

# גורמים המשפיעים על קבלת ההחלטות של ועדות העל להפסקות הריון<sup>1</sup>

רפאל כהן־אלמגור, יהודה שניר,

הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת חיפה

## ת ק צ י ר

מטרת המאמר לבדוק אלו גורמים משפיעים על דרך קבלת ההחלטות של חברי ועדות העל להפסקת הריון, ואת ההבדלים (אם אכן קיימים) בין ועדות העל השונות בישראל, מבחינת הגורמים המשפיעים על החלטות חבריהן, ומבחינת התוצאות הצפויות במקרים שונים. שאלון מפורט נשלח לכל החברים בוועדות העל להפסקת הריון. שיעור המשיבים היה 53% (24 מתוך 45 החברים). בחלק מבתי החולים חברי ועדות העל סרבו לשתף פעולה מתוך חשש שמחקרנו עלול לעורר דיון ציבורי בסוגיה עדינה וסבוכה, מימצא מעניין כשלעצמו.

בתחילה נביא את הרקע המשפטי. לאחר מכן יובהר מה הן ועדות העל ונעמוד על דרכי עבודתן. חלקו העיקרי של המאמר יוקדש למחקר שערכנו ולניתוח תוצאותיו. הנתונים מראים, כי העשייה הנהוגה היא מתיינות כאשר הסיבה להפלה היא רפואית. המרכיבים החשובים ביותר להחלטה אם להפסיק הריון הם מצבו הבריאותי של העובר, מצבה הבריאותי־הנפשי של האם, ושבע ההריון. אשר לפרופיל החברים בוועדות העל נמצא, כי נשים נוטות להתיר הפלות יותר מאשר גברים, ואילו חברי ועדות ממוצא מסורתי־דתי נוטים שלא להתיר הפלות לעומת חברי ועדות חילוניים. לא נמצאו הבדלים בין בתי החולים בגישתם לאשר הפלות. כמו כן, גיל החברים בוועדה אינו בגדר משתנה משמעותי, והחברים בוועדות העל לא הקנו כל חשיבות לאפשרות של תביעה משפטית בשיקולים האם להתיר הפלה אם לאו.

## ה ק ד מ ה

מ טרת מאמר זה היא לבדוק אלו גורמים משפיעים על דרך קבלת ההחלטות של חברי ועדות העל להפסקת הריון, ואת

ההבדלים (אם אכן קיימים) בין ועדות העל השונות בישראל, מבחינת הגורמים המשפיעים על החלטות חבריהן, ומבחינת התוצאות הצפויות במקרים שונים.

הספרות בישראל בנושא ההפלות בשליש השלישי להריון אינה רבה. גם בעולם לא קיימת ספרות ענפה בנושא [1] מלבד מאמרים הנוגעים לצד האתי־מוסרי [2]. לפיכך, התבסס המחקר על שיחות וראיונות עם מומחים העוסקים בתחום. שאלון מפורט נשלח לכל החברים בוועדות העל להפסקת הריון. שמות חברי ועדות העל נמסרו לידינו בד"כ ע"י עובדי השירות הסוציאלי בבתי החולים. שיעור המשיבים היה 53% (24 מתוך 45 החברים). בחלק מבתי החולים סרבו חברי ועדות העל לשתף פעולה מתוך חשש שמחקרנו עלול לעורר דיון ציבורי בסוגיה עדינה וסבוכה. מימצא זה מעניין כשלעצמו. כפי שעולה מהנתונים, העשייה הנהוגה היא מתיינות למדי והשאיפה היא להותיר את המצב בעינו.

תחילה נביא את הרקע המשפטי. לאחר מכן נבהיר מה הן ועדות העל ונעמוד על דרכי עבודתן. חלקו העיקרי של המאמר יוקדש למחקר שערכנו ולניתוח תוצאותיו. נמצא, כי המרכיבים החשובים ביותר להחלטה האם להפסיק הריון הם מצבו הבריאותי של העובר, מצבה הבריאותי־נפשי של האם, ושבע ההריון. אשר לפרופיל החברים בוועדות נמצא, כי נשים נוטות להתיר הפלות יותר מאשר גברים, ואילו חברי ועדות ממוצא מסורתי־דתי נוטים שלא להתיר הפלות בהשוואה לחברי ועדות חילוניים. מימצאים אלה עלו בקנה אחד עם השערות המחקר. מאידך גיסא, לא מצאנו הבדלים בין בתי החולים בגישתם לאשר הפלות. כמו כן, גיל החברים בוועדה אינו מהווה משתנה משמעותי, והחברים בתשובותיהם על השאלון כל חשיבות לאפשרות של תביעה משפטית בשיקולים אם להתיר הפלה אם לאו.

**Key words:** high committee, abortion, fetus, week of pregnancy, Down's syndrome, Hydrocephalous, Spina Bifida, Murder for family honour.

<sup>1</sup> המאמר בגירסתו המקורית כלל טבלות רבות ומפורטות. לבקשת מערכת "הרפואה" הללו הושמטו והובאו אך עיקרי הממצאים.

לצימצום מספרן של ועדות-העל. הסיבה לכך היא, ככל הנראה, "פוליטית": המרכזים הרפואיים הגדולים מנסים לשמור על מעמדם הבכיר ועל סמכויותיהם הייחודיות בעוד שהמרכזים הקטנים יותר מנסים לרכוש לעצמם גם כן סמכויות אלו. חלק מן הרופאים בבתי-חולים שבהם אין פועלת ועדת-על, הביעו קורת רוח ממצב זה בהנמקה שהנושא קשה ומסובך, וכי עדיף שאחרים "יישברו את הראשי", כדבריהם. לא מעט מקרב חברי הצוותים הרפואיים בבתי-חולים בהם פועלות ועדות-העל, אינם ששים ליטול חלק בפעילות הוועדות, ורואים בכך נטל. אחדים מהם כינו את הוועדות "ועדות-עול"...

- בכל אחת מהוועדות חברים נושאי משרות בכירים.  
 א' מנהל המרכז הרפואי או מ"מ.  
 ב' מנהל מחלקת נשים ויולדות או מ"מ.  
 ג' מנהל מחלקה נאונטולוגית (פגים וילודים) או מ"מ.  
 ד' מנהל מכון גנטי או מ"מ.  
 ה' עובדת סוציאלית בכירה או מ"מ.

מנכ"ל משרד הבריאות מינה שמית את חברי הוועדה בכל אחד מהמרכזים הרפואיים הנ"ל. הרכב בכיר זה של חברי הוועדות נקבע בתוקף כובד משקלה של הסוגיה ומתוך הנחה, כי הם לא יחששו לאשר הפסקות הריון במצבים קשים, בהם חששו הוועדות הרגילות לאשר הפסקות הריון, ומאידך גיסא, שלא יחששו לדחות בקשות ויוכלו לעמוד בלחץ המבקשים. בנוסף, נדרשים חברי-ועדות-העל לשקול שיקולים משפטיים לגביהם הרופאים פחות-בכירים לאו דווקא מודעים. לאחר הפרדת ועדות העל מהוועדות הרגילות להפסקת הריון, חלה ירידה במספר הפסקות ההריון בשליש השלישי, כנראה עקב הפעלת שיקול הדעת הנוסף במצבים אלה.

### התהליך

ההפניות לוועדות-העל מגיעות ממקורות שונים:

- א' הוועדה הרגילה, אם מסתבר לה שגיל ההריון הוא מעל ל-23 שבועות.  
 ב' רופא נשים, בביה"ח או אחר.  
 ג' רופא משפחה (בהתייעצות עם רופא נשים).  
 ד' מקרים מיוחדים של הריונות שגילם מתחת ל-23 שבועות, בהם התקשתה הוועדה הרגילה להגיע להחלטה חד-משמעית.

דרושה הכרעת רוב על מנת לקבל החלטה, אולם בדרך כלל שורה בוועדה תמימות דעים. החלטת הוועדה היא סופית, ללא אפשרות עירעור. יש לציין, כי ועדת-העל אינה משמשת ערכאת עירעור על החלטות הוועדות הרגילות; ניתן להפנות אשה הרה לכל ועדת-על, לאו דווקא לוועדה הקרובה לאזור מגורי האשה, וכי פתוחה האפשרות לאשה לפנות לוועדת-על אחרת לאחר שוועדה נתונה סירבה לאשר הפסקת הריון. בין ועדות-העל אין מתקיימים חילופי מידע (אין באפשרותנו לקבוע מסמרות ולציין, כי זוהי מדיניות מכוונת מתוך רצון שלא להעמיס נירת על פעילות הוועדות או תוצאה הנובעת מחוסר תשומת-לב).

הבדיקות הרפואיות לגילוי מומים עובריים משתכללות והולכות עם הזמן. כיום מגיעות בעיות האיבחון לוועדות-העל בעיקר בעיקבות בדיקות על-שמע ובדיקות גנטיות. הפסקת ההריון

## על הפסקות הריון בישראל

רקע משפטי

סעיף 308 לחוק העונשין קובע: "משעה שיצא הוולד כולו חי מבטן אימו, הריהו נחשב לאדם, בין שנשם ובין שלא נשם, ובין שיש לו מחזור דם ובין שאין לו, בין שנכרת חבל טבורו ובין שלא נכרת". לפיכך, גרימת מוות של עובר טרם צאתו מהרחם אינו נחשב רצח או הריגה. לשם הפסקת הריון נדרשים הסכמת האשה ואישור ועדה המוגדרת בחוק, מהסיבות הבאות (ס' 316):

- (1) האשה היא למטה מגיל הנישואין, או מלאו לה ארבעים שנה;  
 (2) ההריון נובע מיחסים אסורים לפי החוק הפלילי או מיחסי עריות, או שהוא לא מנישואין;  
 (3) הוולד עלול להיות בעל מום גופני או נפשי;  
 (4) המשך ההריון עלול לסכן את חיי האשה או לגרום לאשה נזק גופני או נפשי.

החוק אינו מציין עד איזה שלב מותרת הפסקת ההריון. גיל ההריון מוזכר רק בתקנות העונשין (הפסקת הריון), בהן מצוין, כי הפסקת הריון שגילו מעל ל-10 שבועות, לא תבוצע במירפאה מוכרת, אלא אך ורק בבית-חולים כמוסד רפואי המוכר להפסקת הריון.

בשנת 1986 פורסם פסק דין של ביהמ"ש העליון לגבי האחריות של רופאים להולדת תינוק בעל מחלה תורשתית [3]. פסק דין זה הכיר לראשונה, באופן עקרוני, באחריותו של רופא כלפי הורים וילדם, כאשר התרשלות הרופא הביאה ללידת בעל מום, בנסיבות בהן לולא אותה ההתרשלות, לא היה התינוק נולד כלל. יש בפסק דין זה כדי להשפיע על קבלת ההחלטות של רופאים העלולים לשאת באחריות משפטית, קרי, יועצים גנטיים והנהלות בתי-החולים. ההשפעה מתבטאת בנכונות רבה יותר להסכים לבקשה להפסקת הריון עקב אי-הרצון להגיע לעימות משפטי.

בשנת 1994 חוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בעיקבותיו הוקמה המועצה הלאומית למיילדות, גנטיקה ונאונטולוגיה (פגים וילודים). בהתאם להמלצות המועצה פורסמו בסוף שנת 1994 הנחיות להקמת ולהפעלת שש "ועדות על-אזוריות להפסקות הריון בהריונות מעל שבוע 23". הנחיות אלו הפרידו בין הוועדות הרגילות להפסקת הריון שפעלו גם קודם לכן בבתי-החולים ובמירפאות המאושרות, לבין הוועדות החדשות שהוסמכו לדון בהפסקות הריון "מאוחרות". ההנחיות נכנסו לתוקף ב-1 בינואר 1995.

### ועדות-העל

שש ועדות-העל הוקמו במרכזים הבאים: בתי"ח "רמב"ם" (חיפה), "בילינסון" (פ"ת), "שיבא" (תל השומר), "סרלין" (הקרית, ת"א), "הדסה" (ירושלים), "סורוקה" (ב"ש). זה מספר שנים פועלות ועדות-על גם בבי"ח "בני ציון" בחיפה ובבי"ח "מאיר" בכפ"ס. באמצע שנת 1997, הועבר המרכז הרפואי "סרלין" למתחם בית-החולים איכילוב והוקם בית-חולים חדש ליולדות "ליס", בו פועלת כיום ועדת-העל.

בתי-החולים "בני ציון" ו"מאיר" פועלים לקבלת אישור להפעלת ועדת-על, בעוד שהמרכזים הרפואיים הגדולים פועלים

מ-1 עד 9 את הערכתם לגבי מידת השפעתם של מרכיבים שונים על החלטתם לבצע הפלה בשליש השלישי. למשל, מצבו הבריאותי-גופני של העובר. סימון 1 ציין שלמרכיב הנדון השפעה רבה, בעוד סימון 9 ציין השפעה מועטה של המרכיב. לנבדקים ניתנה גם האפשרות לסמן 0, שמשמעו שמרכיב זה אינו משמעותי לדעתם.

12 השאלות העוקבות היו זהות לחלוטין ל-12 שקדמו להן, אלא שבהן נתבקשו הנבדקים לציין את הערכתם לגבי מידת השפעתם של אותם מרכיבים על חברי הוועדה בה הם חברים.

לבסוף, ענו חברי הוועדה על שאלון שהכיל פרטים אישיים לגבי תפקידם בוועדה, המרכז הרפואי אליו הם משתייכים, מינם, גילם, דתם והרקע הדתי שלהם.

בשאלה המסיימת נתבקשו חברי הוועדות לנסח את ה"אני מאמין" שלהם בסוגיית ההפלות, ולציין האם אותו "אני מאמין" היה שונה לו היו יושבים בוועדה דומה באנגליה או בארה"ב. מיקומה של שאלה זו בסוף השאלון העניק אפשרות למשיבים לסכם את עמדתם בנושא, או להביע אמירה כללית בסוגייה הנדונה.

הנבדקים: בישראל נמצאים כ-45 חברים בוועדות-העל שונות: מנהלי בתי-חולים, מנהלי מחלקות נשים וילודות, מנהלי מחלקה נאונטולוגית (פגים וילודים), מנהלי מכונים גנטיים, מנהלי השירותים הסוציאליים, וממלאי מקומם, בשמונה בתי-חולים שהוזכרו לעיל: "רמב"ם", "בני-ציון", "מאיר", "בילינסון", "שיבא", "ליס", "הדסה" ו"סורוקה".

שערנו, שאוכלוסיית המחקר תהא קטנה למדי שכן אוכלוסיית היעד היא מלכתחילה מצומצמת, וההנחה המיקדמית הייתה, כי חלק מהנשאלים יסרכו לשתף פעולה. בפועל ענו על השאלון 24 מחברי הוועדות על-פי מפתח חלוקת התפקידים הבא: שלושה מנהלי בתי-חולים, ארבעה מנהלי מחלקת נשים ומיילדות (אחד מתוכם מנהל יחידת על-שמע), חמישה מנהלי מחלקה נאונטולוגית, שיבעה מנהלי מכונים גנטיים, וארבעה מנהלי שירותים סוציאליים.

שאל בודד לא פירט את תפקידו.

בתי-החולים: 4 חברי ועדה ענו מ"בני ציון", 2 מ"רמב"ם", 4 מ"מאיר", 1 מ"בילינסון", 4 מ"ליס", 1 מ"הדסה", 3 מ"סורוקה", 4 מ"שיבא", ו-1 לא ציין את בית-החולים בו עובד.

אפיין המשיבים

מין: מתוך 24 המשיבים, 16 גברים; 8 נשים.

גיל: טווח הגילים משתרע מ-40 ועד 65 שנה, וממוצע הגילים הוא 54 שנה.

דת: כל 24 המשיבים הם יהודים.

רקע דתי: שני נבדקים העידו על עצמם כבעלי רקע דתי "מסורתי", שלושה העידו על עצמם כ"אנטי דתיים", ויתר הנבדקים העידו על עצמם — "חילונים".

### מהלך המחקר

השאלון נשלח אל כל חבר בוועדת-העל בצירוף מעטפה מבוללת וממוענת, לצורך החזרתו. אל כל שאלון צורף דף ובו פנייה של ד"ר כהן-אלמגור אל חבר הוועדה להשתתף במחקר. בפניה זו צוינה מסגרת המחקר ונושאו. הובטחו עילום-שם ושמידה על חיסיון הפרטים המזהים. כמו כן הובטח, כי הפרטים שיימסרו ישמשו

בגיל הריון מתקדם מבוצעת ע"י הזרקת תמיסת אשלגן-כלוריד (KCl) ישירות ללב העובר. תמיסה זו גורמת ללב להפסיק לפעול וממיתה את העובר. לאחר מכן מבוצעת לידה מוקדמת של העובר המת. בעבר, היו מקרים של ספקות לגבי כושר שרידותו של העובר, ומספר רופאים גרמו ללידה מוקדמת ללא הזרקת התמיסה, אולי מתוך הנחה, שהעובר יצליח בכל זאת לשרוד. כיום אין מותירים מקום לספקות ומזריקים את התמיסה בכל מקרה.

## ה מ ח ק ר

### הנחות המחקר

1. עובדות סוציאליות יטו לאשר הפלות יותר מאשר רופאים, משום שעבודה סוציאלית היא מקצוע בו עובדות בעיקר נשים, ונשים נוטות לאשר הפלות יותר מאשר גברים תוך אימוץ הטענה בדבר זכות האשה על גופה.
2. צעירים נוטים לאשר הפלות יותר מאשר מבוגרים, משום שנהוג להניח שאנשים צעירים נוטים להיות יותר ליברלים.
3. ככל שהנטייה לכיוון הרקע הדתי חזקה יותר, כך הנטייה לאשר הפלות תהיה קטנה יותר.
4. סיבות רפואיות יזכו לחשיבות גדולה יותר ועל כן יאושרו יותר מאשר סיבות סוציאליות.
5. הפלות בשבועות מוקדמים יותר בתוך גבולות השליש השלישי, יאושרו ביתר-קלות מאשר הפלות בשבועות מאוחרים יותר.
6. ככל שהתפקיד בו נושא חבר הוועדה בכיר יותר (מנהל ביה"ח למשל), כך יגלה יותר מודעות לאפשרות של תביעה משפטית מצד האם/התינוק.
7. חברי ועדות-העל בבתי-חולים שבאזורם אוכלוסיות מיעוטות (חיפה ובאר-שב) יגלו נטייה לאשר הפלה במקרה סוציאלי של חשש לרצח על רקע חילול כבוד המשפחה יותר מאשר בבתי-חולים אחרים.

### שיטת המחקר

המחקר נערך באמצעות שאלון יצוין, כי מחקר באמצעות צפייה או בחינת תיקים לא היה בגדר האפשר. השאלון לבדיקת גישות חברי ועדות-העל לגבי ביצוע הפלות בשליש השלישי של ההריון, כלל חמישים ואחת שאלות.

תחילה הוצגו מקרי בוחן בעייתיים ("בתחום האפור"): ארבעה חולים (תיסמונת דאון; הידרוקן (hydrocephalus) כאשר הנזק למוח אינו ברור; חולייה שסועה (spina bifida) עם מנינגוֹצֶ'לה; חסר גף מהמרפק ומטה), ומקרה אחד סוציאלי ("לוועדה בה את/ה חבר/פונה אשה מוסלמית, רווקה, בת 20, בשבוע ה-26 להריונה. העובר בריא. משפחתה אינה יודעת על דבר הריונה ואם יודע הדבר היא צפויה להירצח מפאת "חילול כבוד המשפחה"). אחרי הצגת כל מקרה, נשאלו ארבע שאלות. בראשונה נתבקשו חברי הוועדה לסמן האם יסכימו לאשר הפלה במקרה המפורט ולנמק מדוע; בשניה נשאלו האם תשובתם הייתה משתנה לו הייתה נעשית הפניה בשבוע ה-20 ומדוע; בשלישית נשאלו האם תשובתם הייתה משתנה לו הייתה נעשית הפניה בשבוע ה-36 ומדוע; ברביעית נשאלו האם תשובתם הייתה משתנה לו האשה הייתה בת 16 ומדוע.

ב-12 השאלות הבאות נתבקשו חברי הוועדה לסמן על סולם

של כל התשובות ( $1 = \text{לא}$ ,  $2 = \text{כן}$ ) לפי סדר עולה של רמת ההיענות לביצוע הפלות.

ממיון התשובות למקרי הבוחן לפי ממוצעי התשובות על השאלונים ניתן ללמוד, כי קיים פיזור אחיד פחות או יותר למדד הגיל, בניגוד להנחתנו, שגילים מבוגרים יותר יהיו שמרניים יותר בגישתם להפלות ולכן יאשרו אותן פחות. כמו כן ניתן היה לראות, כי גברים נוטים פחות לאשר הפלות לעומת נשים. בממוצעים הנמוכים (= פחות נכונות לאשר הפלות), מתחת ל-55% מצויות שתי נשים בלבד, ובממוצעים הגבוהים (= יותר נכונות לאשר הפלות), מעל ל-75% מצויים שלושה גברים בלבד. אשר לתפקיד בבית-החולים, בד"כ לא נצפו הבדלים בין נושאי תפקידים שונים, למעט העובדות הסוציאליות הנוטות כצפוי לאשר הפלות. אשר לרקע דתי, ניתן היה לראות מגמה לפיה בעלי רקע "דתי-מסורתי" ממוקמים בממוצעים הנמוכים בעוד שבעלי רקע "אנטי דתי" ממוקמים בממוצעים הגבוהים יותר.

בחתך הבא של השאלונים השוונו את הממוצע של כל השאלות, לכל מקרה בנפרד. כלומר, בקשות להפלה עקב תיסמונת דאון, עקב הידרוקן, חוליה שסועה, גף חסר מהמרפק ומטה, ועקב סכנת רצח על רקע "חילול כבוד המשפחה". מהשוואה כללית בין נתוני הממוצעים, הפרדנו את 5 מקרי הבוחן לשתי קבוצות: קבוצה אחת – מומים המסכנים את חייו או בריאותו של העובר או התינוק (תסמונת דאון, הידרוקן, חוליה שסועה), וקבוצה שנייה – מום אסתטי, וכן סיבה סוציאלית. בקבוצה הראשונה הייתה נכונות לאשר הפלה כמעט תמיד (למעט כמחצית מהעונים לגבי השבוע ה-36), ולכן הממוצע הוא 70%-80%, בערך. בקבוצה השנייה, היו כמחצית מהתשובות בעד אישור הפלה וכמחציתן נגד, ולכן הממוצע הוא 50%, בערך. אם נראה במקרה של הגף החסר בעיה הנוטה יותר לכיוון סוציאלי מאשר רפואי עקב היותה בלתי מסוכנת לחיים או לבריאות בוודאות גבוהה, הרי שניתן לראות בהפרדה זו בין הקבוצות תמיכה חלקית בהנחה, כי סיבות רפואיות המסכנות את חיי העובר או את בריאותו יקבלו משקל גדול יותר בהחלטות חברי הוועדה מאשר סיבות אחרות.

בחלוקה נוספת לקבוצות הנ"ל עולים המימצאים הבאים: בעוד שבקבוצה הראשונה מסתמנת המגמה שמצאנו קודם לכן, כלומר, גברים נוטים לאשר הפלות פחות מנשים, "מסורתיים" פחות מ"אנטי דתיים", הרי שבקבוצה השנייה מגמה זו היא פחות בולטת.

לא מצאנו שוני מיוחד בין הגילים השונים גם לפי חתך זה. כצפוי, במצב סוציאלי, ממוקמות העובדות הסוציאליות בממוצעים הגבוהים, כלומר, נראה שהנטייה לאשר הפלות במקרה זה, עולה או זהה לזו של בעלי התפקידים האחרים. הנטייה במקרה זה גדולה אף יותר מהנכונות "הרגילה" של העובדות הסוציאליות לאשר הפלות, יחסית לרופאים, היות שכאן רק רופא אחד מצוי בקבוצת הממוצע הגבוה.

בניגוד לציפיה, לא גילינו נטייה לאשר הפלה במצב של החשש לרצח על רקע "חילול כבוד המשפחה" בבתי-החולים שבאזורם אוכלוסיות מיעוטים (חיפה ובאר שבע), יותר מאשר בבתי-החולים אחרים.

בחתך אחר של השאלונים השוונו את הממוצע של כל המצבים לכל שאלה בנפרד, כלומר, בקשה להפלה בשבוע ה-26,

לצורכי מחקר בלבד. הנבדקים נתבקשו לענות ללא התייעצות עם חבריהם. בוצעו שני סבבים של משלוח. בסבב השני נשלחו השאלונים אל חברי ועדות-העל שלא ענו בסבב הראשון אך לא הביעו אי-נכונות (אישית או במסגרת ביה"ח) להשתתף במחקר.

## ניתוח המחקר

ניתוח התוצאות בוצע באמצעות התוכנה EXCEL (גירסה 5.0). בחינת התקפות הסטטיסטית נערכה באמצעות תוכנת SPSS.

## תוצאות ודין

### היענות להשבת השאלונים

כאמור, מתוך 45 שאלונים שהופצו בבתי-החולים האמורים, הוחזרו 24 שאלונים. ב-4 בתי-חולים נמסר לנו, כי נתקבלה החלטה ע"י סמכות קובעת (בד"כ מנהל מח' נשים ומילדות) או בישיבת ועדת-העל, כי אין להשיב על השאלונים או לשתף פעולה בצורה אחרת במחקר זה.

בבתי-חולים גדול במרכז הארץ דנו בשאלון בישיבת הוועדה והוחלט שלא להשיב עליו. מנהל מחלקת נשים ויולדות בבית-ח"ג גדול אחר במרכז הארץ, ענה במכתב: "לצערי אין באפשרותי לסייע במחקר... היות שאיני יכול להתייחס לנושא שהינו עדין ביותר ונמצא במחלוקת משפטית ומוסרית". מנהל מחלקת נשים ויולדות בבית-חולים בצפון הארץ טען, כי עקב רגישות הנושא אין הוא מעוניין שחברי ועדת-העל יטלו חלק במחקר. מזכירתו של מנהל מחלקת נשים ויולדות בבית-ח"ג רביעי ציינה, כי עקב מורכבות הנושא ורגישותו על המנהל לעיין היטב בשאלון שנשלח אליו, טרם יוכל להשיב. פניות חוזרות נענו ברוח דומה. סירובם של מקבלי החלטות מרכזיים אלה השפיע על רוב חברי הוועדות בבתי חולים אלה והניא אותם מלהשיב.

ובכן, הרושם שהתקבל הוא, שקיימת שאיפה לשימור המצב הקיים, וכי עקב רגישות הנושא ראשי הוועדות בארבעה בתי-חולים גדולים, מעוניינים לשמור על "שקט תעשייתי". ברי, כי הם חוששים מפני שינוי המצב החוקי הקיים בישראל. מצב זה, שיכול להיחשב ליברלי (גם יחסית למדינות מערביות), נוח לצוותים הרפואיים העוסקים בהפסקות ההריון. לכן, החשש פן יתעוררו מתנגדי ההפלות וינסו להביא לשינוי המצב החוקי, גורם לאי-הרצון לעסוק בנושא (בבחינת "לא להעיר את הדובים הישנים"). גורם זה מכריע יותר בבתי-החולים הגדולים, ייתכן מכיוון שמנהליהם מודעים יותר לגורם הפוליטי עקב מרכזיותם, קירבתם ונקודות ההשקפה למוקדי קבלת ההחלטות בישראל, ועקב היכרותם הטובה עם הדינאמיקה החקיקתית.

### התשובות לשאלונים

כאשר מספר הנבדקים קטן, קיימת אפשרות רבה, שדפוס התוצאות שהתקבל הוא מיקרי ולא דווקא משקף את המצב לאמתו. בדיקה סטטיסטית ראשונית שנערכה באמצעות תוכנת SPSS איששה את ההנחה, כי מספר הנבדקים במחקר זה קטן מכדי לערוך ניתוח בר-תוקף מבחינה סטטיסטית. לפיכך לא ערכנו ניתוח סטטיסטי של תוצאות המחקר. יחד-עם-זאת, ניתן לראות מספר מגמות מסתמנות מתוך הנתונים, ועליהן נצביע להלן. בתחילה נציג את הממוצעים

ההריון (3.3 לעומת 4.2), כלומר, חשיבותו גדולה יותר, דבר התומך בממצא זה בשאלות של מקרי הברוך. כמו כן, יצוין, כי מבין בעלי התפקידים מושפעים הנאונטולוגים במידה הרבה ביותר ממרכיב שבוע ההריון (ממוצע 1.8 לעומת 3 ומעלה) ומהשליש. מגמה זו ניתן אולי להסביר בתחום התמחותם של הנאונטולוגים.

מרכיב השיקולים המוסריים ("ציין את הערכתך לגבי מידת השפעתם של שיקולים מוסריים על החלטתך") נמצא הבא בתור בחשיבות השפעתו (ממוצע 3.6) לפני המרכיב של שלישי ההריון (ממוצע 4.2), ושניהם קרובים בממוצעייהם לממוצע המרכיב של מצבה הסוציאלית של האם (ממוצע 4.7). מהממוצעים לפי התפקידים מסתמן, כי הנאונטולוגים והגנטיקאים מוטרדים משיקולים מוסריים יותר מאחרים. כמו כן הגברים נטו לייחס חשיבות לשיקולים מוסריים יותר מן הנשים (2.7 לעומת 5.5).

מצבה הסוציאלית של האם (ממוצע 4.7) קרוב לליכותיהן של העובדות הסוציאליות, אם כי לא במידה רבה הרבה יותר משל האחרים.

ניתן להבחין, כי המרכיבים שצינו עד כה הם בעלי השפעה רבה יותר (ממוצע מתחת ל-5), מאשר יתר המרכיבים שיפורטו להלן (ממוצע מעל 7).

האפשרות שהאשה תפנה לוועדה אחרת, זכתה לחשיבות מיקטית (ממוצע 9), כנראה מתוך חוסר משמעות אמיתית לשיקולי המשיבים.

אפשרות התביעה היא השנייה בחוסר חשיבותה (ממוצע 8.2). כצפוי המנהלים (וכן אחד הגנטיקאים) הם שמועידים לכך חשיבות. שיקולים דתיים אינם בעלי משקל רב בקבלת ההחלטות (ממוצע 8.1). כצפוי, ממוצע המסורתיים (7) גבוה מעט מהממוצע הכללי, וממוצע האנטי דתיים (9.7) מצביע על חוסר משמעות לגביהם לשיקול זה.

שיקול המתייחס להחלטות חברים אחרים בוועדה קיבל ממוצע של חשיבות בינונית ומטה (7.6). כנראה חברי הוועדה כמעט שאינם מושפעים מהחלטות חבריהם, אם כי הם מודעים לדינאמיקה של הדיון בוועדה, ולהחלטות עמיתיהם על החלטותיהם הפרטניות.

שונות גבוהה ביותר נמדדה בשיקולים המוסריים. כנראה שרקע אישי שונה של כל חבר ועדה גרם לכך.

רוב המשיבים לא ציינו מרכיבים נוספים המשפיעים על קבלת ההחלטה. שני משיבים ציינו סיכון למומים נוספים וכן איכות חיים ירודה ביותר של העובר, כמרכיבים המשפיעים על החלטתם. אשר לתשובות חברי הוועדות לגבי החלטתם שלהם לעומת תשובות חברי הוועדות לגבי החלטת הוועדה הועלו המימצאים הבאים:

קיימים הבדלים רבים בין חשיבות הגורמים המשפיעים על כל אחד מהמשיבים לעומת החשיבות שהמשיב מייחס להשפעת אותם הגורמים על חברי הוועדה בה הוא מכהן. כלומר, המשיבים אינם רואים התאמה בין דעתם שלהם לבין דעת הוועדה שלהם.

עובדות סוציאליות, שייחסו חשיבות רבה למצבה הסוציאלית של האם (ממוצע = 3.3) חשות כי הוועדות אינן מייחסות חשיבות רבה לכך (ממוצע = 7) למרות ששאר חברי הוועדה העידו על עצמם, כי המרכיב יותר חשוב להם מכך (ממוצע בין 4 ל-5.4). אפשרות זו נובעת כנראה מתחושתן של מנהלות השירותים הסוציאליים, כי סיבות רפואיות זוכות לאישור להפלה בקלות רבה

מול בקשות זהות בשבועות ה-20 וה-36, וכן בתוספת סיבה סוציאלית כאשר המבקשת היא קטינה בת 16:

מהשוואה כללית בין נתוני הממוצעים הללו מסתמן, כי הנכונות הגבוהה ביותר (ממוצע 85%) לאשר הפלות היא בשבוע ה-20 (כצפוי). אחריה — במצב זה, אצל צעירה בת 16 ובשבוע ה-26 (ממוצע 75%). הממוצעים בשלושת המצבים האלה קרובים מאוד, ולמעשה השוניים נובעים משינוי בנכונותו של נשאל אחד או שניים בכל פעם. לעומת זאת, בהשוואה של שלושת הממוצעים האלה (בסביבות 80%) לממוצע של השבוע ה-36 (28%), ניתן לראות, כי הנטייה בשבוע ה-36 היא של אי-נכונות לאשר את ההפלה. כלומר, ייתכן, שההשפעה של שבוע ההריון בתוך השליש השלישי (שבוע 26 מול שבוע 36) על החלטת חברי הוועדות, גדולה מההשפעה של ההבדל בין השליש השני של ההריון (שבוע 20 לבין השליש השלישי (שבוע 26), וכן מן ההשפעה של תוספת הסיבה הסוציאלית (צעירה בת 16) לבקשה בשבוע ה-26.

התפלגות התשובות: בעוד שבשאלות לגבי שבוע 26, שבוע 20, וצעירה בת ה-16, התפלגו ממוצעי התשובות ל-4-5 קבוצות, הרי שבשאלה לגבי השבוע ה-36, הייתה התפלגות ל-6 קבוצות. תוצאה זו מצביעה על האפשרות שקיימת קונטרוברסליות גדולה יותר לגבי הפלות בהריון מתקדם.

בכל שאלה (מתוך ה-4) ניתן למצוא את רוב מנהלי המכונים לגנטיקה באותה קבוצת ממוצע, אם כי התשובות המרכיבות את הממוצע אינן זהות בהכרח. גם העובדות הסוציאליות מצויות בד"כ בקבוצות הממוצע בעלות הנכונות הגבוהה יותר (ממוצעים 80% ומעלה). מימצאים אלה יכולים אולי לחזק את ההשערה בדבר דפוס חשיבה מסוים של ממלאי תפקיד מסוים (ר' להשוואה את מחקרו של קאופמן [4]). לעומת זאת, התפלגות התשובות של בעלי התפקידים האחרים בין מספר קבוצות ממוצע, אינה מחזקת השערה זו. כמצופה, בעלי רקע דתי "מסורתי" נמצאים בקבוצות ממוצע נמוך יותר (נכונות נמוכה לאשר הפלות) מאשר בעלי רקע "אנטי דתי".

#### הגורמים המשפיעים על קבלת ההחלטות

ערכנו ממוצעים לתשובות למרכיבים השונים בקבלת ההחלטות של חברי הוועדות: נמצאו ממוצע כללי ושונות לכל מרכיב, וכן ממוצעים לפי בתי-חולים, לפי תפקידים, לפי מין, ולפי רקע דתי. מטעמי נוחות הפרדנו בין התשובות של חברי הוועדה לגבי החלטתם שלהם, לבין תשובותיהם לגבי החלטת הוועדה. אשר לתשובות חברי הוועדות לגבי החלטתם שלהם נמצא (בסולם של 1 עד 9 כאשר 1 = השפעה רבה; 9 = השפעה מועטה; 0 = לא משמעותי):

המרכיב החשוב ביותר הוא מצבו הבריאותי-גופני של העובר, ולאחריו, בהפרש קטן, מצבה הבריאותי, הגופני והנפשי של האם. במרכיבים אלה השונות בין התשובות קטנה, מה שתומך בהנחה, כי הסיבות הרפואיות הן בעלות המשקל הרב ביותר בקבלת ההחלטות. יש לציין, כי גם הצד הנפשי, הן של התינוק העתידי והן של האם, זכה למשקל גבוה בקבלת ההחלטות, אם כי כאן השונות בין התשובות גדולה יותר.

שבוע ההריון (בתחום השליש השלישי) הוא המרכיב הבא בסדר החשיבות. שבוע ההריון קיבל ממוצע נמוך מהשליש בו מצוי

של הנתונים. עם זאת, נמצאו מספר כיוונים שניתן להתייחס אליהם כאפשריים או כמגמה מסתמנת.

הנחות המחקר שאכן נמצאה מגמה לאישושן היו: נטיית נשים, במיוחד עובדות סוציאליות, לאשר הפלות יותר מאשר גברים, במיוחד כאשר הסיבה היא סוציאלית. ככל שהרקע הדתי מסורתי יותר, כך הנטייה היא פחותה לאשר הפלות, לעומת רקע אנטי-דתי במוצהר. סיבות רפואיות הן בעלות החשיבות הגדולה ביותר בשיקולי המחליטים.

ככל ששבוע ההריון מתקדם יותר, כך הנטייה תהא לא לאשר את ההפלה.

הנחות שלא נמצא להן כיוון תומך (אם כי גם לא כיוון מתנגד) היו:

הבדלים בגישות בתי-החולים לגבי אישורי הפלה. הבדלים שנצפו היו הבדלים בהיענות למחקר. הבדלים בגילים לגבי הנטייה לאשר הפלות. ייחוס חשיבות או אפילו מודעות לאפשרות של תביעה משפטית.

יש מקום להרחיב מחקר בנושא זה, שטרם נחקר כמעט בישראל, למרות הקשיים הצפויים. עיקרון השיוויון בנגישות, מחייב חתירה להנהגת מדיניות אחידה בכל ועדות-העל, ופיזור הוועדות בכל חלקי המדינה. אנו מקווים שיש במחקר זה כדי לעודד כיווני מחקר נוספים, דוגמת השוואה בין המצב לפני שינוי ההסדר (הקמת ועדות-העל) ולאחריה, והשוואה בין המצב החוקי בישראל לבין המצב החוקי הנהוג במדינות דמוקרטיות אחרות.

ברצוננו להביע תודות לאנשים שסייעו בעריכת המחקר: שרון ליבנה; ד"ר קרן שר, המכון לגנטיקה, ב"ח "שניידר" פתח-תקווה; גב' נעמי אדלס, מנהלת השירות הסוציאלי, ב"ח "בני ציון", חיפה; גב' רוני גאגין, מנהלת השירות הסוציאלי, ב"ח "רמב"ם", חיפה; ד"ר רון אוסלנדר, סגן מנהל מח' נשים, ב"ח "כרמל", חיפה; עו"ד נעמה ויצ'נר, הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת חיפה; ד"ר גרשון ב' גרונפלד, מומחה לאתיקה רפואית, הפקולטה לרפואה בטכניון, וד"ר קינרייך, סגן מנהל ב"ח "בני ציון", חיפה.

## ב י ב ל י ו ג ר פ י א

1. Green JM, Ethics and late termination of pregnancy. *Lancet*, 1993; 342: 1179.
2. *Roe v. Wade* 410 U.S. 113, 93 S. Ct. 705 (1973) בעקבות פסק הדין התפרסמו מאמרים וספרים רבים בנושא האתיקה של הפלות וברצינאל החלוקה לטרימסטרים שהוצע ע"י בית המשפט העליון בארה"ב, כמו: Wertheimer R, Undersatanding the Abortion Argument. *Philosophy and Public Affairs*, 1973; 2: 67-95. Finnis J, The Rights and Wrongs of Abortion, *Philosophy and Public Affairs*, 1973; 2: 117-145. Hare RM, Abortion and the Golden Rule. *Moral Problems*, 1979 (New York: Harper Collins), 151-173. Thomson JJ, A Defense of Abortion. *Moral Problems*, 1979 (New York, HarperCollins), 130-150. Wasserstrom R, The Status of the Fetus. *Moral Problems*, 1979 (New York; HarperCollins); 118-129. Tribe LH, Abortion: The Case of Absolutes, 1990 (New York, WW Norton); Dworkin R, Life's dominion. 1993 (New York, Knopf).
3. ע"א 518/82, זייצוב ואח' נ' כץ ואח', פ"ד (2) 85.
4. Kaufman H, Red Tape. 1977. Washington DC, The Brooking Institute, 29-59.

יותר מאשר סיבות סוציאליות (תחושה זו הובעה בשיחה עם מנהלת שירות סוציאלי).

נאוטולוגים, המייחסים חשיבות רבה לשליש ההריון ולשבוע ההריון סבורים, כי גם חברי הוועדה מעניקים חשיבות רבה לשיקולים אלה (ממוצע 1.2), בעוד שנראה כי המצב לאו דווקא כזה.

## ה"אני מאמין" של חברי הוועדות

רוב המשיבים על השאלה הפתוחה דגלו באוטונומיה של האשה או של ההורים על החלטה לגבי גורל העובר. רובם הדגישו את ההבדל בין החלטה לגבי הפסקת הריון "רגיל" לבין החלטה לגבי הפסקת הריון "גבוה", בציינם בצורות שונות את הקשיים במצב האחרון. כאמצעי להגברת האוטונומיה ציינו הרופאים את קבלת המידע, וכל אחד הביא את תחום עיסוקו (על-שמע, ייעוץ גנטי). מספר משיבים נקטו קו שמרני משהו. נאוטולוג אחד ציין שה"אני מאמין" שלו הוא שעליו מוטל להיות "סנגורו של הילוד", ואחר קבל על גישת החברה הישראלית הליברלית מדי לטעמו, "קיימת נטייה ברורה לבצע הפסקות הריון על כל דבר שאינו נכלל בתחום השלימות". אחד הרופאים היה יצירתי והעלה הצעה מעניינת:

- 1) הגבלת אישורי הפסקות הריון לשבוע מסוים חד-משמעי, מומלץ סביב גיל החיות (כנראה הכוונה בדומה לנהוג בוועדות הרגילות להפסקת הריון כיום).
- 2) הקמת ועדה יחידה ארצית, בצירוף אנשי ציבור (שופטים, אנשי דת, וכו'), שתדון באופן חריג בשבועות לאחר אותו רף.

לדעתנו, הצעה זו אינה בת-מימוש מעשי, כיוון שהסעיף השני אינו יכול לענות על הדחיפות המאפיינת בקשות מסוג זה, וכן יקשה על הנגישות לוועדה.

שאלנו את המשיבים האם "האני מאמין" שלהם היה שונה לו היו חברים בוועדה דומה באנגליה או בארה"ב. התשובות הביעו התייחסות בדרך כלל לזו שהוצגה לגבי ישראל, או שנטען, כי אין מספיק מידע לגבי הנעשה במדינות אלה.

## ס י כ ו ם

נושא הפסקות ההריון הוא נושא טעון מבחינה ריגשית, כל שכן כאשר מדובר בהריונות בשלב מתקדם. כושר החיות של העובר מחוץ לרחם מתחיל בסביבות השבוע ה-23, על כן נדרשת התייחסות שונה אליו מאשר ההתייחסות לעובר שאינו בעל כושר חיות. מלבד השוני בהסדר החקיקתי בישראל, ניתן לזהות שוני גם בהתייחסות המוסרית של חברי ועדות-העל המופקדים על החלטה הרת הגורל עבור העובר ועבור הוריו. שוני זה נובע מהתקרבותו של העובר אל היותו חבר במין האנושי; עקב כך מתגברת זכותו לחיים, ככל שחברותו במין האנושי מתגבשת והולכת.

רגישות הנושא התבטאה באחוזי מתן תשובה לשאלונים שהיה נמוך יחסית (מעט למעלה ממחצית). רובם של אלו שלא השיבו עשו זאת במודע ונימקו מפורשות את אי-מתן התשובה ברגישות הנושא. לפיכך מצטמצמת האפשרות להשליך מהנתונים שנאספו לגבי המצב האמיתי בשטח, ונשלל התוקף מניתוח סטטיסטי כלשהו