

"גוף אל גוף": אחיות ומהגרות בזירת הסדרת הלידות בישראל 1949-1956

שחלב סטולר-ליס* ושפרה שורץ**

תקציר. המאמר עוסק באופני הקליטה הבריאותית של עולי שנות החמישים בנושאים הקשורים להיבטי הרבייה של הגוף כגון: לידות, אמצעי מניעה, הפלות והנקה. המאמר יתאר את מאפייני המפעל הרפואי-חינוכי המקיף שהפעילו עובדי מערכת הבריאות, בעיקר באמצעות אחיות בריאות הציבור, ויבחן כיצד הוא פעל כדי לעצב מחדש את העולים, ובעיקר את העולות. ייטען כי אף על פי שבאופן מוצהר מפעל זה נועד לבטל את ההבחנות שבין עולים ו"ותיקים", דווקא בתחומים הקשורים לרבייה ולפריון – המכונים בלשון התקופה "הסדרת הלידות" – נשמרו ההבדלים וההבחנות בקפידה. בתוך כך יידונו הפרקטיקות הלא-דיסקורסיביות בעיקרן שאפיינו את מפגש העולים עם האחיות ועם ערוצי הכוח אשר הפכו את נושאי הרבייה לזירת מאבק במישור הגוף. המחקר מתבסס על כ-35 ראיונות עומק עם אנשים שעבדו במערכת הבריאות בשנות החמישים ועל מחקר ארכיוני מקיף.

תהליכי קליטה של מהגרים מנותחים על פי רוב ברמת המקרו – ניתוח חברתי, תרבותי, אידיאולוגי, מוסדי, כלכלי או רפואי-אפידימיולוגי (הכהן, 1994; ליסק, 1999; קימרלינג, 1999; קמפ, 2002; שוקד ודשן, 1999; Shlomowitz, 1997; Fairchild, 2003). מחקרי הגירה מהזרם הפוסט-קולוניאלי מתמקדים באופנים שבהם אוכלוסיית הרוב בחברה קולטת את הקבוצות האתניות השונות של המהגרים ובאופנים שבהם מוסדותיה מטפלים בהם (למשל מלמד, 2004; McPherson, 2003). כשהמחקר מתבצע ברמת המיקרו הוא מתבסס בדרך כלל על סיפורי המהגרים הנקלטים בתרבות, אשר מוצגים כביטוי של תרבות נגד, יצירה ספרותית או מעבדה ליצירת מיתוסים (מירסקי, 2005; שלי-ניומן, 1996; Santa Ana, 1999). במאמר זה נציע התייחסות לתהליכי הקליטה במישור הגוף, בהשפעת טענתו של שילינג על היותו של הגוף "נוכח נפקד" במחקר החברתי. המסגרת המושגית של הגוף עשויה להאיר באור חדש את האופן שבו קלטה מערכת הבריאות את המהגרים בתקופת העלייה הגדולה בשנות החמישים (חזן, 2003; Shilling, 1993). המאמר יציג את תפיסותיהם של אחיות ושל כמה רופאים שעבדו עם עולים בשנים אלה, ויראה כיצד הם תופסים את עצמם כ"גוף הרפואי" וכיצד הם תופסים את העולים כגוף אחר,

* המחלקה לתקשורת והתכנית ללימודי מגדר, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

** המרכז לחינוך רפואי על-שם משה פריבס, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב ומכון גרטנר לחקר אפידימיולוגיה ומדיניות בריאות, המרכז הרפואי על-שם שיבא, תל השומר

שונה ומובחן מהם. ב"גוף הרפואי" הכוונה לאחיות ולרופאים שהפנימו (embodied) את הרעיונות הרפואיים המערביים ואת הרעיונות הלאומיים הציוניים, ואלה השתקפו בגופם, במראם, בהתנהגותם ובתפיסות העולם שלהם.

למפגש בין הגוף הרפואי לגוף העולה היו מטרות גדולות הן מבחינה לאומית (כור היתוך), הן מבחינה רפואית (הפחתת תמותת תינוקות בקרב העולים, הפחתת תמותת אמהות, הפחתת תחלואה ומניעת סכנת הרבקה לאוכלוסיות ה"וותיקות") והן מבחינה תרבותית (הפיכת "הם" ל"אנחנו"). לצד זאת, היו גם מטרות קטנות, מקומיות וממשיות – ניקוי הגוף האחר שנחשב למזוהם, ריפוי הגוף האחר שזוהה כחולה, שחרור הגוף האחר שנתפס כמדוכא וחינוך והארת הגוף האחר שזוהה כבור וכאוחז בהרגלים נחשלים.¹

לפי פוקו (1976) [1996], המפגש בין שני הגופים מתאפיין בהפעלת ערוצי כוח מרובים של "הגוף הרפואי" על "הגוף העולה". הייחוד של דפוס המפגש המתואר כאן, לעומת משטרי הידע־כוח שניתח פוקו, נובע מהשימוש הרחב בפרקטיקות לא־מילוליות בתהליך הטיפולי; מתיאורי האחיות עולה כי הן לא היססו לרחוץ את העולים ולהפשיטם, להשליך בגדים צואים, לסטור לנשים, לגזור חיתולים הדוקים או להיכנס למגוריהם. האחיות רואות בעצמן ובגופן: במראן, במדיהן, בלבושן, בהיגיינה שהן מפגינות, ואפילו בשמן, מודל לגוף נשי ראוי ולגוף לאומי נכון. גוף העולים נדרש להתעצב מחדש לפי מודל רפואי שמציגת האחיות, ופרקטיקות פיזיות וכוחניות מניעות אותו להשתנות.

הפרספקטיבה של הגוף מאפשרת להוסיף לניתוח רוברד נוסף; המקצועות הטיפוליים (care) בכלל, ומקצועות הרפואה בפרט, עוסקים בהבניה ובהבניה מחדש של גופים ובעיצוב ההבחנות המייחדות אותם. המטפלים לא רק מבצעים פעולות לתיקון נזקי גוף או מגישים עזרה לגופים סובלים, אלא גם מעצבים את אופני הפעולה הראויים של הגוף (Morgan, Brandth & Kvande, 2005). כך, במקביל לתהליכי ההפנמה של הגוף הרפואי (embodiment) מתנהל תהליך של ריקון גוף העולה או של אינו (disembodiment). תהליך זה גם הוא מתוך נקודת הראייה של הגוף הרפואי, הקולט, מרוקן ומאיין את העולים מזהותם ומתפיסותיהם ומאפשר בכך את תהליך הפיכתם מ"הם" ל"אנחנו".

המונחים disembodiment ו־embodiment מתארים שני תהליכים חברתיים הכרוכים זה בזה: עיצוב "הגוף הרפואי" לפי סידורים פורמליים, סטרוקטורות חברתיות ופרקטיקות בלתי־פורמליות מחד, והפשטה של הגוף העולה וריקונו מתכונותיו הבולטות מאידך. תהליך ריקון הגוף יכול להפוך את הגוף בסוף תהליך הקליטה ל"ניטרלי", מנורמל או, במילים אחרות, ל"אנחנו". תהליך ריקון הגוף מאפשר לבחון את קטגוריית הגוף העולה מחוץ למסגרת הזהות האתנית. כפי שנראה בהמשך, מכוננו ומגדיריו של "הגוף העולה" תופסים אותו כזהות זמנית, הניתנת לעיצוב ולהגדרה מחדש. "הגוף העולה" התקיים החל מהרגע שבו הגיע העולה לארץ (או

1 במקום אחר הרחבנו בעניין ההבחנה שערכו אנשי מערכת הבריאות בין "בורות" – חוסר ידע הניתן לתיקון בקלות יחסית, לבין "הרגלים נחשלים" – פרקטיקות ומנהגים תרבותיים לא־מערביים המתויגים בידי אנשי מערכת הבריאות כנחשלים, אך העולים מסרבים לוותר עליהם בקלות. שני המונחים היו בשימוש לשוני רווח במהלך שנות החמישים ונגזרו מהתבטאויות כתובות בנות התקופה, ראו סטולר־ליס ושורץ (2004, עמ' 33-37): שחרור הגוף המדוכא המוזכר כאן כולל גם יוזמות חקיקה כמו קביעת גיל הנישואין, אם כי יש הטוענים כי יוזמות מסוג זה שיקפו מדיניות המפלה על בסיס אתני, ראו מלמד (2004).

למחנות המעבר בדרך אליה), והפסיק להתקיים כשהעולה "נקלט" או כשנתפס כמי שאינו נזקק יותר למערכות הקליטה המוסדיות. במובן זה זווית ההתבוננות של המאמר שונה מזו של מחקרי הזהויות ושל המחקר הפוסט-קולוניאלי, המתמקדים בזהות האתנית.

נקודה משמעותית נוספת היא שהן לגוף הרפואי הן לגוף העולה הייתה זהות מגדרית ברורה; עיקרו של המפגש הרפואי בעלייה של שנות החמישים התנהל בין נשים. אחיות בריאות הציבור היו עיקר "הגוף הרפואי", והן התמקדו, מסיבות שיתוארו בהמשך, בטיפול בנשים העולות. תחומי הרבייה והפריון, שכוננו בשפת התקופה "הסדרת הלידות", נחשבו תחומים נשיים מובהקים, לכן הם מהווים מקרה מבחן מעניין למפגש בין גוף העולה לגוף הרפואי.

כדי לבחון את אופי האופן שבו התמודד הממסד הרפואי עם עולות שנות החמישים בנושאי רבייה, נרחיב תחילה את תיאור שני טיפוסים הגוף התיאורטיים: "הגוף הרפואי" ו"הגוף העולה". בהמשך המאמר נתאר את המפגש הכוחני שבין שני הגופים – הקיימים והמדומיינים כאחד – המתרחש בזירה של ערוצי כוח. לסיום נציע כמה הסברים לחריגה של הסדרת הילודה: מדוע הודרו תחומים כמו מניעת הריון, הפלה והנקה מרפרטואר ההדרכה ההיגיינית, בשעה שאחרים, ובעיקר תחום הלידה, נכללו בו? וכן מדוע נשמרה ההבחנה בתחומים אלה בין עולות ו"ותיקות" בשעה שבתחומים קרובים כגון לידה, היגינה אישית או טיפול בילדים נעשה כל מאמץ למחיקת השונות וליציקת "הן" בדמות "אנחנו"?

שדה המחקר

המחקר מתבסס על ניתוח הרעיונות המרכזיים של ראיונות עומק עם אנשי מערכת הבריאות שעבדו עם עולי שנות החמישים במהלך העלייה הגדולה.² בראיונות השתתפו 30 מרואיינים, מתוכם 24 אחיות, ארבעה רופאים ורופאות ושני עובדים נוספים (נהג ואנתרופולוגית). עשר מבין האחיות היו ילידות הארץ ו-14 אחיות היו עולות; 18 אחיות מוסמכות ושש אחיות מעשיות; עשר מבין האחיות המוסמכות היו בוגרות "הדסה" ירושלים ושבע היו בוגרות גם קורס בריאות הציבור. ארבע מבין האחיות הבלתי-מוסמכות עברו קורס מטפלות או קורס בריאות הציבור לאחיות מעשיות, ושתיים לא למדו כלל. 15 היו עובדות משרד הבריאות, ארבע עובדות "הדסה", שלוש עובדות קופת חולים ושתיים עובדות מלבן.³ עשר מהן עבדו ביישובי עולים זמניים, במחנות ובמעברות, ו-14 עבדו ביישובי הקבע.⁴

2 הראיונות נערכו בשנים 2001-2004, הוקלטו ותומללו. אנו מבקשות להודות למרואיינות ולמרואיינים על תרומתם למחקר.

3 מלבן – ראשי תיבות של "מוסדות לטיפול בעולים נחשלים", שירותי הג'וינט בישראל לטיפול בעולים חולים, זקנים ונכים. נוסד ב-1949 (מייסודם של הסוכנות, הממשלה והג'וינט). כדי לטפל בעשרות אלפי חולים כרוניים וקשישים. כעבור שנה עבר במלואו למימון הג'וינט. נוהל בידי ד"ר בוריס פליסקין.

4 המספר המועט של הרופאים במחקר נבע מהמאפיינים הדמוגרפיים השונים של הרופאים, הרופאות והאחיות – הרופאים והרופאות עבדו עם העולים אחרי הכשרה ארוכה יותר שהתקיימה בחו"ל וגילם היה גבוה יותר. בתקופה שבה נערכו הראיונות כבר נפטרו רבים מהרופאים שעבדו עם עולי שנות החמישים, או שמצבם הבריאותי לא אפשר את קיום הראיונות.

זירת הסדרת הלידות

האידיאולוגיה הצינונית ראתה במשפחה כלי מרכזי ליצירת "היהודי החדש", לגידולו ולחינוכו, ומאוחר יותר ליצירת "הצבר", "בן הארץ" או ה"ישראלי". לצורך כך השקיעו אידיאולוגים, רופאים ואחיות, מאמץ גדול כדי ללמד את האמהות ולהדריכן לזהות את המאפיינים הרצויים של דור הילדים, להעדיף "איכות" על "כמות" ולהגיע ליעד של "נפש בריאה בגוף בריא". כבר בתקופת היישוב הדריכו אחיות ורופאים ברוח זו. בשנות הארבעים הגיע החלק ה"צינוני" ביישוב לשיעורי תחלואה ותמותה אירופיים.⁵ שיעורים נמוכים אלה יוחסו להקפדה על עקרונות הרפואה המונעת של אותו זמן והקשר תרבותי – החל בשטיפת ידיים וכלה בגידול קפדני, מפוקח, "מדעי" ו"רציונלי" של תינוקות. לפעולות אחיות "טיפת חלב", לצד חומרי ההדרכה הכתובים, הייתה חשיבות גדולה ביישוב ה"וותיק", והן המשיכו לפעול בקרב היישוב המבוסס גם לאחר קום המדינה. ההדרכה התנהלה גם בחלקים אחרים של היישוב – בייחוד ב"יישוב הישן" ובריכוזי העולים התימניים – כדי להשוות גם את שיעורי התמותה באוכלוסיות אלו לשיעורי התמותה האירופיים הנכספים (אלבום־דרור, 2001; ברנשטיין, 1993; הירש, 2000; סטולר־ליס, 2003; שחורי־רובין ושורץ, 2003; שילה, 1998).

לצד הזרם המרכזי של הרטוריקה הרפואית־לאומית התנהלו גם מגמות הפוכות. הפלה הייתה פרקטיקה מקובלת ל"הסדרת לידות" כבר בתקופת המנדט הבריטי ונשים "ותיקות" רבות (שכוננו בשפת התקופה נשים "מן היישוב") השתמשו בה. אף על פי שההפלות היו אסורות בחוק, למדו נשים רבות להשיג מרופאיהן אישורים רפואיים להפלה חוקית. במאמר בדבר הפועלת משנת 36'⁶ התייחס המנהל הרפואי של קופת החולים הכללית, ד"ר יוסף מאיר, להיבט הלאומי של שאלת ההפלות וגרס כי יש "להציל נפשות רבות ליישוב העברי בארץ". הוא תיאר כיצד הנשים המשוועות להפלה נוהגות לעבור מרופא לרופא, כדי לקבל אישור להפלה מסיבות בריאותיות – ההפלה החוקית היחידה בתקופת המנדט. "הסיבות המדיציניניות הן כידוע דבר סובייקטיבי מאוד" כתב מאיר וסיכם כי בסופו של דבר מצליחות הנחושות מבין מבקשות ההפלות למצוא רופא שיאשר את ההפלה. מאיר הבחין בין "אם לכמה ילדים המפרנסת את משפחתה", שתביעתה להפלה מוצדקת בעיניו, ובין "צעירה נשואה חסרת ילדים... שתלבושת הנשף אינה מתאימה למצבה זה, וגם לריקודים זה מפריע מאוד", ושאת בקשתה הוא אינו מוכן לאשר. ד"ר מאיר היה נכון לאשר הפלות בנסיבות מסוימות, בעיקר לחלקים מהציבור, שילדיהם נחשבו בעיניו לפחות רצויים, כלומר משפחות גדולות ממילא של אמהות עובדות או משפחות מהשכבות העניות יותר בציבור היהודי. עמדה זו בוטאה במפורש במאמר מאוחר יותר שלו שהתפרסם באיתנים בשנת 1952, ובו הוא שם ללעג את פרס מאה ה"ל" לעידוד הילודה שקבע בן־גוריון. "אין לנו עניין בילד העשירי ואפילו לא בשביעי במשפחות העניות יוצאות המזרח... במציאות כיום יש להתפלל תכופות

5 בשנת 1947 היה שיעור תמותת התינוקות ביישוב העברי 29 לאלף, והשיעורים האירופיים היו 23 לאלף בשוודיה, 39 לאלף בסקוטלנד ו-45 לאלף בבלגיה (חיים שיבא, "תשובה על שאלות", דבר, 28 באוגוסט 1952, עמ' 2). זאת מבלי לכלול בנתונים את האוכלוסיות הלא־צינוניות – אנשי היישוב הישן, הערבים והחרדים.

6 מאיר, י' (1936). לשאלת הפסקת ההיריון. דבר הפועלת, 8, 148.

ליילד שני במשפחה הנמנית על האינטליגנציה" הוא כתב וסיכם: "אין להדריך את השכבות העניות של האוכלוסייה לריבוי לידות אלא לקיצובן".⁷

הפסקת ההריונות של נשים "מן היישוב", הרצויים כל כך מהמבחינה הלאומית, נבעה – על-פי מאיר – מאי-הרצון הפרטי שלהן לייצר את הילד הנכסף. לעומת זאת, בהריונות של נשים שאינן "מן היישוב" ("אחרות" מכל סוג – אורתודוקסיות, מזרחיות, בנות היישוב הישן ועוד) ש"איכותם" נתפסה כנמוכה יותר מבחינה לאומית ומספרם היה רב, היתה נטייה נמוכה יותר לנסות לקבל אישור להפלה.⁸ במקום הפלות ניסו הרופאים והאחיות להציע לנשות היישוב (ואחר כך המדינה) אמצעים מגוונים למניעת הריון ובהם משגל נסוג, שטיפות למיניהן ואמצעים מכניים שונים.⁹

אין בנמצא נתונים מדויקים על שיעורי ההפלות בתקופת היישוב ובימי ראשית המדינה, מכיוון שהפרקטיקה לא התקיימה לכאורה ולא פורסמו עליה נתונים. הנתונים היחידים שבנמצא הם הערכות שונות שפרסמו רופאים. ד"ר יוסף אשרמן מבית החולים "הדסה" בתל אביב העריך, על סמך ראיונות עם כאלף מטופלות שלו, כי לפחות 21 אחוזים מהנשים ביצעו לפחות הפלה אחת.¹⁰ רופא אחר העריך באמצע שנות החמישים כי השיעור נע בין 20-30 אחוזים (הורן, 1959, עמ' 372).

במהלך שנות החמישים הוקמו על בסיס וולונטרי וארגוני (ולא על בסיס ממשלתי מאורגן) ועדות הפסקת הריון של קופת החולים הכללית. ועדות כאלה, כמו לדוגמה הוועדה שפעלה ברעננה בשנים 1954-1958 ודווח על פעילותה בכתב העת הרפואי רפאים, פיתחו לעצמן על בסיס מקומי קריטריונים לאישור הפלות מלאכותיות. אחד הקריטריונים היה היותה של האם עולה חדשה.¹¹

- 7 מאיר, י' (1952). הגברת הילודה או ריבוי הילדים. איתנים, ה(3-4), 76.
- 8 "העובדה הזו של קיום הפלות מלאכותיות קיימת אך ורק בחוגים השייכים באורח חייהם למסגרת התרבות המערבית... בארץ יש לכן שתי התנהגויות שונות תכלית השינוי בקשר עם הפריון: מצד אחד ריבוי מבהיל של הפלות מלאכותיות ומצד שני ריבוי לא פחות מבהיל של לידות. טעות היא לחשוב שהשוני בהתנהגות הפריונית נובע מזה שיש בארץ שתי תרבויות שונות לחלוטין... לפנינו אפוא רק דרגות שונות בהתפתחות של תרבות אחת" (הורן, ר' [1959]. 5 שנות ניסיון בוועדה לנשים הרות ברעננה. רפאים רפואיים, 6-5, 373-374).
- 9 אהרונובה, מ' (1957). ההיגיינה של חיי האישה לתקופותיה (מהדורה רביעית). תל אביב: עם עובד בשיתוף עם מחלקת ההסברה של מרכז קופת חולים.
- 10 אשרמן, י' (1951). השפעת ההפלה מלאכותית על פריין האישה. הרפואה, מ"ג(ג), 27-29.
- 11 בין הקריטריונים של הוועדה ברעננה לאישור הפלה חוקית לאישה: הריון מחוץ לנישואין, משפחה מרובת ילדים, אם מעל גיל 40, אם מפרנסת עיקרית, מקצועה של האם דורש התמחות ממושכת, אם בעלת מום קשה או מטפלת בילד בעל מום קשה ואם עולה חדשה (פחות מ-12 חודשים בארץ). כרבע מ-4,500 הפונות לוועדה ברעננה בתקופה הנזכרת פנו בגלל סיבות רפואיות, רבע נוסף פנו בטיעון כי יש להן די ילדים ושמניית בגלל רווח קטן בין ההריונות. שיעור הפונות בגלל היותן עולות חדשות היה פחות מאחוז וחצי. אף על פי שנפלו טעויות בחישובים המופיעים במאמר של הורן, וחלק מהנתונים חסרים, בגלל ייחודו של המחקר בחרנו להציגו בהקשר זה. על כן נמנענו מלנקוב באחוזים המופיעים במאמר והצגנו סדר גודל כגון: רבע ושמניית (הורן, 1959, עמ' 382-383).

לצד גוף האם הציוני, הראוי והנכסף התקיים גוף אם סרבני שלא שיתף פעולה בהתלהבות עם האידיאולוגיה הרפואית, הלאומית והציונית. גוף האם תויג לפי ותק בארץ (אם כי הוותק הזה לא נמדד בהכרח בזמן, אלא לפי מידת ההשתלבות ביישוב, ובעצם לפי מידת הפיכת הגוף ל"גוף מן היישוב") ולפי מידת תועלתו הלאומית. עם זאת, דווקא הגופים הרצויים פחות של המהגרים ייצרו את עיקר הילודה. ההבחנות הללו התקיימו לצד רטוריקה ציונית שקיבלה באהבה כל עולה וראתה בכל ילד הצלחה של הציונות.

ההבחנות הללו, שהתפתחו בתקופת המנדט מול קבוצות של "אחרים" – קבוצות מהגרים קטנות יחסית – התחדדו בתקופת המדינה, ובעיקר במהלך העלייה הגדולה של שנות החמישים. היישוב הקולט ה"וותיק" כמעט ושילש עצמו בעקבות העלייה הגדולה. המהגרים הפכו להיות רוב מניינה ובניינה של המדינה ובעיות הילודה והסדרתה בקרבם הפכו לדחופות. עם זאת, מאפייני תקופת טרום המדינה, ובהם ההימנעות מאיסוף נתונים רשמיים ומסודרים, והסטריאוטיפים והדעות הקדומות על הסדרת הלידה של מהגרות נותרו בעינם.

הגוף הרפואי

בשנות החמישים לא היה עדיין הסיעוד פרופסיה נפרדת ומוכחנת; תפקיד האחות נתפס באופן רשמי כמסייעת לרופא, ועולם הידע שאליו הייתה האחות אמורה להתייחס, ובמסגרתו לפעול, היה עולם הידע הרפואי (ברטל, 2001). ההגירה ההמונית והמחסור ברופאים (שמרביתם ישבו/פעלו במרכז הארץ – דורון ושורץ, 2004) הותירו את אחיות בריאות הציבור – אחיות "טיפת חלב" – אחראיות כמעט בלעדיות על הקליטה הבריאותית של העולים. תחומי האחריות של האחיות לא היו ברורים ומוגדרים, והן הגדירו את תחומי פעולתן על בסיס מקומי ועצמאי: חלקן קיבלו לידות, חינכו לתזונה, הדגימו בישול "נכון" או התמקדו בהקניית הרגלי ניקיון בבית בנוסף לתפקידיהן הרגילים (כגון: חיסונים, שקילת תינוקות ומעקב אחר נשים הרות). האחיות היו צעירות ברובן, בשנת עבודתן הראשונה או השנייה במקצוע (כלומר לרוב לפני גיל 20). הן היו מבודדות (אחות אחת הייתה אחראית על כמה מאות ולעיתים אף על כמה אלפי משפחות), ורבות מהן חיו ביישובי העולים ושבו לביתן בסופי שבוע בלבד. "הגוף רפואי" – הדימוי הברור של דמות האחות, מקורות הסמכות והכוח שלה ועולם המטרות והאפשרויות שלה – היה אמצעי להתמודד עם הקשיים. תהליכי ההפנמה (embodiment), כפי שעלו בראיונות, הציגו חמישה מאפיינים של "הגוף הרפואי":

"מלח הארץ" – המרואיינות כינו את עצמן "בת הארץ", "מלח הארץ", ו"אנשים מהיישוב". מונחים אלה מייחדים את קבוצת האחיות מאוכלוסיית הארץ ולא כל שכן מאוכלוסיית העולים, ומציגים את המרואיינות ככנות שכבה חברתית מוכחנת – סוג של אצולה ארץ ישראלית מקומית. מקום הלידה, הבית, מוצא ההורים וההגדרה "משפחה טובה" משמשים סמן המבחין בין המרואיינות לבין אחרים. ההשתייכות מלידה לקבוצת "מלח

הארץ" מהווה רובד ראשון של הבחנה בין "אנחנו" לבין אחרים.¹² הערכים ציונות, פלמ"ח ו"חינוך מהבית" מהווים רובד נוסף המבחין בין המרואיינים לאחרים. המרכיב האידיאולוגי-לאומי-חינוכי חיוני אף הוא ליצירת התרבות, שאותה כינו "מלח הארץ". האחיות קשרו בין מוצאן, בין החינוך שקיבלו ובין התרומה שתרמו לחברה (למשל בהתנדבות למסגרת היוקרתית של הפלמ"ח בתקופה שלפני קום המדינה) לבין התוצאה: השתתפותן במפעל קליטת העלייה. בהיעדר ההשתייכות מלידה לקבוצת "מלח הארץ", האחיות העולות הדגישו במיוחד את הרובד האידיאולוגי-ערכי.

השכלה – הלימודים לתואר אחות מוסמכת שייכו את האחיות לשדה הרפואה והבחינו בינן לבין אחיות לא-מוסמכות. בתוך קבוצת האחיות מוצגות בוגרות "הדסה" ירושלים כמעין אצולה בתוך אצולה. "הדסה", שהיה במשך תקופת ה"יישוב" בית הספר היחיד לאחיות, הפך במהלך שנות החמישים לאחד מני רבים. רבות מהאחיות שקיבלו משרות אחריות וניהול היו בוגרות "הדסה".¹³ מנגנון מבחין ומרבד נוסף היה ההשתתפות בקורס "בריאות הציבור". האחיות שסיימו את הקורס נחשבו אף הן לאצולה בתוך אצולת האחיות.

קבוצת האחיות המוסמכות, שהיו בוגרות קורס בריאות הציבור ובנות הארץ, הייתה הדגם של "הגוף הרפואי" שאותו הפנימו האחיות שעבדו עם העולים. בפועל, בעיקר אחיות לא-מוסמכות, אחיות מעשיות או מטפלות בעלות הכשרה מינימלית היו אלה שטיפלו בעולים. תנאי הסף לקבלה לעבודה היו נמוכים ביותר וכך גם השכר ותנאי העבודה. מסיבה כלכלית או בגלל קשיי השפה לא היו רבות מהאחיות העולות יכולות להשתלב בלימודי בית הספר לאחיות, אבל המחסור בידיים עובדות היה כה גדול, שגם הכשרה מינימלית, כמו למשל ליווי של אחות בעבודתה למשך כמה שבועות, נחשבה מספקת. חוסר ההשכלה הרשמית נחשב בקרב המרואיינות לנושא מביש, והן מיעטו לשוחח עליו.

מדים – רבות מהאחיות הזכירו את המדים כחלק מתדמיתן המקצועית. חשיבות בגדי האחות הייתה טמונה בחידוד ההבחנה בינה לבין האחרים, גררה עמה גם הבדלים היררכיים ואפשרה הפעלה של סמכות. מרואיינות הזכירו פעמים רבות את הכיבוס היומי ביד של בגדי האחות. הן ביקשו להדגיש בכך את קשיי החיים בתקופת העלייה הגדולה ואף את הקפדתן על ניקיון אישי, בניגוד לקהל שאתו עבדו. אחיות אחדות אמרו כי המדים המתייבשים על החבל היו גם הם דוגמה לעולים.

התנדבות אידיאולוגית – ההתנדבות הוצגה בראיונות כמאפיין מרכזי של "הגוף הרפואי". האחיות שדיברו מיוזמתן על הסיבות לעבוד עם עולים הדגישו את משקלה הרב של האידיאולוגיה. עם זאת, משנשאלו שאלות קונקרטיות לגבי הנסיבות שהביאו אותן לעבוד עם עולים, הזכירו מעטות בלבד התנדבות. חלק מהאחיות הגיעו לעבודה עם עולים מתוך

12 הכיטוי "אנשים מהיישוב" הוא ביטוי חשוב לענייננו, הצופן בתוכו הבחנה כפולה – בין "ותיקים", משמע אנשי היישוב (שקדם להקמת המדינה), לעולים שמקורם באו – אבל גם הבחנה נורמטיבית בין אנשים המתנהגים כראוי לבין "אחרים", שהתנהגותם אינה מקובלת ב"יישוב".

13 האחיות שראיינו לא הסתירו את גאוותן להיות בוגרות "הדסה". רבות מאחיות "הדסה" שמרו על שם נעוריהן כשם מקצועי או צירפו לשם הנעורים את שם המשפחה מהנישואין. השימוש בשם הכפול לא רווח בשנות החמישים, ועזר לזיהוי מהיר של בוגרות "הדסה".

עבודה אחרת במערכת הבריאות או בעקבות הפניה של בית הספר לאחיות. מרבית האחיות המרואיינות הגיעו לעבוד עם עולים במסגרת התחייבות ל"שנת שירות"¹⁴. מסירות – המרואיינים הרבו לתאר את ההשקעה המרובה בעבודתם ואת המסירות היוצאת מגדר הרגיל שהפגינו בתקופת העלייה הגדולה, ולעתים מזומנות נלוו לכך תיאורי התנאים הקשים של התקופה. המסירות באה לידי ביטוי במגורים בתנאים דומים לתנאי העולים¹⁵ ובשעות עבודה ארוכות, שאינן מתוארות ככורה מערכתי או כדרישה מקצועית, אלא כביטוי לרצונם הטוב של אנשי מערכת הבריאות. האחיות התמודדו עם היעדר תחבורה או עם בעיות תחבורה למקומות עבודתן ועבדו גם במהלך היריון. המרואיינים תיארו יוזמות שונות החורגות מהגדרת התפקיד הצרה של האחיות או של הרופא או הקרבה יוצאת דופן בעבור העבודה. מדי פעם הושמעו בראיונות אמירות כלליות לגבי המסירות הגדולה שאפיינה את עובדי הבריאות באותה התקופה.¹⁶

חמשת מאפייני "הגוף הרפואי" משקפים את תהליכי ההפנמה (embodiment) כתהליכים מתמשכים, רבי רבדים ועתירי משמעויות תרבותיות – הן פיזיות הן רוחניות או בלתי-מוחשיות – משמעויות שחלקן מוקנות מלידה וחלקן נרכשות. חמשת המאפיינים מתיישבים עם המשגתו של מורגן שסידורים פורמליים ומבנים חברתיים יוצרים את תהליכי ההפנמה ומאפשרים אותם (Morgan et al., 2005). לצד הסידורים הפורמליים והמבנים החברתיים, המרכיב השלישי של תהליכי ההפנמה שמונה מורגן – פרקטיקות בלתי-פורמליות – בלט אף הוא בראיונות. הפרקטיקות שהפעילו אנשי מערכת הבריאות על מטופליהם העולים מאורגנות כאן לפי סדר עולה של מידת המעורבות הגופנית של פעולות הצוות הרפואי. הדרכה: פעולת ההדרכה היא פעולת השינוי המתונה ביותר. עיקרה במתן הנחיה או עצה באורח מילולי, בדרך כלל בשטח תחנת "טיפת חלב" במהלך ביקור הייעוץ. ההדרכה בסיטואציה זו מתבצעת ביחידות – אחות מול עולה ותינוק.

הדגמה: פעולת ההדגמה היא פרקטיקה פיזית יותר מן ההדרכה. ההדגמה מפחיתה את הדגש על החלק המילולי שבייעוץ. ההדגמה היא חד-כיוונית, והיא מגדירה את המדגים כ"מודל" שיש לחקות. בראיונות תוארו הדגמות שהתנהלו כמעט ללא מילה; המדגימה

14 שנת השירות הייתה תנאי להשתתפות בקורס לבריאות הציבור ובחלק מהמקרים גם ללימודים בבית ספר לאחיות. משמעות שנת השירות הייתה שהבוגרות התחייבו לעבוד במשך שנה בכל מקום שאליו יישלחו. אחיות אחרות גויסו ושירתו במעברות כחלק משירותן הצבאי. במסגרת שנת השירות נשלחו רבות מהאחיות לאזורי ספר שהגישה אליהם קשה. דרך נוספת לעבודה עם העולים הייתה גיוס רשמי. הגיוס בוצע באמצעות צווים רשמיים של משרד העבודה. הגיוס היה בדרך כלל לארבעה עד שמונה שבועות וחל בעיקרו על רופאים, אם כי גויסו באמצעותו גם אחיות. לא היו אחיות שגויסו בצו בין המרואיינים במחקר זה.

15 עם זאת תוארו בראיונות הבדלים דקים בתנאי החיים בין האחיות לבין העולים, ואלה שמרו על ההבחנה בעינה. כך למשל תיארה אחת האחיות האזנה למוזיקה במחנה שאין בו חשמל, ואחות אחרת תיארה מצב שבו לעולים לא הייתה אספקה של נייר טואלט, בעוד שהמוצר עמד לרשות הצוות הרפואי.

16 כך למשל תיארה אחת כיצד הביאה מוצרי מזון מביתה כדי לחלק בתחנה, ואחות אחרת תיארה כיצד הגיעה בשבת לתחנה חדשה, כדי לצבוע את המבנה ואת הרהיטים ולתלות וילונות שתפרה בעצמה. אחות שלישית תיארה כיצד כמעט ילדה במעברה, שכן לא הצליחה להתנתק מעבודתה ולנסוע בזמן לבית הילדות.

הציגה גזר, תפוח אדמה, סיר ומים; היא עשתה מול הקהל את כל הפעולות הדרושות להפיכת המוצרים למרק; הפעולה לא הוצגה כעצה או אפילו כהנחיה, אלא כפעולת-מודל שאין עליה עוררין. עצמת ההדגמה גברה כשהיא יצאה את גבולות התחנה אל עולמן הציבורי והפרטי של העולות.

פיקוח: פרקטיקת הפיקוח מתייחדת בהעברת שדה יחסי הכוח מהתחנה או מהמרפאה (השדה של הצוות הרפואי) אל מגורי העולים, מקומות העבודה ומרחבי הלימוד שלהם, כלומר לאתרים "של" העולים.¹⁷ אף על פי שביקור הבית היה פרקטיקה ותיקה, ידועה ומוכרת עוד בתקופת המנדט (הירש, 2000), הרי שהצורות, האופנים והמטרות שלו השתנו בעלייה הגדולה. פרקטיקת הפיקוח הפורמלית הייתה ביקור בית לאמהות אחרי לידה, שכלל לרוב גם הדגמה של האמבטיה הראשונה לתינוק. בתקופת העלייה הגדולה נוספו טיפוסים של ביקורי בית – ביקורי היכרות שהתמקדו בניקיון בתי העולים וביקורים יזומים אצל אמהות שלא הגיעו לתחנה.

התערבות אקטיבית: ההתערבות האקטיבית היא סדרת הפרקטיקות החריפות והמתערבות ביותר שנקטו האחיות. מדובר בפעולות שנקטו על דעת האחיות, ונגעו (תרת-משמע) לגוף המהגרים. ההתערבות האקטיבית תוארה כתגובה למצבי דחק קיצוניים של העולים וכמענה למטרה הדחופה ביותר של מאמצי הצוותים הרפואיים – הצלת חיים. עם זאת, ההתערבות החריפה פילסה את הדרך לטיפוסים נוספים של התערבות אקטיבית שלא נגעו להצלת חיים, אלא להרגלי היגיינה, וההחלטה על הצורך בהם הייתה של האחות בשטח.¹⁸ הדוגמה הבולטת ביותר להתערבות אקטיבית כזו היא פעולת החיסון, שעל פי רוב הייתה פעולה מוסכמת. עם זאת, היו גם פעולות ללא הסכמת העולים; היו אחיות שתלשו קמעות מעל תינוקות, חתכו את חבלי החיתולים שבהם נקשרו חלק מהתינוקות או שיזמו מבצעי ניקוי ראשים מכינים. מידת הדחיפות והחיוניות של כל אחת מהפעולות הללו היא שונה, ובחלק מהמקרים אף נתונה לוויכוח, אבל תוצאתן אחידה – האחיות נוטלות את העניינים לידיהן.

ממאפייני הגוף הרפואי מצטיירת תמונה מורכבת של דימוי עצמי מקצועי גבוה מחד, ושל מגוון אפשרויות פעולה מאידך. מרבית אפשרויות הפעולה או הפרקטיקות אינן דיסקורסיביות, אלא גופניות, ואילו הבדלי העמדה והכוח הם ההופכים את הפעולות והפרקטיקות לכוחניות.

17 לפרקטיקות אלו שייכים השירות הרפואי של בתי הספר, שהיה לו תפקיד רב באיתור ילדים חולי גזות וגרענת והעברתם לטיפול, הפיקוח הרפואי על מקומות עבודה וביקור הבית. הן הפיקוח במקומות עבודה הן הפיקוח בבתי הספר היו פרקטיקות מוסדיות שבוצעו על סמך החלטות שהתקבלו בדרגים הגבוהים, בניגוד לאופיין המקומי והאקראי של הפרקטיקות המתוארות כאן.

18 לכאן שייכים סיפורה של האחות שקצצה כמו ידיה אלפיים ציפורניים לילדי המחנה בכל יום שישי, האחיות שבישלו לנשים הרות והאכילו תינוקות קטנים או חולניים שלא היו זכאים למפעלי ההזנה הרשמיים, האחיות שהדגימו לעולות במהלך ביקור הבית כיצד לנקות את הבית ולרחוץ את הילדים, והאחיות שהפעילו על דעת עצמן "טפליט" – תחנה לאשפוז יום לתינוקות.

הגוף העולה

"הגוף העולה" טמן בחובו פוטנציאל לרבייה אך גם סיכון. בראיונות נתפסו העולים, על רקע מיעוט הילודה ביישוב והשמדתם המסיבית של יהודי אירופה, כמקור למילוי שורות העם היהודי בארץ. משפחות גדולות של יוצאי המזרח, כמו גם גל ילודה גדול של ניצולי השואה, הפכו את דור העלייה הגדולה לדור שהתאפיין ברבייה. מאידך, עלו גם תיאורים רבים של נשים שהתשו והזקינו בטרם עת עקב עודף לידות. יתר על כן, תפיסות נוספות של הגוף העולה הציגו אותו כגוף מזוהם וחולה, הנמצא בסיכון אך גם מסוכן (עלול להדביק). המרואיינים הרבו להדגיש את חומרת מצבם הבריאותי של העולים.¹⁹ התחלואה הקשה והטיפוליים הקשים והכואבים, שאותם נדרשו חלק מהמרואיינים לבצע, קיבעו בזיכרונם תפיסה שלפיה העולים היו קבוצה חולה מאוד, שהיה צורך לטפל בה בכל מחיר.

הגוף העולה נתפס בראיונות כגוף שיש לו קיום זמני ומוגבל. המרואיינים מתייחסים לעלייה הגדולה, בזמנה ובדיעבד, כאל תקופה זמנית שבה עמדו העולים ערב שינוי מהותי, ולמרות כל הקשיים צלחו אותו בהצלחה. עמדה זו מאפיינת את אידיאולוגיית כור ההיתוך שרווחה בשנות החמישים. מאפייניהם החיצוניים של העולים – לבוש ותכשיטים, מאפייניהם התרבותיים ומאפייניהם האישיים עמדו להשתנות ואף להימחק לטובת אימוץ מאפיינים ישראליים. הרופאים והאחיות ראו בפעולה הבריאותית חלק בלתי-נפרד מתהליך ההשתלבות של העולים – זרו לתהליך השינוי המבטל את מעמדם הזמני כ"אחרים" לטובת המעמד הקבוע יותר של "אנחנו".

קטגוריה נוספת שעלתה מהראיונות ייחסה תכונות מסוימות לגוף העולה. הראשונה שבהן היא הבכיינות. בניגוד לקטגוריה של הזמניות שהתייחסה אך ורק לעולים בתקופת העלייה, קטגורית ה"בכיינים" שעלתה בראיונות היא קטגוריה מעורבת מבחינה דורית ותקופתית. חלק מהמרואיינים ייחסו קטגוריה זו לעולים ממוצא מזרחי ובעיקר לעולים ממוצא מרוקני. חלק מהמרואיינים טענו כי היא נוצרה בקרב העולים בארץ, עקב קשיי הקליטה של הגברים, שהתקשו להשתלב יותר מנשים, ובקרב בני הדור השני והשלישי שפיתחו מודעות פוליטית. בראיונות רבים חזרה הטענה כי הבכיינות והקיפוח הם נכסים פוליטיים שפוליטיקאים מזרחיים המציאו, שימרו או העמיקו.

לגוף העולה ייחסה גם אלימות. תיאורי האלימות שעלו בראיונות ובכתבי הצוות הרפואי לא היו רבים, אך ניכר בהם כי תגובה אלימה של העולים לא הייתה פרקטיקה בלתי-מקובלת.²⁰ רופאים סיפרו בראיונות על אירועים אלימים כגון: השלכת אבן על רכבו של הרופא וניפוץ הזוגית, הרמת קול בדרישה לטיפול או בדרישה לאישורים רפואיים מקני הטבות. האלימות

19 לשם תיאור המצב הרפואי הרבו המרואיינים להשתמש בשמות מחלות וזיהומיות מדבקות, שלא היו נפוצות בקרב היישוב הוותיק. כך למשל בקושי הוזכרו בראיונות המחלות הנפוצות שחפת ושיתוק ילדים, ואם כבר הוזכרו גרסאותיהן הנדירות יותר כמו שחפת עצמות. לעומת זאת הוזכרו בהרחבה מחלות מאיימות, מידבקות וכולטות לעין כגון: מחלות העיניים (ובראשן גרענת), מחלות העור (ובראשן גזות) ומחלות המין.

20 האנתרופולוגית פיליס פלגי סיפרה בריאיון על גירוש הצוות הרפואי מאחד המושבים באמצעות השלכת אבנים.

שהזכרה במידה הרבה ביותר בראיונות הייתה אלימות בתוך המשפחה. חלק מהמראיינים הציגו את העולים כאוכלוסייה מהירה לכעוס, שהאלימות שזורה באורחות חייה. הזנחה היא תכונה נוספת שיוחסה לגוף העולה – הזנחה של הטיפול בגופם ובגוף ילדיהם. אל טענת ההזנחה הצטרפה טענה הפוכה בדבר טיפול יתר או דרישה לטיפול יתר. טיפול יתר מתואר אף הוא בעיני הצוות הרפואי כהזנחה, וכך גם הביקוש המוגזם לעצה רפואית מחד והימנעות מציות לה מאידך. מבחינת הצוות הרפואי טיפול היתר היה גרוע לא פחות מההזנחה, וסכנתו לבריאות הילד, כמו העומס שהטיל על הצוותים הרפואיים, היו דומות. לפי אנשי הרפואה, התבטאה ההזנחה בחוסר הקפדה על ההיגיינה של הילד, בהימנעות מכביסה בתדירות מספקת ובמקרים קיצוניים גם באדישות ובאי־הבעת עניין בתינוק. טיפול היתר כלל הזנה מוגזמת, דרישה למתן תרופות שלא לצורך וכדומה. התיאורים השליליים מיוחסים הן לעולים ממוצא אירופי והן לעולים ממוצא מזרחי.

לתפיסות אלו של הגוף העולה נלוו ציונים חוזרים ונשנים של אזורי אי־ידיעה ועיקשות תרבותית בקרב חלק מהעולים שהביאו לשימור פרקטיקות תרבותיות לא־מערביות ולשימוש בהן – מהימנעות משימוש באסלות ושימוש לא־מקובל בהן (החמצת זיתים), דרך היגיינה אישית לקויה ואי שמירה על ניקיון הבית, ועד לריבוי נשים או טיפול רפואי באמצעות כוויות. עם זאת, לא נמצאו בראיונות עדויות לתפיסה המקובלת שלפיה ייחסו הצוותים הרפואיים את הבעיות ואת התופעות השליליות לעולים ממוצא מזרחי והעדיפו עולים ממוצא אשכנזי (למשל הירש, 2000; מלמד, 2004; רוזין, 2002). אף על פי שלפרקים היו תכונות שליליות, כמו הבכיינות, שתויגו לפי עדה, הרי שהתבטאויות על היגיינה נמוכה, טיפול לקוי בילדים והזנחה אפיינו את בני כל העדות.

מניתוח הראיונות עולים שלושה צירי ניגודים אחרים שבהם השתמשו אנשי מערכת הבריאות כדי ליצור טיפולוגיות של גופי עולים "רצויים" ו"בלתי־רצויים":

א. נשים מול גברים – הקליטה בראי המגדר: חלק ניכר מהמראיינים הצביעו על הבדל ברור בין שיתוף הפעולה של גברים עם הצוות הרפואי ובין שיתוף הפעולה של נשים, והעדיפו קשר עם הנשים העולות. המראיינים קשרו בין ההשתלבות החברתית המוצלחת יותר של הנשים לבין שיתוף הפעולה הרב יותר שלהן עם הצוותים הרפואיים. הנשים העולות תוארו כמהירות ללמוד, כחברותיות, כמשתפות פעולה וכמי שיצאו במהירות לעבודה. הנשים־העולות העובדות בשנות החמישים זכו להערכה ולאהדה של הצוות הרפואי שהיה מורכב ברובו מנשים עובדות או מורגל בעבודת נשים. לעומת זאת, קליטת הגברים הוצגה כתהליך בעייתי וקשה. המראיינים תיארו בהרחבה חוסר תעסוקה של גברים או תעסוקה בעבודות דחק, פגיעה בתחושת הכבוד שלהם והרגלי בטלה והסתגרות, כמו התקבצות בבתי קפה ועישון, שהאטו את השתלבותם בחברה הקולטת. הבעיות גרמו להתנהגות אלימה של הגברים בתוך המשפחה ולחוסר הבנה של כללי המשחק מחוצה לה. במצב א־סימטרי זה, שבו הגברים לא משתלבים והנשים משתלבות, רבו תיאורי המראיינים על חייהן הקשים של העולות במחיצת בעליהן, שתוארו כאגואיסטים האוכלים את מנות הנשים והילדים, כאלמים וכשיכורים המוכרים את מנות הצנע של המשפחה בעבור משקה. העמדה התרבותית השלילית כלפי הגברים העולים (ראו גם רוזין, 2002) השתלבה עם גישת מערכת הבריאות, שהתמקדה בעיקר בהדרכת נשים ואמהות וכמעט לא השקיעה מאמץ במתן טיפול מונע

לגברים. הטיפול המרפא ניתן בידי רופאים למי שפנה לטיפול, בניגוד לטיפול המונע שכוון לנשים ולא היה היסוס לכפות אותו עליהן במקרה הצורך.

ב. כפריות מול עירוניות: בראיונות עלתה בבירור העדפה של עירוניים על פני כפריים. הכפריים תוארו כפרימיטיביים, והם הכירו פחות את אורחות החיים המערביים גם אם הגיעו מאירופה. לכפריים יחסו לידות בית, הקפדה פחותה על היגיינה ונכונות מועטה ללמוד. דרגה נמוכה עוד יותר מה"כפריים" באה לידי ביטוי בייחוס מוצא העולים ל"טבע" – להרים, למערות וכדומה.²¹ לעומתם נתפסו העולים העירוניים כמתאימים ביותר לקליטה ולימוד. ברבים מהראיונות היה קשר ברור בין תיאורי "הבערות וההרגלים הנחשלים" לבין מוצאם הכפרי של העולים.

ג. פסיביות מול אקטיביות: רוב המרואיינים תיארו את העולים כפסיביים. האחיות סיפרו כי כמעט ולא היו גילויי התנגדות מצד העולים לפעולותיהן. כשתוארו הפרקטיקות של ההתערבות האקטיבית צוינה הפסיביות של העולים לטובה. הפסיביות הייתה תכונה רצויה, כמעט משאלת לב, והמשתנה המשמעותי מבחינתו להשתלבות העולה היה הסכמה לקבל את הטיפול ואת ההמלצות שהציעו אנשי הרפואה ללא ויכוח. מאידך, הפסיביות נתפסה גם כחולשה, או ליתר דיוק כתוצר של חולשה. הנשים היו תלויות לחלוטין בסיוע הרפואי, ונדמה שאין זה מקרה שפסיביות היא גם תכונה שנתפסת כ"נשית". פן נוסף של הפסיביות הייתה "תרבות הבטלה" שיוחסה לחלק מהעולים. כשם שעמלנותן של הנשים העובדות זכתה להערכה, אבטלת הגברים ועבודות הדחק שלהם ובטלה של נשים או של גברים זכו לגינוי. ההתנגדות האקטיבית, ניגודה של הפסיביות, זוהתה בעיקר עם גברים. תוארו מקרים של התנגדות גברים לרופאים, כאשר נדמה היה לעולים כי נמנע מהם טיפול.²²

ההתנגדות לקבלת טיפול הופנתה גם כלפי האחיות. עיקר ההתנגדות של הנשים העולות היה סמוי, והיא התבטאה בחלק מהמקרים בהתעלמות מזימונים לתחנות "טיפת חלב" או בהתעלמות מן ההנחיות של האחיות ומהדגמותיהן באשר לטיפול בבית ובילדים, כמו למשל הימנעות מבישול מרק לפי ההנחיות. רבות מהעולות נהגו להגיב בהסכמה לכל מה שאמרו האחיות ולהמשיך בשלהן. במהלך ביקורי הבית הייתה מראית עין של ציות להנחיות, וחזרה לשגרה עם תום ביקור הבית.

מאפייני "הגוף העולה" הם מאפיינים שליליים בעיקרם – הגוף העולה הוא גוף חולה, מזוהם, אלים, בכיין ומזוהם. עם זאת, התכונות השליליות הללו הן זמניות שכן הגוף העולה נמצא בתהליך של שינוי, קיומו זמני ומוגבל וסופו מחיקה ואיון של תכונותיו השליליות

21 העלייה הגדולה כולה תוארה במונחים של תופעת טבע הרסנית כגון: שיטפון, מבול, כוח טבע. השימוש במונחים מהטבע כולל בתוכו את הסיכון הצפון בכוח בלתי מרוסן ובלתי מתורבת.

22 מעל דפי כתב העת רפים רפואיים הוצגו העולים כציבור תובעני הלוחץ על הרופאים לקבל טיפול אנטיביוטי, זריקות או פטור רפואי ומגיב בצעקות ובאלימות על חוסר שיתוף הפעולה של הרופא. ד"ר פריליך הדגיש במאמרו כי חש באווירת התנגדות קשה בקרב המטופלים: "כולם היו תמימי דעה שהרופא לא בא לעזרתם אלא לנצלם". בתגובה לגילויי האלימות הפיזיות סגר ד"ר פריליך את המרפאה במעברה, ותושביה נאלצו במשך עשרה ימים לנסוע לטבריה כדי לקבל טיפול רפואי. המרפאה נפתחה מחדש רק אחרי שנכבדי המעברה התחייבו בפני הרופא שהחלטותיו יתקבלו מעתה ללא התנגדות (פריליך, ד' [1956]). רשמי רופא בית חולים מעבודתו כרופא בכפר. רפים רפואיים, ט[א], 72-83.

ורכישיה והפנמה של תכונות רצויות מבחינה תרבותית ולאומית. תהליך ריקון הגוף (disembodiment) חיוני בעיני המרואיינים, כדי לשפר את קליטת המהגר בחברה וכדי להתאימו למטרות החברתיות הלאומיות והרפואיות של תהליך הקליטה.

גוף אל גוף

העלייה הגדולה הציבה כמה סימני שאלה בפני המפעל הרפואי-חברתי-היגייני של הצינונות. ילדים רבים הגיעו בעלייה; המשפחות היו בחלקן מרובות ילדים, והאמהות נמצאו במעגל מתמשך של הריונות ולידות. "הסדרת הלידות" הייתה לכאורה הדרך הנכונה ביותר להתמודד עם גל הלידות הגדול ועם תוצאותיו, אבל השימוש באמצעים המקובלים ביישוב באותה תקופה ל"הסדרת הלידות" לא היה מוכר לחלק מקבוצות העולים. כפי שנראה להלן, גם אם העולות הכירו הפלות ואמצעי מניעה מארצות מוצאן, הרי שהנגישות אליהם ביישובי העולים הייתה נמוכה מאוד. המערכת הרפואית לא גיבשה מדיניות רשמית בנושא הסדרת הלידות וכמו נושאים בריאותיים רבים באותה תקופה גם נושא זה טופל לפי הבנתה של האחות בשטח, תפיסותיה ויכולותיה. בהיעדר מדיניות נושא הסדרת הלידות נפרט לנושאי משנה וחלק מן האחיות בחרו במה להתערב. בדיון להלן נבחן שלושה היבטים של הסדרת הלידות שעלו בראיונות בהרחבה: (1) לידות הבית; (2) הפלות; (3) הנקה ואמצעי מניעה.

לידות הבית

נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (לוח 1) מצביעים על ירידה בשיעור לידות החי בבתי חולים בשנים 1951-1953. עיקר הירידה מיוחס לילדות עולות מאסיה ומאפריקה. היולדות שלא ילדו בבתי חולים ילדו בלידות בית, כלומר נשארו ביישובי העולים וילדו בבית בתנאים לא סניטריים.²³ חלק מלידות הבית אף הסתיימו במות היולדת.²⁴

23 בדיון עם משלחת ארגון הבריאות העולמי טענה ד"ר טובה ישרון-ברמן, המנהלת הרפואית של קופת החולים הכללית, כי שיעורי לידות הבית בקרב העולים גבוהים מהנתונים הרשמיים, וכי רק 30-35 אחוזים מהיולדות מתאשפזות. הערכה זו נתקלה באותו דיון בהתנגדויות חריפות של ד"ר תאודור גרושקה ממשד הבריאות שטען שמרבית הלידות בקרב העולים מתקיימות בבתי חולים, ושל ד"ר ג'ני טאושטין שטענה כי במחצית הראשונה של 1951 התקיימו למעלה מ-90 אחוזים מהלידות בבית חולים. ישרון-ברמן דבקה בטענתה כי שיעור לידות הבית גבוה יותר (מופיע אצל בטש [Betesh, 1952, p. 355]).

24 "יולדת מתה מחוסר טיפול רפואי", הבוקר, 24 באוקטובר 1951, עמ' אחרון; "גב' סאריה שראבני, בת 35, כרעה ללדת. היה זה בשעה שלוש לפנות בוקר, אור לשמחת תורה. כמה משכניה של גב' שראבני מיהרו לכפר אחים הסמוך, כקילומטר אחד בלבד, וביקשו את רופא המקום, ד"ר ארוך, לבוא במהירות האפשרית, ה'מהירות האפשרית' ארכה שש שעות תמימות!.. בינתיים, לאחר שהאישה ילדה את התאומים, חשה ברע ובזמן ששכניה הגישו לה עזרה ראשונה בצורת נשימה מלאכותית, מתה האישה".

לוח 1. אחוז לידות חי בבתי חולים מסך הלידות לפי ארץ לידת האם (יהודים)¹

1955	1954	1953	1952	1951	1950	1949	ארץ לידת האם
95.9	90.3	83.3	87.1	91.3	94.8	93.1	כל הלידות
91.9	80.5	66.7	71.8	78.3	-	-	אסיה
94.8	86.4	73.1	80.8	90.5	-	-	אפריקה
99.5	99.2	98.5	98.9	99.1	-	-	אירופה ואמריקה
99.4	98.6	97.1	97.3	96.6	-	-	ישראל
94.7	86.9	77.3	80.2	88.9	-	-	לידות עולות חדשות
91.0	97.1	63.5	68.4	77.0	-	-	אסיה
94.9	86.2	72.4	79.2	90.5	-	-	אפריקה
99.6	99.0	98.2	98.4	98.9	-	-	אירופה ואמריקה

1 מקור: השנתון הסטטיסטי לישראל, כרך 8, עמ' 24, לוח 18. הנתונים על השנים 1949 ו-1950 נלקחו מתוך: ישורון-ברמן, ט' (1954). הטיפול המונע באם ובילד בשנים 1942-1954 (הרצאה בכנס רופאי ילדים של קופת חולים ב-14.5.1954). רפאים רפואיים, י"ג(ג), 203-208.

רופאים ופוליטיקאים הסבירו את תופעת לידות הבית בסירובם של העולים ללדת בבית חולים (שטרנברג, 1973, עמ' 91). בדיון בכנסת בנושא הדגישו מרבית הדוברים את ההיבטים ה"מוסריים" של לידה ללא פרטיות בבית החולים ואת הביישנות מטעמים תרבותיים, ורק מיעוטם התייחס לתנאים הקשים במעברות וביישובי העולים האחרים ולקשיי התעבורה.²⁵ במקביל לעלייה בשיעור לידות הבית עלו גם שיעורי תמותת התינוקות (לוח 2). הנתונים מראים כי התמותה עלתה באופן משמעותי בריכוזי העולים, וכי לאורך כל תקופת העלייה הגדולה נשמר הבדל ברור בין נתוני העולים לנתוני האוכלוסייה היהודית הכללית. במאמר מ-1954 הזהירה ד"ר טובה ישורון-ברמן (1954) מפני סכנות לידת הבית בתנאי ההיגיינה הירודים של האוהלים והפחונים במעברות ומפני תרומתה להעלאת שיעורי תמותת התינוקות.

לפיכך, נרתם ה"גוף הרפואי" למלחמה בתופעת לידות הבית. מרבית המרואיינים במחקר זה העלו מיוזמתם את נושא לידות הבית ואת המאבק בהן כממד מרכזי של פעולותיהם במהלך העלייה. ההתייחסות הרווחת תיארה כיצד "לימדו" הצוותים הרפואיים את העולות, ש"לא הכירו את המושג בית חולים" או הסתייגו ממנו, ללדת בו.

בעיה נוספת שעלתה בראיונות הייתה העומס בבתי היולדות ובבתי החולים. מערך בתי החולים, שהצליח לאפשר לפני העלייה הגדולה לידות בבית חולים לקרוב ממאה אחוז מהיולדות, לא עמד בנטל במהלכה. מספר כרטיסי הלידה שהוקצו לעולות מהמעברות היה מוגבל ולא תאם את שיעורי היולדה הגבוהים. בהיעדר כרטיסי לידה נדרשו העולות לשלם בעבורה.

25 ח"כ חנה למדן (מפ"ם) אמרה: "במעברות היו לידות באוהלים לראווה לכל ילדי המעברה בשל חוסר אמצעי תחבורה (נוסף על הקושי של סירוב האישה לעבור לבית חולים). מדוע צריך היה לחכות חצי שנה עד שיקימו במעברות אחדות אוהלי-לידה..." וח"כ חסיה דרורי (מפא"י) הוסיפה: "אנחנו יודעים שהנשים אינן יולדות בבתי החולים לא רק מחוסר תחבורה, אלא גם משום שהן מתביישות ואינן רוצות ללכת לבית החולים. יש צורך בטיפול אחר הלידה, ולכן מן ההכרח שיהיו חדרים חולים במעברות" (המצב במעברות, דיון, 11 בדצמבר 1950, דברי הכנסת, כרך 7, עמ' 409-417).

לוח 2. שיעורי תמותת תינוקות לאלף תינוקות חיים¹

שנה	יהודים	במעברות	בכפרי עבודה	לא יהודים	כלל האוכלוסייה
1948	36.26	-	-	-	-
1949	51.71	-	-	-	-
1950	46.22	157.8 ²	-	-	-
1951	39.20	104.1	110.0	48.78	40.75
1952	38.70	70.4	59.0	67.74	43.10
1953	35.66	51.4	42.3	60.09	39.64
1954	34.12	49.1	62.8 ³	61.23	39.84
1955	33.59	46.7	48.4	62.54	37.31
1956	35.56	40.3	57.2	61.51	40.26

1 הלוח עובד על-פי לוחות "לידות, פטירות ריבוי טבעי ופטירות תינוקות לפי צורת יישוב"; "נישואין, גירושין, ילודה, תמותה, ריבוי טבעי, תמותת תינוקות ולידות מת" בתוך השנתון הסטטיסטי לישראל, כרכים 1-8. הנתונים על לא-יהודים וכלל האוכלוסייה חושבו רק משנת 1951. הנתונים על יישובי העולים נעזרו גם בישורין-ברמן (1954).

2 יומן בן-גוריון, 11.2.1952, עמ' 8, ארכיון המכון למורשת בן-גוריון; ישורין-ברמן, 1954.

3 שיעורי תמותת התינוקות, תשובת שר הבריאות לשאלתה של ח"כ מ' סנה, 16 בינואר 1956, דברי הכנסת, כרך 19, עמ' 791. בתשובה נטען כי האחוז הגבוה בכפרי העבודה מתבסס על מספר של 15 פטירות בלבד.

הקשיים התרבותיים והפיזיים גרמו לכך שלצד המאבק בלידות הבית ננקטה גם הפעולה ההפוכה – עובדי השטח של מערכת הבריאות עזרו בלידות הבית, בייחוד ביישובי העולים המרוחקים מהמרכז (משמע רוב יישובי העולים שהוקמו מאז פירוק מחנות העולים). בחלק מהמקומות היו לידות הבית באחריות הרופאים או המיילדות המוסמכות ובמקומות אחרים היו הלידות הרגילות באחריותה של אחות המחנה או החובשת, ורופאים הוועקו רק במקרה של סיבוך. האחיות, שחלקן היו אחיות מעשיות, לא תמיד ידעו לקבל לידות; חלקן למדו לקבל לידות רק בשטח. אחת האחיות תיארה כיצד בכל עת נשאה עמה תיק לידה ובו יוד, אלכוהול וסרטים לקשירת הטבור. הרופאים שהוועקו לא באו תמיד בזמן, וגם כשבאו לא תמיד באו ברצון.²⁶

פרקטיקה נוספת הייתה הסתמכות על מיילדות מטעם העולים או על שיתוף פעולה אתן. דפוסי שיתוף הפעולה לא היו מוסדרים, והיחסים בין האחיות האחראיות לבין המיילדות נעו בין התעלמות הדדית לשיתוף פעולה. בכמה מקרים עברה האחיות מעין בחינה אצל המיילדת העולה.

26 "החובשת הלכה רגלית [או שלחה את בעלה של היולדת]... לדוקטור... אני חושבת שלפחות שבעה שמונה קילומטרים. זה שעה הליכה, זה בטח. או, הוא חוזר לה פתק עם הבעל, שהוא יבוא, אבל קודם, והוא היה מאוד גם, מה שהוא כתב... או הוא כתב לה... שתשפוך קודם בקבוק ליזול על היולדת לנקות אותה, ואז הוא יבוא" (אחות).

ברומן "המעברה" מספר שמעון בלס סיפור דומה על חוסר נכונותו של רופא להגיע למעברה לעזרתה של יולדת בגלל סירובו לטנף את רגליו בבוץ. התיאור יכול להיקרא גם באופן מטפורי, כביטוי לתחושת ריחוק וסיאוב של הרופא כלפי העולים. הספר נכתב סמוך מאוד לעלייה הגדולה (בלס, 2003, עמ' 15).

הפעולה הדו־כיוונית של האחיות – חינוך ללידה בבית חולים מחד, ועזרה בלידות הבית מאידך – לא הפחיתה את שיעורי לידות הבית. התופעה נפסקה רק בשנת 1954, משהתערבה המדינה בנושא באמצעות חקיקה וקבעה מענק לידה לכל אישה שילדה בבית חולים או שהגיעה אליו בתוך עשרים וארבע שעות מזמן הלידה. משמעות החוק הייתה שהאם אינה חייבת ללדת בבית החולים, אלא רק להוכיח שרצתה ללדת בבית חולים ושעשתה מאמץ סביר כדי להיות זכאית לדמי הלידה.²⁷ לפי נתוני לידות הבית (לוח 1) נראה כי רוב העולות השתכנעו בעקבות מענק הלידה של 1954 והחלו ללדת בבתי חולים.

בעקבות החוק התפתחה תופעה חדשה בקרב העולות במעברות וכייושבים המרוחקים – לידות יוזמות בדרכים. "לידת־דרך" עקפה את הצורך ללדת בבית חולים ויכתה את היולדת בדמי הלידה. על אף שאין רישום מדויק, נראה כי מדובר במאות מקרים של לידות־דרך החל מאמצע שנות החמישים. גם בלידות הדרך טיפלו אחיות "טיפת חלב".²⁸

בשנת 1956 ילדו 95.5 אחוזים מהיולדות היהודיות בבתי חולים, אך שיעורי האשפוז בקרב האוכלוסייה הלא־יהודית נותרו נמוכים.²⁹ הגוף העולה שוחרר מתלאות לידת הבית בזכות התערבותן האקטיבית של האחיות במישור המקומי ומאוחר יותר של המדינה במישור הארצי. המאבק להפסקת לידות הבית היה נמרץ ואידיאולוגי, אולם התמודד אך במעט עם הבעיות האובייקטיביות שחסמו את הגעת האמהות העולות לבתי החולים. האחיות, שהיו נטולות כלים מוסדיים לפתור את סוגיית לידות הבית השתדלו להתמודד אתן במו גופן. במידה שיכלו, והיכן שהצליחו, לקחו על עצמן האחיות לבריאות הציבור אחריות על יילוד נשים. המעורבות הגופנית הזו התקיימה באזור השיח הגלוי ביותר של הסדרת הלידות. הפרסים למעורבות האחיות היו ברורים – הצלת יולדות ותינוקות. מחיר המעורבות שולם ברמה האישית; ללא תמיכה או הדרכה מרכזית, ללא הנחיות ברורות וללא אחריות של הממונים או של מערכת הבריאות נאלצו האחיות הצעירות להתמודד בגפן. בראיונות עלו תיאורים קשים של התמודדות אחיות צעירות עם מות תינוק בלידה, חרדה מהאחריות על יולדות רבות ותיאורים של הקושי לקום בלילה לילד. גוף אל גוף התמודדו עולות ואחיות עם לידות הבית.

הפלות

בקרב תושבות היישוב הוותיק היו ההפלות, כאמור לעיל, תופעה רווחת. לעומת זאת, כשנשאלו המרואיינים על מצב ההפלות בקרב העולות החדשות, בייחוד מארצות מוצא לא־אירופיות, הייתה התשובה כמעט אחידה – העולות לא ביצעו הפלות מלאכותיות. רבות

27 הנוסח הסופי של החוק מ־1954 התנה את קבלת המענק בהזדקקות לאשפוז בבית החולים. הסעיף לא התייחס באופן מפורש לחובת הלידה בבית החולים, אלא לאשפוז עצמו. בפירוט לחוק נכתב באותה שנה כי "פתוחה לפרשנות היא השאלה אם תנאי זה מחייב אשפוז ממש של היולדת או שמא יראו את תנאי ההזדקקות לאשפוז כמקוים אם היולדת עשתה כל שביכולתה על מנת ללדת בבית חולים ומסיבות שאינן תלויות בה... ילדה מחוץ לבית־חולים" (בר־ניב, צ' [1954]. חוק הביטוח הלאומי, עמ' 46. תל אביב: יבנה. ראו גם קריאה שנייה ושלישית לחוק הביטוח הלאומי תשי"ד-1953, 17 בנובמבר 1953, דברי הכנסת, כרך XV, עמ' 160).

28 לתיאור תופעת הלידות בדרכים ראו סטולר-ליס ושורץ (2004).

29 דין וחשבון של המחלקה לטיפול באם ובילד לשנת 1956, עמ' 3, ג"מ, ג-1/961/6.

מהאחיות סירבו להתייחס לנושא בטענה שהן לא יודעות על הפלות או שהפלה לא הייתה שייכת לתחום עיסוקן. גם בין מי שהסכימו לדבר בנושא טענו הרוב כי לא עזרו ולא היו עוזרות לעולה למצוא את הדרך לרופא המבצע הפלות. האחיות הסבירו בראיונות כי הניחו שהעולות לא רוצות בהפלות, בגלל הרקע הדתי והתרבותי (הלא־מערבי) שלהן. אחרות הדגישו שאפילו במקרים חד־משמעיים של דרישה רפואית להפסיק את ההיריון (למשל במקרה של מחלת לב) סירבו העולות לבצע הפלה. נוסף על כך הועלתה הטענה כי להפלה מלאכותית נדרשה הסכמת הבעל, וסיכוייה של הסכמה זו להינתן בתוך הקשר דתי ומסורתי היו נמוכים. חלק מהאחיות זכרו שנתקלו בעולות ממוצא אירופי שנוקקו להפלות, אבל גם במקרה זה טענו רובן שהן סירבו לעזור או שהעולות הצליחו "להסדר לבד".

רק בודדות סיפרו שהיו מעורבות בארגון הפלות מלאכותיות, במקרים קיצוניים מאוד של אונס, גילוי עריות והריונות נעורים. העזרה הייתה, על פי רוב, ביצירת הקשר עם רופא בבית חולים. ההפלות, הליך לא רצוי מבחינה רפואית־לאומית־חברתית, נחסמו בפני העולות החדשות במו גופן של האחיות. כדי להשיג גישה להפלה היה על העולה להבין את אופן הפעולה של מנגנון אישור ההפלות בשנות החמישים או לקבל עזרה מהאחות. לנשים ותיקות או לנשים שהיו להן קרובים בארץ, וכן לנשים ששלטו בשפה והיו עצמאיות יחסית מבחינת תנועה ויציאה לעבודה, היה סיכוי רב יותר להשיג הפלה. נשים מסורתיות, שלא יצאו לעבודה מחוץ ליישובי העולים ולא הכירו את המנגנונים הרפואיים שמחוץ ליישוב, היו בעלות סיכויים קטנים יותר להשיג אישור להפלה. החסימה המבנית של הגישה להפלות בפני חלק מהאוכלוסייה תרמה להגברת אי־השוויון בין עולים וותיקים. האירוניה היא שהרופאים והאחיות שהלינו על שיעור הלידות הגבוה בקרב העולים, חסמו בפניהם בפועל את האפשרות לבצע הפלות. לעומת זאת, הוותיקים שמרו על שיעורי לידה נמוכים באמצעות שימוש נמרץ בהפלות.

הגוף הרפואי, גופן של האחיות, שנרתם למשימת העזרה בלידות הבית, ניתק עצמו מסוגיית ההפלות. חלק מהאחיות הסבירו את השוני כבחירה מוסרית. הן ראו את תפקידן להציל ולרפא, והסתייגו מפעולה שעיקרה הפסקת חיים. אחרות הסבירו שהיו גבולות ברורים לנושאים שעליהם יכלו לדבר ולנושאים שמחוץ לתחום שליטתן. אחות אחת דימתה את השתקת ההפלות להשתקת האלימות כנגד נשים בקרב העולות. ידעו על זה, אבל במקרה הטוב פנו לעזרה של הרב ובמקרה השכיח לא עשו דבר.

מניעת היריון

ההיבט השלישי של הסדרת הלידות – מניעת היריון – הוא המורכב ביותר מבחינה אידיאולוגית ומבחינה רפואית. באווירה אידיאולוגית המעודדת יצירת ילדים בריאים בגוף ובנפש מניעת היריון אמורה להיות כלי למניעת לידתם של ילדים לא־רצויים. התפיסה של הגוף העולה כחולה, חלש ומוזהם התווספה לתפיסה שלפיה משפחות עניות, גדולות ומרובות ילדים פוגעות בבריאות האמהות ולא תורמות למטרות הלאומיות. חוסר שביעות הרצון משיעורי הלידה הגבוהים של העולים, שעלו במחיר בריאותי כבד לאמהות ושלדעת חלק מהרופאים גם הכבידו על תהליכי בניוי האומה, הביאו להמלצה של רופאים לשימוש באמצעי מניעה להסדרת הלידות בקרב העולים.

האחיות שעבדו עם העולים דיווחו בראיונות כי היססו לפני שהתערבו בנושא אמצעי מניעה. רבות מהן קשרו בין דתיות להתנגדות לאמצעי מניעה. בתקופה שלא עודדה דיון

פתוח על מין גם בחברה הכללית, לא עודדו האחיות דיון בנושא. לא יהיה זה מגום להניח שבהיעדר עידוד העולה לא המשיכה את הדיון בנושא. מעטות מהאחיות הודו בגלוי כי ניסו לעזור לנשים להסדיר את הלידות באמצעות טכניקות או באמצעות עזרי מניעה. היו אחיות שהסבירו לנשים את שיטת הימים הבטוחים, ואחרות הביאו להן אמצעים למניעת היריון. אחיות אחרות ניסו לשכנע את העולות הדתיות להזיז את תאריכי ההליכה למקווה, כך שיוכלו להימנע ממגע מיני בתקופות שיא הפוריות שלהן.

לפי הראיונות, בסוגיית אמצעי המניעה נתקלו האחיות בהתנגדות גלויה ובוויכוחים. מדובר לא רק בהתנגדות גורפת לאמצעי המניעה, אלא גם בכעס שהופנה כלפי הצוותים הרפואיים במקרה שההתערבות לא נשאה את הפירות הרצויים. כך תואר מקרה של אישה שלא רצתה ללדת, אבל נכנסה למצוקה מרגע שאיבדה את היכולת להיכנס להיריון. במקרה אחר כעסה עולה על כך שנכנסה להיריון, אף על פי שהסכימה לשימוש באמצעי מניעה. אירועים כאלה, יש להניח, הפחיתו את רצון האחיות שבשטח להתערב בסוגיית אמצעי המניעה.

כמו ההפלות, גם אמצעי המניעה לא היו די נגישים לעולות החדשות. התפיסה כי מדובר במשפחות דתיות יצרה הבחנה בין פרקטיקות הסדרת הלידות שנקטו בקרב הוותיקים, העירוניים והמבוססים, לבין אלו שנקטו בקרב העולים, תושבי הפריפריה והעניים.

שוב, כמו במקרה ההפלות, היה הגוף העולה מובחן ושונה מגוף הוותיקות ומגוף האחיות. פרט למקרים בודדים של עזרה בסתר העדיפו האחיות לשמר את ההבחנה במקום לנסות לבטל אותה. יש לזכור כי אמצעי המניעה של שנות החמישים היו בעייתיים מאוד מבחינת תפקודם ושיעורי הצלחתם. עם זאת, בולט ההבדל בין נשות היישוב הוותיק לבין העולות בשאלת הנגישות של אמצעי המניעה והמידע עליהם. מעניין לראות כי על אף הדתיות המיוחסת לעולות והטאבו לכאורה על שיחות בנושאי מין, טענו אחיות רבות כי העולות התמידו בפרקי הנקה ארוכים כדי להימנע מכניסה להיריון נוסף. לא ברור אם האחיות שמעו את ההסבר מהעולות או שהן ייחסו להן הסבר שכבר היה מוכר ומקובל בחברה הקולטת.

במקרה של ההנקה, בניגוד למקרים הקודמים שתוארו – ההפלות ואמצעי המניעה, נפגשו האינטרסים של הגוף העולה עם האינטרסים של הגוף הרפואי. בשנות החמישים שיעורי ההנקה בקרב תושבי הארץ הוותיקים היו נמוכים מאוד ועיקר תזונת התינוקות התבססה על חלב ב"נוסחאות" שונות ועל דייסות. זאת למרות התעמולה המתמשכת מצד הרופאים, שביקשו לעודד הנקה בגלל יתרונותיה הבריאותיים לתינוק (סטולר-ליס, 2003, עמ' 286-288). שיעורי ההנקה הגבוהים בקרב העולות זכו לעידוד הצוותים הרפואיים, אף על פי שהסיבה המוצהרת להנקה – הרצון להימנע מהיריון – נראתה להם כאמונה טפלה.

למרות אהדת האחיות להנקה בקרב העולים, היו להן דברים רבים לומר על טיב ההנקה, על קצבה, על משכה ועל תוספות מזון ליונקים. בכל הפרמטרים הללו סטו חלק מהעולות מהמלצות הצוותים הרפואיים. היו אחיות שניסו ללמד את העולות להניק לפי שעון, כפי שהיה מקובל עדיין בשנות החמישים, ואחרות ניסו לשכנע את העולות שאין בהנקה די לתינוק וכי עליהן להוסיף לו חלב או דייסות. אחיות נתקלו באמהות שהניקו במשך שנים, עד גיל הילדות, וטענו כי תת-התזונה של ילדי העולים נבעה גם מהנקות ארוכות ללא תוספות מזון.

ההתמודדות גוף אל גוף שבה לתמונה. האחיות התערבו בהנקה באורח אקטיבי; היו אחיות שהדגימו את פעולת ההנקה על גופן או על גוף העולה; היו שהציעו הצעות מילוליות

לשינוי משך ההנקה, אופייה והרכבה; היו מי שניסו לקעקע את האמונה בהנקה כאמצעי מניעה; גם תחליפי ההנקה הוצגו באורח פיזי בידי האחיות – הן הדגימו הכנת נוסחאות חלב פרה, בישול דייסות והכנה של מרקים מזינים; המאבק בעד הזנה טובה ונגד הנקה בגיל מאוחר הוא בעצם מאבק נגד "אמצעי המניעה" היחיד שלעולות נותרה גישה אליו.

דיון וסיכום

במאמר זה הצגנו כמה ממאפייני הדימוי העצמי והדימוי הקולקטיבי של אנשי מערכת הבריאות כפי שעלו בראיונות עמם, ותיארנו אותם כ"גוף הרפואי". נוסף על רובד בסיסי של הערכה עצמית גבוהה ושל הערכה חיובית של המגזר שאליו הם משתייכים, הן משום גורמים שיוכיים (מוצא, משפחה, יישוב), הן מגורמים נרכשים (חינוך, אידיאולוגיה, ערכים והירתמות למשימות לאומיות), הן מגורמים השכלתיים (בית ספר לאחיות, "הדסה", קורס לבריאות הציבור), אנשי הבריאות מייחסים לעצמם מאפיינים ייחודיים. עבודתם עם העולים מוצגת כמפעל התנדבותי שהוא התוצר ההגיוני של מעמדם האישי והציבורי המובחן. הם מרבים להדגיש את מסירותם לעולים – את תנאי המגורים הקשים, את שעות העבודה הארוכות, את בעיות התחבורה ואת העבודה במהלך תקופות היריון. זאת אף על פי שבפועל הגיעו מרביתם לעבודה עם העולים לתקופות מוגבלות ובדרך כלל באמצעות רמה מסוימת של כפייה חיצונית.

הדימוי הקולקטיבי העולה מן הראיונות הוא דימוי עצמי מחמיא, מובחן מזה של כלל האוכלוסייה ובוודאי מזה של העולים. דמות האחיות המייצגת את "הגוף הרפואי" היא אמיצה, לובשת לבן או ירוק וחובשת לראשה "קאפ"³⁰; היא נלחמת בקשיים עצומים, מפגינה מסירות רבה ומדגימה במו גופה את הגוף הנשי והלאומי הראוי.

דימוי הגוף העולה, בעיני אנשי מערכת הבריאות, הוא דימוי מוחלש פיזית ותרבותית. הגוף העולה הוא חולה, סובל, בור, אלים ומזניח. גוף האישה העולה סובל עוד יותר מריבוי הריונות ולידות, מנישואין בגיל צעיר, מאלימות במשפחה ומקיפוח במזון.

על בסיס דימוי דיפרנציאלי זה מתרחשות הפרקטיקות הכוחניות שאימצו אנשי מערכת הבריאות ובעיקר האחיות ביחסיהם היומיומיים עם העולים. האחיות יכולות לעשות בבית העולים, בתרבותם ובגופם הכול. הכלים שבהם הן משתמשות הם כלים גופניים בעיקרם ולא כלים דיסקורסיביים. את מקומו של השיח תופסות פרקטיקות גופניות כגון: הדגמה, פיקוח ופעולה ישירה על הגוף. על רקע זה מעניין לראות את ההימנעות מפעולה דווקא בזירה הציונית מן הראשונות במעלה – זירת הסדרת הלידות. בתחום הלידה האחיות נוקטות מעורבות פיזית פעילה והופכות מאחיות למיילדות בתנאי שדה קשים. לצד שכנוע נמרץ ללדת בבית חולים (שזכה בסופו של דבר לחיזוק ממסדי בדמות מענק הלידה) מעורבות צוותי השדה ניסתה להקל על לידות הבית שאותן אי אפשר היה למנוע. שיתוף הפעולה בין הצוותים הרפואיים לבין המיילדות העולות, במידה שהתרחש, עזר ליולדות בלידת הבית. גם

30 ה"קאפ" היה מעין כתר קרטון מצופה בד לבן שעליו סמל מגן דוד. בשביתת האחיות בשנות החמישים המשיכו האחיות בעבודתן אך הסירו את ה"קאפ" כביטוי סמלי לשביתה.

כשהתפתחה הפרקטיקה המקומית והזמנית של "לידה בדרכים" הוסיפו האחיות והתאימו את עצמן, כדי לעזור ליולדות ולהבטיח במידת האפשר את שלום היולדת והיילוד. בפרקטיקות האחרות של הסדרת הלידה – הפלות ואמצעי מניעה, מהוות אותן האחיות מחסום מוחשי כמעט בין העולות לבין בתי החולים שבהם הן יכולות לבצע הפלות, ואף מונעות – או לפחות לא יוזמות – הפצה מסודרת של אמצעי מניעה בקרב העולים. מדוע במקרים של מניעת היריון והפלה סירבו על פי רוב דרגי השדה של הצוותים הרפואיים להתערב? המעורבות המינימלית בתחומים אלו נבעה אולי מהתנגדות אישית-מוסרית, אולי מאידיאולוגיה לאומית ואולי מאתוס מקצועי שהתהדר בעזרה להבאת חיים לעולם ולא במניעתם. כך או כך, בחירה זו הותירה את העולות ללא כתובת מוכרת וזמינה שאליה יכלו לפנות בנושא. זאת בניגוד למצבן של הנשים הוותיקות יותר, שהכירו את הנתבים להשיג אמצעי מניעה והפלות.

מדברי האחיות המרואיינות לא עלה מידע רב על הפלות לא-חוקיות בקרב העולות או על השימוש במתכונים מסורתיים, שיקויים וכדומה למניעת היריון. אפשר לברר סוגיות אלו במחקר המשך שבו ירואיינו העולים. המרואיינים הציגו את ההנקה כאמצעי המרכזי למניעת היריון בקרב העולות. מכיוון שהנקה נחשבה רצויה מבחינה רפואית, התקבלה הפרקטיקה הזו ללא התנגדות. זאת אף על פי שהצוותים הרפואיים לא העריכו במיוחד את סגולות מניעת ההיריון שלה. ההנקה מייצגת זירה של הבנה יחסית בין הגופים המתנגשים: למרות הניסיונות לעצב את ההנקה, לתרבת אותה ולמשטר אותה, ולמרות הלגלוג על סגולותיה הבלתי-משכנעות בתחום מניעת ההיריון, נותרה ההנקה כמישור של פעולה ואפשרה דו-שיח מסוים בין הגוף הרפואי לבין הגוף העולה. בניגוד לגזרות המושטות של ההפלה ושל מניעת ההיריון, יצרה ההנקה המדוברת בסיס לשינוי תרבותי שגרם בסופו של דבר להורדת שיעורי ההנקה ולהפיכת "הם" ל"אנחנו". זאת בשעה שהאזורים המושטקים הגביהו והרחיבו את חומות הפרדה והניכור הגופניות והתרבותיות שבין הקולטים והעולים.

הדיון המחקרי ברבות-תרבותיות, הרואה בה פרדיגמה מחליפה למדינת הלאום ובוודאי תחליף לקליטה ברוח כור ההיתוך, הוא תוצר מאוחר של תהליכי ההגירה האינטנסיביים לארץ, ובייחוד של הגירת שנות החמישים (יונה, 1998; יונה ושנהב, 2000; מאוטנר, שגיא ושמיר, 1998; פלג, 2003). במצב של ריבוי קבוצות מהגרים שירת מודל כור ההיתוך שבבסיס מדינת הלאום (כפי שהיה בשנות החמישים) את ההגמוניה – הרוב הליברלי, השבע, ה"לבן".

למרות השינויים שעברו מאז הן על תפיסת ה"מהגר" הן על תפיסת ה"מדינה", עד היום נותרו בעינם התנגדות לשמירה על תרבויות מובחנות של מהגרים, סטריאוטיפים, ובמקרים רבים גם גזענות, המשקפים את יחס החברות הקולטות למהגרים. תוצר המפגש הלא-שוויוני (גודל, עוצמה, הון, הון חברתי) בין המהגרים לחברה הקולטת הוא אקולטורציה – שינוי חברתי הנובע ממגע חברתי ישיר בין שתי קבוצות חברתיות מובחנות. על פי רוב עוצמתה של החברה הקולטת רבה יותר, לכן יחול עיקר השינוי אצל המהגרים. תוצאות המפגש הזה יכולות במשך הזמן למקם את המהגרים באחת מארבע עמדות חברתיות תרבותיות: אינטגרציה, סמיעה, שוליות והפרדה (Berry, 1992).

האקולטורציה הפכה לאפשרית בגלל קיומם המקביל של תהליכי ההפנמה (embodiment) בקרב האחיות ותפיסתן את תהליכי ריקון הגוף (disembodiment) של המהגרים. מפגש הגופים בזירת הרבייה הציונית בשנות החמישים הביא לא רק למיזוג לפי רטוריקת כור

ההיתוך, אלא גם לחיזוק ב־זמני של מגמות שוליות והפרדה. זהו ביטוי אחד מני רבים של האמביוולנטיות שאפיינה את הגוף הרפואי הקולט בשנות החמישים – קליטה הדוקה מחד, והסתייגות וריבוי סטריאוטיפים מאידך; התפעלות מהעלייה וגם רצון לשנות את העולים; התלהבות מהאקוזי כמו גם דאגה עמוקה מהשפעתו. בערבו של יום התברר כי הכוונות, הרעיונות והאידיאות שהנחו את יצירתו של מפגש הגופים הציוני – הרפואי והעולה – בזירת הרבייה מרוחקים שנות אור מתוצאותיו התרבותיות והחברתיות של מפגש זה בפועל.

מקורות

- אלבוים־דרור, ר' (2001). האישה הציונית האידיאלית. בתוך י' עצמון (עורכת), התשמע קולי? ייצוגים של נשים בתרבות הישראלית (עמ' 95-115). ירושלים ותל אביב: מכון ון ליר בירושלים והקיבוץ המאוחד.
- בלס, ש' (2003). "המעברה". תל אביב מזרח: טרילוגיה (עמ' 9-162). תל אביב.
- ברטל, נ' (2001). ההכשרה התיאורטית והמעשית של אחיות יהודיות ארץ ישראל בתקופת המנדט, 1918-1948, בראי התפתחותו של ביה"ס לאחיות ע"ש הנריאטה סאלד, הדסה, ירושלים. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- ברנשטיין, ד' (1993). בין האישה האדם לבין אשת הבית: אישה ומשפחה בצעבור הפועלים היהודי העירוני בתקופת הישוב. בתוך א' רם (עורך), החברה הישראלית: היבטים ביקורתיים (עמ' 83-103). תל אביב: ברירות.
- דורון, ח' ושורץ, ש' (2004). הרפואה בקהילה: משירות לעולים בנגב ועד לתחייתה של רפואת המשפחה. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- הירש, ד' (2000). "אנו מפיצים כאן תרבות": חינוך להיגיינה בישוב היהודי בארץ ישראל בתקופת המנדט הבריטי. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, אוניברסיטת תל אביב.
- הכהן, ד' (1994). עולים בסערה: העלייה הגדולה וקליטתה בישראל 1948-1953. ירושלים: יד יצחק בן צבי.
- ליסק, מ' (1999). העלייה הגדולה בשנות ה-50: כישלוננו של כור ההיתוך. ירושלים: מוסד ביאליק.
- חזן, ח' (2003). לגופה של הסוציולוגיה: על מעמדו הייצוגי של הגוף. סוציולוגיה ישראלית, (ח1), 219-230.
- יונה, י' (1998). מדינת כל אזורחיה, מדינת־לאום או דמוקרטיה רב תרבותית? ישראל וגבולות הדמוקרטיה הליברלית. אלפיים, 16, 238-263.
- יונה, י' ושנהב, י' (2000). המצב הרב תרבותי. תיאוריה וביקורת, 17, 163-188.
- מאוטנר, מ', שגיא, א' ושמיר, ר' (1998). הרהורים על רב תרבותיות בישראל. בתוך מ' מאוטנר, א' שגיא ור' שמיר (עורכים), רב תרבותיות במדינה דמוקרטית ויהודית: ספר הזיכרון לאריאל רוזן־צבי ז"ל (עמ' 67-92). תל אביב: רמות.
- מירסקי, י' (2005). ישראלים: סיפורי הגירה. מבשרת ציון: צבעונים.
- מלמד, ש' (2004). "כעבור עשרות שנים מועטות נהיה כולנו בני עדות המזרח": אמהות, פיריון והבנייתו של "האיום הדמוגרפי" בחוק גיל הנישואין. תיאוריה וביקורת, 24, 69-96.

- סטולר-ליס, ש' (2003). כך אגדל תינוק ציוני: הבניית התינוק והאם הארץ ישראליים באמצעות ספרי הדרכה להורים. עיונים בתקומת ישראל, 13, 277-294.
- סטולר-ליס, ש' ושורץ, ש' (2004). "נלחמות בבערות ובהגלים נחשלים": תפיסות ופרקטיקות של אחיות ורופאים כלפי עולים בעלייה הגדולה של שנות ה-50. ישראל, 6, 31-62. פוקו, מ' (1976) [1996]. תולדות המיניות. כרך 1: הרצון לדעת (עמ' 7-53). תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- פלג, מ' (2003). שונים ועוינים. פנים, 26(סתיו), 37-46.
- קימרינג, ב' (1999). מדינה, הגירה והיווצרותה של הגמוניה 1951-1948. סוציולוגיה ישראלית, 1(1), 168-208.
- קמפ, א' (2002). נדידת עמים או הבערה הגדולה: שליטה מדינתית והתנגדות בספר הישראלי. בתוך ח' חבר, י' שנהב ופ' מוצפי-האלר (עורכים), מזרחים בישראל: עיון ביקורתי מחודש (עמ' 63-67). ירושלים ותל אביב: מכון ון ליר בירושלים והקיבוץ המאוחד.
- רוזין, א' (2002). תנאים של סלידה: היגינה והורות של עולים מארצות האיסלם בעיני ותיקים בשנות החמישים. עיונים בתקומת ישראל, 12, 195-238.
- שוקד מ' ודשן, ש' (1999). דור התמורה (מהדורה מורחבת). ירושלים: יד יצחק בן צבי.
- שחור-רובין, צ' ושורץ, ש' (2003). הדסה לבריאות העם: פעילותה החינוכית-בריאותית של הדסה בארץ ישראל בתקופת המנדט הבריטי. ירושלים: הספרייה הציונית.
- שטרנברג, א' (1973). בהיקלט עם. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- שילה, מ' (1998). הזהות המשתנה של האישה העברית החדשה בארץ ישראל. ירושלים: המכון לחקר תולדות הקרן הקיימת – החוג לתולדות קרן קיימת לישראל, חוברת מס' 33.
- שלי-ניומן, א' (1996). המסע הלילי: מפגשים בין עולים ומקומם החדש. בתוך ד' עופר (עורכת), בין עולים לוותיקים: ישראל בעלייה הגדולה (עמ' 285-298). ירושלים: יד יצחק בן צבי.
- Berry, J. W. (1992). Acculturation and adaptation in a new society. *International Migration* (Special Issue: Migration and Health in the 1990s), XXX, 69–86.
- Betesh, S. (1952). *Proceedings of the WHO/USC Medical Teaching Mission to Israel*. Tel Aviv: Ministry of Health.
- Fairchild, A. L. (2003). *Science at the borders*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- McPherson, K. (2003). Nursing and colonization: The work of Indian health service in Manitoba 1945–1970. In G. Feldberg, M. Ladd-Taylor, A. Li & K. McPherson (Eds.), *Women's health and nation, Canada and the United States since 1945* (pp. 199–222). Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Morgan, D., Brandth, B. & Kvande, E. (2005) Thinking about gender, bodies and work. In D. Morgan, B. Brandth & E. Kvande (Eds.), *Gender, bodies and work* (pp. 1–15). Aldershot: Ashgate.
- Santa Ana, O. (1999). Like an animal I was treated: Anti-immigrant metaphors in US public discourse. *Discourse & Society*, 10(2), 191–224.

- Shilling, C. (1993). *The body and social theory*. London: Sage.
- Shlomowitz, R. (1997). Coerced and free migration from the United Kingdom to Australia and indentured labour migration from India and the Pacific Islands to various destinations: Issues, debates and new evidence. In J. Lucassen & L. Lucassen (Eds.), *Migration, migration history, history* (pp. 141–142). Berne: Peter Lang.