

על עֹפְרָיִם בְּהַקְשָׁרִים: אֵתִיקָה הַקְשֵׁרִית בִּיעוּץ גִּנְטִי וּבִנְיַהוּל רְפוּאֵי שֶׁל הִירִיוֹן בְּסִיכּוֹן וּמַעֲמָדוֹ שֶׁל הָעוֹבֵר בִּישְׂרָאֵל

נְגָה וִינֵר* וִיעֵל הַשִּׁלּוּנִי-דוֹלֵב**

תְּקִצִיר. המאמר דן באופן שבו אנשי מקצוע מתחום רפואת הפריזון וההולדה בישראל, המתמחים ביעוץ גנטי וברפואה מיילדותית, מבינים את מעמדו המוסרי של העובר. בחינה של ההצדקות האתיות המנחות את טיפול המומחים בעובר (או את אי-הטיפול בו) מגלה כי בעוד היועצים הגנטיים רואים באישה ההרה את המטופלת שלהם (ולא בעובר), הרופאים המיילדים המטפלים בהריונות בסיכון גבוה מכוננים את העובר כמטופל בפועל. זאת על אף שאין לו מעמד בחוק הישראלי ובהלכה היהודית. למרות הבדל זה נציגי שתי הפרופסיות מצדיקים את התפיסות השונות שלהם באמצעות מודל של אתיקה הקשרית (relational ethics), שבו מעמד העובר נבחן על רקע מערכות היחסים המשפחתיות שלו. במאמר זה אנו טוענות כי הבלטת המודל האתי ההקשרי יונקת ממשטרי ההצדקה הזמינים לאנשי המקצוע בחברה הישראלית, קרי – מהאופן שבו עוצב מעמד העובר בהקשרים היסטוריים, פוליטיים, חוקיים ודתיים בישראל, ולא מהידע הרפואי-פרופסיונלי.

הקדמה: הופעת העובר כשחקן חברתי בעת המודרנית

השאלה מתי הופך התוצר הביולוגי של ההיריון לבן-אנוש ומתי הוא מוגדר כ"חיים" היא שאלה בעלת היבטים מוסריים וחוקיים, שהעסיקה פילוסופים ואנשי דת כבר בתקופות קדומות (Luker, 1985; Schroedel, 2000), אבל "העובר" המוכר לנו כיום כקטגוריה סובייקטיבית וכמסמן תרבותי לאדם בהתהוותו הוא תוצר תרבותי והיסטורי של החברה המערבית המודרנית.

את הופעת העובר יש להבין על רקע השינויים שחוללה המודרניות בתפיסת האדם, בתפיסת החברה ובתפיסת הטבע. העמקת אחיזתן של הלאומיות ושל הכלכלה הקפיטליסטית

* המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

** בית הספר לממשל וחברה, המכללה האקדמית של תל אביב-יפו

תודתנו נתונה לרופאים וליועצים שנטלו חלק בשני המחקרים שהיו בסיס למאמר זה ולאורי רם, לאילנה שוהם-ורדי ולקוראים האנונימיים של כתב העת סוציולוגיה ישראלית על הערותיהם המועילות לניסוחים קודמים של עבודה זו.

בעידן המודרני העמידה את גודל האוכלוסייה ואת מידת בריאותה במרכז סדר היום המדיני (Foucault, 1981). תינוקות, שהטיפול הרפואי בהם הוזנח עד אז, החלו לזכות בתקופה המודרנית לתשומת לב מיוחדת ולהגנה כאזרחים עתידיים של המדינה. קשרים אפשריים בין הסביבה התוך-רחמית שבה מתפתח התינוק ובין בריאותו העתידית של היילוד וסיכויי הישרדותו החלו להיבחן במטרה להפחית את התמותה הגבוהה של אמהות ושל תינוקות (Desmond, 1998). לא פחות מכך, עיתוי התהוות העובר קשור לשינויים שחלו בתקופה המודרנית בטבעו של הידע, באופני ייצורו וארגונו ובהערכה החברתית-תרבותית שלו. מדענים ורופאים בני התקופה הסתמכו על מחקרים על החיים לפני הלידה בטענתם לעדיפותה של ההבנה המדעית על פני סוגים אחרים של ייצור ידע, ותבעו להתקבל כמפרשיה הבלעדיים של ההתפתחות האנושית. הצלחתם ניכרת בהפיכת הידע הביורפואי לבסיס הכרחי לכל דיון חברתי ומוסרי עכשווי בעובר. לפיכך, ההיסטוריה של תפיסת העובר משקפת במידה רבה את ההיסטוריה של הסמכות הרפואית (Addelson, 1999; Duden, 1993; Luker, 1985; Morgan, 1999)¹.

עד אמצע המאה התשע-עשרה היריון של אישה בחברה מערבית נתפס כממשי בעיניה ובעיני הקהילה שאליה השתייכה רק כאשר חשה את תנועות התינוק העתידי בבטנה. מבחינה חברתית, תחושה זו, שנשים מדווחות עליה בדרך כלל בין החודש הרביעי לחודש השישי של ההיריון, לא הייתה הוכחה לקיומו הנסתר עד לאותו רגע של "עובר", אלא סימנה את נוכחותו מאותו רגע של "הילד העתיד לבוא" (Addelson, 1999). התפיסה החברתית שראתה בתנועות התינוק העתידי נקודת מפנה בהיריון, מודגמת היטב במילה האנגלית המתארת את התופעה – quickening, שפירושה התעוררות או גילוי סימני חיים.² הבניית העובר המודרנית הייתה תלויה בהפחתת המשמעות החברתית של ה-quickening; במהלך המאה התשע-עשרה נחלשה התפיסה שלפיה ההיריון מורכב משתי תקופות המופרדות באמצעות התחושה של תנועות הילד העתידי, והתפיסה שלפיה ההיריון הוא תהליך פיזיולוגי רצוף, שבו העובר הוא תוצר של התפתחות מרגע ההפריה, הפכה למרכזית. לשינוי התפיסתי נלוו משמעות מוסריות וחוקיות; האם והעובר החלו להינתפס כשתי ישויות נפרדות בעלות אינטרסים מובחנים, ונוצרה תשתית חוקית להגנה על זכויות העובר (Addelson, 1999; Luker, 1985). כינון העובר התרחש בשתי זירות מרכזיות שניזונו זו מזו: הזירה הראשונה – האמברולוגיה – הציבה את "הילד שטרם נולד" כאובייקט לחקירה מדעית, אספה עדויות אמפיריות לקיומם של חיים טרום לידתיים, הקנתה מוחשיות לגוף העובר והבנתה באופן שיטתי את רעיון ה"התפתחות" (Duden, 1993; Morgan, 1999). בזירה השנייה פעלו

1 לדיון נוסף בטענה זו ראו וינר (בדפוס).

2 מראשית המאה ה-13 ועד לשנת 1869, תחושת תנועות התינוק העתידי בבטן (quickening) שימשה את הכנסייה הקתולית כדי להבחין בין הפסקות היריון "מוקדמות" ו"מאוחרות". הפסקת היריון שבוצעה קודם ל-quickening לא נתפסה בעיני הכנסייה כרצח ולא היוותה עילה לנידוי. בשנת 1803, כאשר הגדיר החוק האנגלי את הפסקת ההיריון היוזמה כעבירה, הוא אימץ את תחושת תנועותיו של התינוק בבטן כקריטריון לקביעת חומרתה (Luker, 1985). מעמדו המוסרי של העובר בהלכה יידון בהרחבה בהמשך.

רופאים כדי להפוך את הידע הרפואי לסמכותי,³ ובתוך כך הגדירו מחדש את המושג "חיים", כך שיקיף את כל מהלך ההתפתחות התוך-רחמית (Addelson, 1999; Luker, 1985). הסובייקטיביות של העובר, אשר כוננה בתהליך של הפיכת הידע הביולוגי והרפואי לידע סמכותי, השתרשה בתרבות המערבית במהלך המאה העשרים. המודל האבולוציוני של מעגל החיים הופנם בצורה רחבה, וכיום נשים מקבלות את תוצאות הבדיקה הכימית המעידה על שינוי הורמונלי⁴ כאינדיקציה לקיומו של עובר ברחמן (Duden, 1993; Schroedel, 2000).

הזיקה בין המדיקליזציה של החיים החברתיים המערביים ובין מעמדו החברתי של העובר לא הסתכמה בכינון העובר כקטגוריה סובייקטיבית חדשה. כפי שנראה מיד, המחקר הסוציולוגי והאנתרופולוגי מצביע על כך שרפואת הפריון וההולדה ממשיכה לעצב את מעמדו החברתי של העובר, אלא שהשפעתה מתווכת במידה הולכת וגוברת על ידי הפרקטיקות הטכנולוגיות שלה, במיוחד אלה המכונות "טכנולוגיות הרבייה החדשות" (new reproductive technologies).

העובר בדיון האקדמי על טכנולוגיות הרבייה החדשות (NRTs)

הפיכת הפריון וההולדה לבעלי אופי טכנולוגי, בעיקר במדינות מתועשות, עוררה בשליש האחרון של המאה העשרים גל גדול של מחקרים אשר בחנו את ההשלכות החברתיות והתרבותיות של אותן טכנולוגיות – המוכרות בשם "טכנולוגיות הרבייה החדשות" – במספר רב של אתרים אתנוגרפיים. למרות הדגשים התיאורטיים והאמפיריים השונים בכתבתן, חוקרות מרכזיות בתחום שותפות לטענה בדבר השינוי הרמטי שחוללו הביי-טכנולוגיות באופן שבו חוות נשים את תהליך ההתעברות, את ההיריון ואת הלידה (Davis-Floyd, 1992; Georges, 1996; Jordan, 1997; Leavitt, 1986; Oakley, 1984; Rapp, 1999; Rothman, 1986; Sandelowsky, 1991); הן מצביעות על התגברות ההסדרה (רגולציה) של פרקטיקות הפריון וההולדה (Barker, 1998; Browner & Press, 1995) ועל התעצמות השפעתן החברתית המרבדת⁵ הן בהיבטים מקומיים והן בהיבטים גלובליים (Ginsburg & Rapp, 1995; Inhorn & Van Balen, 2002). שכיחותן העולה של בדיקות אבחון

3 ג'ורדן (Jordan, 1997) מגדירה ידע סמכותי (authoritative knowledge) כידע שיש קונצנווס לגבי היותו בעל משקל רב יותר מזה שיש למערכות ידע אחרות הקיימות בתחום מסוים. ההבניה של ידע כסמכותי היא תהליך חברתי מתמשך המייצר יחסי כוח ומשקף אותם.

4 הבדיקה המודדת את רמת הורמון ה-HCG שמפרישה הביצית המופרית לאחר השתרשותה ברחם, יכולה לאשר היריון כבר ביום הראשון לאיחור הווסת – כשבועיים לאחר ההפריה.

5 גינבורג וראפ (Ginsburg & Rapp, 1995) מייחסות את המושג "הולדה מרובדת" (stratified reproduction) לשלי קולן (Shellee Colen) ומסבירות אותו כיחסי הכוח שבאמצעותם קבוצות מסוימות מעודדות ילודה וגידול ילדים בניגוד לקבוצות אחרות (Ibid., p. 3). ריבוד בתחום הפריון וההולדה בא לידי ביטוי לעתים קרובות, אם כי לא באופן בלעדי, בהבדלים בנגישות שיש לנשים המשתייכות לקטגוריות חברתיות-כלכליות שונות לטכנולוגיות הפריון וההולדה.

טרום לידתיות, במיוחד דיקור מי שפיר (amniocentesis), הופכת את ההיריון בעבור נשים לחוויה טנטטיבית, ניסיונית (Rothman, 1986), שכן בו בזמן שהן מצופות לקבל את ההריון ולמשטר את עצמן בהתאם מראשיתו (למשל על ידי הימנעות מעישון והקפדה על תזונה), הן גם מצופות להפסיק אותו במקרה של אבחנה "חיובית", דבר המעמיד בפניהן דילמות מוסריות רבות (Rapp, 1999).

ההפרדה בין ההפריה וההיריון שנוצרה באמצעות טכנולוגיות כמו הפריה חוץ-גופית (IVF), אפשרה יצירה של דפוסים משפחתיים חדשים (למשל, באמצעות פונדקאות או תרומות זרע וביצית) וקראה תיגר על הגדרות קיימות של שארות (kinship) שהיו מבוססות בעיקר על יחסים ביולוגיים (Franklin, 1993; Kahn, 2000; Strathern, 1995). בנוסף, היא עוררה דיון אתי על מעמדם של עוברים מחוץ לרחם ושל עוברים בשלבים השונים של ההיריון (Krones et al., 2006).

השינוי שחוללו הביו-טכנולוגיות החדשות בתפיסה החברתית של העובר ושל מערכת היחסים בינו לבין בני משפחתו, ובמיוחד אלו שבינו לבין האישה שברחמה הוא מתפתח, העסיקה חוקרות רבות מתחום המחקר החברתי והתרבותי של הפריה וההולדה. אנו מוצאות כי עבודותיהן מצביעות על שתי מגמות מרכזיות שבהן משפיעות טכנולוגיות הרבייה החדשות על מעמדו החברתי של העובר.

המגמה הראשונה מציגה את העובר כסובייקט חדש לכאורה על במת הפריה וההולדה. מחקרים שהבליטו מגמה זו קראו תיגר על הצגת התכונות האנושיות של העובר כטבעיות. הם הבליטו את ההקשרים ההיסטוריים והתרבותיים שלאורם התפתחו ההמשגות והייצוגים המאנשים של העובר, ובמיוחד את הניהול הרפואי והטכנולוגי של ההיריון בעידן המודרני (Duden, 1993; Morgan & Michaels, 1999; Petchesky, 1987).

תרומה ניכרת להבניית העובר כ"שחקן חברתי" (Addelson, 1999) והצגת הדימוי של האישה ההרה כסביבת התפתחותו מיוחסת לטכנולוגיות ההדמיה (אולטרה-סאונד), אשר הפכו לחלק משגרת האבחון והטיפול הטרומ לידתי של הרפואה המודרנית (Duden, 1993; Petchesky, 1987; Schroedel, 2000). הידע הגנטי שנצבר במחצית השנייה של המאה העשרים אישר בשנית את קיומו של פוטנציאל אנושי בשלבים המוקדמים של ההתפתחות העוברית,⁶ והשיח הביולוגי בשיתוף עם השיח הרפואי הדגישו את יכולת הפעולה של העובר. כך, בימינו מציג השיח הרפואי את העובר כסוכן עצמאי שיש בכוחו לפעול ולקדם את האינטרסים המובחנים שלו, לעצב את הסביבה התוך-רחמית ולהסדיר את התפתחותו (Franklin, 1991).

לעומת זאת, קבוצת מחקרים אחרת הדגישה השפעה שונה שיש לטכנולוגיות הרבייה על מעמדו החברתי של העובר. הם הבליטו את ההשגרה של טכנולוגיות האבחון הטרומ לידתי

6 במיוחד משפיעה בהקשר זה הטענה כי ההרכב הגנטי של אדם נקבע ברגע ההפריה כאשר גרעין תא הזרע וגרעין הביצית חוברים זה לזה, וכי למבנה הגנטי של אדם יש תפקיד מכריע בקביעה של תכונות אישיות פיזיות וחברתיות (גנטיזציה).

7 העובר (יחד עם השליה) הוא זה שמבטיחה את ההמשכיות ההורמונלית של ההיריון, מדרבן שינויים פיזיולוגיים אצל האם, פותר בעיות אימוניות (חיסוניות) וקובע את משך ההיריון (Franklin, 1991).

ודנו בזיקה שבין טכנולוגיות אלה ובין הציפייה החברתית ההולכת וגוברת לתינוקות בריאים ושלמים, ובמובנים מסוימים אולי אף "מושלמים".

מחקרים אלה הדגישו מאפיינים טנטטיביים של ההיריון ושל העובר (קרי, את החוויה של ההיריון כמצב שהוא "על תנאי", כל עוד לא אושרה תקינות רפואית של העובר) וקשרו אותם לשימוש הגובר בטכנולוגיות אבחון טרום היריוניות, כמו בדיקות לנשאות גנטית, המיועדות להערכת הסיכון של זוג הורים להוריש מחלות לצאצאיהם הביולוגיים, וטכנולוגיות אבחון טרום לידתיות כגון: בדיקת סיסי שליה (chorionic villus sampling), דיקור מי שפיר (amniocentesis) וסוגים שונים של הדמיות סונוגרפיות, המשמשות לאבחון מומים מולדים ומחלות תורשתיות לפני הלידה (Rapp, 1999; Hashiloni-Dolev, 2007; Ivry, 2004; Remennick, 2006; Rothman, 1986).

העובדה כי שני ייצוגיו של העובר: "העובר הטנטטיבי" ו"העובר האנושי", סותרים זה את זה, אף על פי שהם מיוחסים לאותו תהליך תרבותי-חברתי – הטכנולוגיזציה והמדיקליזציה של הרבייה – היא נקודת המוצא לדיון במאמר זה. באמצעות ממצאים שנאספו בשתי זירות רפואיות ישראליות של פרויקט ושל הולדה נראה כי בתוך השיח הרפואי עצמו קיימים דימויים עובריים סותרים, ונטען כי בעוד שהפרקטיקה של הייעוץ הגנטי ושל האבחון הטרומ לידתי מקדמת דימוי טנטטיבי של העובר, הפרקטיקות הרפואיות המיילדותיות ביחידה להריונות בסיון מאפשרות להבליט במקרים מסוימים את סובייקטיביות העובר.⁸

הפרקטיקה של האבחון הגנטי הטרומ לידתי מעניינת בהקשר זה, משום שיועצים גנטיים ניצבים כיום בצומת דרכים; אף שיישום המחקר הגנטי בתחום ההולדה (repro-genetics) מבקש להבטיח את בריאות העובר, יכולת הריפוי של מומים מולדים או של מחלות תורשתיות אינה מתקדמת בקצב דומה לזה שבו מתפתחת יכולת האבחון הטרומ לידתי שלהם. לפיכך, נוצרת זיקה בין פרקטיקות הייעוץ והאבחון הגנטי ובין הפסקות היריון סלקטיביות, וכל דיון ב"רפרוגנטיקה" נוגע הן לתפיסת מעמדו המוסרי של העובר והן לנושא הפסקות ההיריון. באשר לרפואה המיילדותית: החל ממחצית המאה העשרים הרפואה המיילדותית, שדאגתה העיקרית עד אז הייתה נתונה בראש ובראשונה להישרדות האישה ההרה, הגדירה מחדש את יעדיה. היא כללה בהם את בריאות העובר המתפתח והדגישה את ההמשכיות בין החיים העובריים לבין חיי התינוק.⁹ התוצאה המיילדותית הרצויה של ההיריון נוסחה גם היא מחדש – אם חיה ובריא ותינוק חי, בריא ושלם (Desmond, 1998; Isaacson, 1996).¹⁰

8 לדיון נוסף בדימויים עובריים סותרים המאפיינים את השיח הרפואי ובהבניה של סובייקטיביות עוברית באתרים רפואיים ראו וינר (בדפוס).

9 תרמה לכך ההפחתה המשמעותית בתמותת האמהות במדינות המערביות: מ-60 מקרי מוות ל-10,000 לידות בסוף המאה התשע-עשרה ל-4-3 מקרי מוות ל-10,000 לידות, בעיקר הודות להתפתחות היכולת לזיהוי מדויק של סוג דם עיקרי ומשני של האם, טיפול אנטיביוטי בדלקת של הלידה ושינוי בגבולות המקצועות הרפואיים שבמהלכו קיבלו רופאי הילדים את האחריות על כלל התינוקות שנולדו בבית החולים (Desmond, 1998).

10 אחד הביטויים להכללת מצב בריאות היילוד בתוצאות הלידה ולהבניית הזיקה בין העובר ליילוד הוא תיעוד התמותה הפרינטלית (התקופה הפרינטלית נמשכת מרגע הוויאביליות של העובר ועד ל-28 הימים הראשונים שלאחר הלידה) – סך כל לידות המת ומקרי מוות של יילודים עד 28 יום לאחר הלידה.

תשומת הלב שמקדישה הרפואה המיילדותית לעובר נמצאת מאז בעלייה מתמדת המתווכת באמצעות טכנולוגיות הפריזון וההולדה החדשות, ובעיקר באמצעות טכנולוגיות ההדמיה. הבניית העובר כמטופל נוסף של הרפואה המיילדותית אינה נטולת מתחים; לעתים הדאגה לבריאות המטופל-העובר עשויה לגרוע ממרכזיות המטופל-האישה ההרה. לבטים אלה מוכרים ביחידות להיריון בסיכון גבוה שבהן שיקולים בנוגע לבריאותו של העובר הם חלק משמעותי מקבלת ההחלטות בנוגע לניהול ההיריון והלידה.¹¹

מאמר זה אינו מסתפק בהצגת האופן השונה שבו תופסים יועצים גנטיים ורופאים מיילדים את מעמדו של העובר, אלא מוסיף ובוחר גם את הנימוקים שבהם נוהגים נציגי שתי הפרופסיות הרפואיות להצדיק את תפיסותיהם. נימוקים אלה, כפי שנציע בהמשך, נגזרים מאותו "משטר הצדקה" והמשותף להם רב מן השונה.

מודלים אתיים לדיון במעמד העובר

משום שזהותם האנושית אינה מגובשת, מעמד המוסרי של עוברים אינו מוחלט וזכויותיהם אינן מעוגנות בחוק. הקריטריונים המעניקים לבני-אנוש ולעוברים, כבני-אנוש פוטנציאליים, מעמד מוסרי המבטיח את ההגנה על החיים כזכות טבעית, עומדים במוקד דיונים פילוסופיים וחברתיים נרחבים (הד, 1989; Kaczor, 2005). שניים מן המודלים המרכזיים המציעים תשובה להבחנה הפילוסופית והחברתית שבין חיים אנושיים במובן הביולוגי ובין אנושיות כמעמד מוסרי, הם המודל הביולוגי-אינדיבידואלי (individual-biological) והמודל ההקשרי-חברתי (relational-social) (Kaplan & Tong, 1996).

תיאורטיקנים אשר מאמצים את המודל הביולוגי-אינדיבידואלי מאמינים כי אירוע ביולוגי הוא זה המקנה לעובר מעמד מוסרי כבן-אנוש. אירוע ביולוגי יכול להיות הפריה שבה נוצר הצופן הגנטי, התהוותה של מורפולוגיה אנושית, התפתחותם של חושים, ויאביליות המציינת את יכולת העובר לשרוד מחוץ לרחם במקרה של לידה מוקדמת או התפתחות שכבת הקורטקס במוח והלידה עצמה (Kaplan & Tong, 1996; Krones at al., 2006). חלק מהתומכים במודל הביולוגי-אינדיבידואלי מקדשים סימנים ביולוגיים ספציפיים, ואילו אחרים מקנים חשיבות רבה לתהליך ההתפתחות הפיזיולוגית, או, במילים אחרות, לאפקט המצטבר של נתונים ביולוגיים (הד, 1989; Kaczor, 2005). עם זאת, אלה גם אלה מייחסים משמעויות מוסריות לעובדות ביולוגיות (הד, 1989).

המודל ההקשרי-חברתי מתאר את האנושיות כתוצר של תגובות תרבותיות. לפי מודל זה, בן אנוש הוא מי שהחברה רואה אותו כישות שניתן לנהל עמה קשרים או מערכת יחסים (Kaplan & Tong, 1996; Krones at al., 2006). תיאורטיקניות פמיניסטיות התומכות במודל ההקשרי-חברתי רואות בו חלופה לגישות המוסריות האינדיבידואליות הרווחות בחברות מערביות, שאותן הן מפרשות כ"גבריות". יחידת המפתח של הניתוח המוסרי לפי האינדיבידואליזם הוא היחיד האבסטרקטי, נטול הקשרים חברתיים ותרבותיים, שבו ממוקמת

11 הריונות בסיכון גבוה הם הריונות הכרוכים בסיכון להתפתחות סיבוכים אצל העובר או אצל האם, היכולים לבוא לידי ביטוי במהלך ההיריון עצמו, בלידה או אחריה.

מהותה של האנושיות. הביקורת הפמיניסטית מופנית כלפי התעלמות האינדיבידואליזם ממערך היחסים ההיררכיים שבתוכם היחיד פועל ומקבל החלטות וכלפי הגישה שלפיה שיפוט מוסרי צודק הוא יישום אוניברסלי של עקרונות מוסר אחידים, הנגזרת מההתמקדות ביחיד האבסטרקטי (גיליגן, 1995). לטענת המבקרות, בהקשרים בהם דן מאמר זה, עמדה מוסרית אינדיבידואלית מעמתת באופן בלתי-נמנע את האישה ההרה עם העובר (Morgan, 1992; Sherwin, 1996).

יחד עם זאת, הכתיבה הפמיניסטית עצמה מנהלת דיון פנימי באשר לאופן ההמשגה של אנושיות לפי המודל ההקשרי-חברתי. לטענת מורגן (Morgan, 1996), ההגדרה ההקשרית-חברתית לאנושיות שהוצעה קודם לכן (לפיה בן-אנוש הוא מי שהחברה רואה אותו ככזה שניתן לקיים אתו מערכת יחסים) אינה מתגברת על המשוכות שמציב האינדיבידואליזם, משום שהיא עשויה להתפרש כמי שמתנה את ההקשריות בתכונות מהותיות של העובר, של האישה ההרה או של שניהם. במילים אחרות, מורגן גורסת כי הגדרה כזו מניחה תכונה קודמת להקשריות, שאותה החברה מזהה והיא זו המאפשרת את ההקשריות. לפיכך, הגדרה זו עלולה לחזור ולהסתמך על סימנים ביולוגיים. מורגן מציעה לראות את האנושיות ההקשרית של העובר כתוצר דינמי של פרקטיקות חברתיות שאנשים בסביבת העובר מכוונים כלפיו, ואשר משמעויותיהן מעוצבות ומפוענחות בהקשר היסטורי ופוליטי. המשגה זו מרחיבה את ההקשר החברתי שבתוכו מכוננת אנושיות של העובר אל מעבר לצמד "אישה הרה-עובר", וכוללת בו, למשל, גם את האב, את בני המשפחה, את חברי ההורים ואת הסוכנויות הממשלתיות. יתר על כן, הגדרה כזו של אנושיות הקשרית דורשת לקחת בחשבון לא רק את המשתנים החברתיים המוכרים, כמו גזע, מעמד ומגדר, אלא גם את מכלול הנתונים של האישה ההרה כמו אמונתה הדתית, מצבה הרומנטי, האפשרויות הכלכליות העומדות בפניה והנסיבות שקדמו להיריון או התפתחו במהלכו. הגדרה פרגמטית זו של אנושיות הקשרית מהווה לפי מורגן חלופה ראויה לנורמטיביות המוסרית האוניברסלית. בעבודה משותפת מסכמות מורגן וקונקלין (Morgan & Conklin, 1996) כי מאפייני המפתח של האנושיות טמונים בפרקטיקות חברתיות ולא בסימנים ביולוגיים אינדיבידואליים. ההקשריות היא זו המכוננת את האנושיות, ולא אנושיות המעוגנת לכאורה בסימנים ביולוגיים היא זו המאפשרת את ההקשריות.

אנו נטען כי פרשנות הקשרית של אנושיות, הדומה לזו שמורגן וקונקלין מציעות, בניגוד לפרשנות ביולוגית-רפואית, משותפת הן ליועצים הגנטיים והן לרופאים המיילדים בישראל.¹² במפתיע, על אף שנציגי שתי הפרופסיות אינם רואים עין בעין את מעמד העובר, הם מצדיקים את תפיסותיהם השונות באופן דומה; שתי הפרופסיות מדגישות את ההקשרים החברתיים שבתוכם מתפתח העובר בשיקוליהן ובהצדקות האתיות שהן נותנות לפרקטיקות הפרופסיונליות שלהן, והן תופסות אותם כמכריעים בהבניית האנושיות או הסובייקטיביות של העובר (relational ethics). נציע כי הדומיננטיות של המודל האתי הקשרי בשתי הזירות הרפואיות שנחקרו בישראל נגזרת מהקשרים היסטוריים, פוליטיים, חוקיים ודתיים שבתוכם

12 לדיון נוסף באתיקה הקשרית בהצדקות האתיות של רופאים מיילדים ורופאי ילודים ראו וינר (בדפוס); לדיון נוסף באתיקה הקשרית בהצדקות האתיות של יועצים גנטיים בישראל, ראו השילוני-דולב ווינר (Hashiloni-Dolev & Weiner, 2008).

נוסחה שאלת מעמדו המוסרי של העובר בישראל. טענה זו מאמצת את ההנחה של בולטנסקי ותבנו (Boltanski & Thévenot, 1999), שלפיה התרבות מספקת לאדם נכסים מטפיזיים או הצדקות המאפשרים לו להפעיל שיקול דעת מוסרי. במילים אחרות, כאשר סוכנים חברתיים, שהם יצורים מוסריים מטבעם, בוחרים דרך פעולה מסוימת, הם נשענים על "משטרי הצדקה" – ערכים שהתהוו בתהליך היסטורי, המשותפים לכל בני החברה ומציעים לאנשים עקרונות בסיסיים כדי להצדיק את פעולותיהם ולמתוח ביקורת על פעולותיהם של אחרים.¹³

מתודולוגיה

מאמר זה משלב ממצאים משני פרויקטים מחקריים: ממחקר שבו נבחן האופן שבו יועצים גנטיים תופסים את העובר, וממחקר שבו נבחן האופן שבו רופאים מיילדים תופסים את העובר. תפיסות העובר של יועצים גנטיים חולצו מתוך ראיונות עומק עם 18 יועצים גנטיים ישראלים שערכה השילוני־דולב בשנים 2000-2001, במסגרת מחקר שהשווה את הגנטיקה של הרבייה בישראל ואת גנטיקת הרבייה בגרמניה (Hashiloni-Dolev, 2007). במחקרה רואיינו יועצים של שמונה מכונים גנטיים פעילים בבתי חולים, מתוך 11 מכונים כאלה בישראל. בין המרואיינים היו שבעה מנהלי מכונים. רוב המרואיינים היו רופאים גנטיקאים בעלי התמחות קודמת בתחומי רפואה מגוונים כגון: רפואת ילדים, גינקולוגיה ורפואה פנימית, ואילו שישה מבין היועצים שרואיינו היו יועצים גנטיים בהכשרתם. בעת המחקר פעלו בישראל כ־50 יועצים גנטיים (רופאים ושאנים רופאים). מכיוון שמדובר בקהילה מקצועית קטנה שחבריה מכירים זה את זה, המאמר חושף נתונים כלליים בלבד על היועצים שרואיינו, וזאת כדי לקיים את החיסיון שהובטח להם.

הראיונות עם היועצים הגנטיים היו בנויים משאלות בנוגע לעמדותיהם ביחס לנושאים שונים כגון: הסטנדרטים להכללה בקהילה האנושית (Rapp, 1999), טובת החברה, מעמדם המוסרי והמשפטי של העובר ושל הוריו, נכות, מטרות הייעוץ הגנטי, מדע וקדמה והשלכות ההיסטוריה של הגנטיקה במאה שעברה. בפועל התנהלו הראיונות כשיחה חופשית. בהתאם לעקרונות של מתודת המחקר האיכותנית – "תיאוריה מעוגנת בשדה" (Glaser & Strauss, 1967) – מאגר השאלות הורחב ושונה במהלך המחקר כפועל יוצא של הצטברות הידע על שדה המחקר ועל הדילמות המאפיינות אותו. הראיונות נמשכו בין שעה וחצי לשלוש שעות, מרביתם הוקלטו ותומללו, וחלקם נרשמו ביד. התכנים שעלו מהם קודדו ונותחו לפי תמות. האופנים שבהם תופסים רופאים מיילדים את העובר תועדו במהלך תצפיות אתנוגרפיות על פרקטיקות טיפול רפואי וסיעודי בנשים הרות המאושפזות ביחידה להיריון בסיכון גבוה באחד מבתי החולים הגדולים בישראל. תפיסות אלה נבדקו כחלק ממחקר אתנוגרפי שערכה וינר בשנים 2005-2006 בשתי זירות רפואיות: ביחידה להיריון בסיכון גבוה וביחידה לטיפול נמרץ ביילוד ובפג, שבו נבחנה סובייקטיביות של עוברים ויילודים כתוצר של הבניה של ידע רפואי ושל פרקטיקות רפואיות (וינר, בדפוס).

13 לדיון נוסף במשטרי הצדקה ראו רסניק ופרנקל (2000).

ביחידה להיריון בסיכון גבוה מאושפזות נשים הרות, בדרך כלל אחרי השבוע ה-20 להיריון, בעקבות גילוי ממצאים רפואיים אשר מאיימים על בריאותן, על בריאות העובר או על המשך ההיריון, ומחייבים ניטור או מתן טיפול תרופתי בבית חולים. התצפיות ביחידה נערכו באתרים השונים שבהם מתנהלת עבודתם היומיומית של הרופאים המיילדים, הבכירים והמתמחים: סבבי "ביקור רופאים", מרפאת אשפוז יום למעקב ולטיפול בנשים הרות בסיכון, חדר לידה, יחידת האולטרה-סאונד; התייעצויות מקצועיות של הרופאים המיילדים עם רופאי תינוקות, עם נוירולוגים ועם קרדיולוגים בעניין הנשים המאושפזות ביחידה ובעניין עובריהן; ישיבות בוקר שבהן מעדכנים הרופאים הכוננים והתורנים את צוות הקבע של היחידה על התרחשויות חשובות שאירעו במהלך הלילה או במהלך סוף השבוע וישיבות בוקר אקדמיות שבהן מוצגות סוגיות קליניות ואתיות הנדונות בספרות פרופסיונלית עכשווית.

כל האירועים שהתרחשו במהלך התצפיות וכל השיחות הפורמליות והבלתי-פורמליות שניהלה החוקרת עם אנשי הצוות תועדו בכתב. כאשר הנסיבות אפשרו זאת, תועדו האירועים במלואם בכתב תוך כדי התרחשותם (למשל, ישיבות בוקר וישיבות אקדמיות). במקרים אחרים נרשמו התבטאויות חשובות ונתונים משמעותיים ב"זמן אמת" ופורטו בהרחבה ביומן המחקר בסיומה של כל תצפית. כדי להגן על פרטיות המטפלים ופרטיות הנשים המאושפזות הם הוצגו בשמות בדויים. כמו כן, הוסוו פרטים רפואיים ואישיים ייחודיים שעשויים היו להסגיר את זהותם.

הרשימות המובאות במאמר זה מתעדות דיונים שנערכו במהלך ביקורי רופאים ביחידה להיריון בסיכון גבוה, ביקורים הנערכים ביחידה מדי בוקר ובמהלכם מעריכים הרופאים את מצבן של הנשים המאושפזות הן באמצעות בחינה של אינפורמציה רפואית מעודכנת והן באמצעות בדיקה פיזית. בעקבות ההערכה המחודשת מחליטים הרופאים על המשך הטיפול בהן. מלבד הרופאים נוכחות בביקור אחיות היחידה ובתקופות מסוימות נלווים לביקור גם סטודנטים לרפואה שנמצאים ביחידה כחלק מהסכב שלהם במיילדות ובגינקולוגיה.

מעבר למשמעות המיידית של החלטה על אופני הטיפול, ביקור רופאים הוא זירה חשובה להכשרה קלינית. מכיוון שהרפואה היא מקצוע שנלמד באמצעות חניכה, הדיון שמנחים הרופאים הבכירים המנהלים את ביקור הרופאים הוא אמצעי להנחיל לרופאים המתמחים ולסטודנטים לרפואה שנלווים אליהם פרקטיקות ועקרונות פרופסיונליים: העקרונות שעליהם מבססים החלטה רפואית, הנתונים בעלי המשקל המכריע בקבלת החלטה, הפרוטוקולים הנהוגים ביחידה וכדומה. בביקורי הרופאים של היחידה להיריון בסיכון גבוה נלמדים העקרונות המנחים רופאים מיילדים בניהול היריון ולידה במצבי סיכון והפרקטיקות ליישום העקרונות האלה – מתוכם אפשר לחלץ, כפי שנראה בהמשך, את האופן שבו נתפס העובר ברפואה המיילדותית.

ממצאים: העובר בשיח הרפואי

יועצים גנטיים

במסגרת הראיונות נשאלו היועצים הגנטיים על עמדותיהם בנוגע למעמדו המוסרי של העובר, להפסקת היריון יזומות, להפלות מאוחרות ולחוק המסדיר הפלות. במהלך הראיונות

לא דיווחו המרואיינים על חוויה של קונפליקט הנובע מקיומו של קשר גורדי בין עיסוקם לבין הפלות סלקטיביות. הם הצדיקו את עמדתם באמצעות הבלטת זכויות ההורים (במיוחד זכויות האמהות), ובאמצעות הצגת חוסר זכויות הפרט המובחנות של העובר. רופאה ויועצת גנטית העובדת באחד מן המכונים הגנטיים הגדולים במרכז הארץ, ענתה כך:

אין לי שום דבר נגד הפלות. אני חושבת שהן יכולות להפחית סבל. בכל מקרה, אני מכבדת את רצון ההורים, ואם הם רוצים להפיל אני רואה זאת כזכותם המוחלטת. באופן כללי, אני סומכת על ההורים שכשמדובר בהיריון רצוי, ואלו ההריונות שאני רואה, הם לא ימהרו להפיל מסיבה טיפשית. ואני גם לא מחליטה עבורם מהי בעיה חמורה ומה קלה. הפלה היא עניין קשה מאוד לנשים, המון צער ואבל מעורבים בכך, ואני מזדהה עם הכאב של האמא. אבל העובר? זה ממש כלום בשבילי. רק פוטנציאל לחיים, בלי זכויות.

תגובת יועצת גנטית אחרת מאחד מבתי החולים הגדולים בארץ הייתה ישירה מאוד בנוגע לקשר שבין המקצוע שלה לבין הפלות סלקטיביות:

המטרה של ייעוץ גנטי היא למנוע את לידתם של תינוקות עם מומים מולדים, במידה שזה רצון ההורים. איך אנחנו עושים זאת? על ידי הפלות. מההתחלה התפקיד שלנו הוא להוביל להפלות. זה אולי נשמע אכזרי, אבל זו העבודה, בהגדרה. לו התנגדתי להפלות, הייתי מחליפה מקצוע.

אף על פי שלא נקטה במונח "זכויות העובר" באופן מפורש, אותה יועצת ביטאה מחויבות להגנה על העובר מפני סבל: "... בכל מקרה, אני חושבת שעדיף לעובר לא להיוולד עם מחלה קשה".

רופאה ויועצת גנטית שעובדת בבית חולים אוניברסיטאי הסבירה כי העובר אינו המטופל שלה, וכי על אף שעוברים הם חלק בלתי נפרד מעבודתה, אין להם משמעות רבה עבורה:

אני לא באמת דואגת לעובר. לביצית מופרית אין משמעות עבורי. זה לא בן אדם. בעבודתי אני רואה עוברים כל הזמן, אך אני אדישה כלפיהם. אחרת לא הייתי יכולה להיות במקצוע הזה. אני חושבת על עצמי כמטפלת של ההורים ולא של עוברים ונלא כמייצגת של הזכויות העכשוויות או העתידיות שלהם.

רופא ילדים ויועץ גנטי אשר עומד בראש מכון גנטי בבית חולים אמר בעניין הקשר שבין האם והעובר:

העובר שייך לאמו. זה העסק שלה, ומותר לה לעשות אתו דברים שאני לא אוהב. אני תמיד שם בעיקר בשבילה. אחרי הכול היא זו שתאלץ לגדל את הילד הזה. עבורי, העובר הוא חלק מגוף האישה, עד מאוחר מאוד [בהיריון]. ברור שבשבוע השלושים להיריון קשה לראות זאת באופן הזה, אבל אני בקושי רואה בעובר ישות עצמאית.

מדבריו עולה כי יועצים גנטיים אינם תופסים את העובר כבעל זכויות אוטונומיות או כעצמאי, ונראה כי הם חושבים שסטטוס העובר נגזר מן ההקשר המשפחתי שבתוכו נוצר ומקשריו הנוכחיים והעתידיים עם אחרים; הם ממקמים את יחסה של האם או את יחסם של ההורים אל העובר במרכז שיקוליהם, ולא את העובר עצמו כישות אוטונומית. כך הם מבטאים דפוסים של "אתיקה הקשרית" (relational ethics) במקום דפוסים של אתיקה רפואית או אתיקה ביולוגית (Krones et al., 2006; Morgan, 1996).
יועצת גנטית צעירה סיכמה היטב עמדה זו כלפי העובר:

אני לא מתייחסת אל עוברים כאל ילדים, אלא אני מקשיבה לאיך שההורים מתארים אותם. אם הם קוראים לזה "ההיריון" או "העובר" אני מבינה שהם מרוחקים ממנו. אם הם אומרים "אבחנו בעיה אצל התינוק שלנו" אני מבינה שזה מבחינתם ילד. אני עוקבת אחרי עמדתם. אני עצמי עוד לא הייתי בהיריון, כך שאני מקשיבה למה שהם מרגישים.

יועצים גנטיים שדיברו על העובר כישות שיש להביא את ההגנה עליה בחשבון, התייחסו בדרך כלל אל עוברים בשלבים מאוחרים יותר של ההיריון, בעיקר אחרי ויאביליות.¹⁴ דוגמה לכך אפשר למצוא בדברי יועצת גנטית דתייה:

עד לשבוע 20-21 של ההיריון אני לא רואה שום בעיה עם הפלה. לאחר מכן זה כבר יותר בעייתי. בשבוע ה-32 למשל אני חושבת שזה כבר ילד בכל מובן. לפיכך, זה לא מספיק בשבילי שההורים לא רוצים אותו. לאחר השבוע ה-22 או ה-23 של ההיריון צריך להרוג את העובר לפני ההפלה, ואני רואה את זה כבעיה. מצד שני אני חושבת שאנחנו יכולים להיות גמישים. הייתי אומרת שאחרי השבוע ה-28 ההיריון הקריטריונים שלנו צריכים להיות קשוחים יותר, אבל צריך להשאיר תמיד דלת פתוחה ליוצאים מן הכלל, לבעיות חמורות ביותר. יחד עם זאת, אני מבינה שלא יהיה קל להחליט לגבי מידת החומרה.

אחרים חשבו שמודל ההתפתחות בשלבים הוא מלאכותי ושעד לשלב הלידה זכויות האם קודמות לאלו של העובר. יועץ בעל הכשרה ברפואת ילדים אמר:

אני חושב שעד רגע הלידה זכויות האמהות גוברות על אלו של העובר בכל מובן. לעובר יש אפוטרופוס ברור, אמו, והיא זו שצריכה להחליט על גורלו. כל זמן שאין מודעות עצמית ואני בטוח שלעובר אין, לדעתי ניתן להרוג אותו בלי בעיה. אני חושב שלהשתמש בשבועות ההיריון כקריטריון זה שטחי. הקו האחרון נחצה בלידה.

14 המושג מתייחס ליכולת העובר לשרוד מחוץ לרחם אמו במקרה של לידה מוקדמת. מוסכם כיום כי ויאביליות – חיות – מושגת על פי רוב במהלך החודש השישי להיריון. דיון נוסף במושג יובא בהמשך – במסגרת הממצאים העוסקים ברופאים המיילדים.

כפי שעולה מהראיונות, היועצים הגנטיים בישראל לא תופסים את העובר כישות עצמאית או כנושא של זכויות אוטונומיות (לפחות עד שלבי ההיריון המאוחרים), והם אינם מתייחסים לשאלה המוסרית של מעמד העובר במונחים של התחלת החיים.

במהלך ההיסטוריה, כמו גם בדיונים אתיים עכשוויים, הוצעו שלבים ביולוגיים או פיזיולוגיים שונים בתהליך ההתפתחות התוך-רחמי כסימנים לראשית החיים או לרגע שבו העובר הופך זכאי להגנה כגון: הפריה, השרשה, דיפרנציאציה של התאים העובריים, היווצרות של עובר דמוי-אנוש, תחושת תנועות העובר וויאביליות.¹⁵

היועצים הגנטיים שרואיינו השתמשו בידע הביולוגי על השלבים השונים בהתפתחות העוברית בצורה כללית בלבד. הם לא ציינו שלבים ביולוגיים כסימנים משמעותיים של התפתחות עובר אוטונומי, ולא התבססו על השלבים ההתפתחותיים כדי לתמוך בעמדות המוסריות שלהם בהתאם לדפוס ההצדקה המקובל באתיקה הרפואית. במקום זאת, היועצים הישראלים דיברו על העוברים בתוך הקשר משפחתי ושיקפו דפוס הצדקה שמתאים למודל אתי הקשרי (Krones et al., 2006).

כאשר נשאלו באופן ספציפי על עמדתם בנוגע לביצוע הפסקות היריון סלקטיביות בשלבים מתקדמים של ההיריון, השיבו כל היועצים הגנטיים פרט לאחד כי הם אינם רואים בכך בעיה מוסרית רצינית. הם ציינו כי הם מרגישים שחוק ההפלות הישראלי הוא הגיוני. אם יש מקום לדאגה, טענו חלק מהם, הרי אין זה בגלל החוק הנוכחי אלא בגלל האפשרות להגבילו בעתיד. לדוגמה, גנטיקאי ורופא ילדים העומד בראש אחד המכונים הגנטיים הגדולים הממוקמים בבתי חולים ציין בפני החוקרת שנושא מחקרה הוא רגיש ושאין זה אינטרס של איש מהם לעוררו. הוא אמר:

אני מקווה שאת מודעת לעובדה שיש קבוצות בציבור הישראלי, כמו החרדים, אשר רק מחכות להודמנות כדי להגביל את חוק ההפלות. את כאישה צריכה להיות זהירה מאוד לא לשתף פעולה עם אותם הכוחות שפועלים לא רק כנגד הקדמה הרפואית, אלא גם נגד אינטרסים פמיניסטיים.

יועצים גנטיים ישראלים אינם תופסים את העובר כמטופל. ממצא זה מתיישב עם תיאור מפורש או מרומז של שוליות העובר ברוב המחקרים העוסקים בפריון והולדה בחברה הישראלית (אמיר, Gross, 2002; Hashiloni-Dolev, 2007; Ivry, 2004; Raz, 2004; Remennick, 2007; Weiss, 2002). לעומת זאת, הממצאים שיוצגו מיד יראו כי בניגוד ליעוץ הגנטי, הרפואה המיילדותית, ובמיוחד הפרקטיקות המיילדותיות הנהוגות ביחידה להיריון בסיכון

15 הפריה – איחוד תא הזרע והביצית לזיגוטה; השרשה – תהליך שראשיתו כשבעה ימים לאחר ההפריה ובו מצבור התאים העובריים שנוצרו בעקבות חלוקה חוזרת ונשנית של הביצית המופרית (blastocyst) נקלט ברירית הרחם ויוצר קשר עם כלי דם אמהיים לצורך הזנת העובר והמשך התפתחותו; דיפרנציאציה של התאים העובריים – תהליך שבמהלכו התאים העובריים מתמיינים וחלים בהם שינויים בהתאם לתפקידים הפיזיולוגיים הספציפיים שהם עתידים למלא. התמיינות התאים העובריים מתחילה לאחר השרשה, בשבוע השלישי לאחר ההפריה; היווצרות עובר דמוי אנוש – שבוע 6-8 לאחר ההפריה; תחושת תנועות העובר המופיעה במהלך השליש השני של ההיריון; ויאביליות – ראו הערה מס' 14.

גבוה, מצמיחות תפיסה שונה לגמרי של העובר ומכוננות את העובר כמטופל.¹⁶ עם זאת, בחינה מדוקדקת של התנאים שבהם מכונן העובר כמטופל מיילדותי תראה כי הרופאים המיילדים אף הם מקנים חשיבות רבה להקשרים המשפחתיים שבתוכם מתפתח העובר.

רופאים מיילדים

הטקסטים שלהלן לקוחים מתוך יומן שדה שבו תועדו הדיונים על אופן הטיפול המועדף בנשים המאושפזות במהלך ביקורי רופאים ביחידה להיריון בסיכון גבוה. הרופאים המיילדים הבכירים המנהלים את ביקור הרופאים, הרופאים המתמחים, הסטודנטים לרפואה ולפעמים גם הצוות הסייעודי שנלווה אליהם רואים בדיונים הללו את אחת הזירות המרכזיות להכשרה הקלינית, שבאמצעותה החניכים מעמיקים את הידע התיאורטי שלהם ורוכשים את עקרונות הפרופסיה ואת הפרקטיקות שלה. לפיכך, מתוך העקרונות המנחים את קבלת ההחלטות המיילדותית והפרוטוקולים שעליהם היא מבוססת, שאותם מציגים הרופאים הבכירים לתלמידיהם, אפשר ללמוד על התפיסות ועל ההנחות של הרפואה המיילדותית כפי שהיא מיושמת ביחידה, ובמיוחד על האופן שבו נתפס העובר.

הקטע הבא מתאר את הדיון בעניינה של סשה, ומראה כיצד שיקולים הנוגעים לבריאותו הנוכחית והעתידית של העובר הם חלק בלתי נפרד מניהול היריון במצב של סוכרת היריון – אחד המצבים אשר מגדירים היריון כנתון בסיכון.¹⁷

כמרבית הדיונים במסגרת ביקור רופאים, הדיון בעניינה של סשה מתחיל בהצגת המקרה לנוכחים בידי מתמחה. המתמחה קורא מתוך תיקה הרפואי של סשה ומתרגם למילים את הנוסחאות והקודים הרשומים בו: סשה בת 28, בשבוע ה-36 להריונה השני, מאושפזת להשגחה במחלקה מזה מספר ימים. בדומה להריונה הראשון, גם בהיריון הנוכחי סשה פיתחה סוכרת ומטופלת באינסולין, אבל בזמן האחרון גם תרופה זו לא מצליחה לאזן את רמת הסוכר שלה בצורה מספקת. הרופא הבכיר המנהל את הביקור מופתע לשמוע מהם מינוני האינסולין הניתנים לסשה. הוא אומר שמלכתחילה מינוני האינסולין שנקבעו להם נמוכים במקצת, אבל בהיותה קרובה כל כך לסוף ההיריון הוא מעדיף שלא לבצע בהם שינוי. זאת משום שתהליך ההסתגלות למינונים חדשים עשוי לסכן את העובר. הוא פוסק שיהיה על סשה להישאר באשפוז עד למועד הניתוח הקיסרי שיתואם עבורה לסוף השבוע ה-39 להיריון.

המתמחה קוטע אותו בנימה מתנצלת וטוען כי מכיוון שהעובר במצג ראש והערכת המשקל שלו תקינה סשה מבקשת ללדת הפעם בלידה רגילה (וגינלית). הרופא הבכיר, שהחל להתקדם לעבר המיטה הבאה, מפנה אליה בבת אחת את מבטו ונדמה שזה הרגע הראשון שבו הוא ממש רואה אותה, אבל דבריו אינם מכוונים אליה אלא אל לובשי החלוקים הלבנים בחדר: המתמחה, הסטודנטים לרפואה ואני. הוא אומר כי ניתוח קיסרי בלידה קודמת כמו במקרה של סשה אינו מהווה בפני עצמו אצל נשים רגילות התוויה

16 לדיון המלא בהבניה של העובר הישראלי כסובייקט-מטופל בזירות סבילידתיות (perinatal), ראו וינר (בדפוס).

17 ראו הערה מס' 12.

חד־משמעית ללידה נוספת באמצעות ניתוח, במיוחד אם הערכת משקל העובר תקינה והוא במצג ראש, אך הוא מזכיר שלא מדובר במקרה רגיל, אלא באישה סוכרתית. עוברים של נשים סוכרתיות גדולים מהממוצע ולכן יש להם סיכון גדול יותר לסיבוכים של לידה וגינלית. כדי להימנע מסיכון העובר בלידה, מעדיפים הרופאים ליוזם ניתוח קיסרי מלכתחילה ונמנעים מדחיית הניתוח מעבר לשבוע ה־39 להיריון בשל הסיכון המוגבר של עובר כזה למוות תוך־רחמי. עם זאת, הרופאים חוששים גם ליילד עוברים של נשים סוכרתיות לפני שבוע 39, משום שריאותיהם מבשילות מאוחר יותר. יילוד של אישה סוכרתית לפני שבוע 39 חושף את העובר לסכנה של פיתוח מצוקה נשימתית לאחר הלידה. הרופא הבכיר מסכם בכך שהוא תובע מהמתמחה לתאם את הניתוח, ובפעם זו אף אחד מהנוכחים בחדר, ובהם סשה, לא מעז לערער על החלטתו.

הטיעונים שמעלה הרופא הבכיר בפני המתמחה כהסבר להחלטתו מעידים כי המשמעות שמייחסים רופאים מיילדים לאבחון סוכרת אצל אישה הרה אינה נוגעת רק לאישה עצמה ואינה מסתכמת בכך שעליה לקחת תרופות לאיזון רמת הסוכר בדמה. הגדרה של היריון בסיכון גבוה בעקבות אבחנה של סוכרת היריון מחייבת את הרופאים המיילדים לעקוב באופן צמוד יותר לא רק אחרי האישה ההרה הסוכרתית, אלא גם אחרי העובר שבבטנה. ההחלטות שהם מקבלים כרופאים מיילדים לגבי אופן ניהול ההיריון אינן מבוססות רק על שיקולים הנוגעים לרווחתה ולבריאותה של האישה ההרה, אלא גם על שיקולים הנוגעים לבריאותו הנוכחית והעתידית של העובר. במקרה של סשה, שיקולים הנוגעים לטובתו הרפואית של העובר עולים מההחלטה שלא לשנות את מינון האינסולין, אף על פי שרמת הסוכר שלה אינה מאוזנת, מההחלטה ליילד באמצעות ניתוח ומההחלטה על מועד הניתוח. הכלת מידע על רווחת העובר ברחם והערכת בריאותו העתידית כיילוד, במסגרת הנושאים שאותם צריכים לשקול רופאים מיילדים בבואם להכריע על אופן ניהול מהלך ההיריון, מכוננת את העובר בפועל כמטופל נוסף של הרפואה המיילדותית לצד האישה ההרה. זאת על אף שהוא אינו בעל מעמד חוקי או הלכתי כמטופל. הנכחתם של עוברים כמטופלים ביחידה להיריון בסיכון גבוה מתווכת במידה רבה באמצעות הוויאביליות שלהם. המושג "ויאביליות" בהקשר של פריון והולדה הוא יכולת העובר לשרוד מחוץ לרחם במקרה של לידה מוקדמת. יכולת זו מוצגת לעתים קרובות בשיח הרפואי ככזו המושגת ברגע שהעובר חוצה סף של גיל היריון מסוים. הפרוטוקולים של היחידה להיריון בסיכון גבוה, שעליהם מסתמכים רופאים מיילדים בקבלת ההחלטות שלהם, מבחינים למשל בין עוברים מעל 24 שבועות היריון – המוגדרים ויאביליים – לבין עוברים מתחת לשבוע היריון זה – המוגדרים כלא־ויאביליים.¹⁸ הפרוטוקולים המיוחדים לטיפול

18 הצגת הוויאביליות כסף בשיח הרפואי רומזת לכך שהיכולות הגופניות המתפתחות באותו גיל היריון הן שהופכות את העובר לוויאבילי. בפועל ויאביליות כורכת יחדיו יכולות גופניות, במיוחד בשלות ריאתית, ופרקטיקות טכנולוגיות אשר תומכות ביכולות אלה ומעצימות אותן וכך מאפשרות להן להיות אפקטיביות בשלבים מוקדמים יותר של ההיריון. המזיגה בין יכולות גופניות ופרקטיקות טכנולוגיות מביאה לכך שגיל החיות משתנה מארץ לארץ (ולעתים גם בין מרכזים רפואיים שונים באותה ארץ) בהתאם לרמת הטכנולוגיה וזמינותה ובהתאם לכללים המגדירים את האופן שבו יש ליישם את הטכנולוגיה.

בעוברים שעברו את השבוע ה-24 להיריון יוצרים זיקה בין היותו של עובר ויאבילי ובין כינונו כמטופל של הרפואה המיילדותית. זאת מדגים הקטע הבא:

במיטה האמצעית שכבה אישה צעירה מאוד ומבוהלת בשבוע ה-24 להיריון. היא פנתה לבית החולים משום שחששה שהמים שלה ירדו. הרופא הבכיר עיין בתיק הרפואי שלה ובדק אותה ולאחר מכן קבע שהקרומים שלה שלמים, ולכן לא מדובר בירידת מים מוקדמת, אך צוואר הרחם שלה פתוח במידה ניכרת. ממצא זה, כמו גם המידע שהיה בתיקה הרפואי של האישה לגבי הפסקת היריון שביצעה בעבר והעובדה שהיא לא חשה צירים, תומכים, כפי שהסביר הרופא לסטודנטים לרפואה שנלוו באותו יום לביקור, באבחנה של אי ספיקת צוואר הרחם. במצב כזה צוואר הרחם נפתח באופן משמעותי ללא תהליך של לידה. הרופא הבכיר לאישה שיהיה עליה להישאר בבית החולים במנוחה גמורה עד שתלד. כאשר סיים את דבריו שאל אותו אחד מהסטודנטים לרפואה מדוע הוא אינו מציע לה "סרקלאז". כשהוא מתבונן בי הסביר הרופא הבכיר שסרקלאז (cervical cerclage) הוא פרוצדורה כירורגית שבה תופרים צוואר רחם אינקומפיטנטי, כדי למנוע ממנו להיפתח מוקדם מדי בהיריון – לפני שמתפתחת לידה. אז הוא פנה לסטודנט לרפואה והוסיף שאילו האישה הזו הייתה מאובחנת בשלב מוקדם יותר של ההיריון, די היה במידע לגבי הפסקת ההיריון הקודמת שלה בכדי להפוך אותה למועמדת מתאימה לסרקלאז מניעתית, אשר בדרך כלל מבוצע סביב השבוע ה-14 של ההיריון לנשים עם היסטוריה של הפלות ספונטניות מאוחרות או עדות קלינית לטראומה נרחבת לצוואר הרחם (אחת הסיבות לטראומה כזו היא פרוצדורה של גרידה בעקבות הפלה ספונטנית או לשם ביצוע הפסקת היריון, נ"ו). בשבוע ה-24 להיריון לעומת זאת, העובר של האישה הזו הוא ויאבילי ולפיכך אנחנו לא יכולים להציע לה סרקלאז חרום, הסביר הרופא. לא זו בלבד שיתרונותיו של סרקלאז לאחר ויאביליות עוד לא הוכחו לחלוטין, כל פרוצדורה ניתוחית באישה הרה עלולה להניע תהליך של לידה ולכן עלינו להיות זהירים במיוחד כאשר מדובר בעובר ויאבילי, ולקחת בחשבון את הסיכונים לתמותה או תחלואה עתידית שלו.

ההסבר שנתן הרופא הבכיר לסטודנט לרפואה מציג כיצד הנתונים של העובר, ובמיוחד הוויאביליות שלו, מכריעים בעבורו כרופא מיילד בנוגע לאופן שבו יש לנהל את הטיפול במקרה זה של אי ספיקת צוואר הרחם. תפיסתו של העובר ככר־חיות בעת האבחון מטה את הכף בהחלטת הרופא הבכיר לטובת "ניהול שמרני" של ההיריון: מנוחה במיטה ואי התערבות כירורגית. באופן זה, אף שחקיקה ישראלית הנוגעת להיבטים שונים במעמדו של העובר, כגון: חוק ההפלות, חוק הכשרות והאפוטרופסות וחוק הבריאות,¹⁹ אינה מייחסת משמעות לשלבים שונים של התפתחות פיזיולוגית עוברית, ויאביליות, המוגדרת ביחידה להיריון בסיכון גבוה כיום הראשון של השבוע ה-24 להיריון, משמשת בפועל כשיקול בקבלת ההחלטות המיילדותית ומכוננת בכך את העובר כמטופל. לכאורה, שיקול כזה מרמז על

19 חקיקה הנוגעת לפריין בכלל ולמעמד העובר בפרט תידון יותר בהרחבה בפרק הבא.

פעולתו של מודל אתי שבו ההיסק הנורמטיבי מבוסס על סמן ביולוגי. עם זאת, הוויאביליות כמעט ואינה משמשת ביחידה להיריון בסיכון גבוה כקריטריון יחיד בתהליך קבלת ההחלטות הקליני, אלא מפורשת בתוך הקשר אשר מבליט את היותו של העובר חלק ממערך משפחתי שאליו הוא עתיד להיוולד. כך, למשל, אחד הנתונים הראשונים שמציג המתמחה לרופא הבכיר בעת הביקור, מעבר לשמה של האישה המאושפזת ומספר ימי אשפוזה, הוא "הנוסחה המיילדותית" שלה – צורת רישום מקוצרת למספר ההריונות הכולל של האישה, מספר הלידות שלה ומספר ההפלות. להיסטוריית ההריונות והלידות של האישה יש ודאי משמעות רפואית, אך הרופאים גם מסיקים באמצעותה עד כמה ההיריון הנוכחי של האישה המאושפזת הוא מה שמכונה על ידם "היריון יקר": היריון שהוא לא רק רצוי, אלא מיוחל, ואשר קדמו להשגתו תלאות קשות, כמו הפלות מרובות, טיפולי פוריות או התמודדות של האישה עם מחלה כרונית קשה. אחת הנוסחאות המיילדותיות שהרופאים מפענחים כ"היריון יקר" היא נוסחה שבה מופיע ערך מספרי גבוה ליד האות G המציינת את מספר ההריונות, ומספר נמוך מזה ליד האות P המציינת את מניין הלידות, לעתים אפילו הספרה אפס. נוסחה כזו מספרת סיפור של אישה שאינה מתקשה להרות, אך אינה מצליחה לממש את ההיריון בלידה, אם בשל הפלות טבעיות בשלבים מוקדמים של ההיריון או מקרים של מוות תוך-רחמי בשלבים מאוחרים יותר של ההיריון. על התלאות האחרות שהוזכרו כמייצרות היריון "יקר", כמו טיפולי פוריות או התמודדות עם מחלה כרונית, הרופאים למדים באמצעות התיק הרפואי של האישה המכיל מידע שמוסרת האישה בעצמה עם קבלתה לבית החולים ומידע מאשפוזים קודמים שלה. לעתים מופיע בתיק מידע על עוברים קודמים של האישה. הריונות שהצוות הרפואי תופס כהריונות "יקרים" אינם רק אלה הכרוכים בהתמודדות עם אתגר רפואי, אלא גם הריונות לאחר אירוע משפחתי טרגי, כמו מוות של ילד. מידע כזה על תולדות המשפחה או רקע סוציאלי אחר נאסף כחלק מהאנמנזה – הריאיון הרפואי, בעת הקבלה לבית החולים ובמהלך ביקורי הרופאים. שאלה כמו "כמה ילדים יש לך בבית?" עשויה להניב אינפורמציה לגבי מקרי מוות של ילדים שלא אירעו במהלך ההיריון או זמן קצר לאחר הלידה²⁰ ולא מתועדים בתיק הרפואי המיילדותי.

עוברים של הריונות "יקרים" נתפסים לא אחת כמטופלים גם לפני הוויאביליות. ההקשר המשפחתי שבו מתפתח העובר משפיע על קבלת ההחלטות המיילדותית בנוגע לטיפול בו, וזו עדות לפעולתם של הרופאים המיילדים מתוך מודל אתי שהוא גם הקשרי ולא רק ביולוגי. כך למשל, בתשובה לשאלתו של מתמחה מדוע צריך לבצע אולטרה-סאונד נוסף לאישה מאושפזת בשבוע ה-22 להיריון אשר ביצעה כבר אולטרה-סאונד ביום הקודם, אומר הרופא הבכיר:

אנחנו מדברים פה גם על היריון תאומים, גם IVE²¹ וגם אירוע של late abortion²² בשבוע ה-18 בהיריון הקודם! אם הייתה לי אפשרות טכנית הייתי רוצה לראות מה שלומם של העוברים האלה בכל רגע ורגע!

20 תמותה סביליתית (perinatal death).

21 הפריה חוץ-גופית.

22 הפלה ספונטנית מאוחרת.

אמירה זו של הרופא הבכיר מעידה יותר מכל על כך שבעיניו זוג העוברים הם מטופלים לכל דבר, זאת על אף שהם רחוקים לפחות שבועיים מגיל החיות. הדאגה לשלומם לא התעוררה בעקבות עדות למצוקה ממשית כלשהי, אלא בעקבות ההקשר המשפחתי שלתוכו הם עתידים להיוולד: בעיית הפוריות של אביהם, המאפשרת לאמם להרות באמצעות הפריית מבחנה בלבד; והיריון קודם של בני הזוג, שהיה תוצר של טיפולי פוריות ארוכים והסתיים בהפלה טבעית מאוחרת בתחילת הטרימסטר השני להיריון. במילים אחרות, במקרה זה אלו הנסיבות המשפחתיות של העוברים, ההשתוקקות אליהם והקשיים הכרוכים ביצירתם, המכוננים אותם כסובייקטים-מטופלים, ולא עצם הוויאביליות שלהם. על הכמיהה המשפחתית לזוג העוברים לומד הרופא לא רק מהמידע בתיק הרפואי על טיפולי הפוריות שעברה האישה ועל סיומו הטרגי של ההיריון הקודם, אלא גם מהתבוננות בהתנהלות בני הזוג ומשפחתם המורחבת במחלקה. האישה מאושפזת במחלקה כבר שבועות אחדים לשם "שמירת היריון" וכל הזמן נמצא לידה לפחות מישהו אחד מבני משפחתה. כפי שהם מעידים על עצמם, הרופאים מפרשים את הנציגות המתמדת הזו של המשפחה המורחבת כסימן נוסף לחשיבות הצלחתו של ההיריון הזה.

לעומת זאת, נשים אשר מתאשפזות לשם ביצוע הפסקת היריון מאושפזות בחדרים "גינקולוגיים" ולא "מיילדותיים", גם אם העובר שלהן הוא ויאבילי. החלטתה של אישה להפסיק את הריונה מסמנת את עובדה כבלתי-רצויה, במיוחד כאשר מדובר בעובר ויאבילי שהרופאים נדרשים להמיתו ברחם כחלק מתהליך הפסקת ההיריון. לפיכך, באשפוז לשם הפסקת היריון עוברים ויאביליים אינם נתפסים כמטופלים.

סיכום פרק הממצאים

יועצים גנטיים מתמודדים עם דילמות מוסריות הנובעות מהקשר הגורדי שבין אבחון טרום לידתי ובין הפרקטיקה של הפלות סלקטיביות. השיקולים האתיים המנחים את החלטות היועצים מושפעים מהחברה שבה הם חיים ועובדים (Boltanski & Thévenot, 1999). היועצים הגנטיים בישראל מדגישים את קדימות זכויות האם ורצונותיה על פני אלה של העובר. הם אינם תופסים את העובר כישות אוטונומית בעלת זכויות מובחנות, הוא אינו עומד במרכז השיקולים האתיים שלהם ואינו נדון במונחים של "חיים" או ישות עצמאית הראויה לזכויות ולהגנה, אלא כחלק בלתי-נפרד ממשפחתו, ובמיוחד מאמו. במילים אחרות, היועצים הישראלים משתמשים במודל של אתיקה הקשרית (Hashiloni-Dolev & Weiner, 2008). הדילמות שאתן מתמודדים רופאים מיילדים ביחידה להיריון בסיכון גבוה נובעות מהצורך שלהם לתמרן בין פרקטיקות רפואיות שונות שמטרתן לשמר את ההיריון ולהבטיח את הבריאות הן של האישה ההרה והן של העובר. ההתחשבות בצרכים הרפואיים המיילדיים והעתידיים של עוברים בתהליך קבלת ההחלטות על אופן ניהול ההיריון והלידה ביחידה להיריון בסיכון גבוה מכוננת אותם כמטופלים. תפיסה זו של העובר כמטופל נוסף של הרפואה המיילדותית שונה מההזדהות הגלויה שיש ליועצים הגנטיים עם האישה ההרה או עם זוג ההורים. עם זאת, העדויות לכך שרופאים מיילדים מקנים חשיבות רבה להקשר המשפחתי שלתוכו ייוולד העובר ולמידת היותו רצוי בכינונו כמטופל, ואינם מסתפקים בעצם היותו ויאבילי, מצביעות על כך שכמו היועצים הגנטיים גם הרופאים המיילדים ביחידה להיריון בסיכון גבוה מיישמים מודל אתי הקשרי.

עלינו להסביר את הדומיננטיות של המודל האתי ההקשרי בשיקולים הרפואיים. כאמור לעיל, בהסתמך על בולטנסקי ותבנו (Boltanski & Thévenot, 1999) אנו טוענות כי שיקול דעת מוסרי של סוכנים חברתיים מושפע או נגזר מעולמות ערכיים או מ"משטרי הצדקה" המשותפים לכל בני החברה שהתגבשו בתהליך היסטורי. לפיכך, החלק הבא מרחיב לגבי ההקשרים הפוליטיים, החוקיים, הדתיים וההיסטוריים שבתוכם התגבשה סוגיית מעמד העובר בחברה הישראלית.

עוברים ומדינה בישראל

בניגוד למתרחש במדינות כמו ארצות-הברית, גרמניה או אירלנד, בישראל לא היו הפלות מעולם נושא למחלוקת ציבורית קשה. למעשה, נושא זה מעולם לא עורר בציבור הישראלי עניין רב (Morag-Levine, 1994). בפעמים המעטות שבהם סוגיית ההפלות נדונה בפוליטיקה הישראלית, הדבר אירע כחלק מתביעות קואליציוניות מצד מפלגות חרדיות, שהתנו את תמיכתן בממשלות שונות בהגבלת חוק ההפלות. לפי ישי (Yishai, 1993), שינויי מדיניות בנוגע להפסקות הריון יזומות בחברה הישראלית – הכנסתו של הסעיף הסוציאלי לחוק ההפלות בשנת 1977 וביטולו שנתיים מאוחר יותר – משקפים שני היבטים סותרים של בעיית האוכלוסין הישראלית: מצד אחד הקשר בין גודל המשפחה ובין מצוקה חברתית, ומצד שני חוסר האיזון בין שיעורי הפיריון של הקהילות היהודית ובין שיעורי הפיריון של הקהילות הלא-יהודיות. ישי טוענת כי הליברליזציה של חוק ההפלות נבעה ממודעות בשנות השבעים המוקדמות לכך שמשפחות גדולות מהוות קבוצת סיכון חברתית. הדבר הניע קובעי מדיניות להתיר בחוק ביצוע של הפסקות הריון מסיבות שהוגדרו "סוציאליות". מאוחר יותר, ביטולו של סעיף זה במסגרת הסכמים קואליציוניים הוצג כפתרון אפשרי למה שכונה "פצצת זמן דמוגרפית". זאת משום שההבדלים בשיעורי הפיריון בין יהודים וערבים נתפסו גדולים דיים כדי לסכן את אופייה היהודי של המדינה. חשוב לציין כי הגבלה זו של החוק לא השפיעה בפועל על מספר הפסקות ההריון המבוצעות בישראל, משום שנשים, בסיוען של ועדות הפלה ליברליות, ניסחו את בקשותיהן להפסקת ההריון בהתאם לסעיפים הקיימים בחוק (Amir & Biniamin, 1992). העובדה כי נכונות הצהרות הנשים מעולם לא נבחנה מעידה על הגמישות שבה מיושם החוק הרשמי, ועל כך שעל אף אופיו האוסרני של החוק וביטול ה"סעיף הסוציאלי" בשנת 1979, בפועל קל למדי להפיל בישראל.

נוסף על כך, חוק ההפלות בישראל אינו מציע למעשה כל צידוק לאיסור הכללי על הפסקת הריון. כפי שמציין גרוס, בתקופה שלפני הלידה, העובר הישראלי נעדר מעמד חוקי או מוסרי, אפילו בשלבים מתקדמים של ההריון (לאחר הוויאביליות). רק הלידה היא המשנה באופן מהותי ופתאומי את מעמדו, בהעניקה לו מעמד חוקי ומוסרי כבן-אנוש (Gross, 2002). חוק ההפלות הישראלי אינו נתמך באמצעות חוקים אחרים העוסקים בזכות להגן על חי העובר. להפך, פסק הדין הישראלי החשוב ביותר בתחום זה הנו בג"ץ זייצוב משנת 1986 העוסק בתביעה על הולדה בעוולה.²³ תביעות הולדה בעוולה מאפשרות להאשים סוכנים

רפואיים (בעיקר גינקולוגים ויועצים גנטיים) ברשלנות מקצועית: בכשל באבחון אנומליה עוברית או באי יידוע ההורים על הסיכונים הנלווים לה. עקב כך, הילד או הוריו, יכולים לדרוש פיצוי על חיי הילד, בהתבסס על הטענה כי עדיף היה לילד שלא לבוא לעולם מאשר להיוולד במצבו. בקבלת תביעה זו הכיר בית המשפט העליון בטענה כי במקרים מסוימים של הולדה בעוולה אי-הקיום עדיף על קיום עם נכות (ילינק, 1997). מכאן שהזכות העיקרית העומדת לעובר הישראלי היא דווקא הזכות לא להיוולד (בתנאים מסוימים), ולא הזכות להגנה על חייו.

נוסף על כך, בישראל לא קיימים חוקים או תקנות המגנים על טרום-עוברים הנמצאים מחוץ לגוף האישה – עוברים הנוצרים בטיפולי IVF – ומכאן נובעת גם העמדה הישראלית המתירנית כלפי סוגיות שנויות במחלוקת כמו מחקר בתאי גזע או שיבוט (Prainsack, 2006).

אפשר לטעון כי באופן עקרוני היחס לעובר הישראלי נגזר מאינטרסים של החברה, ולא נדון בהקשרם של אינטרסים אוטונומיים שלו או של אמו. ההיסטוריה של חוק ההפלות הישראלי מספרת סיפור של דאגות דמוגרפיות וחברתיות ולא של קונפליקט בין זכויות של אמהות וזכויות של עוברים. בניגוד לשיח המקובל במערב, זכויות של נשים (ראו אמיר, 2007) וזכותם של עוברים "לחיות" לא היו מוקד המאבק על חוק ההפלות בישראל. כפי שנראה בחלק הבא, בחוקים הקיימים בישראל יש הד לתפיסות יהודיות בנוגע למעמד העובר (שם).

ההקשר הדתי

העמדה היהודית כלפי הפלות וכלפי מעמדם של עוברים היא גמישה בהשוואה לעמדה הנוצרית, ובעיקר הנוצרית-קתולית. החוק היהודי אינו מעניק לעובר מעמד חוקי, מכיוון שהוא נתפס כחלק מאמו, ולא כישות עצמאית (Jakobovits, [1959] 1967). יתר על כן, עקרונות יהודיים קובעים שהפלה אינה רצח, אף על פי שהיא יכולה להיחשב כהריגה. הריגה מותרת בנסיבות של הגנה עצמית, כאשר הקורבן מוגדר כ"רודף". עובר יכול להיות מוגדר כ"רודף" כאשר הוא מסכן את בריאות האם, ומכאן שלפי היהדות האינטרסים הבריאותיים של האם גוברים על אלה של העובר (Steinberg, 1991). בניגוד לדת הקתולית, שעיצבה במידה רבה את שיח ההפלות במערב, הזכות להשמיד יצור אנושי לפני לידתו כלל אינה קשורה לשאלות של אנימציה (animation) או של גאולה שלאחר המוות (redemption) (Jakobovits, [1959] 1967). כמו כן, החיים לפי היהדות אינם מתחילים ברגע ההפריה, ולכן טרום-עוברים הנמצאים מחוץ לגוף האישה אינם מוגדרים כ"חיים" הראויים להגנה מיוחדת. המסגרת הכללית של מדיניות ההפלות בישראל, כמו המדיניות כלפי טרום-עוברים, נגזרת מעקרונות אלה. לפי אמיר (2007), חוק ההפלות הישראלי הוא חוק יהודי בעיקר בשל שני מאפיינים ייחודיים: ראשית, החוק אינו מבחין בין האם ובין העובר, דבר שמאפשר את היעדר הגבלת הזמן לביצוע הפסקת הריון (עניין שאינו נפוץ במדינות מערביות). שנית, בחוק קיים סעיף המאפשר הפלה בשל יחסי מין מחוץ לנישואים ומבוסס על החשש מפני לידה של "ממזר" לפי חוקי ההלכה. מכאן שההגנה או אי-ההגנה על העובר תלויה ביחסים שבין העובר לבין אמו או בין אמו לאביו, ולא במעמדו האוטונומי. לטענתנו, ייתכן כי עמדה זו, שמקורה בפילוסופיה היהודית, הבוחנת את מעמדו של העובר אל מול מערכות היחסים

שלו עם מולידיו, השפיעה לא רק על עיצוב החוק הישראלי אלא משמשת גם כנכס מטפיזי משותף המעצב את החשיבה ואת הפרקטיקה האתית של המומחים שנחקרו בעבודה זו, מפני שעמדה זו מזכירה במידה רבה את המודל האתי המבוסס על יחסים.

סיכום

מחקרים קודמים על העובר דנו בהשפעות שיש למדיקליזציה של הפריון ושל ההולדה על מעמדו המוסרי והחברתי של העובר, והדגישו את תרומתן של טכנולוגיות רבייה להתהוותו כישות בעלת זכויות, או מנגד את התפקיד שממלאות טכנולוגיות רבייה אבחנתיות בהפיכה של ההיריון לטנטטיבי, תהליך שמחליש את מעמד העובר. בניגוד לדואליות זו, המתוארת במחקרים על העובר במערב, המחקר העוסק בהיבטים חברתיים ותרבותיים של הפריון בישראל מצביע על כך שהעובר הישראלי נותר חסר זכויות דווקא בעידן שבו הטכנולוגיות הרפואיות המאפשרות מעקב אחריו מתרבות בקצב מסחרר.

באמצעות ממצאים ממחקרים שנערכו בשתי זירות פריון טכנו-רפואיות בישראל ביקשנו להראות כמה מגמות. בניגוד לממצאי מחקרים קודמים, ישנן זירות סביליות בישראל שבהן העובר אינו שולי. ממצאינו מראים כי ביחידה להיריון בסיכון גבוה שיקולים בנוגע לבריאותו התוך-רחמית והעתידי של העובר ממלאים תפקיד חשוב בקבלת החלטות קליניות ובכך מכוננים אותו כמטופל. עם זאת, גם בתוך הזירה הרפואית ישנם כמה קולות. בתנאים מסוימים רופאים מיילדים מייחסים חשיבות לצרכיו של העובר, ורואים אותם שווים לאלו של אמו. לעומת זאת, יועצים גנטיים אינם מתייחסים לעובר כאל ישות אוטונומית שצרכיה עשויים להימצא בסתירה לצורכי אמו. בעבור הגנטיקאים העובר הוא בראש ובראשונה חלק מאמו, ויחסה אליו הוא המגדיר את הסטטוס שלו גם בעיני המומחים. למרות ההבדלים האלו בין שתי קבוצות הנחקרים, אנו טוענות כי המצבים שבהם רופאים מיילדים רואים בעובר מטופל נובעים מתוך אותה לוגיקה המצדיקה בעבור היועצים הגנטיים את תפיסת העובר כחסר זכויות. מודל זה הוא מודל אתי הקשרי, ובניגוד למודל האתי ביולוגי, המבסס את מעמדו של העובר על שלבים בהתפתחותו, הוא מדגיש את מערכות היחסים המשפחתיות והאחרות שבתוכן מתהווה העובר. לטענתנו, גם כאשר רופאים מיילדים ישראלים התייחסו אל העובר כמטופל עצמאי בעקבות גיל ההיריון (ויאביליות), בסופו של דבר המודל ההקשרי היה הפוסק האחרון בנוגע לשאלת מעמד העובר בעיני הצוות המטפל. מכאן שיחסם של המומחים לעוברים מושפע לא רק ממודל אתי ביולוגי, אלא בעיקר מתפיסות חברתיות ותרבותיות של העובר ומשפחתו. לבסוף, אנו טוענות כי עדיפותו של מודל הקשרי זה בתוך הדינמיקה המורכבת של יחסי האם והעובר ושל שאלת מעמדו של העובר בקרב יועצים גנטיים ורופאים מיילדים בישראל, נמצאת בהלימה עם משטרי ההצדקה שהתגבשו בהשפעת מסורות היסטוריות, פוליטיות, חוקיות ודתיות ייחודיות בחברה הישראלית.

מקורות

- אמיר, ד' (2007). "חוק ההפלות הישראלי" – היבט מגדרי ופמיניסטי. בתוך ד' ברק-ארו (עורכת), *עיונים במשפט, מגדר ופמיניזם (עמ' 777-809)*. תל אביב: נבו.
- ברקוביץ, נ' (1999). "אשת חיל מי ימצא?" נשים ואזרחות בישראל. סוציולוגיה ישראלית, (ב1), 277-317.
- גיליגן, ק' (1995). בקול שונה: התיאוריה הפסיכולוגית והתפתחות האישה. תל אביב: ספריית פועלים.
- הד, ד' (1989). אתיקה ורפואה. תל אביב: משרד הביטחון.
- וינר, נ' (בדפוס). ההבניה החברתית של סובייקטיביות עוברית וניאונטלית באתרים רפואיים סבילרתיים. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- ילינק, ש' (1997). הולדה בעוולה: זכויות תביעה ופיצויים. תל אביב: אשלי.
- רסניק, ג' ופרנקל, מ' (2000). מסוציולוגיה ביקורתית לסוציולוגיה של הביקורת: הסוציולוגיה הפרגמטיסטית של לוק בולטנסקי. תיאוריה וביקורת, 17, 101-122.
- Addelson, K. P. (1999). The emergence of the fetus. In L. M. Morgan & M. W. Michaels (Eds.), *Fetal subjects, feminist positions* (pp. 26–42). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Amir, D. & Biniamin, O. (1992). Abortion approval as a ritual of symbolic control. In C. Feinman (Ed.), *The criminalization of a woman's body* (pp. 5–26). New York: Harrington Park Press.
- Barker, K. K. (1998). A ship upon a stormy sea: The medicalization of pregnancy. *Social Science & Medicine*, 47(8), 1067–1076.
- Boltanski, L. & Thévenot, L. (1999). The sociology of critical capacity. *European Journal of Social Theory*, 2(3), 359–377.
- Browner, C. H. & Press, N. A. (1995). The normalization of prenatal diagnostic testing. In F. Ginsburg & R. Rapp (Eds.), *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction* (pp. 307–322). Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Davis-Floyd, R. E. (1992). *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University of California Press.
- Desmond, M. M. (1998). *Newborn medicine and society: European background and American practice (1750–1975)*. Austin: Eakin Press.
- Duden, B. (1993). *Disembodying women: Perspectives on pregnancy and the unborn* (L. Hoinacki, Trans.). Cambridge: Harvard University Press.
- Foucault, M. (1981). *The history of sexuality. Vol. 1: An introduction*. Harmondsworth: Penguin.
- Franklin, S. (1991). Fetal fascinations: New dimensions to the medical-scientific construction of fetal personhood. In S. Franklin, C. Lury & J. Stacey (Eds.),

- Off-centre: Feminism and cultural studies* (pp. 190–205). London: Harper Collins Academic.
- (1993). Making representations: The parliamentary debate on the human fertilization and embryology act. In J. Edwards, S. Franklin, E. Hirsch, F. Price & M. Strathern (Eds.), *Technologies of procreation: Kinship in the age of assisted conception* (pp. 96–131). Manchester: Manchester University Press.
- Georges, E. (1996). Abortion politics and practice in Greece. *Social Science and Medicine*, 42(4), 509–519.
- Ginsburg, F. D. & Rapp, R. (1995). *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Gross, M. L. (2002). Abortion and neonaticide: Ethics, practice and policy in four nations. *Bioethics*, 16(3), 202–230.
- Hashiloni-Dolev, Y. (2007). *What is a life (un)worthy of living? Reproductive genetics in Israel and Germany*. Dordrecht: Springer-Kluwer.
- Hashiloni-Dolev, Y. & Weiner, N. (2008). New reproductive technologies, genetic counseling and the standing of the fetus: Views from Germany and Israel. *Sociology of Health and Illness*, 30(7), 1055–1069.
- Inhorn, M. & Van Balen, F. (2002). *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender and reproductive technologies*. Berkeley and Los Angeles: University of California press.
- Isaacson, N. (1996). The “fetus-infant”: changing classification of “in utero” development in medical texts. *Sociological Forum*, 11(3), 457–480.
- Ivry, T. (2004). *Pregnant with meaning: Conceptions of pregnancy in Japan and Israel*. Doctoral Dissertation, The Hebrew University of Jerusalem.
- Jakobovits, I. ([1959]1967). *Jewish medical ethics: A comparative and historical study of the Jewish religious attitude to medicine and its practices*. New York: Bloch.
- Jordan, B. (1997). Authoritative knowledge and its construction. In R. E. Davis-Floyd & C. F. Sargent (Eds.), *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives* (pp. 55–79). Berkeley: University of California Press.
- Kaczor, C. (2005). When does a human being become a person? In *The edge of life: Human dignity and contemporary bioethics* (Ch. 2, pp. 5–41). Dordrecht: Springer.
- Kahn, S. M. (2000). *Reproducing Jews: A cultural account of assisted aonception in Israel*. Durham: Duke University Press.
- Kaplan, L. J. & Tong, R. (1996). *Controlling our reproductive destiny: A technological and philosophical perspective*. Cambridge and London: MIT Press.

- Krones, T., Schlueter, E., Neuwohner, E., El Ansari, S., Wissner, T. & Richter, G. (2006). What is the preimplantation embryo? *Social Science and Medicine*, 63, 1–20.
- Leavitt, J. W. (1986). *Brought to bed: Childbearing in America 1750–1950*. New York: Oxford University Press.
- Luker, K. (1985). *Abortion and the politics of motherhood*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Morag-Levine, N. (1994). Abortion in Israel: Community, rights and the context of compromise. *Law and Social Inquiry*, 19(2), 313–335.
- Morgan, L. M. (1996). Fetal relationality in feminist philosophy: An anthropological critique. *Hypatia*, 11(3), 47–70.
- (1999) Materializing the fetal body, or, what are those corpses doing in biology's basement? In L. M. Morgan & M. W. Michaels (Eds.), *Fetal subjects, feminist positions* (pp. 43–60). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Morgan, L. M. & Conklin, B. A. (1996). Babies, bodies, and the production of personhood in North America and a native Amazonian society. *Ethos*, 24(4), 657–694.
- Morgan, L. M. & Michaels, M. W. (1999). *Fetal subjects, feminist positions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Oakley, A. (1984). *The captured womb: A history of the medical care of pregnant women*. Oxford: Basil Blackwell.
- Petchesky, R. P. (1987). Fetal images: The power of visual culture in the politics of reproduction. *Feminist Studies*, 13(2), 263–292.
- Prainsack, B. (2006). Negotiating life: The regulation of human cloning and embryonic stem cell research in Israel. *Social Studies of Science*, 36(2), 173–205.
- Rapp, R. (1999). *Testing women, testing the fetus: The social impact of amniocentesis in America*. New York and London: Routledge.
- Raz, A. (2004). Important to test, important to support: Attitudes toward disability rights and prenatal diagnosis among leaders of support groups for genetic disorders in Israel. *Social Science and Medicine*, 59, 1857–1866.
- Remennick, L. (2006). The quest after the perfect baby: Why do Israeli women seek prenatal genetic testing? *Sociology of Health and Illness*, 28(1), 21–53.
- Rothman, B. K. (1986). *Tentative pregnancy: Prenatal diagnosis and the future of motherhood*. New York: Viking.
- Sandelowsky, M. (1991). Compelled to try: The never-enough quality of conceptive technology. *Medical Anthropology Quarterly*, 5(1), 29–47.
- Schroedel, J. R. (2000). *Is the fetus a person? A comparison of policies across the 50 States*. Ithaca and London: Cornell University Press.

- Sherwin, S. (1992). Feminist and medical ethics: Two different approaches to contextual ethics. In H. Bequaert Holmes & L. M. Purdy (Eds.), *Feminist perspectives in medical ethics* (pp. 17–31). Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Steinberg, A. (1991). *Medical Halakhic Encyclopedia. Vol. 2* (pp. 90–91). Jerusalem: The Schlezinger Institute for the Study of Medicine According to the Bible.
- Strathern, M. (1995). Displacing knowledge: Technology and the consequences for kinship. In F. D. Ginsburgh & R. Rapp (Eds.), *Conceiving the new world order* (pp. 346–364). Berkeley: University of California Press.
- Weiss, M. (2002). *The chosen body: The politics of the body in Israeli society*. Stanford: Stanford University Press.
- Yishai, Y. (1993). Public ideas and public policy: Abortion policies in four democracies. *Comparative Politics*, 25, 207–228.