND GENDER-BASED MEDICINE שינה את שמו בשנת 1999 ל- JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH AND GENDER-BASED MEDICINE<sup>159</sup>. המהלך נתפס כמעבר מסוגיה פמיניסטית פוליטית נפרדת ומבודדת אל תוך רפואת המיינסטרים<sup>160</sup>. לאחר מכן החלה להיווצר ההבנה שהתבססותה של הרפואה על נתונים של גברים בלבד פוגעת בסופו של דבר גם בגברים, ראשית לגבי המחלות שנחשבות "נשיות" יותר, ובהמשך בכלל<sup>161</sup>. למשל, בעזרת שיטות חדשות של מדידת הורמונים,

- 157 אבל שימו לב: באותו כנס הוצג מחקר שניתח כ-2700 לידות תאומים שנולדו בבית חולים לנשים בבילינסון בין השנים 1995–2006. גולת הכותרת של המחקר היא שאף על פי שלאחות תאומה יש השפעה מיטיבה על אחיה התאום, המתבטאת בסיכון נמוך יותר ללידה מוקדמת ובגדילה תוך רחמית טובה יותר, לאח תאום ישנה דווקא השפעה שלילית על אחותו התאומה, המתבטאת בסיכון מוגבר ללידה מוקדמת ולסיבוכי פגות כגון תחלואה נשימתית. החוקרים: ד"ר ניר מלמד, ד"ר יריב יוגב, פרופ' מרק גלזרמן, בי"ח בילינסון. ראו לעיל ה"ש 122.
- 158 בכנס הביין-לאומי לרפואה מגדרית שהיה בברלין בשנת 2006 ראו: Grace, VICTORIA MARION GRACE, WHY MEN DIE FIRST: HOW TO BECOME A LONGER LIFESPAN (2009). ראו גם ספרה: VICTORIA MARION GRACE, WHY MEN DIE FIRST: HOW TO BECOME A LONGER LIFESPAN (2009).
- 159 התוספת "ורפואה מבוססת מגדר" הופיעה במאי 1999 והוסרה שוב באוקטובר 2002. במייל אישי הוסבר שמדובר בשיקול שיווקי. מייל למחברת מאת לארי ברנשטיין, מטעם חברת מרי אן ליברט 9.12.2010.
- 160 Vivian W. Pinn, L. Begg & J.E. Rudick et al. *Agenda for Research on Women's Health for the 21st Century: Office of Research on Women's Health, Cited in Report of Office on Women's Health* (2006), [webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-q0ngl7\\_ap0J:http://orwh.od.nih.gov/pubs/agenda\\_book\\_1.pdf+Women%E2%80%99s+health+is+no+longer+anisolated+phenomenon+divorced+frommainstream+medicine+and+re+garded+as+apolitical+or+feminist+issue%E2%80%9D&hl=iw&ct=clnk](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-q0ngl7_ap0J:http://orwh.od.nih.gov/pubs/agenda_book_1.pdf+Women%E2%80%99s+health+is+no+longer+anisolated+phenomenon+divorced+frommainstream+medicine+and+re+garded+as+apolitical+or+feminist+issue%E2%80%9D&hl=iw&ct=clnk) (ב-10.4.2011).
- 161 כפי שאמרה לגטו, "להמשיך לחשוב על הבריאות של נשים לבד וללא קשר מן התחום הרחב יותר של בריאות אנושית הוא לפספס הזדמנות אדירה בחשיבותה לשפר את הבריאות של כולם". LegatoReport, *Office on Women's Health within the U.S. Department of Health*.

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

חוקרים גילו כי צורת הפרשת ההורמונים של החולדה הנקבית נכונה יותר בכל הנוגע להפרשת רוב ההורמונים של בני אדם בכלל<sup>162</sup>. בסופו של דבר, בשנת 2001, הוקמה "החברה הבינ-לאומית לבריאות גברים", אשר בשנת 2004 החל להוציא כתב העת בשם ה- JOURNAL OF MEN'S HEALTH AND GENDER אשר כעבור כמה שנים קיצר את שמו ל- JOURNAL OF MEN'S HEALTH<sup>163</sup>.

על רקע המהלך הזה מתעוררת השאלה: האם כמו כל כך הרבה הישגים של התנועה הפמיניסטית, סופו של הישג זה, גם הוא, למצוא את דרכו כמשחק בידי הגברים ולשמם לטובתם הם<sup>164</sup>? כך, לפחות, מרמז חוקר אחד באומרו:

"לכל ניסיון להפוך 'סוגיית בריאות נשים' לסוגיית בריאות חשובה עבור נשים, נמצא ניסיון בכיוון ההפוך – הנטייה לדחוק את הנושא לשוליים מאותה סיבה. לכל ניסיון להעלות סוגיית בריאות הנשים ברשימת סדר העדיפויות, נמצא ניסיון להציג גברים כקבוצה החדשה שנדחתה לשוליים ולמקד את המאמצים, למשל, על סרטן הערמונית כרוצח השקט של מיעוט שקט (כרגע). ולכל מאמץ למצוא הבחנה ביולוגית בין בריאות גברים ונשים, נמצא משולבות בתוך טענות אלה בדבר הבדלים ביולוגיים, טענות ביולוגיות מהותניות בדבר נשים, טבען, רצונן והתנהגותן"<sup>165</sup>.

דוגמה טובה לטענות מן הסוג האחרון ניתן למצוא בהסבר שמציע פרופ' גלזרמן לממצאיו שלפיהם מתים יותר תינוקות זכרים מתינוקות נקבות<sup>166</sup>:

- and Human Services 30.1.2007 www.womenshealth.gov/owh/multidisciplinary/reports/GenderBasedMedicine/Question5.cfm (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011). 162  
ROSSER, לעיל ה"ש 16, בעמ' 8.  
163 Grace, לעיל ה"ש 29, בעמ' 7. ודוגמה לכך היא הדו"ח לעיל בה"ש 30. כמו כן, בשנת 2004 שמו של כתב העת JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH שונה ל- JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH AND GENDER-BASED MEDICINE. באותה שנה נוסד ה- JOURNAL OF MEN'S HEALTH AND GENDER-BASED MEDICINE. מאוחר יותר גם חזר השם JOURNAL OF MEN'S HEALTH ל- JOURNAL OF MEN'S HEALTH AND GENDER-BASED MEDICINE.  
164 פרנסס רדאי "נשים במשפט הישראלי" נשים במלכוד 172, 184 (ד' יזרעאלי, אריאלה פרידמן ורות שריפט, 1982). וראו גם קמיר, לעיל ה"ש 117, בעמ' 100, בקשר לתיקוני חוק בנושא אלימות במשפחה.  
165 Ashcroft, לעיל ה"ש 92, בעמ' 176.  
166 אבי בליזובסקי "גברים הם המין החלש" הידען 30.3.2009 www.hayadan.org.il/wp/men-are-the-weaker-sex-3003093 (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011).

”המחקר [...] מוסיף למה שאנו יודעים אודות המין הגברי. בנים גם קשורים לסיכון גבוה יותר בתקופת הינקות ועשויים בסבירות גבוהה יותר לחשוף עצמם להתנהגויות מסוכנות מאוחר יותר בחיים. בנים לוקחים סיכונים כתוצאה מלחץ של עמיתים, והנוכחות של טסטוסטרון בזרם הדם של הזכר עשוי להוביל להתנהגות מסוכנת עוד יותר. ואולם הדבר אינו בהכרח רע [...] בנים הופכים לחיילים, עובדי בנין ועובדים ככבאים. הם לוקחים את הסיכונים הללו באופן די טבעי כדי להגן על החברה שלהם והם מתאמנים לעשות זאת בלי לשאול שאלות”<sup>167</sup>.

קשה שלא לראות את הדמיון בין דברים אלה לבין הדוגמאות שהובאו מוקדם יותר בדבר השימוש בעובדות ביולוגיות כדי להראות את הטבעיות (כביכול) בהתנהגות וביחס חברתי-תרבותי, נוסח: לנשים מוח קטן, שדיים והורמונים, ומכאן שהן נועדו לאימהות ולא להשכלה<sup>168</sup>. אם כן, הייתכן ששאלת המחקר הנוכחית צריכה להיות: האם הרפואה המגדרית טובה לגברים<sup>169</sup>? בכל מקרה, מנגד, רק לאחרונה התגלה לראשונה שבדומה לאימהות, גם אצל אבות מופרש ההורמון המהדק את הקשר עם התינוק<sup>170</sup>. טרם ראיתי ממצא ברוח זו שהופץ על ידי אנשי הרפואה המגדרית.

167 לעומת הדברים האלה, מעניין להציב את דבריו של ד”ר שאול נבון, שכתב בעיתונות היומיומית על אותו מחקר בדבר ההשפעה המגנה של הכניעות בקשר להתקפי לב: “הממצא הזה [היינו, ציונים טובים בכניעות] מאפיין יותר נשים מאשר גברים. [מכאן] לפי ממצאי המחקר, מומלץ – בעיקר לגברים – לאמץ מעט ממרכיבי הכניעות לעצור מדי פעם ולהפסיק את זרם התוקפנות, העוינות, הכעס והטחנת הביקורת באחרים. אימוץ של כניעות במינון נכון יכולה להגן עליהם מפני הסיכון לפתח התקפי לב”. ד”ר שאול נבון “מי מפתח מכניעות?” **הארץ** 14.03.10, 9. למעשה, ניתן להתווכח עם מסקנה זו שהרי המחקר כאמור מצא כי תכונת הכניעות עוזרת במיוחד לנשים – ראו לעיל ה”ש 98.

168 ראו: Kempner, לעיל ה”ש 75, בעמ’ 635. “היום כבר ניתן למצוא יותר מחקרים השואפים להראות שגם הגוף של גברים מובנה חברתית ולהוציא את הגבר הממוגדר מן האדם האוניברסאלי”.

169 ראו לעיל פרק ד.2 שכולל דיון על לא מעט מקרים שבהם סטראוטיפים של גבריות פוגעים בבריאות של גברים.

170 מדובר בסדרת מחקרים שערכה החוקרת הישראלית רות פלדמן המגלה כי בדומה לנשים, גם אבות טריים מפרישים הורמונים המחזקים את הקשר בינם לבין תינוקם. בפרט, אבות עם רמת פרולקטין גבוהה נטו יותר לעודד את סקרנות התינוק; אבות עם רמת אוקסיטוצין גבוהה פיתחו עם הילד קשר חברתי יותר; ואצל אימהות, רמת האוקסיטוצין עלתה רק אם סיפקו תינוק מגע אוהב. בפרט ראו: Ilanit Gordon, Orna Zagoory-Sharon, James F. Leckman & Ruth Feldman, *Prolactin, Oxytocin, and the Development of Paternal Behavior Across*



רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

## ה. מסקנות

"הרפואה המגדרית" הגיחה לעולם במהלך שנות התשעים של המאה שעברה. היא הגיעה לארץ לפני כשנתיים, ופרופסור גלזרמן משמש כסוכנה העיקרי כאן. המאמר הנוכחי נועד לברר ולהבהיר מהן מקורותיה של אותה רפואה, כמו גם דרכי פעולתה, הישגיה עד כה, והשלכותיה עבור נשים ובריאותן.

מתברר שבמשך שנים טיפלו אנשי הרפואה בנשים, על בסיס מידע אשר הופק מתוך מחקר קליני שבו לא נוסו תרופות על נשים, האטיולוגיה של המחלה בקרב נשים לא נלמדה, והתעלמו לחלוטין מניסיון החיים שלהן<sup>171</sup>. במילים אחרות, הגבר נחשב כנורמה וכנציג של כלל החברה, ועל רקע העיוות והעוול הזה, היחס הלא-הוגן, הלא-צודק והלא-מדעי הזה שהפגין מקצוע הביו-הרפואה כלפי נשים, נולדה "הרפואה המגדרית" שמטרתה הייתה להביא להכללת נשים, ובכך לענות על הצרכים הבריאותיים הייחודיים שלהן ביתר יעילות. כעולה משמה של רפואה חדשה זו, מושג ה"מגדר" הוא ששימש נקודת מוצא למתיחת ביקורת על הממסד הרפואי הקיים. מושג זה נולד בשנות השבעים, על מנת לשמש ניגוד למושג ה"מין" הביולוגי הנתון של האדם. מטרתו הייתה לגלם ולהדגיש את חלקן של החברה והתרבות בהבניית התפיסה עצמית, הביטוי וההתנהגות המינית של אדם.

עם הזמן אף הורחבו הבנות אלה ויושמו בקשר למושג המין הביולוגי ובפרט בקשר להבחנה הדיכוטומית הרווחת בין שני המינים. במילים אחרות, נמצא כי אף "מדענים אינם מגלים את המציאות, הם עסוקים בהבנייתה"<sup>172</sup>. בשורה התחתונה אפוא הוצע שכולנו בני אדם, שונים בדברים מסוימים, דומים באחרים, ומכאן שהחלוקה לשתי קטגוריות מין וכן קטגוריות חברתיות כלשהן היא תמיד ובהכרח מעשה ידי אדם, ובתוך כך גם ניתנת לשינוי בהתאם לזמן ולמקום.

והנה, על אף התובנות האלה, כיום אנו רואים את הממסד הרפואי מאמץ את המונח "מגדר" בתוך עצמו וכשלו, אלא שלא זו בלבד שאין כאן הכרה בהשפעה החברתית על קטגוריית המין, אלא שגם המונח "מגדר" מרוקן ממשמעותו המקורית ודומה יותר למין ביולוגי במשמעותו הקבועה והמקבעת המקורית. בתוך כך, כפי שהעירה חוקרת אחת, נראה ש"המטוטלת מיטלטלת הרחק מתקופת מחיקת השוני בתוך רפואה ומהדגשת הדומות (עם

2010) *the First Six Months of Fatherhood*, 58 HORMONES AND BEHAVIOR 513. וראו גם דן אבן "בדומה לאמהות, גם אצל אבות מופרש ההורמון המהדק את הקשר עם התינוק" **הארץ Online**, 16.08.2010, [www.haaretz.co.il/hasite/spages/1184794.html](http://www.haaretz.co.il/hasite/spages/1184794.html) (נבדק לאחרונה ב-10.4.2011).

171 Rosser, לעיל ה"ש 16, בעמ' 8.

172 van den Wijngaard, לעיל ה"ש 55, בעמ' 21.

כל הבעיות של הגבר-בתור-הנורמה) לעבר תקופה של האדרת המשמעות של שוני מיני<sup>173</sup>.

על רקע התפתחות זו, וכן לאור יחסי השנאה-אהבה שבין נשים ומקצוע הביור-רפואה, נולדו הספקות השזורים לאורך המאמר הזה. בפרט שאלנו אם יש כאן גילוי כן של הבדלים בין המינים, או שמא חזרה על ההיסטוריה שהדגישה אותם, או אף המציאה אותם, תוך כדי שימוש בהם לצרכים פוליטיים כלשהם? וכאן המקום לחזור ולהזכיר את הכוח העצום של הביור-רפואה, שלה מיוחסת הסמכות החברתית והתרבותית לקבוע ולהגדיר מהו טבעי ומהו נורמלי ועבור מי, ומכאן גם מה מקומו בהיררכיה החברתית.

שאלות רבות שאלתי כאן, כמיטב המסורת הפמיניסטית, והנה, למרות הנמיה הביקורתית שנודפת מהן, אינני מתיימרת לדעת את התשובות להן. אולי ימים יגידו. בינתיים, אוכל רק להתנחם בדבריה של ההוגה והסופרת האמריקנית היהודית סינתיה אוזיק (Cynthia Ozick): "כל תשובה מתחבאת בתוך השאלה שדורשת אותה [...] ולכן, מה שמוטל עלינו הוא לא לחפש את התשובה הנכונה אלא לנסות ולגלות את השאלה הנכונה"<sup>174</sup>.

לסיום, יש להדגיש שגם אם העליתי כאן ספקות בדבר "הכוונות הטובות" של ה"הפליה" מטעם "הרפואה המגדרית" שעליה כתב פרופ' גלזרמן במאמרו, אינני מפקפקת בכוונותיו הטובות של פרופ' גלזרמן עצמו. והנה, בכל זאת, ברצוני לציין שתי בעיות בקשר לתנועה לרפואה מגדרית שנוסדה בישראל. ראשית, מן הראוי להביט בהרכב האנשים שניצבים בראשה. בכנס הראשון בישראל לרפואה מגדרית שבמסגרתו יוסדה "החברה הישראלית לרפואה מגדרית", נקבעו המינויים הבאים: פרופ' גלזרמן כיו"ר החברה ושלושה חברי הוועד – כולם גברים (יצוין כי מאז נוספו שתי רופאות כחברות ועד, אם כי ללא ציון תפקידים, בניגוד לגברים)<sup>175</sup>. אז מנתה החברה מעל 45 חברים – מאז הצטרפו אליה כ-110 חברים – ובהם שלושה מנהלי בתי חולים ו-27 מנהלי מחלקות. והרי ידוע לכול שבין מנהלי מחלקות בישראל נמצאות מעט מאוד נשים ובאשר למנהלי בית חולים אף פחות מזה. מכאן התהייה שמא האמצעי הנכון להתחיל לתקן את עוולות העבר כלפי

173 Grace, לעיל ה"ש 29, בעמ' 5. וראו לעיל ה"ש 112.

174 דברים המיוחסים לפילוסופית סוזן לנגר (Langer), כפי שהם מופיעים אצל: Cynthia Ozick, *Notes Toward Finding the Right Question*, in *ON BEING A JEWISH FEMINIST: A READER* (Susannah Heschel ed., 1983), 120.

175 הם פרופ' ירון ניב, מנהל המערך לגסטרואנטרולוגיה במרכז רפואי רבין; פרופ' דב פלדברג, סגן מנהל בי"ח לנשים בבילינסון ופרופ' משה סלעי, מנהל המחלקה האורתופדית בבילינסון. כמוכן, אין להוציא מכלל אפשרות כי הנשים עצמן לא מיהרו להציע את מועמדתן – ההימנעות מצדן של נשים שהצליחו דווקא במקצועות גבריות להדגיש את היותן נשים ידועה היטב, אולי במיוחד בישראל.

רפואה מגדרית: האם היא טובה לנשים?

נשים מטעם הממסד הרפואי הישראלי, לא צריך להיות שיתופן המלא, הן במקצוע הרפואה והן בעיצוב מדיניות רפואית לאומית<sup>176</sup>. שנית, ומבלי להמעיט במאמציו הנחרצים של פרופ' גלזרמן, יש לציין את האיחור ב"גילוייה" של "הרפואה המגדרית" בישראל, איחור של כמה שנים טובות. לא זו בלבד שאיחור זה מגביר את החששות בדבר אי־המדעיות של המדע הרפואי, אלא שהוא מפתיע ואף מצער במיוחד בהקשר המקומי, לאור העובדה שבתחומי רפואה אחרים הקשורים בנשים, כגון טכנולוגיית פריון, ישראל מציבה את עצמה כמובילה העולמית<sup>177</sup>.

- 176 לעניין זה השוו: משרד ראש הממשלה והוועדה למעמד האישה, צוותי הוועדה למעמד האישה: דיונים וממצאים (1978) (ועדת נמיר), בעמ' 20, שדיבר על הבעיה של "ייצוגן הדל של הנשים בדרגים המחליטים בדבר הקצאת משאבים ועיצוב מדיניות רפואית, וכן, מעורבות מועטה של ציבור הנשים בדרך כלל בפעילות מדינית חברתית".
- 177 Carmel Shalev & Sigal Gooldin, *The Uses and Misuses of In Vitro Fertilization in Israel: Some Sociological and Ethical Considerations*, 12 NASHIM: A J. OF JEWISH WOMEN'S STUDIES & GENDER ISSUES 151 (2006).