

חדוה אייל

# דפו פרוורה (Depo Provera)

אמצעי למניעת הריון הניתן באמצעות זריקה

על מדיניות השימוש בקרב נשות הקהילה  
האתיופית בישראל

ייעוץ מדעי:

ד"ר איילת שי, יאלי השש

עריכה:

יאלי השש, אדוה שי



KVINNA TILL KVINNA

אנו מבקשות להודות לרחל מנגולי, שרגישותה ומסירותה הרבה בעבודה עם הקהילה  
האתיופית הביאו לחשיפת הנושא.

תודות אף לוועדת ההיגוי של פרויקט נשים וטכנולוגיות רפואיות: וודה סינר, ענת גרינשטיין,  
סיון אזולאי, ד"ר נופר ליפקין, אדוה שי, ד"ר איילת שי, הדס און, יאלי השש וליאת ליוזר.

פרויקט נשים וטכנולוגיות רפואיות פועל במסגרת ארגון "אשה לאשה" – מרכז פמיניסטי  
בחיפה. פרויקט זה שם לו למטרה לפתח מעורבות ציבורית ודיון פמיניסטי בנושאים  
המערבים מדע וחברה. שאיפתנו היא קידום דיון מעמיק על ההשלכות החברתיות, האתיות  
והכלכליות שבצד הקידמה בתחומי הרפואה והמדע.

אשה לאשה – מרכז פמיניסטי חיפה

רח' ארלוזורוב 118 חיפה 33276

טלפון: 04-8650977 פקס: 04-8641072

דואר אלקטרוני: [wmt.isha@gmail.com](mailto:wmt.isha@gmail.com)

אתר אינטרנט: [www.isha.org.il](http://www.isha.org.il)

## הקדמה

בשנת 2008 התפרסמה באחד העיתונים היומיים בארץ, כתבה על מדיניות מכוונת של מתן אמצעי המניעה דפו פרוורה לנשים בקהילה האתיופית בישראל.<sup>1</sup> על פי הנאמר בכתבה, אמצעי המניעה דפו פרוורה ניתן באופן שיטתי לנשים מהקהילה האתיופית כחלק ממדיניות של צמצום הילודה. במסגרת פרויקט "נשים וטכנולוגיות רפואיות" של ארגון "אשה לאשה" – מרכז פמיניסטי חיפה, ביקשנו ללמוד את הסוגיה, ולבחון האם אמנם קיימת מדיניות מכוונת מצד מוסדות הבריאות בנוגע לאספקת אמצעי מניעה לאוכלוסיות יעד, ובאופן ספציפי לקהילת הנשים יוצאות אתיופיה. בנוסף בחנו כיצד משפיעה מדיניות זו על בריאות נשים באותן אוכלוסיות, ועשינו נסיון לברר האם במסגרתו של תהליך זה נשמרת הזכות למידע וחופש הבחירה.



## מבוא

האמצעים השונים למניעת הריון שינו את חיינו ללא הכר ואפשרו לנשים חופש מיני גדול מבעבר, וכן חופש בחירה גדול יותר בנוגע להחלטות הפרייון שלהן. עם זאת, לכל אמצעי מניעה יתרונות וחסרונות הדורשים על פי רוב מעקב רפואי שוטף. בחירת אמצעי המניעה המיטבי עבור כל אשה מחייבת בחינה של מכלול נתונים הבריאותיים והעדפותיה. תהליך בחירת אמצעי המניעה הוא שלב בסיסי וחשוב במערך בריאות נשים ושמירה על זכויותיהן וטיבם של יחסי המטפל/ת-מטופלת קובעים במידה רבה עד כמה שלב זה נעשה כראוי.

על מנת לבחון את טיבו ומיטביותו של תהליך זה, יש לבדוק את התנאים החברתיים והפוליטיים במסגרתם הוא מתקיים. זאת, על מנת לוודא שהקשר המקצועי בין המטופלת למטפל/ת לא יושפע מדעות קדומות, גזענות או שיקולים פוליטיים המעצבים תפישה לאומית וחברתית של גוף האשה, תפישה שכתורה עלולה לסתור זכויות בסיסיות של המטופלת.

## מטרות הדו"ח

- א. מתן מידע על אמצעי המניעה דפו פרוורה.
- ב. שרטוט וניתוח מדיניות הפצת אמצעי זה בקרב נשים בישראל בכלל, ונשים מהגרות מאתיופיה בפרט.
- ג. ניתוח הקשר שבין בריאות נשים, העצמת נשים ומדיניות הפצת אמצעי המניעה בקרב קבוצות חברתיות בישראל.

בדו"ח שלושה פרקים. הפרק הראשון עוסק באמצעי המניעה דפו פרוורה, על חסרונותיו

ויתרונותיו, כולל רקע היסטורי של השימוש שנעשה בזריקה במדינות שונות בעולם. הפרק השני מביא את ממצאיו של מחקר מיפוי שערכנו, הכולל שני חלקים עיקריים: בחלקו האחד תשובותיהם של הגורמים הממסדיים הרלוונטים לגבי מדיניות השימוש בזריקה, ובחלקו האחר עדויות מראיונות עם נשים אתיופיות שהשתמשו או משתמשות באמצעי מניעה זה. הפרק השלישי בדו"ח זה דן במשולש היחסים – נשים, מדינה ואמצעי מניעה. את הדו"ח מסכמות המלצותינו לשינוי המדיניות בנוגע לשימוש באמצעי מניעה.

## אמצעי המניעה דפו פרוורה

דפו פרוורה הוא תכשיר המכיל אנלוג של ההורמון פרוגסטרון וניתן בזריקה אחת לשלושה חודשים. הפרוגסטרון מונע ביוץ על ידי עיכוב שחרור הורמונים מבלוטת יותרת המוח, הופך את הריר הצווארי לצמיגי ועוין לכניסת זרעונים ומשפיע על רירית הרחם כך שלא תתאפשר קליטת ביציות מופרות. השימוש בדפו פרוורה אינו יעיל למניעת מחלות העוברות במגע מיני, ובכללן איידס.<sup>2</sup> אמצעי מניעה זה ניתן אך ורק במרשם רופא, והזריקה מתבצעת על-ידי אחות במרפאה. החברה המייצרת כיום את זריקת הדפו פרוורה המשוקת בישראל היא פרייז'ר (Frasier).

### רקע הסטורי

כבר בשלבי הפיתוח של זריקת הדפו פרוורה, נקשר שמה בשימוש ייעודי לקבוצות מוחלשות. בין השנים 1967-1978 התקיים בקליניקה "לתכנון המשפחה לזכר גראדי"<sup>3</sup> באטלנטה ג'ורג'יה שבארה"ב, ניסוי רפואי שביקש לבחון את יעילות הדפו פרוורה כאמצעי למניעת הריון. הניסוי נערך על כ-13,000 נשים בעלות הכנסה נמוכה, מחציתן נשים שחורות. לרבות מהנשים לא נמסר כל מידע על עצם קיום הניסוי והן לא הוחתמו על טופס הסכמה מדעת או קיבלו כל עדכון על תופעות לוואי הקיימות בתרופה זו. כתוצאה מהשתתפות בניסוי, חלו כמה מהן ובמהלך הניסוי אף נרשמו מקרי מוות. מנהל המחקר, ד"ר רוברט הטשר (Robert Hatcher) והחוקרים השותפים, לא דיווחו על תופעות הלוואי הקשות מהן סבלו משתתפות

2 דרורית הוכנר (2006) אמצעי מניעה, פרולוג מוציאים לאור

3 Grady Memorial Family Planning

הניסוי.<sup>4</sup> מידע זה התגלה לאחר שארגון הבריאות לנשים שחורות BWHR<sup>5</sup> הצליח, למרות שלא נוהל רישום מסודר של פרטי המשתתפות, לאתר כמה מהנשים שלקחו חלק בניסוי וגילה כי חלקן סבלו ממחלות קשות, כמו סוגי סרטן, דיכאון קליני ונטייה להתאבדויות.<sup>6</sup> השימוש הנרחב בתרופה בקרב נשים עניות ומקבוצות מיעוטים בארה"ב, וכן הטיפול והמעקב הרפואיים הלקויים להם זכו נשים אלו, הותירו שאלות רבות ללא מענה. תופעות אלו, של ניסויים רפואיים לא אתיים בתהליכי פיתוח הזריקה, טיפול רפואי לקוי וחס פטרנליסטי מצד הממסד הרפואי כלפי נשים מקבוצות מוחלשות, שבו והופיעו גם מחוץ לגבולות ארצות הברית.

חברת התרופות שעסקה בפיתוח הזריקה היתה חברת Upjohn; בשנים 1976, 1978 ו-1983 הוגשו לרשות לתרופות ומזון בארה"ב (FDA) בקשות לאישור התרופה, אך אלו נידחו. בסופו של דבר אושרה התרופה לשימוש בארה"ב רק בשנת 1992.

במקביל למאבק לאישור הזריקה בארה"ב, שיווקה חברת Upjohn את הזריקה לכשמונים מדינות, רובן מדינות עולם הרוב (המכונות מדינות העולם השלישי). במדינות אלו ניתנה הזריקה, על פי רוב, במסגרת תוכניות לתכנון משפחה וצמצום הילודה. מאז סוף שנות השישים,<sup>7</sup> נעשתה הפצת התרופה במקומות אלה כמעט ללא פיקוח וללא הסכמה מסודרת מצד מקבלות התרופה. בדרום אפריקה ניתנה הזריקה לנשים שחורות צעירות מבלי לקבל את הסכמתן. בתאילנד, במחנה הפליטים Kao-I-Dong שבגבול קמבודיה, חולקו למשפחות עופות מאכל בתמורה להסכמה לקבלת הזריקה. בפיליפינים אושר השימוש בדפו פרורה כאמצעי מניעה ובתמורה תמכה קרן האו"ם לפעילות אוכלוסין (UNFPA) במאמצי הממשל המקומי לתכנון המשפחה, תוך קידום השימוש בזריקה.<sup>8</sup>

לאחר אישור התרופה על-ידי ה-FDA, הביעו קבוצות נשים במקומות שונים בעולם,

Karen Hawkins, Jeff Elliott (1996) "Seeking Approval", Albion Monitor <http://www.monitor.net/monitor/controlled/bc-depohearing.html> 4

Black Women's Health Project 5

Andy Smith's(2002) "Better Dead Than Pregnant: The Colonization of Native Women's Reproductive Health", in (Jael Silliman and Anannya Bhattacharjee ed.): *Policing the National Body: Race, Gender, & Criminalization*, South End Press, p.132-134 6

Leary, Warren E. "U.S. Approves Injectable Drug As Birth Control". *The New York Times*. October 30, 1992 7

Karen Hawkins, Jeff Elliott (1996).

Amy Goodman (1985) "Marketing Abroad", *The Multinational Monitor* (v.6, n 2&3). 8  
<http://multinationalmonitor.org/hyper/issues/1985/02/marketing-abroad.html>



ובהם ארה"ב, קנדה והודו, את התנגדותן לשימוש בדפו פרוורה, בשל תופעות הלוואי השונות עליהן דיווחו נשים<sup>9</sup>. אחת הדוגמאות הבולטות למאבק בזריקה היתה בשנת 2002. בלחץ ארגוני הנשים בהודו, עצרה הממשלה המקומית את התוכנית לכלול את הזריקה דפו פרוורה במערכת שירותי הבריאות.<sup>10</sup> בשנת 2003 ערך ארגון הנשים ההודי Sama מחקר הבוחן את סוג המידע שקיבלו נשים שהשתמשו בזריקת הדפו פרוורה, ואת מידת חופש הבחירה שהיה בידן בנוגע לשימוש בה.<sup>11</sup> תוצאות המחקר, בו רואיינו 50 נשים בגילאי 21-30, הראו כי למעלה ממחציתן כלל לא יודעו על קיומם של אמצעי מניעה אחרים, ואילו רובן המכריע (42 נשים) לא קיבל כל מידע על תופעות הלוואי שנקשרו בדפו פרוורה. סקירה קצרה זו מצביעה על הבעיות האתיות השונות, ובהן הפרת זכויות בסיסיות של נשים, שנכרכו במהלך העשורים האחרונים עם השימוש בזריקת הדפו פרוורה. בנוסף לכך, יש בה כדי להצביע על ההשפעה שיש ליחסי כוח בין מדינות מערביות למדינות עולם הרוב, בין נשים לגברים, בין קבוצות מוחלשות לקבוצות דומיננטיות ואף לשיקולים כלכליים ופוליטיים, בכל הקשור ליישומן של טכנולוגיות רפואיות באוכלוסיות יעד.

## היתרונות והחסרונות של אמצעי המניעה דפו פרוורה

בשנים האחרונות הופחתו במידה רבה הסיכונים שבשימוש בזריקת הדפו פרוורה. להלן מרוכזים החסרונות והיתרונות של אמצעי המניעה דפו פרוורה כפי העולה ממחקרים עדכניים:<sup>12</sup>

- 9 על ארגון CWPE בארה"ב ראו: <http://cwpe.org/node/185>  
 על הקואליציה למאבק בדפו פרוורה בקנדה: [http://www.cwhn.ca/resources/birth\\_control/depoLetter.html](http://www.cwhn.ca/resources/birth_control/depoLetter.html), על המחאה בהודו: <http://www.issuesinmedicalethics.org/131di008.html>  
 10 Amy Oliver & Diana Dukhanova (2005), "Depo-Provera: Old Concerns, New Risks", *DifferenTakes* (32) p.1-4.  
<http://www.global-sisterhood-network.org/gsn/downloads/2005-4.pdf>  
 11 Ibid  
 Sama Resource Group for Women and Health (2003), *Unveiled Realities: A study on women's experiences with Depo-Provera and injectable contraceptive*, New Delhi, India.  
 12 דרורית הוכנר (2006) אמצעי מניעה, פרולוג מוציאים לאור.  
 Edith R Guilbert et al. (2009) "The use of depot – medroxyprogesterone acetate in contraception and its potential impact on skeletal health", *Contraception* 79, p 176-177.

**יתרונות:**

1. זהו אמצעי מניעה נוח לשימוש, דיסקרטי מאד, שאינו מצריך שיתוף פעולה של בן הזוג.
2. בשימוש ארוך טווח גורם לירידה בכמות הדימום הוגינאלי עד להפסקת המחזור ולכן מהווה יתרון בקרב נשים עם אנמיה, הנובעת מדימום ויסתי מוגבר.
3. מונע, במקרים מסויימים, מיגרנות.
4. מהווה טיפול מונע כאב לאנדומטריוזיס (התפשטות רירית הרחם).
5. מועדף לשימוש עבור נשים הסובלות מאפילפסיה, בהבטיחו העדר אינטראקציה עם תרופות נוגדות פרכוס (בניגוד לאמצעי מניעה הורמונליים הניתנים דרך הפה) ואף מונע פרכוסים.
6. מוריד את הסיכון לסרטן של הרחם ב־80%, ולא מעלה סיכון לסרטן השד.
7. ניתן להשתמש בו בזמן הנקה.
8. מונע סימפטומים של מנופאווה (גלי חום).
9. מועדף לשימוש במקרים בהם האשה מעוניינת באמצעי מניעה הורמונלי וקיימת התוויית נגד לשימוש באסטרוגן (נשים מעל גיל 35 המעשנות ו/או סובלות מהשמנת יתר, יתר לחץ דם או קרישיות יתר).

**חסרונות:**

1. גורם לאי־סדירות של המחזור, לרבות דימום וגינלי בין הווסתות.
2. עשוי לגרום להשמנה אצל כרבע מהנשים.<sup>13</sup>
3. גורם לכאבי ראש אצל חלק מהנשים.
4. דווחו השפעות על שינויי מצב הרוח בקרב נשים עם נטייה לדיכאון או PMS. הקשר הסיבתי בין אמצעי המניעה למצב הרוח לא הוכח, ועם זאת מומלץ מעקב קליני אחר תסמיני דיכאון אצל נשים הנוטלות את התרופה, במיוחד אם יש היסטוריה של הפרעות מצב רוח.
5. גורם לירידה ב HDL – הכולסטרול הטוב.

6. שימוש ארוך מונע ביוץ לטווח של מספר חודשים מהפסקת התרופה ולכן לא מומלץ לנשים שרוצות להרות בשנה הקרובה.
7. מאחר שהתכשיר פעיל לזמן ארוך, במידה ומופיעות תופעות לוואי אין אפשרות להפסיק את הטיפול באופן מיידי.
8. פגיעה במסת העצם ("צפיפות העצם") בגלל הירידה ברמת האסטרוגן. דפו פרוורה גורמת לפגיעה משמעותית יותר במסת העצם בהשוואה לאמצעי מניעה פרוגסטינים אחרים, בגלל תכונות פרמקולוגיות נוספות. על כך נדון עתה בהרחבה.

אוסטיאופורוזיס (פגיעה במסת העצם) היא בעיה בריאותית נפוצה בקרב נשים שעברו את גיל הפוריות, הגורמת לעלייה בשכיחות שברים בעצמות, העשויים לגרום לתחלואה ארוכת טווח. ירידה בצפיפות העצם נצפתה בשימוש בדפו פרוורה בכל קבוצות הגיל. יש לציין שהשפעת הזריקה על מסת העצם דומה להשפעה על המסה שיש להריון ולהנקה. בקרב נערות צעירות, הנמצאות בגיל בו מתרחשת בניית העצם המשמעותית ביותר, נצפתה בעת טיפול בדפו פרוורה ירידה במדדי צפיפות העצם, אך תוך שנה מהפסקת הטיפול חלה עליה במדדים אלו עד לרמה הנורמלית לגיל.

תוצאות ראשוניות של מחקר חדש מצביעות על כך שנשים צעירות המשתמשות בדפו פרוורה מעל לשנתיים חשופות לסיכון מוגבר לשברים, פי 1.24 ביחס לנערות אחרות בנות גילן.<sup>14</sup> אצל נשים שנטלו דפו פרוורה לפני גיל המעבר, נמצא שעם הפסקת המחזור צפיפות העצם שלהן משתווה לזו של נשים שלא טופלו בזריקה.

מחקר בקרב נשים חוסות עם בעיות התפתחותיות, הראה עלייה משמעותית בסיכון לשברים בעת טיפול בדפו פרוורה.<sup>15</sup> בקרב קבוצה זו, כמו גם בקרב קבוצת הנשים האתיאיות, קיימים משתנים נוספים שיש לתת עליהם את הדעת, החושפים אותן לפגיעה גדולה יותר במסת העצם. לגבי אוכלוסיית הנשים החוסות, יודגש כי נשים אלה סובלות מאוסטיאופורוזיס ושברים בשכיחות גבוהה יותר גם לפני גיל המעבר, בשל ירידה בפעילות גופנית, מיעוט בחשיפה לאור שמש וטיפול בתרופות נוספות המגבירות את איבוד העצם ואת נטיית היתר

Nancy A. Melville, Depot Medroxyprogesterone Acetate Associated With Fracture Risk in Young Women, *CME*, 18.9.2009. <http://cme.medscape.com/news>

Edith R. Guilbert et al. (2009). 15

לנפילה. נשים שחורות<sup>16</sup> הן בעלות נטייה גדולה יותר מנשים לבנות לסבול מחוסר בויטמין D, מאחר ועורן מייצר פחות מויטמין זה בחשיפה לשמש, וכתוצאה מכך עשויות להמצא בסיכון גדול יותר מאחרות לאוסטאופורוזיס, בייחוד בהינתן גורמי סיכון נוספים. משום כך, יש לנקוט במשנה זהירות במתן תרופות הפוגעות במסת העצם בקרב קבוצות אלו. חשוב לציין שכיום לא קיימים מחקרים ארוכי טווח הבודקים סוגייה זו בקרב נשים מבוגרות.

תופעות הלוואי השונות הפכו את הדפו פרורה לאמצעי מניעה שנוי במחלוקת. למעשה, מעל ל- 70% מהנשים האמריקאיות שהשתמשו באמצעי מניעה זה הפסיקו את השימוש בו לאחר השנה הראשונה.<sup>17</sup>

Loomis WF(1967) "Skin-pigment regulation of vitamin-D biosynthesis in man", 16  
*Science*,4;157(788): 501-6.

Amy Oliver & Diana Dukhanova (2005) 17

## מדיניות השימוש באמצעי המניעה דפו פרוורה בישראל – תוצאות מחקר המיפוי

בניסיון להתחקות אחר המדיניות הרשמית הננקטת בישראל ביחס לאמצעי המניעה דפו פרוורה בקרב נשים בישראל, פנינו לגורמים ממסדיים שונים, ובראשם משרד הבריאות. בתשובת משרד הבריאות, מיום 15 ליולי 2008, נמסר ע"י גב' דינה חמו, מרכזת היחידה לפרמקולוגיה קלינית ומידע תרופתי, כי בינואר 1996 "... נרשמה לתכשיר שנקרא DEPO-PROVERA 150MG/ML ההתוויה מניעת הריון כשיש אינדיקציה רפואית לכך וכשלא ניתן להשתמש באמצעים אחרים" (ההדגשה שלי, ח.א.).<sup>18</sup>

מקופת חולים כללית נמסר כי הקריטריונים לקבלת הזריקה הם:<sup>19</sup>

- נשים שאין להן התוויית נגד לטיפול פרוגסטורון
- כאשר ישנו כשלון של אמצעי מניעה אחרים
- כשאין אפשרות או רצון לשים התקן תוך רחמי - מירנה

נראה כי המדיניות הכללית המוצהרת אינה רואה בדפו פרוורה אמצעי מניעה מומלץ, אלא אמצעי מניעה שיש להשתמש בו רק במידה ואמצעים אחרים אינם מתאימים.

### מי מקבלות את אמצעי המניעה דפו פרוורה?

בעקבות פרסום פרשת מתן הזריקה לנשים מהקהילה האתיופית בשנת 2008, ועל פי בקשתנו, הגיש חבר הכנסת אופיר פינס-פז, שאילתה בנושא לשר הבריאות דאז, יעקב בן-יזרי. בפני השר הוצגו שתי שאלות מרכזיות:

1. האם קיימת מדיניות ייחודית במתן אמצעי מניעה עבור נשים אתיופיות?
2. האם נשים מקבלות מידע על הזריקה ותופעות הלוואי שלה?

18 מכתב תשובה משרד הבריאות מיום 15.07.08  
19 מכתב תשובה קופת חולים כללית מיום 05.05.09

השר בן יזרי טען כי על פי בדיקת משרד הבריאות אין מדיניות נפרדת לנשים אתיופיות. השר הסביר כי אחת הסיבות שנשים אתיופיות משתמשות בזריקה היא "שהשימוש ב"דפו 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"<sup>20</sup> (הדגשות שלי ח.א).

בניגוד לדבריו של שר הבריאות בן יזרי בכנסת, על פיהם השימוש בדפו פרוורה מקובל מאוד על ידי נשים באתיופיה, מציג ארגון הבריאות הבינלאומי WHO בדיווחיו תמונה שונה (ראי דיאגרמה 1). פילוח השימוש באמצעי מניעה משנת 1997 מצביע על שימוש נרחב מאוד דווקא בגלולות,<sup>21</sup> הנפוצות גם בישראל.<sup>22</sup> העובדה כי מעל 70% מהנשים המשתמשות באמצעי מניעה באתיופיה משתמשות בגלולות, כתרופה הניתנת בבליעה, עומדת בסתירה לטענת המדינה באמצעות שר הבריאות כביכול ישנה "העדפה תרבותית" בקהילה האתיופית לזריקת הדפו פרוורה.

20 תשובת שר הבריאות לשאלתא מטעם ח"כ אופיר פינס לשר הבריאות, מיום 16.6.08.

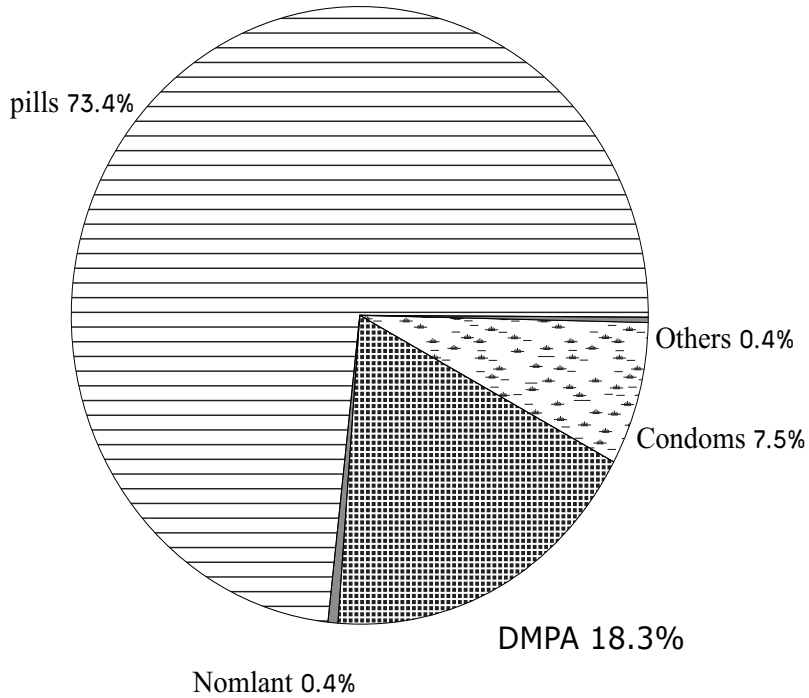
21 אתר ארגון הבריאות העולמי, WHO, כניסה ביום 13.7.2009.

22 [http://www.who.int/reproductive-health/publications/HRP\\_ITT\\_99\\_1/HRP\\_ITT\\_99\\_1.9.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/HRP_ITT_99_1/HRP_ITT_99_1.9.en.html)

עפ"י נתוני משרד הבריאות, אמצעי המניעה הנפוצים ביותר בישראל הם גלולות והתקן תוך רחמי. בכל אחד מהאמצעים הללו משתמשות כ-24% מכלל אוכלוסיית הנשים בישראל.

מתוך אתר משרד הבריאות, המחלקה לאם ולילד המתבגר (כניסה ביום 15.7.2009): <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?PageId=3853&parentId=3649&catId=660&maincat=35>

דיאגרמה 1: פילוח השימוש באמצעי המניעה למניעת הריון באתיופיה (1997)<sup>23</sup>



כדי למפות את השימוש בדפו פרורה פנינו למשרד הבריאות ולקופות החולים – מכבי, הכללית ומאוחדת. במכתב אותו הפנינו לקופות השונות שאלנו: מה הם נוהלי השימוש בדפו פרורה? מהו מספר המטופלות בתכשיר? האם ישנו פילוח של אוכלוסית הנשים הצורכות זריקה זו על פי מוצא, דת ו/או קריטריונים נוספים? (נספח 1)

מהתשובות שהגיעו לידינו עולים הפרטים הבאים:

ממשרד הבריאות נמסר כי אין במשרד מידע מסוג זה וכי עלינו להפנות את שאלותינו לקופות החולים השונות.<sup>24</sup>

23 אתר ארגון הבריאות עולמי WHO, כניסה ביום 13.7.2009. [http://www.who.int/reproductive-health/publications/HRP\\_ITT\\_99\\_1/HRP\\_ITT\\_99\\_1.9.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/HRP_ITT_99_1/HRP_ITT_99_1.9.en.html)

24 מכתב תשובה משרד הבריאות מיום 15.07.08

מקופת חולים מכבי נמסר כי אין בנמצא נתונים לגבי מוצא אתני של המשתתפות או פילוח אחר שאותו ביקשנו (על פי דת, מוצא אתני, גילאים, יישובים בארץ).<sup>25</sup> לעומת זאת, דווח לנו ממכבי כי במחצית הראשונה של 2009 נמכרו כ-1,200 אריזות של הזריקה. חישוב מהיר מעלה כי מדובר לכל הפחות ב-400 נשים המקבלות באמצעות קופה זו את הזריקה.

מקופת החולים מאוחדת לא קיבלנו תשובה עד למועד פרסום מסמך זה. מנתונים שסיפקה קופת החולים כללית עולות שתי מגמות מהותיות:<sup>26</sup> \* בין השנים 2005-2008 חלה עליה ניכרת בכמות המשתמשות באמצעי המניעה דפו פרורה (ראי טבלה 1). בשנת 2005 עמד מספרן הכולל של הצרכניות על 1,687 ואילו בשנת 2008 הגיע מספרן ל-4,833 – כלומר עליה של כמעט פי שלושה (286%). מתוך 4,833 צרכניות הזריקה בשנת 2008, כ-2,759 (57%) הן יוצאות אפריקה, זאת מתוך 10 קבוצות מוצא שונות המוגדרות בנתונים, ולמרות ששיעורן היחסי של נשים ממוצא אתיופי בתוך כלל האוכלוסייה בישראל, הוא נמוך בהרבה.

על פי נתונייה של קופ"ח כללית, אם כן, עולה מגמה ברורה של מתן הזריקה בעיקר לקבוצת הנשים ממוצא אפריקאי, ובמילים אחרות, במבנה הדמוגרפי של האוכלוסייה בארץ, לנשים מהקהילה האתיופית.

פלח אוכלוסייה נוסף של נשים המקבל את זריקת הדפו פרורה הוא נשים הסובלות ממוגבלויות שונות. במאמרם<sup>27</sup> על דפוסי השימוש באמצעי מניעה בקרב נשים עם מוגבלויות בישראל, מציינים מוראד, מריק ואחרים כי בתקופה שבין 1999-2006 עמד אחוז החוסות במרכזים לאוכלוסייה עם מוגבלויות בישראל שהשתמשו באמצעי מניעה כלשהם על 11%-16%. 8.22%-12.2% מכלל הנשים החוסות השתמשו בדפו פרורה, ורק 3.15%-4.15% השתמשו בגלולות. לטענת הכותבים, הסיבה לשימוש הנפוץ באמצעי מניעה בזריקה הינו מ"טעמי נוחות למערכת".

25 מכתב תשובה קופת חולים מכבי מיום 07.05.09

26 מכתב תשובה קופת חולים כללית מיום 05.05.09

27 Morad M, Kandel I, Merrick J (2009) "Residential care centers for persons with intellectual disability in Israel: trends in contraception methods 1999—2006", *Med Sci Monit*, 15(6): PH37—9.



טבלה 1. נתוני שימוש בדפו פרוורה, בקרב חברות קופת חולים כללית, על פי ארץ המוצא<sup>28</sup>

2008	2007	2006	2005	ארץ המוצא
מספר צרכניות	מספר צרכניות	מספר צרכניות	מספר צרכניות	
1740	1726	1486	587	ישראל
185	164	164	61	בריה"מ לשעבר
30	37	46	16	אסיה
40	36	33	16	אירופה
9	10	7	2	צפ' אמריקה
40	40	35	9	דר' אמריקה
2759	2693	2174	992	אפריקה
1	1	–	–	אוסטרליה+ניו זילנד
–	1	–	–	ניו זילנד
24	23	7	4	לא ידוע

## עדויות של נשים יוצאות אתיופיה

על מנת לקבל תמונה רחבה על מדיניות השימוש בדפו פרורה הלכה למעשה, ערכנו ראיונות אישיים, שכללו מילוי שאלון מקיף בקרב נשים יוצאות אתיופיה. הראיונות התקיימו בשפה האמהרית, על ידי מראיינות דוברות אמהרית ועברית. ראיינו תשע נשים אתיופיות בגילאי 31-40 המשתמשות, או השתמשו בעבר, בזריקת הדפו פרורה. המראיינות מתגוררות בשני אזורים בישראל – אזור פרדס כץ ואזור הקריות – בהם קיימות קהילות אתיופיות גדולות. כל המראיינות מתגוררות בישראל מעל לארבע שנים. בנוסף לראיונות האישיים שערכנו, קיבלנו מידע שנאסף על-ידי צוות פרויקט תיעוד של הטלוויזיה החינוכית,<sup>29</sup> במסגרתו התקיימו שני ראיונות קבוצתיים במרכזי הקליטה קרית-גת ואשקלון, בהם השתתפו 30 נשים.<sup>30</sup>

איסוף העדויות מנשים אתיופיות איננו משימה פשוטה. בקרב חברי הקהילה האתיופית קיימים חוסר אמון וחשש גדול מפני גופים ממסדיים ואחרים. קל וחומר כאשר מדובר בנושא רגיש המתייחס למיניות האשה. כדי לשמור על אנונימיות המראיינות, הן תוצגנה להלן על פי מספר הראיון הסידורי שהוענק על-ידינו.

בנוסף לראיונות שערכנו עם הנשים האתיופיות, ראינו מנהלת ויצ"ו בפרדס כץ שבבני ברק, הגב' רחל מנגולי,<sup>31</sup> הפעילה למען זכויות הקהילה האתיופית בישראל, לרבות זכויות ילדים. הגב' מנגולי החלה לחשוד כי קיימת מדיניות של צמצום ילודה בקרב אוכלוסיית המהגרות מאתיופיה, לאחר שהתברר שבקהילה של 57 משפחות נולדה רק תינוקת אחת בשלוש השנים האחרונות (נכון לשנת 2008). כאשר מספר נשים התלוננו בפניה על תופעות לוואי שמזכירות תופעות המוכרות מתחילת ההריון (בחילות, בטן נפוחה, עייפות ועוד), היא ליוותה את הנשים לטיפול אצל רופא נשים במרפאת קופ"ח כללית שבפרדס כץ. כך

29 הראיונות הקבוצתיים נערכו על ידי תחקרניות של הטלוויזיה החינוכית, "באו תקשרות", במסגרת איסוף נתונים לפרויקט תיעוד בנושא אמצעי המניעה דפו פרורה.

30 הראיון במרכז הקליטה באשקלון התקיים ביום 23.8.09, וזה שבמרכז הקליטה קרית גת ביום 25.8.09

31 ראיונות טלפוניים עם הגב' רחל מנגולי התקיימו בימים 26.4.2009 ו-5.6.2009

נחשפה הגב' מנגולי לראשונה לעובדה כי אחת לשלושה חדשים הנשים מקבלות זריקות למניעת הריון – דפו פרוורה. לאחר שהתעקשה לקבל הסבר, ענה לה מנהל הסניף במקום כי הם קיבלו הנחיה לתת זריקה זו לנשים הללו, אך סירב למסור ממי. הגב' מנגולי מעידה כי בשיחות עם הנשים, הן סיפרו לה שלא עודכנו כי לתרופה יש תופעות לוואי ולא הציגו בפניהן אלטרנטיבות מקובלות אחרות, כמו גלולות.

תשובותיהן של הנשים האתיופיות שרואיינו במסגרת המחקר, חלקן מאזור הקריות בצפון וחלקן מפרדס כץ שבמרכז הארץ, דומות. כולן דיווחו על כך שלא היו תחת כל מעקב רפואי מלבד ביקור במרפאה לצורך קבלת הזריקה ע"י אחות:

"אין שום מעקב רפואי, הייתי אצל גניקולוג רק כשהייתי צריכה להתחיל בזריקה, גם אז לא קיבלתי שום הסבר" (מרואינת מס' 4).

"אין, לא ידוע לי על שום מעקב רפואי. אני רק יודעת שאני צריכה לקנות את הזריקה ולגשת לאחות בתחנה של המרפאה כל שלושה חודשים שתתן לי את הזריקה" (מרואינת מס' 5).

לשאלתנו האם נמסר להן מידע לגבי תופעות לוואי אפשריות, התשובות היו דומות:

"לא יידעו אותי בדבר תופעות הלוואי. הרגשתי אותם כשלקחתי את הזריקה" (מרואינת מס' 7).

אשה נוספת העידה כי לא קיבלה "שום מידע על תופעות הלוואי, ובשום שפה" (מרואינת מס' 6).

**כל המרואינות דיווחו על תופעות לוואי:**

" המחזור לא הופיע במשך כמה חודשים. זה מאוד הפריע לי מבחינה זו לא ידעתי מה לעשות והפסקתי לאחר חצי שנה" (מרואינת מס' 1).

"הקאות וסחרחורות" (מרואינת מס' 7).

"כאבי בטן, נפיחות בבטן וכאבי ראש" (מרואינת מס' 9).

"יש תופעות לוואי שאני שומעת מחברות, גם אצלי, כמו השמנה ואי הופעת הווסת"  
(מרואינת מס' 5).

"אני סובלת מכאבי ראש ובערה בכל הגוף" (מרואינת מס' 4).

"אני מרגישה לא טוב מאז הזריקות. יש לי כאבים באגן, בבטן, ראש. כל הזמן"  
(מרואינת מס' 6).

מהעדויות ניכר כי חסר מידע מלא ושלם על מגוון אמצעי מניעה שיאפשרו לאשה להחליט ולהתאים את אמצעי המניעה על פי צרכיה ונוחותה האישיים. באשר לשאלת הידע על סוגי אמצעי מניעה המוכרים להן, חמש מרואינות ענו כי לא הכירו שום אמצעי מניעה מלבד הדפו פרורה:

"לא מכירה שום אמצעי מניעה אחר" (מרואינת מס' 3).

"לא מכירה. לאחר הכתבה בעיתון ושיחה עם יו"ר ויצ"ו נודע לי על אמצעים אחרים כמו גלולות והתקן" (מרואינת מס' 7).

"לא היה ידוע לי על אמצעי מניעה אחרים עכשיו ידוע לי על גלולות" (מרואינת מס' 9).

שלוש מרואינות דיווחו כי הכירו את הקונדום והגלולות ורק אחת ידעה על ההתקן התוך רחמי. בראיונות הקבוצתיים שהתקיימו באשקלון ובקרית גת, התגלתה תמונה שונה מעט. במרכז הקליטה באשקלון נכחו בראיון עשר נשים, שמתוכן משתמשות תשע בוריקה כאמצעי מניעה.

הן דיווחו כי קיבלו מידע מלא ומפורט על סוגי אמצעי המניעה השונים ובחרו להשתמש בזריקה. יחד עם זאת, בחרה אחת המרואיינות להסביר את הבחירה בזריקה על פני גלולות, באמרה:

“נראה לי מסובך, צריך לדעת לקרא ולכתוב כדי לקחת את הגלולות. הזריקה יותר פשוט”

לאחר ארבע שנים של שימוש בזריקה, החליטה אותה מרואיינת להפסיק מלקיחתה:

“שבועיים קבלתי מחזור ללא הפסקה וסבלתי מכאבים והתביישתי לספר למדריכים שיש לי דימום שלא מפסיק שהמצב החמיר אמרתי להם ולקחו אותי לטיפול”.

מקרה זה ממחיש את העובדה כי מתן מידע מפורט אינו מספק וכי חייבים להילוות אליו היכרות עם צרכי הנשים וליזוי שלהן בתקופת השימוש בתכשיר. יש לוודא שאמצעי המניעה על סוגיהם השונים זמינים לנשים, וכי הממונים על בריאותן מהווים כתובת דיסקרטית, נוחה ומזמינה להתייעצות ודיווח במקרים של תופעות לוואי או צורך בעזרה כלשהי.

בראיון הקבוצתי בקרית־גת נכחו עשרים נשים. אחת־עשרה מתוכן משתמשות באמצעי מניעה – עשר בזריקת הדפו פרוורה ואחת בגלולות. חלקן של הנשים סיפרו כי השתתפו בסדנאות שניתנו במחנה בגונדר (מחוז באתיופיה בו התרכזו הקהילה היהודית לפני העלייה ארצה), שם קיבלו הדרכה על אמצעי מניעה. הן דיווחו כי הן העדיפו את הזריקה על פני אמצעי אחר, אולם מעטות בלבד ידעו לספר על אמצעי מניעה אחרים. כשנשאלו האם הוסברו להן תופעות הלוואי האפשריות, הסתבר שרק חלקן שמע על קיומן של אלה. הנשים דיווחו כי בסדנאות שניתנו במחנה בגונדר הסבירו להן כיצד יש לגדל ילדים ו”בעיקר על כך שחשוב לדאוג לאלה שנולדו קודם מאשר ללדת עוד ועוד”.

ראיונות קבוצתיים מוגבלים מטבעם במתן מידע מפורט, הן בשל מגבלת הזמן ביחס למספר רב של א/נשים והן בשל לחץ, גלוי או סמוי, מצד המשתתפים האחרים לגבי המידע ואופיו. יתר על כן, יתכן במסגרתם מצב בו חוסר הרצון לשתף באופן גלוי מונע את חשיפתו של מידע חשוב. יחד עם זאת, נתוני הראיונות הקבוצתיים שנערכו מלמדים אותנו מספר

דברים חשובים: חלקן של הנשים השתתף בסדנאות הדרכה לגבי אמצעי מניעה עוד בארץ מוצאן; המידע שקיבלו בסדנאות עודד אותן לצמצם ילודה והותיר רבות מהן ללא ידע על אמצעים אחרים למניעת הריון פרט לדפו פרורה. חמור מכך, גם אם ההשתתפות בסדנאות בגונדר סייעה בהגברת המודעות לאופני שימוש באמצעי מניעה, הרי שהנשים נותרו ללא מודעות לתופעות הלוואי של השימוש בזריקה.

רובן של המרואיינות דיווח כי המידע על אמצעי המניעה דפו פרורה הגיע אליהן לראשונה מהג'וינט, אנשי הסוכנות היהודית ו/או דרך משרדי הקליטה, אם בהרצאות שקיבלו באתיפיה או אם בימים הראשונים שלהן בישראל, במסגרת הרצאות על תכנון המשפחה מטעם הסוכנות ומשרד הקליטה. כך, למשל, עולה מהראיונות האמירה הבאה בהקשר זה: "... פה בארץ במרכז הקליטה נאמר לנו כי אין כסף לגדל ילדים" (מרואיינת מס' 7). לשאלתנו, ממי נודע להן לראשונה על הזריקה, נענינו על ידי שלוש נשים כי המקור למידע היו מרכזי הסוכנות:

"הסוכנות היהודית באתיפיה... לא ידעתי באו אלי הביתה והמליצו לי" (מרואיינת מס' 3).

ארבע נשים העידו כי את המידע על הזריקה קיבלו ממקורות שונים. המקור העיקרי היה הסוכנות היהודית. בנוסף למקור זה, מסרו שלוש נשים מתוך הארבע כי קיבלו את המידע על הזריקה כבר במרכז שבגונדר, השייך לג'וינט העולמי.

"מדריכה בגונדר, ובמרכז הקליטה הגיעה מדריכה להסביר לנו על הזריקה" (מרואיינת מס' 8).

האשה הרביעית סיפרה כי "אחות מטעם הממשל המקומי וגם מהסוכנות היהודית באתיפיה" (מרואיינת מס' 5).

רק אשה אחת העידה כי קיבלה את המידע על הזריקה מפי הרופא המטפל ואשה אחרת. סיפרה כי נודע לה על הזריקה מפי חברות.

נשים סיפרו על השיקולים ללקיחת אמצעי מניעה. חלקן דיווחו כי אינן מעונינות בילדים מתוך שיקולי תכנון המשפחה או משיקול כלכלי:

“אין כסף להביא ילדים נוספים” (מרואינת מס' 8).

“רציתי שיהיה לי קל לגדל כל ילד כמו שצריך ולא אחד אחרי השני” (מרואינת מס' 5).

לגבי שיקולי בחירת הזריקה כאמצעי המניעה המועדף עליהן, ענו רק שתיים כי אלה היו רפואיים:

“זו המלצה של מערכת הבריאות בשל מחלה ושיקול של נוחות באופן הלקיחה” (מרואינת מס' 4).

אחת הנשים העידה כי:

“השיקולים שלי הם זריקה אחת פעם בשלושה חודשים ולא כל יום שצריך לזכור לקחת גלולות. על התקן שמעתי שזה לא נוח וכואב מאוד”.

בהמשך הראיון סיפרה כי בשל תופעות הלוואי “הפסקתי לאחר חצי שנה” (מרואינת מס' 1). נציגי הסוכנות היהודית השיבו לשאלתנו על המדיניות הננקטת בנושא אמצעי מניעה, בתשובה כי “עובדי מחלקת עלייה וקליטה של הסוכנות היהודית אינם עוסקים בהתאמה או המלצה על אמצעי מניעה לעולות”. עוד נמסר כי האחריות כולה נתונה בידי המוסדות הרפואיים: “באתיופיה, הג'וינט מפעיל מרפאה בגונדר העוסקת בנושא. בארץ, המענים ניתנים באמצעות רופאי הנשים של הקופות אליהם הנשים פונות”.<sup>32</sup> שאלות דומות הפנינו לארגון הג'וינט בישראל, ונענינו כי אכן הארגון מקיים הדרכות בנושא בריאות מינית לרבות שימוש באמצעי מניעה, אך “אין בידנו פרטים מדויקים לגבי ההמלצות הניתנות

שם והשיקולים בבחירתן".<sup>33</sup> במכתבם הם אף מציעים לנו לפנות למשרד הבריאות ומשרד הקליטה כדי לקבל מידע בנושא.

ביקשנו לברר את נוהלי הטיפול בבריאות נשים אתיופיות גם במשרד הקליטה. בתגובה נמסר לנו כי עמותת "טנא בריאות", המקבלת סיוע ומימון של האגף לקליטת עולי אתיופיה, עוסקת בקידום בריאות בקהילה האתיופית בישראל (הוותיקה והחדשה). דווח לנו כי לאחרונה עלה ביקוש ההרצאות מהעמותה ונוספו נושאים כגון איידס וחינוך מיני. לשאלתנו על איזו רשות מוטלת האחריות לליווי ומעקב רפואי של נשים עולות חדשות לישראל ומהו משך זמן המעקב מטעם אותה רשות, נענינו כי "עולות חדשות מאתיופיה שרק עלו לארץ ומתגוררות עדיין במרכזי הקליטה נמצאות באחריות הסוכנות היהודית".<sup>34</sup>

לאור הנתונים המצביעים על שימוש נרחב בדפו פרורה בקרב הנשים האתיופיות, בעידוד ובהמלצת המוסדות הישראליים והיהודיים, נשאלות מספר שאלות: האם קיימת מדיניות של צמצום ילודה בקרב אוכלוסייה זו? אם כן, מדוע ישנה מדיניות כזו, ומי ניסח אותה? האם יש צורך במדיניות של צמצום ילודה, כאשר הנתונים מוכיחים כי תהליך של צמצום ילודה בקרב מהגרות ממדינות הרוב אל מדינות המערב, מתרחש מאליו, באופן טבעי וללא כל התערבות מוסדית? לחיזוק הנאמר במסגרת השאלה האחרונה יובאו נתוני הלמ"ס,<sup>35</sup> המעידים כי במהלך שלוש שנים בלבד, בין השנים 1996-1999, נרשמה ירידה בילודה של 0.7 לידות לאשה ממוצא אתיופי.

על מנת לבדוק את נגישות אמצעי המניעה דפו פרורה לכלל האוכלוסייה בהשוואה לממצאינו בדבר נגישותה לנשות הקהילה האתיופית, פנינו לבדוק האם רופאי נשים נוהגים להציע את הזריקה כאמצעי מניעה מומלץ למטופלות שונות. לשם כך ביקשנו מחמש נשים שאינן ממוצא אתיופי לשאול את רופאי הנשים שלהן<sup>36</sup> האם הם ממליצים להן להשתמש באמצעי המניעה דפו פרורה. פרופיל הנשים היה מגוון, מבחינת מוצא, גיל ומעמד כלכלי. התשובה שניתנה על ידי הרופאים היתה אחת: איננו ממליצים כלל, למעט במקרים חריגים ביותר. תשובות הרופאים חיזקו את השערתנו שהשיקולים למתן הזריקה הינם תלויי שייכות עדתית, ולא דווקא קשורים לטעמים רפואיים.

33 מכתב תשובה ארגון הג'וינט בישראל מיום 24.9.09

34 מכתב תשובה מטעם הממונה על חוק חופש המידע מטעם משרד הקליטה מיום 7.9.09

35 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, האוכלוסייה האתיופית בישראל תכונות דמוגרפיות 1996-1999, מארס 2003.

36 חמישה רופאים שונים, המשתייכים לקופות החולים כללית, מכבי ומאוחדת.



## דיון

אמצעי מניעה היוו אבן דרך חשובה ומרכזית במהפכה הפמיניסטית לשחרור האשה. מאחורי המאבק להפצת אמצעי מניעה, שהחל בתחילת המאה העשרים בארה"ב, ניצבה עמדה חברתית פוליטית, שפעלה למען שחרור האשה מדיכוי מיני ומעמדי ולהשבת שליטתה על גופה ועל אורח חייה. אך המאבק על הזכות לשימוש באמצעי מניעה, שביטא את רצון האשה לחופש מיני ולאמהות וולנטרית, ושקרא תיגר על ההבניות החברתיות הקיימות, התחלף במהירות בשיח על דמותה של האם האחראית והרציונאלית, השולטת על פוריותה לטובתה ולטובת החברה. עם השנים, נוכס שיח זה על-ידי הממסד השלט והוגדר במונחים של צמצום ילודה, תכנון המשפחה ומיגור העוני. בנוסף לשינוי זה, עבר תחום תכנון המשפחה ומניעת הילודה מדיקליזציה, כך שפיתוח אמצעי מניעה ואופן הפצתם הפכו לכלים המאפשרים לא רק שליטה חברתית על נשים, אלא אף שליטה רפואית על פוריותן.<sup>37</sup>

סוגיית אמצעי מניעת הריון היתה כרוכה תמיד, אם כך, בשאלת הגבול בין הפרטי לציבורי, בין זכות האישה על גופה ועצמאותה לבין שליטה חברתית ומשטור הגוף, ופעלה בתוך משולש של מנסחי מדיניות ציבורית, ממסד רפואי, ונשים.

אופני הפיקוח של הממשל בתחום הבריאות, ובכללם פיקוח על אמצעי מניעה, משקפים את יחס המדינה לאוכלוסייתה ולקבוצות חברתיות בתוכה. בייחוד אמורים הדברים בחברות מרובות זהויות אתניות כמו החברה בישראל. הסטנדרטים הנקבעים במערך הבריאות מבנים את אורחות חיינו, ובאמצעות הפיקוח על הפריון הם מעניקים לגיטימיות או אי-לגיטימיות בנוגע לבחירות שונות הקשורות במיניות, תעסוקה, הקמת משפחה וכד', וכן מבנים את מרקמה האנושי של החברה, כעת ולדורות הבאים.<sup>38</sup>

C.R. McCann (1994) *Birth control Politics in the United States 1916-1945*, Cornell University Press, Ithaca and London, 1994

Jael Silliman and Anannya Bhattacharjee ed. (2002) *Policing the National Body: Race, Gender, & Criminalization*, South End Press

מדיניות הילודה בישראל ביטאה לאורך השנים סדר יום מעמדי ובלדני כלפי קבוצות חברתיות שונות. יאלי השש<sup>39</sup> טענה במחקרה ליחס דיפרנציאלי של מדינת ישראל לילודה בשנות השישים והשבעים, בהן ננקטה מדיניות של ויסות ילודה: עידוד הילודה בקרב משפחות אשכנזיות מן המעמד הבינוני, וריסון ילודה בקרב נשים מזרחיות ועניות. מסמך זה מבקש לטעון למגמה דומה ביחס לנשים מהקהילה האתיופית. למעשה, בדו"ח שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה "האוכלוסייה האתיופית בישראל – תכונות דמוגרפיות 1996-1999", נכתב: "תהליך הירידה בשיעור הפרייה של נשים אתיופיות דומה לתהליך שהתרחש בשנות השישים בקרב נשים ממוצא אסיה ואפריקה, שהגיעו גם הן עם אותם דפוסי הרייה גבוהים".<sup>40</sup> בדו"ח מוצג שיעור הפרייה בקרב נשים שמוצאן מאסיה ואפריקה (מזרחיות) והוא מראה כי בין השנים 1960-1999 ירד מספר הלידות בקרב אוכלוסייה זו בממוצע של 1.9 לידות לאשה.

מדיניות צמצום הילודה במדינת שונות בעולם, ובכללן ישראל, מיושמת באמצעות דרגות שונות של שליטה ופיקוח על מערכת פרייה האשה. הפיקוח נעשה באמצעות בחירה של סוג אמצעי מניעה, המקנה שליטה מלאה של המערכת הרפואית על פוריות האשה, תוך הסרת השליטה של האשה האינדיבידואלית על פוריותה. כך, שימוש באמצעי מניעה כמו זריקה הניתנת אחת לשלושה חודשים על ידי סמכות רפואית ממסדית, מעביר את רוב השליטה למערכת הרפואית, בניגוד לגלולות או אמצעי מניעה אחרים, שניהולם נעשה בשליטה רבה יותר של האשה. כאמור, בישראל בשנות השישים והשבעים, ננקטה מדיניות של צמצום ילודה בקרב נשים מזרחיות ועניות. אמצעי המניעה שהומלץ לקבוצת אוכלוסייה זו על ידי הממסד הרפואי, היה ההתקן התוך רחמי. גניקולוגים הסבירו שהנשים המזרחיות הן "נשים פרימיטיביות שלא יכולות לקחת אחריות בחיי היומיום" ועוד הוסיפו שיש לפקח "עליהן ועל איברי הרבייה שלהן".<sup>41</sup>

בארה"ב מנהלים נשים וארגונים פמיניסטים מאבק עיקש כנגד מדיניות הממשל לנתינת

39 יאלי השש, כמה ילדים זה שמחה? מין, מעמד ועדה במדיניות הילודה בישראל, 1962-1974, עבודת גמר (MA), 2004

40 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, האוכלוסייה האתיופית בישראל תכונות דמוגרפיות 1996-1999, מארס 2003. [http://www.cbs.gov.il/www/publications/ethiopian\\_population/pdf/h\\_print.pdf](http://www.cbs.gov.il/www/publications/ethiopian_population/pdf/h_print.pdf)

41 Yali Hashash, "The Medicalization of Reproduction in Israel", in Daphna Birenbaum Carmeli and Yoram Carmeli (Eds.), *Kin, Gene and Community: Reproductive Technologies among Jewish Israelis*, Bergham Books, Oxford & New York. (forthcoming)

זריקת הדפו פרוורה לקבוצת נשים שחורות ומהגרות ממדינות הרוב (המכונות "מדינות עולם שלישי"), כחלק מצמצום הילודה. טענתן היא כי קובעי מדיניות, הממסד הרפואי ואמצעי התקשורת השונים רואים בדפו פרוורה אמצעי בקרה ושליטה נוחים למערכת שנועדו להבטיח את צמצום הפריין בקרב נשים עניות, שחורות, חסרות השכלה ונתמכות רוחה. נשים אלה מוצגות כמי שאינן יכולות לדאוג לילדיהן ולפיכך כחסרות אחריות מעצם בחירתן להרות, ללדת או לגדל ילדים.<sup>42</sup>

התמונה העולה מהמציאות בישראל של שנות השישים והשבעים ובארה"ב מול קבוצות של נשים שחורות ועניות גם כיום, היא של נקיטת מדיניות של שליטה על פוריות הנשים, ובמקביל צמצום שירותי הרווחה הניתנים להן, בטענה כי נשים אלו הן תלותיות וחסרות אחריות. כך, לצד תפישה פטרונית וגזעית המעודדת מדיניות חברתית שונה כלפי אוכלוסיות שונות, מוכתב הטיפול באלה גם על פי סדר היום הכלכלי של הממשל ורשויותיו. סדר היום הכלכלי בישראל מכתב מזה כמה עשורים נורמה חברתית-תרבותית, לפיה למדינה אין חובה לשאת בעלויות הטיפול בילדים. כתוצאה מכך, משפחות ללא אמצעי הכנסה הולמים המביאות ילדים לעולם, נתפשות כבלתי אחראיות וכמי שמכבידות על התקציב הציבורי. ממשפחות אלו נמנע סיוע כספי, בעוד שהמשפחות החזקות יותר מצליחות ליהנות לעיתים ממשאבים ציבוריים כיוון שהן נתפשות כמי שתורמות לחברה ילדים איכותיים, הזכאים לטיפול בשל תרומתם הפוטנציאלית לחברה.<sup>43</sup>

כפי שכבר צוין, שימוש גורף בדפו פרוורה נעשה גם בקרב אוכלוסיית הנשים החוסות. עצם הופעתם של נתוני שימוש מוגברים באמצעי מניעה מסוים בקרב אוכלוסיות שונות בתכלית אך המאופיינות כולן בשוליות ואחרות חברתיות, דורש השוואה ובהינתן אפשרות כי המדובר בנסיון שליטה ובקרה של המערכת על הפריין בקרבן. נשים אתיופיות, נשים חוסות ונשים מזרחיות בשנות השישים, משתייכות כולן לקבוצות אוכלוסיה השונות מהדגם הנתפס כנורמטיבי בישראל. נשים מקבוצות אלה, הנדחקות לשולי החיים הכלכליים והתרבותיים

Sara Littlecrow Russell (2000) "Time to Take a Critical Look at Depo-Provera" *DifferenTakes*, 42 1-5, p. (5).

[http://www.positive.org/JustSayYes/Depo\\_Article\\_2000.pdf](http://www.positive.org/JustSayYes/Depo_Article_2000.pdf)  
committee on women population and Environment, *Dangerous Contraceptives: Norplant and Depo-Provera*, [http://www.positive.org/JustSayYes/Depo\\_Article\\_2000.pdf](http://www.positive.org/JustSayYes/Depo_Article_2000.pdf)

43 יאלי השש, (2004).

בישראל, נתפשות כלא מתפקדות או כמתפקדות בצורה נמוכה מ"הנורמה". השוני התרבותי, החברתי או האינטלקטואלי נתפש כחוסר, ומתוך כך גם האמהות של נשים אלה נתפשת כאמהות לוקה או חסרה. על כן נראה, כי אותו יחס מתנשא שהופעל בעבר כלפי נשים מהגרות מתימן או מרוקו, מופעל כיום כלפי מהגרות מאתיופיה או נשים חוסות, וביטוי חזק במיוחד בהקשר של פריון וילודה.

הפטרנליזם בו נתקלות נשים יוצאות אתיופיה בכל הנוגע לאמצעי מניעה, הוא חלק מגישה כללית המאפיינת גם את יחסם של נותני שירות אחרים. ד"ר אסתר הרצוג טענה במחקרה, כי ריכוז העולים האתיופים במרכזי קליטה נועד לשליטה והתערבות בחייהם עליידי המדינה. העולים מאתיופיה, קובעת הרצוג, נחשבו כ"בעלי צרכים מיוחדים" ומכאן כנחשלים, ועובדות הרווחה שתפקדו כסוכנות חברתיות, ראו בנשים אתיופיות כמי שאינן מסוגלות למלא את חובותיהן הנשיות הבסיסיות, לרבות גידול ילדים וטיפול בבית ולכן זכו לפיקוח צמוד בהתנהלותן היומיומית, כולל נקיון ביתן. לטענתה, העובדה שמשרד הרווחה שלח את עובדותיו להדריך נשים אתיופיות, ולא קבוצות נשים עולות אחרות, חושפת את הגישה הפטרונית – האתנית כלפיהן.<sup>44</sup>

מהנתונים שאספנו עולה כי מדיניות הרווחה והבריאות בנוגע להפצת זריקת הדפו פרורה בקרב נשים יוצאות אתיופיה, ממשכה גישה פטרנליסטית זו, באופן המצמצם במידה ניכרת את חירותן של יוצאות אתיופיה; לא העצמת הנשים עמדה לנגד עיני הממסד בגישתו כלפיהן, אלא רצון לשליטה על גופן ופוריותן. שליטה זו הושגה לעיתים במחיר בריאותן ובהעדר התבססות על מידע שלם, המשקף את צרכיהן ורצונותיהן של הנשים.

מידע על אמצעי מניעה ונגישות לאלה, מאפשר לנשים חופש גדול יותר בניהול חייהן הכלכליים, החברתיים והבריאותיים. בחברה בה מידע הוא משאב כלכלי ופוליטי המעצב את יחסי הכוח החברתיים, יש חשיבות רבה לנגישות למידע, ולחלופין למניעתו מקבוצות אוכלוסיה שונות באופן העלול לפגוע בזכותן לבריאות, רווחה, קידמה באמצעות טכנולוגיה ועוד. בנוסף, אמצעי למניעת הריון הוא מרכיב חלקי בכל הנוגע לבריאות ומיניות האשה ויש לקחת בחשבון וליידע נשים כי אין הוא מעניק הגנה מפני מחלות מין. ניכר כי במערכת בריאות הנשים מושם דגש רב על פריון האשה ובניגוד לכך לא ניתן המקום הראוי למזעור

44 אסתר הרצוג, "עזרה או שליטה – הטיפול הבריורקטי בנשים עולות מאתיופיה", אתר מאמרים. <http://www.articles.co.il/article.php?id=24715>

סכנות בריאותיות שונות, דוגמת מחלת האיידס. במחקר שערך בשנת 1998 המרכז לבקרת מחלות (The Center for disease Control) CDC בסוכנות של מחלקת בריאות הציבור של ארה"ב, הובחנה עליה חדה בתחלואת איידס בקרב נשים צעירות. רוב הנדבקות החדשות, היו נשים שחורות והיספניות, בנות אותו פרופיל אוכלוסייה שמקבל את הדפו פרוורה.<sup>45</sup> לאור זאת, ראוי כי השיקולים למתן אמצעי מניעה יכללו אף התייחסות לסיכונים בריאותיים מסוג זה.

היחס הפטרוני כלפי הנשים האתיופיות והחשש של המדינה מפני ריבוי ילודה בקרב אוכלוסייה ענייה ושחורה, גרם לגופים הממונים בישראל, כמו הסוכנות היהודית והממסד הרפואי, לפעול לכאורה בשם בריאות הנשים, אך בפועל בהתאם לתפישות ורצון הממסד לניהול התא המשפחתי בקהילתן. כתוצאה מכך וכפי שהודגם ברו"ח זה, נמנעו מהנשים גישה למידע רפואי והתאמה לצרכיהן האישיים ומעל לכל צומצמו במידה ניכרת יכולת הבחירה שלהן וזכותן להחליט על גופן וחייהן.

הממסד הרפואי, כמו גם גורמי הקליטה השונים (רופא/ה מטפל/ת, אחות טיפת חלב וכדומה), לא השכילו להפוך לכתובת ולמקור מידע אמין לגבי סוגי אמצעי המניעה השונים והתאמתם לצרכיהן הפיזיים ואורח חייהן של הנשים שהפכו מבחינתו קהל היעד של זריקת הדפו פרוורה. היות וכך, נמנעה מנשים אלו הזכות לטיפול רפואי הולם, הכולל בהכרח התאמה לצרכיה האינדיבידואלים של כל מטופלת על אורחות חייה היחודיים, ומעקב רפואי אמיתי שבוחן ועוקב אחר השפעות הטיפול וער למצוקותיה של המטופלת.

על מנת שיתוקנו ליקויים אלה, נדרשים חשיבה מערכתית, בחינה של רמת הטיפול האינדיבידואלי ומאמץ ליצירת אמון וכבוד במערכת היחסים המורכבת שבין מטפל/ת למטופלת. בחוק זכויות החולה התשנ"ו-1996 נכתב "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטיה מינית או מטעם אחר כיוצא באלה". על הטיפול הרפואי והתאמת התרופה, או במקרה זה אמצעי המניעה, להיות נקיים משיקולים שאינם נתונים רפואיים גרידא, להסתמך על העדפותיה האישיות של המטופלת לאחר שזו יודעה לגבי מגוון אפשרויות העומדות לרשותה ולכלול מעקב מתמשך אחר השפעות הטיפול ותופעות הלוואי שלו, אם ישנן כאלה.

## המלצות

1. הפסקת מתן אמצעי המניעה דפו פרוורה על פי שיוך קבוצתי; רישום התכשיר יעשה על-פי אינדיקציה רפואית או, במקרים מיוחדים בלבד, בשל שיקולי דיסקרטיות. כפי שהתכשיר אינו מומלץ באופן גורף לכלל הנשים בישראל, כך אין לעודד את שימוש על-ידי נשות הקהילה האתיופית או כל קבוצת אוכלוסייה ייעודית אחרת.
2. חידוש נהלי מתן אמצעי המניעה לנשים בישראל, ובפרט לנשים מהקהילה האתיופית ולנשים חוסות. יש להקפיד כי אמצעי המניעה המתאים לכל אשה ייבחר על פי קריטריונים אישיים ולא קולקטיביים.
3. רענון נהלי מתן מידע מסודר לנשים אתיופיות על אמצעי המניעה השונים המאפשרים בישראל, כולל תרגום לאמהרית של הוראות השימוש ותופעות הלוואי.
4. רענון נהלי מעקב אחרי מטופלות המשתמשות באמצעי מניעה בכלל ובדפו פרוורה בפרט.
5. העברת הכשרה מגדרית לרופאים בכלל ולגניקולוגים בפרט, כולל התייחסות לדילמות העולות מהקשר שבין מטפל/ת לבין מטופלות, וזאת על מנת לאפשר טיפול רפואי המיטיב עם נשים ומחזק את המערך הטיפולי והאמון במערכת הרפואית.
6. עידוד והעלאת מודעות ציבורית לשימוש באמצעי הגנה מפני מחלות מין, דוגמת קונדום, בנוסף לאמצעי מניעת ההריון.
7. ביצוע מחקרים הבוחנים את השפעות תופעות הלוואי המצטברות בקרב נשים הנוטלות אמצעי מניעה בכלל ודפו פרוורה בפרט, דוגמת הסכנה לדילול צפיפות העצם.

የሕክምና ተቋሞችና ሴቶች ውስጥ ያለው አሠራር እንዴት ነው በሚለው ጥያቄ የተካተተ ነበር። ለቀጣዮቹ ዓመታትም፣ ይህ የመነጋገሪያ ርዕስ በአስተዳደሩ ክፍል ወሊድን መቆጣጠር፣ የቤተሰብ ምጣኔንና ድህነትን ለመከላከል የተደረገ ነው የሚል ገለጻ ተሰጠበት። የእርግዝና መከላከያው ሥራ (ልማት) እና ስርጭቱ የሴቶችን ማህበረሰባዊ ሕክምናን በቁጥጥር ስር ለማድረግ ወደ ሚያስችሉ መሣሪያነት ተቀየሩ፣ አቅርቦቱም የተሟላ መረጃን መሠረት ሳያደርግ፣ አስፈላጊነቱንና መፈለጋቸውን በማያረጋግጥ ሁኔታ በተደጋጋሚ በመፈጸሙ የሴቶችን የጤና መዛባት አስከትሏል።

ሥልጣን ባላቸው የሕክምና ተቋማት አማካኝነት በሦስት ወር አንድ ጊዜ መርፌ መውጋቱን እንደመሰለው የእርግዝና መከላከያ ምክንያት፣ ይኸው የወሊድ መከላከያ ክኒኖች ወይም ሌሎች የወሊድ መቆጣጠሪያዎች በመውሰድ ፈንታ፣ በተቃራኒው ለሕክምና ቁጥጥር ክፍሉ ዋነኛ የሆነ ውጥረት ያለበት ድርጊትን ዘርግቷል።

የሕክምና ተቋሙ እንደ ሌሎቹ የተለያዩ አዲስ ገቢዎችን ተቀባይ (አደራጅ) ክፍሎች ሁሉ፣ የተለያዩ የእርግዝና መከላከያ ዓይነቶችን በተመለከተ እና ከሴቶች አካላዊ መጠንና ከአደጋዎቻቸው ሁኔታ ጋር ተስማሚነት ያለውን መከላከያ የመስጠት ዕውቀትን በመገባባወት ዋነኛና ታማኝ የሆነ መረጃን ወደ ሚያቀርብ አድራሻነት መቀየር አልቻሉም። በእኛ በኩል የምናያቸው በመርፌ የሚሰጠው ዴፖ፣ ፕሮቬራ የሚሰጥባቸው አድራሻ አድርገን ነው። ከዚህም አኳያ፣ ለእነዚህ ሴቶች ተገቢ የሆነውን የሕክምና እንክብካቤ እንዳያገኙ አግደንቸዋል። ይህም እያንዳንዱ ታካሚ ለራሷ ግላዊ የዕለት በዕለት ኑሮዋ የግድ ተስማሚ ሚሆነውን አካትቶ የያዘ ነው። እውነተኛው የሕክምና ክትትል ለታካሚዋ የሚሰጠውን ሕክምና ለውጥ ማምጣትና በንቃት የሚያጋጥማትን ችግር የሚከታተለው ነው። ከዚህም በላይ፣ **የሴቶቹን በእካላቸውና በሕይወታቸው የመወሰን ምርጫን ከሚገባው በላይ ቀንሰውባቸዋል።**

እነዚህ ጉድለቶች ይስተካከሉ ዘንድ፣ ጉዳዩን በሚፈጽመው ክፍል በጥልቀት ማሰብን፣ የእያንዳንዱን የሕክምና ደረጃ መመርመርን እና በሕክምና ሰጪው/ሰጪዋ እና በታካሚዋ መካከል መተማመንና መከባበርን ይጠይቃል። የሕክምናን እንክብካቤና ተስማሚ የሆነውን መድሃኒት መስጠትን በተመለከተ ወይም በዚህ በያዘነው ጉዳይ የእርግዝና መከላከያን በተመለከተ፣ የሚመዘነው ሁኔታ ትኩረት የሚያደርገው በሕክምና መረጃዎች ላይ ብቻ ሳይሆን፣ ለታካሚዋ ያሉትን የተለያዩ ምርጫዎች ካሳወቁት በኋላ በራሷ ምርጫ ላይ የተመረከዘ መሆን ይኖርበታል። እንዲሁም ሕክምናው ከተሰጠ በኋላ የተፈለገውን ውጤት ማምጣቱን ለማወቅ ያልተቋረጠ ክትትል ማድረግንና የጎን ችግሮች ካሉም መከታተልን ያጠቃለለ መሆን አለበት።

**በ"ዴፖ ፕሮቪራ" መጠቀም በኢትዮጵያ በጣም ተቀባይነት ስለነበረው (እና) ሴቶቹ በእሱ መጠቀማቸውን እንዲቀጥሉ ወይም እዚህ በእስራኤል መጠቀም መጀመርን ስለጠየቁ ነው።** ያቀረቡት ሌላ ተጨማሪ ምክንያት እንዲህ ነው "በኢትዮጵያ አዲስ ገቢዎች የሚሰጡት መድሃኒቶች በአፍ ከሚወሰዱት ይልቅ በመርፌ የሚሰጡት መድሃኒቶች **ባህላዊ (ልማዳዊ) ተመራጭነት** አላቸው" የሚል ነው።

ከ-2005 — 2008 በዴፖ ፕሮቪራ የእርግዝና መከላከያ የሚጠቀሙት ሴቶች ቁጥር በጣም ከፍ ብሏል። በ-2005 ዓ.ም ጠቅላላ የተጠቃሚዎች ቁጥር 1,687 ሆኖ ነበር፤ በ-2008 ዓ.ም ግን ቁጠራቸው ወደ 4,833 ደርሷል፤ ይህም ማለት በሦስት እጥፍ ማለትም (286% /እጅ ከመቶ) ከፍ ብሏል ማለት ነው። በ-2008 ዓ.ም ከ-4833ቱ የመርፌው ተጠቃሚዎች ውስጥ **2,759 (57%) ከአፍሪካ የመጡ ናቸው።** ይህ ምንም እንኳን ከአጠቃላይ የእስራኤል ህ/ሰብ አንጻር ሲታይ ከኢትዮጵያ የመጡት ሴቶች ቁጥር አነስተኛ ቢሆንም፤ በመረጃው ከተገለጹት ከተለያዩ አገሮች ከመጡት 10 ቡድኖች ውስጥ ነው።

በህ/ሰቡ ዴፖ ፕሮቪራ መርፌን የሚቀበለው ሌላው ተጨማሪ የሴቶች ክፍል ደግሞ በተለያዩ ጉዳዮች ምክንያት የሚሰቃዩ ሴቶች ናቸው። በ1999-2006 መካከል በእስራኤል ጉዳተኛ ህ/ሰቦችን ያቀፉ ማዕከሎች በማንኛውም የመከላከያ ዓይነት የተጠቀሙ ሴቶች ከ11%-16% በላይ ነው። በጠቅላላው ከተጠቀሱት ሴቶች ከ8.22%-12.2% በዴፖ ፕሮቪራ የተጠቀሙ ሲሆን፤ ከ3.15-4.15% ብቻ በኪኒን ተጠቅመዋል። ይህን ጉዳይ የአጠኑት ተመራማሪዎች፤ በመርፌው የእርግዝና መከላከያ በብዛት የተጠቀሙበት ምክንያት "ጉዳዩ ለሚመለከተው ክፍል ተስማሚ ሆኖ በመገኘቱ ነው" ብለዋል።

በእስራኤል የሚገኙ ኢትዮጵያውያት ሴቶች በግልና በቡድን የተደረጉላቸው ቃለ - መጠይቆች መረጃ ብዙ ጠቃሚ ነገሮችን ያስተምራል። ሴቶቹ ተስማሚ የሆነውን የእርግዝና መከላከያ የመምረጥ ውሳኔያቸው ተግባር ላይ የዋለው የተሟሉ መረጃዎችን ሳያገኙ እና ሌሎች የተለያዩ የእርግዝና መከላከያዎች ያሉ መሆናቸውን ሳያውቁ ነው፤ ተገቢ የሆነ ውሳኔ ያልተወሰነ መሆኑን የሚያመለክተው ለእያንዳንዱ ሴት በግሏ አስፈላጊና ተስማሚ አለመሆኑ ነው። ከፊሎቹ ሴቶች የእርግዝና መከላከያን በተመለከተ ገና በትውልድ አገራቸው እያሉ ገለጻ በተሰጡባቸው ኮርሶች ተሳትፈዋል፤ በኮርሱ የተሰማቸው መረጃ የወሊድ ቅንሳ ቁጥጥር እንዲያደርጉ ያበረታታቸው ሲሆን፤ አብዛኛዎቹ ከዴፖ ፕሮቪራ ውጭ ሌሎች የእርግዝና መከላከያዎች እንዳሉ አላውቁም። ከዚህ በላይ አስከፊው ነገር ደግሞ፤ በመርፌው መጠቀማቸው የሚያስከትለውን የጎን ችግሮች ሴቶቹ ሳያውቁት ወይም ሳይረዱት መቅረታቸው ነው።

የሰኞኑት ሃይሁዲት፤ የሚስራድ ሃክሊታና የጆይንት ድርጅት ተወካዮች የእርግዝና መከላከያውን በተመለከተ ስለወሰኑት ውሳኔ ላቀረብንላቸው ጥያቄዎች የሰጡን መልሶች ተመሳሳዮች ናቸው። ስለሆነም በእነሱ ሃላፊነት የተላለፉ ኮርሶች ስለመኖራቸው መረጃ የላቸውም። ከዚህም በላይ፤ የተለያዩት ተወካይ ክፍሎች አስቸጋሪ በሆነ ቅብብሎሽ ጉዳዩን እንዲያብራሩልን ወደ ሌሎች ክፍሎች ሲያስተላለፉን በዚህ ርዕስ ላይ ያላቸውን ሃላፊነት ከራሳቸው በማስወረድ ነው።

የእርግዝና መከላከያው ጉዳይ ሁልጊዜ በግለሰቡ እና በሕዝባዊው (መ/ቤት) መካከል ያለው ገደብ፤ ሲታ በራሷ አካልና በነፃነቷ ያላት መብት እና በማህበረሰባዊ አስተዳደሩና በመንግሥት አካል መካከል፤ እንዲሁም ሕዝባዊ መመሪያውን ባረቀቁት ሦስቱ ክፍሎች፤



**የዴፖ ፕሮቬራ የእርግዝና መከላከያ ጉዳት**

1. የወር አበባ ጊዜ እንዲሳባና በወር አበባ ጊዜ ብዛት ያለው ደም እንዲፈስ ምክንያት ይሆናል።
2. ተጠቃሚ ከሆኑት ሴቶች ሩብ የሚሆኑት እንዲወፍሩ ያደርጋል።
3. ተጠቃሚ ከሆኑት ሴቶች ከፊሎቹ ለራስ ምታት ምክንያት ይሆናል።
4. ሪፖርቶች እንደሚያመለክቱት የዚህ ተጠቃሚ የሆኑ ሴቶች በመንፈስ ጤንነት ለውጥ ተከትሎ የአዕምሮ መጫጫንን (ዲካኦን) ወይም PMS ያመጣል። የዲካኦን ምልክቱ በመታየቱ ምክንያት መድሃኒት የሚውጡ ሴቶች በሌላ ክሊኒክ የሕክምና ክትትል ቢያደርጉ ይደገፋል።
5. HDL - ጥሩ የሆነው ኮልስትሮል (በደም ውስጥ የሚገኝ ቅባት) እንዲቀንስ ምክንያት ይሆናል።
6. ለረጅም ጊዜ የሚወሰድ ከሆነና መድሃኒቱን መውሰድ በሚያቆሙበት ጊዜ ለእርግዝና የሚረዳው ዕንቁላል ለተወሰኑ ወሮች እንዳይኖር ያደርጋል፤ ስለዚህ በቅርቡ ባለው ዓመት ማርገዝ ለሚፈልጉ ሴቶች መድሃኒቱን መውሰዳቸው አይደገፍም።
7. ለረጅም ጊዜ በመድሃኒቱ ሲጠቀሙ ከቆዩ በኋላ የጎን ችግር ቢፈጠር፤ መድሃኒቱን ወዲያው ማቋረጥ አይቻልም።
8. በአስትሮጂን ብዛት መውረድ ምክንያት በማሳት ሃዲያም(የአጥንት መጨፋፈቅ) ጉዳት ይደርሳል። ዴፖ ፕሮቬራ የእርግዝና መከላከያ ከሆኑት ከሌሎች ፕሮጌስትኒም ይልቅ በአጥንት መጨፋፈቅ ላይ ከፍተኛ ጉዳት ያመጣሉ።

በዴፖ ፕሮቬራ የተጠቀሙ በሁሉም የዕድሜ ክልል ያሉ ሁሉ የአጥንት መጨፋፈቅ ችግር ታይቶባቸዋል። መድሃኒቱን በዋጡትም ሆነ በተወጉትም ሴቶች ላይ ታይቷል። የዕድገት ችግር ያለባቸውን ሴቶች ያቀፈ ምርምራዊ ጥናት እንዳመለከተው በዴፖ ፕሮቬራ በሚጠቀሙበት ጊዜ ከፍተኛ በሆነ ሁኔታ የሰብራት አደጋ እንዳለ አሳይቷል። ጥናቱ እንደተካሄደበት ቡድን ሁሉ በኢትዮጵያውያት ሴቶች ላይም፤ በጣም ከፍተኛ ለሆነ የአጥንት መጨፋፈቅ (ማሳት ሃዲያም) የሚያጋልጧቸው ተጨማሪ ለውጦች እንዳሉ ታውቋል። እንደዚህ ያሉ ሴቶችን በተመለከተ፤ የሚያደርጉት የአካል እንቅስቃሴ ዝቅተኛ በመሆኑ፤ ለፀሐይ ብርሃን የሚጋለጡት አነስተኛ በመሆኑና በተጨማሪ በሚወሰዷቸው መድሃኒቶች በዕድሜያቸው ገፋ ያሉት አጥንታቸው ደካማ በመሆኑና በተደጋጋሚ የሚወድቁበት አጋጣሚ ከፍተኛ ያለ በመሆኑ ምክንያት፤ እነዚህ ሴቶች ከማረጋገጥ (የወር አበባቸው ከማቋረጡ በፊት) በአስተካከሎቻቸው እና በጣም ከፍተኛ በሆነ ተደጋጋሚ ስብራት የሚሰቃዩ መሆናቸው ጎልቶ ይታያል። ከነሆኑ ሴቶች ይልቅ ጥቁሮቹ ሴቶች በቫይታሚን D እጥረት ከፍተኛ በሆነ ሁኔታ ይሰቃያሉ። ከዚህ በኋላ ፀሐይ ላይ በሚሆኑበት ጊዜ ቆይታቸው ይህን ቫይታሚን በአነስተኛ ሁኔታ ያመርታል። በዚህም ምክንያት ለአስተካከሎቻቸው በተለይም ለተጨማሪ አደጋ መንስዔዎች በከፍተኛ ሁኔታ ይጋለጣሉ። ስለሆነም ለእነዚህ ዓይነቶቹ ሴቶች አጥንት ላይ ጉዳት ሊያደርሱ የሚችሉ መድሃኒቶችን በሚሰጡበት ጊዜ በጣም ከፍተኛ ጥንቃቄ ማድረግ ይገባል።

አጠቃላይ መመሪያው እንደሚያረጋግጠው በዴፖ ፕሮቬራ እርግዝናን መከላከል አይደግፍም። በዚህ የእርግዝና መከላከያ እንዲጠቀሙበት የሚሰጠው ሌሎቹ የእርግዝና መከላከያዎች የሚሰጡ ሆነው ሳይገኙ ብቻ ነው። በጤና ጥበቃ ሚኒስቴር መ/ቤት ለኢትዮጵያውያት ሴቶች ብቻ የተለየ የእርግዝና መከላከያ መመሪያ የለም። በጤና ጥበቃ ሚኒስቴር መ/ቤት የተሰጠው ማብራሪያ ኢትዮጵያውያት ሴቶችን በተመለከተ መርፌውን በመውጋት እርግዝናን የመከላከል አጠቃቀሙ ከፍተኛ የሆነው።

**ዴፖ ፕሮቪራ Depo Provera በመርፌ አማካኝነት የሚሰጥ የእርግዝና መከላከያ - በእስራኤል ለሚገኙት የኢትዮጵያ ህ/ሰብ ሴቶች የአጠቃቀም መመሪያ ላይ የተመሠረተ**

ይህ ሰነድ ዓላማ ያደረጓቸውን የህ/ሰብ ክፍሎች፣ በተለይ ከኢትዮጵያ ለመጡ ሴቶች ዴፖ ፕሮቪራ የተባለ የእርግዝና መከላከያ አሰጣጥን በተመለከተ የሕክምና ተቋሞችን ለመመርመር ነው። በተጨማሪም ይህ መመሪያ በተጠቀሱት ህ/ሰብ ሴቶች ላይ እንዴት ተጽዕኖ ያሳድራል እና በዚህ መመሪያ የአሠራር ሂደት መረጃዎችን የማግኘትና የምርጫ ነፃነት መብትን የጠበቀ ነው ወይ የሚሉትን ይመረምራል።

ለማንኛውም ሴት መሠረታዊ የሆነ የእርግዝና መከላከያ ምርጫዎ ተስማሚና አጠቃላይ የሆኑ የጤና ምርመራዎችን የማድረግ ግዴታን ይጠይቃል። የእርግዝና መከላከያ ምርጫ ሐደት በሴቶች የጤንነት ስርዓት ላይ መሠረታዊ የሆነ ደረጃ ነው። የሕክምና እንክብካቤውን የምትቀበለው ሴት መብቶችን መጠበቅና ሕክምናውን በሚሰጠው/ በምትሰጠው - በታካሚዎ መካከል ያለው ግንኙነት በከፍተኛ ሁኔታ መከናወን ያለበት መሠረታዊ ጉዳይ ነው።

**ዴፖ ፕሮቪራ የተባለው የእርግዝና መከላከያ የፕሮጋስትሮን ሆርሞን ተመሳሳይ ንጥርን የያዘ ሲሆን በሦስት ወር አንድ ጊዜ መርፌ በመወጋት የሚሰጥ ነው። መርፌ በመወጋት የሚሰጠው የእርግዝና መከላከያ በግብረ ሥጋ ግንኙነት የሚተላለፉትን በሽታዎች፣ በተለይ ደግሞ የኤድስ በሽታን በፍጹም አይከላከልም። የእርግዝና መከላከያው የሚሰጠው፣ ዶክተር በሚሰጠው የመድሃኒት ማዘዣ (ሚርሻም ሮፌ) ብቻ ሲሆን መርፌውን የምትወጋው ነርዕ (አሖት) ናት።**

**የዴፖ ፕሮቪራ የእርግዝና መከላከያ ጥቅም**

1. ይህ የእርግዝና መከላከያ ለአጠቃቀም የተስማማ ነው፣ ምስጢሩ በጣም የተጠበቀ ነው፣ የባልን የፈቃደኝነት ተሳትፎ አይጠይቅም።
2. ረዘም ላለ ጊዜ ሲጠቀሙበት የወር አበባ እስከሚያቆምበት ጊዜ ድረስ የሚፈሰው ደም መጠን የተስተካከለ እንዲሆን ያደርጋል፤ ስለዚህ በከፍተኛ መጠን የሚፈሰውን ደም ምክንያት በማድረግ የሚከሰተውን የደም ማነስ እንዳይኖር ይጠቅማል።
3. በተወሰኑ አጋጣሚዎች ከባድ የራስ መርዘንን (ሚግሬናን) ይከላከላል።
4. የኢንዶሜትሮዢዮሲስ (በማሕፀን ውስጥ ብዛት ያለው ፍሳሽ መሰራጨት) ሕመምን ይከላከላል።
5. በሚጥል በሽታ የሚሰቃዩ ሴቶች ቢጠቀሙበት ይመረጣል፤ ለ"ፐርኩስ" የሚሰጠው መድሃኒት ተጽዕኖ ሳያሳድር ሲቀር መርፌው ተመራጭነት አለው እና "ፐርኩሲም" ን ይከላከላል።
6. የማሕፀን ካንሰር ሕመም አደጋን በ-80% (80 እጅ ከመቶ) ይቀንሳል፤ የጡት ካንሰር አደጋን አያስከትልም።
7. ጡት የምታጠባ እናት ልትጠቀምበት ትችላለች።
8. ሞኖፋሳ (ድንገተኛ ደራሽ የውስጥ አካል ሙቀት) ምልክቶችን ይከላከላል።
9. እንዲት ሴት ሐርሞናዊ (እድገንጥራዊ) በሆነ የእርግዝና መከላከያ የመጠቀም ፍላጎት ሲኖራት እና በአስትሮጂን (ዕድሜያቸው ከ-35 ዓመት በላይ የሆነ ሲጋራ አጫሽ ሴቶች እና/ወይም ከመጠን በላይ በሆነ ውፍረት፣ ከፍተኛ በሆነ የደም ግፊት ወይም የደም መርጋት የሚሰቃዩ) በእሱ ቢጠቀሙ ይመረጣል።



# ዴፖ ፕሮቨራ

## Depo Provera

በመርፌ አማካኝነት የሚሰጥ የእርግዝና መከላከያ -

በእስራኤል ለሚገኙት የኢትዮጵያ ህ/ሰብ ሴቶች የአጠቃቀም መመሪያ ላይ የተመሠረተ