

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

אומי לייסנר

כל דיון על זכויות פריון של נשים שאינן מביא
בחשבון את ההיבט הלאומי יהיה חסר בהכרח.

מבוא

במהלך המאה הקודמת, ברוב המדינות המתועשות, עברה הלידה מן המרחב הפרטי, הנשי בדרך כלל, אל המרחב הציבורי, הרפואי והגברי באופיו, אל בית החולים. המעבר טמן בחובו הרחבה בסמכותם של רופאי הנשים בכל הנוגע לניהול הלידה וצמצום מקביל בסמכותן של המיילדות. כן הוגדרה הלידה מחדש ונחשבה אירוע רפואי המחייב התערבות רפואית וטכנולוגית. זהו תהליך שאפשר לקרוא לו המדיקליזציה של הלידה.¹ לכאורה מדובר בצעד שנועד להבטיח את בריאות האם והיילוד, אך בפועל לא הוכחה מעולם הנחה זו. יתר על כן, תהליך האשפוז ללידה התרחש בכל מדינה ומדינה בקצב אחר ובצורה אחרת. בנסיבות אלה נוטים החוקרים לראות אותו כתוצר של אינטרסים

* ברצוני להודות לעורכים ולקוראים של כתב העת עיונים בתקומת ישראל, לנורית ולק על עריכתה הלשונית היסודית וסבלנותה האין-סופית, לאורלי ארז-לחובסקי, לטלי ברנב ולרתם וגנר שקראו והעירו על טיטוטות קודמות של מאמר זה, ולתמי רזי שהביאה אותי לכתוב אותו מלכתחילה. יצוין כי נקודת המוצא של מאמר זה היא עבודת הדוקטור שלי שנעשתה בהנחיית פרופ' דפנה יזרעאלי (ז"ל), פרופ' רות הלפרין-קדרי ופרופ' סוזן סרד, ראו אומי לייסנר, 'חוקי הלידה ולידה כחוק בישראל', לימודי מגדר ומשפטים, אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן 2006. בעבודה בחנתי את הסדרת הלידה מאז קום המדינה ועד היום.

1 Eugene Declercq, Raymond DeVries, Kirsi Viisainen, Helga B. Salvesen & Sirpa Wrede, 'Where to Give Birth? Politics and the Place of Birth', in: Raymond DeVries, Cecilia Benoit, Edwin R. van Teijlingen & Sirpa Wrede (eds.), *Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*, Routledge, New York & London 2001, pp. 7-27; Judith Walzer Leavitt, 'The Growth of Medical Authority: Technology and Morals in Turn-of-the Century Obstetrics', *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 3 (1987), pp. 230-255

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

שונים – פוליטיים, כלכליים ואף אישיים. דהיינו לכל מדינה יש היסטוריית לידה משלה.² בישראל תהליך האשפוז בלידה כמעט הושלם בשנות השישים. הנטייה היא לייחס נתון זה לחוק 'ייחודי' שנחקק ב-1953 ולפיו רק יולדת ש'הזדקקה לאשפוז בקשר ללידה' תוכל לקבל בתמורה 'מענק לידה'.³ אולם לאמתו של דבר בעת שנחקק החוק, כ-94% מן היולדות היהודיות בישראל כבר ילדו בבתי חולים ממילא.⁴ אדרבה, רמה גבוהה זו של לידות בבית החולים הושגה עוד בתחילת שנות הארבעים בארץ ישראל המנדטורית.⁵ על רקע הנתונים האלה יש לשאול: איך הושג האשפוז השכיח של יולדות בישראל המנדטורית, ומדוע? שהרי מבחינה בין-לאומית מדובר במהלך שהתרחש מוקדם יחסית.⁶ על שאלה זו אנסה לענות בעמודים הבאים. בתוך כך, אנסה לאתר כמה מהאינטרסים של מעבר הלידה אל בית החולים ביישוב היהודי, בעיקר במהלך שנות העשרים והשלושים של המאה שעברה.

את התשובות לשאלות אלה אחפש במקורות הבאים: בספרות המתארת ומסבירה את המעבר של הלידה מן הבית אל בית החולים במדינות אחרות (ראו להלן בסעיפים 'מדוע עברה הלידה אל בית החולים?', 'שאלת האמצעים: כיצד הושג המעבר של הלידה אל בית החולים?'); בספרות המתארת את התפתחות הרפואה בכלל ואת התפתחות המיילדות בפרט בארץ ישראל המנדטורית (ראו להלן בסעיף: 'הרקע ההיסטורי') ובעיקר במסמכים הנמצאים בארכיון הציוני בירושלים ומתעדים את הפעילות סביב נושא הלידה בתקופה זו, בעיקר בנוגע לארגון 'הסתדרות מדיצינית הדסה' (להלן ארגון הדסה או 'הדסה', ראו להלן בסעיף: 'הממצאים').⁷

באשר למסקנותיי המובאות בהמשך (ראו הסעיפים: 'אילו גורמים הובילו לאשפוז

2 ראו להלן בסעיף: 'מדוע עברה הלידה אל בית החולים?.'

3 חוק הביטוח הלאומי, התשי"ד-1953, סעיף 30, ס"ח 137, 6, ה"ח 98, 99. היום חוק הביטוח לאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, סעיף 42, ס"ח 210, 295.

4 ראו חבר הכנסת ד"ר בן ציון הראל, פרוטוקול ישיבה 11/ב של ועדת המשנה לוועדת העבודה לחוק הביטוח הלאומי, 19.2.1953, עמ' 6; חברת הכנסת בבה אדלסון, דברי הכנסת (תשט"ו), 18, עמ' 1872, 1879-1878.

5 יצחק קנב, תכנית לביטוח סוציאלי בישראל: דין וחשבון הועדה הבינמשרדית לתיכנון הביטוח הסוציאלי, משרד העבודה והביטוח העממי, 1950 (להלן 'תכנית קנב'), עמ' 165 (ב-1943 היו 86% מכלל הלידות היהודיות בתוך בתי החולים ועד שנת 1945 עלה שיעור הלידות היהודיות בבתי החולים ל-90.6%).

6 Declercq et al., 'Where to Give Birth?' (above f. 1), p. 8. למשל, בשנת 1954 אחוז הלידות מחוץ לבתי החולים היה כ-6% מסך הלידות בארצות הברית, כ-25% מסך הלידות בפינלנד, כ-36% מסך הלידות בממלכה המאוחדת וכ-77% מסך הלידות בהולנד. כמו כן האשפוז האוניברסלי של הלידה (99% או יותר) הושג בפינלנד ובארצות הברית עד סוף שנות השלושים של המאה העשרים ובבריטניה וברוב המדינות המתועשות האחרות, חוץ מהולנד, בתחילת שנות שמונים.

7 עיקר השימוש נעשה בתיקי הארכיון הציוני המרכזי (להלן אצ"מ), J113/7487, J113/7488, J113/7918, J113/401, J117/513.

ההולך וגדל של היולדות בארץ ישראל המנדטורית?'; 'סיכום ומסקנות'), כמו בניסיון של מדינות אחרות באשפוז היולדות, גם בהקשר הארץ-ישראלי אפשר להבחין במאבק המקצועי שהתנהל בין רופאי הנשים למיילדות. בתחילה אמנם תמכו הרופאים ב'שיטת המיון' של היולדות, שהניח מעין חלוקת שוק בינם לבין המיילדות,⁸ אולם בסופו של דבר הם דאגו להעביר את ההחלטות שתאמו את צורכיהם שלהם. עם זאת אי-אפשר לומר שהרופאים פעלו לבד, אלא בעזרת תמיכה נחרצת של ארגון הדסה ובעיקר של 'אחיות התחנות', שעודדו, דרבנו וכמעט הכריחו את הנשים להזדקק לרופאים ולבתי חולים בכל הנוגע ללידה. יותר מזה, בהקשר הארץ-ישראלי אבקש להדגיש כאן את פעולתם של לא מעט אינטרסים לאומיים שעמדו מאחורי אשפוז היולדות, ועל רקע הנסיבות האלה נמצא כי הנשים עצמן הסכימו ואף ביקשו ללדת בבתי החולים.

מדוע עברה הלידה אל בית החולים?

לאורך המאה העשרים, ובעיקר לאחר מלחמת העולם השנייה, עברה הלידה ברוב העולם המתועש מן הבית אל בית החולים. במשך שנים היה זה מובן מאליו כי אפשר להסביר מעבר זה כממצאים רפואיים-מדעיים בדבר היתרונות הבריאותיים שמעניקה הלידה באשפוז וליילוד. שיפורים בסטיסטיקה של רמות התמותה של אימהות ותינוקות הובאו אף הם כהוכחה נחרצת לדבר.

אולם עם הזמן התברר כי תמותת היולדות בבתי חולים הייתה גבוהה יותר מתמותת היולדות בבתים, וזאת בעיקר בשל זיהומים.⁹ כמו כן נמצא כי הירידה בתמותה הייתה בעצם תולדה של שיפורים כלליים בבריאות האוכלוסייה, בעיקר בתחומי התזונה והסניטציה.¹⁰ אכן עד היום לא הוכחו היתרונות הבריאותיים של

8 לפחות ככל שמדובר היה במיילדות מוסמכות. לעניין ההבדלים בין שני סוגי המיילדות ראו צפורה שחורי-רובין, "וייטב אלהים למילדת": מיילדות עבריות בארץ-ישראל בשלהי התקופה העותמאנית, *מסכת: כתב עת למחקר, יצירה והגות יהודית*, ח (2008), עמ' 51-59; אייל כתבן ונירה ברטל, 'על 'סידור הפרקטיקה של הילוד': עיון בפקודת המיילדות בארץ-ישראל (1929) ובמשמעויותיה', אייל כתבן, מרגלית שילה ורות הלפרין-קדרי (עורכים), *חוקה אחת ומשפט אחד לאיש ולאשה: נשים, זכויות ומשפט בתקופת המנדט*, הוצאת אוניברסיטת בר-אילן 2010. כן ראו הנהלת הסניף בתל אביב אל הנהלת 'הדסה', ירושלים, 'ריאורגניזציה של מחלקת היולדות', 12.11.1926, 'אצ"מ', J113/401, שם נאמר: 'אולי נצליח כעת גם לחדור אל שכונות הספרדים והתימנים, ששם מיילדות מסופקות עושות את מלאכתן המסופקת'.

9 Adrienne Rich, *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*, W.W. Norton & Co, New York 1986 (10th Anniversary edition), pp. 151-155; Rebecca M. Albury, *The Politics of Reproduction: Beyond the Slogans*, Allen & Unwin, New South Wales, Australia 1999, p. 158

10 Marjorie Tew, *Safer Childbirth: A Critical History of Maternity Care*, Free Association Books, London 1998

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

מדיניות אשפוז כלל היולדות, לעומת מדיניות המאפשרת גם לידה מתוכננת בבית.¹¹ על רקע הממצאים האלה חוקרים מתחומים שונים בארצות רבות מצאו לנכון להסביר את המעבר של הלידה אל בית החולים במונחים אחרים, מדעיים פחות, אנליטיים יותר ואף פוליטיים, כפי שנראה להלן. את המניעים האלה אחלק לשלוש קבוצות, דהיינו לשלושת הגורמים העיקריים שהביאו לאשפוז יולדות: הרופאים, המדינה והיולדות עצמן.

האינטרסים של הרופאים על פני האינטרסים של המיילדות

את ההיסטוריה של הלידה בעולם המתועש מתארים בדרך כלל כמאבק בין שתי קבוצות של מטפלים שהתמחו במתן סיוע ליולדות: בין המיילדות – המטפלות המסורתיות של היולדות – ובין הרופאים, ועם הזמן המומחים בגינקולוגיה ומיילדות (obstetrics and gynecology), הנקראים בישראל בדרך כלל 'רופאי נשים'.¹² שתי קבוצות אלה היו

11 החלוצה במחקר זה הייתה מרג'רי טיו, ראו ספרה, Tew, *ibid.* למחקרים גדולים שנערכו לאחרונה, Kenneth C. Johnson & Betty-Anne Daviss, 'Outcomes of Planned Home Birth with Certified Professional Midwives: Large Prospective Study in North America', *B.M.G.*, 330 (2005), p. 1416; A De Jonge, B.Y. van der Goes, A.C.J. Ravelli, M.P. Amelink-Verburg, B.W. Mol, J.G. Nijhuis, J. Bennebroek Gravenhorst & S.E. Buitendijk, 'Perinatal Mortality And Morbidity in a Nationwide Cohort of Low-Risk Planned Home and Hospital Births', *BJOG*, 116, 9 (2009), pp. 1177-1184 מחקרם של אבנר שיפטן, ענת תל-אורן, אייל שיינר ואמנון הדר, 'תוצאות של לידות בית מתוכננות בישראל 2007-2003', *הרפואה*, 148, 6 (2009), עמ' 366-362; Judy Slome, 'A Midwife's Private Practice in Israel', *British Journal of Midwifery*, 10 (2002), p. 224

12 Rich, *Of Woman Born* (above f. 9), pp. 128-155; Richard W. Wertz & Dorothy C. Wertz, 'Notes on the Decline of Midwives and the Rise of Medical Obstetricians', *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, Conrad and Kern, New York 1986 (2nd edition), pp. 134-146; idem, *Lying-In: A History of Childbirth in America*, Yale University Press, New Haven 1989 (revised edition); Karen L. Michaelson, 'Childbirth in America: A Brief History and Contemporary Issues', in: Karen L. Michaelson & Contributors, *Childbirth in America: Anthropological Perspectives*, Bergin & Garve, South Hadley, MA 1988, pp. 1-32 ימי הביניים של שולמית שחר, *ילדות בימי הביניים*, דביר, תל אביב 1990, עמ' 62-63, 66. וכן הדיון, המציג מצב מורכב יותר, אצל אלישבע באומגרטרן, *אימהות וילדים: חיי משפחה באשכנז בימי הביניים*, מרכז זלמן שזר לתולדות ישראל, ירושלים 2005, עמ' 64-89; יערה בראון, *רואות את הנוולד: לידה ויילוד לקראת העידן המודרני*, אוניברסיטת חיפה וזמורה ביתן, חיפה 2000. ספרה של בראון עוסק בלידה בצרפת בראשית העת החדשה. לדעתה נכון פחות לדבר על מאבק מאשר על מעבר מטולטל שעברה הלידה מן המיילדות המסורתיות אל הרופאים. היא מתמקדת בשלב הביניים של כניסת מיילדות מושכלות ומוכשרות רשמית לתחום. בכך יוצאת בראון נגד הכתיבה הפמיניסטית שתארה מעין דיכוטומיה חדה בין המיילדות, המטפלות המסורתיות, שהיו לכאורה רק טובות לנשים, לבין הרופאים שלכאורה חשבו רק על קידום המקצועי על חשבון הנשים היולדות.

שונות זו מזו מבחינה מגדרית. המיילדות היו נשים, ואילו הרופאים גברים, ועד היום נחשב המקצוע לגברי באופיו. אפשר להבחין גם בהבדלים עקרוניים בין השניים: המודל המיילדתי רואה בהיריון ובלידה תהליכים טבעיים ונורמליים בדרך כלל, ואילו המודל הרפואי מתמקד בפתולוגיה של הלידה ומתאפיין במגוון הולך ומתרחב של טכנולוגיות רפואיות שנועדו להשתלט עליה.¹³

אחד הנושאים במאבק שבין המיילדות לרופאים הוא מקום התרחשות הלידה, שהרי מי ששולט במקום התרחשות הלידה עשוי גם לשלוט בהגדרתה. מבחינה היסטורית היו המיילדות קשורות לבית, והרופאים לבתי חולים. כפי שאמרה אחת החוקרות: 'אשפוז בלידה הוא אמצעי המימוש של הפילוסופיה המתערבת של רפואת הנשים'.¹⁴ בגלל האינטרסים המקצועיים המנוגדים האלה, יש המייחסים את מהירות המעבר של הלידה אל בית החולים, כפי שהתרחש בכל מדינה ומדינה, למידת הכוח שיש לארגונים של הרופאים המקומיים.¹⁵

אינטרסים שלטוניים במובן המצומצם

אף בהינתן כוחם הרב של הרופאים, קשה לומר כי במעבר של הלידה אל בתי החולים פעלו הם לבדם, אלא גייסו למשימתם תמיכה ממשלתית.¹⁶ עם זאת, לדעתם של חוקרים רבים, גם למדינות היו אינטרסים משלהן באשפוז היולדות. ברובד הבסיסי, מדינות רבות תמכו במדיניות של אשפוז מכיוון שהדבר 'השתלם' להן. האינטרסים הכלכליים הלאומיים באשפוז יולדות היו מסוגים שונים. לפי הנחה שכיחה אחת, במציאות גוברת של אורבניזציה וצנטרליזציה, ריכוז היולדות במרכזים גדולים וקבועים חסכני לרשויות מאשר מתן שירותים פרטיים או במערכת של קליניקות קטנות.¹⁷ אם כי מתברר שמרכזים רפואיים גדולים מתאפיינים בשימוש רב בטכנולוגיה, ויוצא שניהול הלידה במרכזים כאלה הוא יקר.¹⁸

לדעתי בראון עצמה טועה כשאיננה מבחינה בין ההיסטוריה של הלידה במקומות שונים ובתקופות שונות. למשל, נראה כי המעבר של הלידה מן המיילדות לידי הרופאים היה 'אלים' הרבה פחות באירופה מאשר באמריקה. שם, למשל, מקצוע המיילדות חוסל כמעט כליל.

13 ראו למשל, Robbie E. Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, University of California Press, Berkeley 1992, pp. 68-69, 71-72

14 Tew, *Safer Childbirth* (above f. 10), p. 21

15 Ibid., p. 7

16 Ibid., p. 25-27; Albury, *The Politics of Reproduction* (above f. 9), pp. 158-159

17 Declercq et al., 'Where to Give Birth?' (above f. 1), p. 8

18 נראה כי זאת הסיבה העיקרית שממשלות הולנד תמכו מאז ועד היום במיילדות בכלל ובלידות בית בפרט, ראו אומי לייסנר, 'לידה וחוק, הביצה והתרנגולת', דפנה הקר ונטע זיו (עורכות), **האם המשפט חשוב?** (בהכנה).

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

שיקול כלכלי שכיח אחר נמצא תלוי במספר מיטות האשפוז הפנויות. למשל, באנגליה בתחילת המאה, כשלא היה בידה לספק את מספר מיטות האשפוז הנדרש לכל היולדות, הגנה הממשלה על לידות בית בטענה שכשמדובר בלידה רגילה, הבית בטוח בדיוק כמו לידה בבית החולים. אולם בסוף שנות השישים, כשחלה ירידה בלתי צפויה ברמת הילודה, ומיטות האשפוז היו מיותרות, הבינה הממשלה שמבחינה כלכלית ישתלם יותר למלא מיטות אשפוז ריקות מאשר לפתח את השירותים ללידת בית. לפיכך היא החלה לעודד לידות בתנאי אשפוז, ובכך תמכה בדעה שלידה בבית החולים בטוחה יותר מלידת בית.¹⁹

אינטרס אחר שנמצא משפיע על ממשלות לאומיות לאמץ מדיניות של אשפוז יולדות הוא הרצון 'להראות לעולם' עד כמה אותה מדינה היא מתקדמת ומודרנית. בפועל התדמית הנעלה של הרפואה, המייצגת מודרניות וקדמה לעומת עוני, בורות ונחיתות חברתית, דחפה מדינות שלמות לאמץ את המודל הרפואי של הלידה אפילו בלי לבחון לעומק שיקולים כגון עלות ותועלת לילדת וליילוד.²⁰

אינטרסים שלטוניים במובן הרחב

חוץ מהיגיון כלכלי פשוט, יש חוקרים הרואים במדיקליזציה של הלידה ובאשפוז היולדות את ניצול רגע הלידה להטלת 'פיקוח חברתי' (social control) וסוציאליזציה דרך הגוף.²¹ במונחים של פוקו, מדובר בהשתתפות של הדיסציפלינה או הממסד הרפואי ביצירת 'גופים ממושעמים' (docile bodies) עבור המדינה.²² לפי פוקו, אחד הגורמים שהביאו לידי הפעלת כוח שלטוני 'גופני' כלפי אזרחי המדינה, היה הופעתם של מושגים כ'אוכלוסייה' ומושגים דמוגרפיים בתחום בריאות הציבור במחצית השנייה של המאה

Raymond DeVries, Helga B. Salvesen, Theres A. Wieggers & A. Susan Williams, 19
'What (and Why) Do Women Want? The Desires of Women and the Design of
Maternity care', in: DeVries et al., *Birth by Design* (above f. 1), pp. 243, 255-257;
Declercq et al., 'Where to Give Birth', p. 11. שם גם על עלייה במספר הלידות בבית החולים
באנגליה משנות החמישים עד שנות השמונים.

Tew, *Safer Childbirth* (above f. 10), pp. 19-20 20

William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, The University, 21
ראו למשל, of Chicago Press, Chicago 1982; Davis-Floyd, *Birth* (above f. 13)
Catherine Kohler Riessman, 'Women and Medicalization: A New Perspective',
in: Rose Weitz (ed.), *The Politics of Women's Bodies: Sexuality, Appearance, and
Behavior*, Oxford University Press, New York 1998, pp. 46-66

Joseph Rouse, 'Power/Knowledge', in: Gary Cutting כאן ראו 22
(ed.), *The Cambridge Companion to Foucault*, Cambridge University Press,
New York 1994, pp. 92-114; Nancy Scheper-Hughes & Margaret M. Lock, 'The
Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology', *Medical
Anthropology Quarterly*, 1, 1 (1987), pp. 6-41

התשע עשרה. הופעת מושגים כגון 'תמותת תינוקות' ו'רמות הולדה' העלתה בכמה דרגות את רמת הפיקוח והשליטה בגוף הנשי – המיני, הפורה והיולד.²³ גורם משפיע נוסף היה עליית הלאומיות והאימפריאליזם, וראייה בתינוקות עתודת אזרחים וחיילים של האומה.²⁴ נוסף על כך נמצא כי הגוף האימהי שימש מעין נקודת זינוק להתערבותן של רשויות קולוניאליות בניסיון להשתלט על האוכלוסייה המקומית באמצעות הפיכת האם ל'מודרנית'.²⁵ חוקרים אחדים סוברים כי רוב ההתערבויות באימהות מופיעות בעיקר בחברות מעמדיות כבריטניה או בארצות מהגרים כארצות הברית. שם בולטת הנטייה של האוכלוסייה הוותיקה ושל בני המעמד הבינוני-עליון לסמן את המהגר והעני כ'אחר' וכמקור למחלות ופגעים חברתיים 'המזהמים' את החברה.²⁶ הוגות פמיניסטיות זיהו גם הן את גוף האישה כאתר מסורתי להשתלטות

23 ראו למשל, David Armstrong, 'The Invention of Infant Mortality', *Sociology of Health & Illness*, 8 (1986), pp. 211-232. ראו גם אייל כתבן, 'אבחנה מבדלת או הבחנה מבדלת? הקשר בין בדיקות רפואיות, גופניות ונפשיות כפויות לדיכוי נשים והפלייתן', דפנה ברק-ארו, שלומית יניסקי-רביד, יפעת ביטון ודנה פוג' (עורכות), *עיונים במשפט, מגדר ופמיניזם*, נבו והקריה האקדמית אונו 2007, עמ' 849-884. השפעות נוספות היו קבלת התורה הבקטריוולוגית וחדירת פרקטיקות של היגיינה ביתית, חינוך אימהות לטיפול 'מדעי' או 'רציונלי' בתינוקות וכן התפתחותן של תנועות חברתיות כגון התנועה האאוגנית והתנועה הפרוגרסיבית, ראו Barbara Ehrenreich & Deidre English, *For Her Own Good: 150 Years of Expert Advice to Women*, Doubleday, New York (first published in 1978 by Anchor Books), pp. 141-182, וראו להלן הערה 64.

24 למשל, על רקע מלחמת הבורים בסוף המאה התשע עשרה, התעורר הצורך בגיוס נרחב. בבדיקות רפואיות שנערכו למתגייסים התגלה כי רבים אינם כשירים לגיוס, ראו למשל Ann Oakley, 'Children of the Nation: The Beginnings of Antenatal Care 1900-1918', in: *The Captured Womb*, Blackwell, Oxford 1984, pp. 34-61

25 יש הסוברים כי לעתים קרובות טכנולוגיות חדשות של ידע וכוח פותחו בתוך גבולות קולוניאליים בניסיון להשתלט ולפקח על התושבים המקומיים, ראו למשל Rhoda Ann Kanaaneh, *Birthing the Nation: Strategies of Palestinian Women in Israel*, University of California Press, Berkeley 2002, pp. 23-25; John & Jean Comaroff, *Of Revelation and Revolution: Christianity, Colonialism and Consciousness in South Africa*, II, Chicago University Press, Chicago 1997; Laura Ann Stoler, *Race and the Education of Desire: Foucault's History of Sexuality and the Colonial Order of Things*, Duke University Press, Durham NC 1997; Megan Vaughan, *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness*, Stanford University Press, Stanford 1991; Denise Roth Allen, *Managing Motherhood, Managing Risk*, The University of Michigan Press, Ann Arbor 2004 (originally printed in hardcover in 2002)

26 Nadav Davidovich & Shifra Shvarts, 'Health and Hegemony: Preventive Medicine, Immigrants and the Israeli Melting Pot', *Israel Studies*, 9, 2 (2004), pp. 150-179, especially p. 150

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

פטריארכלית.²⁷ בתוך כך, נירה יובל-דיוויס ממקדת את הניתוח שלה בתפקידן של נשים במרחב הלאומי, ובפרט בגוף האישה כסמל להמשכיות הלאום, הן מבחינה ביולוגית הן מבחינה סימבולית.²⁸ במילים אחרות, התנהגותן של נשים וכן גופן עצמו מסמלים את הגבולות האתניים של החברה ואת הריבוד המעמדי בתוכה. על כל פנים בעבור הנשים, הממסד הרפואי, שעליו הוטלה האחריות לגוף, נעשה לממסד ממשמע עיקרי.²⁹

האינטרסים של הנשים היולדות

לאחר הדיון בצורת הלידה כסממן של השתייכות קבוצתית, נראה שהדבר נכון גם ברובד האינדיבידואלי. כוונתי לשאיפתן של יולדות, דרך הלידה שלהן, לשייך את עצמן לקבוצה זו אחרת – ללאום, למעמד סוציו-כלכלי, לקבוצה אתנית וכן הלאה. למשל, ככלל אפשר לומר כי הנשים הראשונות שילדו בבתי חולים היו חסרות כול (ויש אומרים שאפילו השתמשו בהן כשפני ניסיונות).³⁰ אולם עם הזמן הפכה הלידה בפיקוחו של רופא, ואחר כך הלידה בתוך בית חולים, ללידה העדיפה על נשות השכבות העליונות. לפיכך גם נשות השכבות הנמוכות החלו לשאוף אליה.³¹ לעתים התווספו לעניין זה יסודות של גזע ולאומיות. למשל, בארצות הברית הקבוצות שנטו ללדת בבית בסיוע מיילדות מסורתיות היו בדרך כלל מהגרות או שחורות. אנשי הרפואה הציגו אותן כפרימיטיביות וכ'לא אמריקניות' (un-American) ובסופו של דבר החלו גם נשים אלה 'להעדיף' ללדת בעזרתם של אנשי הרפואה.³²

- 27 ראו למשל, Sandra Lee Bartky, 'Foucault, Femininity and the Modernization of Patriarchal Power', in: Rose Weitz (ed.), *The Politics of Women's Bodies: Sexuality, Appearance, and Behavior*, Oxford University Press, New York 1998, pp. 25-45; Arthur W. Frank, 'For a Sociology of the Body: An Analytical Review', in: Mike Featherston et al. (eds.), *The Body: Social Process and Cultural Theory*, Sage, London 1991, pp. 40-42; Susan Bordo, *Unbearable Weight*, University of California Press, Berkeley 1993, pp. 1-42
- 28 Nira Yuval-Davis, 'Gender and Nation', *Ethnic and Racial Studies*, 16 (1993), pp. 621, 627; idem, 'Women, Citizenship and Difference', *Feminist Review*, 57 (1997), pp. 4-27; idem (above f. 1), p. 22. Also see Kanaaneh, *Birthing the Nation* (above f. 25), p. 71
- 29 Riessman, 'Women and Medicalization' (above f. 21), p. 47; Susan Sered, *What Makes Women Sick? Militarism, Maternity and Modesty in Israeli Society*, Brandeis University Press, University Press of New England, Hanover NH & Waltham MA 2000, p. 10.
- 30 Ehrenreich & Deidre (above f. 23), pp. 94-95, 124-125
- 31 Riessman, 'Women and Medicalization' (above f. 21), pp. 51; Tew, *Safer Childbirth* (above f. 10), pp. 19-20
- 32 Ehrenreich & Deidre (above f. 23), pp. 93-98

אולם ככל הנראה הסיבה העיקרית שבגללה מיהרו היולדות מכל הקבוצות ובכל הארצות להפקיד את עצמן בידי הרופאים הייתה האמונה השלמה שבעזרתם יינצלו מהסכנות הקשורות בלידה.³³ בארצות הברית זוהתה עוד סיבה שהנשים בחרו ללדת בבית החולים – ההבטחה של לידה ללא כאבים. זאת ועוד, בעיצומו של הגל הראשון של הפמיניזם, נשים רבות הוקסמו מהרעיון של הפיכת הלידה לאירוע שניתן לשלוט בו, שיביא לשחרורן מגורלן הביולוגי וייתן בידן כרטיס כניסה לעולם הציבורי-גברי. כבר בעשורים הראשונים של המאה שעברה החלו נשים בארצות הברית להתארגן ולדרוש את ייבוא הסקופלמיין, משכך כאבים שהיה כבר בשימוש בגרמניה. קבוצות אלה של נשים, בתמיכת הרופאים, פעלו כדי לשכנע את הציבור שהדרך הפרוגרסיבית והמודרנית ללדת ילדים היא בבית חולים בהרדמה כללית.

באשר לתוצאות, מתברר כי הסקופלמיין לא ממש שיכך את כאבי הלידה, אלא גרם לאישה לאבד את הזיכרון שלה: בזמן הלידה היא נהפכה למעין חיית בר ולעתים קרובות נאלצו אנשי צוות בית החולים לקשור אותה למיטתה על מנת ליילדה.³⁴ ככלל נמצא כי המעבר של הלידה מן הבית אל בית החולים טמן בחובו איבוד שליטה ולא השגת השליטה עבור היולדת.³⁵ ובאשר לסכנות הטמונות בתהליך הלידה, כפי שכבר ציינת, מעולם לא הוכח כי מדיניות של אשפוז כוללני של היולדות מיטיבה אתן ועם ילדיהן. למרות הכול נשארה הלידה בידי הרופאים עד היום.

שאלת האמצעים: כיצד הושג המעבר של הלידה אל בית החולים?

כאמור אחד הגורמים שתרום רבות לניצחון הרפואה בתחום הלידה היה התנהגות הנשים עצמן, דהיינו הנשים עצמן הסכימו ואף רצו ללדת בבית החולים, גם מסיבות של השתייכות חברתית-תרבותית-לאומית, אך בעיקר משום שהאמינו כי זאת הדרך הבטוחה ביותר ללדת. יוצא אפוא כי העברת הלידה מידי המיילדות לידי רופאי בתי החולים הושגה בעיקר באמצעות הפצת תעמולה של הרופאים בדבר הסגולות של הרפואה המודרנית בכלל והשהות בבית החולים בפרט.³⁶

Judith W. Leavitt, 'Birthing and Anesthesia: The Debate Over Twilight Sleep', *Signs*, 33 6 (1980), pp. 64-147; idem, 'The Growth of Medical Authority: Technology and Morals in Turn-of-the Century Obstetrics', *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 3 (1987), pp. 230-255; Wertz & Wertz, 'Notes on the Decline of Midwives' (above f. 12)

Davis-Floyd, *Birth* (above f. 13), pp. 115-116 34

Barbara Katz Rothman, 'Childbirth as Negotiated Reality', *Symbolic Interaction*, 35 1, 2 (1978), pp. 124, 129, 134; Ann Oakley, *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*, Martin Robertson, Oxford 1980, p. 291; Nancy Stoller Shaw, *Forced Labor: Maternity Care in the United States*, Pergamon Press, New York 1974, p. 90

Tew, *Safer Childbirth* (above f. 10), pp. 10-11 36

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

אולם עם הזמן, ובעיקר לאחר מלחמת העולם השנייה, החלו ממשלות לאומיות להתערב בתהליך בעזרת צעדים פורמליים ביותר, דהיינו באמצעות חקיקת חוקים.³⁷ למשל, בניסיון להגדיר מחדש את הרופאים בתור האחראים בתחום הלידה, בארצות הברית ובקנדה נחקקו חוקים שכמעט הוציאו את מקצוע המיילדות אל מחוץ לחוק. ברוב המקומות האחרים הסתפקו בחינוך מחדש של המיילדות – על פי תורת הרפואה – וכן בהבאתן אל תוך כותלי בתי החולים ובהכפפתן לרופאי המקום במידה זאת או אחרת. נוסף על כך החלו מדינות רבות להסדיר את הלידה על ידי הפעלת אמצעים ישירים כלפי היולדות, ובעיקר במתן הטבות מתחום הרווחה, ומה שאחדות מן החוקרות מכנות 'שוחד'.³⁸ למשל, בפינלנד נקבע כי כל אם זכאית למענק לרכישת מוצרים בסיסיים לרך הנולד או למוצרים עצמם כתנאי להסכמתה לעבור, מהחודש הרביעי להריונה, 'מעקב היריון'.³⁹ מדובר בנוהג שהחל להתפתח עם מעבר הלידה לידי הרופאים ומשמעו ביקורים תדירים אצל רופא או אחות וביצוע סדרה של בדיקות רפואיות לאורך חודשי ההיריון. יש לציין כי כמו לידה באשפוז, גם במעקב היריון נאמר שהדבר נחוץ על מנת להבטיח תוצאות לידה אופטימליות, בשעה שבפועל מעולם לא הוכח הקשר בין הדברים. לעומת זאת נמצא קשר ישיר בין ההזדקקות למעקב היריון לבין ההזדקקות לאשפוז לצורך לידה.⁴⁰ יש המסבירים את הדבר בהצלחה של המעקב הרפואי במשך ההיריון לערער את הביטחון העצמי של האישה שביכולתה לשאת את ההיריון וללדת בכוחות עצמה.⁴¹ יש המסבירים שמעקב היריון משמעו הבניה והגדרה מחדש של חוויית ההיריון והלידה במונחים רפואיים, מה שמוביל באופן טבעי להזדקקות לממסד הרפואי בלידה עצמה.⁴² צורה ישירה אף יותר של 'שוחד' שמוצע לנשים כדי לעודדן לאשפוז את עצמן לצורך לידה היא מתן עזרה במימון אותו אשפוז. לדוגמה, באנגליה, מעת שהוקמו שירותי

37 לאמתו של דבר אפשר למצוא חוקים להסדרת מקצוע המיילדות מן המאה השש עשרה, ראו בר-און, רואות את הנולד (לעיל הערה 12); שחורי-רובין, זייטב אלהים למילדת' (לעיל הערה 8).

38 ראו Yuval-Davis (above f. 1) p. 12; ראו גם במובאה ממאמרה של שחורי-רובין, להלן הערה 52.

39 Declercq et al., 'Where to Give Birth?' (above f. 1), p. 12; Leena Valvanne, 'The Finnish Midwife and her Renewed Challenges', in: Sheila Kitzinger (ed.), *The Midwife Challenge*, Pandora, London 1991 (new edition), pp. 212-229, 217 (First published in 1988 by Pandora Press)

40 Jane Tew, *Safer Childbirth* (above f. 10), pp. 107-108, 379

41 Sandall, Ivy Lynn Bourgeault, Wouter J. Meijer & Beate A. Schüecking, 'Deciding Who Cares: Winners and Losers in the Late Twentieth Century', in: DeVries et al., *Birth by Design* (above f. 1), pp. 117, 124-125

42 Susan Irwin & Brigitte Jordan, 'Knowledge, Practice and Power: Court-Ordered Caesarean Sections', *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1987), pp. 319-334, 327

42 ראו למשל, Margaret K. Nelson & Rebecca Popenoe, 'Looking Within: Race, Class, and Birth', in: DeVries et al., *Birth by Design* (above f. 1), pp. 87-111, 98
הדיון, *Birth* (above f. 13), pp. 28-31, Davis-Floyd,

הבריאות הלאומיים ובהם שירותי אשפוז לילדות בחינם, החלו יותר נשים להתאשפוז לצורך הלידה.⁴³ וכאן גם המקום להזכיר את החוק הישראלי: סעיף 30 לחוק הביטוח הלאומי, התשי"ד-1953. לפי החוק רק יולדת ש'הזדקקה לאשפוז בקשר ללידה' תוכל לקבל בתמורה 'מענק לידה', שבו סכום לרכישת מוצרים בסיסיים לתינוק ותשלום לכיסוי הוצאות האשפוז.⁴⁴ אולם כאמור כשנחקקה אותה הוראת חוק כבר ממילא ילדו רוב רובן של היולדות היהודיות בבתי חולים, ועל רקע הנתון הזה נשאלת השאלה: איך הפך האשפוז של היולדות בישראל המנדטורית לשכיח כל כך? על שאלה זו אנסה לענות בעמודים הבאים.

הרקע ההיסטורי

מחקר היסטורי של הלידה בארץ ישראל

לאחרונה החל נושא הלידה לתפוס את מקומו הראוי בקרב המחקרים ההיסטוריים בישראל. על התפתחות מקצוע המיילדות בקרב היהודיות בארץ ישראל של שלהי השלטון העות'מאני כתבה צפורה שחור-רובין.⁴⁵ במחצית הראשונה של מאמרה, מתוארת עבודתן של 'המיילדות המסורתיות' (היהודיות) בסוף המאה התשע עשרה. רבות מהן היו אלמנות מבוגרות שעסקו במקצוען ללא הכשרה מקצועית.⁴⁶ מיילדות אלה העניקו שירותי מיילדות – ובכלל זה סיוע לקראת הלידה ולאחריה – ליולדות יהודיות, מוסלמיות ונוצריות.⁴⁷ באשר לשכרן, המיילדות היו עצמאיות והן גבו את שכרן כראות עיניהן, אם כי רבות מהן גם העניקו שירותי מיילדות לנשים עניות בחינם ואף התעסקו בעבודת סעד ובפעילות ציבורית אחרת.⁴⁸ במקרה הצורך הן קראו לרופא.⁴⁹ מעמדן של המיילדות המסורתיות החל להתערער בסוף המאה התשע עשרה, כשהגיעו לארץ ישראל רופאים שהוכשרו בחו"ל והייתה להם ביקורת חריפה עליהן: 'נשים וקנות, נבערות מדעת'.⁵⁰ באותה עת עלו לארץ גם המיילדות המדופלמות הראשונות, בוגרות בתי הספר למיילדות באירופה, שגם הן ניסו למצוא כאן את מקומן. בתחילה קשה היה לשכנע את המשפחות המקומיות להזדקק לשירותי המיילדות החדשות, וכדי להתגבר

Tew, *Safer Childbirth* (above f. 10), p. 232; DeVries et al., 'What (and Why) Do Women Want?' (above f. 19), p. 255

44 חוקי הביטוח הלאומי (לעיל הערה 3).

45 שחור-רובין, 'זייטב אלהים למילדת' (לעיל הערה 8).

46 שם, עמ' 55-56. בשנת 1898 היו בירושלים 22 מיילדות.

47 שם, עמ' 60. הן היו באות לפני הלידה ונשארו ללון גם כמה ימים אחריה.

48 שם, עמ' 75-78.

49 שם, עמ' 65-68.

50 שם, עמ' 67, מתוך: הלנה כגן, ראשית דרכי לירושלים, תל אביב 1982, עמ' 45. השוו גם המובאה בסוף הערה 8.

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

על מכשול זה נאלצו המיילדות החדשות "לשחד" את האם ההרה, באמצעות חבילות מזון מאמריקה, שבהן אורז, סוכר וקמח – מצרכים שאולו מן השוק.⁵¹ אט-אט, קודם בקרב הנשים המשכילות, ואחר כך בקרב כלל הציבור, קנו המיילדות המדופלמות את מקומן בקרב היולדות, מכל העדות ומכל הדתות.⁵² יצוין כי כמו המיילדות המסורתיות, גם הן (לפחות אלה שעבדו בערים) גבו את שכרן כראות עיניהן, העניקו שירותי מיילדות לנשים עניות בחינם, שילבו בעבודתן עבודת סעד ופעילות ציבורית בהתנדבות ובמקרה הצורך קראו לרופא או העבירו את היולדת לבית החולים הקרוב.⁵³ שחור-רובין מסיימת את מאמרה בבואה של 'הדסה' לארץ ישראל. זוהי לדעתה נקודת המפנה במצבן של המיילדות, שבסופו של דבר נאלצו לעבור עם היולדות אל בתי החולים.⁵⁴

ארגון הדסה ורשת שירותי הבריאות לאם ולילד

בואו של ארגון הדסה לארץ ישראל נחשב נקודת המפנה בהתפתחותם של שירותי בריאות בארץ ישראל. מדובר בעיקר בסוף 1918, בעת שהגיעה לישראל משלחת סיוע רפואי שארגנו כמה ארגונים יהודיים בארצות הברית ביזמת ההסתדרות הציונית העולמית ובסיוע הג'וינט. בראש המשלחת עמדו הנרייטה סאלד וד"ר יצחק רובינוב. בשנת 1921 הפכה המשלחת (שנקראה 'קבוצת עזרה מדיצינית ציונית אמריקאית [ק.ע.מ.צ.א.]'), לגורם קבוע הכפוף ל'הדסה' באמריקה, ושמה הוסב ל'הסתדרות מדיצינית הדסה'.⁵⁵

51 שחור-רובין, (לעיל הערה 8), עמ' 74, מתוך: כגן, שם, עמ' 45.

52 שחור-רובין, שם, עמ' 76.

53 שם, עמ' 78-75. שחור-רובין מביאה דוגמאות רבות המראות כי המיילדות נהגו לקרוא לרופא או להעביר את היולדות לבית החולים כשהיו סיבוכים בלידה, שם, עמ' 65, 81, 82, 86. אבל שימו לב לאנקדוטה שסיפרה מיילדת המושבות אלקה גודל. אלקה סיפרה שבאחד מסוריה בגליל שמעה על אישה ממנחמיה שכרעה ללדת והמיילדת ראתה שמצבה קשה. המיילדת שלחה את בנה של היולדת לקרוא לרופא מטבריה, ובינתיים עשתה כל שביכולתה כדי לעזור ליולדת. למחרת חזר הבן בלי הרופא והסביר: 'הדוקטור אמר שאין לו מה לבוא. כי או שהאשה כבר מתה, או שהמיילדת הספיקה לעשות משהו, וגם אז אין לו מה לעשות', שם, עמ' 84. ראו גם שחלב סטולר-ליס ושרה שורץ, 'גוף אל גוף': אחיות ומהגרות בזירת הסדרת הלידות בישראל 1949-1956, סוציולוגיה ישראלית, יא (2009), עמ' 89-111, ובייחוד עמ' 101 הערות 24, 26.

54 שם, עמ' 93.

55 המקורות לחלק זה של העבודה הם: שפרה שורץ, 'הסתדרויות נשים למען אימהות בארץ-ישראל: פעילותן של "הדסה", "הסתדרות נשים עבריות" ו"ויצו" להקמת תחנות אם וילד בארץ-ישראל בשנים 1818-1948 ב"טחון סוציאלי", 51 (1998), עמ' 57; שפרה שורץ וצפורה שחור-רובין, 'הסתדרויות נשים למען אימהות וילדים בארץ ישראל: פועלן של "הדסה"', "הסתדרות נשים עבריות" ו"ויצו" להקמת תחנות לאם וילד ("טיפת חלב")', 1913-1948, בתוך: מרגלית שילה, רות קרק וגלית חזן-רוקם, (עורכות), העבריות החדשות: נשים ביישוב ובצינונות בראי המגדר, יד יצחק בן צבי, ירושלים 2001, עמ' 248; גברילה אדמון-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי: מדיקליזציה של הלידה בא"י בתקופת המנדט הבריטי (1918-1948)', עבודת מוסמך, אוניברסיטת תל אביב, 2005,

'הדסה' עסקה בארגון שירותי רפואה בכלל, בעיקר ביישוב העירוני.⁵⁶ היא הפעילה מחדש מוסדות רפואיים שנסגרו וכן עסקה בהכשרת מיילדות ואחיות מתלמדות לסיעוד קהילתי, בהקמת מרכזים לרפואה מונעת ובמתן שירותים לילדות בארץ ישראל. הארגון עסק בעיקר במתן שירותי בריאות ו'חינוך לבריאות' לאימהות באמצעות 'תחנת ההתייעצות לאמהות ולנשים הרות', שם נפגשו אימהות עם הרופאים ובעיקר עם 'אחיות בריאות הציבור'.

את התחנות, לימים תחנות 'טיפת חלב', הפעילה הדסה בשיתוף עם 'הסתדרות נשים עבריות', ארגון וולנטרי של נשים למען נשים שהוקם ביזמתה של בת שבע קסלמן, פעילת 'הדסה' שעלתה מארצות הברית. ארגונים אחרים שהשתתפו בעבודת הטיפול בנשים הרות וביולדות היו 'עזר לילודות', ויצ"ו, קופת חולים כללית וגם עיריית תל אביב ומחלקת הבריאות של ממשלת המנדט, אולם 'הדסה' נשארה מובילה בתחום.⁵⁷ התחנות היו גורם משפיע במיוחד בבריאות הציבור בארץ ישראל.⁵⁸ לעניין זה תרם המחסור ברופאים בארץ ישראל, בעיקר בפריפריה, לפחות עד אמצע שנות השלושים.⁵⁹

תחילה התחנות 'רוכזו בעיקר בערים שבהן שררו תנאים היגייניים ירודים ושהיו נחשלות מבחינה כלכלית, כגון: ירושלים, טבריה, צפת וביישובים כפריים שבהם היה גדול מספר בני עדות המזרח'.⁶⁰ מכאן התעסקותו של ארגון הדסה במתן עזרה לנזקקים, ובכלל זה למזרחים.⁶¹ לאמתו של דבר, לעומת התרבות המערבית – המכונה לעתים קרובות במילה

בעיקר עמ' 3-24. אדמון-ריק בוחנת את המדיקליזציה של הלידה, ובכלל זה את אשפוז היולדות, בעיקר בתל אביב המנדטורית. בעבודה זו מנותחים המקורות ההיסטוריים דרך התבוננות ברשת של טכנולוגיות הכוח סביב היולדות.

56 יש להדגיש כי המצב ביישובים מרוחקים ובהתיישבות העובדת היה שונה, וגם האוכלוסייה העירונית לא היתה הומוגנית.

57 מדי פעם יובא מידע על גורמים נוספים אלה, בעיקר בהערות השוליים.

58 בשנת 1927 כבר היו 17 תחנות, וב-1944 היו 50 תחנות של 'הדסה' בערים ובמושבות. התחנות אוחדו עם ויצ"ו ב-1933 בשל בעיות גיוס כספים.

59 שורץ, 'הסתדרויות הנשים' (לעיל הערה 55), עמ' 63. וראו גם להלן הערה 106.

60 'תכנית קנב' (לעיל הערה 5), עמ' 161. כן ראו הנהלת הסניף בתל אביב אל הנהלת 'הדסה', ירושלים, 'ריאורגניזציה של מחלקת היולדות' (לעיל הערה 8), והמובאה שם.

61 חוקרים רבים מדגישים שההתמקדות לא הייתה רק במזרחים, אלא גם במעמד הפועלים, בעולי מזרח אירופה, באוכלוסייה הכפרית (לעומת העירונית), ב'חרדים' ואף בבני המשפחות 'המושכלות', ראו למשל שחלב סטולר-ליס, 'כך אגדל תינוק: הבניית התינוק והאם הארץ-ישראלים באמצעות ספרי הדרכה להורים', עיונים בתקומת ישראל, 13 (2003), עמ' 277-293 וגם דפנה הירש, "'באנו הנה להביא את המערב': השיח ההיגייני בארץ-ישראל בתקופת המנדט הבריטי', זמנים, 78 (2002), עמ' 107. וראו גם אדמון-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 49. אדמון-ריק מסבירה כי הטיפול באוכלוסיית הפועלים קשור לרעיונות שיובאו מארצות הברית כי אוכלוסיית היעד לטיפול בתחום בריאות הציבור היא אוכלוסיית המהגרים והמעמדות הנמוכים. עם זאת, לטענת דפנה הירש, פעילות התחנות תרמה להבניית ההבחנה החברתית בין מזרח למערב בהפניית הפעילות בתחום בריאות הציבור לאוכלוסייה מעדות המזרח והגדרתה כזקוקה לשיפור בתחום ההיגייני, ראו

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

'תרבות' או 'ציוויליזציה' – נתפסה התרבות המזרחית (oriental), 'פרימיטיבית' ו'ברברית' ולכל הפחות 'נחשלת'. גישה זו התאימה לאידאולוגיות אחרות שהנחו את מקימי התחנות, ובהן רעיונות אאוגניים (eugenics), פרוגרסיביים, בורגניים ומודרניים.⁶² בשנים האחרונות החלו חוקרים לבחון את חלקו של ארגון הדסה בתור אחד המוסדות המובילים במשימה של 'בניית האומה' הישראלית. בעבודות אלה נמצא הד לרבות מן התמות המתוארות לעיל, למשל למשמוע הגוף הפרטי לצרכים לאומיים בהתבסס על התאוריות של מישל פוקו.⁶³ בארץ יש טקסטים מפורשים המציינים כי הקפדה על אורח חיים היגיני תיצור דור של אנשים בריאים וחסונים שיבנו את המולדת. מכאן גם ההתמקדות בנשים האימהות, שהרי עליהן רבץ התפקיד של גידול הדור החדש, לא כל שכן הבאת ילדים לעולם, וזאת בתוך המציאות הדמוגרפית הטעונה של מיעוט יהודי החי בתוך רבבות ערבים.⁶⁴ גם נמצא כי רפרטואר ההתנהגויות ההיגיניות שהאחיות חינכו אליו נועד להקנות תרבות יום-יום (מערבית) משותפת לאומה היהודית-עברית שזה עתה נבנתה בארץ ישראל.⁶⁵

הממצאים

'הטיפול שלפני הלידה' ו'מנהגי העריצות'

כאמור התחנות התמקדו במתן שירותי בריאות וב'חינוך' האימהות, ומטבע הדברים התחיל הטיפול בתקופת ההיריון. ההנחיות של 'הדסה' לנשים ההרות היו ברורות: משעה שהאישה מגלה שהיא בהיריון, עליה לפנות לתחנות לבדיקה ולמעקב. בתור

הירש, שם. וראו גם "מטה הקסם של המדע מאיר את הפינות האפלות של העולם", חינוך להיגיני בקרב החברה היהודית בפלשתינה המנדטורית, הרצאה בכנס: מדע, טכנולוגיה ותרבות: מבטים אנתרופולוגיים, מכון בן-גוריון, שדה בוקר, 19-20.5.2004, עמ' 3 (עותק מן ההרצאה שמור אצל המחברת).

62 דפנה הירש, 'באנו הנה', שם, עמ' 109, 112; שחלב סטולר-ליס ושפרה שורץ, "נלחמות בבערות ובהרגלים נחשלים": תפיסות ופרקטיקות של אחיות ורופאים כלפי עולים בעלייה הגדולה של שנות החמישים, ישראל, 6 (2004), עמ' 31, 32, הערה 5, והמקורות שם. שורץ, 'הסתדרויות נשים' (לעיל הערה 55), עמ' 64.

63 כמו למשל הירש, 'מטה הקסם' (לעיל הערה 61); 'באנו הנה' (לעיל הערה 62); סטולר-ליס, 'כך אגדל תינוק' (לעיל הערה 61). ראו גם חיים חזן, 'בין הזמנים: הגוף של הזהות הישראלית', זמנים, 17-18 (1999), עמ' 146-155 וכן Nadav Davidovitch & Shifra Shvarts, 'Health and Hegemony: Preventive Medicine, Immigrants and the Israeli Melting Pot', *Israel Studies*, 9 (2004), pp. 150-179

64 על מתן שירותים גם לנשים ערביות ראו למשל שורץ, 'הסתדרויות נשים' (לעיל הערה 55), עמ' 74. ראו גם להלן הערה 128.

65 לדעת הירש, על בסיס רעיונותיהם של הסוציולוגים אליאס ובורדיה, ביסוד הפרויקט האמור עמדה האידאולוגיה הציונית של 'האדם החדש', ראו הירש, 'באנו הנה' (לעיל הערה 62).

הצדקה (רפואית) לטיפול זה, לא כל שכן כדי שיהיה דבר שבחובה כפי שנראה להלן, נאמר ש'נחיצות הדבר הזה נראית לכל'.⁶⁶ ה'טפול שלפני הלידה' כלל עזרה 'שאינה שייכת למדיצינה', דהיינו עריכת הבית וסיוע לאישה ההרה להתארגן לקראת הלידה ומיד לאחריה, וכן עזרה רפואית. לעניין זה נוצרה רשימה שלמה של חובות.

הנשים הונחו להגיע לביקורים חוזרים בתחנה לבדיקות שגרתיות במהלך ההיריון. הבדיקות שנערכו בתחנה היו בדיקות שגרתיות של אחות, ושתי בדיקות רופא – אחת בתחילת הביקורים בתחנה ואחת לקראת סוף ההיריון, אלא אם כן נדרשו בדיקות נוספות'. האחיות בדקה את האישה ההרה פעם בחודש, עד החודש השמיני ולאחר מכן פעם בשבועיים. בחודש התשיעי נבדקה האישה במשך שבוע או יותר אם היה בכך צורך. האחיות בדקה חום, דופק ונשימה, בחנה את השתן לאצטון ולגלוקוז, חיפשה סימנים של רעלת היריון ויעצה לאישה בנוגע להיגיינת ההיריון ולדיאטה. כן נערכו לנשים ההרות בדיקות שיניים וצילומי רנטגן לבדיקות שחפת. עם הזמן נוספו לרשימה גם בדיקות דם, צילומי לב וריאות ומדידת משקל.⁶⁷

על רקע דרישות מקיפות וקפדניות אלה בדבר ה'טפול שלפני הלידה', נשאלת השאלה: איך השיגו צוותי התחנות את היענות הנשים? מתברר כי בניסיון להביא את הנשים אל התחנות, נצטוו האחיות, קודם כול, לצאת 'לחפש ולמצוא את הנשים ההרות מבלי לחכות שתבאנה בעצמן להירשם אצל הועדה'.⁶⁸ בהמשך היה עליהן לשאוף ולהשפיע על הנשים שימלאו את דרישות הרופא ביחס לטיפול שלפני הלידה, באמצעות יצירת 'יחסים ידידותיים עם כל אישה הרה'.⁶⁹ ככל הנראה 'יחסים ידידותיים' אלה נטו להיות מתובלים במידה לא קטנה של התנשאות, שהרי כאמור האחיות הרגישו שהן

66 'תכנית לעבודה משותפת בין הסתדרות הנשים בירושלים והק.ע.מ.צ.א. בעניין טיפול ביולדות', (ללא תאריך), נראה כי המסמך משנות העשרים, כנראה מ-1925, אצ"מ, J113/1346 (להלן 'תכנית לעבודה משותפת'), סעיף 3.

67 'תכנית לעבודה משותפת', שם, סעיף 6. ראו גם אדמון-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 12-13, 25, 30, על סמך Adams Stockler, 'Development of Public Health Nursing Practice as Related to the Health Needs of the Jewish Population in Palestine 1913-1948', Ph.D Diss., Tel Aviv University, 1977. ראו גם [הגב' בן-דוב] אל הגב' לאה ברלין, סגנית יושב ראש הסתדרות נשים עבריות, 'ישיבה בדבר שאלת העבודה המשותפת בין הסתדרות נשים עבריות ובין השרות האובסטרית של הדסה', 17.11.1922, אצ"מ, J113/1346 R. Blecher-Zvi-Tov, Supervisor of Midwifery, Hadassah Medical Organization, Jerusalem, Israel, 'The midwife's Part in Reducing the Mortality Rate in Childbirth', A lecture in the Conference: International Congress of Midwives, London 1954, אצ"מ, J117/513.

68 'תכנית לעבודה משותפת' (לעיל הערה 66), סעיף 2.

69 שם, סעיף 5. ראו 'פרטי-כל הישיבה הראשונה של ועדת הטפול בלידות המרכבה מבאי כח הסתדרות מדיצינית הדסה, הסתדרות נשים עבריות ואגודת עזר וילדות', ירושלים, 17.6.1924, אצ"מ, J113/7918 (להלן 'ועדת הטיפול'), עמ' 2.

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

מייצגות 'תרבות'.⁷⁰ כמו כן נוספו לפחות עוד שני אמצעי שכנוע שהיו ידידותיים פחות לנשים המטופלות, ואותם אפשר לכנות, אם להשתמש במילים של הנרייטה סאלד עצמה: 'מנהגי-עריצות', דהיינו הפחדה ומתן שוחד.⁷¹ כאשר ליסוד 'ההפחדה', ראו לדוגמה את תיאורה של שפרה שורץ על תולדות התחנות. על סמך ראיונות שנערכו עם אימהות משנות העשרים נמצא כי 'עמדת האחיות הייתה בלתי מתפשרת, ההוראות היו חד-משמעיות ונוקשות והאימהות הצעירות פחדו לעתים קרובות מכעסה של האחיות בתחנה, אם יתברר לה שהן לא ממלאות אחר הוראותיה והן חששו לפעול על פי האינסטינקטים שלהן כאשר אלה התנגשו עם הוראות האחיות'.⁷² בשימוש במונח 'הפחדה' אני גם מתכוונת להדגשה החוזרת של הסכנות הטמונות בהיריון ובלידה מצד אחד, ובחשיבותן של התחנה והרפואה בכלל בהתמודדות עם אותן סכנות מצד אחר. לדוגמה ראו במובאה הלקוחה מאחד הפרסומים שחולקו לנשים אז (ומפתיעה בה מידת השימוש בביטויים צבאיים):⁷³

מקצר מקום קשה לעמוד על כל הסיבוכים היכולים להתהוות אצל האישה בזמן הריונה. כי תשעת חדשי ההריון מהווים בשביל האישה דרך ארוכה ומלאת חתחתים. אויבים רבים ופרעניות אורבים לה בדרך הזאת. ואם כלל מקבל הוא כי לשם הביטחון נחוץ למוד דרכי האויב – שבעתים חשוב ומועיל הכלל הזה בחזית המלחמה המתלקחת בין האישה ההרה ובין הסכנות הצפויות לה בדרך הריונה. ובלמוד דרכי האויב, ופקוח על כל פעולותיו, התפקיד העיקרי נופל בגורלה של התחנה לנשים הרות.⁷⁴

ופרסום אחר:

שימי אל לבך: כל לידה שלא נהגו בה זהירות כראוי מלכתחילה עלולה לגרום להרעלת דם, לקרע ברחם ואלה יכולים לעשותך לבעלת מום לכל ימי חיך. אם אין המילדת יודעת איך לטפל בעיני ילדך מיד לאחר הולדו, יכול הוא להתעורר לכל ימי חייו. מן הנכון איפוא שלרשותך תעמוד מילדת טובה ומדופלמת. קחי עצה מפי רופא ולא מפי שכנותיך ואל תחכי עד הרגע האחרון.⁷⁵

70 הירש, 'באנו הנה' (לעיל הערה 62); סטולר-ליס ושורץ, 'נלחמות בבערות' (לעיל הערה 62).

71 'תכנית לעבודה משותפת' (לעיל הערה 66), סעיף 3.

72 שורץ, 'הסתדרויות נשים' (לעיל הערה 55), עמ' 73. השוו סטולר-ליס ושורץ, 'נלחמות בבערות' (לעיל הערה 62), עמ' 37.

73 השוו: Omi Leissner, 'Hospital Birth, Military Service, and the Ties That Bind them: The Case of Israel', *Nashim*, 12 (2007), p. 203

74 'למה לה לאשה להרשם בתחנה לנשים הרות ולהימצא תחת פיקוחה', **לאם וליילד** (1934-1935), עמ' 35-37. את האסופה **לאם וליילד** פרסמה קופת חולים כללית בשנים 1933-1935. היה זה מידע כתוב בנושא היריון ולידה. המובאה מתוך אדמון-ריק, 'לידה', פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 30.

75 'טיפול ביונקים', בעיקר הרשום בפסקה הנושאת את הכותרת 'הלידה', **אם הבנים שמחה**, חוברת 1,

מתברר כי באותה מגמה של הפחדה אפשר למנות גם את העברת מקור הסמכות והידע בכל הקשור ללידה מן הנשים אל הרופאים – בעיקר אל 'רופאים מומחים במקצוע הילוד' – ומידי 'סתם שכנים וידידים' ואף מידי 'המילדות'.⁷⁶ ובאשר לילודות עצמן, בשעה שאחיות התחנות הרבו לאסוף מידע עליהן, הן נמנעו מלתת מידע לנשים עצמן. גם בחומר המודפס שניתן לנשים לא מצאתי שום מידע כללי על תהליך הלידה עצמה – למשל, עולה הנטייה לדבר על היריון ועל אימהות, אך לא על מה שביניהם.⁷⁷ בדרך זו שוב נשאר הכוח כולו בידי הצוות הרפואי.

נוסף על המנגנונים האלה הופעלה כאמור גם סדרה של עונשים ותגמולים (אמצעי השוחד). למשל, באחד ממסמכי ההבנות שנכתרו בין שניים מארגוני הנשים שפעלו בקרב היולדות בשנות העשרים נקבע כי על מנת להפוך את הטיפול שלפני הלידה לדבר שבחובה, יש לוודא 'שכל עזרה אחרת, בצורת חמרים, מכשירים, כסף, וכו' תנתן רק במקרים שגשים מסכימות לקבל על עצמן את הטיפול שלפני הלידה'.⁷⁸ בסופו של דבר גם 'הטיפול בשעת הלידה' עצמה נעשה תלוי במעקב ההיריון בתחנה, כפי שנראה להלן.

'הטיפול בשעת הלידה', 'שיטת המיון' ו'חוקי הרשמת היולדות'

לעניין 'הטיפול בשעת הלידה', הייתה המדיניות המוצהרת של 'הדסה' (כמו גם של המוסדות הרפואיים האחרים שפעלו בארץ ישראל בתקופה הנדונה, כגון מחלקת הבריאות של הממשל הבריטי), מדיניות של מיון היולדות ללידת בית או ללידת בית חולים.⁷⁹ לשם ביצוע 'שיטת המיון' האמורה נקבעו קריטריונים, ובחלק מן המסמכים אפשר למצוא 'חוקים' מפורשים, היינו 'חוקי הרשמת היולדות'.⁸⁰ בהתאם לנסיבות,

הסתדרות נשים עבריות, כנראה משנות העשרים, אצ"מ, J113/1394. אני מודה לאייל כתבן שהעביר אליי עותק מן המסמך הזה.

76 'תכנית לעבודה משותפת' (לעיל הערה 66), סעיף 3; 'הלידה', שם. עיינו גם לעיל הערות 8, 50.

77 הדבר משתקף בבירור מהתדפיס **אם הבנים שמחה** (לעיל הערה 75). ראו גם סטולר-ליס, 'כך אגדל תינוק', (לעיל הערה 62); אדמון-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), שם, עמ' 31.

78 'תכנית לעבודה משותפת' (לעיל הערה 66), סעיף 3. על התמריצים החיוביים (פרסים) שחולקו לנשים שצייתו לאחיות טיפת חלב, כולל מצרכים בסיסיים לתינוק או קערת מרק לאישה, ראו סטולר-ליס ושוורץ, 'נלחמות בבערות' (לעיל הערה 62), עמ' 45-46.

79 ראו להלן הערה 100 בנוגע לממשלת המנדט ולקופת חולים כללית. ראו גם תקנות קופת חולים בדבר עזרה לילדות המובאות בפרסום: יצחק קניבסקי, **הביטוח הסוציאלי בארץ-ישראל: הישגיו ובעיותיו**, הוצאות בריאות העובד, תל אביב תש"ב (להלן: **הביטוח הסוציאלי**), 247-248. אם כי גם הוסבר שם כי רשויות הקופה העדיפו לידה באשפוז, וראו להלן הערה 109. על מושג ה'סלקציה' בקרב חלק מאנשי הרפואה והרשויות בישראל בתקופת המנדט, ראו סטולר-ליס ושוורץ, 'נלחמות בבערות' (לעיל הערה 62), עמ' 41-42.

80 המונח הופיע במפורש במכתב מאת ד"ר ד' כצנלסון וד"ר חיים יסקי אל הנהלת סניף הדסה, תל אביב, (בתשובה לד"ר אשרמן), 25.11.1928, אצ"מ, J113/401. במסמך אחר דובר על 'תקנות', ראו 'מסמך הבנות' (לעיל הערה 67).

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

קיבלה האשה ההרה כרטיס אחד משניים – כרטיס לבית חולים או כרטיס למיילדת (ללידה בבית).⁸¹ לעתים גם שילמה 'הדסה' עבור הטיפול, כולו או חלקו.⁸² שני קריטריונים נקבעו לקבלת יולדת לבית חולים: 'בתור הראשון' היו 'מקרים פטולוגיים', במילים אחרות, '[אין] לקבל לידות נורמליות לבי"ח'. 'בתור שני' צוינו 'אותם המקרים, איפה שהחקירה המפורשת תברר שהתנאים הסוציאליים אינם מרשים בשום אופן לידה בבית'.⁸³

בפועל נוספו קריטריונים רבים לקבלת נשים ללידה בבית החולים, לדוגמה אם מדובר בלידה ראשונה או לא. כן נאמר: ש"ש לתת הוראות לאחיות בתחנות לנהוג ברשום היולדות לפי התנאים הבאים: בתור ראשון מקרים פטולוגיים; בתור שני לידות ראשונות; ובתור שלישי מקרים סוציאליים.⁸⁴ גם כשמדובר במקרים סוציאליים, נראה כי לא מדובר בקריטריון אחד ויחיד אלא ברשימה הולכת וגדלה של תנאי-סעיפים. ראשית, מדובר היה בהערכת התאמתם של תנאי הדירה לביצוע לידת בית, אך מתברר כי אלה השתנו לפי העונה. למשל, בחורף היו בתי החולים מוכנים לקבל נשים 'דרות הצריפים, שבימי הקיץ היינו יכולים להכריחן ללדת בבית'.⁸⁵ הייתה גם חשיבות למרחק מבית החולים. נקבע

81 'עבודת הטיפול בלידות שמחוץ לביה"ח נעשית ע"י שלש מיילדות. במקרה שיש עבודה מרובה מאד ואין באפשרות שלש המיילדות הנ"ל למלאה אזי פונים למיילדת מן החוץ ומשלמים לה 1 ל"מ בעד כל מקרה. העיר נחלקת לשלשה חלקים, לכל חלק וחלק נועדה מיילדת [...]'. לאחר הלידה המיילדת מבקרת פעמים אחדות את היולדות; במקרים פטולוגיים קוראים לרופא, 'ועדת הטיפול' (לעיל הערה 69), עמ' 1-2.

82 'מסמך הבנות' (לעיל הערה 67), סעיף 4: 'להדסה יש תעריף קבוע בעד שרותה. לפי תעריף זה מתחלקים חולים לחמשה סוגים, הסוג הראשון זה הוא הסוג המקבל עזרה מדיציניית חנם והסוג האחרון הוא הסוג המשלם אותם המחירים הנהוגים במוסדות פרטיים. הסוגים נקבעו בהתאם להכנסות המשפחה. הנהלת הדסה היא השופטת היחידה כיצד להנהיג את התשלומים הללו. בכ"ז נכונה היא לקבל ברצון הצעות ורפורמים מצד יו"ר הסתדרות לא רק במקרים בודדים, כ"א [כי אם] ביחס לדרגת התעריף בכלל'.

83 כצנלסון ויסקי (לעיל הערה 80). ראו גם [ד"ר לבונטין] אל הנהלה הראשית של הדסה, תל אביב, 23.6.1924, אצ"מ, 113/401J. המסמך מסמל ניסיון מוקדם מאוד לטפל בבעיה, באמצעות מיילדת העובדת גם בתור עובדת בית וגם בתור מיילדת בבית חולים. בנוגע לירושלים ראו 'תכנית לעבודה משותפת' (לעיל הערה 66), סעיף 6.

84 תזכורת מאת ד"ר חיים יסקי, 31.1.1935, אצ"מ, J113/7487. הנשים שנרשמו בתחנה קיבלו 'כרטיס מעקב ששימש בתור מורה דרך לקבוע על פיהם באיזה מקרים תקבלנה הנשים חנם את הטיפול בשעת הלידה'. בכרטיס נכלל לא רק ידע רפואי אלא גם 'ידיעות' על הנשים עצמן, על מצב המשפחה, על התנאים הכלכליים, על עבודת הבית, 'תכנית לעבודה משותפת', שם, סעיף 4; 'ועדת הטיפול' (לעיל הערה 69), עמ' 1-2. לעומת זאת, המידע בכרטיסים שניתנו ליולדות עצמן, ושנועדו לשמש אותן לקבלה לבית חולים או לאסמכתה עבור המיילדת, היה בסיסי ביותר, ולדברי אדמונד-ריק לא תמיד היה קשר ברור וחד-משמעי בין הדיווח לבין ההכרעה אם על האישה ללדת בבית בעזרת מיילדת או בבית החולים, ראו אדמונד-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 36-37.

85 הנהלת הסניף בתל אביב אל הנהלת הדסה בירושלים, 'ריאורגניזציה של מחלקת הלידות' (לעיל הערה 8). ראו גם מנהל סניף תל אביב אל הנהלת סניף ירושלים, 12.8.1926, אצ"מ, J113/401.

כי בקבלה לבית החולים יש לתת עדיפות לנשים שגרו במקומות שבהם הגישה אל בית החולים הייתה קשה.⁸⁶ קריטריון נוסף שהובא על מנת להצדיק לידה בבית חולים היה עוני כשלעצמו, בלי קשר ל'תנאי הדירה':

לפי הידיעות שמוסרות לנו אחיות התחנות המבקרות את הנשים העתידות ללדת, יש לפעמים כאלה שמצבן החמרי הוא כל כך קשה, עד שלפעמים זהו הגורם היחידי שבגללו הן מחליטות שנשים אלה צריכות ללדת בבית-החולים, אם כי תנאי הדירה אינם גרועים ביותר, יען האחיות בטוחות שאחרי הלידה לא תהיה להן האפשרות לשתות מעט חלב וכו'.⁸⁷

במסמך אחר נאמר כי: 'אם יחד עם החולה המשלמת תפנה גם חולה עניה אז יבררו העניה על האמידה'.⁸⁸ ייתכן שהסיבה לתקנה זו הייתה שיולדות אמידות היו יכולות ללדת גם בבית חולים פרטי. אולם במקום אחר נקבע כי מעמד הענייה והאמידה שווה בלידה רגילה, אלא שהיולדת האמידה צריכה לשלם. דהיינו 'מקרי-לידה נורמליים מתקבלים מכל השדרות, אולם יש לדרוש מאת בעלות האמצעים תשלומים, כפי המקובלם [המקובלים] במוסדות פרטיים, בכדי לא לתת מקום לתלונות'.⁸⁹ אולם בסופו של דבר נוצרה הרגשה שהחוקים האלה נולדו על רקע התנהלות אחרת, שעל פיה לא אחת האמידה הייתה דווקא גוברת על הענייה, וכן גם האשכנזייה על המזרחית – בטענה כי כך נהוג היה בארץ מוצאה, ולעתים בקריטריון של 'לירות ראשונות', שהרי בנות עדות המזרח נטו ללדת יותר ילדים מאשר האשכנזיות.⁹⁰ זאת

86 ד"ר לבונטין אל הנהלת הדסה, 14.11.1928, אצ"מ, J113/401. ראו גם חנה הרדוף, 'מענק לידה', ירחון העבודה והביטוח הלאומי (אפריל 1955), עמ' 17, 19; לייסנר, 'חוקי הלידה ולידה כחוק' (לעיל הערת כוכבית), עמ' 54-153, 350.

87 ד"ר מ' ליבונטין, מנהל סניף תל אביב, אל הנהלת הדסה ירושלים, 24.11.1926, אצ"מ, J113/401.
88 'מסמך הבנות' (לעיל הערה 67), סעיף 3. יש לציין כי במכתב מאת לאה ברלין, סגנית יושבת הראש של הסתדרות נשים עבריות, אל הנרייטה סאלד, מנהלת הסתדרות מדיצינית הדסה, 4.12.1922, אצ"מ, J113/1346, הכותבת מבקשת מהדסה 'להשתדל ככל האפשר ולהוציא מן הכלל את המחלקה האובסטרית למען תשתמשנה המטות שלה רק עבור עניות'. במכתב תשובה עונה סאלד שאין באפשרותה לעשות כן, אולם היא מדגישה שאם הסתדרות הנשים העבריות תעשה את עבודתה כמו שצריך ותביא נשים אלה לרישום בתחנות מוקדם, אזי ממילא תהיה להן עדיפות. ראו מכתב (באנגלית) הנרייטה סאלד אל לאה ברלין, 6.12.1922, שם.

89 ד"ר א"מ בלוסטאון, מנהל בית החולים, אל הנהלת סניף הדסה ירושלים, 15.2.1927, שם, J113/401; 'תזכרת מאת ד"ר יסקי על הפגישה בענין מחלקת היולדות', 31.1.1938, אצ"מ, J113/7487. וראו גם 'ועדת הטיפול' (לעיל הערה 69), עמ' 1, שם נאמר כי היולדות היהודיות לא אהבו לפקוד את בית החולים הממשלתי, אפילו כש'סדר ביה"ח של הממשלה כי ינתן אוכל כשר לחולות היהודיות הנמצאות בבית חולים זה [...] כי הן מרגישות את עצמן זרות במקום'.

90 ראו למשל את דברי ד"ר בלוסטאון בנוגע לתלונות 'כי מקבלים במחלקת היולדות בביה"ח רוטשילד נשים בעלות אמצעים בתשלומים הרבה יותר נמוכים מאשר במוסדות פרטיים [...] על ידי זה

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

ועוד, מתברר שלעתים לא הייתה היולדת מקבלת כרטיס כלל, למשל כשלא פקדה כנדרש את התחנה לצורך מעקב היריון. על עניין זה אדון להלן.

יישום ותקלות בביצוע 'חוקי הרשמת היולדות'

על ביצוע 'חוקי הרשמת היולדות', נאמר כי 'רופאי הדסה הם הקובעים', וכי במקרים חריגים נמסרה ההחלטה לידי מנהל בית החולים.⁹¹ אולם כפי שראינו לעיל, ולמורת רוחם של רבים מן הרופאים, אחיות התחנות הן שנהגו לפקח על הנשים ההרות והן שקבעו את מצבן הרפואי והחומרי באמצעות ביקוריהן בתחנה ובבית. הן המליצו לרופאים להחליט כיצד לנהוג, והייתה להן עצמאות לא מועטה בעשותן כן.⁹² על פעולתם של חוקי הלידה המתוארים לעיל, בעיקר בכל הקשור ליולדת, שהיה עליה לציית לתכתיבי אחיות תחנות הבריאות, וכן על מאפיינים אחרים שנדונו לעיל, כגון התמקדותם של שירותי הבריאות ב'מזרחיות', אפשר ללמוד מחליפת המכתבים הבאה. מדובר בהתכתבות מתחילת 1934 בין ד"ר זוסמנוביץ, רופא שסטה מדרכי 'החוק' ומסר 'פתקאות' (כרטיסים) לזכאות למיילדות לשתי נשים שלא מילאו אחרי הדרישה של מעקב היריון. ד"ר זוסמנוביץ דרש מהנהלת 'הדסה' לשלם בכל זאת עבור המיילדות והנה קטע מתשובת מנהל 'הדסה' דאז ד"ר חיים יסקי:

מטרת התחנה לנשים הרות היא לנהל הסברה בין הנשים ההרות ולהדריך בזמן הריון. את הזקוקות לכך אנו מקבלים לביה"ח שלנו או נותנים להן עזרת מיילדת בבית ואם יולדת אינה יכולה לשלם את התשלום המלא בעד הלידה היא מקבלת הנחה מתאימה.

זהו אחד האמצעים בהם אנו משתמשים כדי למשוך את הנשים ההרות לתחנות.

שמקבלים אותן בתשלומים נמוכים כאלו, הרי שוללים את האפשרות להתקבל לביה"ח ממחוסרות האמצעים, שאין להן האפשרות לפנות למוסד אחר, שם. ראו גם אדמון-ריק, 'לידה', פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 48-49; 'תכנית קנב' (לעיל הערה 5), עמ' 165, וכן המכתבים הבאים, שנכתבו אמנם ב-1958, אבל יש להניח שמדובר בהמשך של נוהג קודם, ראו ד"ר י' זיידה, 2.9.1958, ביטוח אימהות – אישפוז, א, המוסד לביטוח לאומי, המחלקה לתייעוד ע"ש ד"ר גיורא לוטן, ירושלים, תיק מקורי: 2731; מ' מוהליבר, מנהל סניף חיפה, אל מנהלת ביטוח אימהות, 19.11.1958, שם.

91 'רופאי הדסה הם הקובעים איזה מקרה הוא בלתי נורמלי', ראו 'מסמך הבנות', (לעיל הערה 67), סעיף 6. לעתים התקבלו היולדות על פי החלטת הוועדה, ראו אדמון-ריק, 'לידה', פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 37. וראו גם מכתב כצנלסון ויסקי (לעיל הערה 80). שם נאמר כי 'שום יולדת לא תתקבל למחלקת היולדות בבית החולים, אם היא לא תביא מכתב מאת רופא הבקורת, היודיע כי המקרה הזה הוא פטולוגי, או שתנאי הדירה הם גרועים ואינם מאפשרים לידה בבית'.

92 במסמך שהוציאה הנהלת בית חולים הדסה תל אביב ב-1926 דיברו הרופאים על הקושי הכרוך במיון היולדות, והביעו את דאגתם ש'אנחנו נצטרך להסיק את המסקנות מעבודת האחיות העוסקות בעבודה זו ולקבל לביה"ח את כל הזקוקות לכך', הנהלת סניף תל-אביב אל הנהלת הדסה, ירושלים, 'דיאורגניזציה של מחלקת היולדות' (לעיל הערה 8).

אם נשלם בעד לידות של נשים אשר לא בקרו את התחנה רק נהרוס בעצם ידינו את הישגי התחנות, ירפה הקשר של הנשים לתחנות ולא נצליה יותר בהשתדלותנו למשוך את האמהות, וביחוד את המסרבות שביניהן, לתחנותינו. למקרה הנזכר במכתבו עלינו עוד להוסיף כי בררנו את השאלה עם האחות והוכח לנו כי שתי הנשים גרות במושבה זה שנים רבות ולא יכלה להיות כל סבה לסירובן לבקר בתחנה. היה להן די זמן להירשם בתחנה ולא נוכל איפא לשנות מסדרי עבודתנו ולשלם בעד הלידות של שתי הנשים אשר השתמטו מלהרשם בתחנתנו.⁹³

בתגובה הביע ד"ר זוסמנוביץ את הבנתו וגם את הסכמתו על דבר מטרת התחנות. בכל זאת מצא לנכון להדגיש כי היות ששני המקרים היו דחופים לא יכול היה לסרב 'לתת פתקא'. בהמשך העיר הרופא הנכבד ש'לו כב' ידע את תנאי החנוך של האורפלים⁹⁴ היה קל מאד בא לידי מסכנה [כך במקור!] שסירוב מצדי בשני המקרים היה קל מאד הורס את ענין קפת [קופת] חולים עממית וגם במקום למשוך יתר הנשים להרשם בתחנה – הפעולה היתה להפך.⁹⁵ בסופו של דבר הסכימה 'הדסה' לכסות את הוצאות הלידות, אך לא הסכימה להצעת הרופא ש'לא על ידי שלילת עזרת מילדת אפשר להשפיע על האורפלות להרשם!⁹⁶ המקרה הזה מיטיב להראות את השימוש בתשלום עבור הלידה כמעין פרס או שוחד להתנהגות ראויה של האם. עם זאת לא נראה כי מדובר בדוגמה מייצגת. ככל הנראה נגעו רוב המקרים בקטגוריה זו לזכאותה של האישה ללדת בבית החולים דווקא. ואכן מסמכים רבים מעידים על בואן של יולדות אל בתי החולים גם כשבתחנה נקבע שאינן זכאיות ללידת בית חולים מסיבה זו או אחרת. ראו למשל את המכתב שכתב ד"ר לבונטין, מנהל סניף 'הדסה' בתל אביב, אל הנהלת 'הדסה' בירושלים.

הנני מזכיר לכב' בזה את שיחתנו בדבר המקרים הקורים לעתים קרובות מאד במחלקת היולדות, שלא רשומות אצלנו לגמרי ללדת בביה"ח או שהן רשומות שישלחו להן מילדות ושהן תלדנה בבתיהן ולמרות דרישותינו הנמרצות שהן תעזובנה את המחלקה – הן מסרבות בהחלט למלאות את דרישתנו והן יולדות בביה"ח. מקרים כאלה הם לא נדירים אצלנו ואין לנו שום עזרה מאת המוסדות העירוניים בנדון זה. קראנו פעמים אחדות את המשטרה והיא סרבה להוציא את הנשים הנ"ל מביה"ח. הנני פונה איפא אליכם בבקשה לעין בדבר זה וליעץ לנו, מה עלינו לעשות במקרים כגון אלה.⁹⁷

93 ד"ר יסקי אל ד"ר י' זוסמנוביץ, ראשון לציון, 19.4.1934, אצ"מ, J113-7854.

94 'האורפלים' הם יהודים יוצאי העיר אורפה (Urfah) שבטורקיה, אך ייתכן שמדובר בשם נרדף ליהודים מזרחים.

95 ד"ר י' זוסמנוביץ אל הנהלת הראשית של ה.מ. [הוועד המנהל] הדסה, 22.4.1934, אצ"מ, J113/7854.

96 ד"ר י"מ ברומברג, הגזבר, אל ד"ר י' זוסמנוביץ, ראשון לציון, 30.4.1934, ש.מ.

97 ד"ר לבונטין, מנהל סניף הדסה בתל אביב, אל הנהלת הדסה ירושלים, 10.6.1926, אצ"מ, J113/401. ראו גם 'ועדת הטיפול' (לעיל הערה 69), עמ' 1: 'מספר המטות העומדות לרשות בית החולים למילוי

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

מסמך אחר מאותה תקופה דן ב'מצב הקטסטרופלי' של מחלקות היולדות, שבו 'מספר הנשים הנרשמות ללדת במחלקה זו הולך וגדול מיום ליום ואין בהחלט באפשרות המחלקה הזאת לקבלן מסבת המספר המצומצם של מטות'.⁹⁸ לעניין זה, ראו גם את המכתב שכתב ד"ר לבונטין אל הנהלת 'הדסה' לקראת סוף 1926, על מקרים שתוארו לעיל ובהם אחיות התחנות החליטו כי נשים מסוימות צריכות ללדת בבית חולים רק בגלל היותן עניות ולא בגלל תנאי דיור גרועים. במכתב הוצע ש'אולי כדאי במקרים כאלה לתת לאשה כזאת לא רק עזרת מילדת, כי אם גם סכום של ל"מצ אחת, שיוצא תחת פקוח האחות בשביל קניית הדברים הכי הכרחיים להזנת היולדת אחרי הלידה'.⁹⁹ מכתב זה מעניין ביותר שכן הוא מסמל את הרצון לתת מעין מענק לידה לנשים כדי שלא יזדקקו לאשפוז לצורך לידה.

הנהירה אל בית החולים

מן האמור לעיל עולה כי במהלך העשור השני והשלישי של המאה שעברה החלו יותר ויותר יולדות יהודיות שחיו בארץ ישראל לפקוד את בתי החולים לצורך לידה, וזאת אף כשבתי החולים לא רצו לאשפו אותן. אכן בתי החולים בפירוש לא רצו לקבל נשים ללידה כל עוד לא עלה צורך רפואי לעשות כן. מדיניות זאת מצאה את ביטוייה ב'חוקי הרשמת היולדות' שקבעה הנהלת ארגון הדסה ושם כאמור רשימה של קריטריונים למיון היולדות ללידת בית או ללידת בית חולים. אפשר להניח כי בבסיס 'חוקי הרשמת היולדות', נוסף על המאמצים שעשו הרופאים כדי לאכוף אותם, שלטה הסברה שלפיה אין סיבה רפואית שלידה רגילה תתבצע בין כותלי בית החולים. לעניין זה זכרו שבאותה תקופה ברוב העולם, וגם בבירטיניה עצמה, עדיין רוב הלידות היו בבתי פרטיים.¹⁰⁰

צרך זה (13 מטות) אינו מספיק ביחוד בתקופת החורף, כש-40 עד 50 מקרים פונים לביה"ח מדי חדש בחדשו ותוצאה מזה ביה"ח מכרח לדחות כמה וכמה בקשות'. ראו גם המכתב (באנגלית) גב' דוד גרינברג, יושבת ראש ועדת פלסטינה, אל ד"ר חיים יסקי, הסתדרות מדיציניית הדסה ירושלים, 13.4.1934, אצ"מ, J113/7854, שם נאמר: 'ד"ר הריס הסכים לדעתך שרוב הלידות הנשלחות לבית החולים בתל אביב צריכות היו להיות מטופלות מחוצה לו. אך הוא תהה אם שירותי לידות החוץ בירושלים אכן יכולים להתפתח במידה כזו עד שיוכלו להוריד את הלחץ ממחלקת היולדות'.

98 ד"ר לבונטין, מנהל סניף תל אביב, אל הנהלת הדסה, 8.12.1926, שם, J113/401.

99 הנ"ל אל הנהלת הדסה ירושלים, 24.11.1926, שם.

100 ראו לעיל הערה 6. זאת ועוד, לפי ממצאי אדמונד-ריק, במאבק להוספת מיטות אשפוז לילדות בתל אביב התנגדה ממשלת המנדט, ככל הנראה מטעמים כלכליים. הממשלה לא רצתה לשלם על עלות הקמת התשתיות וקבעה שאין צורך באשפוז של לידות רגילות. 'הרשויות לא צריכות להיות אחראיות ללידות הרגילות [...] אין בזה צורך וגם מבחינה כלכלית אי אפשר לספק מקורות מימון ציבוריים לאשפוז לידות רגילות לא במעמדות העשירים ולא בעניים. אין תנאים כאלה לא באנגליה ולא באירופה, אלא על בסיס של תשלום, או לשם הכשרת האחיות והמיילדות [...] הוכח שבכל מקום שיש שירותי לידה בבית תמותת האימהות והתינוקות פחותה', אדמונד-ריק, 'לידה', פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 80.

תמיכה לגישה זו נמצאה בממצאיה של החוקרת גבריאלה אדמון-ריק, ולפיהם אף על פי שעל היישוב היהודי אין נתונים סטטיסטיים של ממש, 'מטקסטים ספורים ומרישומים של שמות היולדות בלידת בית ופרטי לידתן עולה כי ככל הנראה בתקופה הנדונה בא"י לידות הבית בסיוע מיילדת רפואית היו בטוחות ליולדות, ולא נרשמו מקרים של מוות או תחלואה של יולדות בעקבותיהן'.¹⁰¹ לעומת זאת, מקורות רבים מעידים על מצב סניטרי לא ראוי במחלקות לאשפוז היולדות ועל דלקות לאחר הלידה בקרב היולדות,¹⁰² אף כי שיעור תמותת היולדות נשאר קבוע וגם נחשב נמוך לאותם ימים.¹⁰³ באחד המסמכים שבידי יש אפילו אזהרה מטעם הנהלת 'הדסה' שלפיה 'אם] לא תמצאו דרך להטבת תנאי המחלקה [...] נראה את עצמנו נאלצים להקטין את מספר המטות במחלקה'.¹⁰⁴ בפועל ידוע שמספר מיטות האשפוז ליולדות רק עלה עם השנים, ואתו גם מספר היולדות שהתאשפוז לצורך לידה: עד 1945 כבר היו כ-90.6% מן הלידות בקרב היהודים בבתי חולים, וכעבור כעשור עלה אחוז הלידות בבתי החולים בקרב היהודיות בארץ ל-96%, דהיינו כמעט אשפוז מקיף של הלידה.¹⁰⁵ על רקע הנתונים האלה שוב עולה השאלה: מי או מה הביא לידי האשפוז ההולך וגדל של יולדות בתקופה הנדונה? על כך אנסה לענות בסעיף הבא, וזאת בעזרת הפרמטרים שנקבעו בתחילת מאמר זה, על פי הניסיון של מדינות אחרות – הרופאים, המדינה והיולדות עצמן – ולפי הנסיבות הארץ-ישראליות של תקופת המנדט: מניעי בתי חולים והרופאים, מניעי אחיות התחנות, מניעי ארגון הדסה ומניעי הנשים היולדות עצמן.

- 101 אדמון-ריק, שם, עמ' 4-5, הדברים מובאים כאן ללא ציון המקורות. חשוב לציין כי על סמך חומר ארכיוני מצאה אדמון-ריק כי במהלך העשור השני והשלישי של המאה שעברה החלו יותר ויותר יולדות יהודיות שחיו בארץ ישראל לפקוד את בתי החולים לצורך לידה, וזאת אף כשבתי החולים לא רצו לאשפוז אותן, שם, עמ' 44-49.
- 102 ראו למשל, בהתכתבות בין הנהלת הדסה להנהלת בית החולים רוטשילד בירושלים בשנות השלושים נאמר כי 'הנשים משאירות רושם של לא רחוצות די צרכן, הרגלים מלוכלכות וכדומה', ד"ר צונדק, בית החולים רוטשילד, אל ד"ר חיים יסקי, מנהל הדסה (באנגלית), 25.5.1938, אצ"מ, J113/7487; ד"ר יסקי אל הגב' רוברט סזולד, 10.12.1936, שם; ד"ר יסקי אל גב' קנטור, 8.9.1935, שם. ובאותו עניין ראו ד"ר יסקי, 'תזכרת על הישיבה בענין המצב במחלקת היולדות בבי"ח בירושלים ב-28.9.36', ללא תאריך, שם. ראו גם המקורות המובאים בהערה 104.
- 103 בשנים 1927-1938 שיעור תמותת היולדות בקרב יולדות בבתי החולים של 'הדסה' נשאר קבוע ועמד על כ-2.5 יולדות ל-1,000 יולדות, ראו אדמון-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 4-5.
- 104 ד"ר א"מ בלומסטאון, המנהל, אל הנהלת סניף הדסה תל אביב, 6.7.1927, אצ"מ, J113/401; הנ"ל אל ד"ר לבונטין, 2.7.1926, שם; ד"ר אשרמן אל ד"ר ליבונטין, 10.7.1926, שם. במכתב קבע ד"ר אשרמן שבבית החולים אין 'מגפת ספסיס'.
- 105 'תכנית קנב' (לעיל הערה 5), עמ' 165; ד"ר בן ציון הראל, פרוטוקול הדיון של ועדת המשנה שמונתה על מנת לנסח סופית את החוק, 19.2.1953, ארכיון המוסד לביטוח לאומי ירושלים, עמ' 5-6. ראו גם דברי חבר הכנסת שלמה לורנץ ובה אידלסון, דברי הכנסת, 18 (תשט"ו), עמ' 1872, 1879-1878.

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

אילו גורמים הובילו לאשפוז ההולך וגדל של היולדות בארץ ישראל המנדטורית?

מניעי בתי החולים והרופאים

על פני הדברים נראה כי בתי החולים, והרופאים שניהלו אותם, עמדו להרוויח יותר מכול מן המעבר הכללי של הלידה אל בתי החולים. והנה, מן המסמכים שתוארו לעיל עולה כי הם אלה שניסו בכל כוחם למנוע את אשפוזן המיותר של נשים שציפו ללידות רגילות. בעמודים הקודמים הצעתי כי את התנהגותם של הרופאים אפשר אולי להבין משום שבמצב הרגיל לידת בית היא בטוחה, ואף הבאתי עדות רפואית שתמכה בכך. אולם בפועל מתברר כי כשהשתנו הנסיבות, ובייחוד כשהוסרו כמה מן האילוצים הפיזיים-כלכליים, הגישה המוצהרת של הרופאים ללידה רגילה השתנתה בהתאם.

בסביבות שנות השלושים היו כמה התפתחויות חשובות בנוגע למתן שירותים רפואיים בארץ בכלל ולמתן השירותים הרפואיים ליולדות בפרט, והן כנראה הביאו לידי שינוי בגישת הרופאים לאשפוז היולדות. ראשית, אם קודם היה מחסור ברופאים בארץ ישראל, הרי מעתה היה עודף.¹⁰⁶ שנית, בנוגע לשירותים הניתנים ליולדות, יש עדות שבתקופה זו החלו מיילדות הבית למרוד נגד תנאי העבודה שאולצו לעבוד בהם. ראו לדוגמה את מכתב התלונה הבא:

כשהמילדת מבלה ע"י יולדת המתקשה בלידתה במשך, מעת-לעת אחד [יממה אחת], שנים ויותר ולבסוף עוברת היולדת לבי"ח לגמירת לידתה ובעד כל הטרחה הזו משלמים למיילדת כחצי לירה או מעט יותר מזה. או מקרה כשמבהילים מיילדת אל בית-היולדת המתהפכת בצירי לידה במשך מעת לעת ויותר לבסוף הצירים נרגעים והאשה יולדת רק כעבור כמה ימים או שבועות, בעד טפול כנ"ל עם הכנה ללידה צריכה המיילדת לפי הסעיף להשתכר כאלו עשתה בקור רגיל.¹⁰⁷

אולם פנייתן של המיילדות לתמורה הוגנת נענתה בסירוב, כמו גם בקשתן להתארגן בצורה עצמאית.¹⁰⁸ בנסיבות אלה אכן נאלצו רבות מהמיילדות המדופלמות, שעליהן

106 ראו למשל המכתב (באנגלית) מאת גב' דוד גרינברג, יושבת ראש ועדת פלסטינה, אל ד"ר חיים יסקי, הסתדרות מדיצינית הדסה ירושלים, 13.4.1934, אצ"מ, J113/7854; נירה ברטל, חמלה וידע: ראשית מקצוע הסייעוד בארץ-ישראל 1918-1948, יד יצחק בן צבי, ירושלים, 2005, עמ' 227-228.

107 ד"ר ח' אברבנאל, רופא במרכזי הבריאות בתל אביב אל הוועד המנהל של תחנות הבריאות בתל אביב באמצעות הנהלת ה"מ [הוועד המנהל] הדסה ירושלים, 15.5.1934. ראו גם מכתב מצורף בכתב יד מאת כמה מיילדות, נציגי המועצה המקומית ראשון לציון אל הסתדרות מדיצינית הדסה, 18.1.1935, אצ"מ, J113/7854. ראו גם להלן הערה 109.

108 'הננו מצטערים שלא נוכל להגדיל את התשלום למיילדת', ד"ר י"מ ברומברג, הגזבר, אל מועצה מקומית ראשון לציון, 23.1.1935. וראו גם: ד"ר מ' ליבונטיק, מנהל הסניף [הדסה, תל אביב] אל הנהלת הדסה, ירושלים, 3.7.1927, אצ"מ, J113/401, מקוטלג משום מה 'חשאי': 'הננו שולחים לכב' לר"פ את מכתבו של ד"ר אשרמן בנוגע להצעת ד"ר טולמן ביחס לקואופרטיב למיילדות בתל-אביב.

דיברה שחור-רובין, מיילדות שעד כה עבדו בתור מיילדות פרטיות בלבד, להתחיל לעבוד בתוך המחלקות ליולדות בבתי החולים, ואט-אט הופסקו שירותי מיילדות הבית במקומות רבים.¹⁰⁹

התפתחויות חשובות אחרות שאירעו באותה תקופה נגעו ישירות לשירות שניתן ליולדות בתוך בתי החולים. למשל, חלה 'הפחתה נכרת במחלות טיפוס המעים והדיזנטריה' שאפשרה את הקטנת מספר המיטות במחלקה הפנימית והרחבה של מספר המיטות במחלקת היולדות.¹¹⁰ כמו כן מתברר כי רק לקראת שנות השלושים החלה מחלקת היולדות להיות רווחית עבור בתי החולים. בנסיבות אלה, וכנראה בלי קשר להצהרות החוזרות ונשנות כי לא כל הנשים זקוקות לשירותי בית החולים לצורך לידה, הוגדל ככל האפשר מספר המיטות המיועדות ליולדות בבתי החולים.¹¹¹ והנה, כפי שקרה גם באנגליה עצמה במרוצת הזמן, ככל שעלה מספר המיטות הפנויות ואתו מספר היולדות המאושפזות, כך הלכו ונעלמו הדיבורים על לידת בית כחלופה בטוחה ללידה רגילה בבית חולים, וכך הלך ועלה מספר הנשים שביקשו להתאשפז לצורך לידה.¹¹²

דעתנו היא שלא צריכים להסכים להצעה זו מטעמים שונים ובעקר מסבה זו שד"ר אשמן עוסק מאד בעבודתו והוא לא יוכל להקדיש מזמנו למוסד הנ"ל.

109 שחור-רובין, 'זייטב אלהים למילדת' (לעיל הערה 8), עמ' 93. ראו גם ד"ר יסקי אל ועד הקהלה העברית חיפה, 15.11.1935. שם הוראות להפסיק את הטיפול ביולדות-חוץ בחיפה. ראו גם קניבסקי, הביטוח הסוציאלי (לעיל הערה 79), עמ' 248. קניבסקי מסביר מדוע העדיפו רשויות היישוב לאשפז את היולדות: 'שכר הטיפול והעזרה בבית גם הוא ניכר'. כתבן וברטל מסבירים איך הרגולציה של המיילדות, בפקודת המיילדות או אף קודם לכן, תרמה גם היא להגברת המעבר ללידה בבתי חולים. בשנים 1937-1934 פנו כמה מיילדות מורשות אל רשויות המנדט בבקשה למנוע לידות בבתי חולים. הן העידו כי הן מטפלות בנשים בתקופת ההיריון, אך אז הללו יולדות בבית החולים – בדרך כלל בטענה שמדובר במקרה חירום – והן (המיילדות) אינן מקבלות כל שכר. השוו למכתב התלונה (לעיל הערה 107). המיילדות טענו שיולדות פונות לבתי החולים, שם השירות לא יקר כל כך, ובתי החולים לא מחזיקים מיילדות, אלא רק מיילדות לא מוסמכות. דרך זו, של חובת רישוי המיילדות ותשלום נמוך יחסית לבית החולים, הובילה ללידות רבות יותר בבתי החולים, ולהעברת העיסוק במיילדות לבתי החולים בפיקוח רפואי, ראו כתבן וברטל, 'סידור הפרקטיקה של הילוד' (לעיל הערה 8), עמ' 27.

110 ד"ר א"ק בלוסטאון, מכתב למערכת הארץ, 19.1.1937, אצ"מ J113/401.

111 אדמון-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 3. לדוגמה, מספר המיטות המיועדות ליולדות בבית החולים הדסה תל אביב עלה מ-6 מיטות ב-1921 לכ-75 מיטות ב-1948. על הסיבות הכלכליות שעמדו מאחורי הוספת מיטות האשפוז ליולדות בתל אביב, ראו שם, עמ' 90-95. על היותו של היקף אשפוז היולדות תלוי במספר מיטות האשפוז הפנויות אפשר לראות גם במובאה הבאה על פעילות קופת החולים: 'עד 1926 היתה קופ"ח נותנת עזרת בי"ח ליולדות, חברות המוסד, על חשבונה [...] אולם אפשרויות ההוספיטליזציה ליולדות ב"הדסה" לא גדלו במידת גידול האוכלוסייה, והדוחק במיטות גדל יותר ויותר', קניבסקי, הביטוח הסוציאלי (לעיל הערה 79), עמ' 248.

112 בריאות ובטיחות האישה כמעט לא מוזכרות בתור סיבה להוספת מיטות אשפוז ליולדות, אדמון-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 80-81, 105. תופעה דומה אפשר למצוא גם לאחר קום המדינה, בנוגע לפרסומים של המוסד לביטוח לאומי. בשנים שלאחר קום המדינה המשיכה המדינה להסביר את החוק כאילו היה צעד שנדרש בנסיבות המסוימות שהיו אז, אך המשכו והדגישו כי לידת

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

מניעי אחיות התחנות ומניעי ארגון הדסה

עד כה דנתי באינטרסים של בעלי מקצוע הרפואה באשפוז היולדות. עם זאת יש לזכור שאין זה נכון לומר שהרופאים בארץ פעלו לבד, והייתה להם תמיכה מלאה של אחיות התחנות. למשל, הסברתי כי רשמית הרופאים הם שהיו המחליטים בנוגע ללידה, אולם בפועל אחיות התחנות היו אחראיות על ביצוע 'חוקי הרשמת היולדות'. בנסיבות אלה לא תמיד נאכפו החוקים האמורים כלשונם. מתברר כי מגמת אחיות התחנות הייתה למתוח ככל האפשר את גבולות 'חוקי הרשמת היולדות' לכיוון של אשפוזים רבים יותר.¹¹³ ראייה לכך אפשר למצוא בעצם ההפצרות החוזרות ונשנות מטעם בתי החולים אל הנהלת 'הדסה' שתאכוף את אותם החוקים.¹¹⁴

אולם נראה כי הדרך העיקרית שבה הביאו אחיות התחנות את הנשים לאשפוז את עצמן לצורך לידה הייתה עצם מעקב ההיריון הקפדני, שהתחיל כאמור מן הרגע שבו נודע לאישה על הריונה. הן נבדקו אין-ספור בדיקות, גם כאלה שנחשבות היום למסוכנות ביותר, כמו למשל צילומי רנטגן. ברור כי המסר מאחורי מגוון בדיקות אלה היה שעליהן לסמוך על הרופאים ועל מה שהם אומרים, ולא על עצמן או על חברותיהן. כאמור זוהי הסיבה שיש חוקרים הסוברים שתהליך מעקב ההיריון נחשב לכלי יעיל ביותר שדרכו אפשר היה להוביל את היולדת לאשפוז בלידה. המעקב מפחית את ביטחונה העצמי של האישה ואת הידיעה שהיא תוכל ללדת ללא השגחה רפואית צמודה. תהליך זה נתמך כאמור בשיח הרפואי שרווח בתחנות סביב הלידה, גם כשזו עמדה להתרחש בבית. לעניין זה ראו את רשימת הפעולות שהאישה הצטוותה לעשות כשעמדה ללדת בבית (בשנות העשרים):

עליך להיות מוכנה בכל לבוא הילד. כל ההכנות צריכות להיות גמורות לא יאחר מששה שבועות לפני הלידה. הזמיני רופא או הועצי עמו באיזו מילדת לבחור.

113 בית היא לאו דווקא מסוכנת. רק בשנות השבעים הפסיקו הפרסומים של המוסד לביטוח לאומי לציין את היתרונות הבריאותיים של לידת בית, ראו לייסנר, 'חוקי הלידה' (לעיל הערת כוכבית), 156-160. נשות התחנות היו שולחות נשים לבית החולים ככל שיש, ללא טיעון סוציולוגי או רפואי, אלא מפני שהיו די 'כרטיסים' לחלוקה, ראו אדמון-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 24. לעתים היו האחיות יוצאות מגדרן על מנת לוודא את אשפוזן בפועל של אותן נשים. החוקרת שחלב סטולר-ליס ראינה עובדות סיעוד מתקופה מאוחרת יותר ומסרה מפיהן שכשבתי החולים היו מסרבים לקבל נשים מהמעברות לאשפוז, האחיות שליוו אותן היו נותנות ליולדות סטירות כדי לגרום להן לבכות ולאנשי בית החולים לרחם עליהן ולאשפוז אותן, ראו סטולר-ליס ושוורץ, 'נלחמות בבערות' (לעיל הערה 62), עמ' 55, אבל השוו סטולר-ליס ושוורץ 'גוף אל גוף' (לעיל הערה 53). ממאמר זה אפשר ללמוד כי על אף שהאחיות העדיפו לידה באשפוז, בפועל הן ניסו להקל על לידות בית שלא היה אפשר למנוע, ואף שיתפו פעולה עם המיילדות העולות.

114 השוו 'מסמך הבנות' (לעיל הערה 67), המדבר על תלונות שהוגשו מטעם הסתדרות נשים עבריות כי בתי החולים של הדסה 'התנהגו על פי התקנות בחמרה יתרה ז.א. מבלי להתחשב עם המצב המיוחד במקרה זה או אחר'.

סדרי את החדר הטוב ביותר בביתך, את הבהיר והנקי ביותר. הוציאי ממנו את המרבדים והרהיטים המרופדים. הכיני כותנה, תחבושות, ליזול, אלכוהול, אבקת טלק, חמצת בוריק וכמות הגונה של לבנים בשביל המטה.¹¹⁵

הכנות אלה גם נגעו בגוף ממש, נאמר למשל: 'רחצי את כל גופך יום יום. במשך שני חדשי ההריון האחרונים רצחי את פטמות שדיך בכל יום במים מעורבים בשליש אלכוהול. אם תרגישי כאב בשדיך או תראי בהם חריץ קטן כל שהוא [ובהחלט סביר להניח שיהיו חריצים כאלה אחרי השימוש הממושך באלכוהול] פני מיד אל הרופא'.¹¹⁶ יוצא אפוא שגם בלידות בית אלה מדובר בתחילתה של לידה רפואית – לא עוד לידה בבית היולדת בסיוע מיילדת מסורתית, אלא לידה בבית שהובא קרוב ככל האפשר למצב סניטרי מתאים, בסיוע מיילדת 'מדופלמת', בדרך כלל אחות רפואית במקצועה.¹¹⁷ במאמר של אייל כתבן ונירה ברטל, המתפרסם בימים אלה ודן בהסדרת מקצוע המיילדות על ידי רשויות המנדט, מתברר כי לא זו בלבד שארגון הדסה העדיף מיילדות מדופלמות-מורשות על פני המיילדות העממיות-מסורתיות, כמו שעשו הבריטים דרך חקיקת פקודה המיילדות (1929), אלא שהארגון קידם שיטת עבודה ולפיה המיילדות חייבות להיות בראש ובראשונה אחיות רפואיות מוסמכות. יצוין כי למרות חוסר התמיכה בשיטה זו מטעם רשויות המנדט, היא זו שניצחה בסופו של דבר.¹¹⁸

115 'הלידה' (לעיל הערה 75). ראו גם אדמון-ריק, המתארת את פעולת המיילדות בתוך בית היולדת, אדמון-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 60.

116 'הלידה', שם. לדוגמה אחרת של המדיקליזציה של השדיים (של האם), שלא לומר תחרות בין הרופאים לבין אחיות התחנות, ראו דברי החוקרות שורץ ושחור-רובין, על עבודת ההתנדבות של ארגון ויצ"ו. בשנת 1924 פתחה שליחת ויצ"ו מניו זילנד תחנה לטיפול בנשים הרות בתל אביב. לשם כך נשלחו לאנגליה שתי אחיות מטעם ויצ"ו ללמוד את 'שיטת פלנקט', שהייתה נהוגה בכמה מדינות, לטיפול ביולדות ובתינוקות. השיטה דגלה בשלושה עקרונות: (1) תעמולה למען הנקת תינוקות; (2) העשרת התזונה של תינוקות בשמנת; (3) עיסוי השדיים לשם השגת אספקת חלב עשירה יותר. רופאי 'הדסה' התנגדו לשיטה זו. לדבריהם: (1) רוב האימהות בארץ מניקות ואינן זקוקות ל'תעמולת הנקה'; (2) בחודשי הקיץ הארוכים אין לתת לתינוקות מזון עשיר בשומן; (3) רופאי 'הדסה' הדגישו כי גם הם מייחסים חשיבות לעיסוי השדיים כשהדבר נחוץ, אך מחו בתוקף נגד טיפול זה הנעשה בידי האחיות בטענה שזו 'פלישה לתחום הרפואי', שורץ ושחור-רובין, 'הסתדרויות נשים' (לעיל הערה 55), עמ' 266 הערה 45.

117 ראו כתבן וברטל, 'סידור הפרקטיקה של הילוד' (לעיל הערה 8); 'תכנית לעבודה משותפת' (לעיל הערה 66), סעיף 7.

118 כתבן וברטל, שם. המחברים סוברים כי הבריטים חקקו את הפקודה שהיה בה משום ביסוס שלטונם בארץ – שיפור מצב בריאות התושבים לשם הצדקת המנדט שנתן להם 'חבר הלאומים'. מאחר שהשירותים שסיפקו המוסדות הציוניים והיהודיים היו טובים למדי (וכאן שוב הודות לארגון הדסה), ביקשו הבריטים להתמקד באוכלוסייה הערבית ולצמצם את פעור הבריאות ביחס לאוכלוסייה היהודית. לעצם העניין, הפקודה נועדה להחליש את המיילדות העממיות (בעיקר את 'הדאיות' הערביות), עד שהביאה לידי כיליון מוחלט של המקצוע. בתוך כך כאמור התעלמה הפקודה משיטת העבודה שקיימה 'הדסה', ולפיה המיילדות חייבות להיות אחיות מוסמכות, כי הרשויות הבריטיות

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

יוצא כי בכל התהליך של המדיקליזציה של הלידה היה לארגון הדסה תפקיד מרכזי. דוגמה נוספת אפשר למצוא בעצם 'חוקי הרשמת היולדות'. על פני הדברים נראה שמדובר בכללים למיון יולדות ללידת בית או ללידת בית חולים, אך בפועל ניכר שעל פיהם הוחלט מי רשאית להיכנס לבית החולים ומי לא. ראייה לכך אפשר למצוא בעצם ניסוחם: 'מועמדות מתקבלות [למחלקה]', כלומר בתנאים אלו ואלו.¹¹⁹ וכן כי 'יולדות שתקבלנה למחלקה האובסטרטרית בשעה שתמצאנה מטה פנויה'.¹²⁰ ובאחד המסמכים כתוב במפורש כי יש להימנע מאימוץ שיטה 'שמטות תשארנה פנויות'.¹²¹ לבסוף חשוב גם לזכור ולהדגיש כי ארגון הדסה עצמו היה הבעלים של כמה בתי חולים מקומיים.¹²²

רצון הנשים עצמן

על רקע הדברים האלה, נשאר השאלה: מה רצו הנשים היולדות עצמן בכל הנוגע לאשפוז הלידה? בהקשר המקומי מעלה שאלה זו לפחות בעיה עקרונית אחת והיא שקולן של הנשים עצמן כמעט לא נשמע, לפחות לא ישירות.¹²³ אדרבה, אין עדות שהנשים עצמן אף נשאלו על העדפותיהן בדבר מקום הלידה, לבטח לא נכלל הדבר כקריטריון הראוי לציון ב'חוקי הרשמת היולדות'.¹²⁴ בפועל, אפשר למצוא עדות ל'מסרבות שביניהן', היינו לנשים שנמנעו בפועל מלהגיע אל בית החולים לצורך לידה והעדיפו ללדת בבית בסיוע מיילדת.¹²⁵ למרות הדברים האלה, המסמכים שסקרתי כאן

ביקשו לעודד ערביות שלא עברו קודם לכן הכשרה בסיעוד ללמוד מיילדות. אולם יצא שהפקודה החמירה דווקא עם המיילדות המדופלמות והמורשות, שרובן היו כאמור יהודיות: תחום פעולתן וסמכותן צומצמו לעומת הרופאים, שנהיו למפקחים עליהן, ועבודת המיילדות הוגבלה לפעולות הקשורות בלידה עצמה בלבד. בכך היטיב המחוקק הבריטי עם הרופאים באשר לתחרות בינם לבין המיילדות. המאמר מסיים במעבר הבלתי נמנע של המיילדות אל בתי החולים.

119 בצורה בוטה יותר נאמר באחד המסמכים ש'חוקי הרשמת היולדות, שעובדו כבר מזמן נועדו למנוע קבלתן של 'לידות נורמליות בביה"ח', כצנלסון ויסקי (לעיל הערה 80). ראו גם את לשון הכרטיסים שניתנו ליולדות: בכרטיס המפנה אל בית החולים הייתה גם 'הצדקה' ללידה זו, סעיף זה לא נכלל בכרטיס ללידת בית, ראו אדמון-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 40.

120 'מסמך הבנות' (לעיל הערה 67), סעיף 3.

121 שם.

122 על הקשר בין הבעלות על בתי חולים ומימון הלידה היום, ראו אומי לייסנר, 'תעשיית הלידה בישראל', המשפט, 27 (2009), עמ' 20.

123 אפילו המכתבים האישיים ששמורים בתיקים ונכתבים על נשים, נכתבים בידי בעליהן. דנתי על כך בהצאה: 'חוקי הלידה ולידה כחוק', הרצאה בכנס: ביכורי מגדר: לציון שלוש שנים לתכנית הבין-תחומית ללימודי מגדר באוניברסיטת בר-אילן, רמת גן, 30.4.2003. ראו גם אדמון-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 44, 68.

124 ראו לעיל הערה 85. השוו דברי יצחק קנב, לקראת חקיקת החוק (הדברים לא התקבלו בסוף): 'ברור כי שיטתנו ביחס לאשפוז היולדות צריכה להיות מבוססת לא רק על התנאים הרפואיים, אלא גם על העדפתה האישית ותנאיה המיוחדים של היולדת', 'תכנית קנב' (לעיל הערה 5), עמ' 166.

125 את ההעדפה ללדת מחוץ לבית חולים אפשר להבין בדרכים שונות. למשל, אפשר לומר שמדובר

וכן המספרים הסופיים אכן תואמים את הדעה כי בסופו של דבר הסכימו, וככל הנראה אף רצו, כלל הנשים היהודיות שחיו בארץ ישראל המנדטורית, להתאשפו לצורך לידה. בניסיון להבין מדוע, ומשום החוסר בעדות ישירה, אפנה למדינות אחרות, ובעיקר לסיבות שהובאו כהסבר לרצונן של הנשים להתאשפו לצורך לידה: השתייכות חברתית, פמיניזם, הבטחה ללידה ללא כאבים ובטיחות רפואית.

לעניין הסיבות בדבר ההבטחה של לידה ללא כאבים ודעות פמיניסטיות בדבר שחרור האישה מכבלי הגוף הפורה והאימהות הביולוגית – מקובל לייחס גישות אלה לנשים אמריקניות בסביבות שנות העשרים. לא מצאתי הד ברור לגישות כאלה בארץ ישראל.¹²⁶ עם זאת מן הראוי להביא בחשבון שאת ארגון הדסה ייסדו נשים אמריקניות, וגם רבות מן האחיות המייסדות שבאו לארץ ישראל לעבוד מטעמו באו משם, כך שיש מקום לטעון שהדברים היו נכונים גם בהקשר המקומי.¹²⁷ עם זאת נראה לי כי הסיבה העיקרית שבגללה מיהרו הנשים בארץ ישראל להפקיד את עצמן בידי הרופאים הייתה הסברה שכך יינצלו מן הסכנות הקשורות בלידה. אכן גם אם קולן של הנשים עצמן לא נשמע, אין להתעלם מן הדברים שנאמרו להן, ומדברי ההפחדה שהציפו בהם את היולדות. לבסוף, באשר ליסוד ההשתייכות החברתית, יש לזכור את ההקשר הרחב יותר, היינו המציאות החברתית והלאומית שנוצרה בקרב התנועה הציונית בארץ ישראל המנדטורית,

בהבדלים ברצון הנשים על רקע השתייכותן העדתית, התרבותית, הדתית או הלאומית. למשל, נשים חרדיות, נשים מזרחיות ונשים ערביות נטו להעדיף לידת בית. לעומת זאת, ייתכן כי נשים שהגיעו מערים גדולות, באירופה או בארצות הברית, ראו בבית החולים מקום המאפשר לידה טובה יותר עבורן. יצוין גם כי המעבר ללידה באשפוז היה מהיר יותר בתל אביב מאשר בירושלים למשל. לעניין כל הסיבות האלה ראו 'ריאורגניזציה של מחלקת היולדות' (לעיל הערה 8); ד"ר לבונטין, מנהל בית החולים הדסה תל אביב אל הנהלת הדסה, 23.6.1924, אצ"מ, J113/401; שורץ, 'הסתדרויות נשים' (לעיל הערה 55), עמ' 70-71; אדמוני-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 44-48; שחורי-רובין, 'וייטב אלהים למילדת' (לעיל הערה 8), עמ' 94. מן המקורות האלה עולה כי הסרבנות להיכנס לבתי חולים הייתה בעיקר בראשית תקופת המנדט. עם זאת נראה שהיה עוד גל של סרבנות ללדת בבית חולים לאחר קום המדינה ובעיקר אחרי העלייה הגדולה. ראו למשל דברי חבר הכנסת ד"ר בן ציון הראל (לעיל הערה 4), שם נאמר: 'ישנן בעדות המזרח נשים שאינן מסכימות בשום אופן ללדת בבית-חולים'. ראו גם Sachlav Stoler-Liss & Shifra Shvarts, 'Birth on the Road: Israeli Nurses and Birth at Immigrant Camps during the 1950s', Lecture in the Conference: Birth as Experience and Metaphor, The Hebrew University of Jerusalem, 11-13.11.2003 וכן סטולר-ליס ושורץ 'גוף אל גוף' (לעיל הערה 53).

126 אם כי כאמור אנו כמעט לא שומעים את קולות הנשים היולדות כלל. והשוו לדברי שחורי-רובין: 'הנשים המשכילות [...] פנו למיילדות המדופלמות, גם מפני שחשבו שלמיילדות יש שיטות להקל את הכאב טרם הלידה ובמהלכה', שחורי-רובין, 'וייטב אלהים למילדת' (לעיל הערה 8), עמ' 76. על שימוש מוגבל במשככי כאבים בלידה עד סוף שנות הארבעים, ראו גם אדמוני-ריק, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 106-106. יש סימנים מסוימים למוטיבים 'פמיניסטיים' יותר בישראל בתקופה מאוחרת יותר, ראו לייסנר, 'חוקי הלידה ולידה כחוק' (לעיל הערת כוכבית), עמ' 286-289.

127 ברטל, חמלה וידע (לעיל הערה 106), עמ' 34-38, 43, 98-99.

ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט

ובה הועלו המודרנה והמערביות לדרגה של ערכי-על. אפשר להניח כי תפיסות אלה עמדו גם בבסיס התפיסה של לידת בית כלידה פרימיטיבית (שלא לומר מזרחית), ולעומתה, של לידה באשפוז כלידה 'מודרנית-פרוגרסיבית' ובתור שכזו 'ראויה' לבנות האומה היהודית-עברית שזה עתה נבנתה. גם אין להתעלם מן השיח הרווח בדבר האיום הדמוגרפי שרביץ על המיעוט היהודי שחי כאן, ותורגם למעין 'חובה לאומית' של הנשים ללדת ילדים.¹²⁸ על רקע שאיפות לאומיות נחרצות אלה גם אפשר להבין מדוע היולדות עצמן כמעט לא התנגדו ל'מנהגי העריצות' שהופעלו נגדן, ואף ביקשו ללדת בידי הממסד הרפואי ובתוך בית החולים.¹²⁹

סיכום ומסקנות

בעולם המתועש של המאה העשרים עברה הלידה מן הבית הפרטי אל בית החולים, בכל מדינה ומדינה בקצב משלה ומסיבות משלה. בארץ ישראל המנדטורית התרחש עיקר המעבר האמור (ליולדות היהודיות) עוד לפני 1940. במאמר זה ניסיתי לבחון כיצד קרה הדבר וזאת בעזרת התשובות של היסטוריונים של הלידה במדינות אחרות. ברצוני להציע שמאחורי תאריך אשפוז הלידה המוקדם יחסית בארץ ישראל עומדים לא מעט אינטרסים שלטוניים, וזאת עוד בטרם קמה מדינת ישראל עצמה. בכל הנוגע לתקופה הנדונה כבר זיהו היסטוריונים אווירה כללית של בניית האומה, ובכלל זה השתתפות הממסד

128 על העיסוק באיום הדמוגרפי ראו גם דוד גורביץ ואהרן גרץ, העליה, הישוב והתנועה הטבעית של האוכלוסיה בארץ ישראל, המחלקה לסטטיסטיקה של הסוכנות היהודית לארץ ישראל, ירושלים תש"ה. באחד הפרקים בספר מופיעה במפורש הכותרת: 'אחוז הנשים הממלאות את חובתן, ושם נאמר: 'הואיל וכדי שישונו יחזיק מעמד דרוש כי כל אשה תביא בממוצע 2.23 ילדים, ברור כי [...] רק אשה היולדת 3 ילדים או יותר – ממלאת את חובתה לקיום העם'. ראו גם, Nitza Berkovitch, 'Motherhood as a National Mission: The Construction of Womanhood in the Legal Discourse in Israel', *Women's Studies International Forum*, 20 (1997), pp. 605-619. אדמון-ריק מצאה כי רבים מן הגופים שביקשו להגדיל את מחלקות האשפוז ליולדות הסתמכו על 'טעמים לאומיים', ובכלל זה על הטענה כי הרחבת האפשרויות של אשפוז לצורך לידה (ומימונה) יביאו לידי עלייה ברמת היולדה, 'לידה, פיקוח והגוף הנשי' (לעיל הערה 55), עמ' 85-90. לאמתו של דבר נראה כי הנשים היהודיות-חילוניות ממוצא אשכנזי נמנעו לרוב מלציית לחובתן הלאומית, ראו גורביץ וגרץ, שם, עמ' 235-248. ייתכן שהדבר מלמד כי ההשתייכות העדתית והשמירה על הדת היו בעלות השפעה חזקה מאשר המשימה הלאומית. לחלופין אפשר לומר שהדבר משקף את מידת הכוח של השיח של המודרניות. מכאן הפרדוקס: מצד אחד הועמדה המודרניות בראש סולם הערכים הלאומיים, אך מצד אחר המודרניות הביאה לידי הורדה של רמת ההולדה בקרב האוכלוסיה היהודית, ולתוצאות לא רצויות מבחינה לאומית-דמוגרפית.

129 השוו 'תכנית לעבודה משותפת' (לעיל הערה 66). שם מביעה הנרייטה סאלד חשש שמא 'מנהגי העריצות' למיניהם שהפעיל ארגון הדסה על מנת להשיג את ההיענות של היולדות יעוררו 'התנגדות גדולה' בקרב הנשים. על הנשים שסירבו לשתף פעולה עם האחיות והרופאים, ראו לעיל הערה 125. אך כאמור ככל הנראה לא הייתה זו התנגדות של ממש.

הרפואי ביצירת 'גופים ממושמעים' (נוסח פוקו) עבור רשויות השלטון. בהקשר זה עולה גם האפשרות שצורת הלידה פעלה כסממן של השתייכות חברתית, ובפרט שהלידה הרפואית-מערבית פעלה כסממן להשתייכות לאומה היהודית-עברית בהתהוותה וכן כדרך 'להראות לעולם' עד כמה אותה אומה בהתהוותה היא מתקדמת ומודרנית, וזאת אף בלי לבחון לעומק שיקולים של עלות או תועלת לילודת וליילוד.

יתר על כן, כמו בכל לידה המסתיימת באשפוז היולדת אפשר להבחין, גם בהקשר הארץ-ישראלי, במאבק הפרופסיונלי שהתנהל בין רופאי הנשים לבין המיילדות. אמנם בתחילה תמכו הרופאים בשיטת המיון של היולדות, שהניח מעין חלוקת שוק בין המיילדות האחראיות על לידה רגילה ובין הרופאים האחראים על הלידות המסובכות. אולם בסופו של דבר דאגו הרופאים להעביר את ההחלטות שתאמו את צורכיהם הם, כגון עלייה במספר מיטות היולדות בבתי החולים, ודחו את אלה שהיטיבו עם המיילדות, כגון העלאת שכרן של מיילדות הבית ופיתוח 'קואופרטיב למיילדות'.

עם זאת אין לומר שהרופאים פעלו לבד. במידה מסוימת אף קשה לדבר בכלל על המאבק הפרופסיונלי של הרופאים כי לפי רבים מהסימנים כמעט לא היה מאבק כזה כלל. מארגון הדסה ומאחיות התחנות קיבלו הרופאים תמיכה רבה לכל מעשיהם. ארגון הדסה תרם רבות למדיקליזציה של הלידה בהקשר המקומי, וכן גם האחיות, ששלחו את הנשים היולדות אל בתי החולים כדי שילדו שם, גם כשלא הייתה לכך שום הצדקה רפואית. אכן כשבוחנים את מעשי היולדות אין להתעלם מאחיות התחנות, שעודדו, דרבנו ושכנעו את הנשים להזדקק לרופאים בכלל ולבתי חולים בפרט בכל הקשור ללידה. בתוך כך, יש גם לזכור את השימוש המסורתי בכל מיני סוגים של הענשה ותגמול ('שוחד') על מנת להשיג את הציות של הנשים. אלה החלו במתן חבילות מזון מאמריקה לילדות בארץ ישראל העות'מאנית במטרה לשכנע אותן להזדקק לשירותי המיילדות המדופלמות החדשות במקום המיילדות המסורתיות, והמשיכו במגוון 'מנהגי העריצות' שהנהיגה 'הדסה' כלפי הנשים ההרות על מנת שיצייתו לתכתיבי אחיות התחנות, ובכלל זה התניית הטיפול בלידה עצמה. בנסיבות אלה נוצרה קרקע פורייה לחקיקת אותו חוק מ-1953 שהתנה את מתן 'מענק הלידה' ובכלל זה הוצאות הטיפול ביולדת ובאשפוזיה. מחוקקיו תיארו את החוק כ'חידוש', וכנראה אכן היה חידוש מבחינה בין-לאומית.¹³⁰ אך ברובד הפנימי מדובר בעצם בהמשך ישיר של השנים הקודמות, מעין לידה שתחילתה בהיריון שהתבשל במשך שנות המנדט הבריטי.

130 ההוראה תוארה כ'דבר נועז וניסיון ראשון בעולם', בן-ציון הראל, דברי הכנסת, 18 (1955), עמ' 1876. להכרות על היותו של החוק ייחודי ראו גם הרדוף, 'מענק לידה' (לעיל הערה 86), עמ' 19; גירוא לוטן, עשר שנות ביטוח לאומי: רעיון והגשמתו, המוסד לביטוח לאומי, [ירושלים] 1964, עמ' 24.