



המלצות למתן שירותי בריאות מיטביים לנשים בזנות במצבי הריון ולידה

נייר עמדה

פרופ' עינת פלד
פרופ' יעל בנימיני
ד"ר ליאור בירגר
יעל גור
ד"ר זהר סהר

נייר עמדה זה מבוסס על ממצאיו של מחקר איכותני שבחן את הגורמים המעכבים והמקדמים קבלת שירותי בריאות במצבי הריון ולידה עבור נשים בזנות. לאחר הצגת עיקרי הממצאים, מוצעות במסמך המלצות לפיתוח ומתן שירותי בריאות מיטביים, הן ברמת מערכת הבריאות והן ברמת ההתערבות הישירה עם נשים בזנות. המחקר נערך במימון המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

רקע

- נשים בזנותⁱ הן אחת האוכלוסיות המודרות ביותר בשירותי בריאות בכלל ובשירותי בריאות בתחומי ההריון והלידה בפרט.
- למרות המיתוסים לפיהם נשים בזנות הן רווקות המנסות להימנע מהריון, מחקרים שנערכו בעולם ובישראל מוכיחים שהריון ולידה נפוצים בקרב נשים בזנותⁱⁱ.
- בישראל, ההערכה היא כי מתוך כ-10,000 נשים בזנות, 70 אחוזים הן בגילאי 18-40, וכ-70 אחוזים הן אימהותⁱⁱⁱ.

מהלך המחקר

- המחקר נערך באוניברסיטת תל-אביב, ונשען על גישת התיאוריה המעוגנת בנתונים^{iv}.
- הנתונים נאספו באמצעות 48 ראיונות עומק חצי-מובנים שנערכו עם עובדות במוסדות רווחה המיועדים לנשים בזנות (n=15), עובדות במוסדות בריאות אשר פוגשות נשים בזנות במצבי הריון ולידה (n=20), וכן נשים בזנות אשר קיבלו שירותי בריאות סביב הריון ולידה (n=13).
- הדגימה הייתה מגוונת מבחינת נשות המקצוע, סוגי השירותים והנשים בזנות. נשות המקצוע כללו עובדות סוציאליות, רופאות, אחיות, דולות וכן פעילות בארגונים ייעודיים לנשים בזנות/תעשיית המין. בקרב הנשים בזנות כולן היו אימהות לילדים, ושתיים מהן היו בהריון בזמן הראיון.
- הראיונות הונחו על ידי מדריך ראיון ונערכו פנים אל פנים, בטלפון ובזום. המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת תל-אביב ונערך תוך שמירה על כללי האתיקה. הראיונות הוקלטו, תומללו ונותחו בהתאם לגישת התיאוריה המעוגנת בנתונים. צוות החוקרות כלל נשות מקצוע מארגונים המסייעים לנשים בזנות וכן מומחית מניסיון חיים.

ממצאים

- ממצאי המחקר הצביעו על מגוון רחב של גורמים מעכבים ומקדמים ברמת מערכת הבריאות וברמת האישה, המשפיעים על נגישות ומתן שירותים לנשים בזנות בהריון ולידה (ראו תרשים 1). לרוב, גורמים אלה פעלו באופן משולב, בהתאם למאפייני האישה והשירות.
- נמצא כי סטיגמה כלפי נשים בזנות מהווה חסם מרכזי ורב-ממדי: סטיגמה ברמה החברתית עלולה להשליך על יחסם השלילי של נותני ונותנות שירותים כלפי האישה, על טיב הטיפול המוענק לה, על אופי הקשר בין נותני ונותנות השירות לאישה, וכן על בחירת האישה האם וכיצד להיעזר בשירותים.
- יחד עם זאת, גורמים מקדמים כגון הטמעה של קווים מנחים לטיפול מיוחד-טראומה בחלק מן השירותים וכן שיתופי פעולה בין מערכת הבריאות לבין ארגוני סיוע ייעודיים לנשים בזנות, קידמו מתן שירותים עבור חלק מהנשים.

גורמים מקדמים

גורמים ברמת מערכת הבריאות

- הטמעה קיימת של טיפול מיועד-טראומה במערכת הבריאות
- שיתופי פעולה בין-מקצועיים ובין-ארגוניים (כולל ארגונים חוץ מערכתיים)
- נוכחות גורם מלווה (בהריון, בלידה ובתקופה שאחריה)

גורמים ברמת האישה

- קשר מיטיב בין נותנת השירות והאישה
- גורמי תמיכה: משפחה, חברות
- כוחות ברמת האישה



המלצות

גורמים מעכבים

גורמים ברמת מערכת הבריאות

- משאבים מצומצמים
- נגישות מוגבלת (קשיים בירוקרטיים, זמני המתנה ארוכים בטלפון וכן המתנה לתורים)
- מחסור בידע ובהכרות עם נשים בזנות וצרכיהן
- שחיקת צוותים
- קושי רגשי של צוותים "לגעת" בנושא הזנות
- זהות המטפל (גבר ולא אישה)
- סטיגמה ויחס שלילי מצד המטפל (ביקורת, זלזול, חשדנות)

גורמים ברמת האישה

- לחץ מבן הזוג/גורמים בעולם הזנות
- חסמים הקשורים לטראומה
- חסמים תרבותיים
- חסמים כלכליים
- חסמים דמוגרפיים: גיל, מגורים, מעמד אזרחי
- התמכרויות
- בדידות
- מחסור בידע
- חשש מ"מערכות" ובמיוחד מהרווחה
- תפיסות לגבי ההריון ולגבי גופן

שילוב נשים בזנות בתכנון ומתן שירותים

- כבוד לזכות האישה להגדרה עצמית
- שיפור והנגשת שירותים קיימים לצד פיתוח ושיפור מענים ייחודיים לנשים בזנות
- טיפול מיועד-טראומה
- הריון ולידה כ"חלון הזדמנויות" לזיהוי צרכים ויצירת קשר
- "אף אישה לא יולדת לבד": פיתוח מערכי ליווי ייעודיים סביב הריון ולידה
- חיזוק קשרים בין-ארגוניים ובין-מקצועיים
- הכשרת צוותים הכוללת רפלקטיביות והנגשת מידע
- הנגשת מידע לנשים בזנות אודות בריאות האישה
- עידוד התנסותן של נשים בזנות בצריכת שירותים
- הנגשת מידע תוך שימוש במדיה, בשפה נגישה ובגובה העיניים

ציטוטים לדוגמא

גורמים מעכבים

סטיגמה ויחס שלילי מצד הגורם המטפל. סטיגמה ויחס שלילי היו בעלי השלכות הן ברמה הנפשית והן ברמה הפרקטית. ראשית, נשים בזנות חששו כי נותני ונותנות שירותים יסתכלו עליהן "אחרת" וישפטו אותן. כך מתארת זאת פעילה באחד הארגונים בתחום:

"את [המטופלת] ישר בראש מתחילה להריץ על עצמך את כל מה שאת חושבת שחושבים עליך... יש סטיגמה בחברה. המבט משתנה, הטון משתנה... נורא ברור שאם את שם [בזנות], אז את כאילו עברת abuse... ושיקול הדעת שלך מוטל בספק. את לא נשפטת בעבור מי שאת".
(פעילה בארגון מרכזי)

סטיגמה ויחס שלילי כלפי האישה התבטאו הן באופן שבו דיברו חלק מנשות ואנשי המקצוע אל הנשים והן בהחלטות שהתקבלו. כך למשל תיארה זאת עובדת סוציאלית שליוותה צעירה בהריון על רצף הזנות:

"כשהתחלתי ללוות אותה לבדיקות, לאחות ליווי היריון... היחס שהיא קיבלה היה מזעזע, שזה לא מפתיע אותי... [למשל] מחליפים רופא נשים באמצע ההיריון בלי לשאול. ובפעמים הראשונות כשהיא הגיעה לרופא צעקו עליה... שהיא צריכה להפיל את התינוק... וכמה היא לא בסדר... ואז כבר אמרתי, אני לא נותנת לה ללכת לבד. ובאתי איתה... היא כבר רצתה לקחת כנראה אחריות על ההיריון, אבל פחדה ממה שהרופא יגיד לה.. היינו יושבות אחת ליד השנייה והרופא היה מסתכל עלי, מדבר אלי, כאילו אני סוחבת את הילד". (עו"ס, עמותה ייעודית)

זהות המטפל. זהות המטפל, ובפרט מגדר המטפל – כלומר קבלת שירות מרופא ולא מרופאת נשים – היוו חסם מרכזי עבור נשים רבות בזנות. כך תיארה זאת אחת המשתתפות:

"אם הרופא יודע על מצב של מישהי [שהיא בזנות] והוא יכול באמת לעזור לה ולשלוח אותה לארגון שיעזרו לה, אז כן [כדאי לשתף אותה]. אבל אם... הוא סתם יודע את זה, אז מה זה נותן? הפוך. יש כאלה שינצלו את זה לרעה. הוא ינסה להתחיל איתה ולהטריד אותה מינית... הוא יעשה מה שהוא רוצה... ויגיד 'אהה, זונה מי יאמין לה?'". (אישה עם רקע של זנות)

החשש מהרווחה. עבור חלק מהנשים, החשש וחוסר האמון במערכות בכלל וברווחה בפרט, השליכו על הלידה עצמה. כך תיארה זאת אישה עם רקע של זנות:

"הרבה בנות מפחדות לשתף. [כי] יתקשרו עכשיו לעובדת סוציאלית... ייקחו לי את הילד... זה היה אחד הפחדים שלי לבוא ללדת בבית חולים... [בלידה] הייתי ממש בתוך הכאבים... אפילו שהמיילד נכנס לחדר... מרוב שכאב לי, לקחתי את השפופרת של הגל... ופשוט העפתי עליו, וצרחתי עליו... ואז הוא אמר 'אני לא יכול איתה, אני יביא לפה עובדת סוציאלית וזהו'. אמא שלי

שמעה את זה ורדפה אחריו 'על מה תביא עובדת סוציאלית? פשוט כואב לה, בגלל זה היא מתנהגת ככה'... אמא שלי מאד פחדה מהרגע הזה". (אישה עם רקע של זנות)

חסמים הקשורים לטראומה. עבור חלק מהנשים, חוויות של טראומה רגשית, פיזית או מינית בעבר או בהווה, נקשרו לקושי במתן אמון בגורמים מטפלים ובהם צוותים רפואיים, מנעו פנייה לשירותים ושימוש באמצעי מניעה. כך תיארה זאת עובדת סוציאלית שעבדה עם צעירות בזנות:

"העניין של אמצעי מניעה הוא...מורכב. אומרים לה [לצעירה] תגידי, מה את טיפשה, למה את לא משתמשת בקונדום, בגלולות... ולצעירה שלא יודעת מה השעה והיא קמה כל יום בזמן אחר והיא לפעמים נאנסת בלילות... לקחת כדור כל יום באותה שעה, זו מטלה סופר מורכבת. ללכת לרופאת נשים, זה טריגר... בגלל פוסט טראומה הן לא יכולות לדמיין בכלל - לא לדבר על מין ובטח שלא להיבדק בדיקה וגינלית". (עו"ס, עמותה ייעודית)

חסמים כלכליים. העדר משאבים כלכליים וחיים בעוני היוו חסם מרכזי. כך למשל, לחלק מהנשים והצעירות אין יכולת לממן אמצעי מניעה כמו גלולת היום שאחרי, התקן תוך רחמי, או יכולת לשלם את דמי עלות הועדה להפסקת הריון (המשולמים במזומן). נשים חסרות מעמד ללא גישה לביטוח בריאות נמנעו לעיתים מבדיקות שונות, בהן בדיקות מעקב הריון. כך התייחסה לדמי התשלום על הועדה להפסקת הריון רופאה באחד מבתי החולים:

"יכולה להיות אישה שלא תגיע להפסקת הריון בגלל הכמה מאות שקלים האלה". (רופאה, בית חולים).

גורמים מקדמים

נוכחות גורם מלווה. נוכחות של גורם מלווה (לרוב מתנדבת, עובדת סוציאלית או דולה) קידמו פנייה לשירותים וכן קבלת שירותים במהלך ההיריון, בלידה ולאחריה. כך תיארה זאת אחת המשתתפות:

"[דרך אחד הארגונים] קיבלתי דולה. היא לימדה אותי, עשתה לי הכנה ללידה... ובלידה עצמה אני לא יודעת מה הייתי עושה בלעדיה... כן, זה מציל. קודם כל היא נתנה לי המון ביטחון, כי היה פחד ממש מהלידה... בהתחלה היה לי קצת קשה להיפתח, אז היא נתנה לי להרגיש בנוח, להרגיש ביטחון". (אישה עם רקע של זנות)

קשר מיטיב בין נותן השירות והאישה. היווצרותו של קשר מיטיב, ובמיוחד התגייסותם של צוותי רפואה ורווחה כדי "לעשות מעבר" עבור נשים במצבי זנות, נמצאו כמקדמים מתן טיפול רפואי מיטיב בהריון ולידה. כך למשל תיארה זאת עובדת סוציאלית באחד מבתי החולים בארץ:

"מבחינתי, כשמגיעה אישה [בזנות]... אני אוטומטית מתגייסת ממש לעזור לה. לעזור לה עם התחייבות, לשמור לה מקום, להתקשר. להעיר אותה שתגיע... משהו שאני לא עושה בדרך כלל".
(עו"ס, בית חולים)

המלצות להתערבות

על רקע ממצאי המחקר, נוסחו ההמלצות שלהלן:

- יש לשלב נשים בזנות או שהיו בזנות בתכנון ובמתן שירותי בריאות וכן בהכשרת אנשי ונשות צוות בתחום הרפואה.
- יש לכבד את זכותן של נשים להגדרה עצמית ולכבד את תפיסתה של כל אישה בנוגע למידת הבחירה שלה סביב המעורבות בזנות. זאת, תוך כבוד לכוחותיה של האישה, יחס אמפתי והעדר שיפוטיות.
- יש לפעול לשיפור והנגשת שירותים קיימים לאוכלוסייה הכוללת, זאת לצד פיתוח ושיפור מענים ייחודיים לנשים בזנות. בקרב נשים בזנות, יש המעדיפות לצרוך שירותים כוללניים (וכך להימנע לעיתים מחשיפת הזנות), לצד מי שמעדיפות לצרוך שירותים ייעודיים. לאור זאת, מומלץ לפעול בשני מישורים: ראשית, על ידי שיפור והנגשה של שירותים כוללניים, בהם שירותים מיוחדים-טראומה בהריון ולידה, קורסי הכנה ללידה בקהילה לנשים בהדרה וכן הרחבת סל הבדיקות למחלות מין בהריון לכלל הנשים בישראל. שנית, על ידי פיתוח ושיפור מענים ייחודיים, באמצעות הפניית משאבים להרחבת שירותי בריאות לנשים בזנות בקהילה, במסגרתם יינתנו טיפולים ובדיקות ללא עלות או בסבסוד, ותוך זמינות בטווח רחב של שעות וללא צורך בקביעת תור מראש.
- טיפול מיוחד-טראומה. יש לאמץ עקרונות של טיפול מיוחד-טראומה, כולל העזרות בתוכניות לידה וכן הפנייה לחדרי לידה מיוחדים-טראומה (ראו לדוגמא: [רשימת מרכזי ליווי מיוחד-טראומה בחדרי לידה](#)); העדפת מתן טיפול ע"י נשים; מתן הסברים לפני בדיקות, במיוחד גופניות; העדפת אולטרסאונד נייד (ללא בדיקה וגינאלית) במהלך הלידה ועוד.
- הריון ולידה כ"חלון הזדמנויות" לזיהוי צרכים ויצירת קשר. במהלך בדיקות הריון, בוועדה להפסקת הריון וכן סביב הלידה עצמה – יש לאתר גורמי סיכון וצרכים פסיכו-סוציאליים וכן להפנות את האישה לגורמי סיוע רלוונטיים; במקרה של נוכחות גורם מלווה – רצוי לקיים שיחה ראשונית עם האישה לבדה; יש לתלות הסברים במגוון שפות אודות סימנים מזהים של ניצול רגשי, פיזי ומיני.

- "אף אישה לא יולדת לבד": פיתוח מערכי ליווי סביב הריון ולידה. מערכי ליווי בשלבי ההריון, ההכנה ללידה והלידה וכן דגש על ליווי רגשי ופיזי לאחר לידה; הנגשת שירותי דולה לנשים במצבי זנות והדרה; פיתוח מענים לאימהות בזנות וילדיהן.
- **חיזוק קשרים בין-ארגוניים.** יש לפעול לחיזוק ההיכרות ושיתוף הפעולה בין ארגונים ייעודיים לאנשים בזנות בקהילה ובין שירותי בריאות בהריון ולידה.
- **הכשרת צוותים.** יש להכשיר צוותים רפואיים תוך עידוד רפלקטיביות באשר לעמדות אנשי ונשות צוות כלפי זנות וכלפי לידה ואימהות של נשים במצבי זנות. בנוסף, יש להעביר מידע באשר לנשים בזנות, כולל, בין היתר: זנות בישראל ובעולם – מרחבי ההתרחשות, היבטים חוקיים ומסגרות טיפול ייחודיות; רקע וגורמים לזנות; השלכות הזנות על בריאות האישה (נפש, גוף, מרחב משפחתי וחברתי); צרכים מגוונים על רקע פגיעות מיניות, מעמד אזרחי, התמכרות ותחלואה נפשית; צרכים רפואיים במצבי הריון ולידה בקרב נשים בזנות; מחלות מין; טראומה ופוסט-טראומה.
- **יש להנגיש מידע לנשים בזנות.** הנגשת מידע אודות בריאות האישה, הריון ולידה, תעשה תוך שימוש בשפה מכבדת וברגישות תרבותית.
- **יש לעודד את התנסותן של נשים בזנות בצריכת שירותים.** ליווי קרוב לצד עידוד לעצמאות בצריכת שירותי רפואה, עבור מי שזקוקות לכך.
- **יש להשתמש במדיה ובאמצעים טכנולוגיים.** הנגשת מידע באופן ויזואלי, בשפה נגישה ובגובה העיניים.

ⁱ המושג "נשים בזנות" מתייחס לנשים וצעירות שהיו בזנות פעילה או קיבלו תשלום כחלק מתעשיית המין בעבר ו/או בהווה.

ⁱⁱ For example: Beckham, S. W., Shembilu, C. R., Winch, P. J., Beyrer, C., & Kerrigan, D. L. (2015). 'If you have children, you have responsibilities': motherhood, sex work and HIV in southern Tanzania. *Culture, Health and Sexuality*, 17(2), 165–179. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.961034>; Scorgie, F., Nakato, D., Harper, E., Richter, M., Maseko, S., Nare, P., Smit, J., & Chersich, M. (2013). "We are despised in the hospitals": Sex workers' experiences of accessing health care in four African countries. *Culture, Health and Sexuality*, 15(4), 450–465. <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.763187>

ⁱⁱⁱ Santo, Y. Carmeli, A. (2016). *Israeli national survey on prostitution*. Tel Aviv, Israel: The State of Israel Ministry of Welfare and Social Services and Ministry of Internal Security.

^{iv} Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.