

מפגש מטפלים וחוקרים בנושא: טכנולוגיות פריון חדישות – בין רפואה לחברה

18 בפברואר 2010

סיכום: ט י ו ט ה

השתתפות

לכנס נרשמו 64 משתתפים, ומתוכם הגיעו 40. בנוסף הגיעו 14 משתתפים שלא נרשמו מראש. בהנחיה ובמושב המומחים המסכם השתתפו עוד 15 אנשים. סך הכול המשתתפים בכנס היה 69.

בין המשתתפים היו חוקרים, מטפלים ובעלי מקצוע רפואיים מהתחומים האלה: אנתרופולוגיה וסוציולוגיה, לימודי מגדר, פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית, ביולוגיה ומעבדה, ייעוץ גנטי, רפואה (גניקולוגיה, גנטיקה ובריאות האשה), סיעוד, אתיקה, משפט, מינהל רפואי, ועיתונות. מספר משתתפים הגיעו מ עמותות ציבוריות ומשרד הבריאות.

הארגון של הכנס היה בשיתוף פעולה של ארגון חברתי עם אנשי ומוסדות אקדמיה.

מושב הפתיחה

ד"ר דניאל שפרלינג הנחה את מושב הפתיחה ופתח בדברים על יחסי הגומלין ה רב-משמעיים שבין טכנולוגיה וטבע.

ד"ר כרמל שלו דיברה על "השיח המקצועי-ציבורי בנושא טכנולוגיות הפריון בישראל". ישראל היא מעצמת פריון, והטכנולוגיה הביאה להפכה ביו- חברתית. טכנולוגיות הפריון מעוררות חילוקי דעות סביב שלל של דילמות ערכיות, קליניות וחברתיות.

עם זאת אין בישראל גוף ממלכתי שאחראי לנעשה בתחום. במקום חוק שיסדיר באופן כולל את ה נושא יש מארג של תקנות והנחיות מ נהליות אשר מבזר סמכויות לקבוע מדיניות ולקבל החלטות במקרים פרטניים, ומפקיד אותן בידי ועדות מומחים ללא שקיפות ודיווחיות. התוצאה היא מחסומים ביורוקרטיים לנגישות השירותים, מחד, וחסר יסודי במידע אגרגטיבי, מאידך.

השיח הציבורי מכיל קולות פוליטיים, רפואיים, משפטיים, אתיים, הלכתיים וצרכניים שכולם תומכים בשימוש בטכנולוגיה. המדינה מעודדת ילודה, הרפואה מקדמת קידמה מדעית, בתי המשפט מגנים על הזכות להורות, אתיקנים ממליצים על חירות הפרט וחו פש המדע, הקול ההלכתי מפציר 'פרו ורבו', והקול הצרכני זועק את מצוקת העקרות.

אולם קול הביקורת של חוקרי התרבות נעדר מהשיח הציבורי. קול זה מצביע על מחירים לבריאות של נשים וילודים; לחצים תרבותיים ששוללים את חופש הבחירה של נשים בקשר להורות; צריכה נורמטיבית של הטכנולוגיה עם דפוסים של שימוש יתר והתמכרות; החפצה ופרגמנטציה של גוף האישה עם תופעות של ניצול

נשים נחלשות כפונדקאיות ותורמות ביציות ; ברירה אויגנית של תינוקות 'מושלמים'; ומניעים של עשיית רווח בשוק גלובאלי של יזמות רפואית.

מטרת ההתכנסות הייתה להזין את הידע החברתי אל תוך השיח הציבורי, ולהציף את הבעיות שמטרידות את המשתתפים בשיח כן ופתוח, תוך כבוד וקשב לזולת.

קבוצות הדין

(1) הקפאת ביציות: הנחתה ודיווחה ד"ר יעל השילוני-דולב

עד לא מזמן לא היתה אפשרות טכנולוגית להקפיא ביציות בלתי מופרות. עתה מסתמן הדבר כאפשרי, וכבר נעשה שימוש בטכנולוגיה לצורך "שימור פוריות" של נשים צעירות חולות סרטן (כשהטיפול במחלה עלול לפגוע בכושר הפוריות שלהן). השאלה היא, האם לאפשר לכל אישה שרוצה להקפיא ביציות, כעניין של בחירה אישית, גם אם אינה חולה?

הקפאת ביציות עשויה להאריך את שנות הפוריות של נשים, ובכך להרחיב את חופש הבחירה של הן. אבל יש אשליה בטכנולוגיה, כי אין ערובה להצלחתה ואין ביטוח נגדה סיכונים הבריאותיים לאישה הכרוכים בה: בתהליך נטילת הביציות; בטיפולים שהיא תעבור כדי להחזיר את הביצית המופרית לרחם; ובהיריון בגיל מבוגר.

מכיוון ששנות הפוריות של נשים הן קצרות משל גברים, לכאורה עשויה הטכנולוגיה לקדם את השוויון בין המינים. אבל ההשלכות המגדריות הן מורכבות הרבה יותר. לדוגמה, יש לקחת בחשבון את ההיבט התעסוקתי, בראיונות עבודה נשים נשאלות לעיתים האם הן מתכננות היריון. היום זה לא לגמרי בשליטתנו. אבל קיים חשש שאפשרות ההקפאה תגביר לחצים על נשים במקומות עבודה לדחות הולדה. אולי יצפו מהן להקפיא ביציות? כדי לאזן את הנטייה לצורך טכנולוגיה, אפשר לפעול בזירת שוק העבודה כדי לעמוד על זכות הנשים לצאת להפסקת לידה ראויה בלי להרגיש שהן מאחרות את הרכבת של הקריירה. כמו שאנחנו יכולות להיות אמהות בגיל מבוגר אנחנו גם יכולות להיות נשות קריירה בגיל מבוגר. צריך להתאים את שוק העבודה לדרישות הטבע, ולא להיפך.

חופש הבחירה של האישה אינו נקי מספקות. האם היא נתונה ללחצים? מהי מערכת התמיכה שלה? האם צריך לספק לה שירותי ייעוץ? האם יש לה די מידע? יש מחקרים שנשים "מכחישות" את מגבלות הזמן של הפוריות, ולכך תורמת גם העיתונות שמפרסמת סיפורים של לידות בגיל מבוגר. נשים אינן יודעות שהיריון בדרך הטבע יותר קל בגיל צעיר, והן מופתעות לגלות שקשה להיכנס להריון בגיל 38. יש צורך בחינוך לשם הגברת המודעות לגבולות של פוריות האישה ולמחירים של השימוש בטכנולוגיה.

נראה שאין הצדקה לכסות את עלויות התהליך במימון ציבורי. המשמעות היא שרק נשים בעלות יכולת יוכלו לקבל את השירות. זה יוצר בעיה של אי-שוויון. ייתכן שאם יתירו את הטכנולוגיה באופן פרטי, השימוש בה יהפוך לנפוץ, ובסופו של דבר יהיה לחץ להכניס את זה לסל הציבורי. עדיין נשאלת שאלה, האם השימוש בטכנולוגיה רפואית למטרה שאינה רפואית צריך להיות כלול במימון הציבורי של שירותי הבריאות.

הטכנולוגיה מטרידה אבל אין טיעונים מספיק חזקים כדי לאסור את השימוש בה. מה צריך לעשות כדי לאזן את הדאגות? מי יקבע את הקריטריונים לשימוש בטכנולוגיה? המועצה הלאומית לביו-אתיקה דנה בנושא. האם עניין כזה צריך להיות מוכרע בידי ועדת מומחים? האם אינו ראוי לדין ציבורי נרחב?

(2) הגבלת מימון לטיפולי הפריה: הנחתה פרופ' דפנה בירנבאום-כרמלי ודיווחה ד"ר עפרה גולן

שאלת המימון נדונה בקצרה. היו כאלה שחשבו שהמימון הציבורי יצא מכלל שליטה, ושנעשה שימוש יתר בטכנולוגיה, כשנתונים מראים עלייה ב עלויות עם הגיל. מצד שני, היו כאלה שהוטרדו מההגבלה של המימון הציבורי ל-2 ילדים.

היה דיון קצר גם בתופעות חברתיות שתורמות לשיעורי הצריכה הגבוהים של הפרייה חוץ-גופית: העלייה בגיל הנישואין; הנורמה של חיים משותפים לפני הנישואין, שמקשה על קביעת הצורך הרפואי בטיפולי פוריות; היעדר לגיטימציה להשלים עם עקרות (כשם שאין לגיטימציה לבחור באי-הורות); היעדר תמיכה באימוץ כאלטרנטיבה לזוגות שרוצים לגדל ילדים.

בעיקר דובר על האווירה שאופפת את התחום: כסף, תחרות והיעדר שקיפות. אין מסד נתונים מסודר. שנים מנסים להביא יחידות IVF להסכמה לרישום אותנטי, אבל אין מוכנות לשיתוף פעולה. זוהי רפואה מתקדמת ביותר שלמעשה נעשית ללא evidence base, והדבר גובל בהפקרה.

נוצר רושם של חוסר יעילות ושל גורמים שעושים עושר ולא במשפט. רופאים מפנים לטיפול חסר תועלת. בתי חולים מחייבים קופות עבור שלבי טיפול שלא מבוצעים על ידם, באופן המחייב גם את המבוטחים לשאת בהשתתפות עצמית בהתאם. יחידות שאינן טובות בשירות מסוים נותנות אותו בכל מקרה כדי שהמטופלים לא יעברו למתחרה.

כשרופאים מפנים מטופלות ובני זוגן לטיפול חסר תועלת, יש שימוש ללא צורך בטכנולוגיה על הסיכונים האינהרנטיים לה, כמו לדוגמה הריונות מרובי עוברים או לידת פגים. הדבר מנוגד לחובה האתית היסודית של הרופאים למנוע נזק, וזהו שימוש לרעה (abuse) בטכנולוגיה. רפואה נכונה אומרת שלא כל מי שרוצה טיפול צריך לקבל אותו, צריך לדעת למי הוא מזיק, למי הוא לא מועיל. בנוסף, אין הנחיות עדכניות, ועל ההנחיות הקיימות לא מקפידים. למשל, יש הנחיות שקובעות הפרשי זמן בין מחזור טיפול אחד לשני (45 יום) אבל לא מקפידים עליהן, תוך סיכון המטופלות.

כולם עובדים מתוך לחץ, לא עוצרים רגע אחד לחשוב. לא בכל מקום עוברים המטופלים אבחון יסודי לפני שמתחילים בטיפול. ואין די התייחסות לצרכים הרגשיים והקוגניטיביים של המטופלים.¹

הקבוצה הגיעה לשלוש המלצות: (1) לעשות שימוש נכון יותר בתקציב הציבורי; (2) לתת טיפול רק לנשים שזקוקות לו; (3) לתת מענה גם להיבט הרגשי של הטיפול עבור המטופלות.

(3) אבחון גנטי-טרומ-השרשתי: הנחתה ודיווחה פרופ' טליה אלדר-גבע

המקרה לדיון: גב' ב., בת 30 נשואה ללא ילדים, נשאית מוטציה בגן BRCA-1. לנשאיות ישנו סיכון של כ-60% לחלות בסרטן השחלה, וכ-75% לחלות בסרטן שד. אצל אמה אובחן סרטן שחלות בגיל 34 והיא נפטרה בגיל 38. סבתה נפטרה מסרטן שד בגיל 42. דודתה נפטרה מסרטן שד בגיל 52. גב' ב. רוצה לעשות ככל שניתן על מנת שלאצאצאיה לא תהיה מוטציה ב BRCA. גב' ב' מבקשת לעבור הפרייה חוץ-גופית כדי שתוכל לבצע אבחון גנטי של הביציות המופרות לפני השתלה, והשאלה היא, האם הרופאה צריכה להיענות לבקשתה?

האם מותר להיענות לבקשה? המצב החוקי אינו ברור. לכאורה יש המלצה של המועצה הלאומית לביו-אתיקה שמתירה. אבל יש חוזר מינהל רפואה של משרד הבריאות שמתייחס רק למחלות קשות שמתבטאות בגיל

¹ בדיון המסכם אמרה אחת המשתתפות שמגיעים זוגות לפונדקאות אחרי 15-20 מחזורי טיפול, והם לוחצים לעשות את זה עכשיו. היא הציעה לתת סדנת הכנה לזוגות שתתייחס ליחסים הבין-אישיים המורכבים, ולהיבטים המוסריים.

מוקדם. האם נטייה למחלה היא מחלה? כיצד אפשר ליישב את הדברים? יש בלבול אצל הרופאים מה מותר, מה אסור, מהו חוק, מהי הנחיה, מהי המלצה.

מי מחליט? בכל בית חולים זה אחרת. יש ועדות בתוך בתי חולים שלקחו אחריות בהעדר רגולטור. בבתי חולים אחרים המחלקה קובעת את המדיניות. ובאחרים הרופא המטפל הוא זה שמחליט.

הנושא היחיד שיש עליו "חקיקה" ברורה הוא בחירת מין שלא למטרה רפואית. מה זה אומר עלינו כחברה?

מהי הורות טובה? לבחור את הילד הכי "טוב" גנטית? האם אמהות טובה היא לעבור את כל ההתערבויות כדי לבחור? או האם הורות טובה היא לקבל את הילד כמות שהוא?

ואם מותר – מי יממן? העלות היא 15,000 ₪. עד כה, קופות החולים לא אישרו אף פעם.

(4) פונדקאות: הנחתה ודיווחה אתי סממה

האם לאפשר פונדקאות לבני זוג שיש להם כבר שני ילדים?

המצוקה של העקרות באה בחלקה מלחצים חברתיים. מאיזו רמת מצוקה מותר לגרום מצוקה לפונדקאית? איפה מופר האיזון? האם הרחבת הפונדקאות ליותר אוכלוסיות לא תגביר את המצוקה של הפונדקאיות?

האם חוק הפונדקאות הוא חוק טוב? אולי כן ואולי לא, מכל מקום נראה שאי אפשר ללכת אחורה. התחושה היא שמה שקורה נראה די בסדר. אין קטסטרופה. אין תביעות משפטיות. אין גילויים על משברים קשים.

אבל המידע שנאסף מוסתר, ואנחנו לא יודעים. מה קורה לפונדקאיות וילידים שלהם. נולדו מעל 200 תינוקות מתוך 600 הסכמים. זה מידע מעניין, אבל עוד 400 נשים נכנסו לתהליך, עברו טיפולים, ואולי לא קיבלו את התגמול שציפו כולל את הכסף. צריך מידע גם על אי-הצלחה. אין גם שקיפות לגבי האינטרסים המעורבים בפרקטיקה – אינטרסים מחקריים וכלכליים של הרופאים, ואינטרסים עסקיים של מרכזי התיווך.

שיקולים הלכתיים הכתיבו שנשים פונדקאיות בישראל יהיו אמהות חד- הוריות. מתברר שיש מעט מוכנות מצידן, למרות המצב הכלכלי המתדרדר. משהו עוצר נשים גם כשהן במצוקה כלכלית. אם הן נכנסות לתהליך, חלקן נקשרות מאד לזוג, אבל הקשר מתפוגג ברגע הלידה כשהן נפרדות מהתינוק. מה המשמעויות, ומי בודק? המדינה צריכה לשאת ב אחריות מעבר לאישור ההסכם בין ההורים המיועדים לפונדקאית. היא צריכה לסנן מועמדות לא רק מתוך בחינה של השאלה האם הפונדקאית תעמוד בהסכם ותמסור את הילד להורים, אלא גם מתוך בחינה של שאלות נוספות: האם הפונדקאית תיפגע או תצא נשכרת? האם יש לה משאבים אישיים לעמוד בזה? המדינה צריכה לתת גם ליווי ארוך טווח, בעיקר לפונדקאית וילדיה.

גם היחסים של ההורים המיועדים מורכבים. ברור שהם לא שווים – מעמד הגבר נשמר כאב הביולוגי ואילו מעמד האם לפעמים מתפרק לשלושה גורמים שונים. דבר זה יוצר א-סימטריה גם כלפי הילד. גם על כך המדינה לא עוקבת.

החוק מגביל את הפונדקאות לזוגות נשואים, ויש להפוך אותו לשוויוני יותר ולאפשר זאת גם לזוגות חד- מיניים ולנשים יחידות, כדי לשקף הסכמה חברתית, ואפילו במחיר של הגדלת היקף התופעה. אבל צריך לשים גבול ולא להרחיב מעבר ל-2 ילדים, גם אם הזוגות מממנים באופן פרטי. מזווית הראייה של הפונדקאית, יש יותר

גמול של הערכה והוקרה כשמדובר בזוג חשוך ילדים לעומת זוג שכבר יש להם ילד. גם אם ההסדר נעשה באופן פרטי, למעשה המדינה שותפה אם היא מתירה זאת. אם יש היצע מצומצם של פונדקאיות מול וביקוש גדל, צריך לאפשר זאת לזוגות הנזקקים לכך ביותר גם אם הם פחותי אמצעים, במקום שזוגות עשירים יותר יעברו תהליכים חוזרים.

הפונדקאות היא כמו רכבת שדוהרת, וצוברת נפח והיקף. היא היתה אמורה להיות מענה למקרה קיצון של העדר רחם או מצב בריאותי שאינו מאפשר הריון, אבל הפכה לעוד טיפול פוריות זמין, ורופאים מפנים מהר לפונדקאות כשמחזורי IVF לא מצליחים. העיקרי הינו כי צריך לשים בלמים.

(5) תיירות פריון: הנחתה ודיווחה שרון בסן

המקרה לדיון: דוד ויונתן חיים ביחד למעלה מחמש שנים ורוצים להרחיב את המשפחה. יותר מכל הם היו רוצים לאמץ ילד, אך החוק בישראל אינו מאפשר אימוץ על ידי זוג הורים מאותו המין. הם גם אינם יכולים לפנות לאם פונדקאית בארץ משום שהם אינם זוג הטרוסקסואלי הנשוי כדין, כפי שדורש חוק הפונדקאות. זוג חברים סיפר להם על האופציה של פונדקאות בהודו, מתרומת ביצית ומזרע של אחד מהם. בגלישה באינטרנט הסתבר להם שהם יכולים לבחור את הפונדקאית ואת תורמת הביצית. למרות שהיו מעדיפים לאמץ ילד ישראלי, הם רואים יתרון גדול בכך שהילד יהיה שייך ביולוגית לאחד מהם. המחיר אינו זול, אך הם מוכנים לעמוד בו.

האם המדינה צריכה לסייע במימון של הטיפול בחו"ל? החוק מפלה זוגות חד-מיניים, ולא מאפשר להם לעבור את התהליך בישראל. דבר זה אינו ראוי. האם לא צריך לפחות לתת להם אותו מימון שהיו זכאים לו בישראל אילו החוק התיר זאת? זה המצב לגבי תרומות ביציות – אם לא ניתן לקבל את הטיפול בישראל, הקופות משתתפות בהוצאות של הטיפול בחו"ל לפי חוזר מינהלי של משרד הבריאות.

האם המדינה צריכה בכלל לאפשר זאת? יש הסכמה על הפוטנציאל הגדול לניצול של הנשים הפונדקאיות ותורמות הביציות, למרות שניתן גם לראות בהן מוכרות שירות. האם האשה חלשה ופגיעה או חזקה וחופשית? האם הבחירה של האשה היא אמיתית? האם הבחירה מנותקת מהיאוש הכלכלי? אולי בכסף היא תקנה בית? אבל זו לא רק שאלה של כסף, כי אם גם של יחס ותנאים. בסרט "גוגל בייבי" ראינו ש הנשים הפונדקאיות נמצאות במעון ("חווה"), בין היתר כדי לשמור על תזונה ומים נקיים ועל התפתחות ההיריון. הרבה פעמים מדובר בסוד. גם תורמות ביציות ברומניה שומרות זאת בסוד. אלה אינם עיסוקים של כבוד. אולי אפשר היה להבטיח את התנאים והיחס אילו אפשר היה להביא את הפונדקאית או תורמת הביצית לישראל, אבל אז היינו מנתקים אותה מהמשפחה והמקום הטבעי שלה.

יש מקום ל השוואה בין סחר בנשים למטרות זנות לבין ניצול לצורכי רבייה. זוהי בעיה גלובאלית של משילות עבר-מדינתית. כל עוד אין רגולציה המתווכים יכולים לזלזל ולנצל כדי להגדיל רווחים. בנוסף, יש כאן אלמנט של שימוש של העולם הראשון בעולם השלישי. בבחירה של תורמת ביצית יש היבט של אויגניקה, כי בוחרים לפי הצבע והשייך האתני. אחר כך משתמשים בנשים צבעוניות כפונדקאיות כדי לייצר ילד של העולם הלבן. המדינה נותנת יד לכך כאשר היא אינה מתערבת בפרקטיקות מחוץ לטריטוריה שלה, ובה בעת אחראית, לפחות בעקיפין, למדיניות המובילה למעשים הנעשים מחוץ לגבולותיה.

תיירות הפריון העבר-מדינתית גם מעלה שאלות חדשות לגבי מעמד הילד. מעבר לשאלות הנוגעות להיסטוריה הרפואית של תורמת הביצית או הפונדקאית, מתעוררת שאלה לגבי המעמד החוקי של הילד הן כילדם המוכר של ההורים המיועדים, והן כבעל אזרחות ישראלית.

(6) תרומת ביציות: הנחתה ודיווחה אדוה שי

המקרה לדיון: אישה בת 41 נשואה. הזוג עובר טיפולי פוריות כבר 6 שנים ללא הצלחה. היא זקוקה לתרומת ביצית. הם שמעו על המציאות של תורמות ביציות במזרח אירופה ולא רוצים לקחת חלק בכך. אין להם גב כלכלי, וחברתה הטובה מעוניינת לתרום לה ביצית באופן אלטרואיסטי מתוך הסכמה מראש כי הילד /ה שעתיד/ה להיוולד י/תכיר בשלב מסוים את הסיפור ואת האם הביולוגית ומשפחתה. החברה נשואה עם ילדים, וכן זוגה תומך. האם המדינה צריכה לאפשר זאת?

המקרה מעורר שתי שאלות נפרדות. האחת, האם לאפשר תרומת ביצית של מתנדבת בריאה? והשנייה, אם כן – לפי איזה מודל של יחסים? הצעת החוק בנושא תרומת ביציות מציעה מודל של תרומה אנונימית בתשלום. האם זאת האופציה היחידה? לכל אחד מהמודלים יש יתרונות וחסרונות. יש התנגדות למודל של מכירה ויש התנגדות גם למודל של אלטרואיזם.

יש לתת את הדעת להשפעות של התהליך על התורמת. מהן הסיבות שבגללן היא מגיעה לכך? אילו מצוקות היא חווה? איזה מידע נותנים לה? מה מקור המידע?

במציאות הישראלית העכשווית לא ברור מתי השיח הוא על הורות ומתי הוא על אימהות. נדמה שההתלבטות האמיתית היא של תורמת ונתרמת (אימהות) ולא של זוגות (הורות).

בדיונים על הצעת החוק עוסקים בזכויות הנתרמת וזכויות התורמת, אבל מהן זכויות הילדים העתידים להיוולד?

העובדה היא שיש טכנולוגיה, ומשתמשים בה, אבל לא מקיימים על כך שיח ציבורי נרחב. המומחיות היא פן חשוב בדיון אבל מה שחשוב לא פחות הוא הרצון לדבר. גם כאן יש הסתרה והכחשה. דברים לא מדוברים. הילדים לא יודעים. החברה לא יודעת.

ד"ר סיגל גולדין הנחתה את המושב והצביעה על שני נושאים מרכזיים שעלו מהדיווחים של הקבוצות:

1. סוגיית הרצון החופשי של נשים;

2. סוגיית האחריות: החובה של המדינה כרגולטור; האתיקה של הרופאים כסוכנים של הטכנולוגיה; והאחריות הערכית גם של המטופלים האינדיבידואליים.

מושב מומחים

לאחר שמיעת הדיווחים מקבוצות הדיון הגיבו שלושה מומחים.

פרופ' רות לנדאו: אין ספק שהאובייקט המרכזי של הטכנולוגיה הוא האישה, בין אם היא לוקה בפוריות ובין אם היא בריאה. עם זאת, אין התייחסות מספקת לזכויות הילד. חסר מידע הן ברמת הכלל והן ברמת הפרט. צריך להעלות את המודעות למחירים של הטיפולים ושל לידה בגיל מבוגר, ולא לטייח.

פרופ' צבי בורוכוביץ': האם להשתמש בטכנולוגיה למטרה לא-רפואית: קוסמטית, חברתית או אויגנית? זה קורה. אבל יש כנראה קשר בין כמות מחזורי הטיפול לבין גידול בסיכונים להריון מרובה עוברים ולפגות. שאלת טובת הילד היא חשובה. לדוגמה, כשבוררים ביציות מופרות, ובסוף נולד ילד שאיננו מה שקיוו לו.

ד"ר רבקה רייכר: מה נכנס לחדר הטיפולים הפסיכולוגי מחומרי הכנס? המתח שבין טיפולי הפוריות שבמהותם הם טיפול בחירה לבין ההתייחסות אליהם כאל טיפול חירום במחלה אקוטית; המתח המובנה בעיסוק בטכנולוגיות הפוריות שבין ההאצה הטכנולוגית לבין האתיקה והפיקוח המשתהים אחרי ההאצה. ה"פרה האצה" מסתקרנת ורוצה להניק (הטכנולוגים והרופאים), ועל ה"עגל" (המטופלים) נוצר לחץ לינוק. קבלת החלטות על-

ידי המטופלים דומה לדפוסים של מהמרים : סיכוי נמוך יחסית לצד השקעה גדולה , ותפיסות לא רציונאליות , יש לכך משמעות גם ביחס להיערכות הצוות המטפל ודרכו לעורר ציפיות . המתרחש ביחידות דורש איחוי מתמיד בין תרבות של מיומנות טכנולוגית לבין תרבות של משמעת אתית . דיאלוג רב-מקצועי כמו זה הנערך בכנס והקצאת תקן פסיכו-סוציאלי כמרכיב אינהרנטי ביחידות הפוריות כתנאי לרישוי תורמים לאיחוי הכרחי זה . השאלת זכויות הילד הנכנסת גם היא לחדר הטיפולים , דורשת עיון עקרוני המתבסס על הבחינה האומנם ניתן לדבר על זכויות לישות שטרם קיימת.

סיכום

הנושאים המרכזיים שעלו בדיון היו אלה:

- (1) עמימות משפטית מבלבלת את הרופאים, שהם שומרי הסף של הטכנולוגיות החדשות;
- (2) קיימת הפליה של זוגות חד-מיניים ונשים יחידות בנגישות לטכנולוגיה;
- (3) יש חסר יסודי במידע הן ברמת הכלל ('הסתרה במקום הסדרה') והן ברמת הפרט;
- (4) יש חילוקי דעות לגבי הסיכונים הבריאותיים לנשים וליילודים; בסופו של דבר עדיין לא יודעים;
- (5) יש שימוש יתר בטכנולוגיה והוצאה בלתי-יעילה של כספי הציבור;
- (6) אין מענה לצרכים הפסיכו-סוציאליים של הנשים, הן המטופלות, והן הפונדקאיות ותורמות הביציות;
- (7) טובת הילד היא נושא שכולל היבטים פסיכולוגיים, בריאותיים ואויגניים, ולא זוכה לדי תשומת לב;
- (8) בתיירות הפריון יש ניצול של נשים שמצריכה רגולציה עבר-מדינתית;
- (9) יש צורך בחינוך להעלאת המודעות לגבולות הפרקטיים והמוסריים של הטכנולוגיה, ולמחירים שלה;
- (10) צריך לשים בלמים להאצה הטכנולוגית, לעצור כדי לחשוב.

בשאלוני המשוב הוצעו פעילויות נוספות:

- שיתופי פעולה מחקריים;
- מפגשים עם מטופלות שחוות את התהליך;
- ומפגשים נוספים לדיון בהיבטים החברתיים, כלוויינים לכנסים מקצועיים.

בסך הכול היתה שביעות רצון גבוהה ביותר מהדיאלוג האינטר-דיסציפלינארי, אשר העשיר את כל המשתתפים ופתח פתח להמשך הדיון הציבורי . ההקשבה ההדדית לקולות ההטרוגניים הביאה תמונה מורכבת, והבהירה עד כמה יש צורך לקיים שיח מעבר להיבט הרפואי.

רשמה: ד"ר כרמל שלו