

ביו-אתיקה וטיפול הפריה חוץ-גופית

מאת: ד"ר הילה העליון

תקציר

טכנולוגיות פריון מסייעות (Assisted Reproductive Technologies), פרצו דרך בהבנת תהליכי הפריון הטבעיים והסיבוכים האפשריים בגינם. טיפולי הפריה חוץ-גופית (In Vitro Fertilization) הצליחו לפתור בעיות עקרות ממושכות, שלא נפתרו על-ידי טיפולים שגרתיים. ראשית הצלחתם של טיפולים אלו הייתה באנגליה (1978) עם הולדתה של תינוקת המבחנה הראשונה לואיס בראון (Louise Brown). הולדתה של לואיס בראון הוכיחה כי ניתן לשאוב ביצית מתוך הזקיקים, להפרותה בתנאי מעבדה, ולהחזיר את הביצית המופרית אל הרחם תוך תמיכה בהשרשתה. ההפריה החוץ-גופית פתחה עידן חדש בטיפול עקרות. הדבר עורר תקוות בקרב נשים וזוגות שללא טיפול זה היו נותרים ללא ילדים. אף-על-פי-כן, השג טכנולוגי זה גרר עמו פולמוס ביחס לשאלות אתיות ולזכויות משפטיות הכרוכות בטכנולוגיות החדשות. סוגיות אלו זכו לדיון משפטי וציבורי, עוד לפני שנדונה לעומק התנסותן היומיומיות של נשים מטופלות פוריות. כיוון שכך, חווייתן של מטופלות הפוריות נותרה, במובנים רבים, מחוץ לדיון הביו-אתי. במאמר זה אטען כי הבנת ההתנסות הנשית בעלת חשיבות רבה, לדיון ביו-אתי בתחום. לימוד ההתנסויות של נשים, יכול לסייע לסמכויות מטפלות להכיר מקרוב את הצרכים האישיים של מטופלות הפוריות. גישה אישית, עשויה להפחית את מערך הלחצים אשר מייצר מצב אי-הפוריות, והטיפול בו (לעיתים טיפול הנמשך שנים). הכרה בריבוי ההתנסויות של נשים מטופלות פוריות, עשויה לעזור גם לרופאים המטפלים לקבל החלטות אשר מתחשבות בטווח הרגשות של מטופלות הפוריות. טיעון זה בעל השלכות מוסריות. שכן ממצאי המחקר שיוצג להלן עולה כי בעוד עבור קבוצה מסוימת של נשים הופך הרופא המטפל לסמכות עליונה (עד כדי פיתוח תלות מוחלטת), קיימת קבוצה אחרת של נשים שעסוקה באיתור ידע עצמאי, המאפשר לנשים אלו לקיים משא-ומתן מול הרופאים המטפלים. הבדלים אלו בין סגנונות ההתנהלות במרחב הטיפולי, נוגעים לצורך לבחון מחדש גם את קבלת ההחלטות ביחס לנשים מטופלות (למשל, להכיר בכך שקבוצת נשים מסוימת תבכר לעבור במהרה מסבב טיפולי אחד למשנהו, בעוד קבוצת נשים אחרת תבכר לבצע הפסקות). לעניות דעתי, היבטים אלו ועוד, קשורים ל"שימוש מוסרי באמצעים העומדים לרשות המדע". למרות שטרם עלתה שאלת ריבוי ההתנסויות של מטופלות פוריות בדיונים ביו-אתיים, כללו דיונים אלו את הצורך להפנות קשב להתנסויותיהן של מטופלות הפוריות. החוקרת Lemoncheck (1996), למשל, ערכה דיון ביו-אתי מקיף בנושא טיפולי הפוריות, ולטענתה יש לשפר את רווחתן של המטופלות, באמצעות אנשי מקצוע (פסיכולוגים, עו"ס ועוד). אבקש לטעון כי ליווי ותמיכה גם הם צריכים להיות מכווני קשב לצרכים השונים של נשים שונות. טיעון זה תקף הוא, גם אם גוף האישה הוא מקור הבעיה וגם אם לא. שהרי, בכל מקרה האישה היא הנושאת בנטל הפרוצדורה

הכירורגית. מאמר זה מסכם מחקר שעקב אחר התנסויותיהן של מטופלות פוריות ישראליות, תוך דיון ברלבנטיות ממצאיו לשאלות הביו- אתיות הכרוכות בנושא.

טיפול פוריות: היבטים אתיים והקונטקסט הישראלי

ההפריה חוץ- גופית (In Vitro Fertilization) מציעה התערבות כירורגית בטיפול בזוגות הסובלים מבעיות אי-פוריות. טיפולי הפריה חוץ- גופית כוללים ארבעה שלבים לפחות: בשלב הראשון, מגורות השחלות באמצעות תרופות, בשלב השני, נשאבות הביציות מתוך הזקיקים, בשלב השלישי, מופרית הביצית במבחנה, ולבסוף, מוחזרים העוברים אל הרחם, תוך סיוע בהשרשתם (Cooper & Glazer, 1998). השתכללותן של שיטות ההפריה החוץ- גופית, וכן תפוצתן ההולכת וגוברת עוררו פולמוס ביו- אתי נוקב בין התומכים בפרקטיקה לבין המתנגדים לה. התומכים טענו כי יש להתייחס אל הטיפולים כאל אמצעי המחלץ זוגות ויחידים ממשבר העקרות בו הם שרויים, בכך שמאפשרים להם, על אף הקשיים, להפוך להורים ביולוגיים (LeMoncheck, 1996; Overall, 1993). בנוסף, טיפולי הפריה חוץ- גופית תורמים לאיכות הקשר הזוגי בכך שהם מפחיתים את המתחים המתגלעים בין בני הזוג נוכח מצב העקרות (Sandelowski, 1990; Weigel, 2000). גורם נוסף אשר הדגישו המצדדים בטיפול הפוריות נעוץ בעובדה כי טיפולי הפוריות מאפשרים גם לנשים בודדות או לנשים המצויות בקשר חד- מיני להוסיף צאצא לחייהן (Oleczczuk & Keith, 2001). לעומת התומכים בטיפול הפוריות טענו המתנגדים כי הטיפולים מייצרים אי- שוויון חברתי. בעלי אמצעים נהנים מהם יותר מחסרי אמצעים. אפילו במדינת ישראל בה הטיפולים מסובסדים עדיין קיים נטל עלות שאין להתעלם ממנו. בנוסף לכך, ההזדקקות לטיפול הפוריות יוצרת קבוצות המובחנות זו מזו כגון: פורה/עקרה צעיר/מבוגר, הטרוסקסואלי/הומוסקסואלי, ועוד (Shildrick, 1998). גם השוני בין "הפורייה" ל"עקרה" הוא נתון שהיה קיים מוקדם, אך ההזדקקות לטיפול הפוריות מעניקה לו גושפנקא פורמאלית. עוד טענו המתנגדים, טיפולי הפוריות עלולים להגביר מתחים בין בני הזוג, שכן הטיפולים גורמים לקונפליקטים חדשים בקשר הזוגי. קונפליקטים אלו נובעים מעלותו הגבוהה של הטיפול החוץ- גופי, ומכניסתם של גורמים חיצוניים לחייהם האינטימיים של בני הזוג. המצב החדש מחייב התמודדות זוגית חדשה, וארגון חדש של סדרי עדיפויות משפחתיים (Lorber, 1993; Daniluk, 2001). טיעון נוסף כנגד טיפולי הפריה חוץ- גופית עסק בשאלת "הבחירה החופשית" של נשים, כיוון שיש מקרים בהם נשים מסכימות לעבור את הטיפולים רק לשם שמירת הקשר הזוגי (Shildrick, 1998; Raymond, 1993; Stenworth, 1988; Corea, 1985). טענו המתנגדים, טיפולי הפריה חוץ- גופית מגבירים את הסתברות הולדת פגים, או/ו ילודים בעלי מומים, כמו גם לידות של תאומים ושלישיות שהאתגר בגידולם מורכב (Healy & Saunders, 2002).

על-אף משקלן הרב של הדילמות, אשר הוצגו לעיל, נדמה, כי התנסותן היומיומית של נשים מטופלות פוריות נותרה בשוליים. דיונים אקדמיים, הדגישו את מורכבות הטיפול, את הסטטיסטיקות השונות הנוגעות ליתרונות/חסרונותיו של הטיפול, ואת שאלת הבחירה החופשית של נשים, אך קולן של הנשים כמעט שלא נשמע. ואכן, גם במחקרים שונים

בדקו את עמדתן של מטופלות פוריות, הונהגו שיטות מחקר כמותיות, הנעזרות בשאלונים וסקאלות מספריות, אשר התקשו למצות את עומק החוויה הסובייקטיבית (רגש –גוף- זהות) של מטופלות הפוריות (Epstein & Rosenberg, 1996).

נראה אפוא, כי מחקר עומק איכותני - פנומנולוגי, הוא בעל משנה תוקף לדיון ביו- אתי בכלל, ובקונטקסט הישראלי בפרט. במדינת ישראל רווחת אידיאולוגיה מעודדת הולדה. אידיאולוגיה זו מוזנת באמצעות השיח ההלכתי דתי ובאמצעות השיח הציוני. כוחות חזקים אלו, עיצבו את גישת המדינה גם ביחס לטיפול פוריות. מדינת ישראל, היא המדינה היחידה בעולם, בה קבעו המחוקקים, כי טיפולי הפריה חוץ- גופית יכללו בסל שירותי הבריאות ויסובסדו על ידי המדינה (לנדאו, 1995). בשנת 1990 היו במדינת ישראל 24 קליניקות לפריון עבור אוכלוסיה המונה 5.5 מיליון תושבים. יחס זה, העמיד את מדינת ישראל במקום הראשון במספר קליניקות הפריון לנפש, בהשוואה לעולם כולו. גם מומחי הפוריות הישראלים נתפסים כפורצי דרך בתחום המחקר והפיתוח הטכנולוגי, אי-לכך מגיעים אליהם גם מטופלים מחו"ל (Kahn, 2000). עובדות אלו מצביעות על- כך שבהקשר הישראלי, מתרחבת נגישותן של טכנולוגיות הרבייה החדשות. טכנולוגיות אלו הופכות זמינות עבור נשים ישראליות רבות, המתקשות להתעבר ללא התערבות כירורגית.

החוויה הנשית וטיפול פוריות

שיטת ההפריה החוץ-גופית, מייצרת התמודדות מורכבת וייחודית עבור נשים. התמודדות זו כוללת לפחות שלושה ממדים: הממד הגופני, הממד הזהותי והממד הרגשי. ההתמודדות הגופנית הייחודית לנשים נעוצה בעובדה שנשים הופכות בעל כורחן למושא הטיפול הרפואי, גם במקרים בהם בעיית הפוריות נובעת מבן הזוג, או אינה מוסברת. יהי אשר יהי מקור אי- ההעברות, גופן של נשים אלו הופך למושא זריקות ההורמונים, טיפולים פולשניים, בדיקות אולטרה- סאונד שבועיות, ותהליכים נוספים המערבים אשפוז, הרדמה, שאיבת ביציות, ועוד. התמודדות נוספת וייחודית לנשים, קשורה ב"מבוכת הזהות", המתעוררת עם הטיפולים. בקונטקסט הישראלי מקושרת "זהות נשית" עם התעברת הולדה ואמהות (Remennick, Amir & Benjamin, 1997; Friedman et. al 1998; 2000). טיפולי הפוריות מעצימים את הרצון באמהות, אך בו בזמן מדגישים את חוסר היכולת להפוך לאם. הספרות המחקרית מצביעה על- כך שתחושת "הזהות החסרה" מתבטאת למשל בכך שהן נמנעות להשתתף (Epstein & Katz Rothman, 1984) מצביעים על כך שתקופת טיפולי הפוריות עתירה ברגשות של דחק, בידוד חברתי, תסכול וקונפליקטים של נשים עם הסביבה. נשים אלו מתוארות בספרות כמנועות להגיע לאירועים חברתיים הכרוכים במפגש עם ילדים קטנים (בריתות, חגיגות יום הולדת וכיוב'). האנתרופולוגית Inhorn (1997), אשר חקרה את חוויית הדחק בחייהן של נשים מצריות מטופלות פוריות, טוענת כי הן נתפסות בסביבתן כנשים אשר "מביאות מזל רע", ומטמאות נשים אחרות. תפיסות אלו, גורמות להן להתרחק ממפגשים חברתיים, דווקא בתקופה בה תמיכה חברתית יכולה לעזור להן. התמודדויות הגוף- והזהות חוברות גם להתמודדות הרגשית של נשים מטופלות פוריות. התמודדות רגשית ראשונה, כוללת את חוויית הכאב הפיסי שמייצר הטיפול הכירורגי. התמודדות רגשית שנייה כוללת את מערך רגשות חדש שנלווה לטיפול

ההפריה החוץ-גופית, לאמור: מבוכה מול גורמים מטפלים, עצב ואובדן תקווה בעקבות כישלון מחזור טיפולי, חרדה מגורל הקשר הזוגי ועוד. ממדים משולבי אלו של גוף-זהות-ורגש טרם נידונו יחד בחקר התמודדויותיהן של נשים מטופלות פוריות.

מסגרת מתודולוגית

א. שיטת המחקר

המחקר הנוכחי בוחן את הקשר הבלתי ניתק גוף-זהות – רגש, תוך שימוש במודל איכותני אשר טרם יושם במחקרי פוריות (Epstein & Rosenberg, 1996). החוקרים Epstein & Rosenberg (1996) טוענים כי ישנם מחקרים העוסקים בגוף המטופל (פיזיולוגיה, אנטומיה, ביולוגיה ועוד). ישנם מחקרים העוסקים ברגשות של מטופלות פוריות (פסיכולוגיה). אולם במחקרים אלו שיטת המחקר היא בעיקר שיטה כמותית (Quantitative data research). תחומי מחקר אלו, ממוקדים בסוגיות מחקריות ספציפיות, ובנוסף לכך נעזרים בשאלונים כמותיים (דירוג עמדות על-פי סקאלות מספריות). החוקרים Epstein & Rosenberg (1996) טוענים כי טרם בוצע מחקר איכותני אשר מבצע חיבור בין הגוף המטופל והרגשות המערובים בטיפול. במחקר הנוכחי נוסחו שאלות שמטרתן לעקוב אחר החוויה המשולבת של הגוף הזהות והרגשות. לשם הדגמה, נשאלו המרואיינות כיצד הן חוות את גופן לאור הקושי להתעבר? "אחת התשובות לשאלה זו הייתה: "אני מאוכזבת מהגוף...אני מתייחסת לגוף שלי כמו אל ישות נפרדת. משהו עם חיים נפרדים, ורצונות משל עצמו. לפעמים אני חושבת... שהוא בעייתי, לא פורה. הרחם לא משתף פעולה, גם השחלות לא משתפות פעולה". כאן, הרגש אינו מנותק מהחוויה הגופנית המיידית, וגם להפך, מצבו של הגוף אינו מנותק מהרגשות. לצמד גוף-רגש, יש להוסיף גם את חוליית הזהות. לשם הדגמה, נשאלו המרואיינות: כיצד הן חוות את מיניותן במהלך הטיפולים. אחת התשובות הייתה: "כל החוויות מאז הטיפולים מתווקות במגירות. אני סופרת את ימי המחזור, את הבייץ, ... לפני החזרת העוברים. כל אירוע מתווק במגירה. ככה גם המיניות שלי...הכול מופרד ובמרכז יש הריון". תיאורים אלו, אשר הוצגו לצורך הדגמה, מצביעים על ההיבטים המשולבים בחוויותיהן של נשים מטופלות פוריות. השיטה האיכותנית, וראיון העומק אשר נבנה לצורך המחקר, אפשר התחקות מעמיקה אחר עולם ההתנסויות השלם של המטופלות.

ב. הליך המחקר

לצורך המחקר, רואיינו 30 נשים ישראליות, אשר עוברות טיפולי הפריה חוץ-גופית, לשם השגת הריון הראשון. המרואיינות ענו על פרופיל סוציו-דמוגרפי אשר הוגדר מראש: נשים המקיימות קשר נישואין הטרוסקסואלי, בעלות השכלה תיכונית מלאה או חלקית בטווח הגילאים 23-42. הכלי המחקרי בו נעשה שימוש לצרכי המחקר היה ראיון עומק מובנה למחצה. ראיון העומק ייחד ענינו בשאלות העוסקות בחוויה הגופנית, הזהותית והרגשית של המרואיינות. "גישת השיתוף" (Sharing approach) והפניית "הקשב הפעיל" (Active listening) שימשו כאסטרטגיות להפיק מידע תקף ומהימן. את המחקר ליוו כללים אתיים נוקשים (חיסיון מלא של פרטי המרואיינות, חיסיון מלא של גורמים מטפלים, מוסדות ועוד). 25 ראיונות נותחו בשיטת התמות והקטגוריות, 5 ראיונות נותחו בשיטת ניתוח נרטיב.

ממצאים

ניתן להבחין ב- 2 תקופות נבדלות במהלך ההתמודדות הנשית עם בעיית הפוריות :

א. תקופת טרום אבחון בעיית הפוריות-

שלב זה מתאפיין בניסיונות טבעיים להתעבר. נשים מחשבות את תאריך הביוץ, אולם מופתעות לגלות כי הן מתקשות להתעבר. בשלב זה טרם אובחנה בעיית הפוריות, וטרם נוצר המפגש עם הרופא. ממצאי המחקר עולה, כי כל שלושים הנשים, מאמינות כי בעיית הפוריות נובעת מגופן. הן מייחסות לגופן בעיות שונות, אשר טרם אובחנו בפועל. כך למשל טוענת אחת המרואיינות :
"חשבתי שמהו **אצלי** לא בסדר... לא ידעתי לשים את האצבע... אבל משום מה ניחשתי שאני הגורם".

נשים תופסות עצמן אחראיות בבעיית הפוריות, מבלי להתייחס לשותפותו של בן הזוג. שלב זה מתאפיין גם בהתמוטטות הסדר הגופני המוכר להן משנים (סדר המעניק ביטחון). אי- לכך הן מבטאות רגשות של מצוקה, ואובדן שליטה :
"התקופה הזו הייתה מלאה בזעם ועצבים. תסכול על כל העולם. התחלתי לקנא בכל אדם שעובר ברחוב, אישה גבר לא משנה".

תחושת חוסר -האוונים מיוצרת בעיקר בעקבות חוסר היכולת לשלוט בזמני הגוף. כך טוענת אחת המרואיינות :

"התחנתתי בגיל לא צעיר....וכל הזמן חשבתי שתכף יגמרו לי הביציות"

הפער הנוצר בין התקדמות התהליכים הביולוגיים (התכלות מאגר הביציות) אל מול עצירת הזמן באין התעברות, נחווים בשלב זה כפוגעים בתכנון ובשליטה. אי- לכך, מתגבש הצורך לפעול מהר לשם שינוי המצב. נשים מחליטות לפנות מיידית לרופא שיאבחן את מצבן. הפנייה לרופא נעשית בטווח שבין שישה לשמונה חודשים של ניסיונות להתעבר. בכך, נשים מתעלמות מההגדרה הרפואית כי אי- פריון נקבע לפחות לאחר שניים- עשר חודשי ניסיונות להתעבר ללא שימוש באמצעי מניעה (Remennick, 2000). הפניה לרופא נעשית, לעיתים, גם ללא נוכחותו של בן הזוג. שלב זה מתאפיין בלחצים תרבותיים- חברתיים המגדירים את הגוף הנשי ואת הזהות הנשית מסביב לפוריות. באין התעברות, נשים מתמלאות ברגשות אשם, חרדה ותסכול והן תופסות את עצמן כאחראיות מרכזיות לבעיית הפוריות.

ב. שלב הבתר- אבחון-

בניגוד לשלב הקודם, בשלב זה הובחנו שלושה סגנונות התמודדות. שניים מהם אציג במאמר הנוכחי :

ב.1) סגנון הציות לשגרת הטיפולים (Obeying the treatment routine) -

14 נשים אשר השתתפו במחקר, תארו סגנון של שיתוף פעולה צייתני עם שגרת הטיפולים. המאפיין המרכזי של שיתוף- הפעולה נבע בעיקר מהאדרת ערך האמהות הביולוגית. עבור נשים אלו, אמהות ביולוגית הייתה ערך נשאף, שיש להשיגו בכל מחיר. כך טוענת אחת המרואיינות :
"ילד משלי...בשבילי זה הכול...אני מוכנה לעבור באש ובמים בשביל הריון".

כשהמרואיינות התבקשו להגדיר כיצד הן תופסות אמהות, תיאוריהן כללו ביטויים של הקרבה, ומסירות טוטאלית. כך טוענת אחת המרואיינות :
"למען הילד עושים הכול".

התייחסות זו לאמהות, הועתקה גם להתייחסויותיהן לפרקטיקה הטכנולוגית. הן הביעו נכונות להמשיך בטיפולים ככל שיידרש. נכונות זו עולה מדבריה של מרואיינת: "אני לא אתייאש עד שהרופאים לא יתייאשו ממני". סגנון הדבקות בטיפולי הפוריות, התאפיין גם בנכונותן לעבור סבבי טיפול, בקצב מהיר, וללא הפסקה. נשים אלו הביעו סירוב לקבל תמיכה, או ייעוץ מנשים אחרות המצויות במצבן (באמצעות קבוצות תמיכה, או פורומים של נשים מטופלות פוריות). הן ביטאו גם תלות עצומה ברופאים המטפלים בהם. מאפיין נוסף של סגנון הציות היה התייחסותן לגופן המטופל. נשים אלו תארו חוויה של ניתוק מכוון מגופן. כך טוענת אחת המרואיינות:

"(באחד הטיפולים)...הרגשתי כאילו אני מתבוננת בכולם מהצד, כאילו אני שוכבת ... ולא נמצאת שם..."

אל הניתוק המכוון מהגוף, חבר ניתוק מכאבי הגוף. כך טוענת אחת המרואיינות:

"לימדתי את עצמי לא להרגיש כאב".

בדומה גם תחושות של מבוכה, התנגדות או כעס לא נשמעו. ההסבר שסיפקו נשים לחוויות ההתנתקות היה הדבקות ברצון שהטיפול יצליח. הבעת רגשות נתפסה בעיניהן כהפרעה בריתמוס הטיפולי. עולם הרגש המוכפף להצלחת הטיפול, חבר להכפפת עולם הזהויות. נשים טענו כי כל עוד אינן מתעברות, הן לא חוות את עצמן כנשיות וכמיניות:

"בשבילי להיות נשית זה לטייל עם עגלה ברחוב".

"אני לא מרגישה מינית... הגוף שלי השתנה, הבטן התנפחה....".

הכפפת מכלול הזהויות ל"זהות האימהית" שאינה מושגת, חוברת לתפיסה שהן נשים חסרות זכויות. חוסר הזכאות עולה מהאופן בו נשים אלו משתיקות את רצונותיהן, וחוויותיהן הרגשיות גם מול בני המשפחה ומול בני-הזוג:

"כשאת לא בהריון, לכל אחד יש שאלות, לכל אחד יש מה להציע לך...זה מרגיז אותי כשהמשפחה של בעלי מתערבת... אבל בגלל שהקשר בינינו כל כך שביר עכשיו, אני לא מדברת איתו על זה. ובכלל, בטיפולים...רצוי לא להיות במתח...את יודעת, בכדי שהטיפול יצליח".

באין מילים, מוצאות עצמן נשים אלו משתמשות באופן תכוף בדמיון. הדמיון מוסבר כאמצעי להענקת משמעות למציאות חשוכת ילדים. הדמיון משמש כפרקטיקה להמשיך בטיפולי הפוריות מבלי לזעזע את הסדר הקיים. במסגרת איתור המשמעויות הופכים אירועים פשוטים לבעלי משמעות רבה. כך טוענת אחת המרואיינות:

"חברה שלי ניסתה להיכנס להריון. היא קנתה ערכת ביוץ, שמה את הערכה בבית, עוד לפני שהיא פתחה אותה היא נכנסה להריון.... את הערכה... היא העבירה לדודה שלה, הדודה לקחה את הערכה, ושוב אותו דבר. היום הערכה אצלי".

לסיכום, סגנון הציות מתאפיין ברצון העז של נשים להפוך לאמהות ביולוגיות. השאיפה לאמהות מתורגמת לשיתוף פעולה מוחלט עם הפרקטיקה הטיפולית. עולם הרגש, החוויה הגופנית ותפיסת הזהות מכוונים להתעברות ולהולדה. נשים משתיקות את קולן לשם הצלחת הטיפול ומשתמשות בדמיון, כפרקטיקה אקזיסטנציאליסטית, אשר מעניקה להתנסותן משמעות.

ב (2). סגנון המשא-ומתן (Negotiating Type)

סגנון התמודדות שונה עלה מתיאוריהן של 11 נשים אחרות, אשר השתתפו במחקר. התמודדות זו התאפיינה בקיומו של משא-ומתן פעיל במהלך תקופת הטיפולים. משא ומתן נשי התקיים מול בני

זוג, בני המשפחה והסמכויות הרפואיות המטפלות בגופן. המאפיין המרכזי של קבוצת נשים זו עלה מיד בתחילת הראיון עמן. נשים אלו, הציגו את עצמן כ"נשים רציונאליות", נאמנות להחלטות "הגיוניות" ו"לוגיות". באופן דומה התעצבה התייחסותן התכליתית גם לפרקטיקה הטיפולית. כך טוענת אחת המרואיינות:

"אני בחורה ביצועיסטית... אחרי שאבחנו את הבעיה כ"לא מוסברת"... החלטתי שהדבר הכי הגיוני זה להתחיל בטיפולים..."

בניגוד לקבוצת הנשים הראשונה אשר ראתה באמהות ביולוגית ערך עליון, הנשים מהקטגוריה הנוכחית שקלו כל העת אלטרנטיבות להורות ביולוגית (אימוץ). אולם, כחלק מגישתן הרציונאלית הן טענו כי הורות ביולוגית, המושגת באמצעות טיפולי הפוריות, היא קלה, זמינה וזולה יותר מאימוץ. כך למשל טוענת אחת המרואיינות:

בארץ התור (לאימוץ) הוא בלתי אפשרי... אם נעשה את זה (אימוץ) נפנה למדינות כמו ברזיל או רומניה... אני בכלל לא שוללת את האפשרות (אימוץ)... פשוט היא כרוכה בהוצאה כספית גדולה... בערך עשרים אלף דולר, וכרגע קל לי יותר לממן את הטיפולים. הגישה הרציונאלית התאפיינה גם בפרקטיקת בירור וידיעה מרגע כניסתן לטיפולים. כך למשל טוענת אחת המרואיינות:

"אחרי ההפריה הראשונה, הבנתי שאני לא יודעת מספיק, רציתי לדעת יותר, כדי לשלוט בצורה כלשהי בעניינים... היה חשוב להבין כל מושג וכל בדיקה. אחי לומד רפואת שיניים קראתי לו... הוא ישב איתי וצייר לי... מה זה זקיק, הוא ניסה להסביר לי את כל התהליך... זה כמובן לא הספיק לי, קראתי, חיפשתי ספרות בכל מקום, כל כתבה בעיתון, כל תוכנית בטלוויזיה, כל דבר שאפשר לדלות ממנו מידע..."

בתהליך הבירור והידיעה ורחבת תחושת העצמאות הנשית, והתלות המוחלטת ברופא (אשר אפיינה את הקבוצה הראשונה) מופסקת. הבירור והידיעה אפשרו לנשים אלו להרחיב את יכולת המשא - ומתן שלהן מול רופאים מטפלים. כך למשל טוענת אחת המרואיינות:

"רציתי לדעת הכול ולעומק... שלא יגידו לי שבעה מיליון זרעים, מבלי שיהיה לזה כיסוי... אני יודעת שבפועל זה הרי הרבה פחות. החישוב נתן לי להרגיש מעורה, ויודעת... פתחתי ספרים, מצאתי אתרים באינטרנט, ולמדתי שיש דירוג לזרע... אז כשאומרים לי שיש שבעה מיליון זרעים, אני בעצם יודעת... בסופו של דבר נשארים אולי מאה זרעים בסך הכול..."

ידיעה מעמיקה חוברת גם להתייחסותן לכאבי הגוף החדשים. נשים אלו הפכו את כאביו של הגוף ל"מורי-דרך" בלימוד תרחישי הגוף. כך למשל טוענת אחת המרואיינות:

"היום אני מתרכזת בכאב כל הזמן. מה הוא מתאר. האם זה סימן לבייץ, להשרשה... זה לא עיסוק בכאב כאילו "אוי אני מסכנה וכואב לי". אלא... לסמן מה שקורה בגוף."

בניגוד לקבוצת הנשים הקודמת אשר עסקה בהתנתקות מודעת מכאבי הגוף, עבור הנשים המשתייכות לקטגוריה הנוכחית, כאבי הגוף משמשים לניהול קבלת החלטות ביחס לגוף. כך טוענת אחת המרואיינות:

"אחרי ההפריה... התחיל כאב שלא הכרתי קודם. כאב לי בצד. הרופא אמר לי שזה בטח מהטיפולים. אני לא הסכמתי איתו... ביקשתי אולטרה סאונד... הבדיקה... אישרה שהרגשתי נכון. שיש לי ציסטות ענקיות."

הדיאלוג שמקיימות נשים אלו, הוא גם כנגד תכתיבים חברתיים ותרבותיים המקושרים ל"זהות אימהית". עולם הזהויות (נשיות, ומיניות) נחוה בשלמות. ולזהות האימהית אין העדפה על-פני הזהות הנשית או המינית. כך למשל טוענת אחת המרואיינות:

"יש נשים שבונות את כל החיים שלהן מסביב לטיפולים. זה לא ככה אצלי... אני חושבת על הדברים בצורה הגיונית. אם טיפול לא מצליח אני שמחה ששוב יש לי אפשרות להיות עם בעלי".

לסיכום, בניגוד ל"סגנון הציות", במהלכו ניתקו נשים את החוויה הרגשית מחוויית הגוף, בסגנון המשא-ומתן, מאוחדים מחדש הגוף- והרגש. עמדה זו תורמת לתחושת השליטה של נשים בתהליך, והתלות ברופא (שאפינה את סגנון הציות) מוחלפת בדיאלוג עמו. נראה כי ההצגה העצמית – שלהן כ"נשים רציונאליות", תורמת לאפשרות לאתר דרכים נוספות לארגן ידע ביחס למצבן. איסוף הידע מאפשר להן להתייחס לטיפולי הפוריות כאמצעי פרקטי (נוח ונגיש) להשגת התעברות. בכך, הן מצליחות לשמר זהויות נוספות לצד "הזהות האימהית". יש לציין כי קבוצות הנשים השונות ("סגנון הציות" לעומת "סגנון הדיאלוג") חוות באופן שונה את התהליך הטיפולי. בעוד נשים מן הקטגוריה הראשונה חוות דחק, בידוד חברתי ומצוקה רגשית בתהליך, נשים מן הקבוצה השנייה חוות את הטיפולים באופן שונה. שכן, עבורן הטיפולים הם התנסות נוספת בשגרת חייהן, ולעיתים אף חוויה מחזקת, התורמת לאיכות הקשר הזוגי.

ב (3). "נוטשות התהליך" (Process abandoners) – קבוצה זו כללה 5 נשים, אשר במהלך ראיון העומק עמן תארו את החלטתן להפסיק לקחת חלק בטיפולים. סיפורי היציאה מן התהליך (Exit point) העידו על-כך שמיקומן של נשים עשוי לעבור שינוי בהתאם לנסיבות לתנאי מודעות משתנים (Benjamin & Haelyon, 2002). התחקות אחר התנאים המביאים ליציאה מן התהליך מעידים על קיומו של אירוע דחק, אשר מפרק את מכלול המשמעויות שניתנו לטיפולים. אירוע זה מקושר לעיתים לאובדן אמון במערכת המטפלת (או בטיפול עצמו). כך טוענת למשל אחת המרואיינות, אשר עברה טיפולי הפריה, נשאה ברחמה תאומים, והריונה הופסק במהלכו:

האשליה התנפצה לי בפנים. הייתי עם זריקות הרגעה, אבל ידעתי במעורפל שקרה אסון גדול. ג'ו (בן הזוג) ישב לידי ובכה... כשהכאב הוא כל כך גדול, משהו בך יודע שקרה אסון... אני חולמת בלילות, שאני עוברת את הכול שוב. יש לי סיוטים, ואני לא במצב נפשי טוב... הידיעה שלי מתרכזת בזה שאני לא מעוניינת להמשיך בטיפולים".

אירוע הדחק מייצר חוסר אמון בטיפול הרפואי. הכאב נחוה במלוא עוצמתו, וכך גם החוויה הרגשית של אובדן ההיריון המיוחל. בשלב זה, מביעות נשים את הצורך להפסיק את שיתוף הפעולה עם התהליך הטיפולי, ולגייס לעצמן מערכת אידיאולוגית חדשה שתאפשר להן להפוך לאמהות (החלפת הטיפול בגופן בטיפול בגופו של הזוג, אימוץ, פונדקאות).

סיכום:

ממצאי המחקר עולה כי, למרות הקושי הדומה להתעבר, קיים שוני בסגנונות ההתמודדות של נשים. גם העמדה הטוענת כי ההתמודדות עם טיפולי הפוריות נקבעת בהתאם למקור בעיית הפוריות (הגבר/ האישה או שניהם) מצריכה מבט חדש. אף-על-פי-כן, מחקר זה יצא מפרדיגמה איכותית וככזה הוא הוגבל במספר הראיונות שנערכו במסגרתו. למרות זאת, נראה כי התחשבות

בממד הריבוי עשויה להוות תשתית עתידית לדיון ביו- אתי רחב יותר, שיכוון לשיפור רווחתן של נשים המצויות בטיפולי פוריות.

ביבליוגרפיה

- Amir, D. & Benjamin, O. (1997). "Defining Encounter: Who Are the Women Entitled to Join the Israeli Collective?". Women's Studies International Forum, 20 (5-6).
- Benjamin, O. and Ha'elyon, H. (2002). "Re-writing Fertilization: Trust Pain and Exit points. Women's Studies International Forum, 25(6): 667-678.
- Cooper, S. L. and Glazer, E. S.(1998). Choosing Assisted Reproduction. Indianapolis: Perspectives Press.
- Corea, J. (1985). The Mother Machine: Reproduction Technologies ,From Artificial Insemination to Artificial Wombs. New-York: Harper & Raw.
- Daniluk, J. C. (2001). "If We Had to Do it Over Again...: Couples Reflections on their IVF Experiences". Family Journal, 9 (1): 122-133.
- Epstein, Y. and Rosenberg, H. S. (1996). "He Does, She Doesn't: She Does, He Doesn't: Couple's Conflicts about Infertility". In Leiblum, S. Infertility: Psychological Issues and Counseling Strategies. New-York: John Wiley. Friedman, A. Weinberg, H. and Pines, A. (1998). "Sexuality and Motherhood: Mutually Exclusive in Perception of Women". Sex Roles 4 (1)
- Healy, D. & Saunders, K. (2002). "Follow-Up Children Born after IVF". The Lancet 359: 450-460.
- Inhorn, M.C. (2000). "Missing Mootherhood: Infertility, Technology and Poverty in Egyptian Women's Lives. In Ragone, H. and Winddance Twine, F. (Ed). Ideologies and Technologies of Motherhood. London: Routledge. Pp. 139-169.
- Kahn, S. M. (2000). Reproducing Jews: A cultural Account of Assisted Conception in Israel. New-York: Duke University Press.
- Katz Rothman, B. (1984). Giving Birth: Alternatives in Childbirth. London: Viking Press.
- Lemoncheck, L. (1996). "Philosophy, Gender and In Vitro Fertilization: A Feminist Ethics of Reproductive Healthcare". The Journal of Clinical Ethics 7 (2): 160-176.

- Lemonick, M. D. Tkluger, J. (2002). "Risky Business". The lancet 159 (11): 68-69.
- Lorber, J. (1993). "The Dynamics of Marital Bargaining in Male Infertility". Gender and Society Vol 7 No. 1: 32-49.
- Maher, J. M. (2001). The Productivity of Pregnancy: Reviewing Medical Technologies and Feminist Critiques. Hecate: Hecate Press.
- Oleszczuk, J. and Keith, L. (2001). "Triplet Pregnancy: High Risk for Mothers and Infant Female Patients". Chatham 26 (4): 54-61.
- Overall, C. (1993). Human Reproduction: Principles Practices Policies. Toronto: Oxford University Press.
- Raymond, J. (1993). Women as Wombs: Reproductive Technologies and the Battle over Women's Freedom. San Francisco: Harper.
- Remennick, L. (2000). "Childless in the Land of Imperative Motherhood: Stigma and Coping among Infertile Israeli Women". Sex Roles Vol. 43 (11-12): 821-841.
- Sandelowski, M. (1990). "Faultiness Infertility and Imperiled Sisterhood". Feminist studies, 16 (1): 33-51.
- Sandelowski, M. (1990). "Failures of Volition: Female Agency and Infertility in Historical Perspective". Signs 15 (475-99).
- Sawicki, J. (1991). Disciplining Foucault : Feminism, Power and the Body. New-York: Routledge.
- Shildrick M. (1998). Leaky Bodies and Boundaries. London: Routledge.
- Stenworth, M. (1988). Reproductive Technologies Gender Motherhood and Medicine. Oxford: Basil blackwell Press.
- Weigel, D." (2000). Multiple Birthing Trends- Impact on Couples and Families. Family Journal 8 (4): 380-386.

