

## בעולם ממשיכים להשתמש בשיטות מיילדותיות מיושנות ומסוכנות

אלימות מיילדותית היא ביצוע פעולות רפואיות ללא הצדקה וללא הסכמת היולדת. אחת השיטות השנויות במחלוקת היא תמרון קריסטלר שבו לוחצים על בטנה של היולדת כדי לקדם את הלידה, אלא שזו שיטה שמסכנת גם אותה וגם את התינוק

אי-פי, רות קלימר 06.01.2020 11:39 עודכן ב: 11:45

כשקלרה מאסונס ילדה את בנה לפני שנתיים, המיילדת עלתה על מיטתה ולחצה על בטנה "כדי לעזור לתינוק לצאת". בשעות הבאות, המיילדת והרופא לחצו על בטנה לסירוגין עד שהתינוק נולד. היא מספרת שהצוות בבית החולים בברצלונה התעלם מבקשותיה לחדול מהלחיצות. "חשבתי שאמות", אומרת מאסונס. "חודש לאחר מכן הבטן שלי עוד היתה כחולה וסגולה". מבית החולים נמסר שהרופאים נקטו "אמצעים הולמים" במהלך לידתה.

שיטת הלחיצות הזאת, המוכרת כ"תמרון קריסטלר" (Kristeller maneuver), תוארה לראשונה בספר לימוד גרמני מ-1867. לעתים משתמשים בה בשלב השני בלידה כדי לקדם אותה ולמנוע סיבוכים שיכולים להוביל לניתוח קיסרי. אלא שזו שיטה מיושנת ושנויה במחלוקת, ורופאים רבים במדינות המפותחות אומרים שהפסיקו להשתמש בה בגלל הפוטנציאל לשבירת עצמות, לנזק לאיברים ולסיבוכים אחרים. הפרוצדורה הזו עדיין מתבצעת לעתים קרובות במדינות רבות באירופה, מה שמעורר את השאלה מדוע השימוש בשיטות שהיו מקובלות בעבר יכול להימשך גם זמן רב לאחר שנמצא שהן מיותרות ואפילו מסוכנות.

שיעורי התמותה של יולדות ויילודים באירופה הם מהנמוכים ביותר בעולם, וטענות על טיפול לקוי במהלך הלידה נפוצות יותר באפריקה, באסיה ובאמריקה הלטינית. תמרון קריסטלר ופעולות רפואיות אחרות הקשורות בלידה ופוגעות ביולדות זוכים לביקורת גוברת והולכת באירופה, לרבות תלונות על הרדמה לא מספקת, חתכים כירורגיים במהלך לידות וגינוליות וביצוע הליכים מסוימים ללא הסכמת המטופלות.

"כל מקרה לגופו, אך באופן כללי אלה פרקטיקות שגובלות בהפרת זכויות אדם", אומרת מינדי רוזמן, מנהלת תכנית לצדק גלובלי וזכויות נשים בבית הספר למשפטים באוניברסיטת ייל. "לא לקבל הסכמה מנשים לביצוע טיפולים רפואיים, לא לספק הקלה בכאב או לעשות משהו שאינו מוצדק מדעית – אלה דברים שאינם עומדים בסטנדרט הטיפולי המקובל, וזה מטריד בכל מקום שזה קורה".

לפי ארגון הבריאות העולמי, רק כעשירית מהיולדות זקוקות לחתך באזור חיץ (אפיזיוטומיה), הליך שכיח של יצירת חתך כירורגי להרחבת פתח הנרתיק במהלך הלידה למניעת קרעים ולהקלת יציאתו של התינוק. הרופאים גם חייבים לקבל את הסכמתה של היולדת לביצוע ההליך הזה. למרות זאת, נתונים ממשלתיים מראים ששיעורי ביצוע ההליך נעים בין 30% במדינות מסוימות ליותר מ-90% מהיולדות במדינות כמו הולנד, פורטוגל, ספרד ורומניה. דוח של ממשלת צרפת מ-2018 העריך שהצוותים בחדרי הלידה לא יידעו מראש מחצית מהנשים שבוצע בהן חתך כזה, ובסקר שנערך באיטליה נמצא ש-61% מהנשים לא נתנו את הסכמתן ולמרות זאת החתך נעשה.

התדירות שבה משתמשים בתמרון קריסטלר אינה ידועה מכיוון שלעתים קרובות הוא אינו נכלל ברשומות הרפואיות. רופאים, אחיות ומיילדות במדינות כמו בולגריה, קרואטיה, הונגריה, איטליה, פורטוגל, רומניה וספרד מספרים שהם רואים שההליך נעשה על בסיס שבועי, אם לא יומי. דוח

ממשלתי בצרפת מהשנה שעברה העריך שהוא בוצע ב-22% מהלידות, ותוצאותיו של מחקר שנעשה באיטליה בשנת 2018 הראו שהקריסטלר תועד ברשומות רפואיות רק בכ-10% מהמקרים. "הפרקטיקה הזו ממש מזיקה, והעובדה שכל כך הרבה נשים עוברות התערבות שהנחיות לאומיות ובינלאומיות מתנגדות לה מדאיגה מאוד", אומרת ד"ר אוזגה טונקאלפ, מומחית לבריאות האם ולפוריות מארגון הבריאות העולמי.

באוקטובר 2019 התקבלה במועצת אירופה, גוף שחברות בו 47 מדינות, החלטה בנושא אלימות מיילדותית וגינקולוגית. חברי המועצה קראו למדינות החברות בה להחיל חוקים בנושא הסכמה מדעת וליצור מנגנוני דיווח ותלונה ספציפיים, כולל סנקציות על טיפול לקוי. ד"ר פטריק אובריאן מהקולג' המלכותי למיילדות וגינקולוגיה במדינה אומר שבבריטניה אסור להשתמש בשיטה זו: "אני לא יכול לחשוב על כל סיבה להשתמש בזה", אומר אובריאן.

מהקולג' האמריקאי למיילדות וגינקולוגיה נמסר שאין להם הנחיות לגבי תמרון קריסטלר מכיוון שההליך אינו מומלץ, ומשרד הבריאות בספרד הורה לאנשי מקצוע בתחום הבריאות להפסיק לבצע את ההליך הזה בהנחיותיו לשנת 2007. בהערכה שנעשתה ב-2016 נמצא שהוא עדיין מבוצע בכרבע מהנשים היולדות בלידות וגינליות.

"לדעתי ההליך עדיין נמצא בשימוש מכיוון שרופאים ומיילדות רבים אינם מודעים לסכנות שבו", אומרת ד"ר ליגיטה יוקובקינה משוודיה. היא עצמה למדה עליו בבית הספר לרפואה אך כבר אינה משתמשת בו. "אם לאישה היו צירים קשים או שרצינו לזרז מעט את הלידה היה קל יותר ללחוץ על בטן שלה ולנסות להוציא את התינוק במהירות, כדי שהיא ללא תגיע לניתוח חירום", היא אומרת. "יש בעיה עולמית עם הפרקטיקות האלימות האלה, שאפילו ארגון הבריאות העולמי שלל אותן והכריז שהן מסוכנות", אומרת ד"ר שרה כהן שבוט, ראש התכנית ללימודי נשים ומגדר באוניברסיטת חיפה, פילוסופית פמיניסטית וחוקרת אלימות מיילדותית. "הבעיה העיקרית היא שהמעשים האלה לא מתועדים. בתיק הרפואי של היולדת לא יהיה כתוב שנעשה תמרון קריסטלר בשביל לזרז את הלידה, והמידע על הפרוצדורה הזו מגיע ממיילדות ומיולדות".

העדויות של הנשים שנפגעו בלידה נשמעות רק כשהן מגישות תלונה לבית החולים או למשרד הבריאות, אבל התלונות האלה נדירות והן מוגשות רק במקרה שנוצר נזק משמעותית ליולדת או לתינוק, אומרת כהן שבוט. "חשוב לי לומר שנשים לא אחראיות לכך שזה קורה להן, בדיוק כפי שהן לא אשמות באלימות מינית. הפגיעה הנפשית מלווה את היולדות שנים רבות אחרי שנפגעו בלידה ויש מחקרים שעוסקים בהפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) של נשים אחרי לידה. אם לא ביקשו את רשותן לבצע את הפרוצדורות האלה, ואם לא הקשיבו להן כשסירבו, הן לא יודעות מה יקרה בפעם הבאה שיגיעו לחדר הלידה, וחוסר האמון במערכת יכול להיות גם נרחב יותר".

ד"ר כהן שבוט מדגישה שאלימות מיילדותית היא אלימות מערכתית ולא התנהגותית, כלומר זו לא פעולה של מיילדת את או רופאה אחת אלא של מערכת שמעודדת התנהגות כזו. וזו בדיוק הבעיה - קשה לצאת מול מערכת שאמורה להיות מיטיבה. באותו עניין אומרת טונקאלפ: "קשה מאוד ליצור שינוי בתחום הרפואה, כזה שלא נעצר בהנחיות אלא גם קורה בשטח. אני חוששת שיעברו עוד כמה דורות עד שרופאים ומיילדות יבינו שאלה פרטיקות שגויות ומסוכנות, אבל הכוונה היא שזה יקרה ושיוולדות לא ירגישו שהן קורבן לאלימות מיילדותית".