

סיפורו של הגוף: חוויות גוף-זהות של נשים מטופלות פוריות

הילה העליון*

תקציר. טיפולי ההפריה החוץ-גופית מייצרים משמעויות חדשות לגוף הנשי; המרחב הגינקולוגי עתיר בשיחים מנרמלים וממשמעים הנאבקים על הגדרת הגוף, לכן יש חשיבות רבה להבנת "דימויי הגוף" כביטוי למערכת היחסים הדיאלקטית המתווכת בין "סוכן פנימי פעיל" לבין "סוכן חיצוני חברתי". מאמר זה שואב מהמחקר הסוציולוגי העכשווי בנושא "גוף" ומהדיון הפמיניסטי על מטופלות פוריות.¹ לצורך המחקר נוסח ריאיון מובנה-למחצה, שמטרתו לחשוף את המשגות הגוף, הזהות והרגש של נשים ישראליות מטופלות פוריות. ממצאי המחקר עולה כי קריאת "דימויי הגוף" חושפת את עמדות הכוח של מטופלות הפוריות. "דימויי הגוף" פועם כאלפי נימים דקים ומשפיע על תיחום גבולות הגוף, על הבחירה להביע כאב או לחלופין על הבחירה להשתיק. "דימויי הגוף" מעידים על כך שלצד התמסרות הגוף לפרקטיקה הרפואית, קיימת גם אפשרות לנהל משא ומתן.

מבוא

החיים במאה העשרים ואחת הפכו את הגוף, יותר מבעבר, לצרכן פעיל של פרקטיקות טכנולוגיות. חוקרים של נושא הגוף מכנים את המציאות החדשה בשם "חזרה סומטית" (somatic return), לאמור, חזרה אל הגוף הגשמי, תוך כדי שכלול הניסיון לשלוט בו. מושג זה הוא בעל משנה חשיבות לדיון בגוף הנשי בהקשר של טכנולוגיות הרבייה החדשות. בשנים האחרונות הולך וגובר השימוש שעושות נשים בפרקטיקות הטכנולוגיות, ומציאות זו מרחיבה את שליטת המומחים בגוף האישה. הפיתוח הטכנולוגי מעורר את הצורך לבחון את עמדת הכוח של נשים (power position) במרחב הגינקולוגי. בחינה גורפת זו כוללת גם את הצורך לדון במורכבות הביוראטית, הנעוצה בשימוש התכוף בפרקטיקות הטכנולוגיות ובמכלול מנגנוני השליטה והכוח שהפרקטיקות הטכנולוגיות מפעילות על הגוף. כדי לדון באופן שבו הפיתוח הטכנולוגי מתווה את מערכת היחסים בין מטופלות הפוריות לבין סוכני המומחיות החדשים ומעצב את מיקומי הכוח של נשים, יתמקד המאמר ב-25 נרטיבים של נשים ישראליות מטופלות פוריות. באמצעות

* המחלקה ללימודי מגדר, אוניברסיטת בר-אילן והחוג ללימודי משפחה, המכללה למנהל
1 השימוש במונח "מטופלות פוריות" אינו מצביע על מצבן הפסיכי של כלל הנשים אשר עוברות טיפולי פוריות. המונח נבחר מטעמי קיצור ועריכה לשונית.

ניתוח "דימויי הגוף" (body images), האופן שבו תיארו הנשים את גופן במהלך טיפולי הפוריות, אבקש לחשוף את המתח שבין צייתנות וכניעה לבין חתרנות והתנגדות.

ההיסטוריה הפוליטית של טכנולוגיות הרבייה החדשות

השימוש בטכנולוגיות הרבייה החדשות (new reproductive technologies) צבר תאוצה בשנות השבעים של המאה העשרים (Cooper & Glazer, 1998). בליבת טכנולוגיות הרבייה החדשות עמדה שיטת ההפריה החוץ-גופית (in vitro fertilization). עם השתכללות שיטות ההפריה החוץ-גופית החל להתגבש דיון ביו-אתי בנוגע להיבטים המורכבים הכרוכים בפרקטיקה הטכנולוגיות (Shildrick, 1997). המצדדים בטיפול ההפריה החוץ-גופית טענו כי יש לראותם כמנגנון מרחיב (LeMoncheck, 1996; Overall, 1993), אשר תורם לאיכות הקשר הזוגי, עונה על בעיית אי-הפוריות ובכוחו לחלץ את הקשר הזוגי ממשבר שהוא עשוי להיות נתון בו (Sandelowski, 1990). יתר על כן, באמצעות טיפולי ההפריה החוץ-גופית גם נשים שאינן מצויות בקשר הטרוסקסואלי יכולות להרות ללא מגע מיני (Oleszczuk & Keith, 2001). לעומת זאת, המתנגדים גרסו כי טיפולים אלה מייצרים פערי מעמדות ועלולים להעצים את תחושת הדחק בחיי הזוג, שכן הסכמה לטיפולים יכולה להיות מונעת מרצון לתרום לקשר הזוגי (Corea, 1985; Raymond, 1993; Shildrick, 1997). והיא עלולה לעורר קונפליקטים כתוצאה מעלות הטיפול ומכניסתם של גורמים זרים לחיים הזוגיים (Lorber, 1993). כמו כן, טיפולי הפוריות כרוכים בסיכון בריאותי לנשים ולעוברים, הולדת פגים והתמודדות עם אתגר של היריון מרובה עוברים (Healy & Saunders, 2002). דיון בהיבטים הביו-אתיים של טכנולוגיות הרבייה החדשות מחייב היכרות עם ההיסטוריה הפוליטית שלהן.

שנת 1978 מסומנת כשנה שבה התרחשה פריצת הדרך המשמעותית בתחום טכנולוגיות הרבייה. בשנה זו הצליחו שני רופאים אנגליים, הגינקולוג ד"ר סטפטו (Patrick Steptoe) ועמיתו ד"ר ר"ג אדוארדס (R. G. Edwards), לייצר את תינוקת המבחנה הראשונה, לואיז בראון (Luise Brown), בפעולה כירורגית שבה נשאבו ביציותיה של לזלי בראון (Lasley Brown) והופרו בתנאי מעבדה מזרעו של בן זוגה. העובר המופרה הוחזר לרחמה, ולזלי בראון הרתה. התהליך זכה לכינוי "הפריית מבחנה" – in vitro fertilization (IVF), מכיוון שתיאר מציאות הפוכה ל"הפריה בתוך הגוף" – in vivo fertilization. לידת תינוקת המבחנה הראשונה זכתה להדים תקשורתיים רחבים. העולם המדעי התפאר בקדמה, ותיאר את ההצלחה כ"מהפכה" בהבנה של תהליכי הפריה ושל ההפרעות הקשורות בהם, אולם מהפכה זו, כפי שטוענת קוריאה (Corea, 1985), הייתה מוטלת בספק. הסוד שהסתירו הרופאים מעיני הציבור היה שלזלי בראון הייתה אחת מתוך 67 נשים אשר עברו את התהליך ללא הצלחה. במהלך ריאיון עם ד"ר סטפטו התברר כי מטופלת נוספת הצליחה להרות, אולם נשאה ברחמה עובר לא תקין. מידע זה עורר ספקות בנוגע למידת ההצלחה של תהליך ההפריה החוץ-גופית, משום שהועלתה האפשרות שהוא מקרי ולא סיבתי.

אף על פי ששנת 1978 קשורה לראשית שיטת ההפריה המלאכותית, ההיסטוריה הרפואית מעידה על ניסיונות מוקדמים שהחלו שנים רבות קודם לכן. נשים שימשו במשך

שנים אובייקטים למניפולציות מדעיות ללא ידיעתן וללא הסכמתן (Ibid.). ההשראה ליישום שיטת ההפריה החוץ-גופית שאובה מניסיונות מוקדמים שנערכו ב־1920 בתחום הרפואה הוטרנירית. כך, למשל, הרופאים ד"ר גרגורי פינקוס (Gregory Pincus) וד"ר א'ר אנומן (E. V. Enzman) הדגימו במחקריהם כי ביציות של ארנבות שהושמו בתרבות המשיכו את תהליך ההבשלה מחוץ לגוף. מחקר זה נוסה בהמשך על ביציות של עכברות. שנת 1938 סימנה את סיומו של פרויקט בן 15 שנים, המכונה בפי קוריאה (Ibid.) "ציד הביציות" (Egg Hunt). הגינקולוג ד"ר ג'ון רוק (Johan Rock) ועמיתו הפתולוג ארתור הרטיג (Arthur Hertig) לקחו אלפי ביציות מנשים עניות שקיבלו טיפול צדקה רפואי בבית חולים לנשים בברוקלין. בעודיות הרפואיות לא דווח שהנשים הללו ידעו על ההליך הרפואי או הסכימו לביצועו. בסוף התהליך הושגו 34 ביציות מופרות מ־211 נשים. מתוך נאמנות לאוניברסיטה שלהם הם כינו את הביצית הראשונה "Harvard egg" ואת הביצית השנייה "Dominic egg" על שם הספורטאי דומיניק דימאג'יו (Ibid.).

החוקר אדוארדס תרם למחקר הבשלת הביציות וטיפוחן במחקר שערך משנת 1960 עד 1965. הניסיונות הראשונים שערך היו על ביציות עכברים. בספרו, *A matter of life* (1965), טוען אדוארדס כי הוא התלווה אל גינקולוגים בניתוחים כירורגיים ומדד את קוטר הביצית ואת היקפה לאחר שנשאבה משחלות המטופלת. נוסף על כך, הוא טען כי נגישות לביציות אישה הייתה קשה מן הנגישות לביציות של פרות, של כבשים ושל קופות, לכן את מרבית עבודותיו ערך על בעלי חיים. לאחר ששכלל את שיטותיו החל להשתיל ביציות של נשים בארנבות ובקופות, כדי להפרות אותן בגוף החיות. בשנת 1968 חבר ד"ר אדוארדס לד"ר סטפטו. התמצית הראשונה שהשניים רקחו הייתה מורכבת מהורמונים שנלקחו מנשים הרות ומסוסות הרות, והיא הוזקה לראשונה לעכברות. הרופאים קבעו: "What was true for mice was true for women" (Edwards & Steptoe, 1980, pp. 27–31).

השיטה הצליחה, והרופאים השיגו הריונות מרובי עוברים. שליטה זו בגוף העכברות יושמה ב־1968 על נשים. בשנת 1971 החזירו ד"ר סטפטו וד"ר אדוארדס לראשונה עוברים לנשים. ההחזרה עלתה בתוהו. הרופאים לא התייאשו, ומ־1971 עד 1977 הוסיפו וניסו זאת על 80 נשים. כל הניסיונות כשלו. ב־1978, כששינו את שיטת הדגרת הביצית והזרע במבחנה, הצליחו להפרות את הגברת לזלי בראון.

צוות רפואי אחר פעל בשנים ההן באוניברסיטת מלבורן באוסטרליה. בשנת 1980, לאחר טיפול במאות נשים, הוא הצליח לייצר את תינוקת המבחנה הראשונה, קאנדיס ריד (Candice Reed), שהייתה התינוקת היקרה ביותר בעולם: \$1,500,000.

עם התבססות הידע של מומחים במערכת הרבייה, הפכה "שיטת האם" (IVF) למקור השראה לסוגי טיפול שונים. ההיסטוריה הרפואית של טיפולים אלו מלמדת כי ההתבוננות במערכת הרבייה של נשים היא אדישה. העיסוק האינטנסיבי במניפולציות על ביציות ושחלות דחק לשוליים את האפשרות לתיקון צינורית הזרע או שק האשכים. ההתמקדות בגוף הנשי ככזה שמצריך טיפול נתנה לגיטימציה להפוך את גופה של האישה לגוף מורדם, נשאב ומאושפז. יתרה מכך, שכלולן של השיטות שעתק את הסטיגמה כי עקרות היא מצב בלתי נסבל עבור נשים. תמרונים מדעיים אלו, גם בהנחה שהושגה הסכמת המטופלות, דחקו לשוליים את הדיון ברגשותיהן של נשים, בכאבי הגוף שחוו ובתחושותיהן לנוכח כישלון מחזור טיפול.

דיון ביחסי גוף-זוהות

הגדרה מחדש של הגוף הנשי באמצעות שיח המומחים

משעה שנשים נכנסו למרחב הטיפולי ושהו בו, הן העניקו להתנסותן משמעויות חדשות ומגוונות, וניסחו "התחוות גופנית חדשה". לעתים, ללא כל קשר לאבחון מקור בעיית הפוריות, הגוף הנשי הוא המצוי במרחב הטיפולי. בניגוד אליו, נוכחות בעיית הפוריות של גברים נותרת עלומה. המרחב הרפואי עתיר בשיחים ובמנגנוני כוח מנרמלים ומשמעים. שיחים אלו נאבקים על הגדרת הגוף הנשי המטופל, והופכים אותו לאתר שבו תנועות הכוח מעצבות את הגדרתו. החוקרת בירק (Birke, 2000) טוענת כי המרחב הרפואי מייצר משמעויות חדשות למה שהיא מכנה "מציאות גופנית פנימית" (inner body organs). לטענתה, אי-יכולתן של נשים לצפות בגופן המטופל באופן ישיר גורם להן להישאר שבויים בשיח המגדיר בלשונן את "הבריא" לעומת "החולה" ואת "היצרני" לעומת "העקר". כך נבצרת מנשים האפשרות לפתח "נרקיסיזם גופני", מכיוון שהן לומדות על המציאות הגופנית בתיווך כאב; גם האבחון מתבצע באמצעות בדיקות פולשניות המלוות בכאב (Ibid.).

הרפואה הגינקולוגית מרחיבה בתיאורי לקויות רפואיות במערכת הרבייה של נשים, אולם תיאור הפתולוגיות בקרב גברים נותר תמציתי. חוקרות פמיניסטיות שעמדו על מגמה רטורית זו (O'Brien, 1981; Pfeffer, 1985; Sandelowski, 1990) טענו כי היא משפיעה על האופן שבו תופסות נשים את מערכת הרבייה שלהן. על-פי לוי (Lloyd, 1997), השפה הרפואית המתמחה בפוריות, משתמשת בתיאורים צבעוניים חיים כשהיא מתארת פתולוגיה בגוף האישה. באשר לפתולוגיה הגברית, השפה הרפואית מתארת בתמציתיות את הלקויות באיברי הרבייה הזכריים, ובכך מצניעה את בעיית הפוריות במערכת הרבייה של הגבר. גם החוקרת מרטין (Martin, 1999) פונה אל השיח הגינקולוגי כאל "אגדה סטריאוטיפית על תפקודי הזרע והביצית". לטענתה, המחזור החודשי מתואר בספרות המקצועית באמצעות שיח פתולוגי על "מות הרקמות", ואילו הזרע הזכרי זוכה לתיאור דינמי ואקטיבי. החוקרת ביגן (Beagan, 1988) טענה כי "השיח הרפואי מהווה איום אמיתי לנשים כקולקטיב"; היא בחנה טקסטים מדעיים ורפואיים, הלקוחים מכתב העת *Fertility and Sterility*, והראתה כיצד השפה הרפואית מייצרת דה-הומניזציה של נשים ומתייחסת אליהן כאל חומרי גלם של רבייה. לטענתה, מגמות רטוריות אלו נבעו מהעובדה כי גברים רצו מאז ומעולם לפצות את עצמם על יתרון של נשים, היכולות ללדת.

נוסף על השפה הרפואית המגדירה מחדש את הגוף הנשי, מציאות גופנית חדשה מיוצרת הלכה למעשה. שגרת הטיפולים כוללת התמודדות חדשה; עד מהרה נשים מתוודעות לזריקות הורמונליות, לניקוב הגוף ולחירורו (מציאות זו מתקיימת לעתים גם במקרה שהגוף הנשי לא הוגדר כמקור בעיית הפוריות). יתר על כן, גבולות הגוף הנשי נפרצים באמצעות המבט התכוף בגוף המטופל ובאמצעות בדיקתו האינטנסיבית, וההתמקדות ברחם קוטעת את השלם הגופני-זוהותי. יישומים אלה כורכים יחד את ה"טבעי" (natural) ואת ה"מלאכותי" (artificial), ומעבירים את המסר כי יש "לתקן" את הגוף. לצד השיח הגינקולוגי מתנהל שיח בדבר החופש "לצרוך" את שירותי הפרקטיקה הטכנולוגית. נשים מנותבות לבחור את המומחה "הטוב ביותר" ולעתים לשלם לו את מיטב כספן לשם הצלחת הטיפול. פרקטיקות אלו ואחרות הופכות את הגוף הנשי לאתר פוליטי הנע בין כניעה וצייתנות לבין חתרנות והתנגדות. כדי להתחקות אחר תנועת הכוח הפועלת על הגוף הנשי המטופל ובמקרים

מסוימים נדחית ממנו, מתמקד המאמר באופן שבו נשים מתארות את גופן המצוי במרחב הגינקולוגי. כדי לעמוד על כיווני הכוח השונים מאמץ המחקר את המסגרת התיאורטית שמציעה גרוס (Grosz, 1999). לטענתה, כוחות הפועלים על הגוף מכוונים מן החוץ אל הפנים (outside-in) ומן הפנים אל החוץ (inside-out).

תנועת הכוח מן החוץ אל הפנים דומה לטיעוניו של פוקו (Foucault, 1977) על כוח המגולם בשיח המומחים ומכוון למשמע ולנרמל את הגוף. מצב זה, שבו מופנם הכוח החיצוני בגוף הנשי, מותיר נשים מושחקות וכנועות. גרוס (Grosz, 1999) טוענת כי הפנמת הכוח בגוף מותירה נשים בעמדה של חולשה, שאותה היא מכנה "כוח שלילי" (negative force). לעומת זאת, תנועת הכוח ההפוכה היא מן הפנים אל החוץ; כיוון זה מצביע על קיומה של סוכנת נשית אקטיבית (active agency), המתנגדת להכפפת הגוף לחוקים חיצוניים ומגדירה את עצמה מבפנים. עמדת כוח זו שונה מקודמתה, מפני שהאלם הנשי מוחלף בה במילה המדוברת, והאשה נהנית מ"כוח חיובי". היכרות עם תנועות הכוח האמורות חשובה ביותר להבנת התנסויותיהן של נשים מטופלות פוריות. כדי להבין כיצד מתמרנות תנועות הכוח אל הגוף הנשי וכיצד הן נהדפות ממנו, ייבחנו "דימויי הגוף" (body images) שמספקות נשים מטופלות פוריות בשעה שהן מתבקשות לתאר את גופן. החוקר ויליאמס (Williams, 2001) מקנה משנה חשיבות להבנת "דימויי הגוף" של מרואיינים במחקרים בנושא "גוף". לטענתו, "דימויי הגוף" משמשים קרקע פורייה להבנת "חוויית הגוף" (lived body experience) הכוללת את ההיבטים הרגשיים (emotions), את חוויות החישה (sensations) ואת השלם הגופני ההוליסטי. נראה כי היכרות עם תנועת הגוף הנשי במרחב רפואי מגודר ומוגדר עשויה להאיר את המתח שבין הבניית התרבותית-חברתית של הגוף לבין יכולותיהן של נשים להגדיר את גופן ואת התנסויותיהן מעמדה פעילה ומאגרת.

כינון הזהות של מטופלת פוריות

כיום המציאות האובייקטיבית של בעיית הפוריות עשויה לקבל מענה בשתי דרכים: אימוץ וטכנולוגיות רבייה חדשות. האימוץ הוא הסדר חברתי המאפשר הורות סוציולוגית ופסיכולוגית, במקום הורות ביולוגית. לעומתו, טכנולוגיות הרבייה החדשות מאפשרות הורות ביולוגית (לנדאו, 1995). החוקרים שפירו, שפירו ופרט (Shapiro, Shapiro & Paret, 2001) טוענים כי תהליכי הגלובליזציה, המייצרים סביבה אנטי-הומניסטית, משפיעים על בחירות שמקבלים זוגות בנוגע לסוג ההורות המועדף עליהם. זוגות רבים מבכרים את ההורות הביולוגית על פני אימוץ. לטענתם, נגישות טכנולוגיות הרבייה החדשות וזמינותן הן המשפיעות על העדפה זו. הסוציולוגית איינהורן (Inhorn, 2000), אשר חקרה נשים מצריות שעברו טיפולי פוריות, גורסת כי בחירותיהן נעוצות באידיאלוגיות המדגישות את חשיבות "קשר הדם" של המשפחה הביולוגית. לטענתה, מוסדות דומיננטיים, המשמשים כבאי כוחה של האידיאלוגיה הגנטית: הכנסייה, המדינה והמומחים הרפואיים, מעודדים בשיח המעצב את הבחירה ב"הורות טבעית". ממחקרה של ברג (Berg, 1995), אשר ביקשה ללמוד כיצד מטופלות פוריות מתמודדות עם האפשרויות: אימוץ או הורות ביולוגית, עולה כי נשים מבכרות את האפשרות הטבעית. לטענתה, נשים רוצות להיכנס ל"קולקטיב הנשים הפוריות" ורק לאחר מכן ל"קולקטיב האמהות". סדר עדיפויות זה תורם להחלטה לבכר את טיפולי הפוריות על פני האימוץ.

ממצאים אלו חשובים במיוחד לדיון בקונטקסט הישראלי. מדינת ישראל מוצגת בספרות המחקרית כמדינה מעודדת ילודה (אמיר, 1995; Benjamin & Ha'elyon, 2002; Birenbaum-Carmeli, 2003; Kahn, 2000; Remennick, 2001) היונקות מן ההלכה ומן הציונות הזינו את גישת המדינה כלפי טיפולי הפוריות. ב-1990 החזיקה מדינת ישראל במספר הגבוה ביותר של קליניקות לפיריון בהשוואה לעולם כולו (24 יחידות לאוכלוסייה המונה חמישה מיליונים וחצי תושבים). מומחי הפוריות בישראל נתפסים כמנהיגי העולם בתחום המחקר והפיתוח הטכנולוגי, וישראל הפכה למרכז עלייה לרגל לזוגות מאירופה ומהמזרח התיכון המתקשים להרות (Kahn, 2000). קאהן טוענת כי בארצות הברית עלות טיפול הפריה חוץ-גופית נעה מ-\$5,000 עד \$20,000 (Ibid.). במדינת ישראל קבעו המחוקקים כי טיפולי הפריה חוץ-גופית ייכללו בסל שירותי הבריאות והמדינה תסבסד אותם (לנדאו, 1995). נוסף על כך, כל אישה במדינת ישראל, ללא קשר למוצאה או לסטטוס הזוגי שלה, רשאית לקבל כמות בלתי מוגבלת של טיפולי הפריה חוץ-גופית ללא תשלום, עד שתביא לעולם שני צאצאים. מגמה הפוכה לתמיכה הממשלתית הגורפת בטיפולי הפוריות נשקפת מיחס המדינה לתחומים הבאים: שירותי תכנון המשפחה ומניעה של היריון בלתי רצוי ושל מחלות מין (אמיר, 1995; Kahn, 2000). גופים משפטיים בישראל תרמו באופן אקטיבי לקידום מאבק לחקיקה שתאפשר נגישות גבוהה לטיפולי הפוריות. המסגרת המשפטית מתחה את גבולות התקנות הקיימות, שהגבילו את הגישה לטיפולי הפוריות, ובמקביל יצרה תקנות חדשות שהרחיבו את השימוש בטיפולי הפוריות (לנדאו, 1995; Kahn, 2000). חוק הפונדקאות, שאושר בשנת 1996, הפך את מדינת ישראל למדינה היחידה בעולם המגדירה פונדקאות כחווה אמהות חוקי. לצורך השוואה, מדינות כגון: מצרים, ערב הסעודית, יפן, אוסטרליה, גרמניה, פינלנד, נורבגיה וכמה מדינות בארצות הברית, אוסרות לחלוטין את הפונדקאות. מדינות אחרות, כמו אנגליה, מתירות את הפונדקאות בחוק, אך חל בהן איסור לשלם לפונדקאית באופן ישיר, והתשלום היחיד המותר הוא בגין ההוצאות הרפואיות. בניגוד לענייני דיומא אחרים במדינת ישראל, טיפולי הפוריות זוכים לקונצנזוס רחב (Kahn, 2000). הקושי לקבל את העקרונות משפיע על אופן ניהול הגוף מול סוכני הכוח של הפרקטיקה הרפואית, ומעלה את הצורך לדון במתח שבין צייתנות נשית לבין התנגדות חתרנית.

מתודולוגיה

מטרת המחקר היא למקד את המבט הסוציולוגי בתפיסות הגוף של נשים מטופלות פוריות. שאלות המחקר נועדו לברר את האופן שבו נשים חוות את גבולות הגוף החדשים הנוצרים עקב השימוש התכוף בהורמונים, את שגרת החיים שבה ניתנות זריקות מדי יום ביומו, את ההרדמות לצורך שאיבת הביציות ועוד. שאלת מחקר נוספת עוסקת באופן שבו מנהלות ההתמודדות עם חוויות החישה החדשות של הגוף (sensations); לאמור, כיצד מתמודדות נשים עם כאבי הגוף, וכיצד מתקבלות החלטות הקשורות בניהול הגוף הנשי. "דימויי הגוף" של המרואיינות הם ליבת הניתוח המחקרי. 25 נשים יהודיות-ישראליות העוברות טיפולי הפריה חוץ-גופית לשם השגת היריון ראשון רואיינו מובנה למחצה (semi)

structured interview). המרואיינות חלקן פרופיל סוציודמוגרפי שהוגדר מראש: נשים שטווח גילאיהן הוא 23-45, המקיימות קשר נישואין הטרוסקסואלי ובעלות השכלה תיכונית מלאה או חלקית. כמו כן, נבדק כי באף אחד מהמקרים לא היה שימוש בסיוע של גורם שלישי כדי להרות, כלומר תרומת ביצית או תרומת זרע. גיל המרואיינות והשכלתן נקבע בהתאם לפרופיל המופיע בספרות המקצועית – נשים בעלות השכלה גבוהה יחסית (12 שנות לימוד וחצי) וטווח גילאים מעל ממוצע גיל הפריור (בירמן ואחרים, 1991; Daniluk, 2000; Lorber, 1993). לצורך המחקר הנוכחי הורחב טווח גילאי האוכלוסייה, משום שהשימוש הגובר בטכנולוגיות הרבייה החדשות מכנס בין שורותיו גם נשים אשר מצויות בגיל הפריור הממוצע. לצורך גיוס המרואיינות ננקטו כמה צעדים: (1) פרסום המחקר בשלושה מקומונים במשך שלושה חודשים; (2) פרסום המחקר בשני פורומים באינטרנט המיועדים לנשים מטופלות פוריות. טרם פרסום המודעה נשלחה תכתובת למנהלי הפורומים, והמחקר הוצג בפניהם. המודעה שהופיעה בפורום הייתה זהה לזו שהופיעה במקומונים; (3) דגם כדור השלג: נשים שהתראיינו התבקשו לסייע באיתור נשים נוספות. נכונות הסיוע הייתה גבוהה, והתברר כי היכרותן עם טיפולי הפוריות מרחיבה את נגישותן לנשים נוספות; (4) פנייה פרטית למטופלות: מתוך היכרות אישית עם תחום טיפולי ההפריה, שימש אותי הביקור היומימי בקליניקות לפוריות לאיתור מרואיינות.

בשל הקונטקסט המחקרי הרגיש, החלטות בדבר הגנה על זכויותיהן של המרואיינות ועל רווחתן היו חלק מרכזי בשלבי תכנון המחקר, בניהול ההליך המחקרי וביישומו (Arksey & Knight, 1999). כדי למזער את הנזק האפשרי שעלול להיגרם למרואיינות, ננקטו מספר אסטרטגיות המעוגנות באתיקה של "המחקר הפמיניסטי" (DeVault, 1990; Harding, 1993; Marshall, 1996; Stanley & Wise, 1993). אסטרטגיות אלו כללו את "גישת השיתוף" ואת גישת "הקשב הפעיל", כדי להפוך את הריאיון לחוויה חיובית עבור המשתתפות. בחלק האחרון של הריאיון הסברתי למרואיינות באיזה שלב נמצא המחקר, מה כיוונוי ההמשכים ומה יעשה במידע שהן סיפקו לי. פעולות אלו נועדו להרחיב את תחושת ביטחונן. נוסף על כך, השארתי למרואיינות כרטיס הכולל את פרטיי האישיים, והדגשתי בפניהן כי תוכלנה לשוב ולפנות אליי אם יתעוררו אצלן שאלות, השגות, רגשות שליליים ביחס למחקר או חרשות שיובילו לבקשה שלא להשתתף במחקר. לכל המרואיינות הובטח חיסיון מלא של הפרטים האישיים, והשמות המוצגים בפרקי הממצאים הם בדויים. ניתוח הראיונות התבצע בכפוף לשיטת סאקס (Sacks, 1993) לחלוקה לקטגוריות ולניתוח רעיונות מרכזיים (MCD).

ממצאים

ממצאי המחקר עולה כי יחסן של נשים לטיפולי הפוריות מתבטא בעוצמות שונות, שאותן אפשר לתרגם לעמדות כוח שונות במרחב הטיפולים. עמדות הכוח השונות של מטופלות הפוריות באות לידי ביטוי ב"דימויי הגוף" העולים מתיאוריהן, בתפיסת מאגר הזהויות שלהן ובתפיסת זכויותיהן. להלן יוצגו שני קטבי ציר, המסמל את רצף עמדות הכוח של נשים מטופלות פוריות במרחב הטיפולים.

עמדת כוח ראשונה – צייתנות במרחב הגינקולוגי המטפל: 14 נשים אשר השתתפו במחקר ביטאו נכונות צייתנית לקבל את כוחות הסדר ההגמוני היוצרים את תנאי הגוף המטפל. "דימויי הגוף" שתיארו נשים אלו הצביעו על כך שהן הפנימו תפיסה צייתנית, המקבלת את הסדרי הכוח החיצוני בצורה ישירה וכמעט ללא עוררין. "דימויי הגוף" כללו ביטויים לחוסר זכאות, לאובדן שליטה, להשתקת הכאב ולהפרדה בינארית בין גוף לבין נפש. לפי מינוח שמציעה גרוס (Grosz, 1994), נשים אלו הדגימו את תנועת הכוח מן החוץ אל הפנים: סובייקט נשי ממושמע וצייתני מורה על עמדת כוח שבה הופנמו כוחות הסדר ההגמוני. מציאות זו מלווה בעיקר בחוויה של שסע המונעת את האפשרות לייצר הוליוזם גופני ער וקשוב לתרחישי הגוף החדשים.

עמדת כוח שנייה – ניהול משא ומתן פעיל עם שיח המומחים: 11 נשים אחרות אשר השתתפו במחקר הציגו דפוס התמודדות המנהל משא ומתן פעיל עם המרחב הגינקולוגי המטפל. נשים אלו השתמשו ב"דימויי גוף" שביטאו ניסיונות עיקשים לאתגר את שיח המומחים ולחתור תחת ניסיונותיו לכפות משמעת על גופן. נשים אלו הפגינו נכונות לכופף הסדרים חברתיים-תרבותיים קנוניים, תוך כדי הקשבה לחוויות החישה של הגוף בימי הטיפולים. נוסף על כך, הן חשו זכאות לנגח את השיח הרפואי באמצעות מתיחת ביקורת. קיומה של "סוכנת פנימית פעילה" בא לידי ביטוי בהקשבה ערבית לחוויות החישה של הגוף. בשביל נשים אלו היה הכאב אמצעי לתיחום גבולות הגוף ולקביעת מהלכיו. באופן זה הדגימה ההתנסות תנועת כוח דו-כיוונית: מן החוץ אל הפנים, ובחזרה – מן הפנים אל החוץ, שתרמה לאפשרות לנהל משא ומתן עם סוכני הכוח. נשים אלו פנו מיד עם הידיעה כי הן עומדות לעבור טיפולי פוריות אל שיחי ידע חלופיים, וזאת שיח המומחים.

עמדת כוח ראשונה: צייתנות לשם שימור שגרת הטיפולים

הגוף הנשי במרחב הטיפולים

הגוף הנשי כאתר משמוע ונרמול – צייתנות לשיח המומחים
עם תחילת טיפולי הפוריות, ביטאו חלק מהנשים נכונות לקבל בצייתנות את שיח המומחים המגדיר את תנאיו החדשים של הגוף. הנכונות הופנתה למומחים של ממש (קרי, לרופאים מטפלים) ולכאלו אשר הן תפסו כ"מומחים". נטייה זו שיקפה את סירוב הנשים לקבל את העקרונות הזמנית ואת רצונן לשנות באופן מיידי את מצבו של הגוף שלא עובר:

אני מוכנה לעשות מה שממליצים לי... אני לא מבינה הרבה... לכן אני משתדלת לקבל את ההמלצות של הרופאים, או בכלל כל מי שמבין בתחום (דינה זהבי, 33).

ברומה טוענת מרואיינת נוספת:

אני מוכנה שהם (הרופאים) יתגלחו על הזקן שלי. אני מוכנה לנסות הכול (ניבה קסיס, 30).

קבלת כוחו האבסולוטי של הידע החיצוני והפנמתו בגוף הופכים את הכוח החיצוני לסוכן המחולל תמורות בחיי המטופלות. באופן דומה נשים מצייתות לצווי הצרכנות:

כשהגוף לא הגיב לאיקוקלמין (סוג של הורמון), החלטתי שאני חייבת לעזור לתהליך. "צנטרוס" יכול לעזור... ולקחתי את הכדורים... הייתה תגובה טובה של הזקיקים באותו חודש. כשניסיתי להסביר את התגובה הבנתי שבצנטרוס יש ויטמין מסוג ב 6 והוא עוזר בפוריות. מאז ועד היום אני מקפידה על זה באדיקות (רווית זמר, 25).

שיתוף הפעולה של נשים עם שיח המומחים תורם לשעתוק התפיסה התרבותית שלפיה ההולדה היא באחריות האישה, וגופן הופך לזירה של תוכה מתנקזים תכנים חדשים. תמורות אלו ניכרות באופן שבו נרקם לאטו סובייקט נשי חדש, שראשיתו בשיתוף פעולה וסופו בנרמול מדעת ומרצון:

... לפני הטיפולים עסקתי בספורט באופן יומי. התעמלתי במכון כושר, לפעמים שחיתי. כשהתחלתי בטיפולים שיניתי את אורח החיים, וויתרתי על המכון (חנית לביא, 31).

שינוי אורחות חיים עולה מדבריה של מרואיינת נוספת:

חמותי אמרה לי... שכדאי לי להירגע... היא הציעה לי להצטרף לחוג של יוגה שמתקיים במתנ"ס בנוסף לטיפול הרפואי... בשיעורים הראשונים... לא התחברתי בכלל... אבל לא ויתרתי לעצמי (טניה דויד, 34).

התהליכים המתוארים לעיל מבטאים את האופן שבו משתקף "האתר המטריאלי", הגוף, בסובייקט הזהותי ולהפך. הדיאלקטיקה גוף-זהות מתארגנת באמצעות קשר של הכפפה ושיתוף פעולה.

הליכים אלו מצריכים דיון ביחסי גוף-זהות. בן-חביב (Benhabib, 1992) טוענת כי זהות אינה מתבססת על פוטנציאל הבחירות שיש בידי נשים, אלא על הבחירות שננקטות בפועל. נראה כי הבחירה של נשים לשתף פעולה מותאמת לשגרת הטיפולים החדשה ולשיח המומחים, כפי שהסוכנים החיצוניים מייצגים אותו (Giddens, 1991). מנגנון שיתוף הפעולה מצמצם את אפשרויות הבחירה ותוחם מסגרת חדשה ל"סובייקט הגופני השלם" אשר נחוזה בתוכה באופן "שסוע" (split) (Flax, 1994). בביטוי "שסע" אבקש להציג דפוס שראשיתו – ויתור על מאגר הזהויות השלם לטובת הזהות האמהית (Ha'elyon, 2006), והמשכו – הכחשת רגשות שליליים, ואלחוש כאבי הגוף:

מטיפול לטיפול אני מוכנה לעשות יותר ויותר, לפעמים גם דברים שנוגדים אמונות שלי (עמית כימר, 38).

כשהכוח החיצוני חודר אל הגוף, מיוצרים "דימויי גוף" המעידים על היעדר שליטה ועל חוסר יכולת לתחום את הגוף. הכאב הופך אף הוא ללא רלוונטי.

גוף כואב, שותק ונעדר שליטה
 "דימויי הגוף" הם הביטוי הבולט ביותר לאופן שבו חוברים יחד שפה והתנסות גופנית ומגדירים את היחסים שבין גוף מטריאלי לבין סובייקט זהותי (Punday, 2000). פרגוסון (Ferguson, 1997) טוען כי יש להקשיב ללשון המתארת, כיוון שהשפה מקפלת בתוכה הסדרים של כוח. מטרת השאלות הייתה לברר אילו "דימויי גוף" מיוצרים בתהליך הרפואי. במסגרת הריאיון התבקשו המרואיינות לתאר כיצד הן תופסות את גופן המטופל. "דימויי הגוף" של המרואיינות מעידים על שלוש נקודות ציון במסע הגופני: (1) התבוננות חיצונית בגוף המטופל: נשים תיארו את גופן ממקום מרוחק, כמעין מתבוננות מן הצד (outsider viewers); (2) אלחוש כאבי הגוף: נשים טענו כי הכאב אינו רלוונטי להתנסות, והדירו אותו לשוליים; (3) בינאריות קוטבית בין גוף לבין רגש.

ש: אם היית צריכה לתאר לי את גופך כיצד היית עושה זאת?
 ת: שוב... אני מתייחסת לגוף שלי כמו אל ישות נפרדת, משהו עם חיים נפרדים... רצונות משל עצמו. לפעמים אני חושבת עליו שהוא בעייתי... הרחם שלא משתף פעולה, גם השחלות לא משתפות פעולה (עמית כימר, 38).

נראה כי הטיפול הרפואי, המפקיע את האפשרות הפרטית לניהול הגוף ומהלכיו, תורם לתחושת היפרדות מהגוף:

הגוף שלי מפתיע בכל פעם מחדש. כאילו גוף לא מאופס, יש ביציות ואין השרשה. יש מחזור ואין היריון. היום זה גם חוסר שליטה, כי אני לא יכולה לצפות מה תהיה התגובה של הביציות. למשל בשני טיפולים קיבלתי את אותם הזרקות, עם אותו מינון, ועלידי אותה אחות, ועדיין פעם היו עשרים ביציות, ופעם אחת רק שבע. אני לא מבינה איך זה. אני כבר מתחילה לחשוב ברמות מאוד גבוהות, אפילו שיש משהו מיסטי, שקורה בגוף בלי שום קשר אליי (תיקי צפיר, 29).

הטיפול הרפואי דוחק את ההגדרה הפרטית של נשים לשוליים, וכתוצאה מכך, הן חשות שאינן מבינות את גופן. תהליך זה גורם לנשים לחוש שהן מתבוננות בתרחישי הגוף מהצד. ההתבוננות מן הצד מרמזת על כך ש"חוויית הגוף" מוחלפת בגישה שאיננה "מגולמת גוף" (disembodied body), ממוקדת רק באפשרויות המטריאליות של הגוף ותופסת אותן כתנאי מוקדם להערכתו ולשיפוטו. גישה זו מתבטאת גם בנטייה של נשים לאלחש את כאבי הגוף:

רוב הזמן הכאב הוא גדול והגוף שלי הוא רחם אחד מדמם... אני לא רוצה שייגעו בי ולא רוצה לגעת. מבחינתי יש את הטיפול ושם יקרה מה שצריך לקרות... בשבילי הכאב הוא חלק מהעניין וטיפולים מסוימים אני מצליחה להתנתק ממנו, בורחת למחוזות אחרים... כמה פעמים חשבתי על פקירים שלא מרגישים כאב כשהם הולכים על גחלים רותחים, ניסיתי להגיע למצב כזה בצילום הרחם (נירית עקרון, 40).

אלחוש מלאכותי של הגוף מאפשר שיתוף פעולה עם שיח המומחים. "התנתקות פקירית" מכאב משמשת פרקטיקה מודעת לקבלת הכוח החודר לגוף הנשי:

היו בדיקות שעשיתי בלי הרדמה. באחת מההחזרות אפילו עשו לי פעולה כירורגית של פתיחה או אני לא יודעת מה זה היה בדיוק, אבל הכניסו לי מין מוט דק עם סיכה, זה כאב לי מאוד. אבל אני מתאפקת... אני מתגברת על הכאב... (אדווה שרון, 36).

לעמדה המכחישה כאב מצטרפת גם ניבה קסיס:

... לי יש סף סבל גבוה. בגלל זה גם לא התאשפזתי מיד כשהתחיל הגירוי. אפילו סבלתי מציסטות ולא הרגשתי כאב. הצילומים היו קשים, אבל גם אז לא זוכרת שאמרתי משהו... לקחתי משכך כאבים והלכתי לישון (ניבה קסיס, 30).

אף על פי שהכאב הפיזי נחוזה בגוף, הוא נותר שקוף. סקארי (Scarry, 1985) טוענת כי הנכחת הכאב מרכזית להבניית מציאות גופנית סובייקטיבית. לטענתה, יש ערך פוליטי רב לעובדה כי בניגוד לכל יתר החושים שהאדם יכול לחלוק עם זולתו (ריח, ראייה, שמיעה ועוד), הכאב נשאר תמיד מציאות פרטית. לפיכך, סקארי טוענת כי כשאדם צריך לתאר את כאביו של הגוף במרחב החברתי הוא מסתכן בספקנות, שכן אף לא אחד בסביבתו החברתית יכול להיות שותף לחוויית הכאב (Ibid.). הסוציולוג מוריס (Morris, 1993) מדגיש את הערך הצפון בהשמעת כאב. לטענתו, מתן ביטוי לכאב הוא אפשרות פרטית לארגן התנסות שלמה ואותנטית של הגוף. מתן הגדרה פומבית למציאות פיזיקלית פרטית הוא דרך בלעדית לגישה גופנית הוליסטית, ולהפך; הכחשת הכאב מבטאת את האופן שבו משוכלל הציות והגוף נתפס כסובייקט מובנה חברתית ולא כסוכן אקטיבי (Johnson, 1990). נראה כי משעה שמופרדת החוויה החושית מהגוף החומרי נעדרת גם התאמה בין החוקיות השלטת ברגש לבין החוקיות המשתלטת על הגוף (בן-זאב, 1996). אי-התאמה זו מתאפיינת ב"דימויי גוף" המעידים על בינאריות קוטבית בין גוף ונפש. ראשית תפיסה מפרידה זו באה לידי ביטוי בניכור שאותו מפנות נשים לגופן, במקרה שלא מושג היריון:

הייתי מחליפה את כל הגוף שלי. הופכת אותו... לגוף של אישה שיכול בקלות להיכנס להיריון (נופית ים, 32).

שכבתי במיטת הטיפולים והרגשתי אכזבה, אמרתי לגוף שלי אתה אכזבת אותי (סילבי רם, 42).

תחושה של אכזבה מהגוף ורצון להפוך את הגוף ל"משהו אחר" מעידים על האופן שבו היריון והתעברות משמשים כתנאי מוקדם להערכת הגוף (Frank, 1990). באופן פרדוקסלי, דווקא הטיפולים משכללים את התפיסה הפולארית:

אני מרגישה כמו מסננת, כמו חור שמכניסים לתוכו מתכות קרות באולטרה-סאונד, מזריקים לתוכו, שואבים ממנו, כמו בובת סמרטוטים מטולטלת (נגה צפוני, 31).

חווית הגוף החדשה מעניקה לבעלי הכוח הרפואי את הסמכות לנהל את גבולות הגוף (Battersby, 1999) ולעצבם כראות עיניהם. החוקיות החדשה משתלטת על הגוף, מטלטלת אותו ומנערת ממנו באופן סימבולי את "העצמי הפנימי", המגדיר והמתנגד. עד מהרה, נוצר "דימוי גוף" מתחולל, החובר לחוסר רצון "לקחת חלק" ומעלם מהרגש הכרוך בהתנסות:

אני זוכרת הרדמה אחת שהרגשתי כאילו אני מתבוננת בכולם מהצד, כאילו אני שוכבת על המיטה של הטיפולים, אבל לא נמצאת שם... הרגשתי כמו עלה נידף ברוח ורק רציתי שירדמו אותי, כדי לא לראות יותר (טניה דויד, 34).

גוף שסוכניו נמצאים בתחום הציבורי הוא גוף שייחודו הפיזיולוגי וייחודו הרגשי מתרחקים ממנו (Callahan, 1995; Goslinga-Roy, 2000) והוא הופך לחומר בידיהם של יוצריו:

ש: אם היית צריכה לתאר לי את גופך כיצד היית עושה זאת?
ת: מוזנח, אין לי חשק לטפל בו... אצלי זה נדיר שאני לא צובעת את השיער. אין לי חשק לטפל בגוף. הכול הפך לחסר ערך. אז אני אמרח צבע, או אשים ליפסטיק, זה לא ישנה את החלל שיש לי בפנים.
ש: למה את מתכוונת במילה חלל?
ת: מהדיעה שאני לא אכנס להיריון טבעי, נפער לי חלל בנשמה. אני מרגישה שכל מה שנכנס לתוך החלל הזה, סרט טוב, חברים, בית קפה, בילוי... לא מצליחים למלא אותי (חנית לביא, 31).

התבוננות ב"דימוי הגוף" (Punday, 2000; Seidler, 1994; Williams, 2001) שמספקת המראיינות ממחישה כיצד הן תופסות את הדיכוטומיה הקוטבית, התורמת למה שמכנה טרנר "disembodied approach" (Turner, 1996). הגוף הנשי, שתואר בראשית התהליך כ"חסר", מטופל בידי הפרקטיקה הכירורגית, שנתפסת ככזו שעשויה למלא את ה"חסר". באופן פרדוקסלי, ה"חסר" משתכלל בעקבות ההליך הכירורגי, והנשים שבות אל נקודת המוצא, המתבססת על תפיסתו הקוטבית-יצרנית של הגוף הנשי.

עמדת כוח שנייה: ניהול משא ומתן פעיל במרחב הטיפולים

שימור עולם הזהויות הקודם: הקשבה אל הפנים
מראיונותיהן של 11 נשים אחרות עולה דיאלקטיקת גוף-זהות שונה. "דימוי הגוף" העולים מתאוריהן פעילים יותר, ומאפיינים דפוס של משא ומתן. באופן מעניין, הנשים המנסות לנהל משא ומתן קיבלו את השפה הרפואית ואת שיח המומחים, אך עשו בהם שימוש חתרני כדי לנגחם. ראשית, תגובותיהן התאפיינו בהקשבה פעילה לרצונותיהן הפרטיים ובהתנגדות לויתורים בשם ההולדה:

אני בחורה מעשנת. ככה זה, ככה אני אוהבת. בכל מאמר או כתבה שפגשתי, נכתב בפירוש שעישון מפחית את סיכויי הפוריות. ומאז הטיפולים כל מי שאני מכירה

גם טורח להזכיר את זה... אני לא מוכנה להקשיב... העישון עוזר לי להירגע (דנה גבעתי, 35).

הייתי ספורטאית כל חיי... כשהתחלנו בטיפולים, קיבלתי ייעוץ שלא מומלץ כל כך לעשות ספורט אינטנסיבי... אבל הטיפולים גרמו לי לעלייה במשקל, שאני לא מוכנה לקבל אותה. אני לא רוצה להגיע ל"אובר" משקל, לכן אני ממשיכה לעשות ספורט (שקד מודעי, 26).

המרוויינת הבאה מסבירה את האופן שבו עולה על פני השטח ההגדרה הפרטית, המציבה התנגדות לקולות חיצוניים:

אני לא מוותרת על דברים שאני לא מעוניינת לוותר עליהם. הציעו לי לעבור לתזונה צמחונית, ואני אמרתי שאני לא משוגעת לוותר על בשר. הציעו לי ללכת לרבנים, לקורא בגלגל העין, כל מיני... אפילו סיפרו לי שיש באשדוד סופר מרקט עם כיסא שכל מי שיושבת עליו נכנסת להיריון... מה אני אגיד, אין סוף לשיגעון. אני לא הייתי מוכנה לוותר על השפיות שלי, בכל אופן. לא עשיתי כלום, כלום מכל הרעיונות המופרעים האלו (רונה מזרחי, 27).

מדבריהן של המרוויינות עולה המחויבות להמשיך ולשמר את זהויותיהן הקודמות, על אף הטיפולים המדגישים את הזהות האמהית. גידנס מכנה מציאות זו "המשכיות בתפיסת הזהות העצמית" (Giddens, 1991):

כשכולם ידעו שאנחנו עברנו לטיפול פוריות... ניסו לעזור לנו, גיסתי זרקה לי שיש איזה מומחה סיני שנותן משקה מיוחד לפוריות, אמא שלי המליצה לי על תאנים ושקדים... זה פשוט לא מדבר אליי... אם לא עשיתי את זה בעבר אין שום סיבה להתחיל עם זה עכשיו (שירי חבר, 34).

נשים המתארות את יחסי הגומלין בינן לבין סמכויות טיפוליות, מתארות ניסיונות פרטיים לסמן את התנסות הגוף ולקבוע את המשך מהלך הטיפול:

בהפריה הרכייעת... שאבו לי הרבה ביציות, נשארו ארבעה עוברים לפעם הבאה. כשהגעתי להפריה אחרי, ברור היה שמחזירים לי את המוקפאים. טוב, בעלי ואני מגיעים לחדר שבו מבצעים החזרה, והלבורנטית אומרת לי: "הפשרנו את כל ארבעת העוברים". הסתכלתי עליה, והרגשתי שאני בוערת מכעס. היה לי ברור שאני לא אסכים שיחזירו לי ארבעה עוברים לרחם... באיזה זכות הם החליטו, ועוד על דעת עצמם, להפשיר ארבעה עוברים בלי לשאול אותי בכלל? זה שיא החוצפה. כי תביני, זה אומר שאם יחזירו לי נניח שניים, אלה שהם כבר הפשירו הולכים לזבל, ואם ההפריה לא תצליח אני אצטרך לעבור שוב שאיבה... במקרה נורמלי, הם היו יכולים להפשיר שניים, ושניים להשאיר בהקפאה. זה היה חוסך ממני עוד שאיבה... כל

כך התרגוטי, אני אומרת לך, יצאתי החוצה הלכתי לחדר של הרופא שלי והתחלתי לבכות. שאלתי אותו: באיזה זכות הם עושים דבר כזה מבלי להתייעץ איתי?...עצבן אותי שהם מנסים לשכנע אותי בטעות שלהם... שיא החוצפה. אז עמדתי על זה שיחזירו רק שניים. בסוף ההחזרה אמרתי להם: "תדעו לכם שאם ההפריה הזו לא מצליחה אני אזכור שאת השאיבה הבאה אני עוברת בגללכם" (טליה שחר, 39).

הקול הפרטי העולה מתיאורים אלה מתנגד לקבל את "המובן מאליו הטיפולי". הרגשות השליליים של הנשים מקבלים לגיטימציה ואינם מוסתרים לטובת שימור הסדר הנאות – הם מוצגים בפומבי בדרך של התנגדות קולנית. תהליך זה משקף כינון של סוכנות פעילה, המבקשת להשיב לעצמה שליטה תוך כדי ניהול משא ומתן. נוסף על כך, תהליך המשא ומתן, בנתנו לגיטימציה לרגשות, מעצב בחירות חדשות:

התחלנו עם רופא מאוד חסר רגישות, מה שהכי הפריע לי, שהוא תמיד חשב בינו לבין עצמו על דברים. למשל כשהוא הסביר לנו מה משמעות הבדיקות שבעלי עבר, הוא הסביר שאזוספרמיה יכולה לנבוע ממשוהו גנטי, או אשכים תמימים שלא טופלו בילדות. אחר כך הוא אמר לבעלי "תעמוד רגע", זה היה קטע מביך, בעלי קם, ואז הרופא חשב בינו לבין עצמו שייתכן שזה קשור במאפיינים פיזיונומיים. שאלנו אותו מה זה אומר, והוא מלמל משהו בינו לבין עצמו, ואנחנו הרגשנו כאילו הוא אומר לנו: "אתם לא תבינו כלום... ואנחנו ה'גילדה', רק לנו יש דרך לטפל בזה"... וכדרך אגב הוא זרק שלי לא היה ביוץ החודש, התחלתי לבכות... לא הסכמתי שהוא יפיל את התיק הזה עליי (צופית גבע, 34).

בהמשך הריאיון צופית טוענת:

הרגשתי שאין כימיה, והאמנתי שקשר טוב עם רופא יכול לעזור להצלחת הטיפול, התעקשתי לעזוב אותו, ואז עברנו לטיפול בבית חולים.

תמורתה של "סוכנות פנימית" ניכרת בבחירה חדשה, קרי, החלפת הרופא המטפל. בחירה זו מכוונת להשבת כוח. גידנס (Giddens, 1991) טוען, כי דגם המשיב כוח לפרט במסגרת חויית "זהות העצמית" מתרחש כאשר מושגת מודעות רפלקסיבית. לטענתו, "זהות עצמית" אינה נתון רגעי, אלא תוצר של השתקפות רפלקסיבית לאורך זמן. תיאורה של צופית ממחיש כיצד הופכת התודעה הרפלקסיבית: "הרגשתי שאין כימיה", לכלי שרת, התורם לעיצוב בחירות חדשות.

מציאות גופנית פעילה

במהלך הריאיון נתבקשו הנשים לתאר את החוויות שעברו על גופן במהלך הטיפולים. סגנון המשא ומתן התאפיין בניסיון נשי פעיל לייצר "דימויי גוף" המתנגדים לקבלה מובנת מאליה של הסדרים הגמוניים. מציאות גופנית פעילה הופיעה בשלוש דרכי פעולה: (1) הפניית ערנות מפוכחת לכאבי הגוף וסירוב להשתק את הכאב; (2) ניסיונות מחודשים לתיחום גבולות הגוף; (3) שימוש בשיח הרפואי כדי לאתגר.

הפניית ערנות מפוכחת לכאבי הגוף וסירוב להשתיק את הכאב בניגוד לסגנון ההתנהלות הראשון, שבמהלכו הכאב מושקע והופך ללא רלוונטי, בסגנון ההתנהלות הנוכחי ניתן לכאב מקום מרכזי בהגדרת ההתנסות הגופנית:

... הטיפולים לימדו אותי להרגיש כל דבר בגוף: ציצי, ביוץ, חום גוף. אני מרגישה את הבטן, כאבים בצד. אני חושבת שאם לא הייתי עסוקה באופן אובססיבי בהרגשה הפנימית של הגוף, זה לא היה מפריע לי שהבטן והציצי כואבים. היום אני מתרכזת בכאב כל הזמן. מה הוא מתאר. האם זה סימן לביוץ, להשרשה, או לא. זה לא עיסוק בכאב כאילו "אוי, אני מסכנה וכואב לי". אלא כל הזמן לסמן מה שקורה בגוף. זאת מציאות שלא הכרתי לפני הטיפולים... (סיוון גנית, 33).

גוני הכאב, צורותיו וביטוייו משמשים כאמצעי ידיעה. הכאב הופך ל"מורה דרך" בלימוד נפתוליו הפנימיים של הגוף. שימוש בכאב מגביר את השליטה על פנים הגוף ומעמיק את ההיכרות עמו:

אני מצליחה להרגיש את הגוף שלי, מבפנים ומבחוץ. כל מחט שחודרת פנימה... ש: למה את מתכוונת מבפנים ומבחוץ?
ת: אני... מרגישה שכואב לי. מבפנים, יש תחושות חדשות... אחרי החזרה יש לי תחושה... של תסיסה. אני לא יכולה להסביר, כאילו מישו פתח לי ברחם בקבוק של קולה... (בת פרומן, 29).

סקארי (Scarry, 1985) גורסת כי בהיעדר שפת כאב ובהיעדר שפת גוף לובשת השפה הנשית מטפורות מגוונות, הכוללות טווח רחב של דימויים. מטפורות אלו משקפות את הצורך לאסוף מידע על הגוף ולהגדיר את החוויה באופן עצמאי. היכולת להשתמש בכאב כאמצעי ללימוד על תהליכים פנימיים ניכרת בביטוי הפומבי של הכאב:

... אין לי בעיה להגיד בקול רם שכואב לי, ואני לא חוסכת מאף אחד את הידיעה הזו (רונה מזרחי, 27).

ההתנסות בכאב והשמעתו משכללים את היכולת לנהל משא ומתן מול סוכני הכוח ולהחליט על מהלכיו של הגוף באופן עצמאי. עמדת המיקוח מרחיבה את השליטה:

... רופאים לא מספרים לך את כל האמת. ואני, אין לי סף כאב גבוה, בכל פעם שכואב אני צועקת... לפני הצילום ביקשתי ממנו [הרופא] להגיד את האמת. הוא ניסה לפתור אותי ב"תיקחי כדור ויהיה בסדר", לא הסכמתי ועברתי את הצילום בהרדמה מלאה (צופית גבע, 34).

אחרי ההפריה הראשונה, התחיל כאב שלא הכרתי קודם. כאב לי בצד. הרופא אמר לי שזה בטח מהטיפולים. אני לא הסכמתי אתו, ופירטתי לנר מה אני מרגישה...

הבנתי שיש כאב... לא נורמלי. ביקשתי... אולטרה-סאונד... הבדקת אמרה לי שיש... עיגולים ענקיים... היא באמת אישרה שהרגשתי נכון, ושיש לי ציסטות ענקיות (סיוון גנית, 33).

כאביו של הגוף הופכים לבסיסי ידע חלופיים להמשגתו, המגבשים את ה"מומחיות הנשית החדשה". הכוח החיצוני החודר אל הגוף, משפיע על מהלכיו במישור המטריאלי ונתקל בתנועה נגדית המכוונת מן הפנים אל החוץ (Grosz, 1994). תחושת הזכאות הנשית – להקשיב לגוף – מסייעת בקבלת החלטות חדשות. עמדה אקטיבית זו הופכת את הכאב למחולל מהלכים. נוכחות הכאב תורמת להגברת תחושת השליטה של נשים בגופן. תנועה גמישה ודרכיונית זו (Ibid.) באה לידי ביטוי גם כשנשים אלו נאבקות ב"גבולות הגוף החדשים".

ניסיונות מחדשים לתיחום גבולות הגוף

... הגוף מלא כל הזמן. הוא נדחס בנוזלים. את יודעת... אני נמצאת המון בשירותים. כלומר, מנסה להבריח את המים החוצה... יש חומרים מגעילים, כשאני מכניסה אותם אני מרגישה איך בא לי מיד להוציא אותם החוצה. למשל הפתילות הוגינאליות, מכניסים אותן אחרי החזרת העוברים, לתמיכה בהיריון. זה מין קרם לבן שאת דוחפת פנימה... מגעיל... לגלות שאריות שהגוף מפריש. אמרו לי להכניס שתיים... אני לפעמים שוכחת, לפעמים מכניסה רק כדור אחד (טליה שחר, 39).

גבולותיו המשתנים של הגוף, לנוכח הטיפול הרפואי, מייצרים עמדה של התנגדות ושל סירוב. חתרנות זו מתוארת כתגובה ישירה לניסיון סובייקטיבי להפנות קשב לרגשות ("זה מגעיל") ולעצב באמצעותם את חוויית גבולות הגוף:

שמנתי... זה פשוט קרה פתאום. את קמה בבוקר ובגדים מאתמול לא עולים עלייך. אני לא מרגישה עם זה טוב. ואני נלחמת להישאר אני, עם הגוף שלי מפעם... שמענו על סיפורים, איך רופאים הפציצו מטופלות בהורמונים. אני לא לול, ולא מפעל לביציות. איך שאני מתחילה להבין שיש יותר מדי וקיקים, אני שואלת את הרופא מה קורה פה. לפחות על ההשמנה הזו אני יכולה איכשהו לשלוט (יובל נון, 30).

תרחישי עיצוב גבולות הגוף הפיזי, שראשיתם מן החוץ אל הפנים, פוגשים מודעות ערבית ("שמענו על סיפורים, איך רופאים הפציצו מטופלות בהורמונים"), המכוונת מן הפנים אל החוץ. מתאור זה עולה כי המושג *inside*, שבו משתמשת גרוס (Ibid.), כרוך בעיקר בניסיון ליזום דיאלוג פעיל, הדורש מהרופא המטפל לענות על שאלות ולהסביר את השינויים הביולוגיים. כך מה שמכנה מרשל (Marshall, 1996) "המאבק לשליטה" טמון באופן שבו נשים אלו מביעות רגש. הקשב המופנה פנימה מאפשר להן להביע רגשות ולחשוף תחושות אותנטיות. החיבור גוף-רגש הופך לממשי עוד יותר, משתכלל ומסייע בהכתבה עצמאית של גבולות הגוף:

הרגשת הנפיחות היא לא נעימה, כאילו יש לך גז או שומן בתוך הבטן. לרוב, לפני השאיבה, הורמונים עושים בצקות פנימיות, זאת לא ביצית אחת, לפעמים את יכולה להגיע גם לעשרים ביציות פלוס... אחרי השאיבה הכול יורד. כמו אקורדיון. המשקל לא יציב... בימים שאני סתם שמנה, בימי ה"כאילו היריון" שלי... אני אוכלת חסות, ירקות, מקפידה על שתיית מים... הגירוי יתר היה הבעיה הכי גדולה שלי. הגוף היה גדול באופן לא טבעי, נשאתי ברחם שלי היריון שהרגשתי שהוא לא טבעי, והבטן לא הייתה טבעית, בגלל כל ההורמונים שקיבלתי לפני. אחרי הגרידה הבטיחו לי שהשחלות יירפאו ושהבטן תרד... היה שומן והתנפחות לא נורמליים. התחלתי בדיאטה, כששוב ירדתי במשקל הרגשתי נפלא (שירן אלמון, 28).

תיאורה של שירן תואם את "המציאות הגופנית הפעילה". חוויות ה"התרוקנות" וה"התמלאות", המדומות לתנועות אקורדיון, הן ניסיון להתנגד לגבולות הגוף החדשים הנוצרים בעקבות הטיפול הרפואי. נראה כי "נשים המכוונות למשא ומתן" הופכות את גבולות הגוף לעניין נתון למיקוח. גבולותיו של הגוף הופכים למעין בועה גמישה, המעוצבת ומתעצבת תוך כדי תנועה. ייתכן כי העמידה האיתנה מול פרקטיקות כוחניות מפתחת את היכולת הנשית לקבל את הגוף כמו שהוא ולייחס לו "כוח חיובי":

אני אוהבת את הגוף שלי, ובהחלט מרגישה אתו נוח. יש פעמים בטיפול, שאני מרגישה שהוא מתוכנן (שירי חבר, 34).

הגוף שלי, הוא גוף בריא שעשו ממנו גוף חולה. לקחו בנאדם בריא בנפש ובגוף, ועשו אותו חולה בגוף ובנפש. אני במקור ספורטאית, הכול היה אצלי בריא ושרירי, ואני לא מבינה איך פתאום הפכתי לבית מרקחת מהלך (שקד מודעי, 26).

היום אני יותר שלמה עם הגוף שלי. אולי כי אני בגיל יותר מבוגר, אני אוהבת אותו יותר מבעבר... אני מרגישה שהכי הגיוני זה להיאחז בשפה של רופאים... הטיפולים מעבירים מסר שהגוף חולה ושבירי. אני מנסה כל הזמן להזכיר לעצמי, שאני בסדר, חיה, נושמת, בסך הכול בריאה. עכשיו הגוף שלי משתקף לשניים. מצד אחד הוא במרכז התעניינות, כולם רואים אותו, בודקים אותו, דואגים לו, במיוחד במשפחה ובעלי. זה יכול להיות נעים. מצד שני זה רע לפעמים, אין לי כוח להתארגן כל הזמן, למשל לגלח שיערות ברגליים, במפשעות... אני מאלצת את עצמי לחשוב עליו כמו על מכונה. אני בטוחה שהרופא שלי רואה כל יום את אותו מראה וחושב על זה בצורה הכי פרקטית שאפשר (דנה גבעתי, 35).

"דימוי המכונה" מציג דפוס חשיבה רציונלי ומסייע בהרחקת רגשות שליליים. למרות זאת, התחושה שהגוף חצוי לשניים: צד אחד טעון בערך חיובי, הנובע מהיותו ב"מרכז ההתעניינות", ועל הצד האחר מושלטת משמעת, רומזת על קיומו של דפוס חשיבה רפלקסיבי לצד הדימוי הטכני. נדמה כי הליכי רפלקסיה, החוברים אל הבנייתו של "דימוי המכונה", מעידים על קיומה של סוכנת פעילה השולטת בגופה יותר מזו המתארת את הגוף באמצעות דימוי "כובת

הסמרטוטים". נראה כי "דימוי המכונה", המתאר כיצד מסתגל הגוף הנשי לתנאים החדשים, הוא ביטוי לעמדת גוף מגיבה ופעילה, השואלת מטפורות מטרמינולוגיה רפואית ואינה זונחת הליכי רפלקסיה פנימיים.

שימוש בשיח הרפואי כדי לאתגר

המרווינות נוקטות במונחים מהשיח הרפואי הקנוני ועושות בהם שימוש חתרני:

בהסברה מינית מוסבר שהתהליך אצל האישה זה שביצית אחת מבשילה ומתוארת כיחידה מיוחדת, שעושה דרך קצרה ואיטית, והורעים עושים את הדרך הקשה. הביצית היא המחכה. וזה מתחבר למקומות פסיביים ואקטיביים של אמהות ואבהות. בטיפולים התברר לי שזה בכלל לא עובד ככה, ולא בגלל הטיפולים אלא גם במצב רגיל. הבנתי פתאום שבכל מחזור רגיל ישנם אלף זקיקים, שמתחרים ביניהם, וזה שיצליח לשתות הכי הרבה הורמונים הוא יצמח לזקיק הכי גדול שייתן את הביצית הכי פורייה ויבשיל. מכאן הבנתי שלהיות אם זה דבר הרבה יותר אקטיבי, כמו תחרות ומאבק של כוח (צופית גבע, 34).

תיאורה של צופית הוא דוגמה מעניינת לשימוש חתרני בטרמינולוגיה הרפואית. באמצעות אחיזתה בשיח הרפואי מנגחת צופית את אותו שיח ממש. השימוש במונחים "זקיקים", "הורמונים", "הבשלה" ועוד, מורה על מסקנתה כי "הסיפור המדעי" להגדרת הרבייה אינו תקף לגביה. מסקנה זו מעורדת אותה לנסח מחדש את "שפת הרבייה". הניסוח החדש מאפשר לה להחליף את הדימוי התרבותי של הזרע בדימוי התרבותי של הזקיק, שכן היא טוענת כי "ישנם אלף זקיקים שמתחרים ביניהם". מכאן קצרה הדרך גם לניסוח המשגה חדשה ל"דימוי האם" (Lloyd, 1997). כישורי הזקיק וסגולותיו האקטיביות מועתקים לדימויי האמהות, הנתפסת כמקור עוצמה: "זה מתחבר למקומות פסיביים ואקטיביים של אמהות ואבהות":

הטיפולים לימדו אותי... שלנו יש כמות ביציות שאנחנו נולדות אתה ואתה גם נמות. לגברים יש אינסוף תאי זרע. זה גם מהות ההבדל בהורות, אנחנו אמהות באיכות, וגברים אבות בכמות (שקד מודעי, 26).

השימוש הרווח בטרמינולוגיה רפואית והפיכת השיח הרפואי על פיו מרחיבים את האפשרות לבחון מחדש את השיח הגינקולוגי המפצל את מערכת הרבייה הנשית ומתאר אותה. נראה כי דווקא ההתוודעות לפרקטיקה הטכנולוגית מסייעת לנשים להכיר את דקויות הליך הרבייה ולנסח מושגים חדשים החותרים תחת השיח המקובל. "שפת הרבייה החדשה" מפריכה את מיתוסי היסוד (Ibid.). כאשר נשים אלו לומדות על "האגדה הסטריאוטיפית" על תפקודי זרע וביצית, הן מפרשות מחדש את "האמת הביולוגית". אמת זו מתרחקת מהגדרת מערכת הרבייה הנשית כמהות חלשה וחסרה.

דיון

ממצאי המחקר מעלים לדיון שאלה סוציולוגית-פמיניסטית: מהם התנאים שבהם נשים מצליחות להתנגד לכוח בסביבה שבה צייתנות לפרקטיקה הרפואית היא כמעט נתיב חד-כיווני? סגנון המשא ומתן שמנהלות נשים במרחב הטיפולי מעיד כי למרות הגישה המעודדת ילודה והמשמעויות הרבות שהיא מייחסת להתעברות, ועל אף המרחב הבלתי פשרני של הפרקטיקה הטכנולוגית, נשים יכולות לערער את המערכת ולכרסם בה בקעים. שאלה זו גוררת שאלה נוספת: האם מדובר במקרים פרטיים או בתהליכים רחבים המעידים על שינוי המודעות של נשים? אבקש להציע כמה הסברים לשאלות אלו.

התמקדות במאפיינים הסוציודמוגרפיים של המרואיינות חושפת כי בקבוצת הנשים שבה הובעה נכונות לקבל את הסדר החברתי בכניעה ובהכפפה, היו יותר נשים שמקור בעיית הפוריות שלהן היה בגופן. ייתכן כי תפיסתה הסובייקטיבית של "אחריות נשית" לבעיית הפוריות היא זו שגרמה לנשים אלו לייצר "דימויי גוף" נעדרי שליטה וזכאות. נוסף על כך, ייתכן כי תפיסת "אחריות נשית" לבעיית הפוריות הובילה להשתקת הכאב וייצרה נכונות לציית לשיח המומחים, לשנות את הרגלי החיים המוכרים ו"לעשות הכול" בשביל ילד. לעומתן, קבוצת הנשים שניהלה משא ומתן כללה יותר נשים שמקור בעיית הפוריות שלהן יוחס לבן זוגן או הוגדר כלא מוסבר. בקבוצת נשים זו נטל "האחריות הנשית" היה נמוך יותר. ייתכן כי אחריות פחותה אפשרה לנשים להתחבר לזכאות בכל הנוגע לגופן (Ha'elyon, 2006).

לצד הסבר זה אבקש להציע הסבר אחר. לצורך בניית הטיעון אתחיל מאפיון מתודולוגי של שיטת המחקר. ההנחה כי יש לתפוס את הגוף כמציאות שלמה, המצויה כל העת בהתהוות, המגדירה את עצמה, אך גם מוגדרת באמצעות גופים אחרים במרחב הציבורי, הובילה חוקרות לטעון כי חוויית הגוף הנשי היא ייחודית (Birke, 2000; Marshall, 1996; Witz, 2000). כדי לעמוד על ההיבטים המורכבים של חוויית הגוף הנשי, הציעו החוקרות להבין את גוף האישה גם ברמת הנרטיב הסובייקטיבי והקשריו החברתיים, ובהתאם לכך לתפוס את "דימויי הגוף" כהשתקפויות של מציאות פיזיולוגית המתקיימת מול כוחות מעצבים חיצוניים. הבנת מרקם יחסים זה עוררה את הצורך להקשיב ל"קולן של נשים". החוקרות מרשל (Marshall, 1996) וויטס (Witz, 2000) טענו כי "השבת הגוף אל התיאוריה" יכולה להיעשות באמצעות הצגת הגוף הנשי כטקסט הנקרא מתוך מושאו – האישה. החוקרת מינה-הא (Minh-ha, 1989) טענה כי מחקר מסוג זה צריך להשתחרר מהתיאור: "יש לנו גוף" (we have bodies), ולהחליפו בהכנה: "אנחנו זה גוף" (we are our bodies). לדידה, תיאוריה על הגוף אינה שקולה לכתיבה על הגוף, אלא לכתיבה מתוך הגוף דרך מבט על התנסותן הפרטית של נשים. מרשל הוסיפה כי חלק מהמאמץ הנשי להשגת שליטה יכול להיעשות דרך הבנת השפה, ובכללה הרטוריקה, של נשים (Marshall, 1996). כקודמותיה, היא גרסה כי "על נשים לדבר את גופן" וכי פמיניזם של הגוף (corporeal feminism) חייב להעניק מקום נכבד ל"שפה הנשית" בתיאור ההתנסות.

המחקר הנוכחי ביקש לשאול פרספקטיבות אלה, כדי ללמוד על האופן שבו חוות מטופלות הפוריות את גופן. שיטת הראיונות פתחה בפניי צוהר לעולמן של נשים. במהלך הראיונות, מתוך השיחה הקולחת עם נשים, עמדתי על טיב ההתנסות הנשית, והראיון

המובנה למחצה הרחיב את אפשרותי להכיר היבטים נוספים בהתמודדות של נשים עם טיפולי הפוריות. ברצוני לטעון כי ההבדל בין עמדות הכוח השונות שהפגינו המרואיינות חוצה את המשתנים הסוציודמוגרפיים, ועיקרו דווקא בתהליכי הרחבת הידע המאפיינים את הזמן הנוכחי. הנשים שניהלו משא ומתן הציגו את עצמן בתחילת הריאיון כ"נשים רציונליות" המעדיפות פרקטיקות פעולה רציונליות (העליון, 2005). כחלק מהפרקטיקות הרציונליות הן ארגנו לעצמן ידע נפרד מהשיח הרפואי ומשיח המומחים. נשים אלו הגיעו לרופאים המטפלים רק לאחר שביקרו באתרי אינטרנט ובפורומים על פוריות וקראו מאמרים על פוריות (הכבירה לעשות אחת המרואיינות אשר תיארה בפניי כיצד ראינה את אחיה, רופא שיניים במקצועו, ותבעה ממנו הסבר מצויר של הזקיקים ושל תהליך ייצור הביציות). נראה כי התפיסה העצמית הרציונלית-פרקטית וכן תהליכי צבירת הידע תרמו לביסוס עמדת כוח נשי חיובי, שקראה תיגר על הסדר המנסה למשמע את גופן. לעומת זאת, נשים הממשיכות לקבוצה הראשונה סירבו להתחבר לידע עצמאי, והפגינו אמונה מוחלטת בשיח המומחים. הן טענו כי העמקה בנושא, כמו קריאה, עלולה לגרום לחרדה מיותרת. ייתכן כי חוסר יכולתן להתחבר לשיח באופן עצמאי הקשה על אפשרותן לשאת ולתת בתוך המרחב המטפל. שני ההסברים המוצעים לעיל מראים כי יש חשיבות רבה להיכרות רגישה ומעמיקה עם "הסיפור הנשי", משום שלמרות הקונטקסט הזהה ותנאי הגוף המשותפים לנשים, האפשרות לצבור ידע עשויה לעצב עמדות כוח שונות.

סיכום

חשוב להכיר בנוכחותו הנראית של הגוף הנשי. ללא כל קשר לאבחון מקור בעיית הפוריות, גופן של נשים נמצא בחזית טיפולי הפוריות, ומציאות זו מדגישה את החשיבות שיש להשמעת "סיפור הגוף" הנשי. כחלק ממחויבות פמיניסטית וגם כפרויקט מחקרי של "חזרה אל הגוף" (somatic return) נבחנו לעומק "דימויי הגוף" של נשים מטופלות פוריות. מממצאי המחקר עולה כי "האתר המטריאלי", הגוף, הוא נוף רוחש וחי, ופוטנציאל האפשרויות המגולמות בהבנתו רב ואינסופי (חזן, 2003). ברקע תפאורה המוכתבת כמעט מראש בידי שיחים הגמוניים-פוליטיים, סיפור הגוף הנשי מוכיח כי גם בנתיב חסום לכאורה מופיעים לעתים בקיעים של סרבנות ושל התנגדות נשית. קריאה רגישה של "דימויי הגוף" משקפת את עמדות הכוח השונות של מטופלות הפוריות. יחסי כוח אלו מצוירים על פני הגוף והופכים אותו לאתר דינמי מתחולל ומחולל בו בעת. בהקשר זה, לימוד פנומנולוגי של ההתמודדות עם הכאב כגורם "רוקם חיים" בתוך הגשמי מעיד על התהוות גופנית פעילה וגורם לנשים להבין כי הן יכולות להתחבר לזכאות, לנהל משא ומתן פעיל או לחלופין לקבל בהכנעה תכתיבים ממשמעים.

סיפורו של הגוף הנשי המטופל הוא סיפור על התנסות מגוונת ורבבת פנים. על אף האפשרות למסור את הגוף לידי הפרקטיקה הרפואית קיימת גם האפשרות לשנות סדרים מוכתבים מראש. תנועות הכוח השונות ותמרוניהן על פני האתר הגשמי מעוררים את הצורך לבחון תנאים נוספים הקושרים יחד מודעות נשית פעילה ותהליכי צבירת ידע עם הרחבה של חופש הפעולה של נשים ושל בסיסי הזכאות שלהן.

מקורות

- אמיר, ד' (1995). אחראית מחויבת ונבונה – כינון נשיות ישראלית בוועדות להפסקת היריון. תיאוריה וביקורת, 7, 254-247.
- בירמן, צ', סוסקולוני, ו', גרינשפן, ד', לוי, א', לאופר, נ' ושנקר, י' (1991). מצב נפשי וחברתי של נשים בטיפול הפריה חוץ-גופית. חברה ורווחה, 12(1), 44-55.
- בן זאב, א' (1996). נפש. חיפה: זמורה-ביתן.
- העליון, ה' (2004). התנסויותיהן של נשים ישראליות בטכנולוגיות הרבייה החדישות: דיון סוציולוגי משולב ביחסי גוף-זהות-רגש. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור, אוניברסיטת בר-אילן.
- (2005). דיון ביו-אתי בטכנולוגיות הרבייה החדישות. רפואה ומשפט, 32, 86-92.
- חזן, ח' (2003). לגופה של הסוציולוגיה: על מעמדו הייצוגי של הגוף. סוציולוגיה ישראלית, 1(1), 226-219.
- לנדאו, ר' (1995). תכנון משפחה, הפריה בסיוע וביטחון האישי של הילד במשפחתו. בטחון סוציאלי, 44, 31-23.
- Arksey, H. & Knight, P. (1999). *Interviewing for social scientists*. London: Sage.
- Battersby, C. (1999). Her body / her boundaries. In J. Price & M. Shildrick (Eds.), *Feminist theory and the body* (pp. 342–358). Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Beagan, B. (1988). *The new reproductive technologies assessing feminist analysis of motherhood and reproductive choice*. Dalhousie: Canada University.
- Benhabib, S. (1992). *Situating the self: Gender community and postmodernism in contemporary ethics*. Cambridge: Polity Press.
- Benjamin, O. & Ha'elyon, H. (2002). Re-writing fertilization: Trust pain and exit points. *Women's Studies International Forum*, 25(6), 667–678.
- Berg, B. (1995). Listening to the voices of the infertile. In J. C. Callahan (Ed.), *Reproduction, ethics and the law* (pp. 80–109). Indianapolis: Indiana University Press.
- Birenbaum-Carmeli, D. (2003). Contextualizing a medical breakthrough: An overview of the case of IVF. *Health Care for Women International*, 24(7), 591–607.
- Birke, L. (2000). *Feminism and the biological body*. New-Jersey: Routgers University Press.
- Callahan, J. C. (1995). *Reproduction, ethics and the law*. Indiana: Indiana University Press.
- Cooper, S. & Glazer, E. (1998). *Choosing assisted reproduction: Social emotional and ethical consideration*. Indianapolis: Perspectives Press.
- Corea, G. (1985). *The mother machine: Reproduction technologies, from artificial insemination to artificial wombs*. New York: Harper & Row.

- Daniluk, J. (2000). If we had to do it over again...: Couples reflections on their IVF experiences. *Family Journal*, 9(1), 122–133.
- DeVault, M. (1990). Talking and listening from women's standpoint: Feminist strategies for interviewing and analysis. *Social Problems*, 37, 96–116.
- Edwards, R. & Steptoe, P. (1980). *A matter of life*. New York: William Morrow and Co.
- Ferguson, H. (1997). Me and my shadows: On the accumulation of the body. *Body and Society*, 3(3), 1–31.
- Flax, J. (1994). *Disputed subjects: Essays in psychoanalytic politics and philosophy*. London: Routledge.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish*. London: Penguin.
- Frank, A. W. (1990). Bringing bodies back in: A decade review. *Theory, Culture and Society*, 7, 131–162.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self identity*. Cambridge: Polity Press.
- Goslinga-Roy, G. M. (2000). Body boundaries, fiction of the female self: An ethnographic perspective on power, feminism, and the reproductive technologies. *Feminist Studies*, 26(1), 113–141.
- Grosz, E. (1994). *Volatile bodies: Toward a corporeal feminism*. Sydney: Allen and Unwin.
- (1999). *Thinking the new: Of futures yet untaught*. Ithaca: Cornell University.
- Ha'elyon, H. (2006). Longing for a child: Perceptions of motherhood among Israeli Jewish women undergoing in vitro fertilization treatments. *Nashim: A Journal of Jewish Women's Studies and Gender Issues*, 12, 177–203.
- Harding, S. (1993). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's Lives*. New York: Cornell University Press.
- Healy, D. & Saunders, K. (2002). Follow up of children born after IVF. *The Lancet*, 9(359), 459–461.
- Inhorn, M. (2000). Missing motherhood: Infertility, technology and poverty in Egyptian women's lives. In H. Ragoné & F. Winddance Twine (Eds.), *Ideologies and technologies of motherhood: Race, class, sexuality, nationalism* (pp. 139–169). London: Routledge.
- Johnson, M. (1990). *The body in the mind: The bodily basis of meaning, imagination and reason*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kahn, S. (2000). *Reproducing Jews: A cultural account of assisted conception in Israel*. Durham: Duke University 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.
- Lloyd, M. (1997). The language of reproduction: Is it doctored? *Qualitative Health Research*, 7(2), 184–201.

- Lorber, J. (1993). The dynamics of marital bargaining in male infertility. *Gender & Society*, 7(1), 32–49.
- Marshall, H. (1996). Our bodies ourselves: Why we should add old fashioned empirical phenomenology to the new theories of the body? *Women's Studies International Forum*, 19(3), 253–265.
- Martin, E. (1999). The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. In J. Price & M. Shildrick (Eds.), *Feminist theory and the body* (pp. 179–189). Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Minh-ha, T. (1989). *Woman, native, poscoloniality and feminism*. Blomington: Indiana University Press.
- Morris, D. (1993). *The culture of pain*. California: University of California Press.
- O'Brien, M. (1981). *The politics of reproduction*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Oleszczuk, J. & Keith, L. (2001). Triplet pregnancy: High risk for mothers and infant female patients. *Chatman*, 26(4), 54–61.
- Overall, C. (1993). *Human reproduction: Principles, practices, policies*. Toronto: Oxford University Press.
- Pfeffer, N. (1985). *The hidden pathology of the male reproductive system: The sexual politics of reproduction*. Aldershot, England: Gower.
- Punday, D. (2000). A corporeal narratology. *Literary Criticism*, 34(2), 227–242.
- Raymond, J. (1993). *Women as wombs: Reproductive technologies and the battle over women's freedom*. San Francisco: Harper.
- Remennick, L. (2001). Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Roles*, 43(11–12), 821–841.
- Sacks, H. (1993). On the analysability of stories by children. In D. Silverman (Ed.), *Interpreting qualitative data* (pp. 235–236). London: Sage.
- Sandelwoski, M. (1990). Failures of volition: Female agency and infertility in historical perspective. *Signs*, 15, 475–499.
- Scarry, E. (1985). *The body in pain*. London: Oxford University Press.
- Seidler, V. (1994). *Unreasonable men: Masculinity and social theory*. London: Routledge.
- Shapiro, V., Shapiro, J. & Paret, I. (2001). *Complex adoption and assisted reproductive technology*. New York: Guilford Press.
- Shildrick, M. (1997). *Leaky bodies and boundaries*. London: Routledge.
- Stanley, L. & Wise, S. (1993). *Breaking out again: Feminist ontology and epistemology*. London: Routledge.

- Stenworth, M. (1988). *Reproductive technologies: Gender, motherhood and medicine*. Oxford: Basil blackwell Press.
- Turner, B. (1996). *The body & society*. London: Sage.
- Williams, S. (2001). *Emotions and social theory: Corporeal reflections on the (ir)rational*. London: Sage.
- Witz, A. (2000). Whose body matters? Feminist sociology and the corporeal turn in sociology and feminism. *Body and Society*, 6(2), 1–24.