

הגירה, בריאות וכור ההיתוך הישראלי

נדב דוידוביץ', שפרה שורץ

בהלת הביורטור שנתקפה את העולם בשנים האחרונות הביאה לקדמת הבמה את ארגוני בריאות הציבור. לכאורה, ארגונים אלה, שהם בדרך-כלל נסתרים מן העין, לא יכלו לקוות לתוצאה 'טובה' מזו. מאמרי מערכת רבים בעיתונות הרפואית והלא-רפואית העלו על נס את תרומתם המכרעת של מנגנוני בריאות הציבור – מעבדות, מערכות ניטור, ארגונים כמו המרכז האמריקני לבקרת מחלות (Center for Disease Control), לשכות בריאות ועוד – ל'בטחון האומה'.¹ תומס בורקה, פרופסור למדיניות רפואית ולמנהל רפואי מאוניברסיטת Johns Hopkins, אף צוטט באמרו כי בריאות הציבור חשובה לבטחון אדמת המולדת באותה מידה שהצבא חשוב להגנה ברמה הבין-לאומית.² כאשר החליט הנשיא בוש להקים את 'המשרד לבטחון פנים' (Office of Homeland Security), הוקצה לענייני בריאות הציבור מקום נכבד ברשימת המטלות שהופקדו בידי משרד זה. נוסף על נושאים כמו מדיניות החיסון, מוכנות בתי-חולים ועוד, תפסה גם סוגיית ניטור האוכלוסייה (Surveillance) – אחד העיסוקים החביבים על האפידימולוגים – את מקומה המסורתי.

אכן, במהלך ההיסטוריה המודרנית תפקדו אנשי בריאות הציבור לא פעם כשומרי החומות; ואולם, על-פירוב, המלחמות שנלחמו לא היו כה 'זוהרות' והפרסום שזכו לו במדיה היה פחות הרואי. בעשורים האחרונים התפרסמו מחקרים היסטוריים רבים העוסקים במקום המרכזי שנועד לבריאות הציבור בעיצובן של פרקטיקות חברתיות שונות, בייחוד לאחר גילוי התאוריה החיידקית.³ מחקרים נוספים מצביעים על תהליך מתמשך של 'המדיקליזציה'

1. ראו למשל: 'Public Health's Role Key to Homeland Security', *American Medical News*, February 4, 2002. עיתון זה, המוצא לאור בחסות ההסתדרות הרפואית האמריקנית (American Medical Association), בחר להקדיש שש כתבות לנושא בריאות הציבור בכתרתו: 'Public Health: Renewed Attention'

2. ראו שם.

3. על ההתפתחות ההיסטורית של בריאות הציבור בתקופה המודרנית ועל הקשר בין עלייתה של המדינה המודרנית הביורוקרטית ובין מנגנוני הניטור האפידימולוגיים ראו: Dorothy Porter, *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, London and New York 1999; Sarah Nettleton, 'Governing the Risky Self: How to Become Healthy, Wealthy and Wise', in: Alan Peterson and Robin Bunton (eds.), *Foucault, Health*

של היומיום שחל במאתיים השנים האחרונות, תהליך שבו אירועים מרכזיים בחיינו, החל בלידה וכלה במוות, הפכו לנושאים לגיטימיים שבעניינם יכולים מומחים רפואיים שונים – רופאים, אחיות, פסיכולוגים, תזונאים ועוד – לבוא ולהשיא את עצותיהם, המתקבלות לרוב בכובד ראש.

אחד התחומים המובהקים שבהם היו אנשי בריאות הציבור במדינות שונות חלק מובהק מהמנגנון ההגמוני של המדינה היה תחום קביעתה של מדיניות קליטת המהגרים. אנשי בריאות הציבור, שהוצבו בשערי הכניסה למולדת (כדוגמת Ellis Island בארצות הברית), היו לחלק ממנגנון הפיקוח והתיג, כשהשמירה על בריאותה של המולדת היא הבסיס המרכזי לפעילותם.⁴

בשנים האחרונות צוברת שאלת הבריאות וההגירה תאוצה על רקע מה שמכונה 'תהליכי הגלובליזציה'. שאלת יחסה של מערכת הבריאות להגירה אף נדונה בכנסים ובמאמרים רבים.⁵ בחברות שונות שבה ומתגלה נטייתן של האוכלוסיות הוותיקות לסמן את המהגרים כ'אחרים' – כמקור למחלות, לפשע ולחוליים חברתיים ה'מוזמים' כביכול את החברה המקומית. נושא ההגירה והבריאות מעלה ביתר שאת שאלות של דעות קדומות, של אפליה גזעית ושל שוויון בנגישות לשירותי הבריאות, אם כי, כמובן, הקונטקסט שבו מתגלות תופעות אלה משתנה ממקום למקום ומתקופה לתקופה.

מדינת ישראל היא מקרה מבחן ייחודי בתחום ההגירה והבריאות. האידיאולוגיה הצינית, שהעלתה על נס את קיבוץ הגלויות, העמידה את נושא העלייה כאחת המטרות החשובות ביותר של התנועה הצינית ולאחר מכן של מדינת ישראל. השימוש במונח 'עלייה' ולא 'הגירה' מדגים את האור השונה שבו רואה הצינות את הנושא. עם זאת, במהלך השנים התעורר לא אחת מתח בין התפיסה הרואה בעולים את הנכס החשוב ביותר למדינה ובין דרך ההתבוננות בהם, שהתאפיינה בהסתייגות מן 'החומר האנושי', כפי שכונו העולים בחשדנות, ומן השינויים שהוא עלול לחולל ביישוב הוותיק.

במאמר זה נתמקד בתקופת העלייה הגדולה בשנות החמישים תוך כדי שימוש בממדי הבריאות והרפואה המונעת כקטגוריות מרכזיות. אין בכוונתנו לסקור כאן את כל תולדות הרפואה המונעת בהקשר של העלייה. מדובר בתחום רחב־ממדים, הנמצא רק בתחילת דרכו המחקרית. נסתפק בסקירה קצרה של מקום שאלות הבריאות בתקופת העלייה, ולאחריה

and Medicine, London and New York 1997, pp. 207-222. על חדירתה של התאוריה החיידקית

לחיי היומיום – החל בעיצוב האסלה וכלה בהרגלי קניות של עקרות בית בתחילת המאה ה-20 – ראו:

Nancy Tomes, *The Gospel of Germs*, Cambridge, MA 1998

4. אחת הדוגמאות שנתקרו לעומק היא זו של מדיניות ההגירה בארצות הברית, בעיקר בראשית המאה

ה-20. ראו לדוגמה: Alan Kraut, *Silent Travelers: Germs, Genes and the Immigrant Menace*, New York 1994; Amy Lauren Fairchild, 'Science at the Borders: Immigrant Medical

Inspection and Defense of the Nation, 1891 to 1930', Ph.D. Dissertation, Columbia

University, New York 1997

5. כעדות לתחושת הדחיפות של הבעיה, בחודש נובמבר האחרון הקדיש כתב־העת *American Journal of*

Public Health חוברת שלמה לנושא בריאות והגירה.

נתמקד בנושא מדיניות חיסון העולים כמקרה מבחן של יחסי הגומלין בין מערכת הבריאות, סוכני הבריאות השונים והעולים, בהדגישנו את שאלת היות גופם של העולים נתון לפיקוחה של המדינה ומוגדר מטעמה.

לכאורה אין פרקטיקה שהמחלוקות סביבה כה מועטות כמו פרקטיקת החיסונים. ואולם, כפי שנראה, אף שתוכנית החיסונים לעולים מתוארת בדרך-כלל כלא-בעייתית, כצעד נדרש בתהליך הפיכתו של העולה לחלק מן 'הציביליזציה המודרנית', עיון מעמיק יותר מראה כי מדיניות החיסונים נתקלה תכופות בקשיים. אף שפעמים רבות מצטיירים העולים בהקשר של תוכניות חינוך לבריאות כמעין חומר גלם פסיבי הניתן לעיצוב בידי הרשויות השונות, הרי לעולים עצמם היתה תפיסת עולם של בריאות וחולי שלא תמיד עלתה בקנה אחד עם תוכניותיהם של אלה שקלטו אותם. אין רצוננו ליפול למלכודת האנכרוניזם ולנתח את יחסה של מערכת הבריאות לנקלטים רק על-סמך ידע מדעי עכשווי או ערכים חברתיים ותרבותיים בני זמננו. יש לזכור כי גלי העלייה ההמוניים כללו קבוצות אוכלוסייה במצבי בריאות ירודים, ואף על-פי-כך, בתוך פרק זמן קצר יחסית ירדו והתייצבו שיעורי התחלואה בישראל. ועם זאת, תהליך הקליטה בישראל הסב לעולים טראומה קשה, שליוותה אותם לאחר מכן כל שנות חייהם בארץ.⁶

העובדה כי הגירה מהווה גורם סיכון בריאותי, הן ברמה הגופנית והן ברמה הנפשית, ידועה זה זמן רב ומקבלת משנה תוקף בעשורים האחרונים.⁷ מדיניות החיסונים במעברות היא מקרה מבחן שלאורו ניתן להבין את האינטראקציה בין מערכות הקליטה לעולים כפועל יוצא של תפיסות שונות של חולי ובריאות. ניתוח תוכנית החיסונים, 'שיווקה' לעולים במסגרות שונות של חינוך לבריאות ותגובות העולים – כל אלה מצביעים על אינטראקציה חברתית ותרבותית מורכבת ודינמית. מחקר הבודק את מדיניות החיסונים במעברות ואת התגובות השונות של העולים למדיניות זו הוא רק דוגמה מייצגת אחת לאפשרויות הגלומות בשימוש בקטגוריות של בריאות וחולי במחקר ההיסטוריוגרפי של ראשית המדינה ושל קליטת העלייה.

בריאות ועולים

מדינת ישראל עמדה בתחילת דרכה אל מול המשימה האדירה של קליטת עלייה. בתוך שנים מספר קלטתה אוכלוסיית המדינה מאות אלפי עולים – רבים מהם חולים במחלות המצריכות

6. על הממד הטראומטי במקרה של נפגעי הגזות ראו: ברוך מודן ושלומית פרי, 'גורמי סיכון וגורמי פיצוי: מדיניות הממשלה מול מוקדני הגזות', בתוך: רפאל כהן-אלמגור (עורך), דילמות באתיקה רפואית, ירושלים 2002, עמ' 388-411.

7. ראו למשל: Carola Suárez-Orozco, 'Identities Under Siege: Immigration Stress and Social Mirroring among the Children of Immigrants', in: Antonius C. G. M. Robben & Marcelo M. Suárez-Orozco, *Cultures Under Siege: Collective Violence and Trauma*, Cambridge 2000, pp. 194-226

אשפוז מידיי.⁸ הנתונים הבאים מאפשרים להתרשם מהעול הכבד שנפל על מערכת הבריאות בשנותיה הראשונות של המדינה: בין השנים 1948-1951, שנות השיא של העלייה, כעשרה אחוזים מקרב העולים נזקקו לאשפוז מידי ועוד רבים נזקקו למעקב רפואי. מספר המיטות הזמינות לחולי שחפת בישראל בסוף 1948 עמד על כ-300 – פחות מעשרה אחוזים מהנדרש.⁹ מחלות שכיחות נוספות שהיוו בעיה מידית היו, בין השאר, עגבת, גרענת וגזות. בדוח הסוכנות לשנה הראשונה של העלייה צוין כי בקרב 50,910 עולים ששוכנו ב-23 מחנות מעבר עד מחצית 1949 נרשמו 1,253 מקרים סוציאליים, מהם 829 חולים ונכים, 188 זקנים וזקנות ו-236 אלמנות עם ילדיהן.¹⁰

על אף העובדה שהאידיאולוגיה הציונית ראתה במדינה החדשה את מולדתו של העם היהודי והכירה בחשיבות קיבוץ הגלויות, בפועל הביעו רבים את חששם מפני אובדן צביונו של המפעל הציוני בעקבות העלייה ההמונית. הדעה שנשמעה לא פעם היתה כי 'החומר האנושי', הכולל ניצולי שואה ועולים ממדינות אסיה וצפון אפריקה, הוא בעייתי וספק אם יוכל לעמוד בנטל בניית המדינה בלא להפוך למעמסה. מטרתו של רעיון 'כור ההיתוך' היתה להתגבר על בעיות אלה ביצירת זהות לאומית ישראלית חדשה בקרב מה שנתפס כערב-רב של עולים חדשים.¹¹ ואולם, בפועל, התיוגים השונים של העולים עלו לא פעם על פני השטח בהודמנויות פומביות שונות. העיתונאי אריה גלבלום, שפרסם ב-1949 סדרת מאמרים שכותרתה 'חודש ימים הייתי עולה חדש', חשף מצד אחד את התנאים הגופניים והנפשיים הקשים שהעולים היו נתונים בהם, אך מצד שני גם דעות קשות ביותר עליהם.¹²

8. קיימת ספרות משנית ענפה בנושא העלייה, אשר ברובה עוסקת אך במעט בתחום הבריאות, בעיקר מזווית הסלקציה הרפואית. ראו: דבורה הכהן, עולים בסערה: העלייה הגדולה וקליטתה בישראל, 1948-1953, ירושלים 1994; דבורה הכהן, 'מדיניות העלייה בעשור הראשון למדינה: הנסיונות להגבלת העלייה וגורלם', בתוך: הנ"ל (עורכת), קיבוץ גלויות, עלייה לארץ-ישראל – מיתוס ומציאות, ירושלים תשנ"ח, עמ' 285-316; ישי ארנון, 'מדיניות העלייה והקליטה בשנים 1954-1956: יישומה ותוצאותיה', שם, עמ' 317-341.
9. מחלת השחפת היתה אחת המחלות המרכזיות שהושקע בהן מאמץ האיתור והטיפול. בדוח ראשון ששלח ד"ר יוסף מאיר, מנהלה הראשון של קופת החולים הכללית, אל שר הבריאות משה חיים שפירא ציין מאיר כי 'לפי הערכת הרופאים העוסקים בשחפת מצויים כעת קרוב לאלף חולי שחפת פתוחה ביישוב. נקל להבין מה גודל הנזק שחולים אלה עלולים להביא בצפיפות ובתנאים ההיגייניים-סניטריים השוררים במחנות'. ראו: מכתב ד"ר מאיר אל שר הבריאות והעלייה מ-28.4.1949, אה"ע IV-137-243, תיק מס' 3.
10. דין וחשבון כספי של הנהלת הסוכנות היהודית לארץ-ישראל לששת החודשים הראשונים של שנת תש"ט (אוקטובר 1948-מרס 1949), מוגש לוועד הפועל הציוני בירושלים, אייר תש"ט – מאי 1949, עמ' 5, אב"ג.
11. על רעיון כור ההיתוך ראו: משה ליסק, העלייה הגדולה בשנות החמישים: כשלונו של כור ההיתוך, ירושלים 1999; צבי צמרת, ימי כור ההיתוך: ועדת חקירה על חינוך ילדי העולים (1950), קריית שדה-בוקר 1993.
12. אריה גלבלום, 'חודש ימים הייתי עולה חדש', סדרת מאמרים בעיתון הארץ, 22.4.1949, 24.4.1949. באחד המאמרים כותב גלבלום: 'זוהי עליית גזע שלא ידענו עדיין כמוהו בארץ. נראה שיש אילו הבדלים בין יוצאי טריפוליטאניה, מרוקו, טוניס ואלג'יריה, אבל איני יכול לומר, שהספקתי ללמוד מהותם של

הכתבות, שעוררו סערה עזה בארץ, שיקפו לא במעט את רוח התקופה ואת יחסו של היישוב לעולים. תפיסה זו ראתה בעולים, ובעיקר באלה שהגיעו מארצות ערב, אנשים בעלי 'נפש פרימיטיבית' – מונח ששב ועלה לא רק בכתיבה העיתונאית אלא גם בדיונים שונים שנערכו בכנסת ואף בכתיבה המדעית (סוציולוגית, פסיכולוגית, רפואית) של התקופה.¹³ גם מן הכתבים שהשאיר אחריו בן-גוריון אפשר להתרשם כי אף שראה בקליטת העולים את אחד היעדים המרכזיים של מדינת ישראל, הוא היה מוטרד מאיכותו של 'החומר האנושי' החדש ומן הצורך ב'עיצובו' מחדש:

רובם הגדול של יהודים אלה הם מחוסרי כל. גם חסרי רכוש והון אשר נלקח מהם, וגם עשוקי חינוך ותרבות שלא ניתנו להם. [...] הגלויות המתחסלות ומתכנסות בישראל אינן מהוות עדיין עם, אלא ערב-רב ואבק אדם, ללא לשון, ללא חינוך, ללא שורשים וללא יניקה במסורת ובחזון של האומה. [...] הפיכת אבק אדם זה לאומה תרבותית, יוצרת, עצמאית ונושאת חזון – היא מלאכה לא קלה, וקשייה אינם קטנים מקשיי הקליטה המשקית.¹⁴

מערכת הבריאות מילאה תפקיד מרכזי בקליטת העלייה וביצירתו של כור ההיתוך. המערכות השונות, ובראשן מערכת הבריאות, קראו להקמת מערכת של רפואה מונעת וחינוך לבריאות שתמלא מטרות שמעבר לטיפול המידי במחלות השונות. מערכת מסועפת של עובדי סעד, אחיות ורופאים פעלה בניסיון לא רק לרפא את העולים אלא גם לחנכם לנהוגי בריאות בתחומים שונים – החל בטיפול בתינוקות וכלה בהיגיינה אישית. מערכות אלה לא צמחו בחלל ריק. עוד בשנות העשרים והשלושים פיתח היישוב פרקטיקות היגייניות מסועפות כחלק אינהרנטי של האידאולוגיה הציונית. פעילות זו – שפיתחו מוסדות בריאות כמו 'הדסה' וקופת חולים כללית תוך כדי שיתוף-פעולה הדוק עם ארגונים שונים בתחומי החינוך, קליטת העלייה ועוד – ינקה מעולם התוכן האירופי ומוזה האמריקני, אך התנהלה גם כחלק מתפיסת הממסד הציוני בדבר יצירתו של 'אדם חדש'.¹⁵ בעת קריאה בטקסטים היגייניים נקל לראות כי בעיני העושים במלאכה מדובר היה בעשייה שחרגה הרבה מעבר לתחום הבריאות. 'אנו עושים כאן תרבות' – זו היתה תחושתם של אנשי

הבדלים אלו, אם ישנם [...] לפנינו עם שהפרימיטיביות שלו היא שיא, דרגת השכלתם גובלת בבורות מוחלטת, וחומר עוד יותר חוסר הכישרון לקלוט כל דבר רוחני. בדרך כלל הם עולים רק במשהו על הדרגה הכללית של התושבים הערבים, הכושים והבארבארים שבמקומותיהם; בכל אופן זוהי דרגה נמוכה עוד ממה שידענו אצל ערביי ארץ-ישראל'. וראו גם: משה ליסק, 'דימויי עולים – סטראוטיפים ותיוג בתקופת העלייה הגדולה בשנות החמישים', קתדרה, 43 (1987), עמ' 125-144.

13. ראו גם: ירון צור, 'הבעיה העדתית בדיוני הנהלת הסוכנות בשלהי תקופת העלייה ההמונית', ישראל: כתב עת לחקר הציונות ומדינת ישראל, 2 (2002), עמ' 81-106.

14. דוד בן-גוריון, 'אחד וְיָעוּד', שנתון הממשלה תשי"א, עמ' כה, מצוטט בתוך ליסק, כשלונו של כור ההיתוך, עמ' 63.

15. ראו גם: רינה פלד, 'האדם החדש' של המהפכה הציונית: השומר הצעיר ושוורשיו האירופיים, תל-אביב וירושלים 2002.

בריאות הציבור ביישוב, כפי שציינה אחת האחיות בנאום שנשאה בשנת 1931 לפני 'צופי הבריאות' (ארגון נוער שפעל לקידום נושאי היגיינה ביישוב).¹⁶

החינוך להיגיינה נתפס כתנאי מרכזי להתפתחות תקינה של הגוף והנפש וכלל פרקטיקות שונות, כגון הנחיות באשר לדרך שיש להתרחץ, לישון, לשבת ולעבוד ואפילו הנחיות בנוגע לקיום יחסי מין. ספרי הדרכה שונים שעסקו בנושאי חינוך ילדים וכווננו בעיקר למחנכים ולאמהות נועדו להנחיל את התורה ההיגיינית.¹⁷ פרויקט זה דמה מבחינות רבות לפרויקטים שנערכו באירופה ובארצות-הברית, ובדומה להם, גם בו קל מאוד לזהות את הגוון האאוגני.¹⁸ עם זאת, מובן שהקונטקסט הייחודי של החברה והתרבות בישראל הקנו לו את הממדים הייחודיים שלו. כך, למשל, הוקנתה חשיבות גדולה מאוד ל'פיתוחו' של אדם מודרני בארץ-ישראל, והניסיון להשתחרר מכבלי היהודי הגלותי מחד, ומאלה של דמות הערבי מאידך, מילא תפקיד חשוב במסרים שהעבירו אנשי ההיגיינה.

אחד האתרים המרכזיים שנדרשה בהם פעילות מאומצת של הפרויקט ההיגייני היה מרכזי העולים החדשים. על מרכזיותו של נושא הבריאות בקליטת העלייה אפשר ללמוד גם מניסוחו של חוק השבות ב-1950. בחוק זה, שזכה לתמיכתן של כל המפלגות ושנתפס בעיני רבים כחוק הקובע את 'האופי והייעוד המיוחד שיש למדינת ישראל, כמדינה הנושאת חזון גאולת ישראל',¹⁹ נמצא מקום גם לשאלת בריאות הציבור. החוק המקורי מצייין כי אחת ההגבלות על העלייה לישראל חלה על מי ש'עלול לסכן בריאות הציבור'.²⁰ סמיכותו של סעיף זה לקטגוריות האחרות שהגדירו את פסולי העלייה – מי שפועל נגד העם היהודי, מי שעלול לסכן את בטחון המדינה או בעל עבר פלילי העלול לסכן את שלום הציבור – מיקמה בין אלה האחרונים, לפחות בתודעה וברטוריקה, גם את זה המסכן את בריאות הציבור. ואכן, כבר בשנים הראשונות שלאחר הקמת המדינה היה נושא הסלקציה הרפואית – או כפי שכונה בשנות החמישים, 'עלייה מובחרת' – נושא שנוי במחלוקת.²¹ למעשה, סלקציה

16. זאת גם הכותרת שבחרה דפנה הירש לעבודת ה-M.A שלה: "אנו מפיצים כאן תרבות" – חינוך להיגיינה ביישוב היהודי בארץ-ישראל בתקופת המנדט הבריטי, עבודת גמר לקראת התואר מוסמך, אוניברסיטת תל-אביב 2000. עבודה זו היא אחת הבודדות המנצלות את 'הפוטנציאל' של נושא הפרויקט ההיגייני בהקשרו הציוני.
17. בנושא חינוך ילדים ראו: שחלב סטולר-ליס, 'כך אגדל תינוק ציוני: ניתוח אנתרופולוגי של ספרי הדרכה להורים', עבודת גמר לקראת התואר מוסמך, אוניברסיטת תל-אביב 1998.
18. על החשיבה האאוגנית והאידאולוגיה הציונית ראו: רפאל פלק, 'יישוב הארץ כעשייה אאוגנית', אלפיים, 23 (2002), עמ' 179-198.
19. כלשונו של דוד בן-גוריון, דברי הכנסת, 6, עמ' 2036, מצוטט במאמרה של דבורה הכהן: 'חוק השבות' – תוכנו והוויכוחים סביבו, בתוך: אניטה שפירא (עורכת), עצמאות: 50 השנים הראשונות, ירושלים תשנ"ח, עמ' 57.
20. חוק השבות (תש"י – 1950), סעיף 2 (א) (2).
21. שאלת הסלקציה של עולים על בסיס רפואי עלתה עוד בשנות העשרים והשלושים. ראו: שפרה שורץ, 'בחירה רפואית ברירנית או עלייה חופשית – הוויכוח על הגבלות רפואיות בעלייה הגדולה של שנות החמישים', הרפואה, 139 (2000), עמ' 476-482.

רפואית כזאת או אחרת הונהגה עד לתחילתה של העלייה הגדולה ממדינות חבר העמים בסוף שנות השמונים. הצעתה של שרת העבודה והרווחה דאז, אורה נמיר, להנהיג עלייה סלקטיבית ב־1994 עוררה סערה ציבורית גדולה ולא נתקבלה בסופו של דבר.²²

מערכת הקליטה הרפואית

עוד בשנת 1943 ניסח ד"ר יוסף מאיר, מנהלה של קופת חולים כללית באותה תקופה, את התוכנית הרפואית של קליטת העלייה ביחד עם מומחים שונים, שהוזמנו מטעם דוד בן-גוריון לתכנן את 'תוכנית המיליון' לקליטתם של מיליון עולים בארץ-ישראל.²³ בסמוך לכך, בשנת 1944, הקימה הסוכנות את 'השירות הרפואי לעולה'. לפני קום המדינה נוהל שירות זה בפועל בידי ארגון 'הדסה'. לאחר קום המדינה הפכה סוגיית האחריות לניהולו עילה לוויכוחים ערים, בייחוד בכל הנוגע לשאלות של תקצוב. בסופו של דבר נטל על עצמו משרד הבריאות את האחריות לניהול השירות.²⁴

גורמים רבים היו מעורבים בטיפול הרפואי בעולים, דבר שיצר בשנים הראשונות לקום המדינה כפילות תפקידים ועורר מריבות על סמכויות. עם הגופים המעורבים בפעילות נמנו משרד הבריאות, הסוכנות, הג'וינט, אז"ע (חברה לשמירת בריאות היהודים),²⁵ מלב"ן,²⁶ קופת חולים כללית וארגונים מקומיים רבים. מתן השירות הרפואי אף הפך לעניין פוליטי, שכן חברות בקופת חולים היתה קשורה הדוק לחברות המפלגתית. בשלושת החודשים

22. ראו: סער ראלי, 'דרושים: עולים צעירים בריאים עד גיל 35', הארץ, 6.10.1994.
23. ד"ר יוסף מאיר, 'תוכנית רפואית לקליטת העולים החדשים 1943.12.24', בתוך: דבורה הכהן, תוכנית המיליון: תוכניתו של דוד בן-גוריון לעלייה המונית בשנים 1942-1945, [תל-אביב] 1994, עמ' 264-265. במסמך זה יש אף התבטאות הנוגעת לנושא החיסונים בתחנות קליטת העולים: 'בכל תחנה צריך להיות מנגנון של רופאים, אחיות, סניטרים ועובדות סוציאליות, לשם פיקוח וביצוע עבודות החיטוי, הריפוי והרכבת זריקות החיסון נגד טיפוס הבטן, טיפוס הבהרות, אבעבועות, דיפתריה וכו'. מעניין לציין כי בתוכנית זו דווקא אין דרישה לסלקציה רפואית של עולים שתמנע את הגעתם לארץ, אלא רק דרישה למיון במחנות שיוקמו כבר בתוך ישראל. מאיר אף משרטט לפרטי פרטים את מבנה המחנות ואת חלוקת התפקידים. הערכתו שאוכלוסיית המחנה תהיה 500 איש התנפצה בהמשך אל סלע המציאות.
24. ראו: Theodore Grushka, *Health Services in Israel: A Ten Years Survey, 1948-1958*, Jerusalem 1959, pp. 113-121
25. יידיש אז"ע, חברה לשמירת בריאות היהודים, ארגון בין-לאומי לטיפול בילד ובהיגיינה של היהודים. הארגון, שמרכזו בפריס, נוסד ב־1912, פעל תחילה ברוסיה, ולאחר מלחמת העולם הראשונה הרחיב את פעילותו לכל מזרח אירופה. בהשגחתו פעלו מאות מוסדות. לאחר מלחמת העולם השנייה החל לפעול גם בצפון אפריקה, באמריקה הלטינית ובישראל.
26. מלב"ן היה המוסד לטיפול בעולים 'נחשלים'. מדיניות הבריאות בעלייה ההמונית הפרידה מכלל הטיפול בעולים את הטיפול בעולים שהוגדרו נחשלים, בעלי מומים, זקנים, חולי נפש או בעלי קשיים חברתיים שמנעו מהם את האפשרות של הסתגלות בחברה הקולטת. לצורך כך ייסדה המדינה, בשיתוף עם גורמי קליטה נוספים כגון הג'וינט, מוסד מיוחד לטיפול באותם עולים.

הראשונים שלאחר הגעתם ארצה קיבלו העולים שירותי בריאות מטעם קופת חולים כללית. לאחר מכן היו זכאים להצטרף כחברים לכל אחת מהקופות הנוספות, אך בפועל נשארו רבים חברים בקופת חולים כללית.²⁷

למעשה קובצו העולים במחנות כבר בארצות המוצא, עוד לפני הגעתם לישראל. להלכה היתה מטרת המחנות, בין השאר, גם מיון רפואי. המידע הרפואי והאפידמיולוגי היה אמור לאפשר לממסד הרפואי בארץ להתארגן בהתאם לאופי התחלואה הצפוי. ואולם, למרות כינוסם של העולים במחנות מעבר לפני בואם ארצה, פעמים רבות לא ניתן היה לערוך את הבדיקה הרפואית או לטפל במחלות טיפול מלא. גם העולים עצמם לא ראו בעין יפה את עניין הבדיקה הרפואית. ניצולי שואה ששרדו את מחנות הריכוז נמנעו לא פעם מבדיקות אלה, שהזכירו להם ימים אחרים. עולים לא מעטים ניסו לחמוק מהבדיקה הרפואית או אף שלחו אנשים אחרים להיבדק במקומם, מחשש שמא עלייתם תעוכב אם יימצאו חולים.²⁸ בעיות אלה בתהליך המיון והבדיקה הרפואית הביאו להנהגת מדיניות של בדיקה ומיון רפואיים נוספים במחנה 'שער העלייה'.²⁹

מחנה 'שער העלייה' נוסד ב־1949 במחנה בריטי לשעבר, במבואותיה הדרומיים של חיפה. בין השנים 1949-1952 נבדקו במחנה זה כ־400 אלף מבין 700 אלף העולים שהגיעו ארצה באותה תקופה.³⁰ הוצאות הבדיקות והטיפול הרפואי בעולים ב'שער העלייה' מומנו מכספי משרד הבריאות. בתוך כמה ימים נבדק כל עולה בבדיקה גופנית, לרבות בבדיקה של רופא עור (כדי לאבחן בעיקר מחלות מין, צרעת וגזוזת) ושל רופא עיניים (כדי לאבחן במיוחד גרענת ודלקות עיניים אחרות).³¹ קופת חולים כללית היתה ממונה אף היא על חלק מהבדיקות הרפואיות שעברו העולים עם בואם ארצה, ובין השאר ערכה את הבדיקות הסקר לעגבת במסגרת בבדיקת התאמתם של העולים לחברות בקופה.³² על־פי תיאורו של ד"ר אברהם שטרנברג, ראש השירות הרפואי לעולה, הבדיקות הרפואיות נערכו בשיטת 'הסרט הנע':

27. ראו: שפרה שורץ, קופת חולים, הסתדרות, ממשלה: מהלכים בעיצובה של מערכת הבריאות בישראל, 1947-1960, קריית שדה־בוקר 1999.

28. ראו למשל מכתב מאת ד"ר י' טשרטוק אל שר הבריאות, 11.5.1949, אה"ע IV-243, תיק מס' 3-6: 'מתי מספר של חולים מלאי פחד לגורלם על אדמת גרמניה, והם מצליחים לעלות בלי רישיון ממחלקת העלייה. הרגשת פחד היא כה חדורה בין אנשי המחנות שחיו במחנות ריכוז, שהיא עולה על כל שיקולים של היגיון, והעולים אינם מתחשבים באפשרות של הדבקות אחרים [...] לפני כשלושה חדשים עכבתי מעליה אדם חולה ריאות קשה. היות והוא אחד המנהיגים הפעילים של שארית הפליטה, התחילו התערבויות שונות בתוצאה, אחרי שהוסברה סכנת ההדבקה, שיישלח לשווייץ. לפני ימים מספר, בבקורי באחד ממחנות המעבר בארץ, נודע לי שהחולה עם משפחתו עלו ארצה [...] במחנה בארץ הרשה לעצמו, בעזרת חבריו, לשלוח לבדיקת רנטגן איש אחר במקומו. וכאלו ישנם וישנם [...]'. ראו גם שורץ, לעיל הערה 21.

29. על הקמת 'שער העלייה' ראו: הכהן, עולים בסערה, עמ' 83-85.

30. ראו: Grushka, *Health Services in Israel*, p. 115.

31. אברהם שטרנברג, בהיקלט עם, תל־אביב תשל"ג, עמ' 124-125.

32. ראו: Grushka, *Health Services in Israel*, p. 116.

הנבדקים עמדו בתור והתקדמו לתוך הצריף הדל שהיה מחולק לתאים-תאים ובהם רופאים ואחיות שהיו בודקים במהירות רבה את העולים, רושמים את הממצאים בכרטיסים ומעבירים את הנבדק הלאה 'במכונת' בדיקה זו. הבדיקות התרכזו בעיקר במחלות עיניים, מחלות-עור ושיער ומחלות מין. כל האנשים היו מקבלים חיסונים נגד אבעבועות, טיפוס הבטן ואחרי-כן גם נגד שחפת. רישום התוצאות בפנקסי-העולים היה חלק חשוב ובלתי נפרד מהעבודה [...] מן הצריף של השירות הרפואי לעולה, היו מעבירים, באותה שרשרת, את הנבדקים אל הצריף הסמוך לבדיקות של קופת-חולים. כאן התרכזו הבדיקות בשני שטחים: צילומי רנטגן קטנים של החזה לאיתור חולי שחפת ובדיקות-דם לגילוי חולי עגבת [...] המבצע היה מתוכנן לחמש מאות בדיקות ביום, שישה ימים בשבוע.³³

נקל לדמיין את חוסר הוודאות, את הדוחק ואת התנאים הקשים ששררו במחנה. לא פעם ביטאו העולים את המתח והזעם שהצטברו בהם בהתפרצויות אלימות, שכוונו גם כלפי הצוות.³⁴ הרופאים והצוות הרפואי אף נאלצו לעבוד בהשגחתם של שוטרים מיוחדים שמא יותקפו. באווירה זו בוצעו החיסונים ההמוניים נגד המחלות השונות.

חיסונים

מחנות העולים שהוקמו עוד מחוץ לישראל היו האתר הראשון שניתן היה לבצע בו פעולות בתחום בריאות הציבור, לרבות חיסונים. על-פי מכתבים ודוחות ששלחו רופאי המחנות הללו, מחסור בחיסונים ובעיות לוגיסטיות שונות (כמו הקושי להוביל את משלוחי החיסונים למחנות המרוחקים בתנאים נאותים) עיכבו את הפעלתה המלאה של תוכנית החיסונים כפי שנועדה להתבצע. כמו כן דווח על לא מעט מקרים של תופעות לוואי שנגרמו בעקבות החיסון – בייחוד זיהום של מקום ההזרקה.³⁵

מעמדם החוקי של החיסונים היה בעייתי. בארצות המוצא של העולים לא ניתן היה לכפות עליהם להתחסן בחיסונים שלא היו מחויבים חוקית באותן ארצות.³⁶ למעשה, גם בישראל הוגדר רק החיסון נגד אבעבועות שחורות כחובה חוקית – עוד מתוקף פקודת

33. שטרנברג, בהיקלט עם, עמ' 124-125.

34. ראו: יהודה ויסברגר, שער העליה: יומן העליה ההמונית 1947-1957, ירושלים תשמ"ו, עמ' 71.

35. ראו למשל: תזכיר על הביקור בעדן בימים 16.9-18.6 1949, משרד הבריאות, 20.9.1949, אה"ע IV-104-81, תיק מספר 17.

36. בתוניסיה למשל, על-פי דוח של ארגון הג'וינט, החיסון היחיד שהיה בעל מעמד חוקי היה החיסון נגד אבעבועות שחורות. עקב כך, חיסונים נגד טיפוס הבטן או דיפתריה הצריכו את הסכמת ההורים. בפועל, בגלל היענות נמוכה, החיסונים לא ניתנו. ראו: Raphael Greenberg, Report on Medical and Social Problems in Tunisia, presented at the American Joint Distribution Committee Medical Conference, June 28th-July 1st, 1954, p. 18, JOINT Archives, NY, Box 123, Africa-Tunisia-Medical, 1948-1960 Folder

בריאות העם המנדטורית,³⁷ המקנה סמכויות נרחבות לאנשי בריאות הציבור, בייחוד במצב של מגפות. יתר החיסונים, כמו למשל החיסונים נגד טיפוס הבטן ונגד שחפת, לא היו חיסוני חובה, אך אפשר לשער שכל החיסונים הוצגו לעולים בצורה שווה.³⁸ החיסונים ניתנו חינם בשנה הראשונה לשהותם של העולים בארץ.³⁹

חיסון נגד אבעבועות שחורות

כאמור, בתקופת שלטון המנדט היו החיסונים נגד אבעבועות שחורות חיסוני חובה על-פי חוק, תיירים ועולים נדרשו להציג אישור רשמי תקף להיותם מחוסנים. אף שהחיסון ניתן לכל התושבים, עולים וותיקים כאחד, מעיון במקורות עולה כי בתכנון מתן החיסונים ובנסיונות להשיג שיעור גבוה של כיסוי חיסוני כוונה עיקר הדאגה כלפי העולים החדשים. העולים היו אמורים להתחסן במהלך שהותם במחנות עוד לפני הגעתם ארצה, אך לא פעם ניתנו החיסונים באוניה במהלך ההגעה לישראל. זאת ועוד, בעקבות אובדן רשומות וקבלת הודעות על הגעת עולים לא מחוסנים, או במקרים שלא חוסנו העולים במחנות בחוץ לארץ בשל מחסור בחיסונים או בעיות ביורוקרטיות, בוצעו החיסונים גם בישראל.⁴⁰

בהתאם למדיניות משרד הבריאות בשנים אלה ניתן החיסון לתינוקות בגיל שלושה חודשים ופעם נוספת לילדים בגיל בית-הספר.⁴¹ חשוב לזכור כי באותה תקופה היו טכניקות החיסון נגד אבעבועות שחורות בעייתיות ביותר ולא אחידות – החל בשיטה של דקירות מרובות, וכלה בדקירה בודדת או בקילוף חתיכת עור כדי להחדיר את חומר החיסון. שיטות אלה הביאו לא פעם לזיהום אזור החיסון או להיווצרותה של צלקת גדולה ומכוערת. הדבקה עצמית עקב העברת חומר החיסון לאזור אחר בגוף יכלה אף היא לגרום להצטלקויות, ובמקרים נדירים אף לעיוורון – אם הילד היה מעביר מחומר החיסון לעינו. בכל מקרה, הסימן שהחיסון 'נקלט' (כפי שנהוג היה לכנות חיסון מוצלח) היה הופעת צלקת במקום החיסון לאחר כשבוע ימים. חשוב לזכור כי באותה תקופה לא היתה אפשרות לבדוק את רמת הנוגדנים או לבצע כל בדיקה אחרת כדי לדעת אם אכן עבר החיסון בהצלחה ויכול

37. פקודת בריאות העם, 1940. וראו גם מכתב מאת ד"ר פ' יקותיאל אל לשכות הבריאות, הרכבת אבעבועות, 26.2.1956, וכן מכתב מאת ר' קלזמר אל ראש שירותי ההיקף, חובת חיסון תינוקות נגד אבעבועות, 10.5.1959, ג"מ ג/13/5084.

38. מאמצע שנות החמישים ניתן החיסון נגד טיפוס הבטן עם החיסון נגד דיפתריה, המכונה גם אסכרה (ראו גם כללי העלייה, מדינת ישראל, משרד הבריאות, ירושלים 1955, פרק VI – חיסונים, עמ' 5). בהמשך שולב החיסון נגד דיפתריה בתוכנית החיסונים הכללית עם החיסון נגד טטנוס ושעלת, כחיסון הידוע בכינויו 'חיסון משולש'. נוסף על כך, עולים שהגיעו ממדינות 'נגועות' במחלות מסוימות, כמו חולירע או קדחת צהובה, היו חייבים להתחסן גם בחיסונים אלה (ראו שם, נספח 2, עמ' 1-3).

39. ראו: 'עולים חדשים – מסי העולים במעברות ובכפרי העבודה וזכויות העולים החדשים', ההסתדרות הכללית של העובדים העברים בארץ-ישראל, מרכז קופ"ח – מחלקת הכספים, תל-אביב, 28.1.1951, אה"ע IV-104-669, תיק מספר 17.

40. ראו ד"ר י' שפירא אל ד"ר יקותיאל, הרכבת אבעבועות לעולים חדשים, 24.1.1956, ג"מ ג/13/5084.

41. ראו: הדסה הינריך, 'ההרכבות הנהוגות בארץ', דפים רפואיים, ט (1950), עמ' 167-175.

להגן מפני התפרצות המחלה, כך שהדרך היחידה לוודא שהילד התחסן היתה בדיקת הצלקת על הגוף. המדינה – וליתר דיוק, גופי בריאות הציבור כשליחיה – סימנו למעשה את צלקת החיסון על גוף האזרחים כאישור להיותם מחוסנים.⁴²

מעדויות שונות עולה כי תהליך ההצטלקות נחשב מכער ובעייתי, בייחוד במקרה של חיסון ילדות.⁴³ את אזור הפצע של החיסון אסור היה לחבוש, ולאימהות נאמר כי מותר להן לרחוץ את ילדיהן רק בשלושת הימים הראשונים שלאחר החיסון, וכי לאחר מכן על אזור החיסון להישאר יבש כשבוע, כדי למנוע אפשרות של הדבקה משנית מאזור החיסון אשר עובר התכייבות לאחר מספר ימים, ובתום השבוע בדקו אם החיסון 'נקלט'. במקרה שהחיסון לא 'נקלט' היה על הילד להתחסן פעם נוספת.⁴⁴ בשנים 1949, 1950 ו-1953, בעקבות ידיעות על התפרצות מחלת האבעבועות השחורות במדינות שכנות, הוכרוזו מבצעי חיסון המוניים, שפורסמו באמצעים שונים – בעיתונות, במודעות רחוב וברדיו – כדי להביא את האנשים להתחסן.⁴⁵

חיסון נגד טיפוס הבטן

חיסון נוסף שהיה מקובל עוד מימי המנדט לחסן בו תיירים ועולים היה החיסון נגד טיפוס הבטן. לחיסון זה לא היה אותו מעמד חוקי כמו לחיסון נגד האבעבועות השחורות, והחובה להתחסן בו לא חלה בדרך-כלל על כל האוכלוסייה אלא בעיקר על עולים ועל חיילים.⁴⁶ יעילותו היתה שנויה במחלוקת, ולא מעט רופאים הדגישו כי הוא אינו יכול לתפוס את מקום השמירה על כללי ההיגיינה כגון רחיצת ידיים או שטיפת פירות – נושאים שכה הודגשו בפרויקט ההיגייני ושהחיסון היה עשוי לחתור תחתיהם (שלא כמו במקרה של אבעבועות שחורות, שדרך העברתה לא נתפסה כקשורה קשר הדוק להיגיינה אישית). על אף הוויכוח סביב שאלת נחיצותו של החיסון נגד טיפוס הבטן, חיסון העולים נתפס

42. בהמשך המאמר ירחב הדיון בשאלת זכותה של המדינה לסמן את הגוף ולפקח עליו.

43. בריאיון עם ב"ס, רופא שפעל בתקופה הנדונה ועבד במחנות עולים בשנות החמישים, סיפר הלה כי לעתים, מסיבות קוסמטיות, היה מחסן ילדות מתחת לקו הפטמה כדי להסתיר את הצלקת. לא מצאנו אזכור נוסף של 'שיטה' זו, אך בספרות הרפואית של התקופה נזכרת האפשרות של חיסון בנות מתחת לברך במקרה שהאם דורשת זאת מסיבות קוסמטיות. בדרך-כלל, המחברים אינם ממליצים על שיטות אלה עקב הכאב והרגישות הרבה יותר הכרוכים בחיסון באופן הזה בהשוואה לחיסון באזור הכתף. ראו:

Merck Manual of Diagnosis and Therapy, Rahway, NJ 1950, pp. 680-681

44. א' קלינברג, הוראות לחיסון כנגד אבעבועות, 1950, א"צ 648/53-110.

45. ראו למשל: מכתב המסווג כסודי – דחוף ביותר מאת ד"ר פ' יקותיאל, פעולות מניעה נגד אבעבועות שחורות, 21.9.1953, ג"מ ג/13/5084.

46. בעניין היענות הציבור הרחב לחיסון נגד טיפוס הבטן ראו: 'הוראת חיסון חובה נגד טיפוס: קשיים בפעולות תברואה ברחבי הארץ', הארץ, 9.4.1952: [...] הניסיון של השנה שעברה להניע את הציבור לחיסון בעזרת תעמולה, נכשל למעשה. אשתקד קיבלו את החיסון הדרוש 200 נפשות בלבד, מהם לפחות 2/3 תלמידי בתי-הספר ובני נוער, כלומר ההיענות מצד המבוגרים היתה כמעט אפסית'. בכתבה מודגש כי עיקר הסכנה קשורה ל'יעלייה ההמונית ומצבנו הכלכלי'.

כחשוב ונותר כלול במערך החיסונים עד אמצע שנות החמישים.⁴⁷ עם זאת, העובדה שהבטחתו של כיסוי חיסוני מלא דרשה סדרה של שלושה חיסונים הקשתה מאוד את מלאכת המעקב. בשל כך לא התאפשר מתן החיסונים במלואם במחנות שמחוץ לישראל, והשלמתם של כל החיסונים במועד היתה בעייתית. מדיווחים אפידמיולוגיים של התקופה עולה כי שיעור הכיסוי החיסוני היה בערך 55% - שיעור שנחשב נמוך ואינו מאפשר להשיג הגנה מפני התפרצות המחלה ברמת האוכלוסייה. עובדה זו הפכה את הצורך בחיסון לשנוי במחלוקת עוד יותר. ב־1954 המליצה המחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות כי רק ילדים בגיל בית־הספר יחוסנו נגד המחלה.⁴⁸ ב־1957 הוצא החיסון גם מרשימת חיסוני השגרה בבית־הספר.

חיסון נגד שחפת

מחלת השחפת היתה אחת מבעיות התחלואה המרכזיות בשנותיה הראשונות של המדינה.⁴⁹ עולים רבים שהגיעו ארצה כשהם חולים בשחפת נתפסו כנטל כבד על מערכת הבריאות. ד"ר יוסף מאיר, מנכ"ל משרד הבריאות, אף הציע ב־1949 כי בשל חומרת הבעיה ומצוקת מיטות האשפוז תעוכב עלייתם של כל חולי השחפת עד אשר יתרפאו בחו"ל במימון ארגונים כמו הג'וינט ואו"ע.⁵⁰ חשוב לזכור כי שיעור חולי השחפת היה גבוה במיוחד בקרב עולים מארצות מזרח אירופה, ובייחוד בקרב ניצולי שואה.

בשל תפוצתה של מחלת השחפת היו אמורים כל העולים לעבור בדיקת מנטו (Mantoux) - בדיקת סקר לאבחון חשיפה לשחפת, שבמהלכה מוזרק חומר הבדיקה לתת־עור ועל־פי תוצאתה נהגו להחליט אם לחסן את הנבדק נגד המחלה. בין נובמבר 1949 לנובמבר 1950 נערך בארץ מבצע חיסון גדול נגד שחפת, שכלל את בדיקת הסקר המקדימה ואת חיסון האוכלוסיות החשופות נגד המחלה. במהלך המבצע, שנערך בעזרתם של הצלב האדום הדני והשבדי ושל ארגון סיוע נורבגי, נבדקו 365,298 אנשים וחוסנו 208,851 מהם.⁵¹

* * *

47. על הוויכוח בנושא טיפוס הבטן - חיסון מול היגינה ראו: ידיעות לענייני היגינה ובריאות, א (1940), עמ' 8-9.

48. ראו מכתב מד"ר פ' יקותיאל למנהל הכללי, משרד הבריאות, ג"מ ג/4/6/4520.

49. ראו למשל: Herman Lichtenstein, 'Results of Mass Roentgenography among Immigrants into Israel', *American Review of Tuberculosis*, 69 (1954), pp. 837-840

50. ראו מכתב מאת ד"ר יוסף מאיר אל שר הבריאות והעלייה, 28.4.1949, אה"ע IV-137-243, תיק מס' 3: 'במקום להביא הנה עולים חולים ולתת להם להתגלגל ולהדביק אחרים מחוסר מיטות או לשלוח אותם מכאן לאמריקה או לשוויצריה - האם לא יהיה נכון לקחת את האנשים האלה ישר לארצות חו"ל, לדבוס [שווייץ], ולהחזיקם שם עד שיבראו - ואז אפשר יהיה גם להטיל את כל המעמסה הכספית על הסתדרויות אחרות כמו הג'וינט, או"ע, וכדו' [...].'

51. ראו: 'Mass BCG Vaccination in Israel, 1949-1950: Campaign Carried Out Under the Joint Auspices of the Ministry of Health of Israel, Danish Red Cross, Norwegian Relief

עד כאן באשר ל'סיפור הרשמי' כפי שאפשר למצוא בדיווחים רשמיים שונים של משרד הבריאות.⁵² ואולם, מבט מעמיק יותר במסמכים נוספים ובעדויות בכתב ובעל־פה מלמד כי הדברים לא היו כה פשוטים. מדיווחים שונים של רופאים ואחיות שביקרו במחנות העולים ובמעברות עולה תמונה קשה. המצב הסניטרי במחנות היה קשה: אשפה הנערמת בערמות ומי ביוב זורמים היו מחזות נפוצים לפי המתואר בדוחות השונים מאותה תקופה.⁵³ אל המצב הסניטרי הקשה נלווה נתון נוסף של תמותת תינוקות, שהרקיע שחקים ואף הגיע לשיעור של כ־157 מיתות לכל אלף לידות במעברות. כל אלה גררו עמם ביקורת נוקבת על הממסד הקולט.⁵⁴ גם בתחום החיסונים – לכאורה פעולה רפואית מונעת ולא־בעייתית – נתקלו אנשי בריאות הציבור בבעיות. על אף העובדה שהחיסונים היו אמורים להיות מתועדים בכרטיסי העולים וביומני המרפאות, בפועל התייעוד היה לקוי, לעתים אבדו מסמכים, ועקב כך נדרשו העולים לא פעם לעבור חיסונים חוזרים מיותרים. לנוכח חומרת המצב הציע ד"ר חיים שיבא, המנהל הכללי של משרד הבריאות באותה תקופה, בפגישה של המוסד לתיאום שנערכה ב־11.7.1951, להתנות מתן תלושי מזון לעולים רק לאחר וידוא קבלת החיסונים הנדרשים:

עם מבצע עולי בכל נדרשנו לעשות הקלה בטבעת הבקרה ולהתיר העברה בשדה התעופה למעברות. עשינו זאת מתוך שיקולים שאין שער העלייה יכול לענות ללהין הגדול של עולים וקיווינו שנקבל את כל ההקלות לערוך את הבדיקות במחנות. אולם זה לא נראה בר ביצוע, העולים מוסתים בכלל ולא נתנו לאנשי משרד הבריאות לערוך לא בדיקות ולא זריקות חיסון והצעה מצדנו להבטיח לפחות זריקות חיסון על ידי הגבלות הכרטיסי מזון לא נתקבלו על ידי אנשי הסוכנות מתוך פחד בפני זעם העולים. התוצאה היא שאין חיסון כנגד טיפוס הבטן. ומה נובע מכך? שהגענו לתחלואה פי 50 במחלה זו מאשר הושג בארצות של היגיינה מסודרת ואנו היינו יכולים להתקרב למספר זה על ידי חיסון.⁵⁵

for Europe, Swedish Red Cross and United International Children's Emergency Fund', published by the International Tuberculosis Campaign, UNICEF EMRO, Neuilly-sur-Seine, France, 1953

52. ראו למשל: Grushka, *Health Services in Israel*

53. ראו: הכהן, *עולים בסערה*, עמ' 264-266.

54. על מצב התינוקות במעברות ראו גם: שטרנברג, *בהיקלט עם*, עמ' 38-68; 'זיכוח על תמותת תינוקות בישראל', *בריאות הציבור*, ספטמבר-אוקטובר 1958, עמ' 16-18. וראו גם מכתב מאת ד"ר טאושיין אל ד"ר לוטן, מצב התינוקות במעברות, 16.7.1952, ג"מ ג/188/7/4265. מסמך נוסף המתאר את המצב במעברות מנקודת מבטם של רופאים ששירתו שם הוא מכתבם של ד"ר עמנואל מרגלית וד"ר בצלאל פנחס, *רהורים על השירות הרפואי במעברות*, ללא תאריך, ג"מ ג/188/7/4265.

55. ד"ר חיים שיבא, *דברים בישיבת המוסד לתיאום, ז' תמוז, 11 ביולי 1951*, ג"מ ג/4/4520.

גם בכנס הראשון של רופאי ילדים של קופת חולים, שנערך בנתניה, נתקבלה החלטה לדרוש ממשד החינוך לתבוע מכל ילד, עם כניסתו לגן הילדים, תעודה על הרכבת זריקות נגד אסכרה.⁵⁶

פתרונות מסוג זה, שנועדו לכפות על אוכלוסיית העולים את שיטות הרפואה המונעת, ויהיו אלה חיסון או טיפול תרופתי, נחשבו ככל הנראה לגיטימיים בעיני רופאים רבים באותה תקופה. עלי-פי עדותו של ד"ר אברהם שטיינברג, מנהל השירות הרפואי לעולה, פתרון דומה של התניית מתן תלושי מזון בטיפול מניעתי יושם הלכה למעשה במחנה בעדן – מקום שהיה מרוחק יותר מן העין ועקב כך, ככל הנראה, נתון פחות לדיון ציבורי:

בשטח המחנה לא היה לנו מנוס אלא ללכת בדרך אכזרית והיחידה האפשרית. לא היה כל טעם לנסות ולהסביר את הסכנה שבקדחת, ממנה סבלו רוב העולים, כלל לא היינו מצליחים לשכנעם שיבואו מרצונם הטוב לקבל את הטיפול. לרבים מהם היתה זו הפגישה הראשונה בחייהם עם הרפואה ואמצעיה. ספק אם לפני כן ראו תרופות בצורת גלולות [...] החלטנו אפוא לקשור את מתן המזון לכל משפחה בקבלת תרופות נגד הקדחת. הוצאו כרטיסי מזון וחולקו למשפחות. כל משפחה לאחר שבלעה את גלולות הפאלודרין, הוטבע כרטיסה בחותמת ורק אז ניתן לה ללכת למקום חלוקת המזון ולקבלו [...]. הסידור הפשוט לכאורה לא היה כל כך פשוט. האנשים, ובמיוחד הילדים, היססו ואף סירבו לקבל את הגלולות והיינו נאלצים לשכנעם בעזרת קרוביהם ובסיוע האחיות [...]. עם כל האלמוניות והעדר הבדיקה האינדיבידואלית וחוסר הוכחת המחלה אצל יחידים, היתה לנו הרגשה שבדרך זו של ביצוע אנו מצילים נפשות. אך העולים לא ידעו, כמובן, ולא יכלו להבין מה פשר המחזה הנורא הזה, ללא עוול בכפם, צפופים בהמוניהם, עומדים ומנסים להתגבר על מכה שלא כתובה בתורה – בליעת גלולות תחת עינם הפקוחה של משגיחים קפדניים [...] את התרופה צריך היה לקבל במשך שישה ימים רצופים! יום-יום עברו באוהל הגדול קרוב לחמשת אלפים נפש. התחלנו בשש בבוקר ובשלוש אחרי-צהריים היו המשפחות האחרונות מקבלות את החותמת על כרטיס המזון ורק אז הן יכלו לקבל ולהכין את מזונן היומי.⁵⁷

האמביוולנטיות הניכרת בכתיבתו של שטרנברג, החש את המתח בין אנשי הבריאות לעולים, באה על פתרונה בתפיסתו כי 'אנו מצילים נפשות'; ועם זאת, שטרנברג משוכנע כי 'העולים לא ידעו, כמובן, ולא יכלו להבין מה פשר המחזה הנורא הזה'. גם בעדות טיפוסית של אחות שפעלה במעברות בשנות החמישים מסופר על 'חוסר האפשרות' להסביר את המצב לעולים:

56. ראו הארץ, 6.3.1950: 'מכלול בעיות העזרה הרפואית והמונעת שהחריפו עם חיסול מחנות העולים והעברת תושביהם למעברות ושיכוני עולים בכל אזורי הארץ – נדון בכינוס הראשון של רופאי הילדים של קופת חולים שנפתח ביום ו' בבית הנופש בנתניה. באי הכינוס והמרצים לא הצטמצמו בדיון המקצועי הרפואי בלבד ודנו גם בבעיות הילד העולה מבחינה חברתית, שכן הבעיות החברתיות נעשות גם בעיות רפואיות [ההדגשה שלנו, נ"ד וש"ש].

57. שטרנברג, בהיקלט עם, עמ' 98-99.

'חיסונים לא היו ידועים לרוב העולים והתנגדותם לחיסונים היתה פעמים רבות עזה ומקור לתסכול עז לאחיות. אפשר להשוות את הניסיון להסביר ולשכנע את העולים בצורך בחיסון לניסיון להסביר לתינוק את משמעותו של טיפול ב-DDT או חיסון נגד אבעבועות שחורות'.⁵⁸ מוטיב זה של חוסר הטעם להסביר לעולים את משמעותן של פעולות רפואיות שונות בשל 'מוגבלותם' השכלית והנפשית הוא מוטיב חוזר בהתבטאויותיהם של אנשי הרפואה בני התקופה. ההיגיון שעמד מאחורי תפיסה זו היה שאיש הרפואה, ויהיה זה רופא, אחות או כל שליח אחר של הממסד הרפואי, יכול לקבל את ההחלטות בנושאי בריאות בשל הידע העדיף המצוי בידיו. מובן שידע זה היה מעוגן באופן איתן בתפיסת הממסד שקבעה מהו גוף בריא לעומת גוף חולה וכיצד על הגוף החולה להשתנות ולהשתלב בגופה הכללי של המדינה. כפי שכותבת האנתרופולוגית מאירה וייס, הפיקוח על הגוף בשנות החמישים, שהיה אחת מנקודות השיא בבניית האומה, השתלב במה שהיא מכנה 'תרבות של הגוף הנבחר' – אותה תרבות הבאה לייצר את הזהות הקולקטיבית הישראלית.⁵⁹ ואולם, תפיסות אלה לא תמיד עלו בקנה אחד עם תפיסות הגוף ועם תפיסות הבריאות והחולי של הנקלטים, והבדלי התפיסות הללו עוררו לא פעם מתחים והתנצחויות.

החיסונים והגוף

הצעותיהם של ד"ר שיבא ושל רופאי הילדים לא נתקבלו בסופו של דבר ולא יושמו בישראל, אך הן מעידות על הלך המחשבה הפטרנליסטי-קולקטיביסטי הרווח של התקופה. ואכן, כאשר אנו מתבוננים בפרקטיקות החיסונים, אל לנו לשכוח את הקונטקסט שבו התבצעו רוב החיסונים בישראל בשנות החמישים ולמעשה עד ימינו. חיסוני הילדים במדינת ישראל, שהם רוב החיסונים הניתנים לאוכלוסייה, בוצעו ועדיין מבוצעים בתחנות לבריאות המשפחה, או בשמן הנפוץ יותר – תחנות 'טיפת חלב'.⁶⁰ התחנות לטיפול באם ובילד, שהוקמו בארץ עוד ב-1913 בעידודם של הנדבן היהודי נתן שטראוס ושל פעילת 'הדסה' הנרייטה סאלד, הפכו בתקופת המנדט הבריטי, בניהולם של הארגונים 'הדסה', ו'יצ"ו וקופת חולים כללית, למוסד ייחודי ישראלי. תחנות אלה, שהיו פרושות ברחבי הארץ, שימשו למעקב אחר אימהות וילדיהן והיו מרכיב רב-חשיבות בפרויקט ההיגייני של היישוב הציוני. במוסד זה בא לידי ביטוי מקומם הייחודי של הילד ושל האם היולדת ומגדלת אותו כאבן יסוד בפיתוחה של

58. תרגום מתוך: Hannah Rosental Munk, 'The Response of Public Health Nursing to Mass Immigration in Israel, 1948-1958', Ph.D. Thesis, Columbia University, New York 1979, p. 232

59. ראו: Meira Weiss, 'The Immigrating Body and the Body Politic: The "Yemenite Children Affair" and Body Commodification in Israel', *Body & Society*, 7 (2001), pp. 93-109

60. ראו: שפרה שורץ וציפורה שחורי-רובין, 'הסתדרות נשים למען אימהות וילדים בארץ-ישראל: פועלן של "הדסה", "הסתדרות נשים עבריות" ו"יצ"ו" להקמת תחנות לאם וילד ("טיפת חלב")', 1913-1948, בתוך: מרגלית שילה, רות קרק וגלית חזן-רוקם (עורכות), העבריות החדשות: נשים ביישוב ובצינונות בראי המגדר, ירושלים תשס"ב, עמ' 248-269.

האומה. חינוכו של הילד נתפס כנושא קריטי שיש להשקיע בו מחשבה מרובה, תוך כדי הקפדה על הכללים שמכתיבים אנשי בריאות הציבור. הדמות שהוציאה לפועל את המדיניות הזאת היתה אחות 'טיפת חלב', אחות בריאות הציבור בהכשרתה, ששימשה למעשה מנהלת התחנה. בתחנות אלה גם ניתנו החיסונים לילדים – פעולה שנתפסה כחשובה ביותר לשמירת בריאותו של הילד.

קו מחשבה זה, שהעמיד במרכז את הילד ואת חינוכה הנכון של האם כאחראית לגידולו, הודגש אף ביתר שאת בימי העלייה הגדולה של שנות החמישים. תחנות 'טיפת חלב' נפרשו לאורך כל הארץ והמשיכו בפרויקט חינוך האימהות והמעקב אחר הילדים – בבת-עיינה של המדינה. בתחנת 'טיפת חלב' לימדה האחיות את האם הצעירה כיצד עליה לחתל את ילדה, כיצד להאכילו וכיצד לרחוץ אותו. נוסף על כך נהגו האחיות לערוך ביקורי בית בבתי האימהות-העולות החדשות במטרה לחנכן בפרטי הפרטים של ניהול משק הבית. האחיות אף היו מנהלות יומנים שבהם תיעדו את רשמיהן מן הביקורים. כך, למשל, רשמה ביומנה אחת האחיות שעבדה כאחות 'טיפת חלב' במעברה:

30.1.1951: הבעיה ומהותה: [...] האמהות אינן יודעות להתנהג עם ילד חולה – להשקותו משקה חם מתוק ואיך לתת לו כדורים [...] טפול ביולדת ובילד, סדור מיטתה, רחיצתה, לתת לה את הטיפול הרפואי הדרוש לעצמה אחרי לידה. הערות: האישה יושבת על שק ולא מחליפה כלים. הלכלוך נורא.

31.1.1951: [...] הערות כלליות: היולדת בשום אופן אינה מסכימה שרופא יטפל בה. לא תקרא לרופא ללידה ואפילו לא צעקה בחבלי לידתה בכדי שהצבא לא יעביר אותה לבית-החולים.⁶¹

קטע קצר זה מדגים את הכוח הרב שהיה נתון בידיהן של אחיות בריאות הציבור. אנו עדים לתיאורה של אם, עולה חדשה, שאיננה מוכשרת 'להתנהג' עם הילד – דבר המתבטא, בין היתר, בחוסר רצונה ללדת בבית-החולים ובחוסר יכולתה להאכיל את תינוקה ולטפל בו. ואף-על-פי-כן, אימהות אלה לא היו צד פסיבי באינטראקציה הזאת. מעדויות שונות של עולות משנות החמישים עולה כי רבות אמנם תפסו את האחיות כדמות חיובית ולמעשה ראו בעין יפה את חדירתה לספירה הפרטית⁶² (ואכן, אחיות בריאות הציבור שימשו את הממסד ככלי מרכזי להתדרתם של שינויים), אך לא תמיד היתה הסכמה בין האימהות לאחיות ולא פעם נוצרו חיכוכים, אשר ביטאו את המאבק סביב שאלת יכולתה של האישה לתפקד כאם 'טובה' ולטפל בילדיה, כל זאת כדי לגדל את הדור הבא של הילדים.

61. 'יומן חניכה במעברה – זיסור, מס' אישי: 180469, היות יעלי', 30-31.1.1951, אב"ג.

62. ריאיון עם יעל גלעד, אחות בריאות הציבור במעברת חרובית בשנות החמישים, דצמבר 2000; ריאיון עם פיליס פלגי, אנתרופולוגית במשרד הבריאות בשנות החמישים, אפריל 2002. הריונות מצויים אצל מחברי המאמר. וראו גם: Peri Rosenfeld, 'Contributions of Nurses to the Development of the State of Israel, 1936-1948', paper presented at the American Association for the History of Medicine Conference, South Carolina, April 2001

נושא החיסונים חייב להיתפס אפוא גם כחלק מהקונטקסט הרחב יותר. בסיטואציה זו של התנגשות בין תפיסות שונות בנושאי בריאות וחולי, בסוגיות של טיפול בילדים ובעניין חזרתה של המדינה לספרה הפרטית התקיימה גם הפרקטיקה של חיסון הילדים, שבסופו של דבר יושמה על הגוף ממש, באמצעות הזרקת חומר החיסון לגופם של הילדים. לאורן של עובדות אלה קל יותר להבין את עדותה של פיליס פלגי, האנתרופולוגית הראשונה שעבדה במשרד הבריאות (משנת 1953), המספרת כי בביקור שערכה יחד עם אחיות בריאות הציבור באחד היישובים, שהתגוררו בו עולים ממרוקו מאזור הרי האטלס, רגמו העולים באבנים אחיות שבאו לחסן את ילדיהם. השמועה שנפוצה היתה כי האחיות באו להחדיר לגופם של הילדים 'דם נגוע'.⁶³

אך שליטתה של המדינה על גופם של הילדים התקיימה גם באופנים מהותיים וכוללניים יותר ובעלי תוצאות הרות גורל. חשוב לזכור כי בתקופת מחנות העולים, התקופה שלפני המעברות, היו כל תינוקות העולים מועברים אל בתי-התינוקות. למעשה, אזור זה היה כמעט מחוץ לתחום מבחינת ההורים, והתינוקות היו מצויים בו בהשגחתו הבלעדית של צוות בתי-התינוקות. בהנהיגם פיקוח הדוק על תכיפות ביקורי ההורים ועל משך זמן ההאכלה וההנקה של התינוקות יצרו מנגנוני המדינה משטר שבאמצעותו שלטו בגופם של הילדים⁶⁴ – אותם ילדים שסימלו להורים דברים כה שונים מאלה שסימלו לצוות הרפואי. לא פעם, כאשר הגיעו הורים לבית-התינוקות, התבשרו כי ילדם הועבר לבית-החולים בהחלטת הצוות הרפואי, החלטה שהתקבלה ללא התייעצות עמם. יציאה ממחנה עולים או ממעברה אל בית-החולים היתה מבצע מורכב מאין כמוהו בתנאים של שנות החמישים; אף-על-פי-כן, מעדויות של רופאים ואחיות עולה כי הורים הגיעו לבקר את ילדיהם, לא פעם כדי לקבל את ההודעה שילדם נפטר.⁶⁵ בלי להיכנס יתר על המידה לעניין מורכב זה, הקשור קשר הדוק גם לוועדות החקירה שעסקו בהיעלמותם של ילדי תימן,⁶⁶ אין ספק כי אותם ילדים והפיקוח שהושם על גופם מטעם מערכת הבריאות היו עילה מרכזית להתגוששות בין העולים לממסד.⁶⁷

63. Phyllis Palgi, 'How it all Began - A Personal Saga', *Practicing Anthropology*, 15, ראו: (1993), pp. 5-8

64. ראו: Weiss (above note 59), p. 98

65. ד"ר וילהלמינה כהן, רופאת ילדים בבית-החולים הדסה בבאר-שבע בשנות החמישים, עדות מוקלטת מיוני 1991 (נמצא ברשותנו, ג'ד וש"ש); ד"ר וילהלמינה כהן, פרוטוקול ריאיון, ארכיון טוביהו, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, מרס 1987. ד"ר כהן מסרה כי במקרים אחרים חיפשו עובדי בית-החולים שבועות רבים אחר הוריהם של ילדים חולים שאושפזו בבית-החולים ואיש לא בא לקחתם. היו גם מקרים שנמסר מידע משובש להורים על ילדים שלא היו שלהם בשל רישום מוטעה או היעדר רישום של הילד המאושפז. ד"ר כהן ציינה כי במקרה של אשפוז תינוקות הושכבו שלושה תינוקות במיטה כשרק חיתול מפריד ביניהם, וזאת בשל מצוקת המיטות. אכלוס המיטה ביותר מתינוק אחד גרם לא פעם לטעויות בזהוי.

66. לאחרונה התפרסם הדוח השלישי בנושא ילדי תימן הנעדרים. בכל הוועדות מצוין עניין בתי-התינוקות והעברת התינוקות החולים לבתי-החולים כאחד מנושאי החקירה המרכזיים.

67. מערכת הבריאות לא היתה המערכת היחידה הקשורה ל'מאבק' זה; גם מערכות הגמוניות אחרות, כמו מערכת החינוך, הצבא ועוד, היו אחראיות ל'עיצובה' מחדש של זהות העולים.

אותם ילדים, שהיו ציר מרכזי בתפיסה הציונית של תחיית העם העברי במולדתו, נתפסו באופן שונה מאוד בעיני העולים החדשים. נקל לשער כי שיעורי התחלואה והתמותה הגבוהים אך העצימו את הצורך של ההורים להגן על ילדיהם בכל דרך שהיא. פעמים רבות אמנם נתפס הממסד הרפואי כמסייע ומועיל, אך יחסי הגומלין היו מורכבים, והעולים לא מילאו בהם תפקיד פסיבי בלבד. על כן, תיאורים פשטניים כגון: 'תחילה התנגדו ההורים לריכוז ילדיהם החולים במחנות נפרדים, אך לאחר זמן קצר הם ניאותרו לכך'⁶⁸ – תיאורים שמטרתם להסביר למשל את נושא מסירתם לטיפול של ילדים חולים, למעשה לא מתמודדים עם מורכבות העניין ומעלימים את העולים עצמם מן הסיפור. אין בכוונתנו לטעון כי בשנות החמישים רווחה תופעה של התנגדות ממוסדת והמונית לחיסונים מצד העולים. ככל הנראה, מרבית העולים חוסנו בסופו של דבר, כשם שמרביתם הסכימו עם התערבויות רפואיות אחרות של הממסד.⁶⁹ עם זאת, מקריאה של מקורות ראשוניים ומשניים העוסקים בעלייה הגדולה של שנות החמישים אפשר לשחזר התנגדויות רבות, ואין לפטור אותן במחי יד. החיסונים, ובעיקר אלה שבוצעו באוכלוסיית הילדים, אוכלוסיית היעד העיקרית של המחסנים, היו אחת מן הפעולות מעוררות ההתנגדות שמהן אפשר ללמוד על המנגנונים ההגמוניים שהופעלו כלפי העולים ועל תגובתם למנגנונים אלה.

* * *

אף-על-פי שהחיסונים נחשבים לאחד ההישגים החשובים של הרפואה במאה ה-20, ולבטח נחשבו כך לפני גילוייה של האנטיביוטיקה או הכנסתן של שיטות טכנולוגיות סבוכות כגון השתלת איברים, במהלך ההיסטוריה של הרפואה הם עוררו לא פעם התנגדות, שאף הגיעה במקרים מסוימים לממדים של מרד אזרחי.⁷⁰ כל ניתוח של הוויכוח בעניין החיסונים מחייב הבנה של ההיבטים ההיסטוריים הללו של פיתוח החיסונים השונים.

דפוסים רבים של התייחסות ותגובה לנושא החיסונים התקבלו 'בירושה' מהתקופה שבה החיסון היחיד הקיים היה החיסון נגד אבעבועות השחורות. חיסון זה נפוץ ברבים בסוף המאה ה-18, בתקופה שלא הבינו עדיין כיצד פועלת מערכת החיסון, מהי משמעותו של חיסון ואף

68. דבורה הכהן, עולים בסערה, עמ' 282. דוגמה ל'הסבר' דומה נמצאת בכתבה שפורסמה בעיתון דבר, ובה מתואר הטיפול הרפואי בעולים. בין השאר נכתב שם: 'יש לציין בסיפוק, כי הנשים מתימן שלא אבו בתחילה למסור את ילדיהן לבתי-היניקות החלו להבין את הברכה הרבה של מוסדות אלה ועכשיו הן מוסרות ברצון ובשמחה את ילדיהן לבתי-היניקות'. ראו: א"ח אלחנני, 'העזרה הרפואית לעולים – כיצד', דבר, 25.8.1950, עמ' 8.

69. ביטוי נוסף להתערבות היה העובדה שחוק ביטוח אימהות, שנחקק ב-1953, התנה את קבלתם של דמי לידה בכך שהאם תלד בבית-חולים. חוק זה אמנם תרם את חלקו לצמצום שיעור תמותת התינוקות, אך אף הוא מדגים את אופן החשיבה של התקופה.

70. ראו למשל: Judith Walzer Leavitt, *The Healthiest City: Milwaukee and the Politics of Health Reform*, Princeton, NJ 1982, pp. 76-121; Nadja Durbach, 'They Might As Well Brand Us, Working-Class Resistance to Vaccination in Victorian England', *Social History of Medicine*, 13 (2000), pp. 45-62

מהו הגורם המחולל את מחלת האבעבועות השחורות. למעשה, החיסון שימש אז יותר ככלי אמפירי לבדיקת אפשרות של מלחמה במחלה, שהילכה אימים על הציבור באותה תקופה. השימוש בחיסונים, הן כאובייקט מרכזי של שדה מחקר ברפואה והן כפרקטיקה יישומית בידי אנשי בריאות הציבור, החל למעשה רק בשליש האחרון של המאה ה־19, במסגרת פעילותם של אישים כמו פסטר, קוך ועוד.

עובדה נוספת החשובה להבנה היסטורית של היחס בין המדינה ואנשי בריאות הציבור לבין האוכלוסייה היא העובדה שבמשך זמן רב היו החיסונים מרכיב חשוב במערכת הקולוניאליזם. אנשי המערב הביאו עמם חיסונים שונים שבהם רצו לחסן את האוכלוסייה המקומית במושבותיהם. למרות הכוונות הטובות, עובדה זו גרמה פעמים רבות לזיהוי בין מוסדות שלטון זרים ומדכאים לבין מדיניות החיסונים שביקשו להנהיג. במיוחד תרמו להתגבשותה של תפיסה זו חיסוני הילדים, שכן ההורים ראו בחיסון פעולה המבוצעת בעיקר בילדים, שאינם יכולים להתנגד (מה גם שעצם הרעיון של החדרת גורם מחלה לגופו של ילד בריא נתפס לעתים כבלתי־הגיוני ומסוכן).

כדי להבין את ההתנגדות לחיסונים יש להביא בחשבון גם את הקונטקסט של דיונים במתח הקיים בין חופש הפרט לבין גבולות הכוח של המדינה. החל בסוף המאה ה־19 ובתחילת המאה ה־20 נכללה ההתנגדות לחיסונים בתחום פעולותיהן של קבוצות רדיקליות פוליטיות, במסגרת התנגדותן הכוללת לפלישתה של המדינה לחייהם הפרטיים של אזרחיה וכפועל יוצא מכך גם לגופו של המתחסן – אם באמצעות חיסון ואם באמצעות פעולות רפואיות אחרות. ההתנגדות לחיסונים היתה לחלק ממאבק רחב יותר סביב שאלת מידת התערבותה של המדינה בנושאים שנתפסו עד אז כשייכים לסִפְרָה הפרטית, כגון חיי המשפחה, חינוך, דת, בריאות ועוד. ואכן, לעתים נהגו המחננים באוכלוסיות המקומיות בדרכי כפייה או הפגיבו זלזול ברגשותיהם של המסרבים או של המהססים להתחסן, ולא פעם בעבר גרמה התנהגות זו להתבססותו של זיכרון טראומתי בחברות מסוימות – זיכרון שהקשה את מלאכת השכנוע בדבר נחיצותם של החיסונים.

רבדים אחרים של התנגדות לחיסונים קשורים לסיבות דתיות ותרבותיות, כמו הפחד מהחדרת גורם זר ולא טבעי לגוף – למעשה חומר הגורם לגוף בריא לחלות. נוסף על כך יש גישות הרואות במחלה את רצון האל ולפיכך תופעה שאין למנועה בדרכים מלאכותיות. תפיסה זו באה לידי ביטוי בדרגות שונות של קיצוניות בכתות דתיות שונות. חשוב לזכור כי המצב הוא לרוב מורכב ביותר, שכן גופים שונים המתנגדים לחיסונים אינם פועלים בנפרד אלא מתאגדים יחדיו לפעולת התנגדות מאורגנת. כך, למשל, ב־1995, כשנפוצה בפיליפינים השמועה כי חיסוני הטטנוס הניתנים לאוכלוסייה קשורים גם לנושא הגבלת ילודה, תמכו במתנגדים לקבלת החיסון גם גורמים דתיים וגורמים המתנגדים להפלות ולפיקוח על ילודה. כפי שטוען ההיסטוריון דייוויד ארנולד, דרכה של המדינה לפקח על הגוף החברתי ולווסתו היא משטור הגוף האינדיבידואלי.⁷¹ אופן פיקוח זה מתבטא למעשה במה שמכונה 'הפוליטיקה

71. ראו: David Arnold, *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth Century India*, Berkeley, CA 1993

של הגוף ('body politic'). החיסונים, שהם חלק ממערכת רחבה יותר של כללים בתחום הטיפול בתינוקות, ההיגיינה והבריאות, מהווים את אחת הדרכים שבהן מפקחת המדינה על גופם של אזרחיה. הפעלה זו של סמכות המדינה על הגוף בולטת אף יותר כשמדובר בקבוצות חלשות או בקבוצות שוליים.

סיכום

על אף היותן של קטגוריות הבריאות והחולי קטגוריות מרכזיות שבאמצעותן ניתן לבדוק את התפתחותה של ההברה המודרנית, קטגוריות אלה 'הזנחו' בהיסטוריוגרפיה של התפתחות החברה הישראלית. אחת ממטרותיו של מאמר זה היא להפנות את תשומת הלב לאפשרויות הרבות הטמונות בתחום, ובייחוד לאפשרות הטמונה ביצירת דיאלוג בין דיסציפלינות שונות של היסטוריה, סוציולוגיה ואנתרופולוגיה של הבריאות, דיאלוג שיכול לתרום רבות לשדה ההיסטוריוגרפיה הישראלי.

במאמר בחרנו להתמקד בעיקר בחיסונים כפרקטיקה אחת של רפואה מונעת, שמיקומה בקונטקסט רחב יותר מאפשר לבחון את יחסי הגומלין בין הממסד הרפואי והלא־רפואי לבין סוכנים שונים שניסו להפיץ 'תרבות' בקרב העולים, וכמובן בין גופים אלה לבין העולים עצמם. ההטרונגויות של העולים השפיעה השפעה מכרעת על הדרך שבה תפסו את גופם, את אחריותם בענייני בריאות וחולי ועוד. מעבר לעובדה שקבוצת אנשים זו לא היתה מונוליתית, תהיה זו טעות לחשוב כי העולים נמנעו מלהביע את דעתם בשאלות אלה וכי קיבלו בהכנעה כל מסר מהממסד – הרפואי או הלא־רפואי. אף שההיסטוריונים מתעדים את התנגדותם של העולים בתחומים שונים, לא פעם מתקבל הרושם שאוכלוסיית העולים היתה פסיבית. הדבר בולט גם בכל הנוגע לתחום הבריאות. מרבית ההתנגדויות, המתועדות במחקרים שונים כבדרך אגב, נעלמות בדרך מסתורית, בלא שיובהרו הגורמים להן: הסברה, הפעלת כוח, שילוב של השתיים או גורם אחר. גם הסוכנים השונים לא העבירו מסרים באופן פסיבי, והשינויים שהתרחשו בתהליך העברת המסרים 'מלמעלה למטה' ובכיוון ההפוך הם נושא פורה למחקר, שיכול לעסוק בכל אחד מאותם סוכנים – אחיות בריאות הציבור, מורים, תזונאים ועוד.⁷² כפי שצוין בתחילת המאמר, נושא הבריאות וההגירה תופס בשנים האחרונות נתח הולך וגדל בהתעניינות ובמחקרים בתחום בריאות הציבור. מדינת ישראל המשיכה גם בעשורים האחרונים לקלוט עלייה בממדים שאין להם אח ורע בעולם. שאלות רבות שנשאלו בשנות החמישים, בייחוד בהקשר של יחסי הגומלין בין הממסד לבין הנקלטים, עדיין משמעותיות כיום ודורשות מחקר המתבסס על גישה רב־תחומית. אם נוסיף על כך 'פצעים פתוחים' שנתרו מהעלייה הגדולה, בייחוד בכל הנוגע לסוגיית הילדים הנעדרים ולפרשת הגזות,

72. אכן, בשנים האחרונות נכתבו כמה עבודות בנושא זה. ראו: הירש (לעיל הערה 16); סטולר־ליס (לעיל הערה 17).

הרי מסתבר כי יש מקום רב למחקר היסטוריוגרפי בתחום. פרשת תרומות הדם של העדה האתיופית, שפרצה לתודעת הציבור בשנות התשעים, שבה והעלתה על פני השטח את הקשר בין מדיניות בריאות הציבור לבין מתחים גזעיים ותפיסות גוף שונות של הממסד ושל העולים.⁷³ אין רצוננו לטעון כי 'ההיסטוריה חוזרת', שכן כל מקרה מתייחד בקונטקסט החברתי והתרבותי בזמן המסוים של התרחשותו, אך יש דילמות ומוטיבים השבים ועולים בתחום הבריאות וההגירה וניתוחם מתבקש.

מחקרים הבודקים את נושא העלייה הגדולה בשנות החמישים, לפחות בכל הקשור בתחום הבריאות, חייבים להביא בחשבון ברצינות רבה יותר את נקודת מבטם של העולים ואת הדרך שבה תפיסותיהם השונות של עולים שונים השפיעו על המארג החברתי הישראלי. שאלת תפיסת הגוף ונסיונם של מנגנונים הגמוניים שונים להשפיע עליה יכולים להוסיף נדבך חשוב למחקרים אלה.

73. ראו: Don F. Seeman, 'One People, One Blood: Religious Conversion, Public Health and Immigration as Social Experience for Ethiopian-Israelis', Ph.D. Dissertation, Department of Anthropology, Harvard University, Cambridge, MA 1997