



# שוות ונשווים יותר

זאת עומדת להיות כתבה פמיניסטית? שאל בחשש קל אחד המרואיינים, והדגים מבלי דעת את התפיסה השגויה של רפואת המגדר בקרב האוכלוסייה בישראל, ובכללה הקהילה הרפואית. הנטייה לראות בשוני בין נשים לגברים – בכל הנוגע לנתוני התחלואה והטיפול – עניין "פמיניסטי", שהוא נחלתן ודאגתן של נשים בלבד, היא רק אחת מרשימה ארוכה של סיבות אפשריות לפער המקפת, שממנו סובלות בעיקר נשים בעת אבחון רפואי וקבלת שירותי בריאות.

ד"ר גדעון קופרניק, גינקולוג מבית החולים < המשך בעמוד הבא >

האם קיימת אפליה מגדרית לרעת הנשים במערכת הבריאות? ■ עד כמה שונים נתוני התחלואה והטיפול הרפואי בין שני המינים, ומה הגורם לאי-השוויון: הבדלים פיזיולוגיים או תפיסות חברתיות שוביניסטיות < גליה אלוני-דגן



צילום: אמו' בנק



צילום: ויזואל

# שוות ושווים יותר

< המשך מעמוד קודם >

קפלן ברחובות, היטיב לתמצת את הבעיה במשפט אחד: "הרי גם רפואת ילדים איננה רפואה של מבוגרים קטנים", וגם רפואה גריאטרית איננה רפואה של מבוגרים שהזדקנו". הקהילה הרפואית העולמית מתחילה להבין רק בשנים האחרונות, שנשים אינן רק "תת-קבוצה" בתוך קבוצת החולים הגברית, שהאורגניזם הגברי והאורגניזם הנשי שונים זה מזה באופן שחייב להשפיע על נתוני התחלואה והטיפול בהם גם יחד, ושקיים צורך חיוני בהתבוננות חדשה ובהבחנה מודעת בין גברים לנשים במגוון תחומים רפואיים, ולא רק – כפי שניתן לחשוב בטעות – בתחום הגינקולוגיה. האם קיימת אפליה מגדרית במערכת הבריאות בישראל? עד כמה שונים נתוני התחלואה, הטיפול הרפואי והתמותה בין נשים לגברים? האם הבדל חה החבוטה "חולה, חולה, חולה – אלמנה", שמתארת נשים החיות חיים באיכות ירודה אך שורדות שנים רבות יותר מבני-זוגן, מבוססת על נתוני אמת? ואם אכן זהו המצב, מה גורם לו? האם אלה ההבדלים הגנטיים והפיזיולוגיים בין המינים, והעובדה הפשוטה שנולדו שונים אלה מאלו, או שמא תפיסות חברתיות שאבד עליהן הכלח?

## "הזנחה פושעת"

בכינוס שארגן לאחרונה יחד עם עמיתיו, נדהם ד"ר קופרניק לראות על המסך שקופית שהציגה שני כלי דם, המובילים דם אל האשכים. מתחת לצילום הופיע הכיתוב "הגוף האנושי". לדברי ד"ר קופרניק, "יש כאן הזנחה פושעת, מכיוון שעד היום הרפואה לא התייחסה למגדר בכבוד הראוי לו". רק בסוף שנות התשעים, הוא מספר, פרסם מכון הבריאות האמריקני (NIH) הוראה, שחייבה לכלול מספר שווה של נשים וגברים במחקרים שעסקו בתרופות.

לדעתו, ההבדל הביולוגי בין המינים הוא המר-תיע: "בחלק מהאוניברסיטאות יש כיום מחלקות שעוסקות ברפואת מגדר, אבל באף אחת מהן לא ניתן עדיין לשמוע הרצאה על הביולוגיה השונה בין המינים; כאילו מפחדים לגעת בעניין הביולר-

## ד"ר גדעון קופרניק

**"בחלק מהאוניברסיטאות יש כיום מחלקות שעוסקות ברפואת מגדר, אבל באף אחת מהן לא ניתן עדיין לשמוע הרצאה על הביולוגיה השונה של המינים כאילו מפחדים לגעת בעניין הביולוגי"**

וסביב הגיל הזה מתאזנים הנתונים לגבי שני המינים.

ההבדל בתחום מחלות הלב, שיידון בהרחבה בהמשך, מתמצה בהתייחסות הטיפולית: "כל המחקרים שנעשו בנושא עד לפני כשנה הראו, שכאשר נשים לוקות במחלת לב הן מקבלות פחות צנתורים, פחות ניתוחי מעקפים, פחות שיקומים ופחות תרופות למניעת התקפים".

עם זאת, פרופ' טבנקין מבהירה כי לא בכל ענפי הרפואה ניכר הבדל מהותי בין נשים לגברים. בתחומים מסוימים אפשר לראות אפילו סימנים לאפליה הפוכה, כזאת שעושה עוול דווקא לפצ' יינטים הגברים. פרופ' טבנקין מעלה את האפשרות, כי מאחר שהספרות הרפואית מדגישה את שכיחותן הגבוהה של מחלות אוטו-אימוניות בקרב נשים, קיים חשש שגברים הסובלים ממחלות כאלה לא יאובחנו, או יאובחנו באיחור.

גם בתחום האונקולוגי היא מצביעה על חוסר איזון "לטובת" הנשים: "סרטן השד שכיח מאוד בנשים, והממסד הרפואי והחברה כולה מעניקים תמיכה רחבה לחולות", היא אומרת. "לעומת זאת, בכל הנוגע לסרטן הערמונית – שגם הוא שכיח מאוד – אינני חושבת שמתקיימת מערכת תמיכה מקבילה לגברים החולים. הם אמנם סובלים מירידה בתפקוד המיני ומאישליטה בשלפוחית השתן,

גם נכון שקיים קושי מסוים לכלול נשים במחקרים, כי אשה ביום הראשון למחזור החודשי אינה דומה לאותה אשה באמצע המחזור או בסופו. כך גם בתקופת ההריון או אחריו, וגם לפני שהיא מגיעה לבגרות מינית, או בגיל המעבר. שלבי החיים והמעברים בחיי האשה הם קיצוניים, וההבדלים ההורמונליים עצומים".

## "אפליה הפוכה"

פרופ' חוה טבנקין, מנהלת המחלקה לרפואת המשפחה במרכז הרפואי העמק ובמחוז הצפון בשירותי בריאות כללית, אומרת כי בישראל עומדת כיום תוחלת החיים של הנשים על כ-80 שנה בממוצע, ושל הגברים – על 76 שנה בממוצע. תוחלת החיים של הגבר הישראלי נמצאת במקום השלישי בעולם, בעוד הנשים הישראליות ממוקמות במקום ה-11 העולמי. "נשים חולות יותר מגברים", מציינת פרופ' טבנקין, "וגם מוגבחות יותר, בגילים שבהם סובלים ממוגבלויות. נשים סובלות יותר מגברים ממצבים כמו יתר לחץ דם אחרי גיל 65, אוסטיאופורוזיס, דיכאון וחרדה, אישליטה על בשלפוחית השתן, עייפות כרונית, מיגרנות ומחלות אוטו-אימוניות. בתחום הקרדיור-לוגי, עד גיל 75 יותר גברים לוקים בהתקפי לב,

## האם לוקות נשים בתסמונת "ניטל". תמונה מתוך הסרט



דייל לאחרונה, נשים משתמשות יותר בשירותי הבריאות מאשר גברים ופונות יותר לרופאים ולבדיקות. "זהו נתון סטטיסטי שנבדק", מסבירה ד"ר רחל אדטו, סמנכ"ל בית החולים שערי צדק בירושלים ויו"ר המועצה הלאומית לבריאות האשה. אך האם אמנם קיימת אפליה בהתייחסות כלפיהן? ד"ר אדטו סבורה שכן, אך בד בבד היא מציינת שהנושא נמצא במגמת שיפור. "תמיד התייחסנו לנושא מחלות הלב כדוגמה לאפליה בין גברים לנשים: ההתייחסות השונה לתלונות, זמן ההגעה השונה לטיפול לרעת הנשים, העובדה שנושים רבות יותר מגיעות אחרי התקף לב לאשפוז במחלקות הפנימיות במקום לטיפול נמרץ – כל אלה מעידים על התייחסות שונה לגברים מאשר לנשים.

"אלא שבעשור האחרון", ממשיכה ואומרת ד"ר אדטו, "עלה נושא קידום בריאות הנשים לסדר היום הציבורי בעולם וגם בארץ. נבדק נושא זמן ההגעה ותחילת הטיפול, וכיום ההבדלים בתחום הקרדיולוגיה קטנו מאוד. אני סבורה שזה קרה הודות לחינוך ולהטמעה של נושא האפליה. ועדיין קיים הנתון, שפורסם באמצע שנות התש"עיים במחקריו של פרופ' ג'רמי קארק מהדסה, על אודות ההבדל בין שיעור ההגעה לטיפול נמרץ מול ההגעה למחלקות פנימיות, ואינני בטוחה מה הסיבה לשוני – האם זהו גילן המבוגר יותר של הנשים החולות, או סיבה אחרת."

### "עעות דו־שלבית"

מפתיע לגלות, שהמודעות להבדלים הקריטיים בין גברים לנשים ברפואה בכלל, ובתחום הקרדיולוגיה בפרט, היא חדשה יחסית, הן בעולם והן בישראל. ד"ר מדי מוריאל היא קרדיולוגית בכירה בבית החולים שערי צדק, יו"ר הוועדה למחלות לב במסגרת המועצה הלאומית לבריאות האשה וחברה במועצה הלאומית למניעה וטיפול במחלות לב וכלי דם. לדבריה, שכי

< המשך בעמוד הבא >

אינם מאושפזים אלא מטופלים אמבולטורית. בקרב המקבלים טיפול תרופתי, הנתונים זהים בקרב נשים וגברים.

רופאת המשפחה ד"ר נילי בן־צבי מרכזת את תוכנית לימודי בריאות האשה על ידי למידה מרחוק – פרויקט משותף לשירותי בריאות כללית ולפדרציה היהודית של קליבלנד, בשיתוף הסוכנות היהודית ומאירס־ג'וינט מכון ברוקדייל. ד"ר בן־צבי מסבירה, כי נשים חולות יותר ומבקרות יותר במרפאות. הן מדווחות על שכיחות רצון נמוכה מזו של הגברים באשר למצבן הבריאותי וזכות לפחות זמן שיחה עם רופאיהן בנוגע לרפואה מונעת: "במקרים רבים, הנשים הן עמוד התווך של המשפחה, וכאשר מתעוררת בעיה של מחלה כרונית או נכות במשפחה, הן המטפלות העיקריות, והנטל הפיזי והנפשי שנופל עליהן הוא גדול. נראה שלא תמיד הסיבה לביקוריהן במרפאה היא הן־עצמן – האשה היא הרי 'שרת הבריאות' של המשפחה."

לפי העבודות והמחקרים שפרסם מכון ברוק־

אבל על זה לא מדברים. אולי זה קשור למאצ'ואיזם הגברי, שבעטיו גברים לא מדברים, ורופאים לא שואלים. זו רפואה מוטת מגדר הפרו כה. אילו אורולוגים היו יותר מודעים – ורוב האורולוגים הם גברים – אולי הגברים החולים היו זוכים לתמיכה רבה יותר בנוגע לדימוי הגברי והמיני שלהם, שנפגע עקב המחלה.

"הרי ידוע לכל, שהדימוי הנשי והמיני של אשה כרותת שד נפגע. היום משתדלים להתחשב יותר בנושא הזה, ובמקרים שניתן לבצע כריתה חלקית ולא מלאה – עושים זאת. בתחום הזה עברנו דרך ארוכה. מצד שני, ואף על פי שידוע כי גם הדימוי הגברי והמיני של גברים שעברו ניתוח להוצאת הערמונית נפגע – החברה ממשיכה בגישה שלפיה 'גבר זה גבר'. מההיבט של הרפואה הראשונית אני יכולה להעיד, שאותם גברים מגיעים למרפאה כשהם מתלוננים ומדוכאים, ולוקח זמן עד ש'מוציאים' מהם את הסיבה האמיתית לדיכאון: סרטן הערמונית והניתוח."

### "חולות יותר"

ואם בדיכאון עסקינן, נשים סובלות מתסמונת של חרדה ודיכאון פי שניים עד שלושה יותר מגברים, מספק פרופ' חנן מוניץ, יועץ בריאות הנפש של שירותי בריאות כללית, את הנתון הסטטיסטי הכלל־עולמי. פרופ' מוניץ מסרב בתוקף לדבר על אפליה מגדרית בתחום הפסיכיאטריה ותולה את הסיבה לכך שדווקא יותר גברים מתאשפזים במחלקות הפסיכיאטריות הקשות ב"התנהגויות התוקפניות, שמוכרות כמסוכנות יותר אצל גברים". לדבריו, כ־20%–25% מהאוכלוסיה סובלים מהפרעה פסיכיאטרית כלשהי. רובם אינם מטופלים, ואלה שכן – בדרך כלל,



### פרופ' חוה שבניקי

"עד לא מזמן, כשאשה התלוננה על כאבים בחזה, מיהרו לומר שזו היסטריה. היום אין ספק שהמודעות עלתה, כי התחילו לשים לב שגם נשים סובלות ממחלות לב"



## פרופ' חנון מוניץ

**"כל התסמונות הפסיכיאטריות שכיחות יותר במעמדות הסוציו-אקונומיים הנמוכים יחסית. בקרב אוכלוסיות אלה יש יותר תחלואה נפשית, וייתכן שאפשר לצרף לכך גם את מעמדה של האשה בחברה"**

הטיפול: כיום רוב החולים, אם לא כולם, מקבלים את 'ארבעת האסים' – ארבע התרופות המנצחות. עובדה נוספת שהשתנתה היא שהחולים בישראל לא עוזבים את בית החולים לפני שהם עוברים צנתור לב, דבר שהיה נדיר לפני עשר שנים. "המחקר של ד"ר מדי מוריאל ופרופ' שמואל גוטליב מבית החולים ביקור חולים בירושלים הראה, כי 26% מהחולים באוטם שריר הלב היו נשים ו-74% היו גברים. ההבדל בגיל היה שש-שבע שנים 'לטובת' הגברים, שהיו צעירים יותר. עם זאת, אם נשווה בין המינים, נראה שהנשים אמנם חוו פחות התקפים, אך חומר-תם היתה רבה יותר. לא רק שגורמי הסיכון מופיעים אצל נשים בשכיחות גבוהה יותר מאשר אצל הגברים, אלא שמצבן קשה יותר. נמצאה, למשל, סוכרת בשכיחות גבוהה יותר אצל הנשים שנסקרו – 45% מול 28% בקרב

## פרופ' רויטל גרוס

**"לנשים יש נטייה להעמיד את הצרכים האישיים שלהן בתחתית סולם העדיפויות המשפחתי וגם יש להן פחות הכנסה; אלה חלק מהסיבות לכך שנשים מטפלות בעצמן פחות ומקבלות פחות שירותים רפואיים"**

הגברים. גם שאר גורמי הסיכון הנלווים, כמו יתר לחץ דם, עודף שומנים בדם ועודף משקל, מופיעים יותר אצל הנשים."

## "צרכים ייחודיים"

ומה באשר לטיפול הרפואי שנשים מקבלות בהשוואה לזה שמקבלים גברים? מחקר שערכה פרופ' רויטל גרוס, חוקרת בכירה במאייירס-ג'וינט מכון ברוקדייל, המשתמשת כפרופסור חבר באוניברסיטת בר-אילן, השווה את שירותי הבריאות ואת האופן שבו החולים והחולות תופסים אותם. פרופ' גרוס ועמיתיה בדקו ומצאו, שרופאים משוחחים עם גברים על נושאי קידום בריאות – כגון הפסקת עישון ופעילות גופנית – יותר מאשר עם נשים. "השאלה היא אם זה מוצדק", היא שואלת. "יש תפיסה שגבירה נתונים בסיכונים רבים יותר, וכדי למנוע זאת יש לשוחח איתם. מצד שני, הרי גם אצל

תת-האבחון נובע מהסימפטומטולוגיה של מחלות לב בספרי הלימוד, משוכנעת ד"ר מוריאל: התסמינים המתוארים כתעוקת חזה – מחושים או לחץ בקדמת החזה שמקרינים לזרוע שמאל – מופיעים במאמץ וחולפים במנוחה. לדבריה, "במהלך השנים למדנו ממחקרים, שיש לא מעט אנשים עם מחלת לב כללית, שמראים סימפטומים לא אופייניים, ונמצא ש-40% מהנשים החולות במחלת לב כללית מראות סימפטומים כאלה: מחושים המופיעים בזמן מנוחה, עייפות וקוצר נשימה, קושי לבצע פעילות פיזית – ולא דווקא אותו מחוש שמופיע במאמץ וחולף במנוחה.

"מכיוון שחוננו שאנטינה פקטוריה היא דבר מאוד מוגדר, הרי שלמעשה יש כאן טעות דר-שלבית באבחון: יכולתם של הרופאים לאבחן מוגבלת יותר בנשים, מכיוון שהסימפטומים לא אופייניים, ועם השנים למדנו להתייחס לכך טוב יותר. גורם נוסף הוא הדעה הרווחת באוכלוסיה עצמה. אם נשאל נשים מהו לדעתן הגורם מספר אחת לתמותה בנשים, התשובה תהיה סרטן השד, בעוד שהיחס בתמותה בין מחלות לב וכלי דם לעומת סרטן השד הוא 10 לעומת 1. התפיסה באוכלוסיה היא שמחלת לב היא 'גברית'."

## "74% גברים"

"בישראל קיים מאגר מעודכן ביותר בנושא אוטם שריר הלב", אומר הקרדיולוג פרופ' שלמה בכר, המנהל הרפואי של העמותה למנוע התקפי לב במרכז הרפואי שיבא תל-השומר. "מאז שנת 1992 נערכים, אחת לשנתיים, סקרים על התקפי לב בארץ. רצף הסקרים מאפשר לקבל לא רק אינפורמציה נקודתית, אלא גם לבדוק את מגמות השינוי על ציר הזמן.

"המסקרים הללו למדנו שלמרבית הצער, שכיחות גורמי הסיכון להתקפי לב לא השתנתה מאז 1992 ועד 2004. כלומר, אותו אחוז חולי לב סובלים מסוכרת, מלחץ דם, מכולסטרול ומנזקי עישון. מה שכך השתנה, ובצורה דרמטית, הוא

# שוות ושווים יותר

< המשך מעמוד קודם >

חות מחלות הלב בקרב גברים עולה אחרי גיל 50, ואצל נשים – כעשור לאחר מכן, לאחר שהן חוות מנופאוזה. בשני המינים השכיחות עולה עם הגיל, אך אף פעם אינה משתווה לחלוטין; גם בגיל מתקדם מאוד נשים חולות פחות מגברים במחלות לב וכלי דם.

לדברי ד"ר מוריאל, "בשנת 1991 פורסמו לראשונה שני מאמרים בכתב-העת New England Journal of Medicine – האחד טען שנשים שעברו התקף לב מצונתרות פחות מגברים, ואילו המאמר השני הוכיח שנשים עם מחלות לב עוברות פחות ניתוחי מעקפים. באותו גיליון התפרסם גם מאמר מערכת של הקרדיולוגית ברנרדין הילי, שניהלה בעבר את מכון הבריאות האמריקני (NIH). במאמר, שזכה לכותרת 'The Yentel Syndrom', סיפרה הילי לקוראים על ניטל, גיבורת סיפורו של יצחק בשביס זינגר, שנאלצה להתחזות לאברך כדי ללמוד גמרא ותלמוד. לטענתה, אם אשה הסובלת ממחלת לב רוצה לזכות בטיפול דומה לזה שמקבל גבר, עליה להציג סימפטומים 'גבריים'. בעקבות המאמרים הללו, נרעש עולם הרפואה והתחיל לחקור אם אמנם קיימת רפואה מוטת מגדר בכל הקשור לאבחון ולטיפול במחלות לב בקרב נשים. מאות מחקרים בוצעו מאז; חלקם קבעו שכך, ואחרים סתרו אותם."

## ד"ר נילי בן-צבי

**"במקרים רבים, הנשים הן עמוד התווך של המשפחה, וכאשר מתעוררת בעיה של מחלה כרונית או נכות במשפחה, הן המטפלות העיקריות. נראה שלא תמיד הסיבה לביקוריהן במרפאה היא הן-עצמן"**



## ספרות, כנסים ושיעורים מקוונים

בעולם וגם בארץ פועלים בדרכים שונות כדי להעמיק את המודעות להבדלים בין נשים לגברים בתחומי הרפואה

תפרה בעשור האחרון, בעיקר בנושא המניעת, שבו גם קופות החולים עשו עבודה טובה; הן השקיעו בפרסומים במדיה ובעידוד האוכלוסיה לעבור בדיקות. זה חדש יחסית ומבורך.

גם ד"ר רחל אדטו משוכנעת, כי הפתרון טמון בתהליך ארוך של חינוך אוכלוסיה: "בנינו תוכניות לרופאים בתחום רפואת המשפחה, ולי-מדנו אותם מה לשאול, מה לומר ובמה להתעניין בעת הטיפול בנשים. במקביל, אנחנו עוסקים בהעצמת נשים בכל הקשור לבריאותן. יש תוכניות לקידום בריאות נשים במגזרים השונים, והדרך אמנם ארוכה מאוד, אבל אין אחרת: מודעות וחינוך. אחרת, זה לא ילך".

לפני חודשים אחדים ארגנו ד"ר גרעון קופר-ניק ועמיתיו כנס בן יומיים בברלין, שעסק ברפורמאט מגדר. לדברי ד"ר קופרניק, נכחו בכנס כ-400 משתתפים, שדנו בשאלה כיצד ניתן לשנות פרדוקסלים ולקדם את המחקר. הכינוס הבא ייערך ברומא בשנה הבאה. "הרפואה המגדרית חייבת להיכנס לתוכנית הלימודים", מדגיש ד"ר קופרניק, ומוסיף בחיך: "אם כבר מישוהו מקופח כאן, אלה הגברים... קיימים הרבה מרכזים לבריאות האשה, אבל איפה המרכזים לבריאות הגבר?"

התרחב באופן מובהק, התנהגותם השתנתה, וגם עלתה מודעותם לנושאים כמו אלימות במשפחה ודיכאון. אין ספק, שכאשר שמים את הדגש ונותנים לרופאים את הידע – רואים תוצאות".

יוזמה נוספת, מספרת פרופ' גרוס, ממומנת על ידי הפדרציה היהודית בקליבלנד – קורסים בנושא בריאות האשה, שניתנים בכל בתי הספר לרפואה לתמתחים ברפואת המשפחה. מטרת היוזמה לסייע לרופאים לצאת לשטח, לאחר שכבר קיבלו מידע מקיף בנושא. הפדרציה מימנה לאחרונה פרויקט נוסף, שנועד גם הוא לתרום להגברת המודעות לצרכים המיוחדים של נשים. במסגרת הפרויקט, ילמדו עובדי משרד הבריאות על אלימות במשפחה ועל הדרך כיס לטפל בה.

### "הקופות השקיעו"

ד"ר מדי מוריאל מעריכה, כי את השינוי המשמעותי שחל בתודעתם של הרופאים בקהילה ובבתי החולים יש לזקוף לזכות הספרות הרבה והכנסים המקצועיים שדנו בנושא: "אין לי ספק, שהמודעות למחלות הלב עלתה והש-

מדאיג לגלות שבישראל של שנת 2006 עדיין קיימים הבדלים ניכרים באבחון ובטיפול שמקבלים פציינטים משני המינים, למרות השיפור ההדרגתי המציע מעט אופטימיות זהירה. הרפואה העולמית מקדישה משאבים ומחשבה ל-"Gender Biased Medicine" (רפואה מוטת מגדר), וכתבי-עת שלמים מוקדשים לנושא זה. גם בארץ קיימות יוזמות, שמטרתן העמקת המודעות להבדלים בין נשים לגברים בתחומי הרפואה השונים. לדברי ד"ר נילי בן-צבי, המרכזת את את תוכנית לימודי בריאות האשה על ידי למידה מרחוק, אחת ממטרות התוכנית היא להעלות את הידע והמודעות של הרופאים הראשוניים בקהילה לנושאי בריאות האשה, מאחר שהם באים במגע ובקשר עם מרבית הנשים באוכלוסיה.

פרופ' רויטל גרוס מתארת כיצד מתבצע הקורס, כשהרופא יושב במרפאתו ומקבל 24 שיעורים מקוונים על בריאות נשים, הכוללים דיונים תיאורטיים וניתוחי מקרים: "גרסת פיילוט של הקורס, שהתקיימה בשני אזורים בארץ, הוערכה על ידי מכון ברוקדייל. ראינו שלקורס יש השפעה טובה מאוד על הרופאים – הידע שלהם

עובדה קיימת, משוכנעת שברובו אינו נובע מסיבות חברתיות בלבד, אלא מחוסר מודעות של הממסד הרפואי ומהחינוך הרפואי לגבי שכיחות המחלות השונות והימצאותן בקבוצה זו או אחרת.

"עד לא מזמן", אומרת פרופ' טבנקין, "כשאשה התלוננה על כאבים בחזה, מיהרו לומר שזו היסטריה. היום אין ספק שהמודעות עלתה, כי התחילו לשים לב שגם נשים סובלות ממחלות לב. עד לפני 20 שנה כמעט לא שיתפו נשים במחקרים, ואת כל מה שידוע על סימני מחלה ותגובות לטיפול הסיקו מהגברים שהשתתפו בהם. "בנוסף, שני שלישים מהמבקרים במרפאות הם נשים, ולא גברים. לכן גם רווחת הטענה שנשים מאריכות חיים יותר, כי הן מודעות יותר לבריאותן ומגיעות לקבל טיפול לפני שהמצב מחמיר; בעוד שגברים מגיעים רק כשהמצב חמור. כשגברים מגיעים למרפאה, הם אומרים לא פעם: 'זה לא אני, זו אשתי ששלחה

< המשך בעמוד הבא >

ים בקהילה – אלה שמטפלים ברוב האוכלוסיה – ויכולו להתמקד יותר בבעיות הללו".

פרופ' חנן מוניץ, שמתנגד כאמור לשימוש במינוח "אפליה" בהקשר זה, מציע שילוב של ביר לוגיה ומעמד: "יש הסבורים שהשוני בנתונים נובע מנטייה ביולוגית כלשהי ומתייחסים לה כמנות גיל המעבר, לאחר לידה, לפני המחזור החדשי, וכו'. מצד שני, יש הסבורים כי השוני נובע מבעיות סטטוס של הנשים בחברה. נראה, שהאמת היא שילוב של השניים. ייתכן, שנושים פונות יותר לטיפול בכל תחומי הרפואה, וייתכן שהן מגלות סבילות נמוכה משל גברים לתחושות של חרדה. לא ניתן לשלול את האפשרות שמעמדן החברתי משפיע. כל התסמונות הפסיכיאטריות ות שכיחות יותר במעמדות הסוציו-אקונומיים הנמוכים יחסית: חסרי התעסוקה, העולים החדשים, אנשים הסובלים מעוני. בקרב אוכלוסיות אלה יש יותר תחלואה נפשית, וייתכן שאפשר לצרף לכך גם את מעמדה של האשה בחברה; אבל כל אלה הן היפותזות בלבד, ולא עובדות".

פרופ' טבנקין, הסבורה כי קיפוח מגדרי הינו

נשים שכיחות מחלות הלב גבוהה מאוד".

גם פרופ' גרוס סבורה, כי ייתכן שהמודעות בקרב האיבור לגורמי הסיכון החלים על נשים עדיין אינה מפותחת דיה: "אינני רוצה לומר שיש כאן קיפוח מכוון, כפי שקיים חוסר מודעות מספקת לצרכים של נשים. גם כשרופא יסוחח עם מטופליו על השמנה, הנתונים לגבי שיחותיו עם נשים וגברים יהיו דומים, בעוד שבעיית ההשמנה חמורה יותר בקרב נשים. כך גם לגבי שיחות על מצוקה נפשית, אלימות במשפחה ונושאים אחרים ייחודיים לנשים. לנשים יש צרכים ייחודיים, ולא רק גינקולוגיים".

### "אשתי שלחה אותי"

מהו הגורם העיקרי לאי-השוויון המגדרי בנתוני התחלואה והטיפול? האם הוא טמון רק בשוני הפיזיולוגי המולד בין המינים, או שמא תורמים לכך גם סטריאוטיפים חברתיים שעבר זמנם? האם השוני בהתייחסותה של הרפואה לנשים ולגברים, בחלק ניכר מענפיה, מבוסס על רקע פיזי מוכח או על רקע חברתי נרכש?

ד"ר נילי בן-צבי מתקשה לקבוע, ותוהה האם קיימים די נתונים לתשובה חד-משמעית. "ייתכן שזו תופעה מולטי-פקטוראלית; ידוע, שנושים ככלל נמצאות במעמד סוציו-אקונומי נמוך מזה של גברים ורבות יותר עומדות בראש משפחות חד-הוריות. גם העובדות הללו מביאות לכך שיהיה פחות זמן ברשותן והן יסבלו מרמת סטרס גבוהה יותר, שנובעת מהצורך לפרנס ולקיים לבד משפחה. לכן, הן סובלות יותר מחרדה, מדיכאון ואולי גם מדברים אחרים. מטרת הפרויקט שאני מרכזת היא להציף אל פני השטח את הבעייתיות של חוסר השוויון המגדרי, כדי שהרופאים הראשוניים



### ד"ר רחל אדטו

"התרבויות של תת-החברות היוצרות את החברה בישראל תורמות לאפליה נגד נשים במערכת הבריאות. אשה ערבייה לא הולכת לבדה לרופא, וגם צעירה חרדית לא מדברת עם הרופא - אמא שלה או בעלה משוחחים איתה"



## ד"ר מדי מוריא

**"בשנת 1991 התחיל עולם הרפואה לחקור, האם אמנם קיימת רפואה מוטת מגדר בכל הקשור לאבחון ולטיפול במחלות לב בקרב נשים. מאות מחקרים בוצעו מאז - חלקם קבעו שכן, ואחרים סתרו אותם"**

"מסר חשוב נוסף הוא שאם קיימים הבדלים בתמותה, הם נמחקים ברגע שעושים התאמה גילאית. לכן, המסקנה כיום היא שאין כל אפליה טיפולית על בסיס מגדר". יחד עם זאת, פרופ' בכר מסכים שנשים מגיעות לבית החולים באי-חור, יחסית לגברים. הוא תולה את הסיבות האפשריות לכך, בנוסף לסימפטומים שאינם ברורים כמו אצל הגברים, גם בהנחה האפשרית שהנשים מוטרות יותר לגבי תחומי האחריות

דומיננטי, שאמנם משתנה, אבל זהו תהליך שדורש זמן. גם את תפקידי הרופאים הבכירים ומנהלי המחלקות איישו יותר גברים מנשים. עד שהחל תהליך השינוי שאנחנו עוברים כרגע, המקצוע היה שוביניסטי מעצם העובדה שרוב העוסקים בו נמנו עם המין הגברי."

ד"ר אדטו מתייחסת לקטביות בחברה הישראלית ורואה בה סיבה אפשרית לאפליה המגדרית: "החברה שלנו מורכבת מחברות מיוחדות, כמו החברה החרדית, החברה הערבית והחברה האתיופית, שבהן בהחלט קיימת בעיה בנושאי מעמד האשה ועצמי-אותה. אני סבורה שהתרבות ות של החברות היוצרות את ההטרונגניות של החברה בישראל תורמות לכך שיש אפליה נגד נשים במערכת הבריאות. אשה ערבייה לא הולכת לבדה לרופא, וגם צעירה חרדית לא מדברת עם הרופא - אלא שלה או בעלה משוחחים איתו במקומה. יש מידע שמעלימים מפני הרו-פא. כל אלה נובעים מחוסר פתיחות."

פרופ' בכר סבור, כי ב-12 השנים האחרונות חל שיפור דרמטי בנושא הטיפול שמקבלות נשים: "אם נבדוק את כל קבוצת הגברים לעומת הנשים, מבלי לשקלל את גורם הגיל, נמצא הבדלים הנובעים מכך שנשים לא

תמיד יכולות לקבל את כל הטיפולים בגלל הוראות-נגד שנובעות ממחלות אחרות שהן לוקות בהן; ומכאן נובע ההבדל הטיפולי - לא מגישה שוביניסטית, אלא מהבדלי גיל. אם יש אפליה, הרי שהיא קיימת גם בין גברים מבוגרים לצעירים. כשעושים התאמה לפי הגיל, הטיפול משתווה."



**הנשים חוות פחות התקפי לב אך חומרתם רבה יותר**  
(יחידה לטיפול נמרץ לב, צילום אילוסטרציה)

שלהן: "נשים נוטות להכחיש את הסימפטומים, ויש להן הרבה אחריות בבית. את זה צריך לשנות. נשים שקיים אצלן חשד להתקף לב צריכות להתנהג בערנות רבה."

ובאמת, מה חשוב יותר לאשה הזקוקה לטיפול רפואי דחוף אצל מומחה, הממתין לה במרפאה מרוחקת? האם זהו הטיפול בעצמה, או הילד שעליה לקחת מהגן באותה שעה? לדברי פרופ' גרוס ממכון ברוקדייל, לנשים יש נטייה להעמיד את הצרכים האישיים שלהן, ובכללם הצרכים הבריאותיים, בתחתית סולם העדיפויות המשפחתי: "כששאלנו השנה בסקר שערכנו 'האם ויתרת על טיפול רפואי בגלל המרחק?', ראינו ששיעור הנשים שוויתרו על קבלת טיפול רפואי עקב המרחק היה גבוה בהרבה מאשר אצל הגברים. לנשים יש פחות 'משאבים חברתיים' - כגון כסף, הכנסה שמאפשרת לממן נסיעות. אלה חלק מהסיבות לכך שנשים מטפלות בעצמן פחות מגברים ומקבלות פחות שירותים רפואיים."

# שוות ושווים יותר

< המשך מעמוד קודם >

אותי, ואחד ההסברים לשוני בתוחלת החיים בין המינים הוא שהגברים חיים פחות, כי הם מטפלים בעצמם פחות. הסבר אפשרי נוסף לכך הוא שלגברים יש התנהגות בריאותית מסתכנת יותר: הם מעשנים יותר מנשים, נוהגים יותר בפראות, שותים ונוטלים יותר סמים, וכל אלה משפיעים על הבריאות."

## "נוטות להכחיש"

פרופ' טבנקין מאירה זווית מעניינת נוספת של הבדלי המגדר ברפואה המונעת: "מחקר אמריקני מצא שיותר גברים מקבלים ייעוץ לגבי אורח חיים בריא. כשהשוו בין רופאי משפחה לרופאות משפחה ראו, שאצל הרופא-אות אין אפליה - הן מקדישות אותו זמן לייעוץ לחולים משני המינים - בעוד הרופאים מקדישים יותר זמן ייעוץ לגברים מאשר לנשים. כך שהבדל נעוץ גם במין הרופא, ונראה שגברים שוויוניים פחות גם כשהם רופאים. באותו מחקר הועלתה הסברה, שהיות שנשים מבקרות יותר מגברים במרפאה, הרופא מנצל את ביקורו הנדיר יחסית של הגבר כדי לתת לו ייעוץ, בעוד שאת האשה הוא מניח שיפגוש במרפאה גם בשבוע הבא."

ד"ר רחל אדטו מבקשת לקרוא לילד בשמו: "אנו חיים בחברה שוביניסטית מאוד. בבתי הספר לרפואה היה עד לא מזמן רוב סטודנטיאלי גברי

## פרופ' שלמה בכר

**"ב-12 השנים האחרונות חל שיפור דרמטי בטיפול שמקבלות נשים. ההבדל הטיפולי נובע לא מגישה שוביניסטית, אלא מהבדלי גיל. אין כיום כל אפליה טיפולית על בסיס מגדר"**

