

לא נמצאה עדות

בחינה רטרוספקטיבית של פרשת מתן אמצעי למניעת היריון
דפו-פרוורה לנשים אתיופיות בישראל

מילות מפתח: אלימות מבנית ורבייתית, דפו-פרוורה, נשים אתיופיות, צמצום ילודה

תקציר

המאמר מציג בחינה רטרוספקטיבית של פרשת מתן דפו-פרוורה, אמצעי למניעת היריון, לנשים מהקהילה האתיופית בישראל, שניתן באופן גורף במטרה לצמצם את הילודה בקרבה. המאמר עוקב אחר התהליכים החברתיים והמוסדיים מאז חשיפת הפרשה בשנת 2008 ולאור בדיקת מבקר המדינה בשנת 2015. זהו מחקר אתנוגרפי מרובה אתרים, המשלב ראיונות, עיבוד נתונים, ניתוח בדיקת המבקר ופרוטוקולים מדיוני הכנסת, והוא נפרס בין השנים 2003–2028. במהלך המחקר נחשפתי למקרים רבים של מתן דפו-פרוורה ללא הסכמה, והייתי עדה לשיח ולתהליכים ציבוריים שאירעו בעקבות חשיפת הפרשה.

מטרת המאמר לחשוף את המנגנונים הגלויים והסמויים של "אלימות מבנית ורבייתית" המוטמעת בתפיסת המערכות השלטוניות והרפואיות בישראל. אטען שמדיניות מתן אמצעי המניעה דפו-פרוורה בישראל מהווה דפוס שליטה המשלב תופעות של אלימות רבייתית מבנית הכורכות יחד שליטה על פוריות נשים וסדר חברתי-שלטוני להגדרת

”משפחות רצויות”. זוהי גזענות מבנית, המוטמעת בתפיסה השלטונית והרפואית בישראל, ולפיה הגוף הפורה של האישה האתיופית נתפס כנושא סיכון לילודה בלתי-מפוקחת. מלבד זאת, חשיפתה של הפרשה, ובאמצעותה סימון גופן של הנשים, מהווה גורם להפרת הסדר הציבור.

מאמר זה בוחן את התהליכים החברתיים והשלטוניים, לאורך השנים, ביחס לפרשת מתן גורף של דפו־פרוורה, אמצעי למניעת היריון, לנשים מהקהילה האתיופית בישראל כדי לצמצם את הילודה בקהילה. מדיניות צמצום ילודה, גם אם לא רשמית, החלה במסגרת המערכת הקולטת במחנות העלייה באתיופיה ונמשכה גם במערכת הבריאות הציבורית בישראל מבלי לוודא את תוקף ההסכמה של הנשים, ומתוך צמצום מרחב הבחירה שלהן על גופן, על בריאותן ועל תכנון משפחותיהן (אייל, 2009). חשיפת הפרשה (אבבא, 2008; אייל, 2009) לא היוותה עניין מבחינה ציבורית, וזכתה להתעלמות גם מצד המערכות השלטוניות והרפואיות בישראל. בשנת 2012, בעקבות תחקיר טלוויזיוני (גבאי, 2012), ובעיקר לאור מחאת הקהילה האתיופית בישראל, החלה מעורבות של המערכת הפוליטית ושל משרד הבריאות, ושיאה היה בשנת 2015 עם פרסום הבדיקה מטעם מבקר המדינה. בדיקת המבקר (2015) נערכה כמענה לדו"ח המחקר (אייל, 2009) ובהתאמה לסדר הטיעונים העולים בו. בכך היא מזמינה בחינה של היחסים האנליטיים בין שני המקורות, על מכלול האירועים והקולות שסבבו אותם, תוך התייחסות לסמכות, לפוריות נשים ולתפקיד גורמי השלטון בטיפול בפרשה.

דפו־פרוורה הוא אמצעי למניעת היריון שניתן בזריקה אחת לשלושה חודשים, אך ורק במרשם רופא או רופאה, והזריקה מתבצעת במרפאה. הדפו־פרוורה מוגדר כעיקור זמני (כלומר הפיך), ועם השנים הפך מועדף בקרב מוסדות שלטוניים ברחבי העולם בקביעת סדר יום לתכנון המשפחה בבואם למנוע ילודה בקרב קבוצות שונות (Roberts, 1997; Volscho, 2011; Bang & Kroløkk, 2023). בשונה מאמצעים אחרים דוגמת גלולה למניעת היריון, הוא אינו מצריך פעולה יומית, ניתן בהשגחה ממסדית-רפואית, וללא הסתמכות על מידת ההיענות של האישה. מכאן שהוא מעניק לממסד השלטוני והרפואי שליטה במעקב אחר פוריות ואיילודה בקרב קבוצות נשים שונות (Oakley, 1993; Lowe, 2005).

אטען שמדיניות מתן אמצעי המניעה דפו־פרוורה בישראל מהווה דפוס שליטה הכורך תופעות של אלימות רבייתית מבנית, הלופתות יחד שליטה על פוריות נשים וסדר חברתי-שלטוני להגדרת "משפחות רצויות". המושג "אלימות רבייתית" מתאר ייצוגים, מדיניות ומאמץ מוסדי לשלוט על יכולות הרבייה של קבוצות מודרות (Chadwick & Mavuso, 2021). בהיעדר טיפול הולם ונגיש במרחב הרפואי, נשים חשופות ליחס פטרונני ול"אלימות רבייתית" (אבנון, 2023). מתן שיטתי של אמצעי המניעה דפו־פרוורה לנשים מהקהילה האתיופית נועד לשלוט ברבייתן ולדכא אותה. אטען שהאלימות הרבייתית מתאפשרת בגלל אלימות מבנית שמופנית כלפי הקהילה האתיופית בישראל. "אלימות מבנית" היא תצורות של מבנים חברתיים המנרמלים פגיעה בקבוצות אוכלוסייה מופלות באמצעות כפייה וחסימים בירוקרטיים בחיי היום־יום (Galtung, 1969; Farmer, 2003). אתייחס לבדיקת הפרשה על־ידי מבקר המדינה כ"אירוע דיאגנוסטי" (Moore, 1987), החושף את הקונפליקטים וההנחות החברתיות והפוליטיות שבבסיס הפרשה. אבחן את הדפוסים הדיסקורסיביים-הרטוריים שבאמצעותם פועל המסד השלטוני.

התצורות המתמשכות של נרמול ה"אלימות הממסדית והרבייתית" התבצעו בידי גופים שלטוניים שונים בזמן ובמרחב, הן במחנות באתיופיה הן בישראל. במסלול גלי ההגירה של הקהילה האתיופית, שהתרחשו בעיקר בשנות ה־80 וה־90, פעלו מוסדות שלטוניים, רשמיים ולא־רשמיים, שהיו ממונים על ניהול האוכלוסייה בתהליך העלייה והקליטה בישראל. הארגונים והמוסדות המדינתיים הם הג'וינט – ארגון יהודי הומניטרי, שסייע בתהליך העלייה של הקהילה האתיופית והפעיל בגונדר מרפאה בתיאום עם משרד הבריאות (מבקר המדינה, 2015); הסוכנות היהודית – ארגון יהודי עולמי, שפעל במחנות המעבר החל משנת 2011, הקים תוכניות לקראת העלייה לישראל ובתי־ספר לילדים במחנות באתיופיה, ובהמשך הפעיל מרכזי קליטה בישראל; משרד הפנים, האחראי לבדיקת הזכאות לעלייה לישראל; משרד הבריאות, הפועל באמצעות התחנות לבריאות המשפחה (תלמי־כהן, 2020) ומערכת הבריאות הציבורית.

פוריות ובריאות תחת שליטה והתנגדות

השימוש באמצעי מניעה מתקיים על הציר שבין זכות האישה על גופה ועל פריונה לבין ההקשר החברתי והפוליטי (Ginsburg & Rapp, 1991; Gordon, 2002). לאורך ההיסטוריה, במקומות שונים בעולם, הופעלו על נשים לחצים ושיקולים, שאינם תמיד שלהן, להשתמש

באמצעי מניעה כחלק ממדיניות ניהול אוכלוסיות (López, 1997; Solinger, 2005; Kluchin, 2009). תכנון המשפחה נקשר באופני פיקוח על ההולדה, והיווה זירה של יחסי כוח שנועדו לצמצום ילודה על בסיס אפליה ותפיסה אאווגנית ולשם מיגור העוני (McCann, 1994; Roberts, 1999; Barcelos, 2018). זוהי זירה שמאופיינת בחסמים מבניים, כגון זהות אתנית, מעמדית, ומוגבלות (Ginsburg & Rapp, 1991; Silliman, 2002; Volscho, 2010). הפרוצדורות של עיקור כפוי כאמצעי לפיקוח ושליטה על הפוריות כוללות טווח פעולות רחב – מניתוח לכריתת הרחם, דרך הפלות, ועד מתן תכשירים למניעת היריון דוגמת הדפּרוּוּרָה והתקן תוך־רחמי. תדירות השימוש בכל אחת מהן השתנתה במהלך השנים. הגדרתן של "אוכלוסיות לא רצויות" הייתה אף היא נתונה לשינויים תלויי זמן ומקום, וכללה קבוצות אתניות, מיעוטים, עניים, פושעים, אלוהוליסטים, ואוכלוסיות עם מוגבלויות שונות (Kluchin, 2009; Volscho, 2010).¹

מדיניות תכנון המשפחה בישראל מזוהה עם אידיאולוגיה פרו־נטיליסטית, הפועלת לפי הגיונות דמוגרפיים של רוב יהודי, ולפי מרכזיות המשפחה בתרבות הישראלית (פוגל־ביזאוי, 2020; Hashiloni-Dolev & Remennick, 2008; Birenbaum-Carmeli, 2016; Triger, 2020). בהתאם לכך, תכנון המשפחה הישראלי נתון להיגיון גזעי, סטריאוטיפי ואתני (Kahn, 2000; Birenbaum-Carmeli, 2016). אומנם בשנים האחרונות משתנים דפוסי המשפחה, וכחלק מהמאבק לזכויות שוות אכן מתקיים דיון ציבורי נרחב על הורות, על אל־הורות, ועל התא המשפחתי, הכולל גם את הקהילה הלהטב"קית, אך עדיין המודל הפטריארכלי הלאומני נותר מרכזי, וזאת לצד הדומיננטיות של הניאו־ליברליזם (Donath, 2022; Berkovitch, & Segal-Engelchin, 2022).

בחינת התהליכים הציבוריים והמדינתיים בישראל לאורך השנים שופכת אור על המוטיבציות והפרקטיקות הגזעיות של תכנון המשפחה. בשנות ה־60 וה־70 ננקטה מדיניות של צמצום ילודה בקרב נשים מזרחיות ועניות לצד הוצאת ילדים בכפייה ממשפחותיהם (הש, 2004; שיפריס, 2019). האימהות של נשים מזרחיות נתפסה כלקויה, ואמצעי המניעה שניתן להן על־ידי הממסד הרפואי היה התקן תוך־רחמי, במטרה לצמצם את הילודה בקרבן (הש, 2004). יחס ציבורי ומוסדי דומה שרר גם לגבי ריבוי ילודה בקרב משפחות ערביות, שנתפס כתוצאה של בורות, ובקרב קבוצות דתיות־יהודיות, שם נתפס כאידיאולוגי ולא כבלתי־רציונלי (Remennick, 2008). אדגיש שבשונה מהציונות הדתית

1 להרחבת הקריאה בנושא פיקוח מדינות על הילודה וכפיית אמצעי מניעה על נשים ראו אייל, 2025.

והיהדות החרדית, שתי קבוצות שאינן חשופות לצמצום ילודה כי הן בעלות כוח פוליטי, נשות הקהילה האתיופית בישראל משתייכות לקבוצה אתנית נעדרת כוח פוליטי, ועל כן נתונות להגבלת ילודה ככלי גזעני ובשם מיגור העוני.

הקהילה האתיופית בישראל חשופה לפרקטיקות שלטוניות של אפליה וגזענות ממוסדת במישורים שונים – חיי חברה, חינוך, דיור, שיטור יתר, ויהדותם שהוטלה בספק. האחרות הפיזית, צבע עורם השחור, הפך סמן בולט ביחס החברה הקולטת לקהילה, והבנייתם כקטגוריה חברתית של "נזקקים", המגדירה אותם "בעיה חברתית" (שבתאי, 2001; ענתבי-ימני, 2010; מולא, 2018; אינגדאו, 2022; Hertzog, 2010). בשנת 1996 נחשף כי מנות דם שתרמו אתיופים הושמדו, במה שנודע כ"פרשת הדם". טענתם של משרד הבריאות ומגן דוד אדום הייתה שמנות הדם נזרקו מחשש לסיכוי גבוה להדבקה במלריה, בהפטיטיס B ובנגיף ה-HIV. בני הקהילה ראו בפרשה סימפטום לניכור ולגזענות, ויצאו להפגנה המונית. הוקמה ועדת חקירה שתייגה את הפרשה כתוצאה של "פערים תרבותיים", ואת הזעם – כתוצאה מהמשמעות התרבותית שהאתיופים מעניקים לדם. סימן (Seeman, 1999) הגדיר זאת כ"אירוע דיאגנוסטי", המסמן תהליכים רחבים של הבניות ממסדיות וחברתיות לגבי שייכות לאומית, אתניות וחולי. בתהליך זה סימנו רשויות הבריאות את גופם של האתיופים כנושאי סיכון למחלות, ללא קבלת האחריות הממסדית לבריאותם, ומכאן גם להפקרתם. בשני העשורים האחרונים הובילה הקהילה האתיופית בישראל מחאות נגד הגזענות הממוסדת והאלימות המשטרתית. פרשת הדפ-פרווה ניצבת על ציר המחאות וההתנגדות בקרב הקהילה האתיופית.

אציג תחילה את הסוגיות העיקריות כפי שנחשפו בדו"ח המחקר (אייל, 2009), כבסיס לדיון בפרקטיקות הממסדיות הדכאניות, ולאחר מכן אנתח את בדיקת מבקר המדינה (2015) (להלן בדיקת המבקר). בחינה על ציר הזמן מאפשרת לאתר את דפוסי הפעולה ואת תגובות המוסדות השלטוניים והממסד הרפואי כפי שהתבססו לצורך השליטה על הרבייה של נשות הקהילה האתיופית.

מתודולוגיה

מאמר זה משלב ראיונות, עיבוד נתונים וניתוח טקסטים שנאספו בין השנים 2008–2023, ודרכם ניתן ללמוד על התפתחות הפרשה ועל אופני עיצוב הידע בזירות השונות. את

איסוף הנתונים ניתן לחלק לשני נדבכים מרכזיים. נדבך אחד – הנתונים שנאספו לצורך דו"ח המחקר (2009) כוללים את הנהלים והנתונים של משרד הבריאות ושל קופות החולים בישראל בדבר מתן דפו־פרוורה. הראיונות שהתקיימו בשנת 2008 כללו תשע נשים יוצאות אתיופיה שמתגוררות בישראל מעל ארבע שנים, נשים בנות 31–40 שהשתמשו בדפו־פרוורה. המראיינות מתגוררות בפרדס כץ ובקריות, שם קיימות קהילות אתיופיות גדולות. נוסף לכך נאספו עדויות בשיתוף פעולה עם צוות הטלוויזיה החינוכית, שבמסגרתה התקיימו במהלך שנת 2009 שני ראיונות קבוצתיים במרכזי הקליטה קריית־גת ואשקלון, שכללו 30 נשים.

את הראיונות ביצעו נשים דוברות אמהרית ועברית, במטרה לגשר על פערי השפה. למראיינות הובטחה אנונימיות מלאה, בעיקר לאור העובדה שהנשים הביעו חשש ממתן מידע ומן ההשלכות שעלולות להיווצר עבורן כי הנושא הוא אינטימי שעוסק בחיי אישות, ובשל החשש מפני זיהוין כמבקרות את המערכת הממסדית. חששות דומים הביעו גם המראיינות, בנות הקהילה האתיופית, שביקשו לשמור על אנונימיות ולא להיות מזוהות כחושפות הפרשה. חששותיהן של המראיינות היוו עדות נוספת ליחסים המתוחים בין הקהילה האתיופית לממסד הישראלי.

הנדבך האחר – ניתוח בדיקת המבקר (2015) וממצאים שנאספו מאז פרסום הפרשה: פרוטוקולים מדיוני הכנסת, שיחות עם נשים מהקהילה האתיופית, צוותים רפואיים ואנשי מדיניות, הרצאות שערכתי בקרב ציבורים שונים וצוותים רפואיים שהיוו מקור ידע חשוב, פרסומים תקשורתיים, וכן תוכנית הטלוויזיה ואקום משנת 2012, שהתווספו לעדויות על הפרשה. במהלך השנים נחשפתי למקרים נוספים של מתן דפו־פרוורה ללא הסכמה. רישומי השיחות והידע המצטבר הם חלק בלתי־נפרד מהאתנוגרפיה שהתפרסה על פני יותר מעשור.

מדיניות השימוש באמצעי המניעה דפו־פרוורה בישראל

ההתוויה למתן הדפו־פרוורה במשרד הבריאות בישראל היא במקרים שלא ניתן להשתמש באמצעי מניעה אחרים, כלומר מדובר באמצעי מניעה כמוצא אחרון.² נתוני השימוש

2 מכתב תשובה ממשרד הבריאות, מיום 15 ביולי 2008.

בין השנים 2005–2008 מצביעים על מגמה ברורה של מתן דפּר־פרוורה לקבוצת הנשים מהקהילה האתיופית בישראל. בשנת 2008, מתוך 4,833 צרכניות הזריקה, כ־2,759 (57%) היו נשים אתיופיות, אף ששיעורן היחסי בכלל האוכלוסייה באותה תקופה עמד בסך הכול על 1.5 אחוזים. נוסף על כך, הנתונים משקפים עלייה ניכרת במספר המשתמשות בדפּר־פרוורה, גידול של כמעט פי שלושה (286%). בעוד בשנת 2005 עמד מספרן הכולל של הצרכניות על 1,687, בשנת 2008 הגיע מספרן ל־4,833 (אייל, 2009). הסבר אפשרי לגידול בצריכה הוא מגורי נשים מהקהילה האתיופית במרכזי הקליטה המוסדיים בישראל, דבר שאפשר פיקוח רפואי ושלטוני. מנתונים אלה ניתן ללמוד על דפוס גורף של מתן דפּר־פרוורה לנשים אתיופיות, ולא כהתוויה רפואית, זאת על אף שמדובר באמצעי מניעה שאינו מומלץ בשגרה לכלל הנשים בישראל. בעקבות חשיפת הפרשה חלה ירידה משמעותית בשיעור המשתמשות בדפּר־פרוורה בקרב נשים אתיופיות (מבקר המדינה, 2015). עם זאת עדיין ישנן עדויות למתן כפוי של הדפּר־פרוורה, כפי שאראה בהמשך.

בשנת 2008 הגיש חבר הכנסת דאז אופיר פז־פינס שאילתה לגבי קיומה של מדיניות ייחודית למתן דפּר־פרוורה לנשים מהקהילה האתיופית ללא מידע שלם. שר הבריאות דאז, יעקב בן יזרי, השיב בשלילה מוחלטת. הוא הסביר שאחת הסיבות שנשים אתיופיות משתמשות בזריקה היא "שהשימוש ב'דפּר־פרוורה' מקובל מאוד באתיופיה, (ו)נשים מבקשות להמשיך את השימוש בו או להתחיל את השימוש כאן בישראל". סיבה נוספת היא ש"ככלל יש העדפה תרבותית בקרב עולי אתיופיה לתרופות הניתנות בזריקה לעומת תרופות הניתנות דרך הפה"³. לעומת זאת, נתוני ארגון הבריאות הבין־לאומי (WHO, 1999) לגבי השימוש באמצעי מניעה באתיופיה משנת 1997, מצביעים על שימוש נרחב מאוד בגלולות – מעל 70% מהנשים השתמשו בגלולות, כתכשיר פומי (שניתן דרך הפה). נתון זה עומד בסתירה לטענת שר הבריאות על "העדפה תרבותית" לדפּר־פרוורה בקרב הקהילה האתיופית. מלבד זאת, מתן הדפּר־פרוורה החל במחנה העלייה בגונדר שבאתיופיה, מחוז שבו התרכזת הקהילה היהודית לפני העלייה ארצה, כלומר לא תחת מערכת הבריאות באתיופיה, אלא כחלק מתהליך ההגעה לישראל ובאמצעות גורמי הקליטה השונים. הפער בין תשובת השר לבין הנתונים הללו מדגיש את השימוש המניפולטיבי שנעשה בגישה של כשירות תרבותית ומצג שווא של כיבוד נורמות כדי להכחיש את הפרקטיקה הגורפת של מתן דפּר־פרוורה לנשים אתיופיות.

3 תשובת שר הבריאות לשאילתה של ח"כ אופיר פינס, מיום 16.6.2008.

בשנת 2013 הוגשה שאילתה נוספת בכנסת, על-ידי ח"כ דאז חנין זועבי, לגבי קיומה של מדיניות מכוונת במתן דפו־פרווה לנשים אתיופיות. סגן שר הבריאות דאז, יעקב ליצמן, דחה את הטענה והדגיש: "אין התוויה לשימוש בתרופה לשם מניעת היריון... והתרופה ניתנה על-פי ההתוויה המקובלת ועל-פי מצבה של המטופלת, והתאמת התרופה למחלתה, כולל התחשבות בתופעות הלוואי העלולות לנבוע מהשימוש בתרופה".⁴ דבריו מחדדים את הפער הקיים בין ההתוויה הרשמית לשימוש בדפו־פרווה לבין השימוש הגורף בפועל בקרב אוכלוסייה ייעודית שלא בטובתה. בשני המקרים הופנו שאילתות לעומדים בראשות משרד הבריאות, ואלה השיבו בהכחשה מוחלטת, ללא קשר למידע שעמד בפניהם באותה השעה ומבלי לספק הסבר לפערים הקיימים. לאורך כל הדרך לא נבחנו מחדש מאפייני הטיפול, ונשמרה תפיסה אחידה לגבי פוריות האישה האתיופית ודפוסי הילודה הרצויים, ללא התאמה לסטנדרט הטיפולי הנאות.

עדויות של נשים אתיופיות בישראל

במרחב הקליני קיימים יחסי כוח לא שוויוניים מובנים בין סמכות הידע הרפואי-קליני לבין הידע של נשים על גופן (Kaufert, 1990). אליהם מתווספת הצטלבות מעמדן החברתי של נשים, ובהתאם לה יכולתן להתנגד (Lowe, 2005; Severy & Newcomer, 2016). כאשר הטיפול הקליני מתקיים במוסדות ובמרחבים מפוקחים דוגמת מרכזי עלייה וקליטה, עלולים להתקיים רבדים נוספים המעצימים את פערי הכוח, התלות והמרות המשפיעים על מידת העצמאות של הנשים. במקרה שלפנינו דיווחו הנשים כי המידע הגיע אליהן לראשונה מהג'וינט, מאנשי הסוכנות היהודית ו/או דרך משרדי הקליטה בהרצאות שקיבלו באתיופיה או בימיהן הראשונים בישראל. ארבע מהמראיינות העידו כי את המידע על הזריקה קיבלו ממקורות שונים. המקור העיקרי היה הסוכנות היהודית. עוד מסרו שלוש נשים מתוך הארבע כי קיבלו את המידע על הדפו־פרווה כבר במרכז שבגונדר, השייך לג'וינט העולמי. כך למשל זוהרימה, שסיפרה כי מדריכה בגונדר ומדריכה במרכז הקליטה הגיעו להסביר להן על הזריקה. כך גם נסורת, שהעידה כי המקור למידע היה אחות מטעם הממשל המקומי וגם מהסוכנות היהודית באתיופיה (אייל, 2009). רק אישה אחת העידה

4 תשובת סגן שר הבריאות יעקב ליצמן לשאילתה דחופה של ח"כ חנין זועבי מיום 6.1.2010. ישיבת מליאה מס' 95.

כי קיבלה את המידע על הזריקה מפי הרופא המטפל, ואישה אחרת סיפרה כי נודע לה על הזריקה מפי חברות. אדיסה סיפרה: "...פה בארץ, במרכז הקליטה, נאמר לנו כי אין כסף לגדל ילדים" (אייל, 2009). במהלך השנים סיפרו עוד ועוד נשים על תהליך דומה. כך גם עולה מהתחקיר הטלוויזיוני ב"ואקום" (גבאי, 2012): "הרופא אמר... אם תלדו הרבה ילדים אתם לא יודעים אם תלכו (לישראל) או לא. ולכן זה יכול להיות בעייתי עבורכם"; "אמרו לנו אתם לא תעלו לישראל וכמו כן לא תיכנסו למשרד. לא תקבלו עזרה וטיפולים רפואיים". בקרב הנשים היו מי שידעו כי מדובר באמצעי מניעה, חלקן אף היו מעוניינות לקבל אותו, בעוד אחרות נטו לסרב לו. המשותף לכולן היה החשש מהשלכות הסירוב – שמא תיפגע יכולתן להגר לישראל, ויקשה עליהן להשיג שירותי בריאות לילדיהן או למצוא דיור. ראוי לציין שבתחקיר הטלוויזיוני חלק מהנשים מופיעות בפנים גלויות, בשונה מהדרישה לאנונימיות שאפיינה נשים בשנים קודמות. העדויות בפנים גלויות ובקולן מעידות על שינוי בתפיסתן ועל עמידתן בראש המחאה כלפי העוול שנגרם להן.

מדברי הנשים ניכר שמידע שקיבלו על הדפּו־פרוורה היה מגמתי וחלקי, ללא עדכון על חלופות. חלק גדול מהמראיינות העיד כי לא הכירו שום אמצעי מניעה מלבד הדפּו־פרוורה. מתוך תשע מראיינות שלוש בלבד דיווחו כי ידעו על קיומם של קונדומים וגלולות למניעת היריון, ורק אחת ידעה על ההתקן התוך־רחמי. לגבי שיקולי בחירת הזריקה כאמצעי המניעה המועדף עליהן, רק שתיים אמרו כי אלה היו רפואיים. אסתר סיפרה: "זו המלצה של מערכת הבריאות בשל מחלה ושיקול של נוחות באופן הלקיחה". אלמז אמרה: "השיקולים שלי הם זריקה אחת פעם בשלושה חודשים ולא כל יום שצריך לזכור ליטול גלולות. על התקן שמעתי שזה לא נוח וכואב מאוד". אולם בהמשך הריאיון סיפרה כי בשל תופעות הלוואי היא הפסיקה עם הדפּו־פרוורה אחרי חצי שנה (אייל, 2009).

במהלך הראיונות עם הנשים האתיופיות עלה בבירור שלא ניתן להן מידע לגבי תופעות לוואי. אדיסה סיפרה: "לא יידעו אותי בדבר תופעות הלוואי. הרגשתי אותם כשלקחתי את הזריקה". כך גם מזל, שהעידה: "שום מידע על תופעות הלוואי, ובשום שפה". עם זאת, כל המראיינות דיווחו על תופעות לוואי מתמשכות כגון כאבי בטן, הקאות, סחרחורות, השמנה ואי־הופעת וסת (אייל, 2009). סוכנות התרופות והמזון האמריקאית (FDA, 2012) קבעה כי השימוש בדפּו־פרוורה לתקופה של שנתיים ומעלה תיעשה בתנאי שאי־אפשר להשתמש באמצעי מניעה אחרים. עוד נקבע שיש לבצע הערכת בריאות מקיפה בקרב נשים שמשמשות בדפּו־פרוורה מעל שנתיים. התניות אלו לא התממשו ביחס לנשים

מהקהילה האתיופית. הנשים לא היו תחת מעקב רפואי מלבד ביקור במרפאה לצורך קבלת הזריקה על-ידי אחות, גם לא במרכזים הרפואיים במערכת הבריאות שבישראל. כך הן מספרות (אייל, 2009):

אסתר: אין שום מעקב רפואי, הייתי אצל גינקולוג רק כשהייתי צריכה להתחיל בזריקה, גם אז לא קיבלתי שום הסבר.

נסורת: אין, לא ידוע לי על שום מעקב רפואי. אני רק יודעת שאני צריכה לקנות את הזריקה ולגשת לאחות בתחנה של המרפאה כל שלושה חודשים שתיתן לי את הזריקה.

היעדר המעקב והייעוץ לנשים דומה למה שדונאלי ועמיתיו (Donnelly et al., 2014) תיארו בארצות הברית, שם היה הייעוץ בנושא אמצעי מניעה מוטה, ותלוי במעמדן הגזעי וסוציו-כלכלי של הנשים, ללא שיתוף בתהליכי קבלת החלטות.

במהלך הראיונות נשאלו הנשים אם הן היו מעוניינות בשימוש באמצעי מניעה. התשובות שניתנו היו מגוונות. חלקן העידו כי אינן מעוניינות בילדים מתוך שיקולי תכנון המשפחה או משיקול כלכלי (אייל, 2009):

זוהרימה: אין כסף להביא ילדים נוספים.
נסורת: רציתי שיהיה לי קל לגדל כל ילד כמו שצריך ולא אחד אחרי השני.

בעוד הנשים עצמן הביעו צרכים שונים לגבי הולדה והשימוש באמצעי מניעה, הממסד הבירוקרטי והרפואי קבעו, באופן גורף ופטרנליסטי, מתן אמצעי מניעה, ללא מעורבות של הנשים בתהליך קבלת החלטות על גופן ועל משפחתן. לו היו שואלים את הנשים אם הן מעוניינות לקחת אמצעי מניעה, ובהתאם לתשובותיהן לספק להן מידע על אמצעי מניעה שונים, התאמתם לצרכיה ללא שיקולים זרים (Solinger, 2005), אזי הייתה מתקיימת בחירה והפטרונות והכפייה היו נמנעות. כך גם ניתן היה לאפשר לחלק מהנשים שאינן מעוניינות שבן-הזוג ידע על כך את היתרון החברתי של הדפו-פרווה כאמצעי מניעה דיסקרטי. במקרה כזה, ניתן היה לדבר על הצדקה במתן הדפו-פרווה ולאפשר לאישה שליטה על פריונה. אריס לופז (López, 2008), במחקרה האתנוגרפי על נשים פורטוריקניות בארצות הברית, טוענת שהן סומנו כמטרה לעיקור בשל מוצאן האתני ומעמדן, ללא ביטוח רפואי וללא הנגשה שפתית. בשונה מהמסגרת הבינארית של כפיית עיקור מול בחירה, היא מתארת את הבחירות של הנשים שביקשו אמצעי מניעה לצד אלו

שעברו עיקור כפוי. לפי לופז, מושג הבחירה אינו מקיף את חוויות החיים, הקשיים או ההחלטות שמנהלות הנשים. בדומה לכך, נמנעה מנשים מהקהילה האתיופית בישראל הזכות לטיפול ולמעקב רפואי הולם, הכוללת בהכרח התאמה לצורכיהן האינדיבידואליים על בסיס אורחות חייהן ומצוקותיהן.

מעדויות הנשים עלה כי בסדנאות שניתנו במחנה בגונדר הנחו אותן נציגי מחנה העלייה (הג'וינט והסוכנות היהודית) והצוות הרפואי כיצד יש לגדל ילדים ו"בעיקר על כך שחשוב לדאוג לאלה שנולדו קודם מאשר ללדת עוד ועוד" (אייל, 2009). הנחיה זו מגלמת בתוכה תפיסה פטרנליסטית ממסדית, שלפיה הנשים האתיופיות אינן אימהות טובות דיין ואינן משקיעות בגידול ילדיהן. על-פי רוב, נשים מקבוצות מוחלשות מוצגות כמי שאינן יכולות לדאוג לילדיהן, ולפיכך כחסרות אחריות מעצם בחירתן להרות, ללדת או לגדל ילדים, ולכן על השלטון להחליט עבורם (McCann, 1994; Ordovery, 2003). בשנים שלאחר פרסום הדו"ח נחשפתי לעדויות נוספות, ובהן זו של דינה, שהגיעה לישראל בשנת 2004. במחנה העולים בגונדר פגשה דינה מדריכה שאמרה לה: "במדינה הזו אין כסף להביא ילדים". דינה מספרת כי בעודה מחזיקה בזרועותיה את בתה התינוקת, אחזה המדריכה בגופה, הפצירה בה לקבל את הזריקה, והבהירה לה כי אם תסרב, לא תוכל לקבל כרטיס חברות בקופת החולים אחרי העלייה לישראל. מפחד שילדיה יהיו חולים ויימנע מהם טיפול, היא הסכימה לקבל את הדפּר־פרוורה. בכל אותו זמן לא הובהר לדינה כי מדובר באמצעי מניעה, והיא הוטעתה לחשוב שמדובר בחיסון. במשך שנתיים לא קיבלה דינה מחזור חודשי, עד שלילה אחד התעוררה משנתה כשהיא מדממת באופן קשה כל כך, שנדרשה להגיע לבית החולים. אסתר הרצוג (Hertzog, 2010) הגדירה זאת כפטרונות בירוקרטית, המשלבת יחסי תלות ורטוריקה של סיוע וטיפול (care). לטענתה, העובדה שמשרד הרווחה שלח את עובדותיו למרכזי הקליטה כדי להדריך נשים אתיופיות, ולא לקבוצות נשים עולות אחרות, חושפת את הגישה הפטרונית-האתנית כלפיהן. לפי הרצוג, הגישה הגזענית בתהליך הקליטה של קהילת יהודי אתיופיה היא תוצאה, ולא הסיבה, של האפליה ושל הדחיקה לשוליים של המהגרות, תפיסה שקיבלה ביטוי מובהק בפער המתגלה בין היחס הממסדי-רפואי הגורף לבין צורכי הנשים.

בשנת 2022, במסגרת הליווי המתמשך שלי את הסוגיה, אחת האינפורמנטיות שעזמה קיימתי קשר שוטף, ישראלית ותיקה ממוצא אתיופי, חלקה איתי את סיפורה של קבוצת נשים אתיופיות במרכז הארץ, שעלו בשנים האחרונות לישראל. כולן קיבלו את הדפּר־פרוורה על אף שלא היו מעוניינות בכך. חלקן סבלו מתופעות לוואי קשות. בהיעדר כישורי הבנה ודיבור בעברית, ואולי מחשש מהמערכות הקולטות הן התקשו לסרב. הן ביקשו ממנה להתלוות אליהן ולשכנע את האחוזת להפסיק את מתן הזריקות.

חשיפת פרשת הדפּו־פרוורה לא מנעה את הגישה הפטרנליסטית, המצמצמת במידה ניכרת את חירות הנשים האתיוליות, גישה המשמרת התאמה בין אמצעי מניעה מסוים לבין אוכלוסיות המאופיינות בשוליות ובאחרות חברתיות, מתוך רצון לשליטה על גופן ופוריותן. שליטה זו הושגה לעיתים במחיר בריאותן ובהיעדר התבססות על מידע רפואי שלם, המשקף את צורכיהן ורצונותיהן של הנשים. כחלק מדפוס הקליטה של משפחות הפּו־פרוורה לדרך שליטה בזכויות ההגירה, והוא נמשך בישראל גם כיום.

"לא נמצאה עדות" – מדיניות של הדחקה

באוקטובר 2015, על רקע המחאה ההמונית של בני הקהילה האתיולית נגד האלימות המשטרתית והאפליה הממסדית כלפיהם; הפרסום התקשורתי ב"ואקום"; ובהמשך לפנייה של חברות כנסת למבקר המדינה, התפרסם סיכום בדיקה מטעם מבקר המדינה. בסיכום הבדיקה נקבע "אין בסיס לטענה שנשים אתיופיות שעלו לארץ אולצו בישראל לקבל את זריקת הדפּו־פרוורה" (מבקר המדינה, 2015, [43]43). סיכום הבדיקה של המבקר נצמד לציר המבני של דו"ח המחקר על הפרשה (אייל, 2009) במטרה להציג טענות נגדיות. פרק זה מתייחס לסוגיות העיקריות שעולות מבדיקת המבקר. אעמוד על הכשלים האינהרנטיים והמתודולוגיים בגישתו, ועל השימוש באסטרטגיות של השתקה ושל טשטוש מידע, שנועדו להסוות את הפרקטיקות המוסדיות לצמצום ילודה בקרב הקהילה האתיולית בישראל.

בתחילת מסמך הבדיקה קובע מבקר המדינה כי סמכותו תחומה למוסדות המדינה בלבד, ואינה כוללת ארגונים לא ממשלתיים. למרות זאת הוא מרחיב את פנייתו וכולל גופים לא מבוקרים: ארגון הג'וינט והסוכנות היהודית. המבקר מציין אף כי בשנת 2001 הוחלט על תיאום בין הממשלה לסוכנות היהודית (מבקר המדינה, 2015, 4), כלומר הסוכנות הפכה לזרוע ביצועית של החלטות הממשלה. עוד נאמר שההיענות של ארגונים אלה לתהליך הבדיקה הייתה דלה, כלשונו של המבקר, והוסבר שאין הם כפופים לסמכותו (שם, [63]64). זהו דפוס של הפרטת סמכות המדינה על תהליך האזרח ועל היכולת להפעלת כוח (לרבות כוח דכאני). בהיעדר יכולת לחקור גורמים לא מפקחים (שהוסמכו מטעם המדינה) לא ניתן לחקור את פעולות השלטון.

הרחבת מסגרת החקירה לא כללה פנייה לנשים שקיבלו את הדפו־פרוורה, ושיכלו לשפוך אור על הפרשה ועל מה שאירע להן. סמכות הבדיקה נפרצה רק עבור גופים לא מבוקרים, ששיתוף פעולתם הדל קבע במידה מסוימת את מסגורה של בדיקת הפרשה. על אף המגבלה האינהרנטית של עבודתו – היעדר נגישות למידע של הארגונים הפעילים בתחום והיעדר עדויות של הנשים – מסקנת המבקר הייתה מוחלטת: "לא נמצאה עדות לטענות שהועלו בדבר מתן הזריקות למניעת היריון תחת לחץ או תוך איומים, סמויים או גלויים, או בכל אופן אחר שאינו ראוי" (שם, 64[63]).

המבקר התעלם משתי סוגיות שהיו תחת סמכותו. ראשית, בחינת הפער בין השימוש הגורף בדפו־פרוורה בקרב נשים מאתיופיה לבין הפצתו שלא על־פי התוויה רפואית של משרד הבריאות, המגבילה את השימוש למקרים שלא ניתן להשתמש בהם באמצעי מניעה אחרים. שנית, חלוקת הדפו־פרוורה ללא מתן מידע על ההיצע של אמצעי המניעה הזמינים בישראל, יוצרת פערים בסטנדרט הטיפול הרפואי בקרב אזרחיות ישראליות, ואף מנוגדת לחוק זכויות החולה התשנ"ו-1996. כלומר, אם נשים הגיעו לישראל עם מרשמים לדפו־פרוורה, לא ניתן להן מידע על אמצעי מניעה אחרים ולא נבדקו תופעות הלוואי שהן חוו כתוצאה מהשימוש בדפו־פרוורה. פערים אלו לא עוררו אצל המבקר חשד למגמתיות במתן הדפו־פרוורה, ובאין חשד הוא קובע כי אין "עדות לטענות".

אחת מתופעות הלוואי החמורות של השימוש בדפו־פרוורה היא פגיעה במסת העצם (אוסטיאופורוזיס). שימוש מתמשך בדפו־פרוורה גורם לעלייה בשכיחות שברים בעצמות ולתחלואה ארוכת טווח בקבוצות גיל נרחבות (Kyvernitis et al., 2017). נשים כהות עור סובלות מחוסר בוויטמין D בשיעור גבוה יותר מנשים לבנות, מאחר שעורן מייצר פחות מוויטמין זה בחשיפה לשמש, וכתוצאה מכך הן נמצאות בסיכון גדול מאחרות לאוסטיאופורוזיס (Loomis, 1967). בבדיקת המבקר צוין שסוכנות ה-FDA מורה על הגבלת השימוש בזריקה לשנתיים בלבד, בשל החשש לירידה בצפיפות העצם בקרב המשתמשות. אולם נכתב גם שמומחים, ללא אזכור שמות או מקורות, טוענים: "למרות שתופעה זו כבר מוכרת שלושים שנה, לא נמצא עד כה קשר ברור לעליה בסיכון לשברים בעצמות שאינו נובע ממאפייני האישה עצמה" (מבקר המדינה, 2015, 7[7]). לא הוצגה התייחסות ביקורתית לפער בין עמדת הסמכות הרגולטורית הבין־לאומית לבין זו של המומחים עלומי השם. המבקר מתעלם מהנחיות נוספות של סוכנות ה-FDA (2015), כגון בדיקת רקע משפחתי של מקרי סרטן השד והימנעות משימוש בדפו־פרוורה, או הצורך במעקב לנשים בעלות רקע זה. בבדיקת המבקר לא כוללת התייחסות לעובדה שהדפו־פרוורה ניתן לנשים למשך זמן ארוך, ללא מעקב רפואי. המבקר מפעיל את סמכותו באמצעות קיטוע

של מידע, כלומר הצבת מידע קיים (שלא ניתן להתעלם ממנו) אך מתעלם מהמידע החסר, ללא ביקורת וללא התייחסות להשלכות הבריאותיות של טיפול בניגוד לסטנדרט הרפואי.

עוד מאשר המבקר כי בסוף שנות ה־90 לא היה הדפּר־פרוורה שכיח באתיופיה (מבקר המדינה, 2015, [11]11), אך עובדה זה נדחת מייד על סמך בחינת הנתונים של ארגון האו"ם, שלפיהם דפּר־פרוורה היה הנפוץ ביותר באתיופיה בשנת 2011 (שם, [12]12). זאת, על אף שבשנת 2011 התדלדלה ההגירה מאתיופיה משמעותית ורוב הקהילה נמצא כבר בישראל, ותוך התעלמות מהעובדה שהפצת הדפּר־פרוורה נעשתה במסגרת תכנון המשפחה במחנה העלייה ולא תחת משרד הבריאות האתיופי. המבקר קובע: "אמצעי המניעה הנפוץ באתיופיה בשנים האחרונות היה אמצעי מניעה בהזרקה... כמו הדפּר־פרוורה ולא נטילת גלולות על בסיס יומי" (שם, [14]14). שיבוש הזמנים וטשטוש המידע הם כשלים מתודולוגיים מכוונים, המובילים את המבקר שוב ושוב לכפות את מסקנותיו ולדחוק את נושא צמצום הילודה מסדר היום הציבורי.

בבדיקת המבקר מוצגים נתוני השימוש העדכניים בדפּר־פרוורה בישראל בשנת 2015: בקופת החולים הכללית חלה ירידה של כ־30% במספר המשתמשות בדפּר־פרוורה ממוצא אתיופי, ובקופת חולים מכבי – ירידה של כ־34%. המבקר אינו מסביר את השינוי, אך מסיק שאין לייחס זאת בהכרח להנחיית מנכ"ל משרד הבריאות דאז רוני גמזו (שם, [46]46), שפרסם בינואר 2013 חוזר המנחה לא לחדש מרשמים של הדפּר־פרוורה אלא לאחר בירור ומתן מידע שלם, כדי להבטיח בחירה חופשית.⁵ ניתן לתהות אם מסקנת המבקר נועדה לדחות את ההכרה בפרשה. הירידה בשימוש אינה מיוחסת לאפשרות הבחירה בקרב הנשים האתיופיות, וגם לא להעלאת מודעות בקרב הצוותים הרפואיים. המבקר מציין עובדות, ובו בזמן מתעלם ממשמעותן או מהפגיעה שעולה מהן. במקרים אחרים, כמו לגבי נתוני השימוש באתיופיה, הוא מציב מידע, אך מעניק לו משמעות מוטעית.

המבקר כולל בבדיקתו עדות של אחת מאחיות המרפאה: "הנשים האתיופיות מעדיפות לקבל זריקות מכיוון שלדבריהן הן לא זוכרות לקחת גלולות באופן סדיר...". טענה שנשמעת בהקשר של נשים מוגזעות במטרה להעניק כוח לאחרים, במקרה זה הסמכות הרפואית, מתוך עמדה פטרנליסטית, המצירה את האוטונומיה של הנשים. בריאיון שקיימתי בשנת 2023 עם אלסה, שהיגרה לישראל מאתיופיה בתחילת שנות ה־80, היא סיפרה על סירובה

5 מכתב ממנכ"ל משרד הבריאות רוני גמזו אל קופות החולים מיום 20.1.2013.

לקחת כדורים נגד כולסטרול כי היא נוטה לשכוח ליטול אותם באופן סדיר. ביקשתי שתסביר לי מדוע לדעתה היא שוכחת. היא חייכה והטתה את השיחה לנושאים אחרים. בהמשך סיפרה על ההתמדה שבה נתנה לבנה כדורים שנדרש להם, וצחקה, "נראה לך שהייתי שוכחת". רק אז התייחסה שוב לעניין השכחה, ואמרה שטרם לקיחת כדורים היא רוצה לנסות ולשנות את הרגלי חייה, כמו תזונה, הליכות רגליות ומעקב. במצבים שיש בהם קושי לבטא רצונות או להתמודד מול המערכת הרפואית השתמשה אלסה בסטריאוטיפ שדבק בה (נשים אתיופיות נוטות לשכוח) באופן מודע, אך למימוש רצונה וכדי להימנע מלקיחת תרופות.

בדיקת הרשומות הרפואיות והשיחות עם צוותים רפואיים שערך המבקר, הן דוגמה נוספת לאסטרטגיה של קביעת מסקנות באמצעות כוח הסמכות, תוך התעלמות ממידע ומפרשנויות אפשריות. לפי הרשומות הרפואיות שבדק המבקר, חלק ניכר מהנשים השתמש בדפו־פרוורה. למשל, בשלוש התחנות לבריאות המשפחה במרכזי הקליטה באזור צפת, בין השנים 2001–2014, מקרב 1,123 נשים יוצאות אתיופיה, 979 השתמשו בדפו־פרוורה ורק 35 בגלולות. למרות זאת מדגיש המבקר כי נמצא תיעוד ל"מגוון בחירות של נשים" (שם, [36]36). המבקר נסמך על תיעוד הרשומות של הצוות הרפואי, שלפיהן הוצעו באמצעות מתורגמנית חלופות שונות לאמצעי מניעה לנשים. פטרישיה קופרט וג'ון אוניל (Kaufert & O'Neil, 1990) טענו כי הרישומים הרפואיים הפכו כלי להבניה חברתית ששימרה את הסמכות של ידע מומחים תוך התעלמות מהקול של הנשים עצמן. לפיהן, התיעוד נועד להערכה של ביצועי האחיות ואינו מהווה עדות לקולות הנשים, לבחירותיהן ולצורכיהן. למעשה, המטופלות אינן חשופות לידע הרשום ולאמיתות. סיכום המבקר מדגיש את הרובד הגלוי, הטכני, של הרשומות הרפואיות כעדות לתפקוד ללא פגם, ובכל זאת אין בתיעוד כלל התייחסות לתופעות לוואי ולקשיים בריאותיים כתוצאה משימוש בדפו־פרוורה. כתוצאה משימוש בדפו־פרוורה, כפי שעולה מדיווחי הנשים לאורך השנים, דיווחיהן מעידים גם על כפייה ועל היעדר בחירה. הרשומות הרפואיות הן תוצר של אסטרטגיות שיחניות המרחיבות ומצמצמות, מגלות ומסתירות מידע בקרב הצוותים הרפואיים השונים, ובכך מייצרות מציאות ולא רק משקפות אותה (בר־לב, 2008).

הזמן המצומצם של המפגש הטיפולי לעיתים מלווה אף בזלזול ובפטרונות, והתוצאה היא "אלימות רבייתית" (אבנון, 2023). משה בן עמי, יושב ראש האיגוד הישראלי למיילדות

וגינקולוגיה העיד: "רופא נשים יש לו לא יותר משבע דקות כדי להקדיש למטופלת..." (דוקטורס אונליין, 2013). במערכת הבריאות בישראל זמן הביקור אצל הרופא קצר, ואינו מאפשר מפגש איכותי וזמן מספק לשיחה ולהסבר. לא כל שכן כאשר מדובר בטיפול בנשים שבמפגש עימן נדרש להתגבר על פערי שפה ותרבות (אבנון, 2023). במקרה כזה דינמיקת יחסי הכוח בין מטופלות לבין המטפלים במרחב הקליני עלולה להגביר את אי-השוויון ואת הפגיעה הבריאותית. תחת מוגבלות זו קשה להאמין כי הוקדש מלוא הזמן להצגת מגוון האמצעים והמעקב הרפואי. במהלך השנים סיפרו לי רופאים רבים שגם כאשר יש מתורגמנים, הם מתקשים להבין את המצב הרפואי של הנשים האתיופיות. היו שסיפרו כי הלחץ בעבודה גדול כל כך, עד שלא נותר זמן לנהל שיחות בירור. יש נשים שנפגשות רק עם אחות לקבלת הזריקה וכלל לא מגיעות למפגש עם הרופא או עם הרופאה. הייתי עדה למפגש בין אישה צעירה ממוצא אתיופי לרופאה גינקולוגית, שבמהלכה ביקשה הצעירה לשמוע על ההבדל בין גלולות שונות. הרופאה נזפה בה, "את לא באמת מצפה שאתחיל להסביר לך עכשיו". שיחה זו התנהלה כשאחות המרפאה ואני נכחנו בחדר, וניתן היה להניח שתגובת הרופאה לא הייתה חריגה. באחת ההרצאות שקיימתי הסבירה לי אחת האחיות ש"נותנים להן דפו-פרוורה כי הן עושות הרבה ילדים". כשרחל מנגולי חשפה את פרשת מתן הדפו-פרוורה לנשים ממוצא אתיופי בפרדס כץ, היא נחשפה לתגובות גזעניות מאנשי הצוות המקצועי במרפאה המקומית, למשל מאחות שהטיחה בפניה שבגללה יהיו עכשיו הרבה ילדים. אשת צוות אחרת אמרה לה בזעם: "עשית לי יום שחור, עכשיו צריך לעשות ארגון מחדש. לא חשבת עליי..." כל אלו היו סמויים מהעין הבירוקרטית והם אינם מתועדים. בחינת פרשה מסוג זה מחייבת עמידה על הפערים בין התיעוד ברשומות לבין העדויות מפי הנשים, כדי לעמוד על טיב ההסכמה ועל הלחצים הלא-מתועדים שהופעלו, וכן על התנאים המבניים שמייצרים פגיעה מתמשכת.

לו היה המבקר בוחר לדבר עם הנשים עצמן, לבטח היה שומע עדויות דומות לאלה שעלו בשיחותיי עם הנשים. כך למשל העדות של שולה, שהגיעה לסניף טיפת חלב במרכז הארץ לאחר לידת בנה. האחיות הפצירה בה לקבל דפו-פרוורה, על אף ששולה לא ביקשה אמצעי מניעה ואף הדגישה שאין לה בן-זוג. שולה, שנדהמה מעוצמת הלחץ, החליטה לעבור למרפאה אחרת כדי להימנע מלקיחת אמצעי מניעה שכלל לא ביקשה. ייתכן שהמבקר היה שומע גם את עדותה של אישה אתיופית שסירבה לקחת דפו-פרוורה, והוטח בפניה "מפגרת, טיפשה", ושבשלושת ההריונות שלה הוצע לה לבצע הפסקת הריון. היחס הגזעני והמשפיל, לצד מקרים של היעדר תשתית למתן טיפול רפואי, מעידים על מציאות קשה ומורכבת שכלל לא משתקפת מחקירת המבקר.

מתווה הבחינה של המבקר מציע פרשנות לנתונים בהתאם לצורכי הריבון, במטרה לשמר ולאשרר את הסדר הקיים ולשלול ממצאים המערערים אותו. המבקר דוחה כל מידע שעלול לאיים על התפיסה ההגמונית, זו השלטונית וזו הרפואית. למעשה, גוף מבקר המדינה מהווה מעין זרוע שלטונית נוספת במסלול קליטת הקהילה האתיופית בישראל. בדיקת המבקר מאשררת את פעולתם של הזרועות השלטוניות באמצעות חיזוק האמינות והסמכות של הממסד הרפואי. הוא מבטיח את היציבות השלטונית, ומשמר את מנגנוני השלטון גם נוכח אפליה, ללא קבלת אחריות.

סיכום

המאמר הציג בחינה רטרופקטיבית של פרשת הדפו־פרוורה עד לבדיקת מבקר המדינה. אומנם השימוש הגורף בדפו־פרוורה פחת מאז נחשפה הפרשה, אך לא נעלם. ניתוח התהליכים החברתיים והמדינתיים לאורך השנים מעלה שבדיקת המבקר, יותר משהיא שופכת אור על הפרשה, היא חושפת את דפוסי השליטה ושימור כוחן של הזרועות השלטוניות. במבנה ממסדי כזה, "אלימות רבייתית מבנית" אינה נדרשת בהכרח להוראה רשמית כתובה או מדוברת, אלא מוטמעת בתפיסה השלטונית והרפואית בישראל.

האלימות מטעם מדינת ישראל והארגונים שפעלו בשמה במרפאות מקבלת גיבוי בצורת רשלנות הפיקוח. תחילה על־ידי השרים שהכחישו את הפרשה ונמנעו מאיתור הכשלים בהפרת זכויות המטופלות ובדיקה של מצבן הבריאותי, ולאחר מכן על־ידי מבקר המדינה, שאמור להיות גוף בקרה בלתי־תלוי, אך פעל לשמר את הסדר השלטוני ונמנע מלמלא את תפקידו הציבורי בבירור האמת. כך עובדת לא רק אלימות מבנית, אלא גם גזענות מבנית, שלפיה הגוף הפורה של האישה האתיופית נתפס כנושא סיכון לילודה בלתי־מפוקחת, ועם חשיפת הפרשה, מהווה גורם להפרת הסדר הציבור.

בדומה לפרשות עבר, דוגמת פרשת ילדי תימן, המזרח והבלקן, ניתן לראות כאן דפוס דומה שבו המערכות – שאמורות להגן על אזרחיות ואזרחי המדינה, על גופם וזכותם להורות ולגידול ילדיהם – נמנעות מבדיקה מעמיקה ומתיקון העוול המתמשך. מערכות אלו מייצרות מראית עין של חקירה, תוך שימור דפוסי פגיעה מתמשכים באמצעות אסטרטגיות של נטרול האשמה והכחשה (אייל, 2023; Ziv, 2018).

במקביל להכחשה ולהימנעות הממסדית (מלמעלה) מתרחשים שינויים והכרה בעוול בזירות החברתיות (מלמטה). בשנים שחלפו היו מאבקים משמעותיים של הקהילה האתיופית ושל ארגוני חברה אזרחית שהנכיחו את העוולות בסדר היום הציבורי. בפרשה שלפנינו, הנשים האתיופיות הן שחוללו את השינוי והחזירו לעצמן את השליטה על גופן ועל סיפורן. בעדויותיהן, בפנים עטויות או גלויות, הן חשפו את נתיבי הכוח שנכפו עליהן, ובגיבוי חברתי-קהילתי התנגדו לדיכוי פוריותן.

רשימת המקורות

- אבבא, אדינו דני (2008, 1 ביוני). שכונות בלי תינוקות. **ידיעות אחרונות**.
- אבנון, נטע (2023). אלימות מגדרית בחלוק לבן: גינקולוגיה בישראל, מיניות האישה ועקרון האוטונומיה בחוק זכויות החולה. **משפט וממשל** כז, 1-71.
- אייל, חדוה (2009). **מדיניות מתן אמצעי מניעה דפו-פרוורה לנשים מהקהילה האתיופית בישראל**. אשה לאשה – מרכז פמיניסטי חיפה.
- אייל, חדוה (2023). פרשה בהשהיה: ניתוח המדיניות העכשווית בעניין פרשת ילדי תימן, המזרח והבלקן. **תיאוריה וביקורת** 58, 41-61.
- אייל, חדוה (2025). אלימות רבייתית, גזענות וצמצום ילודה באמצעות דפו-פרוורה. בתוך יעל השילוני דולב ושרון אורשלימי (עורכות), **רפואה, מין, מגדר**. האוניברסיטה הפתוחה רעננה.
- אינגדאן, שלי (2022). יוצאי אתיופיה בישראל – ארבעים שנות מחאה. **קשת – כתב עת למדעי הרוח והחברה** 4, 175-178.
- בר-לב, שירלי (2008). להבנות את אי-הנראות: הגיליון הרפואי הממוחשב ככלי ממשמע. **סוגיות חברתיות בישראל** 5, 185-204.
- גבאי, גל (2012). לאן נעלמו הילדים. **ואקום**, כאן החינוכית.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (מרס 2003). **האוכלוסייה האתיופית בישראל תכונות דמוגרפיות 1996-1999**.
- הש, יאלי (2004). **כמה ילדים זה שמחה? מין, מעמד ועדה במדיניות הילודה בישראל, 1962-1974**. חיבור לשם קבלת תואר (MA), אוניברסיטת חיפה.
- מבקר המדינה (2015). **סיכום בדיקה מתן זריקות למניעת היריון לנשים מהקהילה האתיופית**. משרד מבקר המדינה, ישראל.

מולא, שולה (2018). "אני רגילה לגמרי": יהודיות, ישראליות ולבנות כעוגנים זהותיים בתהליך התמודדותם של תלמידים אתיופים עם גזענות בישראל. **גילוי דעת** 14, 13–42.

מערכת דוקטורס אונלי (2016, 16 ביולי). מחאת רופאים נגד יעל גרמן: "מזועזעים מתמיכתן בוועדה לבדיקת זריקות למניעת הריון לנשים אתיופיות" **DoctorsOnly**.

פוגל-ביזאוי, סלביה (2020). האיש, הלאומי, הגלובלי – מבט עכשווי על משפחות בישראל. **מאזני משפט** 13, 1–27.

ענתביימיני, ליסה (2010). בשולי הנראות: עולים אתיופים בישראל. בתוך: עדנה, לומסקי-פדר ותמר רפפורט (עורכות), **נראות בהגירה: גוף, מבט, ייצוג**. מכון ון ליר ירושלים והוצאת הקיבוץ המאוחד, 43–68.

שבתאי, מלכה (2001). לחיות עם זהות מאוימת: חוויות החיים עם שוני בצבע העור בקרב צעירים מתבגרים יוצאי אתיופיה בישראל. **מגמות** מא, 97–106.

שפירס, נתן (2019). **ילדי הלך לאן? פרשת ילדי תימן: החטיפה וההכחשה**. תל אביב: ידיעות אחרונות וספרי חמד.

תלמיכהן, רות (2020). **ממתינים בדרכם: המסע של זרע ביתא ישראל מאתיופיה**. רעננה: למדא עיון האוניברסיטה הפתוחה.

Bang, Anna, N. & Charlotte. H. Kroløkk, (2023). For sled dogs and women: Hormonal contraception and animacy hierarchies in Danish/Greenlandic Depo-Provera debates. *European Journal of Women's Studies* 30(3), 363–379.

Barcelos, Chris (2018). Culture, contraception, and colorblindness youth sexual health promotion as a gendered racial project. *Gender & Society* 32(2), 252–273.

Birenbaum-Carmeli, Daphna (2016). Thirty-five years of assisted reproductive technologies in Israel. *Reproductive Biomedicine & Society Online* 2, 16–23.

Chadwick, Rachelle & Jabulile Mary-Jane Jace Mavuso (2021). On reproductive violence: Framing notes. *Agenda* 35(3), 1–11.

Donath, Orna, Nitza Berkovitch, & Dorit Segal-Engelchin (2022). "I kind of want to want": Women who are undecided about becoming mothers. *Frontiers in Psychology* 13.

Donnelly, Kyla Z., Tina, C. Foster, & Rachel Thompson (2014). What matters most? The content and concordance of patients and providers' information priorities for contraceptive decision-making. *Contraception* 90(3), 280–287.

Farmer, Paul (2003). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.

- FDA (June 2015). Depo-Provera contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate) injectable suspension.
- Galtung, Johan (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research* 6(3), 167–191.
- Ginsburg, Faye & Rayana Rapp (1991). The politics of reproduction. *Annu Rev. Anthropol* 20, 311–343.
- Gordon, Linda (2002). *The moral property of women: A history of birth control politics in America*. University of Illinois Press.
- Hashiloni-Dolev, Yael & Zvika Triger (2020). The invention of the extended family of choice: The rise and fall (to date) of posthumous grandparenthood in Israel. *New Genetics and Society* 39(3), 250–270.
- Hertzog, Esther (2010). The role of diseases in constructing bureaucratic patronage over Ethiopian immigrants in Israel. *Anthropology of the Middle East* 5(1), 71–92.
- Jackson, Nicole M. (2011). A black woman's choice: Depo-Provera and reproductive rights. *Journal of Research on Women and Gender* 2(2), 38–24.
- Kahn, Susan Martha (2000). *Reproducing Jews: A cultural account of assisted conception in Israel*. Durham, NC: Duke University Press.
- Kaler, Amy (1998). A threat to the nation and a threat to the men: The banning of Depo-Provera in Zimbabwe. *Journal of Southern African Studies* 24(2), 347–376.
- Kaufert, Patricia A. (1990). Ethics, politics and contraception: Canada and the licensing of Depo-Provera. In George Weisz (ed.), *Social science perspectives on medical ethics*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 121–145.
- Kaufert, Patricia A. & John D. O'Neil (1990). Cooptation and control: The reconstruction of Inuit childbirth. *Medical Anthropology Quarterly* 4(4), 427–442.
- Kluchin, Rebecca M. (2009). *Fit to be tied. Sterilization and reproductive rights in America, 1950–1980*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Kyvernitakis, Ioannis, Karel Kostev, Tarek Nassour, Friederike Eva Thomasius, & Peyman Hadji (2017). The impact of depot medroxyprogesterone acetate on fracture risk: A case-control study from the UK. *Osteoporosis International* 28, 291–297.
- Loomis, Farnsworth (1967). Skin-pigment regulation of vitamin-D biosynthesis in man. *Science* 4, 157(3788), 501–506.

- López, Iris (2008). *Matters of choice: Puerto Rican women's struggle for reproductive freedom*. Rutgers University Press.
- Lowe, Pam (2005). Embodied expertise: Women's perceptions of the contraception consultation. *Health* 9(3), 361–378.
- McCann, Carole R. (1994). *Birth control politics in the United States 1916-1945*. Cornell University Press.
- Moore, Sally Falk (1987). Explaining the present: Theoretical dilemmas in processual ethnography. *American Ethnologist* 14(4), 727–736.
- Oakley, Ann (1993). *Essays on women, medicine and health*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Ordoover, Nancy (2003). *American eugenics: Race, queer anatomy, and the science of nationalism*. University of Minnesota Press.
- Remennick, Larissa (2008). Contested motherhood in the ethnic state: Voices from an Israeli postpartum ward. *Ethnicities* 8(2), 199–226.
- Roberts, Dorothy (1999). *Killing the black body*. New York: Vintage Books.
- Seeman, Don (1999). "One people, one blood": Public health, political violence, and HIV in an Ethiopian-Israeli setting. *Culture, Medicine and Psychiatry* 23(2), 159–195.
- Severy, Lawrence J. & Susan Newcomer (2005). Critical issues in contraceptive and STI acceptability research. *Journal of Social Issues* 61(1), 45–65.
- Silliman, Jeal Miriam (2002). Introduction. In Jael Silliman & Anannya Bhattacharjee (eds.), *Policing the national body: Race, gender and criminalization (ix–xxix)*. Cambridge, MA: South End Press.
- Solinger, Rickie (2005). *Pregnancy and power: A short history of reproductive politics in America*. New York: New York University Press.
- Volscho, Thomaas W. (2010). Sterilization racism and pan-ethnic disparities of the past decade: The continued encroachment on reproductive rights. *Wicazo Sa Review* 25(1), 17–31.
- Volscho, Thomas W. (2011). Racism and disparities in women's use of the Depo-Provera injection in the contemporary USA. *Critical Sociology* 37(5), 673–688.
- World Health Organization (1999). *An assessment of reproductive health needs in Ethiopia*. World Health Organization, Geneva.

Ziv, Hadas (2008). A cognitive dissonant health system: Can we combat racism without admitting it exists? In Haggai Boas, Yael Hashiloni Dolev, Nadav Davidovitch, Dani Filc, & Shai Lavi (eds.), *Bioethics and biopolitics in Israel: Social-legal, political, and empirical analysis*. Cambridge: University Press, 76–96.



חדוה אייל, אוניברסיטת חיפה והמכללה האקדמית תל־חי.

דוא"ל: ehedva@gmail.com