

בבית חולים – האיסור לשמש את אשתו נידה כשהיא חולה הוא גם כאשר האשה נמצאת בבית חולים, אף על פי שאין שם גדר ייחוד³¹⁰.

בדיקות – נידה חולה יכולה לעשות את בדיקות הפסק טהרה והשבועה נקיים בשכיבה³¹¹.

הזרעה מלאכותית בזמן נידתה – ראה ערך הזרעה מלאכותית.

עקרונות דתית בגלל ימי נידה וזבה – ראה ערך פוריות ועקרונות.

נוטה למות (א)

א. הגדרת המושג

הבעיות המוסריות, ההלכתיות והמשפטיות הקשורות לחולה הנוטה למות

פיקוח נפש³⁰⁰; יש מי שכתבו, שבמקום סכנה מותר לו למשש את הדופק, אם אין שם רופא אחר³⁰¹, שכן אינו עושה זאת דרך תאוה³⁰², אבל שלא במקום סכנה – אסור³⁰³, וגם במקום סכנה, עדיף שיעשה על ידי בגד מפסיק³⁰⁴. ומכל מקום, אם יש חשש שעל ידי שלא ישמשנה תגיע למצב של סכנה – מותר³⁰⁵; ויש אומרים, שמותר לו למשש את הדופק של אשתו נידה כשהיא חולה, אפילו במחלה שאין בה סכנה, ואפילו אם יש רופא אחר, אלא שאינו מומחה כמו הבעל³⁰⁶.

אשה נידה שזקוקה לקבל זריקות או שצריך לקחת ממנה דם, מותר לבעלה הרופא לעשות זאת, אם אין שם רופא בקי כמוהו³⁰⁷. וכן מותר לבעל למדוד את לחץ דמה של אשתו הנידה על ידי הפסק³⁰⁸.

עירוי דם – נידה חולה שזקוקה לעירוי דם מבעלה דווקא, מותר לרופא לעשות פעולה זו³⁰⁹.

סי' קטז; ערוה"ש יו"ד קצה כו-כו; חכמת אדם קטז יא-יב; קיצושו"ע קנג יד; שו"ת חלקת יעקב ח"ב סי' יח; שו"ת אגרות משה חאבה"ע"ז ח"ב סי' יד; בדי השולחן (נידה) סי' קצה סק"א; שו"ת שבט הלוי ח"ב סי' קמג, ושיעורי שבט הלוי סי' קצה סי"ז סק"ה; מקור חיים פ' רמג סע' יד-טו; שו"ת יביע אומר ח"ז חיו"ד סי' טו אות ג. [307] דרכ"ת יו"ד סי' קצה סק"ז, בשם הרדב"ז. [308] שיעורי שבט הלוי סי' קצה סי"ז סק"א. [309] שו"ת הר צבי חיו"ד סי' קנד. [310] הגרי"י נויבירט, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו"ד סי' קצה סק"ז, וכן משמע משו"ת הר צבי חיו"ד סי' קנד, ושו"ת מנחת יצחק ח"ה סי' כז. [311] שו"ת ציץ אליעזר חיו"ד סי' עא. וראה בשו"ת נוביק חיו"ד סי' מו; שו"ת בית אפרים חיו"ד סי' נא; חו"ד יו"ד סי' קצו בביאורים סק"ד; פתחא זוטא הל' נידה מהדו"ת

[300] ראה שו"ת תורה לשמה סי' תצד. [301] שו"ת הרשב"א המיוחסות לרמב"ן סי' קכו; רמ"א שם. [302] ש"ך שם סק"ב; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' נד אות ב. וראה עוד מאמרו של הרב ש. דיכובסקי, תחומין, כג, תשס"ג, עמ' 237 ואילך. [303] שו"ת מנחת יצחק ח"ה סי' כו; שו"ת שואל ונשאל ח"ג סי' ת; שם ח"ז חיו"ד סי' קפא; טהרת הבית ח"ב סי' יב במשמרת הטהרה סקמ"ו. [304] מקור חיים שם סק"א. [305] שו"ת הרדב"ז ח"ד סי' ב; טהרת הבית שם. [306] שו"ת בשמים ראש סי' קיח; שו"ת הרדב"ז ח"ד סי' ב (סי' אלף עו), וראה שם, שכן כתב בס' כפתור ופרח; שו"ת התשב"ץ ח"ג סי' נח אות ח; שו"ת חות יאיר סי' קפב; פליתי יו"ד סי' קצה סי"ז; ביאור הגר"א יו"ד סי' קצה סק"א; סדרי טהרה שם סק"ד; חו"ד שם סק"ג; שו"ת נוביק חיו"ד סי' קכב; שו"ת זרע אמת ח"ג חיו"ד

הן מהקשות ומהנידונות ביותר ברפואה המודרנית. הנושא נידון בעשרות ספרים; במאות הצהרות, הנחיות, חוקים ופסקי דין; ובאלפי מאמרים מקצועיים וציבוריים בתחומי הרפואה, הפילוסופיה, המשפט, החברה, והדת.

אכן, למרות הדיונים הרפואיים, המוסריים, המשפטיים והדתיים הנרחבים בקרב ציבור המומחים והחולים, ובקרב האוכלוסייה בכללותה, אין אלא התייחסות מועטה לבעיותיו הכוללת של הנושא, ולהדרכה ומתן מידע מועיל בספרי הלימוד המרכזיים בכל תחומי הרפואה הנוגעים לטיפול בחולים הנוטים למות בשלהי המאה ה-20.¹

מושגים עבריים – מספר מושגים עבריים והלכתיים כלולים בהגדרה של הנוטה למות:

אנוש², מושג המתאר את המצב הרפואי החמור, ללא משמעות הלכתית; גוסס³, מושג הלכתי המגדיר את מצבו של החולה הנוטה למות בשלבים האחרונים

של חייו; חיי שעה⁴, מושג הלכתי המגדיר את מצבו של חולה בתקופה האחרונה של חייו; טריפה⁵, מושג המגדיר מחלה קטלנית; יציאת נשמה⁶, מושג המגדיר את רגעי החיים האחרונים; נוטה למות⁷, מושג המגדיר את השבועות או החודשים האחרונים; שכיב מרע⁸, מושג המגדיר מצב של מחלה סופנית, ותחושה סובייקטיבית של ההולך למות; תמותה⁹, הוא מושג מקביל לגוסס¹⁰.

בעברית המודרנית קיימים מושגים שונים המבטאים את מצבו של האדם בתקופת חייו האחרונה: חולה סופני¹¹, חולה בסוף ימיו, חולה בקץ ימיו, או חולה בערוב ימיו. המושג המומלץ הוא חולה הנוטה למות¹².

יחד עם חולה הנוטה למות נידונים בערך זה גם חולים מחוסרי הכרה; חולים במצב של "צמח"¹³; ויילודים פגומים ביותר¹⁴.

מושגים הלכתיים – המושגים ההלכתיים השונים קשים ליישום מעשי

וראה ע' נוטה למות (ב), בדיני שכיב מרע. [9] קידושין כב א. [10] ראה רש"י שם בראש העמוד, ובאוצר לעזי רש"י. [11] מושג זה הוא התירגום המודרני למושג האנגלי terminally ill, שהוא המונח המקובל לחולה הנוטה למות בספרות המקצועית ברפואה, באתיקה ובמשפט. המושג הוא בעייתי, שכן כל אדם הוא סופני, ולא דווקא מי שקץ ימיו הוא בטווח של מספר שבועות או חודשים. [12] זו היתה ההחלטה של הוועדה הציבורית לענייני החולה הנוטה למות ("וועדת שטינברג") – ראה בנספח א. [13] PVS = persistent vegetative state. ראה תיאורו להלן בחלק הרפואי-חברתי. [14] ראה

סי' קפו סק"ב; גולות עליות, מקוואות פ"ח מ"ה. [1] Rabow MW, et al, JAMA 283:771, [1] 2000. [2] ראה ישעיה יז יא; ירמיה טו יח. [3] ראה ע' נוטה למות (ב), בדיני גוסס. [4] ראה ע' נוטה למות (ב), בדיני חיי שעה. ואגב, ההיפך מחיי שעה מכונה חיי עולם, וראה רמב"ן עה"ת שמות כא ו, בהגדרת 'לעולם'. וראה עוד בשו"ת משפט כהן סי' קמד אות ג. [5] ראה ע' טרפה. [6] שבת קנא ב; ס' חסידים סי' רלד. [7] שבת לב א. וראה ע' ודוי הע' 35 ואילך. [8] מושג ארמי לחולה, כמבואר בתרגום אונקלוס, בראשית מח א. המילה 'מרע' פרושה תשישות – ראה רש"י ר"ה טו א ד"ה אקצירי.

בימינו משתי סיבות: האחת, בגלל הקושי בהבנת הגדרים ההלכתיים העקרוניים, וההבדלים בין המושגים השונים; והשנית, בגלל הקושי בהגדרה המעשית בימינו.

באשר להגדרות העקרוניות: הפוסקים ניסו לפרש את ההבדלים בין המושגים השונים, המשמשים להגדרה הלכתית של מצבים ושלבים שונים אצל החולים הנוטים למות. אכן, המושגים ההלכתיים השונים עדיין אינם ברורים ומוגדרים כל צרכם, ועדיין קשה לדעת מה ההבדל העקרוני והמעשי בין המושגים העיקריים שהשתמשו בהם חז"ל והפוסקים¹⁵. להלן מספר דוגמאות:

ביחס להבחנה בין גוסס לטריפה¹⁶ – יש מי שכתב, שבטריפה כיוון שיש בו אחד מהטריפות שמנו חז"ל, אף על פי שהוא הולך על רגליו, הרי הוא כמת, שאי אפשר לו לחיות, ולא יתרפא מאותה מחלה¹⁷, אבל גוסס בידי אדם, אם לא אירע לו אחד מסימני הטריפה שמנו חז"ל, הרי הוא חולה שנחלש מאותם המכות שהכוחו בני אדם, ואפשר שיחיה, כי מיעוט גוססים נשארים בחיים¹⁸. הבחנה זו קשה להבנה, שכן מה ההבדל בין גוסס בידי שמים לגוסס בידי אדם. ועוד קשה,

ביחס להבחנה בין גוסס לחיי שעה – יש מי שכתב, שחיי שעה הוא גם גוסס וגרוע מגוסס, שבגוסס רק רובם מתים, אבל בחיי שעה אין אפילו מיעוט שבמיעוט שנתר בחיים²¹. מאידך, יש שהגדירו חיי שעה עד י"ב חודש כמו טריפה²². ולפיכך קשה לדעת מה ההבדלים בין חיי שעה של מספר רגעים ושעות לבין גוסס; ומאידך מה ההבדל בין חיי שעה שיחיה מספר שבועות וחודשים

לא צריכא, שכתבו שמי ששחטו שני סימניו או רובם, אין לך גוסס גדול מזה שבודאי ימות, והו' בוודאי מצב של טריפה, ולשיטת האגר"מ מה ההבדל ביניהם, וצ"ע. וראה עוד בשו"ת אחיעזר ח"ג סי' סה, ובמאמרו של הרב מ. הרשור, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך, שהגדירו הבדלים בין גוסס בידי אדם, גוסס בידי שמים, וטריפה, עיי"ש. [21] ביאורה"ל סי' שכט ס"ד ד"ה אלא. [22] ראה ע' נוטה למות (ב), הע'

ע' ילוד הע' 220 ואילך והע' 540 ואילך. [15] ראה א. שטינברג, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 424 ואילך. [16] ראה סנהדרין ע"א. [17] וראה בפרמ"ג יו"ד סוסי' נו, שלשיטת היש"ש שגם בטריפה יש מיעוט שחיים, הכוונה למיעוטא דמיעוטא. [18] ר"י בן מיגאש, הובאו דבריו בשיטמ"ק ב"ק כו ב. [19] שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עג אות ד. [20] סנהדרין ע"א. ועוד קשה מדברי התוס' קידושין ע"ב ב ד"ה

לבין טריפה.

ב. רקע היסטורי

ממקורות אחדים משמע שיציאת הנפש היא גדר גוסס²³, אך לא נתבאר היטב מה ההבדל ביניהם.

באשר ליישום המעשי של ההגדרות לימינו — יש מי שכתב, ששיהוי יציאת הנשמה לא הזכירו חז"ל כמה הוא, כי היה פשוט להם, אך אין אתנו יודע עד מה²⁴; ובעניין גוסס כתבו פוסקי דורנו, שאין אנו בקיאים כיום בהגדרת המצב הזה באופן מעשי²⁵.

יתר על כן, ברבות השנים נשכחו הסימנים המעשיים של חלק מהמושגים השונים. כמו כן חלו שינויים רפואיים מפליגים בשנים האחרונות, שלפיהם רוב החולים הנוטים למות לא נותרים במצב הטבעי של התקדמות תהליך המוות, בגלל התערבות רפואית וטכנולוגית, ולפיכך חלו שינויים משמעותיים בסימני המהלך הטבעי של תהליך הגסיסה והמיתה.

בערך זה יידונו ההיבטים הרפואיים, הלכתיים, מוסריים ומשפטיים של הנוטה למות. הערך מתחלק לשני חלקים: חלק א דן במכלול הנושאים; חלק ב דן בדינים המיוחדים של מצבים הלכתיים בסוף החיים.

בעולם העתיק — מאז ומעולם היו הגישה והיחס לחולה הנוטה למות אחת הבעיות המוסריות הבולטות ביותר בתחום הרפואה. כבר בשבועת היפוקרטס²⁶ נאמר: "לא אתן סם מוות לשום אדם, גם אם יבקש זאת ממני; ואף לא אציע לו זאת"²⁷. באופן דומה השביע אסף הרופא²⁸: "אל תצודו להמית כל נפש במשחה עקר". ואמטוס לודיטנוס²⁹ קבע בשבועתו: "לא נתתי לאיש לשתות משקה מוות". בתפילת הרופאים של יעקב צהלון נאמר: "אם אבוא לידי איזה חולה שקרבה פקודתו ואנושה מכתו, יהי רצון שלא אגרום קירוב מיתתו ח"ו אפילו רגע אחד, אלא למדני לתת לו סמים לקיים נשמתו בו, עד שתבוא שעתו".

יחד עם זאת היו אסכולות שונות בכל התרבויות ובכל שנות ההיסטוריה האנושית, אשר עודדו קירוב מותם של אוכלוסיות שונות, והצדיקו גישות אלו בדרכים שונות³⁰.

הבעיות בעולם המודרני — הבעיה המוסרית-הלכתית-משפטית גברה במיוחד בשנים האחרונות, בעקבות הקידמה הרפואית-מדעית, אשר מחד גיסא נותנת בידי הרופאים אמצעים אבחנתיים וטיפוליים משוכללים ביותר, המאפשרים

[27] על משמעות פסקה זו מבחינה היסטורית — ראה הרפואה והיהדות עמ' 153. [28] ראה ע' רופא, נספח 2(א). [29] ראה ע' רופא, נספח 2(ב). [30] דוגמאות לכך הן גישות סטואיות של הרומיים; התנהגות אסקימואים זקנים; חרקי גרמני וכו'. ראה עוד — Gruman GJ,

168 ואילך. [23] ראה שבת קנא ב; ס' חסידים סי' רלד. [24] שו"ת חת"ס חאו"ח סי' קצט. וראה בנידון בחוט המשולש לר"ח מוולוז'ין, ח"א סי' ו. [25] ראה שו"ת אגרות משה חו"מ ח"ב סי' עג אות ג. וראה ע' נוטה למות (ב), הע' 15 ואילך. [26] ראה ע' רופא, נספח 2(ד).

שכתב, שרוב פעמים הניסים נעשים על ידי מעט תחבולה מדרך העולם³⁶, ומכאן שיש במעשה זה רמז להחייאה על ידי הנשמה מלאכותית.

מעשה אלישע ובן השונמית³⁷, שאלישע נשכב על הילד המת, ושם פיו על פיו. ואמנם במעשה זה ברור לכל הדעות שהילד היה מת, והיה זה מעשה ניסים של תחיית המתים, אך מידי רמז של החייאה רפואית לא יצאנו, וכדברי אחד המפרשים, שאלישע עשה כן להנשים את הילד, כי רוב הניסים נעשים עם מעט תחבולה מדרך העולם³⁸.

כשהמרגלים נכנסו לארץ והגיעו לחברון, נפלו על פניהם ארצה, התחילו אנשי כנען מנפחים בפיהם ומנשבים בפיהם כדי להחיותם³⁹.

יש מי שכתב, ששפרה ופועה נהגו כדרך המיילדות, שלפעמים הוולד נולד מת, והמיילדת לוקחת שפופרת של קנה, משימה בתוך מעיו של הילד, ומנפחת בו, ומשיבה רוח לילד⁴⁰.

דברי שאול לבעל השׁוׁמ, בׁימ קיד ב, ונידה ע ב; שׁוׁית חיים שאל חׁב סׁי מג סקׁב, ובספרו חומת אנך על מלׁא סופׁיׁז; העמק שאלה, שאילתא קסו סקׁיׁז. [36] רדׁק מלׁא יז בא. [37] מלׁב ד יח-לז. [38] רדׁק מלׁב ד לד. [39] תדבׁא רבה פכׁט; ילקוט שמעוני, פׁרׁ שלח, רמז תשמב, ולפי פירוש זית רענן שם. [40] בעל הטורים, שמות א טו. וראה שבת כג א, אסובי ינוקא, שכתב הערוך, עׁ אסובי, והרׁח, הובאו דבריו בראׁש וברׁן על הריׁף שם, שהכוונה כשנופלת עורלת הגרון של התינוק, החיה משימה את אצבעה בפיו ומסלקת את

להאריך חיים הרבה מעבר למה שהיה אפשרי בעבר; ומאידך גיסא, לא תמיד מביאה הארכת החיים לשיפור באיכות החיים, ולפעמים מדובר בהארכת חיי סבל ויסורים³¹.

החייאה — אחת הטכניקות החדישות, שהביאה שינוי ניכר ביחס הרפואי לחולה הנוטה למות היא ההחייאה. הטיפול המודרני של החייאה על ידי עיסוי לב חיצוני מוכר רק מאז שנת 1960³².

יש לציין, כי עקרונות הטיפול של החייאה נשימתית מתוארים כבר במקרא ובחזׁל:

מעשה אליהו ובן הצרפתי³³, שאליהו נשכב על הילד, ושם פיו אל פיו, והנשים אותו³⁴. ואמנם נחלקו הראשונים אם המדובר היה שהילד מת ממש, ואליהו עשה נס של תחיית המתים, או המדובר היה שלא מת ממש אלא נתעלף, ואליהו השיב את רוחו³⁵. והנה לפי הדעה שהנער לא מת ממש, בוודאי מדובר בהחייאה רפואית, ובעקרונות ההנשמה מפה לפה. אך גם לדעה שהיה זה נס — יש מי

Encyclopedia of Bioethics, pp. 261-268; Emanuel EJ, *Ann Intern Med* 121:793, 1994; Emanuel EJ, *Arch Intern Med* 154:1890, 1994. [31] על דרכי הפתרון של דילמה זו — ראה להלן בחלק ההלכתי, וברקע האתי. Kouwenhoven WB, et al, *JAMA* [32] 173:1064, 1960. [33] מלׁא יז יז-כד. [34] רדׁק ורלבׁג מלׁא יז בא. [35] ראה במחלוקת זו — רדׁק מלׁא יז יז; תוסׁ בׁמ קיד ב דׁה אמר; שיטמׁק בׁמ שם, בשם תלמיד הרׁף; מוׁנ חׁא פמׁב, ובאברבנאל ויתר מפרשי המורה שם; שׁוׁת הרדבׁז חׁו, סׁי בׁ אלפים רג;

ג. רקע רפואי-חברתי

באופן רשמי ומוצהר, לא מבצעים החייאה, ויש שגם לא נותנים טיפולים ישירים למחלה הסופנית.

כללי – היחס לחולה הנוטה למות מעורר בעיות רבות וקשות: חלקן במישור העקרוני-ערכי, וחלקן במישור המעשי.

ההוספיס המודרני הראשון⁴⁴ נוסד בשנת 1967 על ידי סיסלי סאונדרס באנגליה. באותן שנים נוסדו גם מוסדות לטיפול בחולים הנוטים למות בארה"ב, ואחת הדמויות המובילות בתחום זה היתה אליזבת קובלר-רוס בשיקגו⁴⁵. בישראל נוסד ההוספיס הראשון בשנת 1983, כיחידה צמודה לבית החולים שיבא בתל-השומר; בשנת 1986 הוקם ההוספיס השני ליד בית החולים הדסה הר-הצופים בירושלים.

מספר משתנים קובעים את היחס לחולה הנוטה למות: רצון החולה; דעת המשפחה; עמדת הרופא; הבטחון הרפואי באבחנה ובתחזית; הסבל והכאב הקיימים והצפויים; ובעיקר – הגישה הערכית למצבו של החולה מצד המשפחה, הצוות המטפל, והחברה⁴¹.

במשך השנים התפתחה גם שיטה של הוספיס-בית, כאשר הטיפול המסייע, התומך והמיקל ניתן לחולים הנוטים למות בבתיהם, ולא דווקא במוסדות אשפוז⁴⁶.

בעבר היה מקובל שהחולה הנוטה למות נשאר בחיק משפחתו, ומת בסביבתו הטבעית והמוכרת לו. כיום, רוב בני האדם בעולם המערבי מתים בבתי חולים, או בבתי אבות. לעובדה זו יש השפעה רבה על היחס האישי והחברתי לתהליך המוות⁴².

ההוספיסים והרפואה הפליאטיבית התפתחו, כאמור לעיל, בראשיתם באנגליה, וזו גם המדינה המובילה בתחום זה⁴⁷. בשלהי המאה ה-20 היו ברחבי העולם כ-6560 הוספיסים או שירותים לטיפול פליאטיבי בכ-85 מדינות⁴⁸.

הוספיס – במחצית השניה של המאה ה-20 התפתחו מוסדות הוספיס⁴³, אשר מטרתם לשפר את הטיפול התומך בחולה הנוטה למות, להקל על הכאב והסבל שלו ושל בני משפחתו, ולסייע להם להתמודד עם המצב הקשה. במוסדות הוספיס,

בתחום זה, והשפיע רבות על התפתחות הענף הזה ברפואה. על התפתחות מוסדות ההוספיס בארה"ב, הרעיונות העיקריים, עקרונות הטיפול, ושיקולי עלות – ראה Rhymes J, *JAMA* 264:369, 1990 [46]. על המצב בישראל בשלהי המאה ה-20 ראה במאמר – Bonne DY and Shvartzman P, *Isr J Med Sci* 33:175, 1997 [47]. Szlosarek PW, *BMJ* 322:234, 2001 [48]. Higginson IJ, *BMJ* 319:462, 1999.

העורלה למקומה, ופעמים שמקיא התינוק. ויש לומר שגם זו צורה של החייאת ילוד. וראה עוד על ידיעת החייאה בתנ"ך – Parashos JA, *J Hist Med* 17:310, 1992 [41]. ראה להלן בחלק ההלכתי, ברקע האתי, וברקע המשפטי. [42] על המשמעות של שינוי זה ראה להלן ברקע האתי. [43] hospis בלטינית פירושו אורח. וראה ע' בית חולים הע' 3-4. [44] St. Christopher. [45] הספר שלה *On Death and Dying*, New York, 1969 היווה פריצת דרך

בהוספיס, אשר מקבלים טיפול תומך נכון וטוב⁵³.

רפואה פליאטיבית – במקביל התפתח ענף רפואי מוגדר בשם רפואה פליאטיבית⁵⁴, היינו ענף רפואי העוסק בטיפול תומך, מיקל ומסייע, שמטרתו להקל על הכאב והסבל של החולה בכלל, ושל הנוטה למות בפרט. המדובר בטיפול כוללני שניתן לחולה הנוטה למות ולבני משפחתו, אשר מטרתו העיקרית היא להפחית סבל גופני, נפשי וקיומי, ולשפר את איכות החיים הנוטרים. בשלהי המאה ה-20 נוסדו חברות מקצועיות בענף רפואי זה, והתפתחו בטאונים ייחודיים לתחום זה. בשנת 1996 הוענק לענף טיפולי זה קוד אבחנתי מיוחד לו במסגרת החלוקה הבינלאומית של מחלות⁵⁵.

משככי כאבים – טיפול נכון במשככי כאבים נחשב כיעיל, וסיכוינו הם מועטים יחסית. אין מקום לחשש מפני התמכרות, דבר שאיננו הגיוני בנסיבות הנידונות, ובלתי נכון עובדתית, שכן שכיחות ההתמכרות בין חולים המטופלים במשככי כאב לצורך הקלה על כאבים הוא נדיר ביותר⁵⁶. ובעיקר יש להדגיש, כי החשש שמשככי הכאבים (כולל תרופות מקבוצת

במקומות בהם מוסדות אלו מפותחים, כגון באנגליה, מתברר שרוב החולים הנוטים למות אינם מבקשים לקצר את חייהם בפועל, ומפיקים תועלת משארית חייהם. תנועות אלו הביאו גם לשיפור משמעותי בשיטות הטיפול להפחתת כאב וסבל⁴⁹, ושיטות אלו הולכות ונכנסות לטיפול בחולים הנוטים למות גם כשהם מאושפזים בבתי חולים רגילים. זאת בניגוד למדינות שבהם יש מגמה להתיר המתת חסד פעילה, ובוודאי במקומות שהדבר מבוצע הלכה למעשה, כגון הולנד⁵⁰, ששם שיטות המחקר לשיפור איכות החיים של חולים הנוטים למות אינן מפותחות. ואמנם מחקרים מוכיחים, כי מחלה סופנית כשלעצמה איננה סיבה שכיחה להתאבדות, אלא אם כן החולה סובל מדכאון קשה⁵¹. ועוד יש שהוכיחו, שבקשות מצד חולים לקצר את חייהם בפועל נובעות מטיפול מטיפול תומך בלתי נאות, מחוסר אהבה וחיבה, מבדידות, מדכאון, או מבעיות חברתיות ותרבותיות⁵². יתר על כן, לא רק שהטיפול התומך הוא יעיל בהרבה במוסדות ההוספיס, אלא שהתברר כי אין הבדל משמעותי במשך ההישרדות בין החולים המאושפזים בבתי חולים כלליים, והמקבלים טיפולים פולשניים מגוונים, לבין החולים המאושפזים

ופירוש המושג הוא טיפול תומך. [55] הכוונה International Classification of Diseases - ICD-9. ראה - cassel CK and Vladeck BC, *N Engl J Med* 335:1232, 1996. הגדרת הטיפול הפליאטיבי, עקרונותיו ויישומו תוארו במאמר - Morrison RS and Meier DE, *N Engl J Med* Angell M, *N Engl J Med* 350:2582, 2004. [56] ראה - *Engl J Med* 306:98, 1982; McGivney WT and Crooks GM, *JAMA* 251:1182, 1984.

[49] וראה על חשיבות הטיפול הפליאטיבי בהוספיסים בסוף החיים במאמר - Lynn J, *N Engl J Med* 335:201, 1996. [50] ראה להלן הע' 467 ואילך. [51] ראה - Brown JH, et al, *Am J Psychiatry* 143:208, 1986. [52] Breitbart W, et al, *JAMA* 284:2907, 2000. [53] א. וולר ואח', הרפואה, 79:112, 1987. [54] מושג זה הוטבע לראשונה בשנת 1975 על ידי בלפור מאונט במונטריאול, קנדה,

יחד עם זאת, לא כל תסמיני הכאב והסבל ניתנים למניעה או לשיפור, וחולים נוטים למות רבים סובלים מירידה במשקל, חולשה כללית, הפרעות בתיאבון ובפעולות המעיניים, בחילות והקאות, והפרעות נפשיות שונות, הכוללות קשיי הסתגלות, דכאון, חרדות ומצבים בלבוליים.

דכאון ורצון למות – במחקר שנערך בארה"ב בשלהי המאה ה-20 התברר כי הרצון של חולים הנוטים למות לקרב את מועד מותם היה גבוה פי ארבעה בקרב החולים עם דכאון בהשוואה לשאר החולים. כמו כן התברר כי חוסר תקווה, בדידות ורמת תמיכה חברתית נמוכה בחולים היה גורם משמעותי ברצונם למות מהר יותר.⁶¹

החייאה⁶² – מדובר בסדרת פעולות רפואיות הבאה להחזיר לתיפקוד את המערכות החיוניות לחיים: פעולת הלב, נפח הדם, פעולת הנשימה, וחנימת תקין של הרקמות, ובעיקר המוח.⁶³

האופיאטים) יגרמו לקירוב מותו של החולה הוא חשש מוגזם, שכן אם משתמשים בהם בצורה נכונה רק אחוזים בודדים מהמטופלים בתרופות אלו מפתחים את הסיכון של דיכוי נשימתית⁵⁷. יתר על כן, גם בחולים הנוטים למות, אשר הוחלט להפסיק ו/או להימנע ממתן טיפול תומך חיים, ואשר קיבלו טיפול משכך-כאבים בשעות האחרונות לחייהם, לא גרם הטיפול להחשת המוות⁵⁸.

ההצלחה הרבה ביותר בשיפור מצבו של החולה הנוטה למות מתייחסת להקלה על כאבים פסיים. אכן, למרות הידע הרב בשיטות ההקלה על כאבים, ולמרות הנחיות מקצועיות מפורטות ויעילות בנידון, רבים הם החולים הנוטים למות, ובעיקר אלו הסובלים ממחלות ממאירות, שאינם מקבלים טיפול נאות ויעיל למניעת הכאב⁵⁹. ואמנם בסקר מקיף שנערך בארה"ב בשלהי המאה ה-20 נמצא כי הטיפול הרפואי-סיעודי התומך והמיקל בסוף החיים לקוי מאד⁶⁰.

cardio – pulmonary resuscitation = [62] CPR. [63] הנחיות רפואיות מפורטות התפרסמו על ידי גופים מקצועיים שונים, ובעיקר החברה הקרדיאלית האמריקאית – American Heart Association – ראה *JAMA*, 268:2171, 1993, 2184. גופים דומים במדינות שונות פירסמו נוהלים דומים. המועצה האירופאית להחייאה פירסמה הנחיות מפורטות לאור הידוע עד אותו זמן – European Resuscitation Council Working Party, *BMJ* 306:1589, 1993. וראה *BMJ* 306:1555, 1993. סיכום מקיף ועדכני על השיטה, התוצאות וההנחיות פורסם במאמר – Eisenberg MS and Mengert TJ, *N Engl J*

Twycross RG, *BMJ* 4:212, 1975; Miller [57] RR and Jick H, *J Clin Pharmacol* 18:180, 1978. Wilson WC, et al, *JAMA* [58] 267:949, 1992; Stone P, et al, *Palliative Med* 11:140, 1997; Thorns A and Sykes N, *Lancet* 34:356-398, 2000. ראה ע' יסורים הע' 34 ואילך. וראה עוד – Cleeland CS, et al, *N Engl J Med* 330:592, 1994. [60] ראה – SUPPORT project, *JAMA* 274:1591, 1995; Lo B, *JAMA* 274:1634, 1995. [61] Breibert, et al, *JAMA* 284:2907, 2000. וראה גם Ganzini L and Lee MA, *N Engl J Med* 336:1824, 1997; Ganzini L and Block S, *N Engl J Med* 346:1663, 2002.

בתוך, מחלה ממארת עם גרורות ממושטות, אלח-דם, דלקת ריאות, ושבץ מוחי חריף⁶⁶. כמו כן קלושים סיכויי ההצלחה בחולים עם מחלות כרוניות קשות⁶⁷. במחקר אחר נמצא כי חולים במצב של שטיון מתקדם מאד, אשר סובלים ממחלה חריפה כגון דלקת ריאות או שבר של צוואר הירך, מתים באחוזים גבוהים בתוך חצי שנה מהאירוע החריף⁶⁸. כמו כן מקובלת ההנחה כי ככל שגדול יותר מספר האיברים החיוניים שהגיעו לאי-ספיקה סופנית, כן הולכים ופוחתים סיכויי ההצלחה להחייאה. לעומת זאת יש מחקרים שהוכיחו היוותרות בחיים לאחר החייאה באחוזים לא מבוטלים גם בחולים עם שטיון, שבץ מוחי, מחלת לב, וממאירות⁶⁹. ואמנם עדיין קיימת אי וודאות ביחס לסיכויי ההצלחה של החייאה במצבים רפואיים שונים שאינם כלולים בהגדרות דלעיל, למרות ניסיונות לקביעת סיכויים אלו⁷⁰.

בדרך כלל, ככל שמשך ההחייאה ארוך יותר, סיכויי ההצלחה קטנים יותר. החייאה מוצלחת היא החייאה שהחולה נותר בחיים לאורך זמן, וללא נזק מוחי שארי; החייאה "כמעט מוצלחת", היא החייאה שהחולה נותר בחיים, אך עם נזק

באופן מקורי הומצאה השיטה עבור אנשים שעברו דום לב פתאומי, כגון לאחר טביעה, הלם חשמלי, התקף לב, תגובה אלרגית לתרופה וכד'. במשך הזמן אימצו הרופאים את הפעולות הללו לכל חולה שעבר דום לב ונשימה, גם כאלו הסובלים ממחלות כרוניות וסופניות. ברוב מדינות העולם מקובל כיום שיש חובה לבצע החייאה בכל מקרה, אלא אם כן הוחלט במפורש אחרת⁶⁴.

אכן, בסקרים שונים התברר, כי מידת ההצלחה של ההחייאה תלויה במשתנים שונים, והיא גדולה יותר בתנאים הבאים: כאשר היא מבוצעת באופן מיידי, בחולים המאושפזים בבית חולים, ובעיקר בחדרי מיון ויחידות לטיפול נמרץ-לב, כשהחייאה נעשית בידי צוות מיומן, כאשר האירוע הוא קצב לב מהיר (טכיקרדיה) או פרפור חדרי, כאשר אין מחלות כרוניות נלוות, וכאשר הדופק חוזר בתוך עשר דקות של החייאה. הצלחה מלאה, היינו מצב שבו החולה עוזב את בית החולים לאחר ההחייאה, נעה בסקרים שונים בין 4-30%, עם ממוצע של 15%⁶⁵. ממחקרים אחדים עולה, כי סיכויי ההצלחה של החייאה הם קלושים בחולים הסובלים ממיצועט מתן

Morrison RS [68] *Med* 152:2305, 1992 and Siu AL, *JAMA* 284:47, 2000. אמנם יש לציין, כי מדובר על תמותה בשיעור של 50-55% בהשוואה ל-12-13% בחולים בגילאים דומים ובמחלות חריפות זהות ללא שטיון. [69] ראה Rosenberg M, et al, *Arch Intern Med* — Peterson — [70] 153:1370, 1993. ראה MW, et al, *Chest* 100:168, 1991; Marks RJ, et al, *Intensive Care Med* 17:159, 1991

[64] *Med* 344:1304, 2001 ראה להלן ברקע האתני. [65] ראה — AMA, *JAMA* 265:1868, 1991; Niemann JT, *N Engl J Med* 327:1075, 1992; Saklayen M, et al, *Medicine* 74:163, 1995; Zoch TW, et al, *Arch Intern Med* 160:1969, 2000; van Walraven C, et al, *JAMA* 285:1602, 2001 [66] Faber- Langendoneo K, *Arch Intern Med* 151:235, 1991. [67] Landry FJ, et al, *Arch Intern*

קצב היתה מידת ההצלחה בשיעור של 5.3%. שיעור זה היה גדול בהרבה בערים קטנות⁷⁵. לעומת זאת, יש מחקרים שהדגימו הצלחה משמעותית כאשר ההחייאה בוצעה סמוך מאד לאירוע על ידי צוות רפואי מיומן עם מיכשור מתאים. באחד המחקרים נמצא כי 40% מכלל אלו שעברו החייאה בתנאים אלו מחוץ לכותלי בית החולים השתחררו מבית החולים ללא נזק נוירולוגי משמעותי⁷⁶.

גיל מתקדם כשלעצמו איננו גורם פרוגנוסטי שלילי, לא מבחינת עצם ההיותו בחיים, ולא מבחינת התיפקוד לאחר ההחייאה; סיכויי הצלחת ההחייאה תלויים במצב התיפקודי, הגופני והנפשי של החולה, ולא בעצם הגיל⁷⁷.

בסקרים אחדים נמצא, כי נזק מוחי קשה לאחר החייאה נכונה ומיידית נע בין 0-18%, עם ממוצע של 4.9%. חלק מהחולים שסבלו מנזק מוחי סמוך להחייאה המשיכו להחלים בהדרגה עם שיפור חלקי, ואפילו הגיעו להחלמה מלאה⁷⁸. לעומת זאת החייאה ממושכת מותירה נזק מוחי בינוני עד קשה

מוחי קשה, כגון 'צמח', או פיגור שכלי ומוטורי חמור⁷¹. יש שקבעו את הכללים הבאים: אין לבצע החייאה כשידוע שהחולה היה ללא דופק וללא נשימה מעל עשר דקות; ניתן להפסיק מאמצי החייאה בהיעדר תגובה מלאה אחרי שלושים דקות, או בהיעדר פעילות חדרית בתרשים אק"ג אחרי עשר דקות של החייאה מלאה, ובנוכחות מחלה סופנית⁷². ההנחה היא, שרוב החולים אינם נשארים בחיים לאחר נתונים אלו. אכן, תוארו חולים שנותרו בחיים גם לאחר שלושים דקות של מאמצי החייאה, וחלקם אף חזר לתיפקוד שכלי תקין⁷³, ולכן יש המתנגדים לקבוע כללים קבועים ומחייבים ביחס לנוהלי החייאה⁷⁴.

מידת ההצלחה של החייאה המבוצעת מחוץ לכותלי בית החולים, היינו החייאה על ידי צוות רפואי המגיע למקום האירוע של החולה ברום-לב נתונה למחלוקת. יש מחקרים, שמהם עולה כי החייאה כזו נידונה בדרך כלל לכשלון. מתוך כל ההחייאות שבוצעו בתוך חצי שנה בעיר ניו-יורק, נותרו בחיים רק 1.4%. כאשר ההחייאה בוצעה באופן מידי על ידי עדי-ראיה לדום הלב על רקע של הפרעות

Intern Med 144:2229, 1984; Bedell SE and Delbanco TL, *N Engl J Med* 310:1089, 1984; Schiedermayer DL, *JAMA* 260:2096, 1988; Longstreth WT, et al, *JAMA* 264:2109, 1990; Wu AW, et al, *J Am Geriatr Soc* 38:621, 1990; Chelluri L, et al, *JAMA* 269:3119, 1993; Chelluri L, et al, *Arch Intern Med* 155:1013, 1995 על השיקולים ביחס להחייאה בבתי אבות לזקנים – ראה, Tresch DD, et al, *Am J Med* 95:123, 1993; Finucane TE, *Am J Med* 95:121, 1993 [78]. Thompson R, et al, *Ann Intern Med* 90:737, 1979; Chipman C,

[71] ראה Gray WA, *Lancet* 341:866, 1993; Eliastom M, *Topics Emerg Med* 1:109, [72] Sandoe E, et al, *Isr J Med Sci* [73] 1979 5:769, 1969; Adgey AJ, et al, *Lancet* 1:1169, 1969; Holder D, et al, *Circulation* 55:541, 1977; Rosenberg M, et al, *Arch Intern Med* Chipman C, et al, [74] 153:1370, 1993 *Ann Emerg Med* 10:11, 1981; McIntyre KM, *Arch Intern Med* 153:1293, 1993 Lombardi G, et al, *JAMA* 271:678, [75] Cobbe SM, et al, *BMJ* [76] 1994 Farber NJ, et al, *Arch* [77] 312:1633, 1996

בכמחצית מהחולים, וחלק מהם גם סובל מדכאון משמעותי⁷⁹.

מצב של תירדמת לאחר החייאה הוא שכיח. הנתונים הרפואיים אינם מאפשרים החלטה על תחזית של חולה בתירדמת לאחר החייאה בתקופה הראשונה של מספר שבועות. היינו, אין כלים פרוגנוסטיים נאותים שיכולים לחזות את התפתחות התיפקוד המוחי לאחר החייאה, גם כאשר בשבועות הראשונים החולה נותר במצב של תירדמת⁸⁰.

מסקרים שונים מתברר, כי סיכויי ההצלחה בהחייאת ילדים לאחר דום לב ונשימה משתנים בהתאם לסיבות שגרמו לצורך בהחייאה, משך ההחייאה, ומיומנותם של המרכזים השונים. סיכויי ההצלחה נעים בין 6%-54. ילדים שהיו תקינים מבחינת התיפקוד השכלי לפני דום הלב והנשימה, נותרו תקינים מבחינה זו גם לאחר החייאה מוצלחת⁸¹.

ביצוע החייאה חלקית בלבד, או קיצור משך הניסיון להחייאה. המדובר היה במצבים שהרופאים חשבו שאין הצדקה לביצוע החייאה, אך לא דנו בכך עם החולה או עם בני המשפחה, ולפיכך היתה המטרה להראות כביכול ניסיון החייאה, אך לא להצליח בה⁸³.

מזון ונוזלים – אלו בוודאי נחוצים לעצם קיום החיים. אכן, קיימים קשיים רפואיים שונים בהאכלת חולה נוטה למות, הן בגלל ירידה קיצונית בתחושות התיאבון והצמאון, והן בגלל קושי ניכר ביכולת הבליעה. תוארו גם סיבוכים שונים הנובעים מהאכלה לא נכונה של חולה הנוטה למות, כגון דלקת ריאות, בצקת ריאות, אי ספיקת כליות, הפרעות מטבוליות, ועוד⁸⁴. כמו כן חלק ניכר מהחולים הנוטים למות אינם בהכרה תקינה, וחלקם אף חסר הכרה, ולפיכך לא ניתן להאכילם דרך הפה כרגיל.

לפיכך, ניתן לספק את הדרישות הקלוריות של המזון והדרישות לנוזלים בדרכים חלופיות: עירוי נוזלים; מזון נוזלי דרך הווריד⁸⁵; החדרת צנתר דרך הפה לתוך הקיבה⁸⁶; פיום הקיבה⁸⁷, ועוד. דרכים אלו מקילות בהרבה את אספקת הדרישות הקלוריות והדרישות לנוזלים

במשך שנים היה נוהג בלתי כתוב ובלתי מדווח לבצע במצבים שונים "החייאה איטית"⁸². הכוונה היתה לבצע פעולה הנחזית כהחייאה בדרכים שלא תהיה הצלחה להחזיר את החולה לחיים, כגון התארגנות איטית לביצוע ההחייאה,

[83] ראה – Gazelle G, *N Engl J Med* 1998; 338:467. על המשמעות האתית של פעולה כזו – ראה להלן הע' 421 ואילך. [84] על המשמעות של נתונים אלו – ראה להלן בחלק ההלכתי וברקע האתי. [85] total parenteral nutrition = TPN. [86] naso-gastric tube. [87] gastrostomy; percutaneous endoscopic gastrostomy = PEG

et al, *Ann Emerg Med* 10:11, 1981. [79] Roine RO, et al, *JAMA* 269:237, 1993. [80] Saltuari L and Maroai M, *Lancet* 1994; 343:1052. [81] Innes PA, et al, *Arch Dis Child* 68:487, 1993. וראה סיכום ערכני על נתוני תוצאות החייאה בילדים במאמר – European Resuscitation Council, *BMJ* 1994; 308:1349. [82] "slow code"

בחולים אלו, אך לא תמיד מונעות הגוף, והחזרים שונים. סיבוכים רפואיים שונים.

בכ-40% מהחולים במצב זה הסיבה היא חבלת ראש קשה; בכ-40% נוספים הסיבה היא ירידה חמורה באספקת החמצן למוח, כתוצאה מדום-לב או ירידה חמורה בלחץ-דם; ביתר המקרים יש סיבות רפואיות מגוונות⁹³.

התחזית לתוחלת חיים ו/או לשיפור או החלמה של חולה במצב של צמח תלויה בשלושה גורמים עיקריים: הסיבה למצב; משך הזמן שבו החולה נמצא במצב צמח; גילו של החולה⁹⁴. בדרך כלל אם חלפו מספר חודשים במצב כזה, סיכויי ההחלמה הם קלושים ביותר. על פי מחקר גדול נמצא כי מתוך 754 חולים שהיו במצב של צמח במשך חודש, ונבדקו לאחר שנה – 43% חזרו להכרה, 34% היו מתים, ו-23% נותרו במצב של צמח⁹⁵.

משך הזמן המומלץ לאישור האבחנה לאחר חבלת ראש במבוגרים הוא ששה חודשים עד שנה, בעוד שלאחר נזק מוחי בגין חוסר חמצן, משך הזמן המקובל הוא שלושה חודשים עד ששה חודשים⁹⁶. יש הממליצים להמתין 12 חודשים לפני

הפסקת מזון ונוזלים מביא למות החולים הנוטים למות בתוך כשבועיים⁸⁸.

”צמח”⁸⁹ – מצב זה תואר לראשונה כתיסמונת מוגדרת בשנת 1972⁹⁰, הוא הוגדר עם השנים על ידי קריטריונים רפואיים שונים⁹¹, אך הוא נותר כמצב רפואי עם בעיות אבחנתיות קשות⁹².

באופן פרטני מוגדר מצב זה כחוסר הכרה קבוע עם עיניים פתוחות, תקופות של עירנות, ומחזורי שינה/עירנות פסיולוגיים, אך בשום זמן אין החולה מודע לעצמו או לסביבתו. באופן בסיסי מדובר בהרס בלתי הפיך של קליפת המוח, ועקב כך מאבד החולה לחלוטין את היכולת להפעיל את התיפקודים של קליפת המוח. תיפקודים אלו כוללים בין השאר חשיבה, מודעות, רגש, הכרה וכיוצ”ב. לעומת זאת, גזע המוח וההיפותלמוס שמורים, ולכן קיימים כל התיפקודים התת-הכרתיים החיוניים לחיים, כגון נשימה עצמונית, פעילות לבבית, שינה ועירנות, עיכול, שמירת חום

K, et al, *BMJ* 313:13, 1996; Cranford R, *BMJ* 313:5, 1996; Laureys S, et al, *Brain* Higashi K, et al, *J* [93] .123:1589, 2000 *Neurol Neurosurg Psychiatry* 40:876, 1977; Jennett B, *Anaesthesia* 43:921, 1988 ANA Committee on Ethical Affairs, [94] *Ann Neurol* 33:386, 1993 Multi-society task force on PVS, *N* [95] *Engl J Med* 330:1499, 1994 Council [96] *JAMA* 263:426, 1990; Multi-society task force on PVS, *N Engl J Med* 330:1499,

Ganzini L, et al, *N Engl J Med* [88] chronic persistent [89] .349:359, 2003 Jennett B and [90] .vegetative state = PVS Plum F, *Lancet* 1:734, 1972 [91] ראה AAN Ethics and – רפואיים – Humanities subcommittee, *Neurology* 39:125, 1989; ANA Committee on Ethical Affairs, *Ann Neurol* 33:386, 1993; Multi-society task force on PVS, *N Engl J Med* 330:1499, 1994; Jennett B, *J Neurol* Andrews [92] *Neurosurg Sci* 73:355, 2002

קביעה סופית של מצב בלתי הפיך⁹⁷. בילדים הדרישה היא להמתין בכל מקרה לפחות ששה חדשים, שכן כושר השיפור ויכולת ההחלמה של המוח בגיל צעיר הוא רב יותר⁹⁸. אבחנת מצב זה איננה אמינה מתחת לגיל שנתיים, והיא קשה במיוחד בתינוקות מתחת לגיל חודשיים⁹⁹.

האבחנה היא קלינית בעיקרה, שכן אין בדיקות מסייעות אמינות, אלא אם כן נמצא תרשים גלי המוח¹⁰⁰ שטוח לגמרי, בנוכחות תפקוד תקין של גזע המוח, אך מצב זה הוא נדיר. בדיקות חשמליות אחרות, וכן בדיקות הדמיה כמו טומוגרפיה ממוחשבת של המוח¹⁰¹, או הדמיה מגנטית¹⁰² אינם חד-משמעיים לאבחנת המצב¹⁰³. מרבית הרופאים סבורים, שהאבחנה הקלינית של מצב זה היא אמינה, אך יש שהטילו ספק בדבר¹⁰⁴.

הרופאים חלוקים בדעתם אם חולה במצב של צמח מסוגל להרגיש תחושת כאב וסבל¹¹⁰, אם כי לפי ההגדרה הטהורה מבחינה נוירולוגית המצב צריך להיות נעדר לחלוטין תחושת כאב וסבל¹¹¹.

תוחלת החיים של חולים במצב צמח משתנה, ותוארו אנשים שנותרו בחיים

מספר האנשים במצב של צמח בארה"ב

בגן כוח-משימה רב מקצועי אמריקאי – *N Engl J Med* 330:1499, 1994 והאקדמיה הנוירולוגית האמריקאית – *Neurology* 45:1015, 1995. Howard RS and Miller DH, *BMJ* – 310:341, 1995; Ashwal S, et al, *Neurology Council Report, JAMA* [105] 45:859, 1995. Tresch DD, et al, [106] 263:426, 1990. *Arch Intern Med* 151:930, 1991. Ashwal S, et al, *Pediatr Neurol* 10:27, [107] 1994. Andrew K, *BMJ* – [108] 306:1597, 1993. Jennett B, – [109] 306:1597, 1993. *J Neurol Neurosur Sci* 73:355, 2002. Alpert JS, *Arch Intern Med* – [110] 151:855, 1991; ANA Committee on Ethical Affairs, *Ann Neurol* 33:386, 1993. American Academy of – [111] *Neurology, Neurology* 39:125, 1989; Ashwal

1994; Royal College of Physicians Working Group, *J R Coll Physicians Lond* 30:119, 1996. אכן, תוארו חולים במצב צמח שמצב הכרתם השתפר גם לאחר שלוש שנים, אם כי שיפור זה היה מיזערי – ראה Andrew K, *BMJ* 306:1600, 1993; Andrew K, *BMJ* 306:1600, British Medical Association, [97] 1993. Ashwal [98] *World Nuerol* 8(2):8, 1993. S, et al, *Ann Neurol* 32:570, 1992. Ashwal S, et al, *ibid* [99] electro- [100] encephalo-gram = EEG CT = [101] computerized tomography [102] magnetic resonance imaging = MRI [103] ראה – [104] *Lancet*, 337:96, 1991. Bernat – [104] *Lancet*, 337:96, 1991. JL, *J Clin Ethics* 3:176, 1990; Childs NL, et al, *Neurology* 43:1465, 1993. קליניים מדויקים יותר להגדרת מצב 'צמח' פורסמו על ידי גופים רפואיים-מקצועיים אחדים,

הנוטה למות לא היה מוסדר בצורה נורמטיבית, אחידה ומחייבת מבחינה חוקית מינה שר הבריאות בראשית המאה ה-21 וועדה ממשלתית-ציבורית ("וועדת שטינברג"), שתפקידה היה לגבש הצעת חוק בנושא החולה הנוטה למות¹¹⁴.

במצב זה שנים רבות¹¹². התמותה הגדולה היא במהלך השנה הראשונה לאחר האירוע שגרם למצב של צמח, וככל שהחולה נותר בחיים יותר זמן, כן עולה תוחלת חייו הצפויה¹¹³.

המצב בישראל בראשית המאה ה-21
— היחס המעשי לחולים הנוטים למות בישראל עד שלהי המאה ה-20 היה שונה ממרכז רפואי אחד למשנהו, ממחלקה אחת לאחרת, ולעתים מרופא אחד לחברו. הנהוג היישומי בישראל ביחס לחולים הנוטים למות בוודאי לא היה אחיד.

ד. פרטי דינים

1. מקורות ראשוניים

כללי — מספר סיפורים במקרא ובחז"ל, וכמה גדרים שהוגדרו על ידי הראשונים, יחד עם פרטי דינים של גוסס וחיי שעה, משמשים יסודות ועקרונות לדיון על היחס ההלכתי לנוטה למות.

לאור העובדה שעניינו של החולה

עו"ד ד"ר ג. גרונפלד, פרופ' ד. הרב ד"ר מ. זמר, האב ד"ר ג. חורי, ד"ר ר. ישי, ד"ר ר. כהן-אלמגור, שייח פרופ' פ. מאנסור, גב' ו. רביצקי. וועדת המשנה המשפטית — שופט (בדימוס) פרופ' א. כרמי, יו"ר, עו"ד ט. אדרי, עו"ד ע. גולן, עו"ד י. דייזיס, ד"ר מ. ויגודה, עו"ד נ. ויצ'נר, עו"ד י. חשן, השופט מ. טלגם, ד"ר ג. סיגל, פרופ' נ. רקובר, עו"ד ט. שטיין, ד"ר כ. שלו, פרופ' ע. שפירא. וועדת המשנה ההלכתית — הרב י. אריאל, יו"ר, ד"ר מ. בריר, הרב ד"ר מ. הלפרין, הרב י. וינר, הרב ש. פנחס, הרב ש. רפפורט, הרב ד"ר י. שפרן. וראה נוסח הצעת החוק של הוועדה הציבורית בנספח א. ביום 17.1.02 הוגשה הצעת החוק יחד עם דין וחשבון הוועדה הציבורית לידי שר הבריאות, אשר אימץ אותה במלואה, וביום 23.5.04 התקבלה הצעת החוק של הוועדה הציבורית כהצעת חוק ממשלתית על ידי וועדת שרים לחקיקה. ביום 6.12.05 התקבל החוק בכנסת לאחר קריאה שניה ושלישית, והוא נכנס לתוקף שנה לאחר מכן (6.12.06)

S., et al, *Ann Neurol* 32:570, 1992
Jennett B and Dyer C, *BMJ* 302:1256, [112]
Strauss DJ, et al, *Pediatr* [113] 1991.
Neurol 21:626, 1999; Jennett B, *J Neurol Neurosur Sci* 73:355, 2002 [114] ביום 20.2.00 הוקמה ועדה ציבורית לענייני החולה הנוטה למות, אשר הורכבה מיו"ר הוועדה פרופ' א. שטינברג + 58 חברים. הוועדה חולקה לארבע וועדות-משנה: רפואית/מדעית, פילוסופית/ערכית, הלכתית ומשפטית; וועדת-המשנה הרפואית/המדעית — פרופ' צ. ספרונג, יו"ר, גב' ל. אברמוביץ, פרופ' א. אידלמן, ד"ר ל. אידלמן, פרופ' א. בטלר, ד"ר י. ברלוביץ, גב' ל. גולדשמיט, ד"ר ק. גרופ, ד"ר י. הטב, פרופ' י. הלוי, ד"ר נ. ונגר, ד"ר א. ולר, פרופ' מ. זוננבליק, ד"ר י. זינגר, פרופ' א. זמורה, ד"ר נ. טבק, פרופ' ש. כרמל, ד"ר ב. לב, ד"ר ש. מאיר, ד"ר ד. מיתר, פרופ' א. עורי, ד"ר ש. פרי, ד"ר נ. צ'רני, פרופ' א. רובינזון, ד"ר ב. רייכמן, פרופ' א. רכס. וועדת המשנה הפילוסופית/ערכית — פרופ' א. כשר, יו"ר, מר ז. אבו מוך, פרופ' הרב ד. גולינקין, פרופ' ש. גליק,

מקורות התייחסות להמתת חסד פעילה

שנהג נכון, והוסיף לומר לו, שיפרע לנרצח את בית השחיטה, כלומר שיקרע את החתך בצוואר, ועולא אמר כך כדי להציל את נפשו¹²⁰. יש מי שכתבו, שפריעת בית השחיטה היתה כדי לחזק את דבריו, וגם כדי שימהר למות¹²¹. לפי הסבר זה משמע, שמותר לקרב בידיים מותו של אדם שנותרו לו חיי שעה בלבד, וכבר יש מי שהקשו על כך, ודחו הסבר זה מהלכה¹²². בתירוץ מעשה זה על פי ההלכה – יש מי שכתב, שהנרצח כבר היה מת, ואין פריעת בית השחיטה עושה בו מאומה¹²³; יש מי שכתב, שהיה זה רק להחזיק ידיהם של הרוצחים, אבל עצה זו לא היתה משנה כלום לגבי הנרצח¹²⁴; יש מי שכתב, שכאשר מול חיי שעה של חברו עומד חיי עולם של עצמו, הרי הוא עדיף¹²⁵; יש מי שכתב, שבדיבור בלבד ללא כל מעשה, ובמקום אונס של פיקוח נפש, היה מותר¹²⁶; ויש מי שכתב, שבני חוזאי היו גויים¹²⁷.

מעשה שאול המלך¹¹⁵ נידון בהרחבה בחז"ל ובפוסקים, מבחינת דיני מאבד עצמו לדעת¹¹⁶. לעומת זאת, מעשה הנער העמלקי, שקירב את מותו של שאול, נידון בקשר לדיני המתת חסד. שהרי שאול המלך, לאחר נסיון ההתאבדות, היה בגדר חולה הנוטה למות, הסובל יסורים קשים, אשר ביקש בצורה ברורה וצלולה שיקרבו את מותו ויגאלוהו מן היסורים, והנער העמלקי מילא בקשה זו. דינו של הנער נחרץ על ידי דוד המלך למיתה¹¹⁷. יש מי שכתב, שמעונשו של הנער העמלקי למדנו, שאכן יש איסור רציחה מן התורה גם בתנאים אלו, וגם לפי בקשת החולה, ואפילו לפי פקודת המלך¹¹⁸. אמנם יש מי שכתבו¹¹⁹, שבעצם לא הרג הנער העמלקי את שאול, כי שאול כבר היה מת מקודם, ולא אמר הנער את דבריו אלא כדי להתפאר בפני דוד, ולפיכך אין מסיפור זה כל ראייה לנידונו.

עניין העיר לוי, שמלאך המוות אין לו רשות לעבור בה, אלא זקנים שבה, בזמן שדעתם קצה עליהם, יוצאים חוץ לחומה,

המעשה של שני בני חוזאי, שאחד שחט את חברו, ואחר כך פנה לעולא ושאל אם נהג כשורה, ואמר לו עולא

נדרים שם. וכן כתב הר"ן שם, שימות מהר. [122] ראה בס' נדרי זרוזין להגר"ש קלוגר שם, שהשאר בצ"ע. [123] מאירי נדרים שם. [124] נדרי זירוזין שם. [125] תפא"י סוף יומא בבוטו אות ג. וראה בנידון בשו"ת ציץ אליעזר ח"ו סי' עב. [126] שו"ת ציץ אליעזר ח"ד סי' קד. וראה תוס' סוטה מא ב ד"ה כל, שהיה זה בגדר חנופה לרשעים במקום סכנה, ומותר. [127] שיטמ"ק שם. אמנם לדעת ראשונים אחרים היו בני חוזאי יהודים – ראה רש"י, ורא"ש שם. וראה עוד בנידון בדברי הרב ל"ג. היילפרין, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך, הע' 11.

הבריאות. [115] שמו"א לא ד-ה. [116] ראה ע' אבוד עצמו לדעת הע' 34-35. [117] שמו"ב א ו-טו. [118] רלב"ג שמו"ב א יד; ס' חסידים הוצאת מק"נ סי' שטו. וראה שם, בענין הנער שהרג את אבימלך לפי בקשתו – שופטים ט נד. ומה שכתבו הפוסקים והמפרשים, שהיה זה הוראת שעה להרוג את הנער העמלקי, או שהיה זה דין מלכות, היה זה רק לענין הריגתו על פי הודאת עצמו – ראה רמב"ם סנהדרין יח ג, וברדב"ז שם; מלבי"ם עה"פ. [119] רד"ק שמו"א לא ה; רלב"ג שמו"א לא ד, בפירוש הראשון. [120] נדרים כב א. [121] הרא"ש

הגוי לא היה מחוייב במידת החסידות¹³⁵; יש הסבורים, שהמתת חסד על ידי גוי מותרת¹³⁶; ויש מי שכתב, שאמנם מעשהו של הקלצטונירי היה אסור מעיקר הדין, ובמעשה רבי חנינא בן תרדיון היה זה הוראת שעה¹³⁷.

מקורות התייחסות להימנעות מטיפול מאריך חיים

מעשה יום מותו של רבי יהודה הנשיא, שתלמידיו גזרו תענית, והתפללו לרפואתו ולהמשך חייו, אבל אמתו, שראתה את צערו הגדול, אמרה שעליונים מבקשים את רבי, ותחתונים מבקשים את רבי, ויעשה שיכופו עליונים את התחתונים, ועשתה פעולה שהתלמידים ישתתקו מתפילתם, וכך נפטר רבי¹³⁸. יש מי שהוכיח ממעשה רבי יהודה הנשיא, שלפעמים צריך לבקש רחמים על חולה שמצטער הרבה, ואי אפשר לו שיחיה — שימות¹³⁹. ומכאן יש מוכיחים, שמותר להימנע מלהאריך חיי סבל של חולה הנוטה למות¹⁴⁰.

והם מתים¹²⁸. יש מי שכתב, שאין זה בגדר מאבד עצמו לדעת, שכן האדם לא נברא לחיות לנצח, אלא שיושבי לוז ניצלו ממלאך המוות בנס, וחזרתם למצב הטבעי אינו אסור¹²⁹; ויש מי שכתבו, שיציאתם מחוץ לעיר היתה בדרך גרמא, וסילוק דבר המונע מיתה טבעית¹³⁰.

מעשה רבי חנינא בן תרדיון מעשרת הרוגי מלכות, שהביאו ספוגים של צמר, ושראום במים, והניחום על ליבו, כדי שלא תצא נשמתו מהרה, וסירב לפתוח פיו כדי שתכנס בו האש וימות מהר יותר, אבל כשהציע הקלצטונירי, היינו הממונה על הוצאתו להורג, שירבה את השלהבת, ויטול את הספוגים, וכך ימות מהר יותר, הסכים רבי חנינא, ונשבע לו שהוא בן עולם הבא¹³¹. יש הסבורים, שמעשה הסרת הספוגים היה מותר מדין הסרת המונע¹³², מה גם שהשמת הספוגים היתה שלא כדין, בגדר הארכת חיי סבל של גוסס¹³³; יש מי שכתב, שהתנהגותו של רבי חנינא היתה רק מידת חסידות¹³⁴, ולכן

16; הרב ש. קוק, תורה שבעל פה, יח, תשל"ו, עמ' פב ואילך; הרב ב.צ. פירר, תחומין, ז, תשמ"ו, עמ' 219 ואילך; שו"ת יביע אומר ח"ב חיו"ד סי' כד. וראה להלן הע' 151 ואילך. [133] הרב ש. קוק, שם. וראה להלן הע' 164. [134] עיון יעקב ע"ז שם. [135] שו"ת ציץ אליעזר חיו"ח סי' מח אות ב. [136] שו"ת ציץ אליעזר חיו"ח סי' מח אות ב; הרב ש.ב. ורנר, תורה שבעל פה, יח, תשל"ו, עמ' לח ואילך. ובשו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד ענף ג כתב סברא זו, אך הסיק שעדיין צ"ע. וראה להלן הע' 220 ואילך. [137] שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עג אות ג. [138] כתובות קד א. [139] ר"ן נדרים מ א ד"ה אין מבקש. וראה להלן הע' 321. [140] ראה שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עג אות א.

[128] סוטה מו ב; בראשית רבה ט ח. במהות עיר זו, מבחינה זו שאין מלאך המוות שולט בה — ראה סוכה נג א; מהרש"א סוטה שם; עץ יוסף על עין יעקב, סוטה שם. [129] שו"ת הגרי"א הרצוג חיו"ד סי' קכ. וראה שם, שמביא דוגמא מדוד המלך, שכשעסק בתורה לא יכול לו מלאך המוות, כמבואר בשבת ל ב, ואם הפסיק ללמוד אין זה התאבדות; וכן בעניין רב חסדא, מו"ק כח א. [130] שו"ת חמדת צבי ח"ד סי' נד; שו"ת ציץ אליעזר חיו"ח סי' מח אות ג. וראה שם עוד תירושים. וראה להלן הע' 151 ואילך, בגדרי גרמא בנידון, ובגדרי הסרת המונע. [131] ע"ז יח א. בעניין התנהגותו של רבי חנינא בן תרדיון בגדרי איבוד עצמו לדעת, ראה ע' אבוד עצמו לדעת הע' 69. [132] הרב י. יאקאבאוויטש, הפרדס, שנה לא, חוב' א, תשי"ז, עמ' 28; שם חוב' ג, עמ'

קצרים¹⁴⁶.

מי שבלע צירעה — איננו יכול לחיות, אבל יש להשקותו רביעית חומץ חזק, כי אפשר שיחיה זמן קצר, ויוכל לצוות לביתו¹⁴⁷. מכאן משמע, שיש להאריך חיי שעה למטרת עריכת צוואה.

מעשה האשה הזקנה — מעשה באשה אחת שהזקינה הרבה, ובאה לפני רבי יוסי בן חלפתא, וטענה בפניו שעכשיו חיייה חיים של ניוול הם, והיא מבקשת להיפטר מן העולם. נתן לה עצה שתמנע עצמה מללכת לבית הכנסת שלושה ימים זה אחר זה, הלכה ועשתה כן, וביום השלישי חלתה ומתה¹⁴⁸. יש מי שכתב, שהיה זה בדרך של הסרת המונע¹⁴⁹, ויש מי שכתב, שלא הותרה הימנעות מפעולות מאריכות חיים, אלא דווקא בדרכים שהם שב ואל תעשה, ובדברים סגוליים¹⁵⁰.

דיני הסרת המונע — יועת למות¹⁵¹, למה הוצרך קוהלת לאמר כן? אלא כשאדם גוסס, כשנפש אדם יוצאה, אין צועקים עליו שתשוב נפשו, כי איננו יכול

סיפור דומה למעשה רבי יהודה הנשיא מתייחס לרבי יוחנן, שמרוב צער על מותו של ריש לקיש נעקרה ממנו דעתו ונשתטה, וביקשו חכמים רחמים עליו שימות¹⁴¹.

דין מפולת בשבת — מי שנפלה עליו מפולת בשבת, ומצאוהו כשראשו מרוצץ, אף על פי שאינו יכול לחיות אלא לפי שעה, מחללים עליו שבת, ומצילים אותו לחיי אותה שעה¹⁴². יש שהוכיחו מכאן, שיש לעשות הכל כדי להאריך כל רגע של חיים, שאם לא כן היה אסור לחלל שבת¹⁴³; לעומתם יש שהפרידו בין הדברים, ואף שמחללים שבת עבור חיי שעה, אין זו ראייה שהיבים להאריך כל חיים¹⁴⁴, ויתכן שהחיוב לחלל שבת עבור חיי שעה הוא דווקא במצב שאין סבל לחולה, או שיתכן שאחרי פעולת ההצלה ניתן יהא להקל על סבלו, כמו מי שנחרצץ מוחו, אבל במקום כאב וסבל, גובר שיקול זה על החיוב להאריך חיים¹⁴⁵. או שדין זה הוא דווקא כשמדובר בדבר חיצוני שממיתו, שחייבים להסיר אותו, אבל כאשר תהליך המיתה הוא טבעי, יתכן שאין חיוב להאריך חיי שעה

הצלה ורציחה. וראה עוד בשו"ת שבט הלוי ח"ח סי' רנג. [146] שו"ת תשובות והנהגות ח"א סי' תתסא. [147] גיטין ע א; ע"ז יב ב. וראה בפירוש גמרא זו בנשמת אברהם ח"ה האו"ח סי' שכט סק"א, בשם הגרי"ש אלישיב, הגרש"ז אויערבאך והגרא"י וולדינברג בדרכים שונות. [148] ילקוט שמעוני פ' עקב רמז תתעא; שם משלי רמז תתקמג. וראה על אגדה זו במדרש תלפיות ענף בית הכנסת; פתח הדביר או"ח ח"ג סי' רפה ס"א אות ב; מהר"ל מפראג, נתיבות עולם, נתיב העבודה פ"ה. [149] שו"ת חמדת צבי ח"ד סי' נד. [150] שו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' מז; שם ח"יח סי' מח אות ד. [151] קהלת

[141] ב"מ פד א. וראה מה שכתב בנידון בשו"ת שבט הלוי ח"ח סי' רנג. [142] יומא פה א; רמב"ם שבת ב יח; טוש"ע או"ח שכט ד. [143] שו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונ' רמת רחל סי' כח. [144] ראה שו"ת מנחת שלמה ח"א סי' צא אות כד; שו"ת שבט הלוי ח"ז סי' קעט; שם ח"ח סי' פו, וסי' רפז אות ג; שו"ת וישב משה ח"א סי' עו. וראה בשו"ת יחל ישראל ח"ב סי' פו. [145] שו"ת דברי משה סי' צה. ועוד יש להעיר על פי תוס' נידה מד א ד"ה איהו, שאף על פי שההורג גוסס פטור, בכל זאת מחללים עליו את השבת, וראה בשו"ת שרידי אש ח"ג סי' קכו, ומכאן שיש הבדל בין היתר חילול שבת לבין דיני

לחיות כי אם מעט ימים, ואותם ימים יסבול יסורים¹⁵². מכאן יש המוכיחים, שבמצב סופני המלווה בסבל, אין לעשות פעולות כלשהן להאריך את הגסיסה.

מהרה, כי גם זה ממחר יציאת נפשו¹⁵⁴. ולפי זה אם יש שם דבר, שגורם לנפשו שלא תצא, מותר להסיר אותו הגורם¹⁵⁵.

אסור לגרום למת שימות מהרה, כגון מי שהוא גוסס זמן ארוך, אסור להשמיט הכר והכסת מתחתיו, מכוח שאומרים שיש נוצות מקצת עופות שגורמים זה, וכן לא יזיזנו ממקומו, וכן אסור לשים מפתחות בית הכנסת תחת ראשו כדי שיפרד, אבל אם יש שם דבר שגורם עיכוב יציאת הנפש, כגון שיש סמוך לאותו בית קול דופק כגון חוטב עצים, או שיש מלח על לשונו, ואלו מעכבים יציאת הנפש, מותר להסירו משם, שאין בזה מעשה כלל, אלא שמסיר המונע¹⁵⁶.

בשלושת המקורות הללו הונחו היסודות למושג ההלכתי של מסיר המונע, וניתנו דוגמאות למותר ולאסור ביחס לחולה הנוטה למות. הפוסקים דנו בכמה פרטים מהדוגמאות שניתנו להסרת המונע; בעקרונות הכלליים, אשר מגדירים את גרדי הסרת המונע; וביישום ההגדרות הללו למצבים רפואיים בימינו.

דוגמאות, עקרונות וכללים בעניין הסרת המונע:

דוגמאות להסרת המונע — בענין השמטת הכר והכסת, יש שהתירו¹⁵⁷, ויש

אין גורמים לאדם שלא ימות מהרה, כגון שהיה אחד גוסס, והיה אחד קרוב לאותו בית חוטב עצים, ואין הנשמה יכולה לצאת, מסירים החוטב עצים משם, ואין משימים מלח על לשונו כדי שלא ימות, ואם גוסס ואומר שאינו יכול למות עד שישמוהו במקום אחר, אל יזוהו משם¹⁵³.

נראה לאסור מה שנוהגים קצת אנשים כשהמת גוסס, ואין הנשמה יכולה לצאת, ששומטין הכר מתחתיו כדי שימות במהרה, שאומרים כי יש במיטה נוצות של עופות שגורמים לנפש שלא תצא, וכמה פעמים צרחתי ככרוכיא להסיר המנהג הרע ולא עלה בידי, ורבותי חלקו עלי, והר"ר נתן איש איגרא ז"ל כתב על זה להתיר וכו', וודאי לעשות דבר שיגרום שלא ימות מהרה הגוסס אסור, כגון לחטוב עצים שם כדי שתתעכב הנשמה לצאת, או לשים מלח על לשונו כדי שלא ימות מהרה וכו', וכל כיוצא בזה מותר להסיר הגרמא ההוא, אבל לעשות דבר שיגרום מיתתו מהרה אסור, והלכך אסור להזיז הגוסס ממקומו וכו', ואסור גם לשים מפתחות בית הכנסת תחת מראשותיו של הגוסס כדי שימות

[155] שלטי גיבורים סביב הרי"ף, מו"ק טו ב. [156] רמ"א יו"ד שלט א. [157] הר"ר נתן איש איגרא, ורבותיו של השלטי גבורים, המובאים בשלטי גבורים שם; שירי כנה"ג יו"ד סי' שלט הגה"ט סק"ד; סי' מטה משה ח"ה בהלוויית המת סי' א.

ג ב. [152] סי' חסידים סי' רלד. וראה בסי' חסידים סי' תסו, שלכאורה סותר שיטתו בסי' רלד ובסי' תשכג, וראה במקור חסד על סי' חסידים שם; שו"ת ציץ אליעזר ח"ג סי' פט. [153] סי' חסידים סי' תשכג. [154] וראה לבוש יו"ד סי' שלט, שענין המפתחות הוא ענין סגולי.

עוד כל תקווה להציל את החולה, שהרי מצב כזה הוא אף ברור יותר ממצב של גוסס, שרק רובם מתים, אבל יש שנשארים בחיים, ובכל זאת התירו הסרת המונע¹⁶⁶; ויש הסבורים, שדין זה מוגבל רק לגוסס, ולא לכל נוטה למות על פי דעת הרופאים¹⁶⁷.

כל פעולה של הסרת המונע הגורמת להזנת הגוסס, אסורה מדין רציחה, ולא הותרו פעולות של הסרת המונע אלא אם כן אין הן מזיזות את הגוסס¹⁶⁸.

יש מי שחילק בין החובה שלא להתיימשך מן הרחמים, ואפילו חרב חדה מונחת על צווארו¹⁶⁹, שהוא רק לענין בקשת רחמים ותפילה, לבין הסרת המונע במקרים שאין בטיפול כזה עוד כל תועלת, אלא שהוא רק מאריך ומגביר את היסורים, שאז אין להוסיף עוד צער על ידי טיפולים, שזה כעושה מעשה בידים לצער, אלא ינהג בשב ואל תעשה¹⁷⁰.

יש שדנו בהבדל בין גרם רציחה – שהוא אסור, והעושה כן חייב בידי שמים בעוון רציחה, אבל לא נהרג בבית דין¹⁷¹, לבין פעולות שונות של הסרת המונע,

שאסרו¹⁵⁸. בטעמם של האוסרים: יש מי שכתב, שהוא טעם סגולי, משום שגולת הנוצות שבכר היא, שאם מסלקים אותם, הם מקרבים את מותו של הגוסס¹⁵⁹; ויש שכתבו, שהטעם הוא משום הזנת הגוסס¹⁶⁰.

בענין הסרת גרגיר המלח – יש שהתירו¹⁶¹; ויש שאסרו¹⁶². בטעם המתירים: יש הסוברים, שאין זה אלא נענוע קל ביותר, ולכן אינו כלום¹⁶³; ויש הסוברים, שכיוון שמלכתחילה עשו שלא כהוגן, שכן אסור היה לשים המלח שמרחיק את מותו, לכן מותר להסיר זאת, אלא שיעשו בנחת שלא יזיזו איבר¹⁶⁴. טעם האוסרים הוא, שיש בפעולה זו הזזה של הגוסס, ואף שהיא מועטה – אסור.

עקרונות בהסרת המונע – יש מי שכתב, שההיתר להסיר המונע הוא רק מפני היסורים שיש לגוסס, שבוודאי היתה קבלה לפוסקים אלו, שיש יסורים במצב כזה, שאם לא בגלל היסורים אין הצדקה להסיר המונע¹⁶⁵.

יש הסבורים, שדין היתר הסרת המונע חל בכל מקרה שהרופאים סבורים, שאין

יש להדגיש, כי הרמ"א שם מדבר על מי שהוא 'גוסס זמן ארוך', וקשה לומר שכונתו רק לגוסס שימות מיד, או בתוך שלושה ימים, כי אז לא מובן למה הוסיף 'זמן ארוך', ומכאן לכאורה שהגדרותיו נכונות לכל חולה הנוטה למות, ולא דווקא גוסס רגיל, וכדכתב בשו"ת ישכיל עבדי שם. וראה גם בקריינא דאגרתא להגר"י קנייבסקי, מכתב קצ. [168] ש"ך שם סק"ז; ט"ז שם סק"ב. [169] ברכות י א; ירושלמי ע"ז ג א. [170] שו"ת ישכיל עבדי ח"ז חו"ד סי' מ. [171] רמב"ם רוצח ב א.

[158] שלטי גבורים שם; רמ"א שם. וראה בשו"ת ציץ אליעזר ח"ג סי' פט, בשיטות השונות הנוגעות להשמטת הכר. [159] לבוש יו"ד סי' שלט ס"א. [160] פחד יצחק ע' גוסס (ט); ש"ך שם סק"ז; ט"ז שם סק"א. [161] שלטי גבורים שם; רמ"א שם. [162] ט"ז שם סק"ב. [163] נקודות הכסף שם. [164] בית לחם יהודה שם סק"ד. [165] שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עד אות א. [166] ראה שו"ת ישכיל עבדי ח"ז חו"ד סי' מ. Bleich [167] JD, *Judaism and Healing*, 1981, p. 141 אכן

מעשה הסרת המונע חוץ לגופו של הגוסס מותר, שאין כאן אלא קירוב מיתה, אבל מעשה בגופו של גוסס אסור, כי יש לו צער בהזזה¹⁷⁸.

כל מעשה שמקרב את מותו של הגוסס – אסור, אפילו אם אין המעשה בגופו של הגוסס; אבל דבר צדדי שמעכב את יציאת הנפש, מותר להסיר¹⁷⁹.

יש הסבורים, שאם עשו מתחילה מעשה שמאריך את הגסיסה שלא כהוגן, מותר להסיר אותה מניעה, ובתנאי שעושים זאת בנחת, בלי להזיז את הגוסס¹⁸⁰.

ההיתר להסיר את המונע הוא דווקא כשאי אפשר למנוע את הגסיסה; אבל אם יש סיכויים רפואיים להצילו אפילו לפי שעה, חייבים לטפל בו, ולחלל עליו את השבת¹⁸¹.

יש שחילקו בין מניעת דבר המקיים את האדם באופן טבעי, כגון אוכל ושתייה, שהמונעו נחשב כגרם רציחה; לבין דבר שאינו טבעי, אלא מחזיק את החיים בכוח

שאינו אלא בגדר מניעת הצלה, ובמקום שאין חובת הצלה, אין דין גרם רציחה¹⁷²; ויש מי שכתב, שכל גרמא ברציחה חייב, ואין לחלק בין הגרמות השונות, ולא התירו הסרת המונע אלא בדברים סגוליים, אבל דברים טבעיים ופיסיולוגיים המקיימים את החיים, אכן אסור להפסיקם מדין גרם רציחה¹⁷³.

הגדרות וכללים בהסרת המונע – בין האחרונים מצינו הגדרות והכללות על המותר והאסור ביחס להסרת המונע¹⁷⁴:

מותר להסיר דברים שאין בהם מעשה כלל, ובתנאי שאין נוגעים בגוסס כלל¹⁷⁵.

כל הדברים שאסרו לעשות בגוסס, כגון שאין קושרים לחייו וכיו"ב¹⁷⁶, הוא במצב שאין הנשמה רוצה לצאת כל כך מהרה, ואין שום דבר מונע מלצאת, אלא שלא הגיע זמנה, אז אין לעשות דברים אלו לקרב מיתתו; אבל כשהנשמה רוצה לצאת, אלא שיש דבר המונע אותה מלצאת, אז מותר להסיר דבר המונע, ואין זה מקרב מיתתו, שאלולא הדבר ההוא היתה הנשמה יוצאת¹⁷⁷.

תחומין, ג, תשמ"ב, עמ' 535 ואילך. [175] חכמת אדם קנא יד. [176] ראה ע' נוטה למות (2), דיני הגוסס. [177] שיעורי כנסת הגדולה י"ד שלט ב. יש להעיר, שזו הגדרה שמבחינה רפואית היא בלתי אפשרית ליישום. [178] שיוכנה"ג שם. [179] ערוה"ש י"ד שלט ד. יש להעיר, שהגדרה זו קשה ביותר ליישום מעשי. [180] בית לחם יהודה י"ד סי' שלט סק"ד; הרב ש. קוק, תורה שבעל פה, יח, תשל"ו, עמ' פב ואילך. וראה בשו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פט אות ט, ושם חי"ד סי' פב, שדחה שיטה זו. [181] שו"ת שבות יעקב ח"א חנו"ח סי' יג;

[172] הגר"ז גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך; הרב מ. הרש"ר, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך; הרב ג.א. רבינוביץ, הלכה ורפואה, ג, תשמ"ג, עמ' קב ואילך. [173] הרב ל.י. היילפרין, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך, הע' 7. שיטותיהם ומחלוקתם של הרב ל.י. הלפרין והרב ז.נ. גולדברג, נתפרסמו במוריה אלול תשל"ח; הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' קמו, קסט, קפא; עמק הלכה-אסיא, א, תשמ"ו, עמ' 64 ואילך; עמק הלכה, ב, תשמ"ט, עמ' 183 ואילך. [174] ראה א. שטינברג, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 424 ואילך. וראה עוד הרב א. כ"ץ,

סגולה או תכונה רפואית, שאז מניעתו והסרתו אינו בגדר גרם רציחה¹⁸².

2T. הטיפול בנוטה למות בהלכה

א. עקרונות הלכתיים-מוסריים

ערוך החיים – יש הסבורים, שערוך החיים הוא אינסופי, מוחלט, ובלתי ניתן לחלוקה וליחסיות: יש מי שכתב, שאף אם יבוא אליהו ויאמר שלא יהיה לאדם חיים אלא שעה או רגע, מכל מקום התורה לא חילקה בין הורג ילד, שיש לו לחיות כמה שנים, ובין הורג זקן בן מאה¹⁸³; יש מי שכתב, שאין שיעור וגבול לערכי חיים תכליתיים, שהם דבר שאין להם גבול ומידה, ואין לסמן בו הפרש בין חלק קטן ממנו, לבין רבוא רבואות שלו¹⁸⁴; יש מי שכתב, שערכם של חיי אדם הוא ללא שיעור, ולפיכך אינו ניתן לחלוקה, וכל חלק וחלק מהם הוא אינסופי. יוצא איפוא שלשבעים שנה אותו ערוך בדיוק כלשניה אחת. קיים חשש רציני שאם ידרגו את ערוך החיים לפי מידות יחסיות, עלולים להגיע למדדים שרירותיים שונים, כמו תועלת לחברה וכיו"ב¹⁸⁵; ויש מי שכתב, שהנשמה היא קניינו של הקב"ה, הוא הנותנה, ולו הבעלות הבלעדית ליטלה ממנו¹⁸⁶. לפיכך יש להאריך חיי כל אדם

בכל מצב ובכל תנאי¹⁸⁷.

לעומת יש הסבורים, שערוך החיים הוא אמנם ערוך מקודש ונעלה ביותר, ובתוך המסגרת הסדירה של חיי החברה, ועל פי סולם העדיפות של הערכים על פי תורת ישראל, החיים הם הנכס הקדוש ביותר¹⁸⁸, אך בכל זאת אין ערוך החיים ערוך מוחלט, שהרי יש ערכים העולים על ערוך החיים, כגון שלוש עבירות שיהרג ואל יעבור, יציאה למלחמה, ומיתה על קידוש ה'; ויש מצבים שבהם ניתן לדחות את החיים, כגון הרודף אחרי חברו להורגו, מיתות בית-דין על עבירות חמורות, והתאבדות בתנאים מסויימים. לפיכך יש להתחשב בערכים אחרים, כגון מניעת יסורים וסבל¹⁸⁹.

בעלות האדם על גופו – נחלקו הפוסקים בדין הנותן רשות לחברו להכותו, שיש המתירים לחבול בו¹⁹⁰; ויש הסבורים, שאפילו אם נתן לו חברו רשות לכך, אסור לחבול בו¹⁹¹. ומכל מקום לדעת הכל אסור להרוג את חברו, גם אם מבקש ממנו, שכן האדם איננו בעלים על גופו, כדי לגרום למותו¹⁹². לפיכך, אפילו במצב של מחלה סופנית, ואפילו בנוכחות סבל, אין זכות אוטונומית לאדם עצמו או לשלוחו לגרום למותו בידיים¹⁹³. אכן, נחלקו הפוסקים אם יש לאדם זכות אוטונומית להחליט על הימנעות מטיפול

שו"ת מנחת יצחק ח"ה סי' ז אות' ד-ג. [182] הרב ז.ג. גולדברג והרב ל.ג. היילפרין, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך. [183] מנ"ח מ' לד. [184] גשר החיים ח"א פ"ב ס"ב הע' 3. [185] הרפואה והיהדות, עמ' 152. [186] שו"ת ציץ אליעזר ח"י סי' כה פ"ו. [187] ראה להלן הע' 232. [188] ראה דברי השופט זילברג, ע"א

461/62, צים נ' מזיאר, פד"י, יז, עמ' 1333. [189] ראה להלן הע' 234 ואילך. [190] טורי אבן, מגילה כו א; מנ"ח מ' מח. [191] שו"ת הריב"ש סי' תפד; שו"ע הרב, הל' נזקי גוף ונפש, ס"ד; שו"ת יד אפרים סי' יד. [192] בעניין בעלות האדם על גופו ראה ע' הסכמה מדעת הע' 84 ואילך. [193] ראה להלן הע' 217 ואילך.

מאריך חיים במקום של מחלה סופנית, ובמקום של סבל רב¹⁹⁴.

היחס ליסורים – לכל הדעות יש להפחית את יסוריו של כל אדם ככל הניתן¹⁹⁵, וגם כשסנהדרין הוציאו אדם להורג בגלל פשעים חמורים, היו צריכים להשקותו סם, כדי שתיטרף דעתו, ולא יסבול בשעת חולה ככל הניתן בכאב וסבל¹⁹⁶. וכן מצינו דרשה של חז"ל על הפסוק¹⁹⁷ 'על זאת יתפלל כל חסיד אליך לעת מצא', לעת מצא זו מיתה¹⁹⁸, שימות במיתה יפה ונאה¹⁹⁹.

אכן, מוסכם על כל הפוסקים, שבכל מקרה אין היתר להרוג אדם בידיים כדי למנוע את יסוריו²⁰⁰. אלא שנחלקו הפוסקים, אם מניעת המשך היסורים בחולה הנוטה למות מצדיקה הימנעות מטיפול המאריך את חייו, או שגם בתנאים אלו יש לערך החיים חשיבות גדולה יותר מערך מניעת היסורים.

יש שהוכיחו מהגדרת התלמוד,

שיסורים שאין להם קיצבה קשים ממיתה²⁰¹, ומכאן שנוח לבני אדם יותר למות מלחיות חיי יסורים קשים, ורשאים הם להעדיף מיתה על יסורים שאין להם קיצבה, ולכן במקום יסורים קשים מותר לאדם להימנע מלקבל טיפול מאריך חיים²⁰². עוד יש מי שכתב, שדין הצלה נאמר דווקא במקום שנהנה הניצול מהארכת ימיו, וטוב לו שיאריכו לו ימיו, ואז גם מחללים עליו שבת להצלתו, אבל במקום שטוב מותו מחייו מחמת יסוריו, אין כלל דין הצלה. ולכן מי שסובל יסורים והוא נוטה למות, אין חיוב להאריך חייו להצילו²⁰³.

ולעומתם, יש המוכיחים שיסורים יכולים לעתים להיות זכות, בכך שהם מביאים לכפרת עוונות, ובעצם קיום החיים יש זכות, אפילו הם חיי צער ויסורים²⁰⁴. עוד יש מי שכתב, שיש מצווה להתרפאות בכל מצב, ולקיים מצות 'ונשמרתם מאד לנפשותיכם'²⁰⁵, ולהימנע מאיבוד עצמו לדעת²⁰⁶, וכופים על

[194] ראה להלן הע' 234 ואילך. [195] על היחס ליסורים ראה בהרחבה בע' יסורים. [196] סנהדרין מג א; תנחומא פקודי ב; רמב"ם סנהדרין יג ב. [197] תהלים לב ו. [198] ברכות ח א. [199] רש"י שם ד"ה לעת מצא. [200] ראה להלן הע' 217 ואילך. ובעניין התאבדות במקום יסורים – ראה ע' אבוד עצמו לדעת הע' 145 ואילך. [201] כתובות לג ב; תוס' שם ד"ה אלמלי; תוס' ע"ז ג א ד"ה שלא. אמנם ראה בשיטמ"ק כתובות שם, שלא משמע כן. ועוד יש להוסיף מהנאמר בביצה לב ב, שאחד משלושת המצבים שחייבהם אינם חיים הוא מי שיסורים מושלים בגופו. [202] שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עד אות ב; שו"ת ביצחק

יקרא, סי' נו. ובעין דמיון לכך נראה מדברי המהרש"א ח"א ברכות מז א, שאריכות ימים ושנים יותר מידי אינם טובים, עיי"ש. [203] הגר"ז גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך; הנ"ל, עמק הלכה, ב, תשמ"ט, עמ' 183 ואילך. וראה עוד בנידון בשו"ת וישב משה ח"א סי' עו; הרב מ. וינברגר, עמק הלכה-אסיא, עמ' 53 ואילך; הרב מ. הרשלה, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך; שו"ת ציץ אליעזר ח"י"ח סי' מ. [204] שו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונט' רמת רחל סי' כט; שם ח"י סי' כה פ"ו אות' ה-ו – על פי סוטה כב ב; רמב"ם סוטה ג כ. וראה תויו"ט סוטה א ט. [205] ראה ע' בריאות הע' 68 ואילך והע' 103 ואילך. [206] ראה ע' אבוד

המצוות²⁰⁷, וממילא חייבים להמשיך ולטפל בכל האמצעים²⁰⁸. אך יש לדחות, שכל זה מדובר כשיש אפשרות של ריפוי והצלה, שעל זה נאמר 'ורפא ירפא', ועל זה יש חיוב של 'ונשמרתם מאד לנפשותיכם', אבל כשהוא גוסס, ורוב גוססים למיתה, וכשהרופאים קובעים שאין להם עוד דרך להצלה, נראה פשוט שאין חיוב להאריך חיים מטעמים אלו.

יש פוסקים הסבורים, שבמצבים קיצוניים של צער וסבל מותר לאדם עצמו להתאבד, אך רוב הפוסקים חולקים על כך²⁰⁹.

נאמנות הרופאים – כל דיון הלכתי-מוסרי בנושא כה חמור צריך להתבסס על נתונים ועובדות נכונים ומדויקים ככל האפשר. לפיכך, יש לוודא שאמנם נעשה כל האפשר לברר את האבחנה, הטיפולים החלופיים, והתחזית, ושכן נקבעו כל העובדות על סמך חוות דעת של המומחים הראויים ביותר לטיפול באותו חולה²¹⁰. אחת העובדות שצריך להתחשב בהן היא אי-הוודאות והאפשרות לטעות בקביעה הרפואית של האבחנה, הטיפולים האפשריים, והתחזית; יתכן שינוי פתאומי ובלתי צפוי לטובה במצבו של החולה; יתכן חידוש רפואי, שעשוי להציל את החולה וכיו"ב²¹¹. אמנם ברוב המקרים ניתן להגיע להכרעה רפואית

ברורה ובדוקה של המצב הנתון, ולקבוע את הגישה המוסרית-הלכתית המתאימה, אך לעתים נוצר מצב של ספק בדברי הרופאים, ובמצבי פיקוח נפש יש להחמיר לטובת הארכת החיים²¹². ולכאורה היה מקום להחמיר בענייני פיקוח נפש, לחשוש למיעוט שיחיה, ולא לקבוע לעולם מצב של חולה סופני או גוסס על פי דברי הרופאים. אכן, מהעובדה שכבר חז"ל קבעו שרוב גוססים למיתה, ומשמע שידעו שמיעוט גוססים חיים, ובכל זאת התירו הפוסקים הסרת המונע בגוסס²¹³, משמע שסומכים על קביעת הרוב על ידי הרופאים. ומצינו שאף בפיקוח נפש לא חוששים למיעוט קטן ורחוק²¹⁴, ומה שחוששים בפיקוח נפש אפילו לספק רחוק, היינו דווקא אם יש סיכויים להחזיר החולה לחיים, אבל אם מבחינה רפואית נראה שנעשו כל המאמצים ואפסו התיקוות, למרות שיש מקרים שכשהמשיכו את המאמצים, הצליחו להחזיר את החולה לחיים, אלו מקרים רחוקים ויוצאים מן הכלל שאין לחוש להם, ואין הם עושים אפילו גדר ספק²¹⁵.

קבלת ההחלטות – לפי השקפת התורה יש להגיע להחלטה סופית על ידי שלושה גורמים עיקריים: החולה, הרופא והרב. כל אחד תורם את חלקו, מומחיותו וסמכותו, וההכרעה הסופית היא הלכתית, וכפי שיבואר להלן בפרטי המצבים

עצמו לדעת. [207] ראה ע' הסכמה מדעת הע' 87 ואילך. [208] מ. ויינברגר, עמק הלכה-אסיא, עמ' 53 ואילך. [209] ראה פרטי הדעות בע' אבוד עצמו לדעת הע' 145 ואילך. [210] ראה – Steinberg A, *Isr J Med Sci* 23:305, 1987. [211] ראה א. שטינברג, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ'

424 ואילך. [212] ראה ע' נאמנות הרופא. [213] ראה לעיל הע' 151 ואילך. [214] ראה שו"ת חיים שאל סי' כה; שו"ת מהר"ץ חיות סי' נב. [215] הרב מ. הרשלה, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך. אך ראה בשו"ת נצר מטעי סי' ל, שחשש אף לספק רחוק.

השונים. ראוי להדגיש את הממצאים של חוקרים שונים, שהיחס הנפשי לתהליך המיתה ולמוות עצמו נתפס בצורה חיובית ונוחה יותר על ידי אנשים בעלי אמונה דתית, אשר מוצאים כוחות נפשיים ונחמה רבה באמונתם בשעות הקשות הללו²¹⁶.

מה לומר לחולה הנוטה למות – ראה ערך גלוי מידע לחולה.

דיני וידיוי של הנוטה למות ונוסחאות שונות של וידיוי – ראה ערך וידיוי.

ב. המתה פעילה

איסור מוחלט – חולה נוטה למות, גם אם הוא סובל יסורים קשים, ואפילו הוא מבקש באופן צלול וברור שיהרגוהו, אין שומעים לו, וההורגו חייב מיתה כדין רוצח, שהרי אין הבדל בין ההורג את הבריא, או את החולה הנוטה למות, ואפילו הרג את הגוסס, נהרג עליו, כי עשיית כל פעולה שתגרום לקיצור החיים

אפילו ברגע אחד אסורה מדין שופך דמים²¹⁷. ובטעם הדבר, שאף במקום יסורים קשים אסור לאבד חיים בידיים, יש מי שכתב, שגזירה היא מלפני הקב"ה, וזה בוודאי רצונו שיהיו אנשים שימותו מיתה מהירה וקלה, ויהיו כאלה שימותו מיתה ממושכת וכואבת, ויתכן שהמת בעולם הזה בצורה קלה יידון בעולם הבא לרעה, ודווקא זה שמת ביסורים בעולם הזה, יתכפר לו חטאיו, ויזכה לעולם שכולו טוב²¹⁸.

חומר קטלני – הזרקת חומר רעיל שגורם למוות, דינו כרציחה, וחייב מיתה²¹⁹.

גוי – יש מי שכתב, שגם גוי אסור לו להרוג גוסס יהודי, ודינו בעניין זה כמו יהודי²²⁰; ויש מי שכתב, שהמתת חסד על ידי גוי מותרת, בתנאי שהחולה עצמו מבקש זאת מפאת רוב יסוריו²²¹.

יש מי שכתב, שהמתת חסד של גוי על

[216] ראה, Qvarnstrom U, In: Carmi A (ed), *Euthanasia*, 1984:137 [217] שבת קנא א; סנהדרין עח א; רמב"ם רוצח ב ז; ס' חסידים הוצאת מק"נ סי' שטו; רמ"א יו"ד שלט א; חכמת אדם קנא יד; ערוה"ש יו"ד שלט א; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד; שם חיו"ד ח"ג סי' קמ; שם חחו"מ ח"ב סי' עג אות א; שו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונט' רמת רחל סי' כט; שם ח"ט סי' מז; שם ח"י סי' כה פ"ו; הרב ש.ב. ורנר, תורה שבעל פה, יח, תשל"ו, עמ' לח ואילך; הרב נ. טעלושקין, אור המזרח, ניסן תשכ"א, עמ' 20; הרב י. מעסקין, הפרדס, שנה כה, חוב' ב, עמ' 17; הרב ש. קוק, תורה שבעל פה, יח, תשל"ו, עמ' פב ואילך; שו"ת נצר מטעי סי' ל; הרב ב.פ. טולידאנו, ברקאי, ד, תשמ"ז, עמ' 42 ואילך; שו"ת יחל ישראל ח"ב סי' פז. וראה דעת זקנים מבעלי

התוספות, בראשית ט ה, שגם בשעת השמד אסור להרוג אחרים, ורק להתאבד בשעת השמד יש מתירים – ראה ע' אבוד עצמו לדעת הע' 152 ואילך. [218] הרב ח.ד. הלוי, תחומין, ב, תשמ"א, עמ' 297 ואילך. וראה עוד בס' הכתב והקבלה, בראשית ט ה, שהביא מקור מהפסוק נגד המתת חסד, אפילו כשזה נעשה לטובתו של החולה הסובל יסורים קשים. [219] הרב י.ד. פרימר, הלכה ורפואה, ד, תשמ"ה, עמ' רצא ואילך. וראה שם, שדחה תשובות הגאונים בתראי רס"י מה, שכתבו שהריגת אדם על ידי סם אינו אלא גרמא. [220] שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עג אות ג. אך ראה שם סי' עד אות ב, שמשמע קצת אחרת, וי"ל. וראה עוד בשו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד ענף ג. [221] הרב ש.ב. ורנר, תורה שבעל פה, יח,

חוקיות²²⁸, שאנשים יודיעו מחיים בפירוש מה רצונם שיעשה בהם בעת שלא יוכלו לקבל החלטות בעצמם, ניסחו כמה גורמים יהודיים בארה"ב נוסחי צוואה מחיים המתאימים לדרישות ההלכה. המשותף להם, שהם מגדירים במפורש כמה חייבים להמשיך ולטפל בחולה, ובעיקר שהם מבקשים להעביר את כל ההכרעות בבעיות בלתי ברורות לרב אורתודוקסי. יש שהוסיפו גם פירוט הנחיות בקשר לקביעת רגע המוות, תרומת איברים להשתלה, וניתוחים לאחר המוות²²⁹.

יש מי שכתב, שאם הנחה אדם כשהיה בריא שלא יאריכו את חייו אם יחלה במחלת אלצהיימר ויהיה שוטה גמור, שומעים לו להימנע מפעולות מאריכות-חיים, אבל לא לפעולות שמקרבות את מותו²³⁰.

ממית עצמו – חולה נוטה למות, אשר סובל יסורים קשים מאד, אם המית עצמו בידיים, אין לו דין מאבד עצמו לדעת, ואין מונעים ממנו שום דבר הנוגע לקבורה, לאנינות, ולאבלות²³¹.

ידי יהודי אסורה. דין זה נכון גם אם הגוי החולה מבקש שיקרבו מותו מחמת יסוריו, וגם אם מתכוונים לטובתו של החולה כדי להקל על יסוריו. וכמו כן אסור ליהודי אפילו לאשר המתת חסד של גוי. טעמו: יש בזה גרם רציחה, לפני עיוור, וחילול השם²²²; ויש מי שכתב, שאם לפי דיני הגויים אין אסור על המתת חסד פעילה, מותר ליהודי שהוא מנהל בית החולים לאשר בחתימתו את המתת החסד של חולה גוי²²³.

גרם מיתה – אף הוא אסור מן התורה²²⁴. לפיכך, אסור לרופא לסייע להתאבדותו ולמותו של חולה הנוטה למות²²⁵.

צוואה מחיים²²⁶, שלפיה מבקש החולה שיהרגוהו, או שיפסיקו טיפולים חיוניים, או שימנעו מלתת לו טיפולים חיוניים, אינה מועילה, אם היא מכתובה תנאים שאינם תופסים על פי ההלכה²²⁷.

אכן, לאור הדרישות הגוברות בארה"ב בשנים האחרונות, כולל דרישות

Bleich JD, *Judaism and Healing*, Ch 24 [228] ראה להלן הע' 393 ואילך והע' 430 ואילך. [229] מסמכים כאלו נכתבו, בין השאר, על הרב י.ד. בלייך עבור אגודת ישראל בארה"ב; על ידי הרב ד.מ. טנדלר עבור הסתדרות הרבנים של ארה"ב; ועל ידי הרב מ. לאם, עבור המכון הלאומי של הוספיסים יהודיים בארה"ב. וראה בנספח ג. [230] שו"ת תשובות והנהגות ח"ג סוסי' שסג. [231] נהר מצרים, הל' אבלות סי' מז; הרב פ.ב. טולידאנו, ברקאי, ד, תשמ"ז, עמ' 42 ואילך. וראה בע' אבוד עצמו לדעת הע' 142-143 ואילך.

תשל"ו, עמ' לח ואילך. וראה לעיל הע' 136. [222] הרב י.ד. פרימר, הלכה ורפואה, ד, תשמ"ה, עמ' רצא ואילך. וראה עוד מאמרו של הרב א. נבנצל, אסיא, ד, תשמ"ג, עמ' 260. [223] שו"ת תשובות והנהגות ח"ג סי' שסה (וכן הרב מ. שטרנבוך, בשבילי הרפואה, ו, תשמ"ד עמ' מה ואילך). [224] רמב"ם רוצח ב ב – הגורם מיתה לחבירו, עון הריגה בידו, וחייב מיתה בידי שמים. וראה לעיל הע' 171 ואילך. [225] assisted suicide. וראה להלן ברקע האתי. [226] ראה להלן הע' 524 ואילך. [227] י. ויינברגר, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' צט ואילך;

להכרה, מותר להימנע מטיפולים כאלו, אבל אם יש סיכוי שיחזור להכרה, חייבים לטפל בו בכל האמצעים הרפואיים, גם אם יהיו כרוכים בסבל²³³.

ג. הארכת חיים, הימנעות מטיפול מאריך-חיים, הפסקת טיפול מאריך-חיים השיטות השונות בין הפוסקים:

יש הסבורים, שאם החולה הנוטה למות סובל מיסורים קשים, או אפילו סבל נפשי חזק מאד, ומבקש שלא יאריכו חייו בטיפולים שמוסיפים סבל, יש לו רשות להתנגד לטיפולים מאריכי חיים בשב ואל תעשה, ומותר להימנע מטיפולים כאלה²³⁴, ואם הוא מתנגד לטיפול, וספק גדול אם הטיפול יועיל להאריך ימיו, אי אפשר לכופו²³⁵. הטעם העיקרי הוא שהימנעות מטיפול איננה בגדר רציחה, אלא עבירה על 'לא תעמד על דם רעך'²³⁶. לפיכך, אם מדובר במצב שאין בו חיוב הצלה, ממילא

יש הסבורים, שאין להבדיל בין סוגי טיפולים שונים, ובין חולים שונים, אלא חייבים להמשיך ולטפל בכל חולה ובכל מצב, בכל האמצעים העומדים לרשות הרופא, כדי להאריך את חייו, כל עוד החולה מוגדר כחי. דבר זה נכון גם אם החולה סובל, וגם אם אינו מסכים לכך²³².

יש מי שכתב, שאם מדובר בחולה הנוטה למות שאיננו בהכרה, וגם הטיפולים מאריכי החיים לא יחזירוהו

וכל זה צע"ג. [233] שו"ת תשובות והנהגות ח"א סי' תתסא. וראה שם, שמביא שמועה על הגאון והצדיק ר' יחזקאל לוינשטיין, שביקש שכשיגיע למצב שיהיה ללא הכרה, שלא יעשו בו פעולות חיצוניות להאריך את חייו, כשלא יהיה שום סיכוי שיגיע לכלל דעת. [234] דברי שאול יו"ד סי' שלט ס"א; הרב י. יאקאבאוויטש, הפרדס, שנה לא, חוב' א, תשי"ז, עמ' 28; שם חוב' ג, עמ' 16; קריינא דאגרתא, מכתב קצ; הגרי"ש אלישיב, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח"ד חיו"ד סי' שלט סק"ב; שו"ת מנחת שלמה סי' ח"א סי' צא אות כד, ושם ח"ב סי' פב אות ד; הרב ד.מ. וולנר, התורה והמדינה, ז-ח, תשט"ו-י"ז, עמ' שטו ואילך; הרב מ. הרשלה, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך; תורת הרפואה עמ' 57 ואילך (הרב ש. גורן, מאורות, 2, תשמ"מ, עמ' 28 ואילך); שו"ת מעשה חושב ח"ג סי' ד-ה. וראה א. שטינברג, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 424 ואילך. [235] שו"ת תשובות והנהגות ח"ג סי' שסג סק"ד; שו"ת באהלה של תורה ח"א סי' נו. [236] ראה ע' לא תעמד על דם רעך.

[232] הרפואה והיהדות, עמ' 146 ואילך; שו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונ' רמת רחל סי' כח; שם ח"ט סי' מז; שם ח"ג סי' פז-פט; שם ח"ד סי' פ-פב; שם ח"ח סי' סב; שו"ת נצר מטעי סי' ל; Bleich JD, *Judaism and Healing*, Ch 24; Bleich JD, *Tradition* 30(3):51, 1996. וראה בקריינא דאגרתא להגר"י קנייבסקי, מכתב קצ שכתב: "בעיקר היסוד דכל מה שאפשר להאריך חיי החולה (אפילו אינו אלא לחיי שעה) צריכים לעשות, אמת שגם אני שמעתי בילדותי מימרא כזו, ולא ידעתי אם זהו מבר סמכא הוא, אבל בעיני דבר זה צע"ג, דביו"ד סי' שלט מבואר, דמותר להסיר דבר המונע פטירת החולה, ורק מעשה בגופו אסור לעשות. ואם כן להיות שב ואל תעשה, לכאורה (במקום שעי"ז יתווספו לו יסורים) לא מצאתי איסור. ואדרבה יש ללמוד למנוע מזה, עי' בבית לחם יהודה ביו"ד שם ד"ה מכח שאומרים, שאין לתת מלח להאריך הגסיסה, (ואולי גוסס שאני), אבל לכאורה כל שאינו אלא לחיי שעה, ואין בו הצלה ממש, דמי לנידון הגוסס, שהרי הגוסס הוא כחי לכל דבריו,

פקע האיסור הזה²³⁷.

שכתב, שכל שהחולה נמצא במצב סופני של מחלתו, אין חיוב לנקוט בכל פעולה שתאריך את גסיסתו ואשר תגרום לכאבים קשים, גם אם החולה נמצא ללא הכרה ואינו סובל²⁴².

יש הסבורים, שאם החולה הנוטה למות סובל, לא רק שאין חובה להאריך את סבלו, אלא מצווה וחובה להימנע מלהאריך את חיי הסבל שלו, ואסור לנקוט בפעולות שיאריכו את גסיסת הסבל שלו²³⁸.

ויש הסבורים שבתנאים מסויימים מותר אף להפסיק טיפול תומך-חיים לאחר שכבר החלו לתיתו²³⁹.

טיפולים שונים – באופן עקרוני יש חובה להמשיך בכל הטיפולים הממלאים צרכים טבעיים של החולה, כגון אוכל, שתיה וחמצן; או טיפולים יעילים לסיבוכים שכל חולה אחר היה מקבל אותם, כגון אנטיביוטיקה לדלקת ריאות, או דם למצב דימום חריף. דבר זה חייבים לעשות גם נגד רצונו של החולה. מאידך, אין חיוב לטפל באמצעים שמיועדים למחלה היסודית, או לסיבוכים קשים שברור שהחולה ימות מהם, ואין הטיפולים באים אלא להאריך את החיים במידת-מה, אבל אין כל סיכוי שטיפולים אלו יביאו להחלמה ולריפוי, ובוודאי אם

במצב של תירדמת – יש מי שכתב, שאם החולה הנוטה למות שרוי בחוסר הכרה מוחלט, ולא ברור שהוא סובל יסורים, חייבים לטפל בו בכל האמצעים, כולל החייה²⁴⁰; יש מי שכתב, שגם חולה בתירדמת עמוקה סובל, ולכן מותר גם בו להימנע מהארכת חייו²⁴¹; ויש מי

1988; Brody B (ed), *Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes*, Kluwer Academic Pub, 1989, pp. 39ff. [239] ראה להלן הע' 256 ואילך. [240] הגרי"ש אלישיב, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח"ד חיו"ד סי' שלט סק"ב. [241] שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד ענף ג; שם חח"מ ח"ב סי' עד אות א. [242] הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח"ד חיו"ד סי' שלט סק"ב. בדידי הווי עובדא, בעת שאמור'ר זצ"ל היה בשלבי מחלתו הסופניים, כשהוא מונשם עקב אי-ספיקה נשימתית, מטופל בדיאליזה בגלל אי-ספיקת כליות חריפה, מדמם בגלל DIC, ובחוסר הכרה מוחלט, והוא קיבל עירוי של nor-epinephrin ששמר על לחץ-דמו, ופסק לי הגרש"ז אויערבאך, שאין להפסיק את העירוי, אך כשהחומר בשקית יגמר, אין לחדש עוד את העירוי. ואמנם לאחר שנגמר החומר בעירוי, החזיר אמור'ר זצ"ל את נשמתו הזכה

[237] ראה שו"ת באהלה של תורה שם. אמנם ראה חיד' הגר"ח על הרמב"ם יסודי התורה ב א, ובגליונות החזו"א על הגר"ח שם, וראה חזו"א ב"מ ליקוטים סי' כ ד"ה ס"ב, ויו"ד סי' סט סק"ב. [238] שו"ת בית יעקב סי' נט; שו"ת ישכיל עבדי ח"ז חיו"ד סי' מ; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד ענף ג; שו"ת וישב משה ח"א סי' עו; שו"ת שבט הלוי ח"ו סי' קעט (אמנם ראה בתשובת הגר"ש וואזנר בראש כרך ג של אנציקלופדיה זו, מהדורה ראשונה, עמ' יט, ובספרו שו"ת שבט הלוי ח"ח סי' רנא אות ד, שנוטה לומר שרק אין חיוב להאריך חיי גוסס הסובל, עיי"ש. וראה עוד בשו"ת שבט הלוי ח"ח סי' פו, וסי' רפו אות ג); שו"ת דברי משה סי' צה. וכן משמע מהקריינא דאגרתא להגרי"י קנייבסקי מכתב קצ. וראה עוד – Rabbi Tendler MD and Rosner F, *Tradition* 28(1):18, 1993; Brody B, *Life and Death Decisions Making*, Oxford University Press,

הטיפולים הללו יגבירו את הכאב והסבל, ובוודאי אם אין החולה מסכים לכך. בהגדרות אלו כלולים החייה, הנשמה, ניתוחים, דיאליזה, כימותרפיה, הקרנות וכיו"ב²⁴³.

אסור לעשות זאת²⁴⁴. לפיכך יש להימנע מלהתחיל כל טיפול חדש שיאריך את חיי הסבל של החולה ללא תוחלת, כולל טיפול אנטיביוטי וכיו"ב; יש להפסיק לבצע בדיקות שונות, כגון בדיקות דם המיועדות לעמוד על מצבו של החולה, הואיל והחולה סובל, ואין בבדיקות אלו שום תועלת; אין צורך להמשיך ולנטר את החולה במצב זה, היינו להמשיך ולבדוק את לחץ הדם, קצב הלב, וריווי החמצן (למרות שדברים אלו נעשים באופן אוטומטי במכשירים המחוברים לחולה מקודם), ואין צורך לתקן את מצבו של החולה על פי הנתונים שייראו על המסך, הואיל והחולה סובל, ואין בבדיקות אלו שום תועלת²⁴⁵.

אכן, אם הגיעו הרופאים למסקנה, שאפסו כל הסיכויים להציל את חיי החולה, למרות מאמצים טיפוליים מירביים ביחידה לטיפול נמרץ, וכגון שהגיע החולה לאי-ספיקה סופית ובלתי הפיכה של לפחות שלוש מערכות חיוניות בגופו, ואשר כל הרופאים המטפלים בו החליטו שאפסו הסיכויים להציל את חייו, ומותו על פי מהלך מחלתו צפוי בתוך זמן קצר מאד, ודווקא בתנאי שהרופאים מעריכים שהחולה סובל — יש הסבורים, שמותר להימנע, לשנות, או להפסיק איבחונים וטיפולים שונים, בתנאי שבפעולות אלו לא ימות החולה מיד, אף שבעקבות הפעולות הוא ימות ממחלתו בתוך מספר שעות, ובתנאי שהשינויים יתבצעו באופן הדרגתי, תוך ביקורת ומעקב אחרי מצבו של החולה לאחר ביצוע השינויים. בכל מקרה אסור לעשות פעולה שתביא למותו המייד של החולה, ואפילו אם יש ספק שהפעולה תביא למותו המייד של החולה,

באופן פרטני נידונו בין הפוסקים המצבים הבאים:

מזון ונוזלים — כל הפוסקים קבעו, שאסור להפסיק מזון ונוזלים מחולה אנוש כדי לקרב מיתתו, ודבר זה אסור אפילו בשב ואל תעשה²⁴⁶. טעמם: אכילה היא דבר טבעי, שכל בני האדם ובעלי חיים מוכרחים לזה, והמונע מזון מאדם נחשב כרוצח²⁴⁷, וכבר קבעו חז"ל²⁴⁸ שמיתה

והטהורה לבוראו לאחר כ-15 דקות. [243] שו"ת מנחת שלמה סי' צא אות כד; הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו"ד סי' שלט סק"ד; הגרש"ז אויערבאך, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' קלא; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד; שם חח"מ ח"ב סי' עג אות א. [244] ראה א. שטינברג, חוב' אסיא, סג-סד, תשנ"ט, עמ' 18-19, בשם הגרש"ז אויערבאך, והגר"ש וואזנר. [245] א. שטינברג, שם. [246] שו"ת מנחת שלמה סי' צא אות כד; שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עד אות ג; הרב מ.

הרש"ר, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך; שו"ת בית אבי' חח"מ סי' קנג; הגר"נ גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64; הרב ד.צ. קצבורג, תל תלפיות, כרך ל, 1923, עמ' 66; כל בו על אבלות ח"א עמ' 21; י. לוי, נועם, טז, תשל"ג, עמ' נג ואילך. [247] כמבואר בסנהדרין עז א, וברמב"ם רוצח ג י — הכופת את חברו והניחו ברעב עד שמת וכו', הרי הוא רוצח, ודורש דמים דורש ממנו דם, וכן משמע מדברי הר"ן על הרי"ף שבעות ד"י, בענין שבועה שלא יישן ג' ימים. [248] ב"ב ח ב.

ברעב היא המיתה הקשה ביותר. ואם

החולה מסרב לאכול, צריך לשכנעו ולהסביר לו את החשיבות באכילה. אם בכל זאת מסרב – יש מי שכתב, שאין לכפות עליו את האוכל בכוח, כשהוא גדול ובר-דעת²⁴⁹; ויש מי שכתבו, שחייבים להאכילו אפילו נגד רצונו²⁵⁰. ומכל מקום בחולה שלהערכת הרופאים אפסו כל הסיכויים להציל את חייו, והוא סובל, מותר להפסיק את ההזנה העל-וורידית של החולה, היינו המזון המרוכז הניתן לו דרך הווריד, ולהעביר את ההאכלה דרך הפה בזונדה, או אפילו להסתפק במתן מים וסוכר דרך הווריד²⁵¹.

יש מי שכתב, שגם אם נפסק העירוי התוך-ווריד, חייבים לחדשו²⁵²; ויש מי שכתב, שאם נפסק העירוי ולא חידשוהו, אין כאן מעשה בידיים, ולכן לא ניתן להגדירו בגדרי רציחה²⁵³.

אכן ברור שיש להאכיל ולהשקות את החולה הנוטה למות בשיטה, בכמות ובאיכות כזו שלא תיגרם לתופעות-לוואי

ולנוזקים בגין ההאכלה²⁵⁴.
חמצן – אסור להפסיקו מחולה הנוטה למות²⁵⁵.

החייאה והנשמה – בין הטיפולים שמותר להימנע מלתת לחולה נוטה למות הוא החייאה וחיבור למכשיר הנשמה. אכן נחלקו רבני דורנו במקרה שחיברו חולה נוטה למות למכשיר הנשמה, האם מותר לנתקו ממנו, כשהרופאים סבורים שאפסה כל תקווה. יש הסוברים, שמותר לנתק חולה סופני ממכשיר הנשמה, ואף חובה על הרופאים לעשות כן, כדי למעט היסורים²⁵⁶. טעמם: מכשיר הנשמה הוא בגדר מעכב יציאת הנפש באופן מלאכותי, ועל כן מותר להסירו. אם לכתחילה עשו שלא כהוגן להאריך חיי הגוסס, מותר לסלק גורם זה, ולאפשר לחולה למות; אך רוב הפוסקים סבורים, שבשום מקרה אסור לנתק חולה ממכשיר הנשמה²⁵⁷. טעמם: מכשיר הנשמה הוא דבר חיוני לחיים, הוא פיסיוולוגי, הוא מחובר לחולה, ואינו בגדר מעכב יציאת הנפש, ולכן זהו גרם

סי' ל; הרב ב. רבינוביץ, אסיא, א, תשל"ו, עמ' 197 ואילך. וראה מאמרו של הרב ב.פ. טולידאנו, ברקאי, ד, תשמ"ז, עמ' 42 ואילך, שהתיר הסרת מכשיר הנשמה מחולה שאין לו נשימה עצמונית, ואפסו התקוות להצילו. וכן ראה שו"ת משנה הלכות ח"ז סי' רפו (והגר"מ קליין, בשבילי הרפואה, ח, תשמ"ז, עמ' טז ואילך). וראה גם – Brody B, In: Pellegrino ED and Faden AI (eds), *Jewish and Catholic Bioethics*, Georgetown University Press, 1999, pp. 17-24. [257] ראה שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' קלב; שו"ת בית אב"י חח"מ סי' קנג; שו"ת ציץ אליעזר ח"ז סי' עב אות יג; הרב ב.צ. פירר, תחומין, ז, תשמ"ו, עמ' 219 ואילך; י. לוי,

[249] שו"ת אגרות משה שם. [250] שו"ת מנחת שלמה שם; תורת הרפואה, עמ' 49 ואילך (הרב ש. גורן, הרפואה, קכד:516, 1993). [251] שמעתי מפי הגרש"ז אויערבאך, והגר"ש וואזנר. [252] הרב י.י. פרנקל, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 463 ואילך. [253] י. לוי, נועם, טז, תשל"ג, עמ' נג ואילך. [254] ראה לעיל ברקע הרפואי. [255] שו"ת אגרות משה חח"מ סי' עג אות א; שו"ת מנחת שלמה סי' צא אות כד; שו"ת בית אב"י חח"מ סי' קנג. יש שלמדו זאת מהמבואר ברמב"ם רוצח ג י – בנה עליו מקום עד שמנע ממנו הרוח, נהרג עליו, שזה כמו שחנקו בידו. [256] הרב ח.ד. הלוי, תחומין, ב, תשמ"א, עמ' 297 ואילך; הנ"ל, עשה לך רב, ח"ה,

רציחה בידיים; ויש מי שסבורים, שבגוסס וודאי, כגון שיש לו סימני מוות מוחי על פי בדיקות קליניות²⁵⁸, מותר לנתקו בהדרגה ממכשיר הנשמה, אבל בסתם חולה נוטה למות, אסור לנתק את מכשיר הנשמה, שכן פעולה זו עלולה לגרום למותו המידי של החולה²⁵⁹.

לשיטת האוסרים לנתק חולה ממכשיר הנשמה – יש מי שכתבו, שהדרך העדיפה היא לחבר חולה מסוכן למכשיר הנשמה כשיש צורך בכך, ולחבר את המכשיר לשעון הדומה לשעון שבת. השעון יפעיל את מכשיר הנשמה לפרקי זמן קצובים, ויפסיק את פעולתו לזמנים קצרים, ואם בעת ההפסקה יתברר שהחולה מת, ינתקוהו מהמכשיר²⁶⁰; יש מי שכתב, שכאשר מפסיקים את פעולת מכשיר הנשמה לצורך טיפול בחולה או במכשיר, כגון לניקוי הפרשות מן הריאות, אין חיוב לחזור ולחבר את המכשיר

לחולה, אם התברר שאינו נושם עוד²⁶¹; יש מי שכתב, שאם הפסיקו את פעולת מכשיר הנשמה לצורך הטיפול בחולה או במכשיר, מותר להימנע מלחבר את החולה חזרה למכשיר הנשמה, אם מצבו מצדיק הימנעות המשך טיפול מאריך-חיים מבחינת ההלכה²⁶²; ויש הסבורים, שבחולה שהרופאים הגיעו למסקנה שאפסו כל הסיכויים להציל את חייו, למרות מאמצים טיפוליים מירביים ביחידה לטיפול נמרץ, ואם הערכת הרופאים היא שהחולה סובל, מותר להוריד את קצב הנשמה של מכונת הנשמה עד למידה שהחולה עדיין נושם בכוחות עצמו, ומותר להוריד את ריכוז החמצן המוזרם לחולה על ידי המכונה עד ל-21%, שהוא הריכוז של החמצן באויר הרגיל שכולנו נושמים במצב רגיל²⁶³.

יש מי שכתב, שבמקרה שקיימת שאלת קדימות, מותר להפסיק את מכשיר

נועם, טז, תשל"ג, עמ' נג ואילך; הרב יו. פרנקל, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 463 ואילך; הרב א. כ"ץ, תחומין, ג, תשמ"ב, עמ' 535 ואילך. וראה עוד בשו"ת יחל ישראל ח"ב סי' פז. [258] ראה ע' רגע המוות. [259] הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו במאמר של א. שטינברג, אסיא, חוב' נג-נד, תשנ"ד, עמ' 5 ואילך (עמ' 15). וראה באסיא שם עמ' 26, שכך פירש הגרש"ז אויערבאך גם את דעתו של הגר"מ פיינשטיין; דעת הרבנים הגר"ש ואזנר, הגר"מ הלברשטם והגר"י נויבירט, כפי שפסקו ביום י' בשבט תשס"ד בשאלה של תינוק שאובחן על ידי בבית חולים שערי צדק כמצב של מוות מוחי, ולשאלתי התירו לנתקו בהדרגה ממכשיר הנשמה. [260] שו"ת ציץ אליעזר ח"ג סי' פט. יש להעיר, שלשיטת הרב וולדינברג לא מובנת עצה זו, שכן לדעתו כל עוד ליבו של החולה פועם, דינו כחי לכל דבריו; וגם סבור הוא, שכל עוד החולה חי, חייבים לטפל בו בכל

האמצעים האפשריים (ראה לעיל הע' 204, והע' 232). ואם כן אין מקום להימנע מטיפול רצוף במכשיר הנשמה כל עוד הלב פועם, ובדיקת פעילות הלב איננה תלויה בפעולת המכשיר, וצ"ע. אמנם לשיטות הפוסקים שאין חובה לטפל בחולה הנוטה למות בכל הטיפולים – ראה לעיל הע' 234 ואילך, יועיל השעון הזה להפוך את הטיפול של מכשיר הנשמה מטיפול רציף שהפסקתו הוא בגדר הריגה, לטיפול בדיד, שכל מחזור טיפולי הוא החלטה חדשה של הימנעות מהמשך טיפול. וראה להלן ברקע המשפטי. על ההצדקות המוסריות לשימוש בקוצב זמן על מכשיר הנשמה ראה – Ravitsky V, *BMJ* 2005, 330:415. [261] שו"ת אנרות משה חיו"ד ח"ג סי' קלב. [262] הרב ז.ג. גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך. [263] ראה א. שטינברג, חוב' אסיא, סג-סד, תשנ"ט, עמ' 18-19, בשם הגרש"ז אויערבאך, והגר"ש וואזנר.

ההנשמה ממי שאין סיכויים לחייו, כדי לתיתו למי שיש סיכויים לחייו²⁶⁴, ויש מי שחולק ואוסר הפסקת מכשיר ההנשמה גם בתנאים אלו²⁶⁵.

יש מי שכתב, שחולה המוגדר כטריפה²⁶⁶, מותר להפסיק ולנתק את מכשיר ההנשמה, אך מוטב לעשות זאת בדרך שהחולה לא ימות מיד עם הפסקת המכשיר²⁶⁷, ויש מי שאוסר²⁶⁸.

יש מי שכתב, שחולה המוגדר כטריפה²⁶⁶, מותר להפסיק ולנתק את מכשיר ההנשמה, אך מוטב לעשות זאת בדרך שהחולה לא ימות מיד עם הפסקת המכשיר²⁶⁷, ויש מי שאוסר²⁶⁸.

יש מי שכתב, שחולה המוגדר כטריפה²⁶⁶, מותר להפסיק ולנתק את מכשיר ההנשמה, אך מוטב לעשות זאת בדרך שהחולה לא ימות מיד עם הפסקת המכשיר²⁶⁷, ויש מי שאוסר²⁶⁸.

בעניין תרופות שניתנות למחלות

תינוק שריאותיו אינן מפותחות, ואין הוא יכול לחמצן את דמו, וגם ברור שטיפול בהנשמה מלאכותית ובתרופות לא יועילו לו, ניתן לחברו למכשיר חדיש ומיוחד אשר מחמצן את דם התינוק מבלי לעבור דרך הריאות²⁶⁹. ההנחה היא שבמשך מספר ימים יגיעו הריאות לבשלות מספקת, ואז יוכל לנשום דרך ריאותיו. אכן, אם מתברר בוודאות שריאותיו לא יגיעו לתיפקוד, מותר לנתקו ממכשיר זה, ואפילו אין לפנינו תינוק אחר הזקוק למכשיר זה, מכיוון שלא היה לתינוק זה חזקת חיים עצמיים²⁷⁰.

י"ד שלט א; שו"ת ישכיל עבדי ח"ז חיו"ד סי' מ; שו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונ' רמת רחל סי' כח – שהאריכו במחלוקת זו. [273] הרב מ. הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך; הרב ב.פ. טולידאנו, ברקאי, ד, תשמ"ז, עמ' 42 ואילך. [274] הרב י. יאקאבאוויטש, הפרדס, שנה לא, חוב' א, תשי"ז, עמ' 28; שם חוב' ג, עמ' 16. [275] שו"ת אגרות משה חח"מ סי' עג אות א. וראה מה שכתב שם בסי' עג אות ה; שו"ת מנחת שלמה סי' צא אות כד; שו"ת בית אביי חח"מ סי' קנג; הרב מ.ד. וולנר, התורה והמדינה, קובץ ז-ח, תשט"ו-י"ז, עמ' שטו ואילך. [276] ראה א. שטינברג, חוב' אסיא, סג-סד,

[264] הרב ז.ג. גולדברג, שם. וכן משמע דעת הגרש"ז אויערבאך במכתבו שפורסם באסיא, חוב' נט-ס, אייר תשנ"ז, עמ' 48 ואילך. [265] הרב ל.ג. היילפרין, שם (המחלוקת בין הגר"ז גולדברג לבין הגר"ל היילפרין הובא גם בשו"ת מעשה חושב ח"ג סי' ד-ה). [266] ראה ע' טרפה, חלק ב. [267] הרב ז.ג. גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך. [268] הרב ל.ג. היילפרין, שם. [269] הכוונה למכשיר ECMO. [270] הגרש"ז אויערבאך והגר"ש אלישיב, הובאו דבריהם בנשמת אברהם ח"ה חיו"ד סי' שלט סק"ג. [271] שו"ת בית יעקב סי' נט. [272] שו"ת שבות יעקב ח"ג סי' יג. וראה בגליון מהרש"א

אפילו אם לדעת הרופאים הינו חולה סופני הנוטה למות, בכל התרופות והטיפולים הרפואיים השגרתיים כפי הצורך.

חלילה לקרב קיצו של חולה סופני, כדי להקל על סבלו, על ידי הימנעות ממתן מזון או טיפולים רפואיים. כל שכן שאסור לקרב קיצו על ידי מעשה [למעט אם ברור שאלו הן שעותיו האחרונות, שאז גם לטלטלו אסור, מכיוון שהוא גוסס].

להלן רשימת טיפולים רפואיים כפי שנוסחה על ידי רופאים בכירים.

לאור האמור לעיל, על משפחות החולים הסופניים לדאוג ולבקש, שהחולים יקבלו את הטיפולים, לפי העקרונות האמורים לעיל.

וע"ז באעה"ח: יוסף שלו' אלישיב שלמה זלמן אויערבאך שמואל הלוי ואזנר ש.י. נסים קרליץ

אלו הטיפולים הרפואיים כפי שנוסחו על ידי רופאים בכירים:

יש להזין את חולה הסופני, ובמידת הצורך גם על ידי זונדה או פיוס קיבה. כמו כן יש לתת עירוי נוזלים לוריד, זריקת אינסולין, מורפיום במינון מבוקר,

אחרות בחולה הנוטה למות, או לסיבוכים הניתנים לריפוי בתוך המצב הסופני, כגון אינסולין לחולי סוכרת, אנטיביוטיקה לזיהומים שונים כמו דלקת ריאות או דלקת בדרכי השתן, דופאמין לשמירה על ערכי לחץ הדם, תרופות הניתנות באופן מניעתי למנוע קרישים או דימומים, כמו הפרין וכיו"ב – יש הסוברים, שאם ברור לדעת הרופאים, שאין עוד תקווה להציל את חיי החולה, והערכת הרופאים היא שהחולה סובל, יש להימנע מלהאריך חייו גם על ידי תרופות כאלו²⁷⁷; ויש הסבורים, שחייבים להמשיך ולטפל במחלה המשנית, אשר הטיפול בה נחשב כיעיל, אף על פי שהוא חולה במחלה סופנית אחרת, וצריך לעשות כן אפילו נגד רצונו של החולה²⁷⁸.

ניתוחים – חולה הנוטה למות שסובל מנמק ברגליו, אך הוא מסרב לעבור ניתוח לכריתת הרגל הנימקית – יש מי שכתב, שיש לשכנעו להסכים לניתוח, אך אין לכפות עליו, ואם עומד בסירובו, מותר להימנע מניתוח זה²⁷⁹.

פסק הלכה – בכסלו תשנ"ה נתפרסם פסק הלכה בעניין החולה הנוטה למות, חתום על ידי ארבעה מגדולי הדור בישראל, וזה לשונו:

"מדין תורה חייבים לטפל בחולה,

תשנ"ט, עמ' 18-19, בשם הגרש"ז אויערבאך, והגר"ש וואזנר. [277] הרב י. יאקאבאוויטש, הפרדס, שנה לא, חוב' א, תשי"ז, עמ' 28; שם חוב' ג, עמ' 16; שו"ת ישכיל עבדי ח"ז חיו"ד סי' מ. [278] שו"ת אגרות משה חחוי"מ ח"ב סי' עד אות ב; שם סי' עה אות ד; הגרש"ז

אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו"ד סי' שלט סק"ד; הרב נ. טעלושקין, אור המזרח, שנה ח, ניסן תשכ"א, עמ' 20; הרב ש. גורן, הרפואה, קכד: 516, 1993. וראה להלן אחרי הע' 279. [279] שו"ת באהלה של תורה ח"א סי' נו. וראה בע' הסכמה מדעת הע' 66-67, בעניין

אנטיביוטיקה ומנות דם".

מאשר למות מיד, אך אם בכל זאת אינו רוצה ביסורים, יש לשמוע לו²⁸².

הפסקת טיפול – באופן עקרוני מותר רק להימנע מטיפול מאריך-חיים, אבל אסור להפסיק טיפול שכבר הוחל בו, אפילו אם מדובר בטיפולים בלתי שגרתיים ומכוננים למחלה הסופנית, שכן מעשה כזה נחשב כמעשה בידיים, בעוד שהימנעות מטיפול היא שב ואל תעשה²⁸⁰.

ההחלטה להימנע מטיפול מאריך חיים בחולה הנוטה למות שסובל הוא דווקא לאחר שכל הרופאים הסכימו שאין עוד סיכויים להצילו, ואין לסמוך רק על מספר קטן של רופאים מומחים²⁸⁴, אבל אם יש סיכויים למנוע את הגסיסה, חייבים לטפל²⁸⁵.

מצב חירום – כל הדיונים אם להימנע מטיפולים מסויימים אם לאו נוגעים רק לחולים כרוניים ומוכרים, שלאחר שיקול דעת הוחלט שהטיפול הוא עקר ומוסיף סבל; אבל כשמגיע חולה בלתי מוכר באופן דחוף, יש לבצע את כל הפעולות הנדרשות להצלת חייו, עד שיש יכולת לברר את מצבו לאשורו.

טיפולים נצרכים – גם מי שהוחלט על פי דין, שמותר להימנע מלהאריך את חייו, מכל מקום כל עוד הוא חי חייבים לטפל בו באותם דברים שהוא נצרך להם, ובעיקר למנוע כאבים, ועל דבר זה מותר אף לחלל שבת²⁸⁶.

רצון החולה – אם אי אפשר לרפא את החולה, אלא שהטיפול מועיל רק להאריך ימי החולה ביסורים, צריך להודיע לחולה ולשאול אותו אם רוצה שיתנו לו טיפול זה, אבל אם אין החולה רוצה לחיות בחיי צער אלו, אין לתת לו טיפול כזה²⁸¹.

חובות הרופא – חולה בחיי שעה, שהמשפחה מתנגדת להמשיך פעולות הצלה, ומצד החוק אסור לרופא המטפל לעבור על בקשה זו, שאם לא כן הוא עלול להפסיד את פרנסתו ותעודתו, אין הוא מחוייב להשתדל עוד להחיות חולה זה, ולא חל עליו איסור ללא תעמוד על דם

אם החולה ירא שמים, ולא נטרפה דעתו, רצוי מאד להסביר לו, שיפה שעה אחת בתשובה בעולם הזה מכל חי העולם הבא, ויש זכות לסבול בעולם הזה יותר

משה חח"מ ח"ב סי' עד אות א. [284] שו"ת אגרות משה שם. [285] שו"ת שבות יעקב ח"א סי' יג. [286] ראה שו"ת אחיעזר ח"ג סוסי' סה; ביאה"ל סי' שכט ס"ב. וראה מאמרו של הרב צ. שכטר, חוברת בית יצחק, ישיבה-אוניברסיטה, תשמ"ו, עמ' 104 ואילך.

כריתת רגל נמקית בחולה שאיננו נוטה למות. [280] ראה א. שטינברג, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 424 ואילך. וראה לעיל הע' 234 ואילך, פרטים שונים בעניין כלל זה. [281] שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עה אות א. [282] שו"ת מנחת שלמה סי' צא אות כד. [283] שו"ת אגרות

את שרירי גלגלי העינים. יש מי שכתבו, שמותר להימנע מלחבר חולה כזה למכשיר הנשמה, בגלל הסבל הרב שיסבול בשארית חייו על המכונה, ובפרט אם ביקש החולה דבר זה בהיותו בריא²⁹¹, ואם החולה הזה סובל מדלקת ריאות, יש לתת לו אנטיביוטיקה דרך הפה, אבל אם אינו רוצה שיאריכו חייו, לא מחוייבים לתת לו טיפול תוך ווריד²⁹². יחד עם זאת יש להדגיש, כי החלטה להימנע מהנשמה מלאכותית אין פירושה הזנחת החולה, וקיימות שיטות טיפול להקלת מצבו הסופני²⁹³. כמו כן יש לציין, כי קיימות שיטות טיפול זמניות פחות פולשניות, אשר מייצבות את המצב ולעתים אף משפרות אותו²⁹⁴. עוד יש לציין תוצאות של מחקרים אחדים ששימוש במכשירי הנשמה שונים בחולים כרוניים במחלות שריר-עצב לא שינו לרעה את איכות חייהם הבסיסית, ואלו מבין חולי מחלת טרשת צד חוט השדרה שבחרו בשיטת הטיפול עם מכשירי הנשמה ביתיים, היו מרוצים מהחלטתם. אמנם המטפלים בחלקם הגדול דיווחו על קשיים רבים²⁹⁵.

רעף²⁸⁷.

איכות חיים ותנאים אחרים בחולה – גיל החולה, מצבו השכלי, מצבו הכלכלי-חברתי, וכל דבר המוגדר כ"איכות חיים" ירודה, אינם מהווים גורמים בשיקולי הטיפול או אי-הטיפול בחולה הנוטה למות²⁸⁸. רק יסורים של החולה מהווים שיקול בהכרעת ההלכה אם להאריך חיי חולה נוטה למות אם לא²⁸⁹.

בתקופה האחרונה מצינו דיונים מיוחדים ביחס למספר מצבים סופניים:

מחלת טרשת צד חוט השדרה²⁹⁰ – היא מחלה ניוונית מתקדמת של השרירים, שסיבתה לא ידועה. היא גורמת בהדרגה לשיתוק מלא של כל השרירים, כולל שרירי הנשימה, פרט לשרירי גלגלי העינים. במצב מתקדם של המחלה אין החולה יכול להזיז שום חלק מגופו, וגם לא להפעיל את שרירי הנשימה, והוא מת מחנק, אלא אם כן מחברים אותו למכשיר הנשמה, שאז הוא יכול, כאמור, להניע רק

ח"ד חו"ד סי' שלט סק"ב; שו"ת יחל ישראל ח"ב סי' סב. וראה עוד מאמרו של הרב מ. הלפרין, אסיא, חוב' נט-ס, אייר תשנ"ז, עמ' 61 ואילך. [292] הגרש"ז אויערבאך, שם. [293] ראה – Tandan R and Bradley WG, *Ann Neurol* 18:271, 1985; O'Brien T, et al, *BMJ* 304:471, 1992; Norris EH, *BMJ* 304:459, 1992. [294] ראה – Braun SR, et al, *Neurology* 37:1874, 1987; Segall D, *Chest* Miller JR, et al, *Neurology* 93:1298, 1988. [295] ראה – et al, *Dev Med Child Neurol* 32:1078, 1990; Gilgoff IS, et al, *J Pediatr* 115:904, 1989; Moss AH, et al, *Neurology* 43:438, 1993. וראה עוד במאמר R and Block S, *N*

[287] שו"ת ציץ אליעזר חי"ח סי' מ. [288] שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עד אות א; שם סי' עה אות ז. [289] ראה לעיל הע' 201 והע' 233 ואילך. [290] ALS = amyotrophic lateral sclerosis. זוהי הצורה השכיחה ביותר מתוך קבוצת מחלות ה-neuron disease. על הנתונים הרפואיים, הטיפוליים, האפידמיולוגיים, והאטיולוגיים ראה Pradas J, et al, *Neurology* 43:751, 1993; Ringel SP, et al, *Neurology* 43:1316, 1993; Rowland LP, *Ann Neurol* 35:129, 1994; Rowland LP, *N Engl J Med* 330:636, 1994. [291] הגרש"ז אויערבאך, הגרי"ש אלישיב, הגרי"מ לאו – הובאו דבריהם בנשמת אברהם

רעך' שייכת בכל חולה, ואפילו אם עקב החיאתו תישאר אשתו עגונה לשנים רבות³⁰³, ומפני שאין לנו שום קנה-מידה לקבוע ערכם של חיים, וגם ראינו שטעו הרופאים, ואנשים שהוגדרו כצמח שבו להכרתם ולדעתם³⁰⁴; אבל אם יש לחשוש שהוא סובל, יש שמשמע מהם, שמותר להימנע מלהאריך את חייו³⁰⁵, וכן אם הטיפול יגרום להעירו מתרדמתו, אך עקב כך יסבול סבל נפשי ו/או פיזי חמור, מותר להימנע מפעולה כזו³⁰⁶; ויש אומרים, שכאשר החולה מגיע לדום לב או להפסקת נשימה מתוך מהלך המחלה, לא צריך לבצע בו החיאה, אבל אם דברים אלו קרו פתאום, ללא קשר ישיר להידרדרות הצפויה של המחלה, יש לבצע החיאה, בתנאי שהדבר אינו גורם סבל לחולה, אבל אם הדבר גורם לו סבל, לא צריך לבצע החיאה, ומכל מקום צריכים להמשיך בטיפולים הרגילים, כגון אנטיביוטיקה וכיוצא³⁰⁷. עוד יש מי שכתב, שילדיו חייבים בכבודו, וצריכים לבקרו אף אם נראה שאין הוא מרגיש בכך כלל³⁰⁸.

קיימות עוד מחלות רבות של מערכת שריר-עצב²⁹⁶, אשר מתבטאות בקשיים גוברים והולכים להפעיל את שרירי הנשימה, בדומה למצב במחלת טרשת צד חוט השדרה²⁹⁷. בסקרים שונים התברר, שילדים שסבלו כל ימיהם ממחלות כגון אלו, ואשר הגיעו לגיל בו יכלו להביע רצונם, העדיפו שיבצעו בהם פעולות החיאה והנשמה מלאכותית קבועה בשיטות שונות²⁹⁸.

מצב 'צמח'²⁹⁹ – ברור שאסור להורגו, אסור לקחת ממנו איברים להשתלה, ופשוט שלענייני אישות הרי הוא כחי, ואשתו היא אשת איש³⁰⁰. יתר על כן, חולה כזה איננו מוגדר כגוסס או כחי שעה, שכן תוחלת חייו היא ארוכה, ויכול לחיות יותר מי"ב חודש. לפיכך יש אומרים, שחייבים להחיותו ככל חולה אחר, שמחוייבים להחיות ולהציל במה שאפשר לכל אדם, בלא חילוק בחכמתו ובדעתו³⁰¹, וכן יש חובה להוציא הוצאות ככל הנדרש להחיותו כמו לכל אדם אחר³⁰², שכן מצות 'לא תעמוד על דם

הרבה, ולא ברור אם דעתו כנ"ל גם במי שאין סיכוי לרפאותו, כפי שמקובל כיום ביחס לחולים שהוגדרו רפואית כ'צמח'. [302] שו"ת תשובות והנהגות ח"ב סי' תמח. [303] הרב י. זילברשטיין, בשבילי הרפואה, ט, תשמ"ט, עמ' פ; שו"ת ציץ אליעזר חי"ח סי' יט אות ב. [304] שו"ת ציץ אליעזר, שם. [305] שו"ת אגרות משה שם. וראה לעיל, בדעת הרופאים אם חולה במצב כזה אכן סובל. [306] שו"ת דברי משה סי' צה; שו"ת שבט הלוי ח"ח סי' רנג. [307] הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח"ד חיו"ד סי' שלט סק"ב. [308] שו"ת תשובות והנהגות ח"ב סי' תמח.

על הקשיים הנפשיים והחברתיים הגורמים לחולים אלו לבקש קיצור חייהם. [296] *neuromuscular diseases*. כגון – Spinal Muscular Atrothies = SMA; Duchenne Muscular Dystrophy = DMD; שיתוק ילדים = polio ועוד. [298] ראה – Bach JR, et al, *Am J Phys Med Rehabil* 70:129, 1991. [299] ראה לעיל הע' 89 ואילך. [300] הרב מ. הרשלר, הלכה ורפואה, ה, תשמ"ח, עמ' שו ואילך. [301] שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עה. אך משמע מדבריו, שמדובר במי שאין לו יסורים, והריפוי הוא כדי שיהיה בריא, ויוכל לחיות זמן

ד. משככי כאב

תנאי ההיתר – דין זה כפוף לתנאים הבאים: הטיפול ניתן במטרה להקל על הכאב, ולא כדי לקרב את מותו של החולה; הרופא המטפל מכיר היטב את דרכי הטיפול הללו; מצבו של החולה אינו כה חמור, שזריקה אחת של מורפיום עלולה להפסיק את נשימתו, ואף זה מותר אם הוא מחובר למכשיר הנשמה³¹³. יש הטוענים, שמתן נרקוטיקה יש בכוחה אף להאריך את החיים, שכן במניעת הכאב והסבל מרגיש החולה יותר טוב, ויכול לאכול ולשתות בצורה טובה יותר³¹⁴.

סמים מסוכנים – חולה הנוטה למות, אשר מבקש שיתנו לו סמים כמו קוקאין או לס"ד, כדי שירגיש טוב ויפליג לעולם של הזיות, מותר למלא את רצונו, כי יש בכך כדי להקל על סבלו ויתכן שבכך גם יאריכו ימיו במקצת³¹⁵.

ה. תפילה למותו של החולה הנוטה למות

דוגמאות מהתנ"ך והתלמוד – מצינו בתנ"ך ובחז"ל כמה דוגמאות, שאנשים

ההיתר – הטיפול במשככי כאב, כגון בתרופות מקבוצת הנרקוטיקה – מותר, אף אם יש חשש רחוק, שהם עלולים לקרב את מותו של החולה הנוטה למות, שכן כאב וסבל הוא מצב של מחלה, ומותר לטפל בזה כמו בכל מחלה אחרת, למרות שיש סיכונים מסויימים בטיפולים, מה גם שהסיכון הוא מיוזערי³⁰⁹, וכן מפני שזו דרך טיפול מקובלת בחולים הסובלים מיסורים קשים, וכיוון שכך נוהגים שייך בזה הכלל 'שומר פתאים ה'³¹⁰, והרי זה בבחינת דבר שאינו מתכווין בלא פסיק רישא. אם החולה בהכרה – יש מי שכתב, שצריכים להודיעו על מתן משככי הכאבים ועל הסיכונים הכרוכים בכך, ואם אינו בהכרה, או חוששים להודיעו על מצבו המסוכן, מותר לתת לו טיפול משכך כאבים, כי מן הסתם כל אדם רוצה להשקיט את כאביו³¹¹. יש מי שכתב, שמותר לתת מורפיום גם בשלבי הגסיסה כדי להקל על תחושת המחנק הגורמת ייסורים קשים, ויש לשאול את פי החולה אם רוצה טיפול כזה³¹².

אמנם ראה מאמרו של הרב א. נבנצל, אסיא, ד, תשמ"ג, עמ' 260 ואילך, שאם משככי הכאב גורמים לקיצור חייו של החולה, אסור מדין רציחה ממש. אך הביא שם מהגרש"ז אויערבאך להתיר הטיפול במשככי כאבים, שאין כל זריקה בפני עצמה מקצרת חיי החולה בהכרח, אלא מבין רבות מתקצרים חייו. וראה עוד מאמרו של הרב י. מ. לאו, תורה שבעל-פה, כה, תשמ"ד, עמ' נח ואילך. [314] שו"ת בית אבי חור"מ סי' קנג; שו"ת ציץ אליעזר ח"ג סי' פז. [315] הגר"ש אלישיב, הובאו דבריו במאמרו של הרב י. זילברשטיין, תחומין, כג, תשס"ג, עמ' 213

[309] ראה לעיל הע' 56 ואילך. [310] שו"ת מנחת שלמה ח"ב סי' פב אות א. [311] שו"ת מנחת שלמה, שם. [312] הגר"י זילברשטיין, אסיא, חוב' נט-ס, אייר תשנ"ז, עמ' 52. [313] הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם, חו"ד סי' שלט סק"ד; שו"ת אגרות משה חור"מ ח"ב סי' עג אות א, וכתב שם, שהדבר מותר בתנאי שלא יקצר את חייו אף רגע, וכשעדיין איננו גוסס; שו"ת בית אבי חור"מ סי' קנג; שו"ת ציץ אליעזר ח"ג סי' פז; שם חו"ד סי' קג; שו"ת תשובות והנהגות ח"ג סי' שסא; Bleich JD, *Judaism and Healing*, Ch. 24

התפללו על עצמם שהקב"ה ימיתם, כדי לגואלם מיסוריהם, כגון אליהו³¹⁶, יונה³¹⁷, וחוני המעגל³¹⁸. ממקורות אלו משמע, שמותר לאדם להתפלל על עצמו שימות, כשהוא סובל מאד³¹⁹.

עוד מצינו דוגמאות אחדות בחז"ל, שביקשו חכמים רחמים על חולה גוסס, או על חולה שניטלה ממנו דעתו – שימות³²⁰, ובעיקר יש לציין את סוף ימיו של רבי יהודה הנשיא, שאמתו התפללה עליו שימות בגלל יסוריו הרבים, אבל חכמים לא הסכימו איתה, והמשיכו להתפלל לחייו³²¹. וכן את סוף ימיו של רבי יוחנן, שנטרפה עליו דעתו עקב מותו של ריש לקיש, והתפללו עליו חכמים שימות³²².

ואמנם יש מי שכתב, שלפעמים טעות היא להתפלל על אריכות ימים יותר מידי, כי אריכות ימים ושנים יותר מידי אינם טובים³²³.

הלכה למעשה בשאלה אם מותר להתפלל על חולה אנוש שמתפתל מיסורים שימות מהרה – יש מי שאסרו, ובמיוחד אסורים בכך קרובי המשפחה, שיש להם טירדה יתירה סביב החולה³²⁴; יש מי שכתבו, שקרובי החולה אינם רשאים להתפלל עליו שימות, כי יש לחשוש שרצונם להיפטר מטירחתם, ועוד שאין זה שורת דרך ארץ ורחמנות משאר בשר, ומאידך אין לומר שיתפללו להאריך חייו כשהם מלאים סבל, ולכן ביחס לקרובים שב ואל תעשה עדיף, אבל אחרים, הרשות בידם להתפלל שימות³²⁵; יש מי שכתב, שאין הכוונה שמותר להתפלל בפירוש שימות החולה, אלא מותר להתפלל שיצילהו הקב"ה מיסוריו בכל דרך אפשרית, וממילא משמע גם על ידי מיתתו³²⁶; ויש מי שכתב, שמותר להתפלל למותו של חולה הנוטה למות כשיש לו יסורים קשים ואין סיכוי שיחזור לתפקוד שכלי, אבל אם הוא בדעה צלולה, או שיש סיכוי שיחזור לדעה צלולה, אסור להתפלל למותו³²⁷. אך רוב הפוסקים

ואילך. וראה שם נימוקים שונים נגד מתן הסמים, שנדחו על ידי הגר"ש אלישיב. [316] מל"א י"ט ד. [317] יונה ד ג. [318] תענית כג א. [319] וכן כתב בשו"ת בנין אריאל עמ' 61. [320] ראה תענית כג א; ב"מ פד א. וראה בנפש חיה (מרגליות) סי' רצב; שו"ת ציץ אליעזר חי"ח סוסי' מח. וראה ירושלמי שבת פי"ט טוה"ב, בעניין רב אדא בר אבהו, שהתענה על פצוע דכא או כרות שפכה שימות, מכיוון שאסור לבוא בקהל. [321] כתובות קד א. וראה לעיל הע' 138 ואילך. [322] ב"מ פד א. [323] מהרש"א חי"א ברכות מז א. [324] סי' ישרי לב (לבעל נדיב לב) חי"ד אות ח סק"ז. וכתב שם שדווקא במקרה של רבי, שהתחוננים מבקשים אותו ומעכבים מיתתו, וגם דצדיק גמור כמוהו לא היה צריך ליסורים כל כך לכפרת אשמות, מה שאין

כן אנשים רגילים; שו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונ' רמת רחל, סי' ה; שם ח"ז סי' מט פי"ג אות א; שם ח"ט סי' מז; שם ח"י סי' כה פי"ו; שם חי"ח סי' מט אות ה; שם חי"ט סי' י אות א. [325] שו"ת חקקי לב ח"א חי"ד סי' נ; עשה לך רב, ח"ה סי' קיב. וראה עוד שם, ח"ט סי' כב; הרב י.מ. לאו, תורה שבעל-פה, כה, תשמ"ד, עמ' נח ואילך. [326] שו"ת באר משה ח"ח סי' רלט סק"ד; שו"ת תשובות והנהגות ח"ב סי' תשלח. וראה עוד שו"ת חמדת צבי ח"ד סי' נד. וראה בשו"ת תשובות והנהגות ח"ב סי' פב, שהביא שמועה מראש ישיבת פוניבו' הגר"ש רוזובסקי, שביקש ממבקרו במחלתו האחרונה שיתפללו שהקב"ה יפרידנו מן היסורים, וביאר שבקשה זו יכולה להתקיים או על ידי שהוא יעזוב, או על ידי שהיסורים יעזבו. [327] שו"ת תשובות

התירו להתפלל למותו של חולה נואש, הסובל מיסורים קשים³²⁸.

עוד יש מי שכתב, שדין זה נאמר דווקא ליחידי סגולה, שאמנם יתפללו שהחולה ימות כדי שייצל מהיסורים³²⁹. ועוד יש מי שכתב, שאין דבר זה מסור לכל אדם לדעת מתי הזמן להתפלל למותו של אדם, ולכן לא מביאים הפוסקים דין זה בפירושו³³⁰.

יש מי שכתב, שכשנפש אדם יוצאה, אין צועקים עליו שתשוב נפשו, כי איננו יכול לחיות כי אם מעט ימים, ואותם ימים יסבול יסורים³³¹.

מי שנמצא זמן רב במצב 'צמח', ולא ידוע שיש לו יסורים, יש מי שכתב, שאין להתפלל למותו, אבל מכל מקום אפשר להפסיק להתפלל לרפואתו³³².

והנהגות ח"ב סי' פב. [328] תפא"י סוף יומא, בבוועז אות ג; תפארת יעקב, על תפא"י יומא פ"ח מ"ז בבוועז. וראה שבט יהודה יו"ד סי' שלט סק"א; ערוה"ש יו"ד שלה ג; שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עג אות א; שם סי' עד אות א, ואות ד; כל בו על אבלות ח"א עמ' 20; הרב ש. קוק, תורה שבעל פה, יח, תשל"ו, עמ' פב ואילך; שו"ת נצר מטעי סי' ל; הרב ז. גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך, פ"ה, ושו"ת בנין אריאל עמ' 61; הרב ש. גורן, הרפואה, קכד: 516, 1993; שערים המצויינים בהלכה סי' קצד סק"ב; שו"ת משנה הלכות ח"י סי' רא-רב. ראייתם מדברי הר"ן נדרים מ א ד"ה אין מבקש וז"ל: פעמים שצריך לבקש רחמים על החולה שימות, כגון שמצטער החולה בחוליו הרבה, ואי אפשר לו שיחיה. בהעמק שאלה על השאלות, אחרי, שאילתא צג, סק"ט, הביא ראייה לדעת הר"ן מגמ' ר"ה יז א. ובשו"ת דברי משה סי' צה אות א, הביא ראייה מענין רבי יוחנן — ב"מ

חולה נוטה למות שהתייאשו הרופאים מלרפאותו בדרכי הטבע, יש מי שכתב, שלא ירבו להתפלל לרפואתו, ואפילו הוא גברא רבה, כי אם לא ייענו לתפילתם יש לחוש לרפיון האמונה, אלא מוטב להתפלל שייטב הקב"ה לחולה וייטב למשפחתו, ולא יזכירו רפואה בדווקא³³³. והוא על פי מה שכתבו הפוסקים, שאין לו לאדם להתפלל לבקש דבר שאינו כפי הטבע, או לעשות לו נס, ואף שיש יכולת בידי הקב"ה לעשות זאת³³⁴.

נוסח תפילה — יש מי שכתב נוסח תפילה זו:

"אנא ה', בכח רחמיך הרבים, וברוב חסדיך הגדולים, יהי רצון מלפניך, שתוציא ממסגר אסיר, נפש פלוני או פלונית, ותוציאהו מיסורים במהרה בימינו, והרוח תשוב אל האלקים אשר נתנה"³³⁵.

פד א, וכדלעיל הע' 322. וראה בשו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונ' רמת רחל סי' ה, מה שדחה ראייתו. ואף שנאמר (ברכות י א) אפילו חרב חדה מונחת על צווארו של אדם אל ימנע עצמו מן הרחמים, מובא בשם הגרש"ז אויערבאך שהדיוק הוא כשהחרב מונחת על צווארו, ולא כשהיא כבר חותכת את צווארו — ראה ועלהו לא יבול, ח"ב עמ' קלב. [329] שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עד אות ד. [330] שו"ת שבט הלוי ח"י סי' רצב אות ג. וראה בפאר הדור, ח"ד עמ' לד, בשם חו"א, שיש להתפלל גם עבור חולה חשוך-מרפא, ואין זו תפילת שווא, כי תמיד יש עוד תקווה אולי תימצא רפואה. [331] ס' חסידים סי' רלד. [332] שו"ת שבט הלוי ח"י סי' כו אות א. [333] הליכות שלמה ח"א פ"ח הע' 56. [334] ס' חסידים סי' תשצה; גיליון רעק"א על שו"ע או"ח סי' רל. [335] פחד יצחק ע' גוסס (ז). וכתב שם, שיתירו כל הקללות.

ה. רקע אתי

המעורבים בטיפול בחולה הנוטה למות, כשהם בעלי רקע תרבותי והשקפתי שונה, ולפיכך הם מייצגים דעות שונות ביחס לשאלה מה ראוי לעשות לחולה הסופני, ומה בלתי ראוי לעשות לו.

חילון החברה, הקורא תגר על מושגים ועקרונות מתחומי הדת והאמונה בכלל, ועל עניינים יסודיים הנוגעים לנוטה למות בפרט.

הציבור בכללותו מעורב כיום במידה רבה יותר בבעיות המוסריות הנוגעות לרפואה בכלל ולנוטה למות בפרט. דבר זה בא לידי ביטוי במעורבות תיקשורתית כתובה ואלקטרונית, ובמעורבות משפטית וחקיקתית.

המשאבים המוגבלים ברפואה משליכים גם על הבעיות המוסריות הנוגעות לחולה הנוטה למות, ומהווים אחד השיקולים בתהליך קבלת ההחלטות ביחס לחולים סופניים, שכן חולים אלו נזקקים לטיפולים יקרים מאד.

השאלות המוסריות הנוגעות לטיפול בחולה הנוטה למות כוללות את הנושאים הבאים:

האם יחסי חולה-רופא ומטרות הרפואה במצבים אלו שונים מאותם יחסים ומטרות במצבים רפואיים רגילים? מה הם הערכים המוסריים, שיש להם שייכות לדיון ביחס לחולה סופני? מה הם דרכי הטיפול וההתייחסות האפשריים והראויים במצבים סופניים? מי רשאי ומוסמך לקבל החלטות סופיות ביחס לגישה ולטיפול בחולה סופני?

כללי – בשנים האחרונות הפכה הבעיה של החולה הנוטה למות להיות הבעיה המוסרית רפואית החמורה ביותר, והיא מעוררת ויכוחים סוערים בכל חלקי הציבור.

מספר סיבות חברו יחדיו בשנים האחרונות, וגרמו להחרפה ניכרת בבעייתיות המוסרית של נושא זה:

הקידמה האדירה בידע המדעי-רפואי ובאמצעים הטכנולוגיים הביאה להדברת מחלות חריפות ומדבקות, אשר בעבר היוו את סיבות המוות העיקריות לתמותה בגילים צעירים. אי לכך התארכה תוחלת החיים הממוצעת באופן משמעותי. יתר על כן, הקידמה הטכנולוגית והרפואית מאפשרת כיום להאריך חיים בתנאים ובמצבים שבעבר היו בלתי אפשריים. דא עקא, הארכת החיים לא תמיד מביאה לשיפור מקביל באיכות החיים, ולפעמים סובלים הנותרים בחיים מהפרעות קשות בתיפקודי איברים שונים, כאבים פיזיים, תיפקוד שכלי לקוי, וסבל גופני ונפשי חמור.

מרבית האנשים מתים כיום בבתי חולים, או בבתי אבות, שהם סביבה זרה ומנוכרת להם, כשהם מחוברים למכשירים רבים, וכשהם מוקפים באנשים זרים ועסוקים. זאת בניגוד למצב בעבר בו רוב האנשים מתו בביתם, כשהם מוקפים באוהביהם, ונמצאים בסביבתם הטבעית והמוכרת להם.

ברפואה המודרנית רבים הם האנשים

העובדה שהמערכת הרפואית והסיעודית איננה יכולה להביא לריפוי ולהחלמה נותרת בעינה החובה המוסרית שלא לנטוש את החולה במצבו הקשה, לסעוד אותו, לתמוך בו נפשית וחברתית, ולהקל על סבלו ועל כאביו.

אכן, החינוך הרפואי עד ראשית המאה ה-21 לא נתן משקל לגישה הנאותה של הרופא לחולה הנוטה למות. סטודנטים לרפואה אינם נחשפים לדילמות הכרוכות במצב זה, רופאי הבית אינם יודעים כיצד להתמודד עם הבעיות הכרוכות במצב של חולה הנוטה למות, והגישה החינוכית-מדעית של הרפואה המודרנית רואה במוות כשלון רפואי. לפיכך, מעטים הם הרופאים היודעים לטפל כראוי בחולה הנוטה למות.³³⁸

עקרונות מוסריים ומעשיים

העקרונות הרלוונטיים – מספר עקרונות מוסריים נוגעים לנושא החולה הנוטה למות.³³⁹

ערך החיים, איכות החיים, אוטונומיה, הטבה לזולת, מניעת נזק מהזולת, חלוקה צודקת של משאבים מוגבלים.

בנוסף לעקרונות הבסיסיים הללו, יש

יחסי חולה-רופא במצבים סופניים – היחס לחולה הנוטה למות שונה במטרותיו מהיחס הרגיל של רופא כלפי חולה, שכן רק חלק מהמטרות הרגילות של הרפואה ניתנות ליישום במצב סופני. מטרות הרפואה הרגילות כוללות הארכת חיים, טיפול יעיל לצורך החלמה מלאה או חלקית, שיקום, תמיכה נפשית בחולה ובבני משפחתו, ומניעת מחלות וסיבוכים. תפקיד הרופא במצבים סופניים הוא בעיקר תמיכה נפשית בחולה עצמו ובבני משפחתו, מניעת כאב וסבל, והתמודדות אמינה עם תהליך המוות ועם הנוטה למות.

ואמנם אחד התפקידים החשובים ביותר של רופא ביחסו לחולה הנוטה למות הוא להפחית עד כמה שניתן את הכאב והסבל של החולה ושל בני משפחתו, דבר שהוא אפשרי כיום במקרים רבים.³³⁶ הרופא המטפל חייב להיות בעל ידע מקצועי בדרכי הטיפול הנכונות במשככי כאבים, ועליו להיעזר באנשי מקצוע נילוויים כגון פסיכיאטרים, אחיות, פסיכולוגים, אנשי דת, ועובדים סוציאליים לשיפור המצב הנפשי של החולה ושל משפחתו, ולעזור להם בהתמודדות עם המוות הקרב ובא.³³⁷

בכל מקרה יש חשיבות עליונה לאי-נטישת החולים הנוטים למות. למרות

ment, 1983; Angell M, *N Engl J Med* 306:98, 1982; McGivney WT and Crooks GM, *JAMA* 251:1182, 1984; Levy MH, *Semin Oncol* 12(4):394, 1985; American Pain Society, *Clin Pharmacy* 9:601, 1990 וראה עוד בע' יסורים ברקע המדעי. [338] ראה – Rubinow A, *IMAJ* 7:3, 2005. [339]

[336] ראה ע' יסורים ברקע המדעי. [337] יש עבודות רבות המסכמות את דרכי הטיפול הנאותות בכאב ובסבל של חולים נוטים למות – ראה President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: *Deciding to Forego Life-Sustaining Treat-*

מושג מקביל לערך החיים הוא קדושת החיים, היינו היחס אל חיי אדם, על פי תפיסה נורמטיבית, המחייבת מתן עדיפות מעשית עליונה לשמירה על חיי אדם מפני כל סכנה משמעותית הנשקפת להם, בין נוכח סכנה מיידית ובין בעוד מועד.

איכות החיים הוא מושג קשה להגדרה³⁴⁷, אף כי השימוש בו הוא נפוץ מאוד בספרות המוסרית והמשפטית. קיימים מצבים קיצוניים, שכל אדם יכול לשפוט ולהסכים כי הם מהווים איכות חיים ירודה מתחת לסף מינימלי, כגון היעדר כל תפקוד שכלי, או כאב מתמיד, בלתי נסבל, ובלתי נשלט. הבעיה מתעוררת במצבים פחות קיצוניים: מה דרגת חוסר התפקוד המוחי המגדיר את סף איכות החיים הגרועה, או מה דרגת הכאב והסבל המגדיר מצב זה? מי רשאי להגדיר את איכות החיים – רק החולה בעצמו, או גם קרובי המשפחה, הרופא, או החברה? אין ספק כי איכות חיים כפי שמוגדרת באופן סובייקטיבי על ידי החולה עצמו היא בעלת משמעות רבה יותר מאשר איכות חיים המוגדרת על ידי אדם או קבוצת אנשים עבור הזולת.

לשקול גם שיקולים נוספים, הכוללים החלטות במצבים של אי-וודאות, ובנוכחות האפשרות לטעויות באבחנה, בטיפול ובתחזית; תפקידיו של הרופא ביחס לחולה הנוטה למות³⁴⁰; שאלת המדרון החלקלק; התוצאה הכפולה³⁴¹; שאלת המחליט הסופי; דרגת שיתופו של החולה בתהליך קבלת ההחלטות, ומידת גילוי המידע לחולה; והמעורבות של בני המשפחה³⁴².

כמו כן יש להתייחס להגדרות יסוד שונות, כגון נוטה למות; מצב סופני; המתת חסד פעילה וסבילה³⁴³; וטיפול עקר³⁴⁴.

עקרונות מוסריים

ערך החיים לעומת איכות החיים – קבלת ערך החיים כערך עליון ומוחלט מכונה גישה ויטאליסטית, ולפי הגדרה זו ערך החיים הוא אין-סופי, מוחלט ובלתי ניתן לחלוקה וליחסיות³⁴⁵. לפי השקפה זו יש להמשיך ולהאריך את החיים של כל חולה בכל טיפול אפשרי, בכל מחיר, ובכל מצב³⁴⁶.

.Georgetown University Press, 1999, pp. 54ff [347] הוועדה הציבורית בישראל לענייני החולה הנוטה למות ("וועדת שטינברג") – ראה נספח א, הגדירה כך: איכות החיים, היינו מכלול ההיבטים של חיי האדם, שהם בעלי ערך אובייקטיבי, לשם קיומו או בריאותו, או בעלי ערך סובייקטיבי, לפי טעמו, התלויים במישרין, באופן אובייקטיבי, במצב בריאותו, הגופני או הנפשי, או באופן סובייקטיבי, בהערכה העצמית של מצב בריאותו, הגופני או הנפשי, כשמכריעה בדבר, ככל שמתאפשר הדבר לחולה, היא הערכתו של היחיד, בעל הדבר, ולא של שום

על ערכים אלו בע"ע תורת המוסר היהודי; תורת המוסר הכללי. [340] ראה לעיל הע' 336 ואילך. [341] double effect. [342] ראה על אלו במאמר – Steinberg A, *Isr J Med Sci* 23:305, 1987 [343] active/passive. euthanasia [344] futile treatment. [345] הרפואה והיהדות, עמ' 152; י. לייבוויץ, בין מדע לפילוסופיה, עמ' 286 ואילך; הנ"ל, הרפואה 106:119, 1990. [346] ראה ניתוח הגישות הדתיות והאתיות החיים במאמר Thomasma DC, In: Pellegrino ED and Faden AI (eds), *Jewish and Catholic Bioethics*,

לעתים נדירות הם צריכים להיות מכריעים, ובכל מקרה צריך להתייחס אליהם בזהירות ובחשדנות רבה³⁵⁰.

עוד יש לציין, שאיכות החיים של הזולת כפי שהיא נצפית על ידי אחרים, לא תמיד משקפת נאמנה את איכות החיים האמיתית של החולה עצמו. מתוארים מקרים של אנשים עם איכות חיים פיזית ירודה ביותר, כשהם משותקים כמעט לחלוטין, רתוקים לכסא גלגלים ואף למכשירי הנשמה, ובכל זאת מעידים על עצמם שאלה הימים המאושרים ביותר שלהם, ובאותם ימים קשים מבחינה פיזית היו פעילים מאד מבחינה אינטלקטואלית³⁵¹. ואמנם במחקר על חולים עם מחלת טרשת צד חוט השדרה התברר שאיכות חייהם כפי שנתפסה על ידם לא היתה תלויה במידה משמעותית בחולשה הפיזית ובפעילות המוטורית, אלא היתה תלויה בגורמים פסיכולוגיים וקיומיים, בגורמים רוחניים ובגורמי תמיכה³⁵².

איכות חיים היא בדרך כלל מושג סובייקטיבי וערכי, ולא מצב ביולוגי רפואי מוגדר. ואמנם באחד הסקרים התברר, שאותה איכות חיים שימשה לקבוצת רופאים אחת סיבה לאי-טיפול, ולקבוצת רופאים אחרת היא שימשה דווקא סיבה לטיפול³⁴⁸. לכן אנשים שונים בזמנים שונים מגדירים בצורות שונות לחלוטין את דרגת איכות החיים 'שכדאי' לזולת להמשיך לחיות. ואמנם למרות שיטות מדידה מדעיות שונות ומגוונות של איכות חיים נמצא במחקרים שונים שאין הסכמה על המשמעויות השונות, ואין שום מדד או קבוצת מדדים אובייקטיביים להגדרת המושג³⁴⁹. כמו כן עלולים להידרדר במדרון חלקלק, ולכלול בחוסר הכדאיות של המשך החיים גם אנשים שנחשבים כנחותים, כמו מפגרים, זקנים, נכים וכיו"ב. סכנות רבות טמונות בשימוש במושג איכות החיים לצורך קבלת החלטות גורליות של חיים ומוות, ולכן שיקולי איכות חיים יכולים להיות רלוונטיים, ולעתים אף חשובים, אך רק

רבי יהודה הלוי, וכתב יומן אישי מרתק; טיבן הוקינג, אסטרופיזיקאי דגול, שסבל כמעט כל ימיו הבוגרים ממחלת ניוון שרירים (ALS), ובכל זאת חידש חידושים עצומים בתחום האסטרונומיה; מורי שורץ, סוציולוג ופסיכולוג אמריקאי, שחקר את התהליכים העוברים על חולי מאושפזים, חלה לעת זקנתו ב-ALS, ופרסם ספר על חוויותיו במהלך המחלה הקשה הזו – Schwartz M, *Morrie in his own words*, 1996 תורגם לעברית על ידי נ. בן-פורת בשם מחשבות על החיים, 2001; ד"ר רחמים כהן-מלמד, מחנך ירושלמי, שחלה אף הוא ב-ALS, ופרסם את חוויותיו ואת עצותיו במספר ספרים – ובחירת בחיים, 2003; פעם אחת, 2004. Simmons Z, et al, *Neurology* 55:388, [352] 2000.

אדם זולתו. [348] ראה – Pearlman RA, et al, *Ann Intern Med* 97:420, 1982. Gill TM and Feinstein AR, *JAMA* [349] 272:619, 1994; Abramson N, *Am J Med* 100:365, 1996; Fallowfield L, *Lancet* Jonsen AR, Siegler [350] 348:421, 1996. M, Winslade WJ: *Clinical Ethics*, 2nd ed 1986, p. 116. וראה עוד על קשיים בהגדרת איכות חיים במאמרים – Guyatt GH and Cook DJ, *JAMA* 272:630, 1994; Leplege A and Hunt S, *JAMA* 278:47, 1997. [351] דוגמאות לכך: פרנץ רוזנצוייג, שהיה משותק כמעט לחלוטין במשך מספר שנים לפני מותו, העיד על עצמו ביומנו שאלה היו הימים המאושרים ביותר והמספקים ביותר בחייו. באותם שנים הוא תרגם לגרמנית את שיריו של

אוטונומיה לעומת פטרנליזם – האתיקה הכללית מייחסת כיום חשיבות מירבית לעקרון האוטונומיה, שעל פיה חולה בר-כושר שיפוט הינו הגורם המכריע בהחלטה מה ייעשה בו; ומאידך, קיימת רתיעה ודחיה מוחלטת של עקרון הפטרנליזם בתפיסה האתית העכשווית. הגישה המייחסת חשיבות עליונה לאוטונומיה באה לידי ביטוי ברור הן בהצהרות והנחיות של גופים שונים³⁵³, והן בפסיקות של בתי המשפט, בעיקר בארה"ב³⁵⁴. אכן, יש המטילים ספק מוסרי רב בהחלת העקרון הזה בצורה קיצונית, ובעיקר במצבים סופניים, כאשר הרצונות האמיתיים של החולים לא ידועים באותו זמן ובאותו מצב³⁵⁵.

יש לציין מגמה גוברת והולכת, בעיקר בארה"ב, ליישם באופן חד-צדדי את עקרון האוטונומיה. דבר זה מתבטא בכיבוד רצונו של החולה לסירוב לטיפול רפואי, אך כאשר החולה או בני משפחתו דווקא מבקשים המשך טיפול רפואי, יש המצדיקים אי-היענות לבקשתם האוטונומית בגלל שיקולים כלכליים והגדרות שונות של טיפול 'עקר'³⁵⁶. גישה זו עומדת בסתירה לעקרון האוטונומיה,

ומעוררת קשיים הגדרתיים ביחס להגדרת טיפול 'עקר'³⁵⁷. מקרה כזה אף הגיעה לבית משפט בארה"ב, אשר הצדיק את בקשת בני המשפחה נגד הסתייגויות הרופאים³⁵⁸.

לעתים קורה מצב הפוך, היינו שהרצון האוטונומי המשווער של החולה נדחה בפני רצון הרופאים לבצע החייאה וטיפולים פולשניים להארכת חייו. דבר זה קורה בעיקר כאשר מצבו של החולה הופך להיות קשה ואנוש בעקבות טעות או תקלה רפואית. למשל, כאשר מבוצע ניתוח בחולה, ובעקבות כשל כלשהו החולה נכנס למצב של נוטה למות. במקרים כאלו קיימת נטיה בין הרופאים לטפל ביתר כחלק מרגשות האשם שלהם, או כניסיון להגנה מפני תביעה משפטית³⁵⁹.

סוגיה נוספת בעניין זה נוגעת לגיל שבו ניתן להחיל את עקרונות האוטונומיה. בדרך כלל מקובל כיום להתייחס לגיל 18 שנה כגיל הבגרות והאחריות המתאימה לקבלת החלטות עצמאיות. אכן, גוברת המגמה להוריד את הגיל שבו תתקבל החלטה אוטונומית כמחייבת³⁶⁰.

Waisel – Suppl):N40, 2001. [357] ראה – DB and Truog RD, *Ann Intern Med* 122:304, 1995. וראה להלן הע' 386 ואילך. [358] המקרה של Helga Wanglie – ראה – Miles SH, *N Engl J Med* 325:512, 1991. [359] ראה – Casarett D and Ross LF, *N Engl J Med* 336:1908, 1997. [360] הוועדה הציבורית לענייני החולה הנוטה למות (וועדת שטינברג) המליצה לקבוע את הגיל הקובע כ-17 שנה. בכל מקרה הומלץ כי קטין שטרם מלאו לו 17 שנה, על הצוות המטפל להעריך את כושרו

[353] ראה להלן הע' 579 ואילך. [354] ראה להלן הע' 590 ואילך. [355] ראה – Pellegrino ED and Thomasma DC: *For the Patient's Good*, Oxford University Press, 1988; Velleman JD, *J Med Philo* 17:665, 1992; Callahan D, *Hastings Cen Rep* 22:52, 1992. וראה עוד על גישות של קבוצות אתניות ודתיות שונות בנידון – Klessing J, *West J Med* 157:316, 1992. [356] ראה – Paris JJ, et al, *N Engl J Med* 329:354, 1993; Luce JM and Alpers A, *Crit Care Med* 29(2

לביטוי אוטונומיה, ובכך יש החטאה מוסרית של עקרון ההנחיות הרפואיות המקדימות³⁶⁶.

טעויות בהערכת תוחלת החיים ו/או איכות החיים – קיימות אפשרויות רבות לטעות באבחנה, בתחזית, ביעילות הטיפולים, בסיבוכי המחלה או בסיבוכי הטיפולים, במידת הכאב והסבל. יש לשאוף להפחיתם עד כמה שניתן, על ידי שיקול דעת רחב ורב-מקצועי בהתאם לצורך, ועל ידי הערכות חוזרות ומחודשות בהתאם להתפתחות המחלה ולזמן החולף.

מראשית שנות ה-80 של המאה ה-20 התפתחו שיטות רפואיות מורכבות להערכת מצבו של החולה, ולקביעת התחזית להיוותרותו בחיים³⁶⁷. אכן נמצא כי מבחנים אלו ודומיהם הם אמינים בקביעת תחזית סטטיסטית לקבוצות גדולות של חולים, אך אין כיום שיטה אמינה דיה לקביעת תחזית בחולה אינדיבידואלי. במחקר שבדק את יכולת החיזוי של רופאים לזמן מותם של חולים הנוטים למות בגלל מחלה ממארת נמצא כי הרופאים נטו להיות אופטימיים יתר על המידה גם בשלבים הסופיים ביותר של החיים, והם העריכו הישרדות ממוצעת של 42 ימים, כאשר בפועל ההישרדות

הטבה לזולת ומניעת נזק מהזולת – עקרונות אלו משמשים בעיקר בשיקולים כיצד לנהוג בחולה שאינו בר-כושר שיפוט³⁶¹. אכן, ההגדרות והאיפיונים של הטוב והמזיק לזולת קשים ליישום ולהכרעה, וניתנים לפרשנויות שונות על ידי אנשים שונים. לפיכך, במרבית המקרים אין בעקרונות אלו משום סיוע להחלטות הקשות הנוגעות לחולים סופניים.

משאבים מוגבלים, חלוקה צודקת של המשאבים, ושיקולי קדימויות – כל אלו הם עניינים חשובים בהכרעות במצבים סופניים³⁶². אכן, יש שהוכיחו ששינוי במדיניות ביחס לחולה הנוטה למות לא יביא לצימצום משאבים, ולפיכך גורם זה כשלעצמו איננו מצדיק את שינוי המדיניות³⁶³. יתר על כן, יש מי שכתב, שלעתים מדיניות בריאות הבאה לצמצם בהוצאות עלולה לפגוע לרעה באוטונומיה של החולה הנוטה למות, ולנצל לרעה המתות חסד, ולעתים יש לראות בצידוקים כלכליים להמתות חסד והגבלת טיפול בחולים הנוטים למות מעשה פסול מבחינה מוסרית³⁶⁴. כמו כן יש הרואים בהתפתחות המגמה של כתיבת הנחיות רפואיות מקדימות³⁶⁵ משום מכשיר לצמצום עלויות ולא דווקא מכשיר

ואילך. [365] ראה להלן הע' 524 ואילך. Levinsky NG, *N Engl J Med* 335:741, [366] 1996. [367] השיטה המקורית מכונה Acute Physiologic Assessment and Chronic Health Evaluation = APACHE. במשך השנים השתכללה שיטה זו, ונוספו עליה שיטות אחרות כגון – Simplified Acute Physiology Score = SAPS; Mortality Probability Model = MPM ואחרים. ראה – Lemeshow S and Le Gall J,

ובשלותו השכלית והנפשית, ובהתאם לכך לשתף אותו בהחלטה על המשך הטיפול הרפואי בו. ראה עור בנידון Traugott I and Alpers A, *Arch Pediatr Adolesc Med* 151:922, 1997 [361] ראה להלן הע' 523 ואילך. [362] ראה ע' משאבים מוגבלים. Emanuel EJ and [363] Emanuel LL, *N Engl J Med* 330:540, 1994. [364] מ. אפשטיין, הרפואה קלז: 117, 1999; הנ"ל, רפואה ומשפט, ספר היובל, 2001, עמ' 240

הממוצעת היתה רק 29 ימים³⁶⁸. יחד עם זאת קיימים מצבים ברורים, ששיעור הטעות בהם הוא מיזערי, ולפיכך ניתן להחיל עליהם את הכללים המוסריים הנובעים מהערכת המצב הרפואי.

סבל — על משמעות הסבל והיחס אליו — ראה ערך יסורים.

המדרון החלקלק³⁶⁹ — הוא מצב, שאם מתירים התנהגות מסוימת אשר נראית נכונה מבחינה מוסרית, קיים חשש סביר שהיתר זה יוליך להתנהגות אחרת, שהיא בלתי ראויה בעליל מבחינה מוסרית. לפיכך יש לאסור את ההתנהגות הראשונה, כדי למנוע הידרדרות להתנהגויות בלתי רצויות. יש שההדרדרות הצפויה נובעת מדמיון בין ההתנהגויות, ללא יכולת הבחנה מספקת ביניהן, ויש שההדרדרות הצפויה נובעת מלחצים חברתיים בעקבות ההיתר הראשון, למרות שניתן להגדיר הבלים רעיוניים בין ההתנהגויות הנכונות והבלתי-נכונות³⁷⁰. ראוי להדגיש, שחז"ל היו מודעים היטב לחולשת הטבע האנושי, ולחוסר יכולתם של בני אדם להבדיל בין מצבים שונים, ולכן גזרו גזרות ועשו סייגים, כדי להרחיק אדם מהעבירה. שכן אפילו אם אנשים נבונים וחכמים מסוגלים לקבוע לעצמם גדרים וגבולות, בוודאי אין הם אלא מיעוט, ורוב בני האדם עלולים להיכשל במדרון חלקלק. יחד עם זאת, הכירו חז"ל במגבלות ראויות ורצויות לגזרות ולסייגים, וקבעו כללים מתי

להנהיג סייגים ומתי להימנע מכך³⁷¹.

יש המתנגדים להפעלת שיקול זה בהתייחסות לחולה הנוטה למות, מחשש ששימוש מופרז בטיעון המדרון החלקלק עלול להביא לנזק גדול יותר מתועלת. כמו כן טוענים המתנגדים, שהחברה המערבית המודרנית הינה אחראית ושקולה, ואין לחשוש מפני הידרדרות למעשים בלתי מבוקרים ובלתי מוסריים.

אכן, טיעוניהם אינם עומדים בפני ביקורת ההיסטוריה והעובדות הנוכחיות. ויתור על ערך החיים לטובת איכות החיים, כשהמושג האחרון לא ניתן להגדרה מדויקת ומחייבת, מוליד חשש כבד מפני הידרדרות בנושא כה חיוני לעצם קיומה של החברה.

קיימות שתי דוגמאות היסטוריות לגישות הקיצוניות של התייחסות מירבית לאיכות החיים:

תורתו של אפלטון³⁷² בעבר הרחוק, שאין להשאיר בחיים נכים ומוגבלים, בהיותם מעמסה וטירחה על החברה, תורה שהתקבלה הלכה למעשה במדינת ספרטה היוונית. תורה דומה היתה מקובלת גם על פילוסופים מאוחרים יותר, כגון שיטתו של תומס מור (1478-1535), בספרו 'אוטופיה', שבו תיאור של מדינה 'אידיאלית', אשר בין השאר מסדירה באופן שיטתי תכנית אותנויה לאזרחיה.

Slope: Arguing in Applied Ethics. New-York, Croom Helm, 1988. [371] ראה מבוא ג — היחס העקרונותי האמוני/השקפתי, מוסרי/התנהגותי והלכתי/משפטי לחידושים מדעיים. [372] ספר

et al, *JAMA* 272:1049, 1994; Knaus WA, et Glare P, [368] .al, *Chest* 100:1619, 1991 slippery [369] .et al, *BMJ* 327:195, 2003 Lamb D, *Down the Slippery* [370] .slope

אכן, דברים אלו נשארו בגדר תיאוריה בלבד.

הגישה המתועבת והאכזרית של הנאצים ועושי דברם בזמננו-אנו. כבר בגרמניה שלפני עליית הנאצים לשלטון, נהגה במוסדות הרפואיים שלה מסורת מסויימת של מתן 'עזרה למות במקרים גבוליים', מתוך מניעים של חסד. אחד ממניחי היסודות הפילוסופיים לגישה זו היה הפילוסוף והזואולוג הגרמני ארנסט הקל, אשר התבסס על תיאוריית ההתפתחות של דרווין, והמליץ להרעיל ולהרוג במהירות מאות אלפי אנשים 'חסרי ערך'. אכן, היטלר ימ"ש יסד והוציא לפועל תכנית אותנזיה מוגדרת בשם הצופן טי4, על שם מקום מישכנו של המרכז ברח' טירגרטרן 4 בכרלין, והטיל את הוצאתה לפועל על מנהל המזכירות שלו, פיליפ בולר, ועל ד"ר קרל ברנט, ורופאים נאמנים לו. הם החלו בפעולתם בראשית פרוץ מלחמת העולם השנייה, ביום 1.9.1939, ובאופן רשמי סיימו את פעולתם עם מתן ההוראה של היטלר לבטל את 'מבצע אותנזיה' ב 1.9.1941. זאת לאחר הביקורות הציבוריות על מבצע זה, ובעיקר דרשתו הביקורתית של ההגמון הקתולי קלמנס פון גלן. בשנות פעולתו הרשמית של מרכז האותנזיה נרצחו 70,273 בני אדם. אכן, המבצע נמשך בצורה בלתי רשמית עד סוף המלחמה, וההערכה היא שבכל פעולותיו נרצחו

כ-275,000 בני אדם. הנהרגים היו דרי מושבי זקנים, הומוסקסואלים, חניכי מוסדות סעד, חולי רוח, מפגרים, מובטלים ועוד. אחד המבצעים המוקדמים של הנאצים בנידון היה אותנזיה פעילה של ילדים מוגבלים מבחינה פיזית או שכלית. רציחת ילדים אלו נעשתה בראשותו של רופא-הילדים הגרמני ורנר קאטל³⁷³. הביסוס הרעיוני של תוכנית אכזרית זו היה תורת 'היגיינת הגזע הגרמני', ויצירת 'עם אדונים', שופע בריאות ועליונות גופנית ורוחנית. יש להדגיש, כי פעילות יחידת האותנזיה היתה מנוגדת לחוק, אפילו זה שעוד נהג בגרמניה בשנים ההם, ובכל זאת בוצעו הפשעים הללו כמעט בגלוי. השיטות להריגה שהתפתחו במוסדות האותנזיה שימשו מאוחר יותר להשמדת היהודים³⁷⁴. כמו כן מן הראוי לציין את חלקם של רופאים-מדענים גרמנים ידועי-שם בתכניות האותנזיה האאוגנית הנאצית, ובראשם הרופא-המדען ד"ר יוליוס הלרוורדן³⁷⁵. יתר על כן, דווקא ההתייחסות לחולה הנוטה למות בתרבות המערבית בשנים האחרונות מדגימה ומוכיחה את נכונות החשש מפני המדרון החלקלק³⁷⁶.

מושגים והגדרות

אותנזיה — מושג שפירושו מיתה יפה, או מיתה טובה. הראשון שהשתמש במושג

Hallervorden — ראה Shevell M, *Neurology* 42:2214, 1992 [376] כפי שיבואר להלן הע' 517 ואילך. וראה במאמר Freedman B, *J Clin Ethics* 3:293, 1992. וראה עוד במאמר Kurtzke JF and Houff SA, *Neurology* 44:1775, 1994.

המדינה, 3, 405 [373] ראה על מבצע זה במאמר Parent S and Shevell M, *Arch Pediatr Adolesc Med* 152:79, 1998 [374] הדברים לקוחים מהאנציקלופדיה של השואה, כרך א, ע' אותנזיה, עמ' 57 ואילך. [375] Julius

זה היה לקי בשנת 1869³⁷⁷. יש לציין, שמושג זה מופיע לראשונה במקורותינו³⁷⁸. אכן הבדל גדול יש בשימוש של המונחים: לפי מקורותינו הכוונה לרחמים בעת ההמתה, בעוד שלפי השימוש כיום הכוונה להמתה מתוך רחמים. על ההיסטוריה של אותנזיה ביחס לחולה הנוטה למות³⁷⁹. יש להדגיש, כי המושג אותנזיה לא מוגדר דיו ברמה הפילוסופית-פילולוגית, יש לו מובנים רבים, והוא גורם לבלבול רב³⁸⁰.

יש המחלקים את האותנזיה לשתי קבוצות: אותנזיה פעילה – היינו פעולה ישירה ומכוונת להריגת החולה, כגון הזרקת חומר רעיל על ידי הרופא, או סיוע של הרופא להתאבדותו של החולה בעזרת סיפוק האמצעים וההוראות למעשה זה; ואותנזיה סבילה – היינו הימנעות מפעולות המאריכות חיים, או הפסקת פעולות מאריכות חיים.

קיים קושי מוסרי להגדיר את ההבדל בין הריגה פעילה וישירה, לבין הפסקת טיפול שיביא למוות מידי, ולבין הימנעות מטיפול שיביא למוות מידי. הגבולות המוסריים בין שלושת המצבים הללו לא מוגדרים דיים, והם נעשים על פי נטיות ותחושות אינדיבידואליות וציבוריות³⁸¹.

בעיקר קיימת תפיסה מוסרית המתנגדת להבחנה בין הפסקת טיפול לבין הימנעות מטיפול, כאשר המטרה והתוצאה הסופית הם זהים³⁸², לעומת הדוגלים בהבחנה כזו, הרואים הבדל מהותי-מוסרי או למיצער הבדל רגשי, בין פעולה המביאה למותו של אדם, לבין הימנעות מפעולה המביאה את המחלה הבסיסית לידי סיום במוותו של האדם. חלק גדול מהפילוסופים ומהאתיקאים סבורים, שאין הבדל מוסרי בין הימנעות מטיפול מאריך חיים לבין הפסקתו, ולעומתם דווקא בין עובדי בריאות, כגון רופאים ואחיות, שעליהם מוטלת ההחלטה המעשית, יש רבים הרואים הבדל משמעותי בין שתי הגישות הללו, ומעדיפים הימנעות מטיפול על פני הפסקה פעילה וישירה של הטיפול³⁸³.

במחקר בארה"ב שבדק את הקשר בין נתונים דמוגרפיים של רופאים לבין החלטות על הפסקת טיפול נמצא כי ככל שהרופאים היו צעירים יותר, חשופים יותר ליחידות לטיפול נמרץ, וביצעו בעבר יותר פעמים הפסקות טיפול, כן גדולה יותר היתה נכונותם לבצע הפסקות טיפול בעתיד. מהמחקר הזה עלה כי למצב הקליני הספציפי ו/או לשאיפותיהם של החולים לא היתה השפעה יחידה על

1982:307; Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ, *Clinical Ethics*, 2nd ed, 1986, pp 116-117. וראה עוד – McMahan J, *Ethics* – 103:250, 1993. [381] ראה למשל ד. הר, אתיקה ורפואה, אוניברסיטה משוררת, משרד הבטחון, 1989, עמ' 41 ואילך. [382] Rachels J, *N Engl J Med* 292:78, 1975. [383] ראה לדוגמא, Rebagliato M, et al, *JAMA* 284:2451, 2000.

Lecky WE, *History of European [377] Morals*, Vol 1 233, XI, 1869. [378] ב"ק נא א; סנהדרין מה א; שם נב א. [379] ראה Emanuel EJ, *Ann Intern Med* 121:793, 1994; Emanuel EJ, *Arch Intern Med* 154:1890, 1994. [380] ראה – Davidson AI, *J Med Philo* 4:294 1979; Beauchamp TL and Walters L, *Contemporary Issues in Bioethics*, 2nd Ed,

ההחלטות הללו³⁸⁴.

הנשימתי והלבבי; יש הכוללים במושג זה גם טיפולים שרק יאריכו חיים לזמן קצר, אך לא צפוי שהטיפול ישיג מטרות הבראה, כגון כאשר לא צפוי שבעקבות ההחייאה החולה יוכל להישאר בחיים ללא המשך הנשמה מלאכותית בעזרת מכשיר; יש המרחיבים את ההגדרה גם למצבים שבהם איכות החיים הנותרת צפויה להיות ירודה; ויש הסבורים שגם שיקולי הסתברות נכונים בהגדרת טיפולים עקרים³⁸⁹. יש להדגיש, שרק ההגדרה הראשונה היא מדעית; כל הגדרה אחרת היא בעצם הערכה ערכית של החלטה אם לטפל אם לא, ולא החלטה רפואית-אובייקטיבית. ואמנם הוויכוח על ההגדרות והיישומים של המושג 'טיפול עקר' נמשך ללא יכולת הכרעה³⁹⁰, עם מגמה ברורה לדחיית השימוש במושג זה³⁹¹. יש אף הרואים בשימוש במושג זה על ידי רופאים משום ניצול לרעה של עקרון מוסרי³⁹². ואמנם בכל התביעות שנידונו בבתי המשפט בארה"ב נדחו טיעונים של רופאים אודות טיפול עקר, כאשר החולה או בני משפחתו דרשו

כמו כן יש המבחינים בין הפסקת טיפול רציף, שתוצאותיו הם מוות וודאי ומייד, כגון הפסקת מכשיר הנשמה או ניתוק קוצב לב, שהוא דומה יותר להמתה פעילה וישירה, לבין הפסקת טיפול בדיד, שבאופן מעשי משמעותו הימנעות מהמשך הטיפול הזה במחזור הבא, שהוא נפרד ומוגדר היטב, כגון טיפול בדיאליזה, שהוא דומה יותר להימנעות מטיפול³⁸⁵.

טיפול עקר³⁸⁶ – השימוש במושג 'טיפול עקר' במובנו המוגדר ביחס לחולה הנוטה למות החל בשנת 1987³⁸⁷, ומאז הפך להיות מושג נפוץ בקרב האתיקאים והרופאים העוסקים בתחום זה³⁸⁸.

אכן, מושג זה קשה מאד להגדרה. יש המתייחסים לטיפול כעקר, רק כאשר הטיפול הוא כה חסר תועלת, שלא צפוי שהוא ישיג אפילו את מטרותיו הפיסיולוגיות, כגון כאשר לא צפוי שהחייאה תצליח להשיב את הטיפול

RA, *Arch Intern Med* 153:429, 1993; Schneiderman LJ, et al, *Am J Med* 96:110, 1994; Alpers A and Lo B, *JAMA* 273:156, 1995; Weijer C and Elliott C, *BMJ* 310:683, 1995; Waisel DB and Truog RD, *Ann Intern Med* 122:304, 1995; Hoyt JW, *Crit Care Med* 23:621, 1995; Society of Critical Care Medicine, *Crit Care Med* 25:887, 1997 Fine RL and Mayo TW, *N Engl J Med* [391] 343:1575, 2000; Schneiderman LJ, et al, *N Engl J Med* 343:1575, 2000; Helft PR, et al, *N Engl J Med* 343:293, 2000 Schneiderman LJ, et al, *Arch Intern Med* 161:128, 2001

Christakis NA and Asch DA, *Am J Public Health* 85:367, 1995 [385]. הוועדה הציבורית להענייני החולה הנוטה למות, "וועדת שטינברג" – ראה בנספח א. [386] futile Lantos JD, et al, *Am J Med* [387] .treatment Med 87:81, 1989; Helft PR, et al, *N Engl J Jonsen AR, Am Med* [388] .Med 343:293, 2000 [389] .J Med 96:107, 1994 – Youngner SJ, *JAMA* 260:2094, 1988; Helft PR, et al, *N Engl J Med* 343:293, 2000 [390] נושא ההגדרה, המשמעות, והיישום של טיפול עקר נידון על ידי חוקרים שונים. ראה – Schneiderman LJ and Jecker N, *Arch Intern Med* 153:437, 1993; Loewy EH and Carlson

המשך טיפול כזה³⁹³.

רק לתוצאה הטובה, למרות שהתוצאה הרעה היא אפשרית ונצפית; התרחשות התוצאה הטובה איננה נגרמת באמצעות התוצאה הרעה; והפעולה מבוצעת עבור מטרות נאותות מבחינה מוסרית³⁹⁷. יש להדגיש, כי בתפיסה הנוצרית של מושג זה, וכפי שהוא התקבל גם באתיקה הכללית, אין מגבלה מוסרית גם כאשר התוצאה הרעה לא רק נצפית ואפשרית אלא אפילו הכרחית, ובלבד שהתקיימו ארבעת התנאים הללו. מבחינה יהודית מקובל העקרון באותן מגבלות בנוסח של "דבר שאינו מתכווין", אך עם מגבלה חמישית, היינו שהתוצאה הרעה איננה הכרחית, בבחינת 'פסיק רישא', שאם לא כן פעולה המביאה בהכרח לתוצאה רעה היא אסורה מלכתחילה, גם אם הכוונה לא היתה לתוצאה הרעה.

עקרון זה משמש בעיקר להיתר המוסרי לשימוש במשככי כאבים במטרה מכוונת להקל על סבלו של החולה הנוטה למות, למרות האפשרות שטיפול זה עלול להחיש את מותו של החולה.

הדעות בין החוקרים והאתיקאים חלוקות ביחס לקבילות המוסרית של עקרון התוצאה הכפולה³⁹⁸.

מצב סופני³⁹⁴ – בדרך כלל מדובר במצב רפואי שאין יכולת רפואית מדעית-טכנולוגית לטפל בו, כשהמצב הוא בלתי הפיך, ואשר יביא באופן בלתי נמנע למוות באופן ישיר, או בגלל סיבוכי המצב, בתוך פרק זמן נראה לעין. הגדרה זו מעוררת בעיות מעשיות שונות: עד כמה בטוחה האבחנה, ובעיקר התחזית, שהמצב יביא למוות באופן בלתי נמנע? מה צריך להיות פרק הזמן הנראה לעין שהחולה ימות – ימים אחדים, שבועות, חודשים, שנה? על כן, יש שהציעו הגדרה זהירה יותר ופחות מחייבת: מחלה סופנית מתייחסת למצב שעל יסוד קני המידה האבחנתיים הטובים ביותר, הידועים באותו זמן ובאותו מקום, ולאור האפשרויות הטיפוליות הקיימות באותו זמן ובאותו מקום, ניתן להעריך בסבירות גבוהה, שהחולה ימות בתוך פרק זמן קצר מאותה מחלה, או מסיבוכיה הישירים והצפויים³⁹⁵.

התוצאה הכפולה³⁹⁶ – היינו פעולה שיש לה שתי תוצאות אפשריות, אחת טובה ואחת רעה, מותרת לביצוע מבחינה מוסרית, בתנאים הבאים: הפעולה כשלעצמה היא מוסרית; הפעולה מכוונת

Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*, 1983 Sulmasy — [397] ראה — [396] double effect. [397] ראה — DP and Pellegrino ED, *Arch Intern Med* 159:545, 1999 [398] ראה סיכום הדעות האתיות והמשפטיות בעד ונגד העקרון במאמר Sulmasy DP and Pellegrino ED, *ibid*

Helft PR, et al, *N Engl J Med* [393] 343:293, 2000. יתר על כן, יש לציין כי גם בתנאים פחות קיצוניים אין הגדרות טובות ל"טיפול מתאים", והוא משתנה מרופא לרופא, ממקום למקום ומזמן לזמן — ראה, Naylor CD, *N Engl J Med* 338:1918, 1998 [394] terminal condition. [395] President's Commission for the Study of Ethical

דרכי הטיפול וההתייחסות לחולה הנוטה למות

כללי – עד לפני מספר שנים היה מקובל לחנך את הרופאים, שתפקידם ואחריותם הוא להאריך כל חיים בכל צורה אפשרית. כיום מעטים מאד הרופאים והאתיקאים שדוגלים בגישה זו בצורתה הקיצונית. אסכולה קיצונית הפוכה דוגלת בהכרה המוסרית לקצר חיי סבל בפועל. אכן, רוב הרופאים, האתיקאים והמשפטנים דוגלים כיום בשיטת הביניים של אותנויה סבילה, היינו איסור על קיצור חיים בפועל מחד גיסא, והימנעות מהארכת חיים בתנאים מסויימים מאידך גיסא; אלא שהם חלוקים בהגדרות מעשיות ויישומיות שונות של תפיסה זו.

הימנעות מטיפול לעומת הפסקת טיפול – הדעות של החוקרים חלוקות בשאלה האם אותנויה סבילה מתירה רק הימנעות מטיפול מאריך-חיים, או שהיא מצדיקה גם הפסקת טיפול כזה. שאלה זו נידונה בהרחבה בספרות האתית והמשפטית. בארה"ב, מגמת רוב האתיקאים, והכרעת בתי המשפט שם, שאין הבדל מוסרי ומהותי בין שתי הפעולות, שכן בשני המקרים קיימת מגמה לאפשר לחולה למות³⁹⁹. אדרבה, יש הרואים עדיפות להפסקת טיפול על פני הימנעות מטיפול, שכן ניתנת ההזדמנות לנסות טיפולים תקיפים, ואם יתברר שהם אינם יעילים,

אזי יופסק הטיפול; מאידך, אם אסור להפסיק טיפול, יימנעו הרופאים מלתת טיפול גם במצבים שיתכן שהטיפול היה עוזר, מחשש שברוב המקרים הטיפול לא יהיה יעיל, ואז לא ניתן יהיה להפסיק את הטיפול. עיקר הדיון עד שלהי המאה ה-20 נסב סביב הימנעות מחיבור למכשיר הנשמה או ניתוק החולה ממכשיר הנשמה לאחר שכבר חובר אליו. בראשית המאה ה-21 הורחב הדיון על הפסקת טיפול גם ביחס לקוצב לב, כאשר גם ניתוקו החל להיחשב כהפסקת טיפול תומך-חיים מותר⁴⁰⁰. לעומתם, יש המבחינים בין הימנעות מטיפול לבין הפסקתו, ורואים בהפסקה בעיה מוסרית גדולה יותר, שכן זוהי פעולה ישירה שמביאה למוות, והגבול בינה לבין אותנויה פעילה הוא מטושטש מאד. כמו כן הימנעות מטיפול מאפשרת לחולה למות ממחלתו, בעוד שהפסקת טיפול מקרבת את מותו על ידי פעולה של הרופא⁴⁰¹.

סוגי הטיפולים האפשריים – הדעות בין הרופאים והאתיקאים חלוקה גם בשאלת ההגדרות השונות לברירת הטיפולים שיש להמשיך בהם, לעומת הטיפולים שניתן להימנע מהם או להפסיקם: טיפול שגרתי לעומת טיפול בלתי שגרתי. הגדרה זו נוסחה בעבר על ידי הקתולים, ובעיקר על ידי האפיפיור פיוס ה-12 בשנת 1958, אך איננה עומדת בביקורת המציאות, שכן יתכן מצב

Crit Care Med 20:683, 1992; Truog RD and Facker JC, *Crit Care Med* 21 (Suppl):S396, 1993 (9). כך גם היתה המלצת הרוב של הוועדה הציבורית לענייני החולה הנוטה למות "וועדת שטינברג" – ראה בנספח א.

[399] ראה לעיל הע' 382 ואילך. וראה עוד במאמר Bosshard G, et al, *Arch Intern Med* 165:401, 2005. [400] ראה Mueller PS, et al, *Mayo Clin Proc* 78:959, 2003. [401] ראה Caralis PV and Hammord JS,

מכשירי הנשמה. סביר להניח, כי אחוז יותר גבוה של החלטות כאלו התקבלו במחלקות רגילות, אך אין בידינו נתונים מספריים על היקף ההחלטות הללו. בשנות ה-90 של המאה ה-20 הסתמנה מגמה גוברת והולכת לקבל החלטות על הימנעות או הפסקת טיפול ביחידות לטיפול נמרץ. בסקר ביחידות אלו בארה"ב בשנת 1994 נמצא כי החלטה כזו התקבלה ב-9.3% מתוך 2185 אשפוזים; רוב החולים הללו נפטרו בתוך 48 שעות מרגע קבלת ההחלטה⁴⁰⁴. במחקר משנת 1998 נמצא כי ביחידות לטיפול נמרץ בארה"ב התקבלה החלטה על הפסקת טיפול ב-12.6% מכלל החולים המאושפזים, והסיבות התחלקו כמעט באופן שווה בין מצב פיזי של מוות קרוב ביותר, לבין שיקולים של איכות חיים⁴⁰⁵. במחקר אחר על חולים ביחידות לטיפול נמרץ מארבע מדינות מערביות נמצא כי ב-10.9% מכלל החולים נרשמו בגיליון פקודות מפורשות ביחס להחייאה, כאשר רק במחציתם היתה הפקודה להימנע מהחייאה⁴⁰⁶. לעומת זאת ממחקר אחר עולה, כי כ-90% מרופאי היחידות לטיפול נמרץ בארה"ב הצהירו, שהם ביצעו אותנזיה סבילה, הן בדרך של הימנעות מטיפול, והן בדרך של הפסקת טיפול בחולים נוטים למות⁴⁰⁷.

המצב בצרפת — בשלהי המאה ה-20 היה איסור חוקי להימנע מטיפול מציל-חיים או להפסיקו, וכן לא היו קיימים הנחיות רשמיות על דרכי הטיפול

שטיפול מסויים הוא בלתי שגרתי במוכן של עלות גבוהה, או קושי טכני בביצועו, אך הוא יכול להיות מתאים ויעיל ביחס לחולה מסויים; ולהיפך, יש שטיפול מסויים הוא שגרתי מבחינה טכנית, אך בלתי סביר וחסר תועלת ביחס לחולה מסויים. כמו כן אמצעי שהיום הוא בלתי שגרתי יכול להפוך עם הזמן לשגרתי⁴⁰²; טיפול טבעי לעומת טיפול מלאכותי; טיפול יעיל לעומת טיפול בלתי יעיל; טיפול מוצדק לעומת טיפול בלתי מוצדק; טיפול מתאים למצבו המסויים של החולה לעומת טיפול שאינו עונה על הגדרות אלו. המשותף למרבית ההגדרות כיום הוא, שאין התייחסות הגדרתית גורפת, אלא שיש להתייחס לכל טיפול ולכל חולה בהתאם לנתונים המיוחדים שלהם.

היקף ההחלטות על אותנזיה סבילה — גם במדינות שבהם מקובל מבחינה מוסרית ומשפטית להימנע ו/או להפסיק טיפול תומך-חיים, אין נתונים מדויקים ומהימנים על ההיקף המספרי של פעולות אלו.

המצב בארה"ב — באחד המחקרים מארה"ב משנות ה-80 של המאה ה-20 נמצא כי רק ב-1% מהחולים שהתקבלו ליחידה לטיפול נמרץ נתקבלה החלטה להימנע מטיפול, וב-5% מכלל החולים באותן יחידות נתקבלה ההחלטה להפסיק את הטיפול⁴⁰³. מרבית ההחלטות נגעו להימנעות מהחייאה, או להפסקת פעולת

Manara AR, et al, *Anaesthesia* 53:523, [405] 1998
Prough DS, *Lancet* 358:1920, [406]
The Society of Critical Care [407] .2001
Medicine Ethics Committee, *Crit Care Med*

[402] וראה — Bok S, *Encyclopedia of Bioethics*, p. 270
Smedira NG, et al, [403]
Koch [404] .*N Engl J Med* 322:309, 1990
.KA, et al, *Crit Care Med* 22:233, 1994

מתן מזון ונוזלים. זמן המוות הממוצע של החולים שלגביהם התקבלה החלטה כזו היה שלושה ימים⁴¹⁰. במחקר על שיעורי ההחלטות לאי-מתן טיפול תומך חיים באגף לרפואה פנימית באחד מבתי החולים בישראל בראשית המאה ה-21 נמצא כי החלטה כזו התקבלה ב-8.8% מכלל החולים שאושפזו באגף הפנימי. ההחלטה התקבלה בכל המקרים ללא שיתוף החולים, ורק ב-29% מהמקרים התקבלה ההחלטה בשיתוף בני המשפחה. ב-26% התקבלה ההחלטה על ידי רופא זוטר ללא קיום דיון בצוות הרפואי, או דיון עם רופא בכיר⁴¹¹.

הפסקת טיפול תומך-חיים, ובעיקר ניתוק ממכשיר הנשמה והפסקת מזון ונוזלים, כרוכה בסבל ניכר, בעיקר כאשר מדובר בחולה בהכרה. אי לכך, קיימות שיטות רפואיות שונות המיועדות להקל על הסבל הזה, ובעיקר מדובר בשיכון כאבים ובהרדמה⁴¹².

להלן דיון פרטני על מספר טיפולים:

החייאה והנשמה — אחת השאלות המוסריות הקשות ביותר ביחס לחולה הנוטה למות היא האם לבצע פעולות אלו בכל מקרה ובכל תנאי, האם מותר להימנע מפעולות אלו בתנאים מוגדרים, והאם

בחולים הנוטים למות. יחד עם זאת נמצאה שכיחות משמעותית של ביצוע החלטות כאלו: ביחידות לטיפול נמרץ בצרפת היה השיעור הכולל של החלטות הנוגעות להגבלת טיפול מציל-חיים בגובה 11%, מתוכם שיעור ההימנעות מטיפול היה בגובה 4.6% ושיעור הפסקת טיפול — 6.4%; רוב ההחלטות התקבלו על ידי הצוות הרפואי של היחידה לטיפול נמרץ, מתוכם ב-12% היתה ההחלטה של רופא בודד; משפחת החולים היתה מעורבת בתהליך קבלת ההחלטה רק בשיעור של 44%; דעתו של החולה בנידון היתה ידועה רק ב-8%, ושיתוף החולה בתהליך קבלת ההחלטות היה רק בשיעור של 0.5%⁴⁰⁸.

המצב בישראל — עמדת ההסתדרות הרפואית בישראל היא: הימנעות מטיפול מאריך חיים מותרת, בעוד שניתוק חולה ממכשיר הנשמה אסור. כמו כן אסור לרופא לסייע לחולה להתאבד, והמתה פעילה אסורה⁴⁰⁹. במחקר באחד מהיחידות לטיפול נמרץ בישראל בשלהי המאה ה-20 נמצא כי ב-13.5% מהחולים המאושפזים התקבלה החלטה להגביל טיפול תומך-חיים. בכולם התבטאה ההחלטה בהימנעות מהמשך טיפול, אך לא בהפסקת הטיפול. בכל המקרים לא נמנעו הרופאים מהמשך טיפול באנטיביוטיקה ובהמשך

וראה עוד — Einav S, et al, *Resuscitation* 62:181, 2004, דיווח על סקר תיאורטי בין רופאים בירושלים, שעל פיו הם נוהגים לקבל החלטות על הימנעות מהחייאה על פי השקפותיהם האישיות, ללא כל התייעצות עם החולים. [412] ראה על הגישות המעשיות במאמר — Brody H, et al, *N Engl J Med*

Ferrand E, et al, [408] 20:320, 1992 *Lancet* 357:9, 2001 [409] נייר עמדה בנושא החולה הנוטה למות, דצמבר 1997. Eidelman LA, et al, *Intensive Care Med* 24:162, 1998 [411] זוננבליק מ ואח, הרפואה קמב:650, 2003. וראה מאמר מערכת בנידון — א. שטינברג, הרפואה קמב:672, 2003.

מהחייאה, אפילו כאשר החולה ו/או בני משפחתו מבקשים במפורש לבצע החייאה⁴¹⁷. לעומתם, יש הסבורים שהחלטה כזו היא ערכית ביסודה, ומהווה חלק יסודי מזכויות האוטונומיה של החולה, ולכן היא זקוקה בכל מקרה להסכמה של החולה⁴¹⁸. יתר על כן, לאור העובדה שיכולת התחזית להצלחה או כשלון של טיפול החייאתי היא מוגבלת, יש מצבים לא מעטים שבהם לא ניתן לנבא בוודאות שהחייאה תהיה עקרה בחולה מסויים⁴¹⁹. הדבר חמור במיוחד כאשר מונעים החייאה מחולה בר-כושר שיפוט המבקש זאת, שכן זו פגיעה בעקרון האוטונומיה של החולה.

במקרה שהמשפחה דורשת החייאה, והרופאים סבורים שאין היא מוצדקת – יש הסבורים, שמותר לרופאים לקבל החלטה בניגוד לעמדת המשפחה, אם להערכתם התקיימו התנאים הבאים: המעמסה של הטיפול עולה על התועלת; החולה איננו כשיר להחלטה, ולא הביע רצונו בצורה ברורה בעבר; המשפחה איננה נותנת נימוקים משכנעים להצדקת עמדתם. לעומתם יש הסבורים, שיש זכות אוטונומית למשפחה לבקש המשך טיפול

מותר להפסיק פעולות אלו, גם לאחר שהתחילו בהם? ברוב מדינות העולם מקובל כיום, שיש חובה לבצע החייאה בכל מקרה, אלא אם כן הוחלט במפורש אחרת. החלטה מפורשת להימנע מהחייאה בלבד מוגדרת כפקודה להימנע מהחייאה⁴¹³.

כאשר החולה בר-כושר שיפוט לקבל החלטות, נדרש על ידי האתיקאים לשוחח עמו בגלוי בשאלה זו, והוא זה שיחליט אם בבוא העת יבצעו בו החייאה אם לא⁴¹⁴. אכן, בפועל רוב החולים אינם משותפים בהחלטות אלו, כי הנושאים הם קשים לדיון, והרופאים נמנעים מלדון עם החולים על כך⁴¹⁵.

יש הסבורים, שכאשר הרופאים מעריכים שפעולת ההחייאה תהיה עקרה, אין צורך בהסכמה מודעת של החולה להימנע מביצוע ההחייאה, ואין צורך אפילו לשוחח על כך עם החולה או עם משפחתו, אלא היא נתונה לשיקולו הבלעדי של הרופא, בהיותה חלק מהתנהגות רפואית סבירה⁴¹⁶. יתר על כן, יש אפילו הסבורים, שבמצבים מסויימים יש זכות לרופא ולחברה להימנע

Brett AS and McCullough LB, *N Engl J Med* 315:1347, 1986; Paris JJ, et al, *N Engl J Med* 322:1012, 1990; Lo B, *JAMA* Youngner SJ, *JAMA* [418]. 265:1874, 1991 260:2094, 1988; Council on Ethical and Judicial Affairs, AMA, *JAMA* 265:1868, 1991. וראה דיון על כך – Tomlinson T and Brody H, *JAMA* 264:1276, 1990 Rosenberg M, et al, *Arch Intern Med* 153:1370, 1993; McIntyre KM, *Arch Intern Med* 153:1293, 1993

336:652, 1997. וראה להלן הע' 432 ואילך. [413] DNR = Do-Not-Resuscitate על הבעייתיות של מושג זה ויישומו ראה – Lo B, President's Commission, 1983 [414] *JAMA* 265:1874, 1991 [415] ראה – Smedira NG, et al, *N Engl J Med* 322:309, 1990; Brody BA, *JAMA* 253:2236, 1985 [416] Murphy DJ, *JAMA* 260:2098, 1988; Hackler JC and Hiller FC, *JAMA* 264:1281, 1990. וראה גם Layson RT and McConnell T, *Arch Intern Med* 156:2617, 1996

מרבית המחקרים וההמלצות הרפואיות ביחס להחייאה נחקרו במצבים שפעולות אלו נעשו בתוך כותלי בית החולים במחלקות אישפוז. אכן, שאלת ביצוע או אי ביצוע החייאה מתעוררת גם במצבים אחרים. למשל – כאשר ההחייאה מבוצעת מחוץ לבית החולים, היא מבוצעת על פי רוב על ידי אנשים מיומנים בהחייאה, אך אינם רופאים. הנוהל המקובל הוא לא להפסיק במאמצי ההחייאה עד שהחולה מגיע לבית החולים, או עד שהוא מגיע לטיפולו של רופא. לאחרונה מתרבות ההמלצות להפסיק את מאמצי ההחייאה גם מחוץ לבית החולים, וגם כאשר הטיפול מבוצע על ידי אנשים שאינם רופאים, אם אין חזרה של דופק עצמוני לאחר 25-30 דקות של מאמצי החייאה⁴²⁴. בעיה מיוחדת ניצבת בפני רופאים בחדרי מיון, אשר לעתים קרובות מקבלים חולה במצב קשה הזקוק להחייאה, והרופאים כלל אינם מכירים אותו. המקובל הוא לבצע החייאה בכל חולה בלתי מוכר, אך לאחרונה יש נטיה לקבוע כללים וסייגים גם במצב זה⁴²⁵.

הגיל מהווה בפועל מרכיב חשוב בשיקולי הרופאים אם לבצע החייאה אם לאו, ויש הסבורים שמבחנה רעיונית יש

מאריך-חיים על פי תפיסתם הערכית, ועל הרופאים לכבד בקשתם זו⁴²⁰.

"החייאה איטית"⁴²¹ היא בלתי מוסרית בעליל, ואסור לרופא לנהוג בדרך זו⁴²². אם סבור הרופא שאין הצדקה לביצוע החייאה עליו לדון על כך בגלוי עם החולה או עם בני משפחתו, ולהגיע להחלטה מוסכמת על הימנעות מהחייאה. מאידך, אם לא הצליח הרופא לשכנע את החולה או את בני משפחתו בנכונות ההחלטה כזו, עליו לבצע את ההחייאה כראוי, או להסתלק מהמקרה ולהעבירו לטיפולו של רופא אחר, או לפנות לגורם מחליט אחר, כגון וועדה אתית או בית המשפט, להכרעה. אמנם יש הסבורים, שמוצדק לבצע החייאה חלקית, היינו רק עיסוי לב והנשמה, ללא מתן תרופות החייאה, וללא הנשמה מלאכותית מלאה, כדי לראות אם יש סיכוי להחייאה, וגם זאת דווקא בגלוי ולאחר דיון עם החולה או עם בני המשפחה.

שאלה מוסרית מיוחדת נוגעת למצב בו הוחלט על הימנעות מהחייאה, אך לא על הפסקת יתר הטיפולים, והחולה עובר ניתוח, האם יש חובת החייאה בשלב ההרדמה או על שולחן הניתוחים?⁴²³

.et al, *Resuscitation* 62:181, 2004
Cohen CB, *N Engl J Med* — ראה [423]
325:1879, 1991; Truog RD, *Anesthesiology*
74:606, 1991; Keffer MJ and Keffer HL,
Bonnin [424]. *Anesth Analg* 74:901, 1992
MJ, et al, *JAMA* 270:1457, 1993 וראה עוד
הנחיות והמלצות בנידון —
Jecker NS and Schneiderman LJ, *Arch Intern Med*
American College [425]. 152:2392, 1992
of Emergency Physicians, *Ann Emerg Med*

הע' 65 ואילך. [420] ראה — Angell M, *N Engl J Med* 325:511, 1991
זו גם היתה פסיקת בית המשפט במדינת מינסוטה בארה"ב, במקרה של Helga Wanglie, כמצוטט במאמר הנ"ל. [421] ראה לעיל הע' 82 ואילך. [422] ראה Lo B and Steinbrook RL, *Arch Intern Med* 143:1561, 1983; Evans AL and Brody BA, *JAMA* 253:2236, 1985; Gazelle G, *N Engl J Med* 338:467, 1998. אמנם בפועל רבים הרופאים הנוהגים בשיטה זו, ראה — Einav S,

והסיעודי, ושל החולה ו/או בני משפחתו; מתקיים רישום מדוייק של תהליך קבלת ההחלטה, נימוקיה ותנאיה. כבר בשנת 1974 הציעה ההסתדרות הרפואית האמריקאית סדרת הנחיות להחלטה על הימנעות מהחייאה או הפסקתה⁴²⁹. מאז התרבו מאד התקנונים וההנחיות שהתפרסמו בספרות הרפואית, ואשר מיושמים בבתי חולים רבים בארה"ב⁴³⁰. תקנונים אלו מכילים עקרונות מוסריים כלליים, דרישות ותנאים לביצוע החלטה זו, והדרכים המעשיות ליישומה ולרישומה. הנחיות דומות תוקנו גם במדינות אחרות, כגון בריטניה⁴³¹.

בכל מקרה צריך לדאוג לטובתו של החולה, וגם אם הוחלט על הימנעות מהחייאה יש להמשיך בטיפול תומך ובמניעת כאב וסבל. כמו כן יש צורך להתייחס לשאלה כיצד לבצע החלטה זו, שכן קיים דירוג רפואי ומוסרי ביחס לפעולות ולאמצעים הטיפוליים השונים, ולסדר הזמנים של הימנעות מהפעלתם או הפסקתם⁴³².

ניתוק חולה נוטה למות ממכשיר הנשמה מבוצעת תוך כדי מתן חומרים מטשטשים ומרדימים, כולל בנזודיאזפינים

להגביל את השימוש בשיטות החייאה בגיל מתקדם, שכן יש לראות בהחייאה בזקנים טיפול עקר, גם אם מבחינה רפואית אין זה כך⁴²⁶, ובעיקר יש התנגדות להחייאה בגילים מתקדמים בגלל שיקולי עלות ומשאבים מוגבלים. אך רבים סבורים, שהדבר אינו מוצדק מבחינה מוסרית, ויש לשקול את המצב הרפואי-עובדתי ללא קשר לגיל⁴²⁷.

פיגור שכלי או שיטיון⁴²⁸ מהווה בפועל מרכיב חשוב בשיקולי הרופאים ביחס להחייאה, אך יש הסבורים שהדבר איננו מוסרי, כי אין לשפוט מי יחיה ומי ימות לפי שוויו החברתי של האדם.

הגישה האתית המקובלת בארה"ב היא, שיש מקום לשקול הימנעות מהחייאה או הפסקתה בתנאים הבאים: האבחנה והתחזית ברורים לגמרי מבחינה רפואית; ההערכה שהחייאה היא עקרה, ולא תשיג החלמה, אלא תאריך סבל; החולה ו/או בני משפחתו הסכימו להימנע מהחייאה; מתקיימת הערכה מחודשת של מצבו של החולה במשך מחלתו ועד למותו, כדי לוודא שלא חלו שינויים במצב המחייבים שינוי בהחלטה; ההחלטה התקבלה לאחר דיון מפורט ומוקדם של הצוות הרפואי

[430] ההנחיות המקוריות של ההסתדרות הרפואית האמריקאית והחברה הקרדיאלית האמריקאית עברו מספר שינויים משמעותיים – ראה, *JAMA* 244:507, 1986; *JAMA* 255:2981, 1986; *JAMA* 268:2282, 1992. [431] ראה British Medical Association, *Decisions – Relating to Cardiopulmonary Resuscitation*, London, BMA, 1993; Doyal L and Wilsher D, *BMJ* 306:1593, 1993. [432] ראה – Christakis NA and Asch DA, *Lancet*

21:1277, 1992; Adams JG, et al, *Ann Emerg Med* 21:1273, 1993. [426] Callahan D, *Med* 21:1273, 1993. *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*, New York, 1987. [427] McIntyre KM, *JAMA* 244:511, 1980; Editorial, *Lancet* 337:209, 1991; Jecker NS and Schneiderman LJ, *Am J Med* 92:189, 1992; Doyal L and Wilsher D, *BMJ* 308:1689, 1994. הע' 77 ואילך והע' 288. [428] dementia. [429] *AMA, JAMA* 227(Suppl):864, 1974.

ניתן להדגים תוצאות שונות. באחד המחקרים ביחס לחולים שסבלו משטף-דם מוחי נרחב התברר שטיפול אגרסיבי הביא לתוצאות טובות יותר ממה שהיה צפוי על פי נתונים במחקרים אחרים. זאת מאחר והנתונים במחקרים האחרים התבססו על מקרים שבהם הוחלט על הפסקת טיפול תומך-חיים כמדיניות הבנויה על ההנחה שתוחלת החיים הצפויה במקרים כאלו היא קצרה⁴³⁶.

מזון ונוזלים — עד לפני מספר שנים לא עלה על דעת איש להפסיק מזון ונוזלים, גם מחולים הנוטים למות. דבר זה נחשב בלתי מוסרי, בלתי חוקי, ובלתי נכון מבחינה רפואית. מאז שנות ה-70 של המאה ה-20 התפתחה מגמה ברורה להרחיב את הפקודה להימנע מהחייאה לפקודה להימנע ו/או להפסיק כל טיפול, ולא דווקא החייאה. לפיכך, גם מתן מזון בצנתר לקיבה⁴³⁷, מתן מזון דרך פיוס-קיבה⁴³⁸, או מתן נוזלים דרך עירוי ווריד, נחשב ומוגדר כטיפול. יש שהוסיפו חיווק לטיעון נגד המשך מתן מזון ונוזלים בכך, שפעולה כזו בחולים בתירדמת עלולה גם לגרום לסיבוכים⁴³⁹. ואכן, התגבשו המלצות של אתיקאים שונים בארה"ב להפסיק מתן מזון ונוזלים, וגם בתי משפט שונים בארה"ב קיבלו דעה זו,

ומורפיוס, במינונים גדלים והולכים, כאשר המטרה היא לדכא כל תסמנין של תחושת מחנק אצל החולה לאחר ניתוק ממכשיר ההנשמה. במחקרים שונים נמצאו זמנים שונים למותו של החולה מרגע הפסקת מכשיר ההנשמה: במחקר אחד נמצא כי מות חולה לאחר ניתוק ממכשיר ההנשמה מתרחש בין שתי דקות ועד ל-10.5 שעות, בממוצע 6.2 שעות. כמו כן נמצא כי לא היתה התאמה בין מינון התרופות המרדימות והמטשטשות לבין רגע מותו של החולה⁴³³; במחקר אחר נמצא כי מות החולה לאחר הפסקת טיפול בהנשמה התרחש בין 2.1 לבין 6.5 שעות, בממוצע 4.3 שעות⁴³⁴; ובמחקר אחר נמצא שהמוות התרחש בממוצע 7.5 שעות לאחר ניתוק ממכשיר הנשמה, עם טווח של שעה ועד 24 שעות⁴³⁵.

החלטות על הפסקת טיפול תומך-חיים בדרך כלל מגשימות את עצמן. היינו, הפסקת טיפול תומך-חיים במקרים שהרופאים מעריכים שתוחלת החיים הצפויה היא קצרה בגין המחלה או האירוע החמור שממנו סובל החולה מביאה ברוב המקרים למותו של החולה. ואמנם אם מתקבלת החלטה על טיפול אגרסיבי למרות תוצאות צפויות גרועות,

percutaneous endoscopic gastrostomy. הדעות בין הרופאים והאתיקאים חלוקות ביחס להוריות לביצוע פרוצדורה זו בחולים הנוטים למות, אך נראה שאין בשלב זה די הוכחות מדעיות לקביעת עמדה רפואית-מדעית בלתי תלויה בעמדה האתית-חברתית של החוקרים שפרסמו מחקרים בתחום זה. [439] ראה לעיל הע' 84 ואילך. וראה במאמר — Winter SM, *Am J Med* 109:723, 2000.

Ankrom M, et al, *J* [433] 342:642, 1993
Hall [434] *Am Geriatr Soc* 49:1549, 2001
RI and Rucker GM, *Chest* 118:1424, 2000
Mayer SA and Kossoff SB, *Neurology* [435]
Becker KJ, — [436] 52:1602, 1999
et al, *Neurology* 56:766, 2001
[437] nasogastric tube [438] gastrostomy.
השיטה הנפוצה כיום להחדרת גסטרוסטום בחולים קשים היא שיטת ה- PEG =

והורו על הפסקת מזון ונוזלים⁴⁴⁰. לפי דעות אלו מותר ואף צריך להפסיק מזון ונוזלים בכל דרך שהיא מארבעה קבוצות של חולים 'סופניים': אלו שמתן נוזלים לא יועיל לתקן את מחסורם, כגון הסובלים מכוויות קשות ונרחבות; אלו שמסרבים באופן מודע להמשך קבלת מזון ונוזלים; אלו הנמצאים במצב של 'צמח'; ואלו הסובלים משטיון בגיל מבוגר⁴⁴¹.

לעומתם, יש המתנגדים להחלטה זו, ומנמקים את התנגדותם בכמה טיעונים: מזון ונוזלים הם אמצעי קיום חיוניים מינימליים, יש להם ערך סמלי ורגשי, הם מהווים כבוד לחיים, אין להתייחס אליהם כטיפול במובן הרגיל, החלטות להפסקת מזון ונוזלים יתפרשו כאכזריות ויגרמו לפגיעה ביחסי האימון של הציבור כלפי הרופאים, סילוק מזון ונוזלים גורם למוות ישיר, ללא קשר למחלה היסודית⁴⁴². יש הטוענים שהימנעות ממזון ונוזלים גורם לסבל נוסף לחולה, ולפיכך אין להפסיק; ולעומתם יש הטוענים שהתובנה על סבל הקשור ברעב ובצמא הוא השלכה ממצב פיזיולוגי תקין ורגיל, אך במצב של חולה הנוטה למות אין בהימנעות ממזון ונוזלים

משום הגברת הסבל לחולה⁴⁴³. אכן, יש לציין כי מחקרים אלו מתייחסים לרוב לחולים בימים האחרונים לחייהם, בעוד שיש המשליכים מנתונים אלו גם לחולים נוטים למות בחודשים האחרונים לחייהם, ואין כל הוכחה שבשלבם מוקדמים של מצב סופני אין סבל נוסף. יתר על כן, אין כיום נתונים מדעיים בדוקים האם חולה הסובל משטיון או ממצב הכרה ירוד סובל או איננו סובל ממתן מזון ונוזלים או מאי-מתן מזון ונוזלים. לפיכך, יש צורך בשיפוט רפואי אינדיבידואלי ביחס לכל חולה וחולה האם יש לו סיבוכים, מה חומרתם ומה ניתן לעשות כדי למנוע אותם.

עוד הוכח שחולים נוטים למות שהם בהכרה, אך מאושפזים בהוספיס ומטופלים היטב מבחינת כאב וסבל, אינם בוחרים להימנע ממזון ונוזלים. במחקר מהוספיס סנט כריסטופר באנגליה נמצא כי במשך 30 שנות קיומו של ההוספיס רק שני חולים בחרו להפסיק מזון ונוזלים; ובמחקר ממדינת אורגון בארה"ב רק 102 מתוך 40,000 חולים בחרו בדרך זו; ומבין חולים אלו 12.5% חזרו לאכול

Med 64:363, 1988; Rosner F, *Chest* 104:1892, 1993; Rosin AJ and Sonnenblick M, *J Med Ethics* 24:44, 1998. במאמר מ. אלון, *שערי משפט* (ב)2, 121, 2002. [443] ראה McCann RM, et al, *JAMA* 272:1263, 1994; Finucane TE, et al, *JAMA* 282:1365, 1999; Winter SM, *Am J Med* Brody H, *Am J Med* 109:723, 2000. וראה עוד 109:740, 2000; Finucane TE, et al, *JAMA* 282:1365, 1999. וראה סיכום נרחב על העמדות השונות בעניין מזון ונוזלים בחולים הנוטים למות במאמר – ע. גולן וש. בסן, *רפואה ומשפט*,

Micetich KC, et al, *Arch Intern Med* [440] 143:975, 1983; Wanzer SH, et al, *N Engl J Med* 310:955, 1984; Meyers DW, *Arch Intern Med* 145:125, 1985; Dresser RS and Biosaubin EV, *Arch Intern Med* 145:122, 1985. [441] ראה Clarke DE, et al, *Chest* – 1985. Ramsey P, *The* [442] 104:1646, 1993. *Patient as a Person*, 1970:113-129; Siegler M and Weisbard AJ, *Arch Intern Med* 145:129, 1985; Meyers DW, *Arch Intern Med* 145:125, 1985; Derr PG, *Hastings Cent Rep* 16:28, 1986; Rosner F, *Bull NY Acad*

ולשתות⁴⁴⁴.

החליט בשנת 1993, שמותר מבחינה חוקית להפסיק מזון מחולה במצב של 'צמח', אך בכל מקרה אסור לקרב מותו בידיים⁴⁴⁷. ההסתדרות הרפואית הבריטית המליצה לשקול הפסקת כל טיפול תומך-חיים בחולה המוגדר כצמח, כולל מזון ונוזלים, אך רק לאחר עבור 12 חודשים מאז האבחנה, ולאחר שאין כל חילוקי דעות בין כל הרופאים המטפלים ביחס לאבחנה ולתחזית. כמו כן הומלץ להתחשב בדעתו של החולה עצמו, אם היא ידועה מהעבר, וכן בדעותיהם של קרובי המשפחה והצוות הרפואי-סיעודי כולו⁴⁴⁸.

דוגמא נוספת לחולים שאינם נוטים למות, כשהם בהכרה מלאה, אך משותקים לחלוטין, וזקוקים להנשמה מלאכותית⁴⁴⁹. האקדמיה הנוירולוגית האמריקאית הציעה להתיר מבחינה מוסרית את הפסקת מכשיר ההנשמה מחולים כאלו, כדי לאפשר להם מיתה מהירה, בתנאי שהדבר נעשה בהסכמת החולים עצמם⁴⁵⁰.

היישום של עקרונות האותנזיה הפסיבית, כולל הימנעות ממתן מזון ונוזלים, הוחל לאחרונה גם על חולים שאינם נוטים למות, אך חסרי הכרה או משותקים לחלוטין.

דוגמא אחת למצבים אלו היא חולים המוגדרים כ"צמח". הנוירולוגים האמריקאים המטפלים במבוגרים, סבורים ברובם הגדול, שמוצדק מבחינה מוסרית לסלק מזון ונוזלים מחולים כאלה, אף על פי שאין הם חולים הנוטים למות, בעוד שהנוירולוגים המטפלים בילדים, סבורים ברובם הגדול, שאין להפסיק מזון ונוזלים מחולים כאלו, ויש אפילו לבצע פיוס-קיבה, כדי להמשיך ולהאכילם בצורה נוחה⁴⁴⁵. הדעות בין יועצים אתיים בבתי חולים בארה"ב חלוקות באשר לתנאים ולהנחיות הנוגעים להפסקת טיפול מאריך-חיים בחולים המוגדרים כ'צמחים'⁴⁴⁶. בית הלורדים בבריטניה

גיליון 31 עמ' 41 ואילך, 2004. [444] ראה – Ganzini L, et al, *N Engl J Med* 349:359, 2003. [445] ראה – Ashwal S, et al, *Ann Neurol* 32:570, 1992. Celesia GG, *Ann Neurol* 33:391 1993, שהאיגוד הנוירולוגי האמריקאי לא הגיע למסקנה חד-משמעית בהמלצותיו האתיות. וראה עוד – ANA Committee on Ethical Affairs, *Ann Fox E and Neurol* 33:386 1993. [446] Stocking C, *JAMA* 270:2578, 1993. Brahams D, *Lancet* 341:428, 1993. [447] וראה עוד בנידון – *Lancet*, 337:96, 1991; Andrew K, *BMJ* 306:1600, 1993; Gillon R, *BMJ* 306:1602, 1993. [448] ראה על גישות אתיות בארה"ב ובאנגליה – Gillon R, *J Med Ethics* 19:67, 2004.

1993; McLean SAM, *J Clin Pathol* 52:490, 1999; Wade DT, *BMJ* 322:352, 2001; Jennett B, *J Neurol Neurosur Sci* 73:355, 2002. גיליון מיוחד של הבטאון NeuroRehabilitation (כרך 19, מס. 4, 0052). הוקדש למיגון הסוגיות הנוגעות למצב הוגסטיבי, כולל בעיות הגדרתיות-רפואיות, גישות אתיות וגישות דתיות. [449] המצבים הרפואיים כוללים amyotrophic lateral sclerosis=ALS (ראה לעיל הע' 290); locked-in syndrome – שיתוק מלא פרט לגלגלי העינים, על רקע של פגיעה בגזע המוח; קרע של חוט השדרה הצווארי, עם שיתוק מלא מן הצוואר ומטה. AAN, *Neurology* 43:222, 1993; Bernat [450] JL, et al, *Neurology* 43:224, 1993. במאמר Patterson DR, et al, *N Engl J Med*

גיליון 31 עמ' 41 ואילך, 2004. [444] ראה – Ganzini L, et al, *N Engl J Med* 349:359, 2003. [445] ראה – Ashwal S, et al, *Ann Neurol* 32:570, 1992. Celesia GG, *Ann Neurol* 33:391 1993, שהאיגוד הנוירולוגי האמריקאי לא הגיע למסקנה חד-משמעית בהמלצותיו האתיות. וראה עוד – ANA Committee on Ethical Affairs, *Ann Fox E and Neurol* 33:386 1993. [446] Stocking C, *JAMA* 270:2578, 1993. Brahams D, *Lancet* 341:428, 1993. [447] וראה עוד בנידון – *Lancet*, 337:96, 1991; Andrew K, *BMJ* 306:1600, 1993; Gillon R, *BMJ* 306:1602, 1993. [448] ראה על גישות אתיות בארה"ב ובאנגליה – Gillon R, *J Med Ethics* 19:67, 2004.

אותנזיה פעילה – יש הסבורים, שכאשר פעולה זו מבוצעת לפי בקשת החולה ורצונו החופשי, הרי היא העזרה והסעד הטוב ביותר שהרופא יכול להגיש לחולה במצב כזה, ולכן זה תפקידו; עקרון האוטונומיה מאפשר לכל אדם לקבוע כיצד, מתי ואיך הוא ימות; עקרון ההטבה מתקיים דווקא בביצוע מיתה מהירה וחסרת יסורים; אין הבדל מהותי ומעשי בין הצדקת אותנזיה סבילה, ובעיקר הכללת ההיתר להפסיק טיפול, לבין המתה פעילה⁴⁵¹.

אכן רבים מתנגדים לאותנזיה פעילה, ומעלים את הטיעונים הבאים: יש בכך פגיעה בכבוד ובערך של החיים; רצח הוא רצח, גם כשהוא נעשה למטרה חיובית; קיים חשש ניכר למדרון חלקלק⁴⁵², שבעקבות הסכמה לאותנזיה רצונית, תבוא אותנזיה סלקטיבית של בני אדם בלתי רצויים; בהחלטות מסוג כזה קיים קושי בהגדרת הרצון והבחירה החופשית, וכן קיים קושי באבחנה של מצב סופני; רצון החולה למות איננו תמיד אוטונומי ושקול; ההסכמה לדרך זו מעוררת את האנשים להרגיש מחוייבות למות מהר, כדי לא להוות מעמסה על המשפחה, וכך עלולה "הזכות למות" להפוך ל"חובה למות";

הדעות בין הרופאים והאחיות בעולם המערבי חלוקות ביחס למוסריות של המתה פעילה של חולים. קיימת נטיה

[453] Goodwin JS, *JAMA* 265:326, 1991. המעמסה הרגשית והכלכלית על המשפחה היא גדולה מאד, והם עצמם זקוקים לעתים לעזרה – ראה Schulz R, et al, *N Engl J Med* 349:1936, 2003 [454] ראה סיכום חלק מהטיעונים הללו – Pellegrino ED, *JAMA* 265:3118, 1991; Klessing J, *West J Med* 157:316, 1992; י. לויט, הרפואה קב:236, 1993.

1993, 328:506, עד כמה צריך להיזהר מפזיזות בהחלטות גורליות כאלו במצבים הנ"ל. [451] ראה Rachele J, *The End of Life: Euthanasia and Morality*, Oxford, 1986; Angell M, *N Engl J Med* 319:1348, 1988; Gillon R, *J Med Ethics* 14:115, 1988; Reichel W and Dyck AJ, *Lancet* 2:1321, 1989; Brock DW, *Hastings Cen Rep* 22:10, 1992. [452] ראה לעיל הע' 369 ואילך.

התנגדות הן להמתה פעילה והן לסיוע להתאבדות, וקראה לחבריה לדבוק בעקרונות של רפואה פליאטיבית טובה⁴⁵⁹.

במחקר שבדק עמדות של רופאים אונקולוגיים בארה"ב נמצא כי ככל שהרופאים היו יותר מיומנים בטיפול במצבים של סוף-החיים, וככל שהיו מוכנים יותר לטיפולים פליאטיביים, כן היה נמוך יותר שיעור הרופאים שתמכו באותנזיה פעילה או בסיוע להתאבדות⁴⁶⁰.

הנוירולוגים האמריקאיים הביעו התנגדות לסיוע רופא להתאבדות ולהמתה פעילה של חולים נוטים למות, ודרשו עידוד ושיפור הטיפולים הפליאטיביים לחולים אלו⁴⁶¹.

תפיסת הרופאים הפסיכיאטריים בארה"ב בשלהי המאה ה-20 היתה שאין להתיר סיוע רפואי להתאבדות עבור חולים במחלות נפשיות קשות, ובעיקר דכאון קשה; זאת בניגוד לעמדת הפסיכיאטרים ההולנדים, אשר ברובם סברו שיש הצדקה לסייע בהתאבדותם של חולי נפש שונים⁴⁶².

בין אנשים עם מוגבלויות פיזיות שונות בארה"ב חלוקות הדעות אם יש להתיר סיוע רפואי להתאבדות, ואם יש לראות

גדולה יותר להתנגדות לפעולה כזו בין הרופאים⁴⁵⁵. לעומתם, קיימת נטייה גדולה יותר לעודד את ההסכמה הציבורית להמתה פעילה בקרב הפילוסופים והאתיקאים. לפיכך היה מי שהציע שהפילוסופים הם שיבצעו בפועל את ההמתה הפעילה ולא הרופאים⁴⁵⁶.

ההסתדרות הרפואית העולמית⁴⁵⁷, קבעה שהמתה פעילה של חולה, גם אם היא על פי בקשתו, נוגדת את האתיקה הרפואית.

וועדה מיוחדת של בית הלורדים הבריטי החליטה כי המתה פעילה של חולה היא מעשה בלתי חוקי ובלתי מוסרי, ואין מקום להתיר פעולה כזו בשום מקרה⁴⁵⁸.

האסיפה הפרלמנטרית של מועצת אירופה קבלה בשנת 1999 החלטה המתנגדת להמתה פעילה ולסיוע רופא להתאבדות. ההחלטה כוללת גם דרישה לטיפול פליאטיבי יעיל ומקיף, להבטיח הכרה בצוואה מחיים, בהנחיות מקדימות ובעמדת מיופי כוח שהחולה מינה, ולהבטיח ששום חולה לא יטופל בניגוד לרצונו.

ההסתדרות הרפואית הקנדית הביעה

[459] *Can Med Assoc J* 152:248A, 1995
Emanuel EJ, et al, *Ann Intern Med* [460] 133:527, 2000
[461] ראה סיכום העמדה של American Academy of Neurology במאמר – Bernat JL, et al, *Neurology* 46:598, 1996
[462] ראה – Ganzini L and Lee MA, *N Engl J Med* 336:1824, 1997

[455] ראה למשל Cohen JS, et al, *N Engl J Med* 331:89, 1994
Elliott C, *BMJ* [456] 313:1088, 1996
[457] הצהרה על אותנזיה, מדריך, 1987. עמדה זו אושרה גם בשנת 2002, תוך גינויים למצב בהולנד בנידון – ראה Sheldon T, *BMJ* 325:675, 2002.
[458] Editorial, *Lancet* 343:430, 1994

בסיוע כזה חלק מהזכות החוקתית של האזרח האמריקאי⁴⁶³.

ואמנם יש הסבורים שטיפול תומך ומסייע אופטימלי בשלהי החיים, מודעות לכאב ולסבל וטיפול נכון בהם, ואמפתיה לנוטים למות היא הדרך הראויה, ולא קירוב מותם של הנוטים למות בדרך של סיוע להתאבדות או המתה פעילה⁴⁶⁴.

בסקר שנערך בשלהי המאה ה-20 בארה"ב נמצא כי כ-7% מהרופאים בצעו לפחות פעם אחת המתה פעילה או סיעו להתאבדות, למרות שפעולות אלו היו בלתי חוקיות בארה"ב באותה עת⁴⁶⁶.

באירופה בראשית המאה ה-21, היה איסור חוקי על המתה פעילה בכל המדינות למעט בלגיה והולנד⁴⁶⁷.

בהולנד מתבצעת אותנויה פעילה באופן רשמי וגלוי, למרות שבמשך כשני עשורים היתה פעולה זו בלתי חוקית בעליל גם במדינה זו. באותן שנים ניסחו בתי המשפט והחברה ההולנדית המלכותית לקידום הרפואה הנחיות מפורטות מתי ניתן לסלוח לרופא המבצע המתת חסד פעילה, למרות האיסור המשפטי. התנאים הם: החולה מצהיר בעצמו, שסבלו הגופני והנפשי הוא בלתי נסבל; החולה בעצמו מבקש ומסכים לפעולה זו, כשהוא בר כושר שיפוט מלא; הסבל והרצון למות הם קבועים ומתמידים; הסכמתו של החולה לפעולת ההמתה היא חופשית, מודעת ומתמידה; החולה מבין את מצבו, את החלופות העומדות לרשותו, ואת משמעות ההחלטה; הרופא והחולה מסכימים, שמדובר במחלה חשוכת מרפא, המלווה בסבל קשה; נעשו נסיונות אחרים להפחית את הכאב והסבל, אך לא נמצא פתרון אחר, שהוא מתקבל על דעתו של החולה; רופא נוסף מסכים לאותם ממצאים; רק הרופא, ולא כל שליח אחר, יבצע את

בארה"ב, בשלהי המאה ה-20, נערך מחקר בקרב חולים הנוטים למות, באשר לרצונם להמתת חסד פעילה או לסיוע רפואי להתאבדות. המדובר בחולים שהחלטות כאלו אינן עוד בגדר שיקול תיאורטי ורעיוני, אלא הופך להיות מוחשי ומעשי. 10.6% דיווחו שהם שוקלים ברצינות אופציות אלו. במהלך מחלתם כמחצית מהם שינו את דעתם, והתנגדו לאופציות אלו, בעוד שכמחצית מהחולים שבראשית מחלתם התנגדו לאופציות אלו שינו דעתם לחיוב האופציות. הגורמים שהשפיעו על התנגדות להמתת חסד בקרב חולים אלו היו: תחושת שייכות והערכה של הזולת, גיל מעל 65 שנים, ומוצא אפריקאי-אמריקאי. לעומת זאת גורמים שהשפיעו לשיקול חיובי של המתת חסד היו: דכאון, צורך בסיוע של הזולת, וכאבים. בסוף התהליך רק חולה אחד (0.4%) מת בדרך של המתת חסד, חולה אחד עשה ניסיון התאבדות בלתי מוצלח, וחולה אחת בקשה באופן עקבי המתת חסד⁴⁶⁵.

.EJ, et al, *JAMA* 284:2460, 2000
Meier DE, et al, *N Engl J Med* [466]
[467] 338:1193, 1998 על הגישות החוקיות

[463] ראה Batavia AI, *N Engl J Med* —
Foley KMMM, *N* [464] 336:1671, 1997
Emanuel [465] *Engl J Med* 336:54, 1997

של חולים בבקשה למות בדרך של אותנזיה פעילה הוא כ-5000 לשנה⁴⁷². בשלהי המאה ה-20 דווח כי 2.1% מכלל המתים בהולנד בכל שנה הומתו בדרך של המתה פעילה או סיוע של רופא להתאבדות; שיעור גדול במיוחד של המתות פעילות וסיוע להתאבדות היה בקרב חולי אידיס-המוסקסואלים, ששיעורם הגיע ל-22%⁴⁷³. בשלהי המאה ה-20 הומתו בהולנד בשיטות אותנזיה או סיוע רפואי להתאבדות 20% מכלל חולי טרשת צד חוט השדרה⁴⁷⁴. מספר המקרים של המתות פעילות על פי דיווחים רשמיים בהולנד עלה מ-19 מקרים בשנת 1984 ל-2216 מקרים בשנת 1999⁴⁷⁵, אך על פי כל המחקרים והעדויות היו מקרים רבים מאד שלא דווחו כלל⁴⁷⁶.

אכן, תוך מספר מועט של שנים לאחר התחלת הדרך הזו בהולנד נודע על חריגות שונות וחמורות, אשר בחלקן גם אומצו רשמית על ידי ההסתדרות הרפואית המלכותית של הולנד. רק מיעוט קטן מהמתות הפעילות מדווחות כנדרש;

ההמתה; המעשה לא יגרום לאחרים סבל מעבר לצורך; ההחלטה והביצוע ייעשו בזהירות מירבית; הנתונים ותהליך קבלת ההחלטה יירשמו ויתועדו באופן ברור; במקרה של ילדים – מועילה הסכמת ההורים באותם התנאים⁴⁶⁸. רק בסוף שנת 2000 התקבל חוק בבית התחתון של הפרלמנט ההולנדי, המכיר חוקית בהמתת חסד בתנאים אלו, והבית העליון קיבל סופית את החוק באפריל 2001.

בסוף שנת 1994 הוקרן בטלוויזיה הממלכתית ההולנדית סרט דוקומנטרי, המתאר בפירוט רב את תהליך ההריגה של חולה סופני על ידי רופא⁴⁶⁹. ביקורת קשה פורסמה על התהליך, ובין היתר נטען שלא התקיימו במקרה המצולם התנאים ההכרחיים להצדקת הריגה פעילה, אפילו על פי קני-המידה של ההולנדים עצמם⁴⁷⁰.

מספר המומתים בשיטה זו בהולנד איננו ידוע באופן וודאי, אך על פי סקרים שונים עולה, כי מדובר ב-2,000 עד 10,000 אנשים כל שנה⁴⁷¹. מספר הפניות

Dyer C, *BMJ* 305:731, 1992; Fenigsen R, *Hastings Cent Rep* 19(suppl):22S, 1988; van Delden JJM, et al, *Bioethics* 7:323, 1993 וראה עוד סקר על התנהגות רופאי משפחה בהולנד בעניין זה במאמר – Pijnenborg L, et al, *BMJ* 309:1209, 1994 [472]. Marquet RL, et al, *BMJ* 327:201, 2003 Bindels PJE, et al, *Lancet* 347:499, [473] 1996. [474] היינו מחלת ALS – ראה Veldink JH, et al, *N Engl J Med* 346:1638, 2002 van der Wal G and Dillmann [475] 2002 RJM, *BMJ* 308:1346, 1994; Onwuteaka-philipsen BD, et al, *BMJ* Onwuteaka-philipsen [476] 331:691, 2005

לאותנזיה פעילה ולסיוע להתאבדות בעולם המערבי – ראה Cohen-Almagor R, *NY International Law Rev* 16(1):1, 2003 de Wachter MAH, *JAMA* 262:3316, [468] 1989; Gomez CF, *Regulating Death: Euthanasia and the Case of the Netherlands*. New-York, The Free Press, 1991 Onwuteaka-philipsen BD, et al, *BMJ* – 331:691, 2005 [469] תרגום לאנגלית של התמליל פורסם בעיתון האמריקאי היוקרתי The New York Times, ביום 13.11.1994. וראה עוד תיאור על הקרנה זו – News, *BMJ* 309:1107, 1994 Hendin H, *Hastings* – [470] ראה – *Cen Rep* 25(3):19, 1995 [471] ראה –

להיות מועיל מאד, והתעקשה למות. לפיכך, סייע רופא זה להתאבדותה. בית המשפט העליון מצא את הרופא אשם רק בפרט אחד, והוא שרופא נוסף לא בדק את החולה על מנת לאשר את הממצאים. יחד עם זאת לא קבע בית המשפט עונש לרופא זה. המסקנות שהוסקו מפסק דין זה בהולנד הן שמותר להרוג אף חולים עם בעיות נפשיות, ולא רק חולים עם בעיות גופניות, אף שבמקרים של דכאון קיים ספק אם ניתן להתייחס לרצונם כהבעה אוטונומית לגיטימית. יתר על כן ניתן להסיק שמותר להרוג גם חולים שאינם נוטים למות⁴⁸⁶. מצב זה הוא ללא ספק הידרדרות חמורה במדרון החלקלק⁴⁸⁷. יש מי שטען, שהאותנוזיה בהולנד יצאה מכלל שליטה, ויש מאות ואלפי מקרים של

בוצעו מקרים לא מעטים של המתת קטינים ויילודים פגומים, אפילו ללא הסכמת ההורים⁴⁷⁷; בוצעו המתות קטינים עם מחלות סופניות⁴⁷⁸; בוצעו המתות חסד של אנשים מחוסרי הכרה, ללא הסכמה מודעת מפורשת של החולה⁴⁷⁹; בוצעו המתות חסד של אנשים הסובלים משטיון⁴⁸⁰, מפיגור שכלי⁴⁸¹, ממצב של 'צמח'⁴⁸², ומהפרעות פסיכיאטריות שונות⁴⁸³. במקרים רבים התקבלה ההחלטה על ידי רופא בודד, ללא שיתוף וייעוץ של רופא נוסף⁴⁸⁴. ואמנם בשנת 1994 נידון בבית המשפט העליון של הולנד מקרה של פסיכיאטר הולנדי⁴⁸⁵, אשר סייע בהתאבדות של חולה שסבלה מדכאון. חולה זו סרבה לקבל טיפול תרופתי למחלתה, למרות שהוא יכול היה

על ידי חוקרים מהולנד ומחוצה לה – ראה Fenigsen R, *Hastings Cent Rep* 19(suppl):22S, 1988; Twycross RG, *Lancet* 336:796, 1990; Gomez CF, *Regulating Death: Euthanasia and the Case of the Netherlands*. New-York, The Free Press, 1991; Gevers JKM, *J Med Ethics* 18:138, 1992; Cohen-Almagor R, *Euthanasia in the Netherlands*. Dordrecht, Kluwer, 2004; Wolf SM, *Arch Intern Med* 165:1677, 2005; *Lancet*, 338:1010 1991 מכתבים למערכת, וראה עוד van-der-Wal G and Dillman RJ, *BMJ* 308:1346, 1994; Woodruff R, *Lancet* 358:667, 2001; ר. בהן-אלמגור, רפואה ומשפט כח:44, 2003. [485] Dr. B. Chabot. News, – ראה תיאור המקרה והדין – [486] *BMJ* 309:7, 1994. [487] ראה ביקורת חריפה ברוח זו במאמרים – Ogilvie AD and Potts SG, *BMJ* 309:492, 1994; Hendin H, et al, *JAMA* 277:1720, 1997. אמנם יש להעיר, כי הוועד הרפואי של אמסטרדם גינה את מעשהו של הפסיכיאטר הזה, ומצא במעשה חריגה חמורה מהנהלים שרופאי הולנד בעצמם קבעו

ראה [477] BD, et al, *BMJ* 331:691, 2005. Orłowski JP, *Am J Dis Child* 146:1440, – 1992; Visser HK, et al, *Am J Dis Child* 146:1429, 1992; Sauer PJ, *Pediatrics* 90:729, 1992; Moskop JC, *J Pediatr* 129:627, 1996; van der Heide A, et al, *Lancet* 350:251, 1997. גישה זו התקבלה רשמית על ידי וועדה מטעם הסתדרות הרופאים המלכותית של הולנד – ראה [478] *BMJ* 305:1312, 1992. וראה עוד Versluis C, *Lancet* 341:794, 1993 – Vrakking AM, et al, *Arch – Pediatr Adolesc Med* 159:802, 2005. [479] Pijnenborg L, et al, *Lancet* 341:1196, 1993. גישה זו התקבלה רשמית על ידי וועדה מטעם הסתדרות הרופאים המלכותית של הולנד – ראה [480] *BMJ* 303:984, 1991. van Thiel [481] *BMJ* 306:1364, 1993. GJMW, et al, *BMJ* 315:88, 1997; van der Maas PJ, *BMJ* 315:73, 1997. Beaufort I, *N Engl J Med* 352:2373, [482] 2005. Groenewoud JH, et al, *N Engl J Med* 336:1795, 1997; van Thiel GJ, et al, *BMJ* 315:88, 1997. [484] חריגות אלו נחקרו

הדרכה על מינונים ועל הליכים לביצוע הפעולה.

בשוויצריה, אף כי החוק לא התיר המתה פעילה או סיוע להתאבדות, התקיים בשלהי המאה ה-20 ארגון פרטי בשם דינגניטס, אשר ביצע סיוע להתאבדות לכ-120 אנשים מכל רחבי אירופה. בגין שמועות שארגון זה סייע להתאבדותם של אנשים בריאים מבחינה גופנית, אך סובלים מבעיות נפשיות ודכאון, היתה ביקורת רבה על התנהגותם באירופה⁴⁹³.

בטריטוריה הצפונית של אוסטרליה התקבל בשנת 1996 חוק המתיר אותנזיה פעילה⁴⁹⁴. בגין ביקורת ציבורית חזקה בוטל החוק הזה כעבור תשעה חודשים. במהלך התקופה הקצרה שהחוק היה בתוקף היו שבע בקשות של חולים הנוטים למות לבצע בהם המתה פעילה, ומתוכם בוצעה אותנזיה פעילה בארבעה חולים⁴⁹⁵.

במרבית המדינות המערביות יש איסור לא רק על המתה פעילה אלא גם על סיוע רופא להתאבדות, למעט אסטוניה ושוויצריה, שבהן אין איסור חוקי לדרך זו, ומדינת אורגון בארה"ב, שבה הדבר מותר על פי חוק⁴⁹⁶.

הגישה בארה"ב חלוקה מאד, והוויכוח

המתת חסד ללא הסכמת הנהרג, וללא דיווח לרשויות⁴⁸⁸. יתר על כן, השקפת העולם של מצדדי האותנזיה הפעילה בהולנד עברה מגישה המכירה ומתירה פעולה זו, לגישה הרואה בהיענות הרופא לבקשה כזו חובה מוסרית לסיים חיים חסדי תועלת⁴⁸⁹. עוד יש לציין, שסיוע רופא להתאבדות מתקדם לעתים להמתה פעילה על ידי הרופא, כאשר תהליך ההתאבדות לא מתקדם בקצב משביע רצון. עובדות כאלו דווחו מהולנד בשיעור של כ-20% מכלל המקרים שהבקשה היתה לסיוע להתאבדות, והסתיימה באותנזיה פעילה⁴⁹⁰.

גם בבלגיה מבוצעות המתות חסד פעילות. בשלהי המאה ה-20, עת פעולות כאלו היו בלתי חוקיות, דווח על שיעור של 1.3% של המתות ישירות על ידי רופאים או בדרך של סיוע להתאבדות על ידי רופאים, וב-3.2% ניתנו כמויות קטלניות של מורפיום לחולים הנוטים למות ללא הסכמתם המפורשת⁴⁹¹. ביחס ליילודים פגומים, התברר כי ב-16% מכלל התינוקות שמתו מתחת לגיל שנה בוצעה המתה פעילה⁴⁹². מספר שנים לאחר האישור החוקי לבצע המתות חסד בבלגיה, התירה המדינה למכור ערכות להמתת חסד בבתי המרקחת. הערכות כוללות את החומרים לביצוע ההריגה, וכן

et al, *Lancet* 365:1315, 2005 [493] ראה Newsdesk, *Lancet Neurology* 2:135, — [494] ראה על פרטי החוק במאמר — Ryan CJ and Kaye M, *N Engl J Med* 334:326, 1996 [495] Kissane DW, et al, [496] ראה להלן *Lancet* 352:1097, 1998. הע' 501 ואילך.

לצורך היתר המתת חסד — ראה *BMJ* News, *BMJ* 310:894, 1995 [488] Keown J, *Hastings Cent Rep* 22:39, 1992 [489] ראה — Renigsen R, *Issues Law Med* 6:229, 1990 [490] Groenewoud JH, et al, *N Engl J Med* [491] 342:551, 2000 Deliens L, et al, [492] *Lancet* 356:1806, 2000 Provoost V,

בארה"ב, אך שיטותיו עוררו התנגדות ציבורית רחבה. בשנת 1999 הוא צילם בוידאו את הריגתו של חולה בשם תומאס יוק, שסבל מטרשת צד חוט השדרה, ובה הוא נראה מזריק בעצמו את החומר הקטלני לחולה. קוורקיאן מסר את הוידאו לטלביזיה אמריקאית, וזו שודרה בכל רחבי ארה"ב. בעקבות זאת הוא הועמד לדין, והפעם נמצא אשם ברצח, ונשפט למאסר ממושך. ראוי להדגיש, שמדובר באדם ללא כל ניסיון כרופא קליני, ללא כל יכולת מקצועית לאמת את הנתונים הרפואיים של החולים, וללא כל ביקורת מקצועית על רצינות הכוונות של המבקשים להתאבד בעזרתו הפעילה⁵⁰⁰.

בסוף שנת 1994 נחקק חוק 'מוות בכבוד'⁵⁰¹ במדינת אורגון שבארה"ב⁵⁰². חוק זה מתיר סיוע להתאבדות על ידי רופא בתנאים מוגדרים ומפורטים בחוק: מצבו של החולה המבקש למות, חיוביו של הרופא בתהליך הסיוע, שיטות סיוע ההתאבדות, צורות הרישום והדיווח, חסינות למבצע, ועוד. חוק זה נכנס לתוקף בשנת 1997. בתום השנה הראשונה לתוקפו של החוק הוגשו 23 בקשות לסיוע

הציבורי חריף ולוהט. אכן מבחינה חוקית אין מדינה בארה"ב שאישרה אותנזיה פעילה, והתהליך הוא בלתי חוקי, פלילי ובר-ענישה בכל מקום בארה"ב. ניסיון להעביר חוק בעד אותנזיה פעילה במדינת קליפורניה ובמדינת וושינגטון בשנים 1988-1992 — נכשל, אם כי ברוב קטן⁴⁹⁷. גם סיוע של רופא להתאבדות של חולה אסורה בארה"ב⁴⁹⁸, למעט מדינת אורגון, ובמדינות מערביות אחרות, כגון קנדה, שבה סיוע להתאבדות על ידי רופא, גם לפי בקשה מפורשת של חולה, היא בלתי חוקית, כפי שנקבע על ידי בית המשפט העליון במדינה זו בשנת 1993⁴⁹⁹.

בארה"ב התפרסמה "המצאתו" של הפתולוג האמריקאי ג'ק קוורקיאן, שהמציא "מכונת התאבדות", וכן נקט בשיטות המתה שונות, כגון שימוש בחד-תחמוצת הפחמן. במהלך כ-10 שנים הוא סייע להתאבדותם של כ-130 חולים. החולה הראשונה שהתאבדה בעזרתו של רופא זה היתה חולת אלצהיימר בשם ג'נט אדקינס, ביום 4.6.1990. רופא זה, שכיניו היה "דוקטור המוות", נשפט וזוכה שלוש פעמים בבתי משפט במדינת מישיגן

.Annas GJ, *N Engl J Med* 328:1573, 1993
 Caine ED and Quill TE, *JAMA* — וראה עוד —
 270:870, 1993; Conwell YC, *JAMA* 270:876,
 1993; Roscoe LA, et al, *N Engl J Med*
 Death with Dignity [501]. 343:1735, 2000
 Act. [502] ראה פירוט ההיבטים המעשיים
 הקשורים לחוק זה במאמר — Alpers A and Lo
 Annas — וראה עוד — B, *JAMA* 274:483, 1995
 GJ, *N Engl J Med* 335:683, 1996;
 Orentlicher D, *N Engl J Med* 335:663, 1996;
 Emanuel EJ and Battin MP, *N Engl J Med*
 ,57:339:167, 1998

[497] ראה — Blendon RJ, et al, *JAMA* —
 267:2658, 1992. וראה עוד במאמר —
 GJ, *N Engl J Med* 331:1240, 1994
 [498] ראה — AMA, Council on Ethical and
 Judicial Affairs, *JAMA* 267:2229, 1992
 [499] Rafuse J, *Can Med Assoc J* 149:1305,
 1993. וראה עוד בעניין סיוע רפואי להתאבדות
 במאמרו של ר. כהן-אלמגור, בתוך: ר.
 כהן-אלמגור (עורך): דילמות באתיקה רפואית,
 עמ' 322 ואילך. [500] ראה — Cassel CK
 and Meier DE, *N Engl J Med* 323:750, 1990;
 Coppens M, *N Engl J Med* 324:1434, 1990;

הנוטים למות, הוא המוני, והוא משמש כלי עזר שלילי לכל מיני אנשים, ובעיקר בני נוער, שיש להם נטיות להתאבדות.⁵⁰⁹

המתות פעילות פליליות – ברחבי העולם ידועים מקרים בודדים, שהגיעו לבתי המשפט ונידונו באשמת רצח/הריגה עקב פעולות ישירות של המתות חסד. בחלק מהמקרים היה מדובר בקרובי משפחה שאינם רופאים, שהרגו את יקיריהם הסובלים, ולעתים לאו דווקא ממחלות סופניות, כגון המקרה של סוון ון-דה-פוט בעיר לייג' שבבלגיה, אשר בעזרת בני משפחתה הרגה את תינוקה, שנולד פגוע בעקבות בליעת תלדומיד בהריונה. בית המשפט זיכה אשה זו מכל אשמה⁵¹⁰; באנגליה, בשנת 1990, הואשם רופא בשם סטפן לודביג בהריגת חולה נוטה למות על ידי הזרקת כלוריד האשלגן בכמות קטלנית, אך משפטו בוטל; בארה"ב, בשנת 1991, הואשם וזוכה רופא שהודה במאמר רפואי על סיוע להתאבדות⁵¹¹; באנגליה, בשנת 1992, הואשם והורשע רופא בשם ניגל קוקס על

להתאבדות, ומתוכם 15 אנשים נטלו את התרופות הקטלניות ומתו⁵⁰³; בתום שלש שנים מאז חקיקת החוק מתו במדינת אורגון בדרך של סיוע להתאבדות 0.4% מכלל החולים בסרטן ו-5% מכלל החולים בטרשת צד חוט השדרה⁵⁰⁴; בתום חמש שנים מחקיקת החוק מתו בדרך זו 129 חולים, שהיוו 65% מכלל החולים שבקשו סיוע להתאבדות⁵⁰⁵. יחד עם זאת קבע בית המשפט הפדרלי העליון בארה"ב שאין ליחיד זכות חוקתית לקבוע את עתוי מותו בדרך של סיוע אחרים להתאבדות⁵⁰⁶. רבים בארה"ב התנגדו לחוק זה, והתובע הפדרלי הכללי אף טען שהוא מנוגד לחוקה האמריקאית⁵⁰⁷.

בארה"ב פורסם ספר שלם המוקדש לעצות על התאבדות⁵⁰⁸, ובו תעמולה למען סיוע בהתאבדות, עידוד חולים להתאבד, ועצות מעשיות כיצד לעשות זאת. הספר זכה לביקורות שליליות וחמורות, שכן מעבר לוויכוח הערכי-יסודי יש בספר פגמים מוסריים-חברתיים רציניים: אין הוא מתייחס דווקא לחולים

בחוק סיוע של רופא להתאבדות – Snyder LJD, et al, *Ann Intern Med* 135:209, 2001 וראה עוד Goodwin P, *Arch Intern Med* 157:1638, 1997 המביעים התנגדות לסיוע רופא להתאבדות בספר Foley K and Hendin H, *The Case Against – Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care*, Johns Hopkins University Humphry D, *Final Exit*. [508]. Press, 2002 – The Hemlock Society, 1991 [509] ראה – Wolf SM, *Hastings Cent Rep* 22:30, 1992. [510] Colebrook L, *Lancet* 2:1225, 1962 [511] מדובר ברופא בשם Quill TE, שהודה בסיוע להתאבדות במאמר שפרסם ב-*N Engl J Med*

Chin AE, et al, *N Engl J Med* [503]. 2003. 340:577, 1999 [504] היינו ALS – ראה Sullivan AD, et al, *N Engl J Med* 344:605, 2001 [505] ראה – Rubinow A, *IMAJ* 7:3, 2005 וראה עוד – Ganzini L, et al, *N Engl J Med* 347:582, 2002 [506] *Washington v Glucksberg*, No 96-110 (US June 26, 1997). זאת בניגוד לפסיקות של בתי משפט בערכאות נמוכות יותר – ראה Churchill LR and King NMP, *BMJ* 315:137, 1997 וראה על פסק דין Orentlicher D, *N Engl J Med* 337:1236, 1997 [507] קולג' הרופאים האמריקאיים והחברה האמריקאית של רופאים-פנימיים פרסמה עמדה המתנגדת להתיר

אם לאו⁵¹⁵, ובטיפול סדטיבי מושכל התברר כי דווקא מטופלים אלו בסוף חייהם האריכו יותר ימים בהשוואה לחולים דומים ללא סדציה⁵¹⁶.

מדרון חלקלק — יש הרואים במתרחש כיום לנגד עינינו בעולם המערבי מדרון חלקלק מדאיג מאד, החל מהתפיסה המשפטית-אתית-חברתית המתירה ניתוק חולה בתירדמת ממכשיר הנשמה, דרך הכללים המתרחבים והולכים של שיקולי הימנעות מטיפול והפסקת טיפול בחולים נוטים למות, הכוללים גם הפסקת מתן מזון ונוזלים, וגם ניתוק קוצב לב, דרך ההיתר לסיוע להתאבדות, דרך ההיתר להמתה פעילה של חולים ברי-כושר שיפוטי, ועד ההיתר להמתה פעילה של חולים שאינם ברי-כושר שיפוטי. כל השינויים הללו התרחשו בתוך פרק זמן קצר מאד של פחות משני עשורים, החל מפסק הדין בארה"ב בעניינה של קארן קווינלן בשנת 1976⁵¹⁷.

עוד יש לזכור כי קיימות גישות שונות לחולה הנוטה למות המבוססות על מערכות ערכיות ותרבויות שונות. לפיכך

הריגת חולה נוטה למות על ידי הזרקת כמות קטלנית של כלוריד-האשלגן⁵¹²; בגרמניה, בשנת 1993, נשפט אדם בשם אבוט על מכירת כמוסת הרעל ציאניד במחיר מופקע לאשה שביקשה להתאבד, לאחר שקיימה יחסי מין עם חולה אידס⁵¹³.

שיכון כאבים — קיים וויכוח בין רופאים ואתיקאים ביחס למשמעות של שיכון כאבים והרדמה בשלב סופי של החיים, כאמצעי להקל על השעות האחרונות של החיים. יש הרואים דמיון וזהות בין המתה פעילה לבין סדציה סופנית, שכן בשניהם משתמשים באותן תרופות ובמינונים גבוהים, ושניהם מחישים את מותו של החולה⁵¹⁴; ויש הסבורים, שקיים הבדל מהותי ומעשי ביניהם, כאשר בהמתה פעילה המטרה המוצהרת היא קירוב מותו של החולה, בעוד שבסדציה סופנית המטרה המוצהרת היא הקלה על סבלו. יתר על כן, במחקרים אחדים נמצא שבסדציה סופנית לא הטיפול המקל הוא המחיש את המוות, שכן חולים במצבים דומים מתו באותם פרקי זמן בין אם קבלו טיפול סדטיבי ובין

[515] ראה על כך — Cherny NI and Portenoy RK, *J Palliat Care* 10:31, 1994; Rousseau P, *Arch Intern Med* 156:1785, 1996; Stone P, et al, *Palliat Med* 11:140, 1997; Carter S, *Palliat Med* 12:255, 1998; Morita T, et al, *J Palliat Care* 15:20, 1999; אין אחדות דעים בין המומחים ביחס לשיטות הסדציה ושיטות שיתוק מתאימות — ראה Ostermann ME, et al, *JAMA* 283:1451, 2000; Truog RD, et al, *N Engl J Med* 342:508, 2000 Sykes [516] N and Thorns A, *Arch Intern Med* 163:341, Sprung CL, *JAMA* — ראה [517] 2003.

— על משפטו ראה — *Med* 324:691, 1991. Blendon RJ, et al, *JAMA* 267:2658, 1992. [512] Dyer C, *BMJ* 305:731, 1992 — ראה [513] — ראה — *BMJ* 306:251, 1993. על מקרים נוספים ראה — Rosner F, *Modern Medicine and Jewish Ethics*, 2nd ed, 1990:190; על — Brahams D, *Lancet* 340:782, 1992. המקרה של הרופא האמריקאי ג'ק קוורקיאן — ראה לעיל הע' 500. על מצבים דומים בישראל — ראה להלן ברקע המשפטי. [514] — ראה — Orentlicher D, *N Engl J Med* 337:1236, 1997; Quill TE, et al, *JAMA* 278:2099, 1997.

לא ניתן להחיל גישות אתיות מערביות עכשוויות על כל קבוצות האוכלוסיות המגוונות במדינות השונות⁵¹⁸.

מקבלי ההחלטות

כללי – הגורמים היכולים להיות מקבלי ההחלטה הסופיים הם: החולה עצמו, קרובי משפחה וידידים, הרופא המטפל, הצוות הרפואי, וועדה אתית, מנהיג דתי, בית משפט, המחוקק.

מקובל לחלק את הדיון ביחס לקביעת מקבלי ההחלטה לשני מצבים עיקריים: החולה הוא בר-כושר שיפוט (קומפטנטי), או שהחולה אינו בר-כושר שיפוט. המצב האחרון מתחלק אף הוא לשניים: חולה שמעולם לא היה בר-כושר שיפוט, וחולה שבעבר היה בר-כושר שיפוט. המצב האחרון מתחלק אף הוא לשניים: חולה שבעבר הביע את רצונו בצורה ברורה, וחולה שלמרות שהיה בעבר בר-כושר שיפוט, מעולם לא הביע את רצונו בצורה ברורה, או שיש מחלוקת מה היה רצונו.

חולה בר-כושר שיפוט – על פי עקרון האוטונומיה החולה הוא הקובע הבלעדי מה ייעשה בו. לפיכך, אם הוא צולל ובר-כושר שיפוט, הוא המחליט. חולה כשיר לצורך קבלת החלטות רפואיות מוגדר כאדם שיש לו כושר קבלת החלטות נאות; החלטותיו מתקבלות ללא כל כפיה ולחץ; והוא יודע ומבין כל מה שדרוש לצורך קבלת ההחלטה, ומשמעות

התוצאות של החלטתו⁵¹⁹.

מבחינה מדעית/רפואית קיים קושי בהגדרת כושר השיפוט של אדם לצורכי קבלת החלטות, ובעיקר קיים קושי ממשי ביישום ההגדרות ובקביעת האבחנה הנכונה במקרים קונקרטיים. קיימות גישות שונות בנידון בין פסיכיאטרים ונוירולוגיים⁵²⁰, ובין מערכות רפואיות ומערכות משפטיות. מבחינה מעשית מקובל להניח שאדם הוא כשיר לקבלת החלטות אלא אם כן הוכח אחרת, או למינצער עלה ספק ביחס לכושרו. במקרים כאלו נעזרים בדרך כלל בהערכות פסיכיאטריות. בסופו של דבר, קביעת כושר השיפוט לקבלת החלטות היא הכרעה שיפוטית, אך גם היא מסובכת ונתונה לשיקולי דעת משתנים של השופטים הדנים בכל מקרה לגופו.

אכן, יש המטילים ספק בכושרו של חולה נוטה למות לקבל החלטות כה גורליות בשלב הקריטי והאמיתי: האם אמנם כל חולה מסוגל לקבל החלטות אוטונומיות חופשיות ורצוניות במצבים סופניים? האם אין למצבו הפיסי והנפשי השפעה על החלטותיו, כך שההחלטה לא לגמרי אוטונומית? מה מידת ההשפעה של הגורמים הבאים על ההחלטות: המצב הדכאוני, התרופות, הסבל והכאב הזמניים, הפחדים המודעים והבלתי מודעים, השפעות חברתיות-סביבתיות, השקפות עולם של הסובבים, ודרך השפעת הסביבה בהעברת המידע. בוודאי שהסתמכות פזיזה

תרבויות שונות במאמר – Kagawa-Singer M and Blackhall LJ, *JAMA* 286:2993, 2001 [519] ראה עוד בע' הסכמה מדעת. [520] ראה

263:2211, 1990; Sprung CL, et al, *Mayo Clin Proc* 71:512, 1996 [518] ראה לדוגמא על גישות שונות של אוכלוסיות אמריקאיות בנות

הנחיות מראש כוללות את הצורות הבאות:

'צוואה מחיים'⁵²⁴, או הנחיות רפואיות מקדימות⁵²⁵ — מסמך כתוב ומאושר באופן משפטי, המכיל את הוראותיו של החולה בעת שהיה בר-כושר שיפוט, על מה ייעשה בו, או שלא ייעשה בו, לכשיהיה במצב של חולה הנוטה למות, ובאותה עת יהיה חסר כושר שיפוט. שיטה זו החלה להתפתח בארה"ב בשנות ה-70, ומאז הוצעו הרבה ניסוחים ושינויים, וחלקם אף הוכנסו כחוקים במדינות שונות בארה"ב⁵²⁶. קיימים מסמכים שונים ביחס לדרגת הפירוט הכלול בהם מבחינת תיאור המצב הרפואי שאליו מתייחסות ההנחיות, ו/או מבחינת עצם ההנחיות המבוקשות; יש שהדרישה היא למילוי טפסים קבועים מראש, ויש המאפשרים ניסוחים עצמאיים; יש שההנחיות מוגבלות על ידי תנאים שונים ביחס לדרך כתיבתן, לתוכן, לשיטות תיעוד, לתהליכים מקדמיים הנדרשים לחוקיותן, לסייגים אישיים וחברתיים שונים, ולדרכי ביטול ההנחיות, ויש שאין כל הגבלות לדרך כתיבת ההנחיות⁵²⁷. כמו כן יכול שההנחיות יינתנו

על בקשה רגעית ומיידית של חולה כזה יכולה להסתיים באסון בלתי הפיך⁵²¹. ואמנם בפועל הרופאים כמעט שאינם דנים עם החולים הנוטים למות אם לבצע בהם החייה אם לאו, אפילו אם הם במצב של כושר שיפוט תקין, ורבים מקרובי המשפחה אף מתנגדים לדיון כזה. זאת למרות העובדה שחולים כרי-כושר שיפוט תקין שנשאלו על רצונם לדון בנושא זה, אמנם הביעו רצון חיובי ברור⁵²².

חולה שאיננו בר-כושר שיפוט, אך היה בעבר בעל כושר שיפוט — מצב זה הוא השכיח ביותר בשלבי החיים הסופיים, וההערכה היא שהוא חל על כ-75% מהחולים הנוטים למות⁵²³.

חולה כזה יכול היה להביע את רצונו בעת שהיה בר-כושר שיפוט מה ייעשה בו, כשיגיע למצב שלא יהיה עוד בר-כושר שיפוט. דבר זה יכול להיעשות בשתי דרכים עיקריות: הנחיות מפורשות ומפורטות מראש, שניתנו על ידי החולה עצמו בדרכים שונות; או אמירות ורמזים שונים, שניתנו בעקיפין על ידי החולה בעת היותו בר-כושר שיפוט.

Emanuel LL, et al, *JAMA* 261:3288, 1989; Bok S, *N Engl J Med* 295:367, — [526] ראה, 1976; Jonsen AR, Siegler M, Winsdale WJ, *Clinical Ethics*, 1982; President's Commission, 1983. על המצב החוקי בישראל — ראה להלן הע' 608 ואילך. [527] ראה גישות שונות והצעות מעשיות שונות להנחיות רפואיות מקדימות — Emanuel LL and Emanuel EJ, *JAMA* 261:3288, 1989; Emanuel LL, et al, *N Engl J Med* 324:889, 1991; Singer PA, *Lancet* 344:594, 1994; Robertson GS, *BMJ* 310:236, 1995; Johnston

למשל Ganzini L, et al, *Am J Psychiatry* 157:595, 2000. [521] Jackson DL and Youngner S, *N Engl J Med* 301:404, 1979. [522] Morgan R, et al, *BMJ* — ראה, 308:1677, 1994; Hill ME, et al, *BMJ* 308:1677, 1994; Florin D, *BMJ* 308:1653, 1994. [523] Rubin SM, et al, *JAMA* [524] 271:209, 1994. המושג הזה הוטבע לראשונה על ידי קוטנר — Kutner L, *Indiana Law J* 44:539, 1969. על [525] advance medical directives. על ההבדלים בין שני סוגי מסמכים כאלה — ראה

האפשריים, ואת כל ההתייחסויות, כי מיגוון האפשרויות האמיתיות הוא גדול ביותר, וההתאמה בין הצוואה לבין המציאות דורשת פרשנות. ואמנם לכל ניסוח קמו מערערים, והדגישו בעיות מגוונות הנובעות מהניסוחים. אי לכך, היישום המעשי של המצב, ומידת ההתאמה בין המצב בפועל לבין הכתוב במסמך, ימשיך להיות נתון לפרשנות של הרופאים וקרובי המשפחה בזמן אמת, ולא ברור אם המסמך יעזור להבהיר את רצונו האוטונומי של החולה, או שיהא בו כדי להכריע בחילוקי דעות בין הרופאים, המשפחה או בתי המשפט⁵²⁹. יתר על כן, מחקרים הוכיחו כי חולים רבים אינם רוצים שיקיימו את הצוואות מחיים שלהם בדיוק המילולי כפי שנוסחו, אלא מעוניינים לאפשר חופש תימרון בדרגות שונות, בהתאם למצב האמיתי שיקרה בזמן אמת⁵³⁰. כמו כן מתברר ממחקרים שונים שחלק מהרופאים נוטים להתעלם מההנחיות המקדימות בזמן אמת בטוונות שונות, ואינם מקיימים את הדרישות הכלולות במסמכים כאלה⁵³¹. אמנם כבר היו תביעות משפטיות בארה"ב נגד רופאים שביצעו החיאה או טיפולים תומכי-חיים אחרים בחולים נוטים למות שהשאירו הנחיות רפואיות מקדימות שאין

בכתב, או יתועדו בדרכים אחרות כמו הקלטה, וידאו וכיוצ"ב, ויכול שההנחיות יינתנו למיופה-כוח שאדם מינה בעת היותו בר-כושר שיפוט, על מנת שהוא יקבל את ההחלטות בבוא העת כאשר הממנה יהיה חולה הנוטה למות שאיננו בר-כושר שיפוט.

היתרון של הנחיות רפואיות מקדימות הוא בכך, שהן מאפשרות לאדם להביע את רצונותיו בזמן שהוא מסוגל לכך, הן מגדירות את רצונותיו של החולה כלפי הזולת, והן מקילות על מקבלי ההחלטות להחליט על פי מה שמשוער שהיה רצון החולה. אכן לשיטה זו חסרונות רבים: הצוואות נכתבות בגיל צעיר יחסית, ובמצב בריאות תקין, ולא ברור אם אמנם הן עדיין רצויות בגיל מבוגר, ובמצב בריאות אחר, שכן מה שהיה חשוב לאדם בעבר, בעת כשירות גופנית ונפשית מלאה, משתנה בהווה כשמצבו הגופני והנפשי השתנה, ובני אדם עשויים למצוא סיפוק בפעילויות בהווה, שלא עלו על דעתם בעבר. לפיכך, קיים חשש, שהחולה חזר בו מצוואתו, אך לא ביטל ושינה את הצוואה, שכתב שנים רבות לפני כן⁵²⁸; בלתי אפשרי לנסח בצורה ברורה וחד-משמעית את כל המצבים העתידיים

EJ, *JAMA* 261:3288, 1989; Loewy EH, *Arch Intern Med* 152:1973, 1992. ואמנם מידת הקבילות והיישום של מסמכים כאלו בארה"ב איננה אחידה בין הרופאים – ראה Mower WR and Baraff LJ, *Arch Intern Med* 573:351, 1991. [530] Sehgal A, et al, *JAMA* 267:104 [530]. 1992. [531] Gilligan T and Raffin – ראה [531]. 1992. TA, *Ann Intern Med* 125:137, 1996.

SSSC, et al, *Arch Intern Med* 155:1025, 1995. [528] אמנם התפרסם מחקר המצביע על יציבות בהחלטות שנוסחו בצוואות מחיים, אך רק בטווח של 2-1 שנים – ראה Emanuel LL, et al, *Arch Intern Med* 154:209, 1994. [529] Brett AS, *JAMA* 266:825, – ראה [529] 1991; Emanuel EJ and Emanuel LL, *J Clin Ethics* 1:9, 1990; Emanuel LL and Emanuel

רצונם בטיפולים כאלו⁵³².

השיגו את מטרותיהם, ויש להפסיק את הפעלתם וקידומם⁵³⁶.

בעיה נוספת היא מיעוט יחסי של האנשים המוכנים נפשית לתת הנחיות רפואיות מקדימות בהיותם בריאים. התברר שלמרות המגמה בארה"ב לחזק ולעודד את ההנחיות מחיים, ולמרות שבמדינות שונות בהן צוואות מחיים תופסות ומחייבות מבחינה משפטית, הרי שאחוז האנשים המכניס הנחיות מקדימות הוא נמוך יחסית⁵³³. מחקר שבדק את שיעור ההנחיות הרפואיות המקדימות בין חולים המטופלים בדיאליזה מצא כי בארה"ב היה שיעור זה 30%, וההנחיות להפסקת הדיאליזה יושמו ב-3.2% מהחולים, בעוד שביפן ובגרמניה רק ל-0.3% מחולי הדיאליזה היו הנחיות מקדימות, והן יושמו רק ב-0.09% מכלל החולים⁵³⁴. מספר סיבות הוצעו להסבר תופעה זו: אי ידיעת האפשרות הזאת; קשיים טכניים במילוי טפסים מסובכים; מחסום פסיכולוגי מפני החלטות מסוג זה; הסתמכות על קרובי המשפחה, שבבוא העת יחליטו עבורם מה לעשות בהם⁵³⁵.

לאור נימוקים אלו ואחרים יש הסבורים שהנחיות מקדימות נכשלו לחלוטין, לא

לאור הקשיים ביישום הנחיות רפואיות מקדימות, ולאור העובדה שלא רבים נוקטים בדרך זו, יש המציעים ליישם שיטות של הנחיה בזמן אמת, במקום הנחיות מראש⁵³⁷. היתרונות של שיטה זו הם הפתיחות הגדולה יותר לדון במצבים אמיתיים, הביטוי האמיתי יותר של אוטונומיה המבוסס על הבנת העובדות וההרגשות האמיתיות ולא התיאורטיות. החסרון כמובן נוגע לכל אותם אנשים שבזמן אמת אינם ברי-כושר שיפוט, ולפיכך לא יוכלו ליישם את ההנחיות בזמן אמת.

דרך נוספת היא מינוי אדם מוגדר ומסויים⁵³⁸ בעת היות החולה ברי-כושר שיפוט, בדרך של יפוי כוח בלתי חוזר⁵³⁹, על מנת שאותו אדם יקבל החלטות עבור החולה שמינה אותו, בעת שהחולה עצמו לא יוכל לקבל החלטות. בשיטה זו נמנעים כמעט כל החסרונות שבשיטת הצוואה מחיים. ברם, לא לכל אדם יש משהו שיוכל לסמוך עליו בצורה כה מלאה, שהחלטותיו ביחס לחיים ומוות יהיו

.al, *Arch Intern Med* 160:3477, 2000
Sehgal AR, et al, *JAMA* 276:1652, [534]
Menikoff JA, et al, *N Engl J* [535]. 1996
Med 327:1165, 1992; Stelter KL, et al, *Arch*
Fagerlin [536]. *Intern Med* 152:954, 1992
A and Schneider CE, *Hastings Cen Rep*
O'Neill D, — [537] 34(2):30, 2004
proxy, [538]. *Lancet* 358:1921, 2001
.surrogate [539]. durable power of attorney

[532] ראה — Rodriguez KF, *J Legal Med*
Emanuel LL, et al, *N Engl* [533] 20:1, 1999
J Med 324:889, 1991; Schneiderman LJ, et al,
Ann Inter Med 117:599, 1992; Menikoff JA,
et al, *N Engl J Med* 327:1165, 1992; Rubin
SM, et al, *JAMA* 271:209, 1994. על הקשיים
השונים הכרוכים בכך ראה גם Prough DS,
2001, *Lancet* 358:1920. וראה עוד על קשיים
יישומיים של הנחיות מקדימות — Roter DL, et

קבילות עליו. יתר על כן, יש שהעלו ספקות ביחס ליכולתו וקבילותו של הזולת להחליט נכונה בשאלות כה גורליות; ביחס לבסיס המוסרי של קבלת החלטות גורליות בעקבות מינוי כללי; וביחס לשאלה בסיסית אם אין לראות באדם שהפך לבלתי-כשיר כמישהו אחר לחלוטין מבחינת אישיותו⁵⁴⁰.

יש המשלבים את שתי השיטות גם יחד – מפרטים מצבים רפואיים שונים, וכיצד יש לפעול בהם לפי רצונם, וגם ממנים אדם מסוים, אשר יחליט מה יעשה במצבים שלא פורטו במסמך הצוואה⁵⁴¹.

בארה"ב הכירו כמעט כל המדינות בתוקף המשפטי של צורה זו או אחרת של הנחיות מראש, והקונגרס האמריקאי חוקק חוק בסוף שנת 1991, אשר מחייב את כל בתי החולים ליידע את החולים על האפשרות הניתנת להם לקבוע מראש מה יעשה בהם⁵⁴².

בבריטניה קיבל בית המשפט העליון בשנת 1993 החלטה שיש לצוואות מחיים תוקף משפטי מחייב⁵⁴³.

אכן יש להדגיש, כי במחקר מבוקר

שנערך בארה"ב התברר, שלא היה הבדל משמעותי בין אלו שחתמו על הנחיות מחיים, לבין אלו שלא עשו כן מהבחינות הבאות: ההרגשה האישית, מצב הבריאות, הטיפולים הרפואיים, ועלות הטיפול⁵⁴⁴. יתר על כן, התברר שהיישום בפועל בזמן שהחולה היה במצב סופני לעתים איננו תואם את הדרישות על פי מה שנכתב בצוואות מחיים, בגלל אילוצים ושינויים במצב בזמן אמת⁵⁴⁵.

אמירות ורמזים – כאשר אין הנחיות ברורות מצד החולה כיצד לנהוג בו, מסתמכים לעתים על עדויות נסיבתיות ורמזים שונים, שהביע החולה בהיותו בר-כושר שיפוט, והמשפחה היא המביאה דעות אלו לידיעת הרופאים. דברים אלו במקרים רבים אינם אמינים, הן בגלל שהרמזים אינם מספיקים בדרך כלל לקבוע מה היה החולה רוצה באמת, והן בגלל חוסר התאמה בין דיווחי בני המשפחה, והתרשמותם מרצונותיו של החולה⁵⁴⁶, ועל כן יש קשיים בקבלת נתונים כאלו.

בהקשר זה היו מספר משפטים בארה"ב, שבחנו את מידת המהימנות של מידע כזה. בחלק מהמקרים השתכנעו בתי המשפט שהנתונים מהימנים, והורו על

[540] Epstein A, *Med Care* — ראה 27(3S):S91, 1989; Emanuel EJ and Emanuel LL, *JAMA* 267:2067, 1992; McIntyre KM, *Arch Intern Med* 152:925, 1992; Pellegrino ED, *JAMA* 268:354, 1992. שתי השיטות הללו נידונו על ידי הסתדרות הרופאים האמריקאית, ומסקנותיהם פורסמו בחוברת Report of the Board of Trustees — מיוחדת of the American Medical Association, *Living Wills, Durable Powers of Attorney, and*

Durable Powers of Attorney for Health Care, 1989. וראה עוד — Orentlicher D, *JAMA* 263:2365, 1990. [542] ראה על כך White ML and Fletcher JC, *JAMA* — Dyer C, *BMJ* ראה [543] 266:410, 1991. Schneiderman LJ, [544] 307:1023, 1993. et al, *Ann Intern Med* 117:599, 1992. Danis M, et al, *N Engl J Med* 324:882, [545] 1991. Sonnenblick M, et al, *J Am Geriatr Soc* 41:599, 1993; Thomasma DC, J

פיהם להפסיק טיפול מאריך-חיים⁵⁴⁷, ובחלק מהמקרים לא השתכנעו בכך⁵⁴⁸.

חולה שאינו כשיר, אשר היה בר-כושר שיפוט, אך לא הביע רצונו בכל דרך שהיא במצבים אלו הדבר הוא מחוייב המציאות, שמישהו אחר יקבל החלטה עבור חולה זה בדרך פטרנליסטית. מקבלי ההחלטה חייבים לשקול ולהכריע במקום החולה על פי המצב הרפואי, ועל פי מה שמקבלי ההחלטה מכירים ויודעים את מערכת ערכיו, מטרותיו ורצונותיו של החולה. הדרישה המוסרית מצד מקבלי ההחלטה היא להגיע להחלטה כזו שהחולה עצמו היה מחליט אילו יכול היה להחליט⁵⁴⁹. אכן, במחקר מבוקר בארה"ב נמצא שלא היתה התאמה סבירה בין רצון החולים לבין הערכת רצונם על ידי אנשים קרובים להם, ולפיכך הועלה ספק רב ביעילותו ונכונותו של קנה-מידה זה⁵⁵⁰. מה גם שמבחינה מוסרית האדם בהיותו כשיר איננו אותו אדם כשאיבד את כשירותו, ולפיכך לא ניתן להשליך אוטומטית את ההערכה על רצונותיו ממצב אחד למישנהו⁵⁵¹.

חולה שאינו כשיר, ואשר מעולם לא היה בר-כושר שיפוט, כגון יילוד, קטין, או

מפגר מלידה. במצבים אלו רק שאין אנו יודעים באופן ישיר או עקיף מה החולה היה רוצה שיעשה בו, אלא שאין בידינו אפילו נתונים על מערכת ערכיו, רצונותיו ושיקוליו. אי לכך, על מקבלי ההחלטה להכריע על פי שיקול של טובת החולה⁵⁵². אכן, קיימת בעיה קשה ביחס להגדרה של טובת החולה. באופן כללי מגדירים זאת כמצב שהמעמסה והנוזק מהטיפול והמשך הארכת החיים עולה על התועלת. אך מי יכול להגדיר עבור הזולת מהי התועלת שלו לחיות? איזה חיים אינם שווים לחיות? האם יש כלים אובייקטיביים לכך? יש הטוענים שכאב וסבל בלתי נסבל, במצב שהוא ממילא סופני, וכאשר הטיפול הוא 'עקר', אלו הם נתונים אובייקטיביים, הנוגדים את טובת החולה, ואז יש להימנע מהארכת חייו⁵⁵³. אכן דבר זה נתון למחלוקת, בגלל הקושי לקבוע אמות מידה נכונות לכל בני האדם.

הוועדה הביאותית של האקדמיה הפדיאטרית האמריקאית קבעה נהלים ביחס להימנעות מטיפול או הפסקת טיפול תומך-חיים בילדים הסובלים ממחלה סופנית. בהמלצותיה מאמצת וועדה זו את כל העקרונות המקובלים בארה"ב ביחס לחולה נוטה למות מבוגר⁵⁵⁴. ההחלטה

זה מכונה substituted judgment. *Am Geriatr Soc* 41:684, 1993
 Seckler AB, et al, *Ann Intern Med* [550] New-York Supreme Division [547]
 Dresser R and [551].115:92 1991 Appellate Court, In re Eichner Fox, 426
 Whitehouse PJ, *Hastings Cen Rep* 24:6, N.Y.S.2d 517; New-York Supreme Court
 Fletcher JC and [552].1994 ראה עוד בנידון – Appellate Division, In re Elbaum, No. 2920
 Spencer EM, *Lancet* 345:271, 1995 New-York Court of Appeals, [548].1989
 .best interest המכונה [552] In re O'Connor, 72 NY2d 517; Cruzan v
 Nelson LJ and Nelson RM, *Crit Care* [553] Director, Missouri Dep of Health, 1990 US
 429 [554]. *Med* 20:427, 1992 ראה לעיל הע' Orentlicher – Lexis 3301
 ואילך. [549].D, *JAMA* 263:2365, 1990 קנה-מידה

לקבל החלטות מה ייעשה בו – אם באופן ישיר, או באופן עקיף. אכן, רבים הם המקרים, שההחלטה צריכה להתקבל על ידי גורם אחר, שאיננו החולה עצמו.

להלן יפורטו הגורמים הבאים בחשבון כמקבלי ההחלטות:

הרופא המטפל – השיקולים להעדיף את הרופא כגורם המכריע בקבלת ההחלטות הם: הרופא הוא המומחה בהיבט המקצועי-רפואי, ולכן הוא מכיר ומבין את הנתונים העובדתיים בצורה הטובה ביותר; הוא בעל נסיון מקצועי, ובר-כושר שיפוט רפואי; יש לו יכולת טובה להעריך נכונה את מידת הסבל, מידת הסיכויים, ויעילות הטיפולים. הנימוקים נגד קביעת הרופא כגורם מכריע הם: הרבה מההחלטות בעניינים אלו נתונים לשיקולים ערכיים, ולא דווקא לשיקולים עובדתיים-רפואיים; מעורבותו הרגשית והמקצועית של הרופא עלולה להטות את שיקוליו; הרופא לא תמיד שוקל בהגיון קר, ולעתים הוא פועל מתוך שיקולים של השקפת עולמו, רגשותיו, ואפילו מצבי רוח משתנים, וכן מושפע הוא ממשתנים שונים של החולה, כגון הגיל, המצב השכלי, המצב החברתי-כלכלי וכיוצ"ב; כמעט כל הנתונים ניתנים להסברה נאותה לחולה או לבני משפחתו, והם מסוגלים לשקול במידה ראויה, ולפיכך מומחיותו של הרופא איננה שיקול מכריע⁵⁵⁹.

הסופית צריכה להתקבל על ידי ההורים או האפטרופסים יחד עם הרופאים-המטפלים, ברוח העקרונות הנוהגים בחולים מבוגרים וכשירים לקבלת החלטות⁵⁵⁵. באופן דומה נידון גם מצבו של יילוד נוטה למות⁵⁵⁶. השיקול של ערך החיים של יילוד בכל מצב לעומת איכות חייו במצבים של נזק מוחי קשה, והשפעתו על קבלת החלטות ביחס ליילוד נבדק גם בין ניאונטולוגים במדינות אירופאיות. נמצא כי הגורם החשוב ביותר להעדפת ערך החיים לעומת איכות החיים היה ארץ-המוצא – רופאים מהונגריה, אסטוניה, ליטא ואיטליה העדיפו את ערך החיים, לעומת רופאים מאנגליה, שבדיה והולנד, שנתנו משקל רב לאיכות החיים הצפויה. גורמים נוספים בעלי משקל על עמדות רופאים אלו לטובת שיקולי איכות חיים היו: נשים, היעדר ילדים, פרוטסטנטים או חילונים, ויחידות לטיפול נמרץ עם אחוז גבוה של פגים קטנים מאד⁵⁵⁷. במדינות אירופאיות נוהגים הרופאים להגביל את הטיפול ביילודים פגומים מאד או בעלי סיכויים נמוכים להישרדות בצורות שונות: יש הנמנעים מטיפולים תומכי-חיים, יש המפסיקים טיפולים כאלו, ויש אפילו הממיתים במכוון יילודים פגומים, בעיקר בצרפת ובהולנד. סוג ההגבלה הטיפולית משתנה ממדינה למדינה באירופה⁵⁵⁸.

הגורמים מקבלי ההחלטות – כאמור לעיל, יש מצבים שהחולה בעצמו יכול

Cuttini M, et [558] .*JAMA* 284:2451, 2000
Pearlman [559] .al, *Lancet* 355:2112, 2000
PA, et al, *Ann Intern Med* 97:420, 1982;
Hilfiker D, *N Engl J Med* 308:716, 1983

Committee on Bioethics, AAP, [555]
— [556] *Pediatrics* 93:532, 1994
Doyal L and Wilsher D, *Arch Dis Child*
Rebagliato M, et al, [557] .70:F66, 1994

ללא ספק מקומו של הרופא הוא חשוב מאד בקביעת העמדה הסופית ביחס לטיפול – הוא הקובע את הנתונים הרפואיים החיוניים, שעל פיהם נידונים ההיבטים המוסריים; ועליו לשמש גשר בין החולה, המשפחה והחברה. אכן, כאמור לעיל, ההחלטה הסופית לעתים קרובות בנושאים אלו היא ערכית, ולכן לעתים אין לנתונים העובדתיים משקל מכריע בהחלטה.

הצוות הרפואי – השיקולים ביחס לרופא המטפל דומים לשיקולים ביחס לצוות רפואי, אלא שלגורם זה יש יתרון ניכר בתהליך קבלת ההחלטה, שכן ההחלטה מתקבלת לא על ידי אדם בודד, אלא על ידי קבוצת אנשים מקצועיים, אשר חושבים, בודקים ומבררים את הנתונים, ובכך מפחיתים במידה ניכרת את האפשרויות לטעויות. יחד עם זאת, הם מהווים קבוצה הומוגנית מבחינת התייחסותם, ולפיכך חסרה בגורם זה ההסתכלות הרב-מקצועית הרחבה.

בני משפחה – ביחס לילדים קטנים, שהם באופן טבעי בלתי כשירים לקבלת החלטות, יש זכות החלטה טבעית וראשונית להורים, שכן הם מהווים אפטרופסים טבעיים ליוצאי חלציהם, הם המעורבים ביותר בגידולם ובחינוכם, והם המעוניינים ביותר לדאוג לטובתם. אך לעתים יש מקום להתנגד להחלטתם, וזאת כאשר ניכר בעליל שהחלטתם איננה לטובת הילד, אלא לטובת עצמם. ביחס

למבוגרים חסרי כושר שיפוט, אמנם מקובל על כולם שלקרוביהם צריך להיות מעמד בתהליך קבלת ההחלטה, וללא ספק יש ליידע את בני המשפחה, ולשמוע את דעתם ורצונותיהם. ככל שדרגת הקירבה והמעורבות גבוהה יותר, כן מקובלת יותר המעורבות של אותם קרובים וידידים. אכן, רבים סבורים, שאמנם יש להתחשב בדעת המשפחה, אך אין להכריע בכל מקרה כדעתם, כי יכולים להיות להם שיקולים משלהם, שאינם תמיד טובת החולה, כגון רצונם לזכות בירושה, או רצונם להיפטר מהמעסה הכלכלית והנפשית של הטיפול בחולה הנוטה למות, או שהשקפות העולם שלהם שונות מזו של החולה⁵⁶⁰.

מחקר בסקוטלנד העלה שמשפחות של יילודים פגומים סברו שהם המתאימים ביותר לקבל החלטה סופית ביחס להגבלת טיפול ביילודים שלהם, בעוד שהרופאים סברו, שאמנם יש לשתף את בני המשפחה בתהליכי קבלת ההחלטות, אך העול של ההחלטה הסופית כבד מידי על המשפחה, והוא צריך להישאר בידי הרופאים⁵⁶¹.

במחקר שנערך בארה"ב ביחס למשפחות שנדרשו להחליט על הגבלת טיפול בקרוביהם הנוטים למות שהיו מאושפזים ביחידות לטיפול נמרץ בארה"ב עלה כי מספר גורמים הקלו עליהם את תהליך קבלת ההחלטה: ידיעה מוקדמת על רצונותיו ושאיפותיו של החולה, סיוע והתייעצות עם נציג דת, זיהוי רופא מוגדר וספציפי מהיחידה שליווה את בני

.al, *N Engl J Med* 299:875, 1978
McHaffie HE, et al, *J Med Ethics* [561]

Lo B and Steinbrook RL, *Arch Intern Med* 143:1561, 1983; Schram RB, et

המשפחה ועדכן אותם על מצב החולה, ומיקום פיזי נוח במסגרת היחידה לצורך קיום הדיונים הנדרשים⁵⁶².

וועדה אתית⁵⁶⁶ — וועדה רב-מקצועית המורכבת ממומחים בתחומי הרפואה, הסייעוד, עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, משפט, דת, פילוסופיה, ניהול, וכן אזרחים מהשורה. תפקידי הוועדה לבדוק ולברר את הנתונים העובדתיים המהווים בסיס לדיון ולהחלטה אינדיבידואלית; לנתח את כל ההיבטים האישיים, המשפחתיים, הערכיים, הסביבתיים-תרבותיים, הנפשיים, הכלכליים, המשפטיים והדתיים הרלוונטיים למקרה הנידון; ליעץ על דרך הפעולה הטובה ביותר; להכריע בחילוקי דעות בתוך הצוות המטפל, ובנינו לבין המשפחה; לקבוע נוהלים עקרוניים לקבלת החלטות במצבים בעייתיים; לחנך את צוות בית החולים בנושאים אלו. וועדות כאלו התפתחו בארה"ב החל משנות ה-70 של המאה ה-20, בעקבות קריאתו של בית המשפט העליון של מדינת ניו-ג'רסי⁵⁶⁷ להקמת וועדות כאלו, שהן המקום הראוי יותר לדיון בנושאים אלו מאשר בית המשפט, והן קיימות שם בבתי חולים רבים. הנימוקים בעד קבלת החלטות על ידי וועדה אתית הם: הדיונים הם מידיים וענייניים; הדיונים מתנהלים על ידי אנשים מקצועיים בתחומים רלוונטיים; דיוני הוועדה מאפשרים בירור נוקב של הנתונים

בית משפט — השימוש בבתי משפט לפתרון בעיותיהם של חולים הנוטים למות החל רק באמצע שנות ה-70 של המאה ה-20 בארה"ב, ונידונו בהם כמה עשרות מקרים⁵⁶³. הנימוקים בעד קביעת בית המשפט כגורם מכריע הם: השופטים הם אנשים אובייקטיביים, בלתי תלויים, ובלתי מעורבים רגשית או מקצועית; הם אמינים ומיומנים בשיקולי דעת, ובהכרעות במצבים מגוונים של חילוקי דעות; תפקיד בית המשפט להגן על האינטרסים של היחיד ושל החברה, ולאזן בין אינטרסים אלו. הנימוקים נגד מעמד בית המשפט כגורם מכריע הם: הדיונים בבתי משפט הם ארוכים, ולרוב מסתיימים אחרי שהחולה מת; דיוני בית המשפט הם יקרים עקב תשלומים לעורכי דין, עדים וכו'; בתי המשפט עמוסים מאד, ותוספת זו מכבידה באופן משמעותי על עבודתם; ההכרעות בשאלות אלו הן ביסודן ערכיות-מוסריות ולא משפטיות, ולכן לא ברור מדוע תהיה לשופטים בודדים זכות קביעה מוחלטת בנושאים כה ערכיים, כאשר הם עצמם אנשים מן השורה, עם השקפות עולם משלהם⁵⁶⁴, מה גם שחלק גדול מהשופטים אינם מצויים כלל בסבך

הנוגעות לסוף החיים — Bloche MG, *N Engl J Med* 352:2371, 2005 [566] על תולדות התפתחות וועדות אלו ראה Rosner F, — *JAMA* 253:2693, 1985. וראה עוד על וועדות אתיקה במוסדות רפואיים במאמרו של ג. גרונפלד, בתוך: ר. כהן-אלמגור (עורך): דילמות באתיקה רפואית, עמ' 88 ואילך. [567]

Abbott KH, et al, *Crit Care Med* 29:197, 2001 [563] ראה להלן הע' 590 ואילך. [564] ראה — Paris JJ, *N Engl J Med* 303:876, 1980; Lo B, et al, *N Engl J Med* 322:1228, 1990 [565] ראה — Kaye JS, *Mount Sinai J Med* 58:369, 1991. וראה עוד על מקומו של בית משפט בהחלטות

להסדיר את תיפקודן בחקיקה, כגון מתן חסינות משפטית להחלטותיהם, או חיוב ההיזדקקות להן במצבים רפואיים מסויימים. לעומת זאת, יש הקוראים לבחינה מחודשת של תיפקוד הוועדות הללו, והערכה מדעית של יעילותן, דרכי עבודתן, הרכב החברים בהן, ואיכות מסקנותיהן⁵⁶⁹.

עוד יש לציין, כי וועדות אתיות שכיחות במיוחד בארה"ב, אך הן פעילות פחות ומקובלות פחות בארצות אחרות⁵⁷⁰.

בישראל הוקמו וועדות אתיות על פי חוק זכויות החולה⁵⁷¹, אך פעילותן היתה מצומצמת מאד⁵⁷², ויש הסבורים שאין להן כלל מנדט לדון בנושא החולה הנוטה למות. בהצעת חוק החולה הנוטה למות⁵⁷³ הוצע לשנות את הרכב הוועדות האתיות, את סמכותן ואת דרכי פעילותן, על מנת לייעל את תיפקודן, וכמו כן הוצע להקים וועדה אתית ארצית, שתדון בערעורים על החלטות של וועדות אתיקה מוסדיות, וכן

העובדתיים והמוסריים; הכרעות הוועדה נותנות תחושה טובה הן לרופאים והן לבני המשפחה, שהחלטה התקבלה תוך שיקול דעת מירבי וענייני. הנימוקים נגד וועדות אתיות הם: אין לוועדה סמכות הכרעה מחייבת, אלא רק מיעצת; במשך הזמן הופכות הוועדות לחותמת גומי להחלטות שהחברה מצפה מהם; כאשר יש חילוקי דעות בתוך הוועדה, אין הגיון להכריע לפי רוב, כי החברים בוועדה מייצגים גישות והשקפות בסיסיות, ורק החלטה פה-אחד היא משמעותית, דבר שבמקרים רבים הוא בלתי אפשרי; לעתים קרובות משמשים בוועדות אלו חברים שאינם בקיאים דיים בהיבטים האתיים הנוגעים לעניין; קיים חשש שההחלטות של חלק מהמשתתפים תושפעה מהקבוצה, והן אינן בהכרח דעתם האמיתית והנכונה; ריבוי המשתתפים מקשה על קשר בלתי-אמצעי עם החולה ו/או נציגיו⁵⁶⁸.

לאור ההתפתחויות של וועדות אתיות וריבוי השימוש בהן בארה"ב, מוצע

WR and Thigpen J, *Clin Perinatol* 23(3):429, 1996; Doyal L, *J Med Ethics* 27(Suppl 1):i44, 2001; Hendrick J, *J Med Ethics* 27(Suppl 1):i50, 2001. [569] ראה Fletcher JC and Hoffmann DE, *Ann Intern Med* 120:335, 1994; Fleetwood J and Unger SS, *Ann Intern Med* 120:320, 1994. [570] לדוגמא, בבריטניה אין פעילות ענפה של וועדות אתיות, ויש ביקורת על מתכונתן Thornton JG and Lilford RA, *BMJ* 311:667, 1995; Alberti RKM, *BMJ* 311:639, 1995. [571] ראה נספח לערך חולה. [572] ראה — Wenger NS, et al, *J Med Ethics* 28:177, 2002. [573] ראה "ועדת שטינברג" בנספח א לערך זה.

דין ביחס לקארן קווינלן — New Jersey Supreme Court, *In re Karen Quinlan*, 355 A.2d 647 1976. [568] תולדות הוועדות הללו, הגדרת תפקידיהם, הבעיות הכרוכות בהפעלתן, והיישומים שלהם בארה"ב נידונו בהרחבה במאמרים רבים. ראה — President's Commission, 1983; Council Report, AMA, *JAMA* 253:2698, 1985; Fost N and Cranford RE, *JAMA* 253:2687, 1985; Lo B, *N Engl J Med* 317:46, 1987; Guidelines on the Termination of Life-sustaining Treatment and the Care of the Dying. Hastings Center Report, 1987; Swenson MD and Miller RB, *Arch Intern Med* 152:694, 1992; Tulsky JA and Lo B, *Am J Med* 92:343, 1992; Sexson

לדון במקרים בעלי חשיבות עקרונית.

המחוקק – יש המתנגדים להסדר מלא ופרטני של נושא החולה הנוטה למות בדרך של חקיקה, שכן חוק כזה ידרוש כל כך הרבה סייגים, עד שיגרום ליותר קשיים מתועלת; חקיקה תמיד מייצגת איזה שהוא ממוצע מוסרי נכון לאותו מקום ולאותו זמן, ושינויים בחקיקה הם מורכבים ומסובכים; המחוקקים נתונים להשפעות פוליטיות שונות, ולא תמיד טובת העניין נגד עיניהם, ובנושאים הנוגעים לחיים ולמוות עדיף ללא התערבותם; השוני בין המקרים האמיתיים הוא כה רב, ששום חוק לא יוכל לכסות את כל האפשרויות. אכן, לאור מורכבות הבעיה, ריבוי הנזקקים לפתרונותיה הן מקרב החולים, הן מקרב בני המשפחה, והן מקרב עובדי הבריאות לסוגיהם, ולאור העובדה שהדיונים הפילוסופיים, דתיים, חברתיים ורפואיים כבר מיצו את עצמם והגיעו ליציבות בטיעונים השונים – סבורים רבים, שיש צורך לעגן את ההתייחסות לחולה הנוטה למות בדרך של חקיקה שתחייב אחידות מסוימת, כללים ברורים, וסייגים חברתיים מתאימים לסוגיה כה חשובה וחיונית.

מנהיג דתי – מאחר וההחלטות הנוגעות לטיפול או אי-טיפול בחולה הנוטה למות הן ביסודן ערכיות, קיים יתרון רב להתערבותו והכרעתו של המנהיג הדתי, אשר מייצג עבור החולה את דרך

החיים הראויה והרצויה לו. אי לכך, חולה ורופא המאמינים בהשקפת עולם דתית ימצאו את הפתרון הנכון והראוי על פי הכרעתו של מנהיגם הדתי.

כללי – כל מקרה של חולה נוטה למות דורש ומחייב דיון מפורט ומעמיק, בצוות רב מקצועי, לגופו של ענין, ועל פי הנתונים המיוחדים לכל חולה וחולה. יש לשאוף לקיים את הדיונים הנוגעים לחולה הנוטה למות בשלב שעדיין אין צורך בהחלטות מיידיות ודחופות. הדיון המוקדם בא להכין את הקרקע להחלטה שקולה, ללא לחץ של זמן וצורך לפעולה מיידית. כמו כן יש לתעד את הדיונים, השיקולים, העמדות וההכרעות על מנת לאפשר בקרה ופיקוח, ועל מנת למנוע אי-הבנות וטעויות בהחלטות הרפואיות הרלוונטיות.

גישות דתות שונות⁵⁷⁴

הכנסיה הקתולית גילתה מאז ומעולם התנגדות להמתת חסד, החל מאבי הכנסיה אוגוסטינוס במאה הרביעית למניינם, דרך הפילוסוף תומאס אקווינוס במאה הי"ג, ועד גילוי הדעת של 'הלשכה הרומית הקדושה' משנת 1940, המגנה מעשי 'המתה יפה'. מאידך, מתירה הכנסיה הקתולית הימנעות מטיפול מאריך חיים המוגדר כבלתי-שגרתית, ומחייבת המשך טיפול שגרתית בלבד בחולים הנוטים למות⁵⁷⁵. היחס לחולה המוגדר כצמח,

אותנויה סבילה הותרה על ידי האפיפיור פיוס ה-12 בשנת חייו האחרונה ב-1957 – ראה Rosner F, ;154-153 עמ' *Modern Medicine and Jewish Ethics*, 2nd ed

[574] על גישת ההלכה – ראה לעיל בחלק ד. Boyle J, In: Brody BA, et al – ראה [575] :1 (eds), *Bioethics Yearbook*, Vol 1:1. Developments in Bioethics, 1991:14-18

לחולה הנוטה למות. רובם דנו בהרחבה בנושאים הבאים: הרקע המוסרי והעקרונות הבסיסיים; סוגי החולים השונים; סוגי הטיפולים השונים; מקבלי ההחלטות השונים; תהליכי קבלת ההחלטות.

להלן רשימת ההצהרות העיקריות:

וועדה מיוחדת של נשיא ארה"ב, לחקר בעיות מוסריות ברפואה⁵⁷⁹; מרכז הייסטינגס בניו-יורק, לחקר בעיות מוסריות ברפואה⁵⁸⁰; ההסתדרות הרפואית הבריטית⁵⁸¹; ההסתדרות הרפואית האמריקאית⁵⁸²; החברה האמריקאית לרפואת חירום⁵⁸³; הקולג' האמריקאי של רופאי ריאות⁵⁸⁴; הקולג' האמריקאי של רופאי חירום⁵⁸⁵; החברה האמריקאית למחלות ריאה⁵⁸⁶; קבוצה בינלאומית של

ובעיקר השאלה אם מותר להימנע ממתן מזון ונוזלים לחולה כזה, שנויה במחלוקת בין חכמי הכנסיה הקתולית⁵⁷⁶.

כנסיות נוצריות אחרות – אף הן מתנגדות באופן מוחלט להמתת חסד, ומתירות הימנעות או הפסקת טיפולים מסויימים בחולים נוטים למות, על פי קני-מידה שונים, עם הבדלים ביניהן ביחס להגדרות וליישומים של הטיפולים שמותר להימנע מהם בחולים סופניים⁵⁷⁷.

דת הבודהא אוסרת אף היא המתת חסד באופן מוחלט⁵⁷⁸.

הצהרות והנחיות שונות

כללי – קבוצות שונות של מומחים ברחבי העולם פירסמו הנחיות והצהרות על ההיבטים המוסריים השונים הנוגעים

Medical Association Guidance in Euthanasia. Report of the Council on [582]. May 1988
Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association: Euthanasia. 1989;
AMA, *JAMA* 265:1868, 1991. וראה על עמדה זו – Lo B, *JAMA* 265:1874, 1991.
Task Force on Ethics, The Society of [583] Critical Care Medicine, *Crit Care Med* American College of [584]. 18:1435, 1990
Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Panel, *Chest* 97:949, American College of [585]. 1990
Emergency Physicians Ethics Manual. *Ann Emerg Med* 20(10):1153, 1991
Bioethics Task Force American [586] Thoracic Society, *Ann Intern Med* 115:478, 1991; American Thoracic Society, *Am Rev Respir Dis* 144:726, 1991
אלו במאמרי המערכת – Hull RT, *Am Rev*

.1990:194 [576] ראה Boyle J – שם.
[577] ראה בספר – Brody BA, et al (eds), *Bioethics Yearbook*, Vol 1: Theological Developments in Bioethics, 1991 – עמ' 36-31, עמדת המורמונים; עמ' 97-96, עמדת האורתודוקסים המזרחיים; עמ' 138-136, עמדת הלותרנים; עמ' 157-153, עמדת המתודיסטים; עמ' 170-169, עמדת הבפטיסטים. [578] ראה – Masao F, In Brody BA, et al (eds): *Bioethics Yearbook*, Vol 1: Theological Developments President's [579]. in Bioethics, 1991:65
Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Behavioral Research: *Deciding to forego life sustaining* Guidelines on the [580] *treatment*. 1983
Termination of Life-sustaining Treatment and the Care of the Dying. Hastings Center Euthanasia: Report of [581]. Report, 1987
the Working Party to Review the British

ורפאים ופילוסופים⁵⁸⁷; הקולג' האמריקאי של רופאים⁵⁸⁸; הסתדרות בתי החולים האמריקאיים⁵⁸⁹.
 ונוזלים, מחולה בת 84 שנה, במצב דמנטי קשה, מתוך הנחה שזהו טובתה להפסיק את סבלה⁵⁹⁵; הפסקת כל טיפול, כולל מזון ונוזלים, מחולה בן 49 שנה במצב 'צמח', על סמך אמירות שלו בעבר, שכך הוא רצונו⁵⁹⁶; הפסקת כל טיפול, כולל מזון ונוזלים מחולה בשיתוק מוחין, שאיננו נוטה למות⁵⁹⁷; איסור להימנע מהמשך מתן מזון ונוזלים דרך צינור לקיבה בחולה דמנטי, כשאין עדות ברורה ומשכנעת שכך היה רצונו⁵⁹⁸; החובה להמשיך הנשמה מלאכותית בחולה במצב של צמח, כאשר המשפחה דורשת זאת, גם בניגוד להמלצת הרופאים⁵⁹⁹; הפסקת מזון ונוזלים מחולה בת 41 שנה, במצב צמח, על פי עדות הבעל שכך היה רצונו, בניגוד לעמדת הוריה שדרשו המשך טיפול במזון ונוזלים⁶⁰⁰.

בית המשפט העליון של ארה"ב קבע בפסק דין עקרוני, שיש זכות חוקתית לכל מדינה לקבוע את הדרישות הנוהליות,

פסיקות משפטיות בארה"ב – פסקי דין רבים בארה"ב התפרסמו ביחס לקביעת עמדת המשפט במדינה זו לבעיות הנידונות כאן. להלן ציון מספר פסקי דין עיקריים: הפסקת מכשיר הנשמה מחולה בת 21 שנה בחוסר הכרה ממושך, לפי בקשת הוריה⁵⁹⁰; הימנעות מטיפול כימותרפי בחולה מפגר קשה בן 67 שנה, שסבל מסרטן הדם, על פי החלטת האפוטרופסים⁵⁹¹; הפסקת מכשיר הנשמה בחולה בן 83 שנה במצב צמח, שהביע דעתו בעבר נגד הארכת חייו⁵⁹²; הפסקת מתן מזון ונוזלים בחולה בחוסר הכרה בלתי הפיך, על פי דרישת אפוטרופוס⁵⁹³; הפסקת מכשיר הנשמה מחולה במחלה כרונית, לאו דווקא סופנית, על פי צוואה מחיים, ומינוי אדם מוגדר ביפוי כוח בלתי חוזר⁵⁹⁴; הפסקת כל טיפול, כולל מזון

California [593]. N.Y.S.2d 517, 1981 Appellate Court, In re Barber, 147 Cal. App. California Appellate [594]. 3d 1006, 1983 Court, In re Bartling, 163 Cal. App. 3d 186, New Jersey Supreme Court, In [595]. 1984 .re Conroy, 486 A. 2d 1209, 1985 Supreme Judicial Court of [596] Massachusetts, In re Brophy, 497 N.E. 2d Elizabeth Bouvia v [597]. 626 1986 Superior court of California, 225 Cal Rptr. New-York [598]. 297 (Cal.App. 2 Dist.) Court of Appeals, In re O'Connor, 72 NY2d Minnesota, Hennepin [599]. 517 1988 County, Judicial District, In re Helga Angell M, *N Engl J* ודי [600] המקרה של Terri Schiavo. נידון במספר ערכאות במדינת פלורידה,

Respir Dis 145:249, 1992; Klocke RA, *Am Rev Respir Dis* 145:251, 1992; Lanken PN, *Am Rev Respir Dis* 145:249, 1992 The Appleton Consensus, *J Med Ethics* 15:129, 1989; The Appleton International Conference, *J Med American* [588]. *Ethics*:18Suppl, 1992 College of Physicians Ethics Manual, 3rd .edition, *Ann Inter Med* 117:947, 1992 American Hospital Association: [589] Effective DNR Policies, Chicago, American New [590]. Hospital Association, 1990 Jersey Supreme Court, In re Karen Quinlan, Massachusetts [591]. 355 A.2d 647 1976 Supreme Court, In re Saikewicz, 370 N.E.2d New-York Supreme Court [592]. 417, 1977 Appellate Division, In re Eichner (Fox), 426

שעל פיהן תתקבלנה בקשות של אפוטרופסים להימנעות או להפסקת טיפול מאריך חיים מחולים בלתי כשירים להחלטה. חקיקות כאלו כוללות את הדרישה לעדות ברורה ומשכנעת מה היה רצון החולה בעת שהיה בר-כושר שיפוט. יחד עם זאת הכיר בית המשפט העליון של ארה"ב בזכות האוטונומיה של כל אדם לדרוש הפסקת כל טיפול מאריך חיים, כולל הפסקת מזון ונוזלים, גם במצבים המוגדרים כצמח⁶⁰¹.

המדרון החלקלק – ההתפתחות המשפטית בארה"ב והגישה האתית החילונית שם מדגימה באופן ברור שינויים הולכים וגדלים לכיוון החשת המוות בחולים הנוטים למות: החל מהפסקת מכשיר הנשמה אצל חולה נוטה למות, ועד להפסקת מזון ונוזלים גם מחולים כרוניים-דמנטיים שאינם נוטים למות; החל מחולים שבעבר היו ברי-כושר שיפוט ויכלו להיחשב כבעלי רצון לדרך חיים מסוימת, ועד לחולים שמעולם לא היו כשירים להחלטה; החל מחולים חסרי הכרה מוחלטת ("צמח") ועד חולים במצב הכרה מיזערי⁶⁰²; והחל מהפסקת

טיפולם רפואיים ועד לסיוע של רופא בהתאבדות, ובמדינות אירופאיות אחדות גם להמתה פעילה, ישירה ומכוונת. יש לראות בכך מדרון חלקלק בפרק זמן קצר מאד⁶⁰³.

ו. רקע משפטי

המתה פעילה שלא על ידי רופאים – בשנת 1964 נשפטה גיזלה כפרי על רצח בנה המפגר בעזרת גלולות שינה ששמה במזונו, ונידונה לשנת מאסר בפועל⁶⁰⁴; בשנת 1975 נאשמה עליזה הלמן בכך שהרגה ביריית אקדח את בנה בן ה-37, שלקה במחלה ממאירה, ונשפטה לשנת מאסר בפועל⁶⁰⁵; מידת העונש הראויה להורים הממיתים את ילדיהם מתוך רחמים נידונה גם בבית המשפט העליון⁶⁰⁶; בשנת 1993 הורשעה מינה קרוגולץ בסיוע להתאבדות עת הכינה תערובת של נומבון, וליום ורעל עכברים והשקתה את בעלה אשר סבל ממחלת פרקינסון וביקש למות⁶⁰⁷.

פסיקה – מקרים בודדים הנוגעים לטיפול בחולה הנוטה למות הובאו

.1990; Sprung CL, *JAMA* 263:2211, 1990 Cranford RE, *Geriatrics* – [602] ראה 53(Suppl 1):S70, 1998 [603] ראה לעיל הע' 517. וראה – Sprung CL, *JAMA* 263:2211, 1990 עמ' 562 ואילך. [604] ת.פ. 455/64 (בית משפט מחוזי בת"א), היועה"מ נ' כפרי (לא פורסם). עונשה הומתק על ידי נשיא המדינה לארבעה חודשי מאסר בלבד. [605] ת.פ. 555/75 (בית משפט מחוזי בת"א), מדינת ישראל נ' עליזה הרמן, פ"מ (ב) תשל"ו, 134. [606] פד"י, כב, 1968, עמ' 285. [607] ע"פ 6568/93 מינה

אשרו הכרעה זו, למרות ניסיונות חקיקה נגד פסיקה זו בבית הנבחרים של מדינת פלורידה ובקונגרס של ארה"ב. בית המשפט הפדרלי סירב לדון בעניין. [601] *Cruzan v Director, Missouri Dep of Health*, 1990 US Lexis Annas GJ, N – על פסק דין זה ראה – *Engl J Med* 323:670, 1990; Thomasma DC, *Arch Intern Med* 151:853, 1991; Sprung CL, *Crit Care Med* 19:598, 1991. סיכום פסקי דין רבים בנידון בארה"ב והגישה המשפטית שם ראה Emanuel EJ, *Am J Med* 84:291, 1988; – Weir RF and Gostin L, *JAMA* 264:1846,

לדיונים בפני בתי המשפט בישראל. בתי המשפט דנו במספר מקרים של בקשות להימנע מטיפול מאריך-חיים, או להפסיק טיפולים כאלו בחולים הנוטים למות.

בפסיקת בתי המשפט קיימת שונות בין השופטים ביחס לשאלה העקרונית האם קיימת הצדקה עניינית שהרשות השיפוטית היא שתכריע בנושאים אלה, הטעוניהם התחשבות בבעיות יסוד החורגות מהתחום המשפטי גרידא.

למרות שבעת הדיון המשפטי הם טרם חוברו למכשיר הנשמה; ובהמשך אף ניתנו פסקי דין המתירים הימנעות ממתן מזון ונוזלים וסילוק זונדה מחולים דמנטיים. חלק מפסקי הדין הללו של בתי המשפט המחוזיים נדחו על ידי בית המשפט העליון.

להלן סיכום קצר של פסקי הדין שניתנו בישראל בעניין חולים הנוטים למות:

המקרה של גדעון נקש, שסבל ממחלת טרשת צד חוט השדרה⁶¹⁰, והיה מחובר למכשיר הנשמה. אשתו ביקשה לנתקו ממכשיר ההנשמה, על סמך פרשנותה לרמזים קלושים של החולה, שהוא מבקש לנתקו ממכשיר ההנשמה, אך הוא נפטר לפני תום ההליכים המשפטיים, ובית המשפט העליון דחה את העטירה בהיותה אקדמית בלבד, ללא השלכה מעשית למקרה קונקרטי⁶¹¹.

המקרה של שמעון נחייסי, שסבל ממחלת שרירים ניוונית חשוכת מרפא. הוא ביקש בעצמו, בהיותו בר כושר לקבלת החלטות, להורות לרופאים שימנעו מלעשות כל מעשה אשר תכליתו היחידה היא להאריך את חייו באופן מלאכותי באמצעות מכשיר החייה. בית המשפט העליון דחה את העטירה בגין סיבות נוהליות, וגם בהיות השאלה תיאורטית

מתוך עשרות הפסיקות בנושא זה מאז העשור האחרון למאה ה-20 עולה מגמה ברורה של ליברליות וגישה האוטונומי-מיסטית בפסיקת בתי המשפט המחוזיים⁶⁰⁸, לעומת נטייה לכוון גישת 'קדושת החיים' וזהירות-יתר בקירוב מותם של חולים בפסיקת בית המשפט העליון⁶⁰⁹.

כמו כן ניכרת מגמה גוברת והולכת מצד בתי המשפט המחוזיים לדמות את המצב המשפטי בישראל בעניין החולה הנוטה למות למצב בארה"ב. בפסיקות המוקדמות בנידון ניתן רק סעד משפטי להימנע מחיבור למכשיר הנשמה בבוא העת; בהמשך ניתנו גם פסקי דין לניתוק חולים ממכשיר הנשמה כשהם כבר מחוברים אליו; אחר כך ניתנו פסיקות לניתוק עתידי של חולים ממכשיר הנשמה,

ALS = sclerosis. וראה לעיל הע' 290. [611] בג"צ 820/87, נקש נ' מנכ"ל משרד הבריאות. אמנם גישה זו שונתה על ידי פסק דין מאוחר יותר של בית המשפט העליון, ע"א 506/88, יעל שפר נ' מדינת ישראל, פ"ד מח(1), 87, פסקה 2. נימוקו – הנושא הוא עקרוני

קרוגולץ נ' מדינת ישראל, פ"ד מט(1) 397. [608] השופטים גורן, טלגם, סירוטה וריבלין – ראה להלן הע' 610 ואילך. [609] בעיקר בפסק הדין המנחה בנושא זה, שנכתב בידי השופט מנחם אלון, ע"א 506/88 שפר נ'. מדינת ישראל, פ"ד מח(1), 87. [610] amyotrophic lateral

בלבד בשלב הדיון⁶¹².

הכללית לא תראה כמחדל פלילי או ניזקי אם הרופא המטפל ייענה לבקשת החולה, ולא יכפה עליו בבוא העת חיבור למכשיר הנשמה⁶¹⁶.

המקרה של מרים צדוק, שסבלה ממחלת אלצהיימר, ואשר השאירה תצהיר וקלטת, ובהם בקשה לא להאריך את חייה באמצעים מלאכותיים. בעלה של האשה ביקש מתן סעד הצהרתי, שיכיר בזכותה של החולה לבל יוארכו חייה באופן מלאכותי, באמצעות הזנה מלאכותית, ו/או מתן חמצן, ו/או חיבורה למכונת הנשמה. בית המשפט⁶¹⁷ קבע, שאין לחייב את הרופא להימנע ממתן מזון וחמצן, כאשר הוא סבור שיש בכך כדי להקל על מצוקה זמנית; אבל משעה שהתברר שהמצב אינו זמני, והקיום של החולה תלוי בהזנה ובמתן חמצן – יש לכבד את רצון החולה, ולהפסיק את אמצעי ההקלה.

המקרה של רחל צעדי, חולה סוכרתית שנזקקה לטיפול בדיאליזה, אשר הביעה סירובה לכך באמצעות בנותיה. בית המשפט קיבל את בקשתה⁶¹⁸.

המקרה של ראובן רודני, שסבל מנפחת ריאתית⁶¹⁹ ושבר בחוליה צווארית

המקרה של יעל שפר, תינוקת שסבלה ממחלת תיי-זקס. אמה פנתה לבית המשפט בבקשה למתן פסק דין הצהרתי, שתהא הקטינה באמצעות אמה זכאית לסרב לכל טיפול מאריך-חיים, למעט שיכון כאבים גרידא. בית המשפט המחוזי מחק את הבקשה על הסף⁶¹³. האם הגישה ערעור על כך לבית המשפט העליון, אשר דחה את ערעורה, וקיים את פסק הדין שניתן בבית המשפט המחוזי, וזאת על סמך העדויות הרפואיות שנמסרו לבית המשפט, שאין הקטינה סובלת, כבודה נשמר, ולפיכך קדושת חייה גם במצבם הסופני היא הערך הבלעדי והקובע, וכל התערבות ופגיעה בהם עומדת בניגוד מוחלט לערכים של מדינה יהודית ודמוקרטית⁶¹⁴.

המקרה של בנימין אייל, שסבל מטרשת צד חוט-השדרה. הוא ביקש בעצמו פסק-דין הצהרתי בעת שהיה בר-כושר שיפוט, להורות לרופאים שימנעו מלעשות כל מעשה אשר תכליתו היחידה היא להאריך את חייו באופן מלאכותי באמצעות מכשיר החיאה. בית המשפט⁶¹⁵ קבע, שבנסיבות המקרה הנידון התביעה

בנימין אייל נ' ד"ר וילנסקי, פס"מ נא(3), 187. [616] ואמנם בנימין אייל נפטר ביום כ' בניסן תשנ"ג (11.4.93), לאחר הידרדרות במצבו, כשהרופאים כבדו את רצונו ואת החלטת בית המשפט, ולא חברוהו למכשיר הנשמה. [617] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט טלגם) 759/92, מרים צדוק נ' בית האלה, פס"מ נב(2), 485. [618] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט גורן) 498/93, צעדי רחל נ' קופ"ח הכללית, לא פורסם. [619] emphysema.

רצפוי שישוב ויעלה. [612] בג"צ 945/87, נחייסי נ' ההסתדרות הרפואית בישראל, פ"ד מב (1) 135. [613] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט מצא) 779/88, שפר נ' ביי"ח זיו, פ"מ תשמ"ט, מט(2) 240. [614] ע"א 506/88 – יעל שפר על ידי אמה טלילה שפר נ' בית החולים הממשלתי ע"ש זיו בצפת, פ"ד מח(1), 87. פסק דין זה נחשב למנחה בסוגיה זו. וראה עיקרי פסיקה זו בחוב' אסיא, עג-עד, תשס"ד, עמ' 45 ואילך. [615] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט גורן) 1141/90,

חמישית, ועקב כך נזקק להנשמה מלאכותית. אשתו ביקשה לנתקו ממכשיר ההנשמה. תביעתה נדחתה, כי לפי הערכת בית המשפט על סמך עדויות רפואיות לא היה החולה במצב הנוטה למות, והמדובר בטיפול שבאותו שלב הצליח לשפר את מצבו של החולה⁶²⁰.

המקרה של ישראל גלעד, שסבל מטרשת צד חוט-השדרה, אשר בקש פסק דין הצהרתי שבבוא העת לא יחובר למכשיר הנשמה. בית המשפט נמנע מלידתן הצהרה כמבוקש, מכיוון שהנושא הוא מוסרי ולא משפטי, ואין לבית המשפט יתרון על פני גורמים מחליטים אחרים. לפיכך, השאיר את ההחלטה בידי רופאים וגורמים רלוונטיים אחרים⁶²¹.

המקרה של איתי ארד, שלמרות ההיתר המשפטי שניתן בעניינו שלא לחברו למכשיר הנשמה בבוא העת, הוא חובר בהסכמתו למכשיר הנשמה, אך כעבור זמן-מה הוא ביקש לנתקו מהמכשיר במסגרת בית חולים, שבוא תינתן לו סדציה טרמינלית שתמנע ממנו את הסבל של תחושת המחנק לאחר הניתוק ממכשיר ההנשמה. בית המשפט הורה לרופאים לכבד את בקשתו, והניתוק של מכשיר ההנשמה בוצע במרכז הרפואי הדסה בירושלים. זאת למרות שועדת האתיקה של המוסד הרפואי הזה שללה את הפעולה הזו כבלתי מוסרית⁶²⁴.

המקרה של ביבס, חולה סבל מנפחת ריאתית. הוא ביקש שיאפשרו לרופאים לנתקו ממכשיר ההנשמה, וסעד משפטי זה ניתן על ידי בית המשפט⁶²⁵.

המקרה של פלונית, שסבלה מטרשת נפוצה. הוגשה בקשה לפסק דין הצהרתי שבבוא העת לא תחובר החולה למכשיר הנשמה⁶²².

המקרה של הקטין בן אכר, שסבל מפגור שכלי ושיתוק מוחין מלידה, ופיתח אי-ספיקת כליות סופנית עם צורך בדיאליזה. ההורים בקשו למנוע את הטיפול בדיאליזה ולאפשר לילד למות ממחלת הכליות, בגין היותו מפגור ומשותק. בית המשפט דחה את הבקשה,

המקרים של איתי ארד וי.ש., שניהם סובלים מטרשת צד חוט-השדרה. הדיון בעניינם אוחד, בגלל הזהות בנושאים. חולים אלו בקשו מתן סעד משפטי שיורה לרופאים להימנע מלחברם למכשיר הנשמה בבוא העת. פסק הדין ניתן בהתאם

ת"א, השופט טלגם) 2242/95, בשא 108634/98, איתי ארד נ' קופ"ח הכללית ומד"י, לא פורסם. מקרה זה עורר פולמוס ציבורי לוחט וחרף בישראל, כולל דיון בכנסת, ובעקבותיו הוקמה על ידי שר הבריאות דאז, חה"כ הרב שלמה בניזרי, וועדה ציבורית לענייני החולה הנוטה למות, אשר התבקשה להציע הצעת חוק בנידון. ראה בנספח א. [625] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט סירוטה)

[620] ה"פ 575/93, בית המשפט המחוזי בתל-אביב (טרם פורסם). [621] ה"פ (מחוזי ב"ש, השופט ריבלין) 1030/95, ישראל גלעד נ' סורוקה, פס"מ נו(1), 441. [622] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט קלינג) 222/95, פלונית נ' מדינת ישראל, לא פורסם. [623] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט טלגם) 2242/95, 2349/95, נ' קופ"ח הכללית, פס"מ נה(2), 253. [624] ה"פ (מחוזי

וכפה את הטיפול בדיאליזה בניגוד לרצון ההורים, מתוך הנחה שמדובר בקטין שיש לו איכות חיים מסוימת, ומחלתו הכלייתית ניתנת לטיפול⁶²⁶.

המקרה של אסתר וייץ, חולה שסבלה מטרשת צד חוט-השדרה. היא בקשה לקבל אישור מראש שבבוא העת אם תחובר למכשיר הנשמה יוכלו הרופאים לנתק מהמכשיר, למרות שבעת מתן הבקשה היא טרם חוברת למכשיר הנשמה. בקשתה אושרה על ידי בית המשפט⁶³¹.

המקרה של עידית מאיר, שסבלה מטרשת צד חוט-השדרה. היא בקשה לא רק הימנעות מטיפול החייתית, אלא גם ניתוק ממכשיר הנשמה. הערעור נמחק עקב פטירתה⁶²⁷.

המקרה של מלמה סמי, חולה שסבל מטרשת צד חוט-השדרה. הוא ביקש לקבל אישור מראש שבבוא העת אם יחובר למכשיר הנשמה, יוכלו הרופאים לנתק מהמכשיר, למרות שבעת מתן הבקשה הוא טרם חובר למכשיר הנשמה. בקשתו אושרה על ידי בית המשפט⁶³².

המקרה של גב' לובצקי, אשה זקנה ודמנטית, שבנה ביקש סעד משפטי להפסיק לתת לה מזון ונוזלים, על סמך רמזים שונים שעליהם דיווח שכך הוא רצונה. בית המשפט המחוזי קיבל את בקשת הבן, והורה לנתק מהזונדה, ולהפסיק מתן מזון ונוזלים⁶²⁸, אך בית המשפט העליון דחה את הפסיקה הזו בנימוק שלא הוצגו עדויות משכנעות על רצונה האמיתי של גב' לובצקי⁶²⁹.

המקרים של פלוני ופלונית, שסבלו מטרשת צד חוט-השדרה. הם כבר היו מחוברים למכשיר הנשמה, וביקשו סעד משפטי להיתר ניתוקם מהמכשיר. הבקשה נענתה בהסכמת היועץ המשפטי לממשלה⁶³³.

המקרה של נחמה שמחי, חולה שסבלה מטרשת צד חוט-השדרה. היא תיעדה בווידיאו בקשה לא רק להימנע מטיפול החייתית, אלא גם לנתק ממכשיר הנשמה. בקשתה אושרה על ידי בית המשפט⁶³⁰.

המקרה של יוסי קניג, חולה שסבל מטרשת צד חוט-השדרה. הוא ביקש לקבל אישור מראש שבבוא העת אם יחובר למכשיר הנשמה, יוכלו הרופאים לנתק מהמכשיר, למרות שבעת מתן הבקשה הוא

528/96, ביסס נ' עירית ת"א (איכילוב), לא פורסם. [626] רע"א (עליון) 5587/97, יועץ המשפטי לממשלה נ' בן אכר, פ"ד נא(4), 830. [627] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט טלגם) 401/98, עידית מאיר נ' היועץ המשפטי לממשלה, לא פורסם. [628] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט טלגם) 10403/99, גמליאל לובצקי נ' קופת חולים הכללית והיועץ המשפטי לממשלה, לא פורסם. [629] ע"א (עליון) 3031/99, היועץ המשפטי לממשלה נ'

גמליאל לובצקי וקופת חולים הכללית, לא פורסם. [630] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט טלגם) 10543/99, נחמה שמחי נ' היועץ המשפטי לממשלה, לא פורסם. [631] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט טלגם) 10851/99, וייץ אסתר נ' ליכטנשטר, לא פורסם. [632] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט גורן) 11588/99, מלמה סמי נ' היועץ המשפטי לממשלה, לא פורסם. [633] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט ישעיה) 1513/01, פלוני

טרם חובר למכשיר הנשמה. בקשתו אושרה על ידי בית המשפט⁶³⁴.

המקרים של פלוני ופלונית, שסבלו מטרשת צד חוט-השדרה. הם ביקשו לקבל אישור מראש שבבוא העת אם יחברו למכשיר הנשמה, יוכלו הרופאים לנתקם מהמכשיר, למרות שבעת מתן הבקשה הם טרם חברו למכשיר הנשמה. בקשתם נדחתה על ידי בית המשפט⁶³⁵. חולים אלו עתרו לבית המשפט העליון, אשר אישר את פסיקת בית המשפט המחוזי, בנימוק המרכזי שהעניין טרם הפך למעשי, ובבוא העת יוכלו לפנות לבית המשפט לקבל פסיקה על ניתוק ממכשיר הנשמה אם יחפצו בכך⁶³⁶.

המקרה של פלוני שעבר אירוע של דום לב ונשימה, חובר למכשיר הנשמה, ונותר בתירדמת עמוקה במשך כמה חודשים. בני המשפחה העידו כי באירועים רפואיים קשים אחרים חזר החולה וביקש שלא יאריכו את חייו באופן מלאכותי. ניתן צו המרצה שלא לחזור ולחבר את החולה למכשיר הנשמה לאחר ניתוקו ממנו לצורך פרוצדורות רגילות, ומכל מקום אין להפסיק את הזנתו⁶³⁷.

המקרה של פלונית, שסבלה מטרשת

צד חוט-השדרה. היא ביקשה לקבל אישור מראש שבבוא העת יוכלו הרופאים לנתק ממכשיר הנשמה שאליו היא מחוברת מזה כמה שנים. בקשתה אושרה על ידי בית המשפט⁶³⁸.

המקרה של פלונית, שנתונה מספר שנים במצב סיעודי מלא, בהכרה זעומה, וללא קשר קוגניטיבי עם הסובבים אותה. הוגשה בקשה על ידי בני המשפחה לנתק ממכשיר הזנה, תוך שהם מעידים שהאשה אמרה להם בהזדמנויות שונות שאיננה רוצה לחיות חיי צמח. הבקשה נדחתה על ידי בית המשפט⁶³⁹.

חקיקה — החוק הישראלי קובע כי "בכל אחד מן המקרים המנויים להלן, יראו אדם כאילו גרם למותו של אדם אחר, אף אם מעשהו או מחדלו לא היו הגורם התכוף, ולא היו הגורם היחיד למותו של האחר: ... (4) במעשהו או במחדלו החיש את מותו של אדם הסובל ממחלה או מפגיעה שהיו גורמות למותו גם אילו לא מעשהו או מחדלו זה"⁶⁴⁰. בית המשפט העליון הבהיר, שהדין הפלילי מבחין בין מעשה אסור למחדל אסור. מעשה שנאסר בחוק הפלילי, תמיד אסור הוא; ואילו מחדל, כדי שיהווה עבירה פלילית, דרוש שיהיה בו משום הפרת חובה שבדין.

(מחוזי ת"א, השופט גורן) 929/04, פלוני נ' מרכז רפואי אסף הרופא ואח' (לא פורסם). [638] הפ (מחוזי חיפה, השופט לינדנשטראוס) 228/04 פלונית נ' מרכז רפואי בני ציון ואח' (לא פורסם). [639] הפ (מחוזי ת"א, השופט גורן) 603/05 האפוטרופוס של החסויה פלונית נ' "ארבל" מרכז גריאטרי (לא פורסם). [640] חוק העונשין תשל"ז-1977, סעיף 309.

ופלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה, לא פורסם. [634] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט גורן) 968/02, יוסי קניג נ' היועץ המשפטי לממשלה, לא פורסם. [635] ה"פ (מחוזי ת"א, השופט ישעיה) 924/02 פלוני ופלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה, לא פורסם. [636] ע"א (עליון) 8245/02, יאיר כהן ויעל הירשהורן נ' היועץ המשפטי לממשלה (לא פורסם). [637] הפ

אינדיבידואליים שתוארו לעיל, נעשו מספר ניסיונות חקיקה ישירה בנידון:

בשנת 1992 הובאה בפני הכנסת הצעת חוק זכויות החולה, התשנ"ב-9921, אשר כללה את הסעיף הבא: "10. חולה סופני זכאי למות בכבוד ועל פי עיקרי השקפת עולמו ואמונתו, וככל שהדבר אפשרי, בנוכחות אדם שהמטופל רצה בו, והרופא המטפל והמוסד הרפואי יסייעו לו במימוש זכותו זו, וימנעו כל דבר העלול לפגוע בכבודו". הצעת חוק זכויות החולה עברה בקריאה ראשונה בכנסת רק לאחר שהמזיעים הסכימו למחוק ממנה את סעיף 10 הנ"ל⁶⁴⁵. בדיונים ממושכים על החוק הנ"ל בוועדת העבודה והרווחה של הכנסת לפני הקריאה השניה הוסכם על נוסח שיגדיר את הגישה החוקית לחולה הנוטה למות, אך בצורתו הסופית של חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 הושמטה לחלוטין כל התייחסות חוקתית לחולה הנוטה למות.

בשנת 1994 נתקבל בכנסת תיקון לחוק העונשין התשל"ז-1977⁶⁴⁶. בסעיף 34. יג לתיקון האמור נאמר: "לא ישא אדם באחריות פלילית למעשה שעשה באחד מאלה: ... (4) עשהו באדם בהסכמה כדין, תוך פעולה או טיפול רפואיים, שתכליתם טובתו או טובת הזולת". יש מי שראו בסעיף זה היתר גורף להמתת חסד פעילה, תוך פרשנות רחבה של תנאי ההיתר

ואמנם על הרופא מוטלת חובה שבדין להעניק טיפול רפואי לחולה שבטיפולו, אך היקף חובה זו וגדריה הם מוגבלים במידה מסויימת, והדין מכיר בזכותו של חולה בתנאים מתאימים לסרב לטיפול רפואי. לפיכך קבע בית המשפט העליון, שיש הבדל בין המתת חסד פעילה, לבין הימנעות מנקיטת אמצעים שיש בהם כדי להציל חיים – המתת חסד פעילה אסורה על פי החוק בכל מקרה ובכל תנאי⁶⁴¹, ודבר זה אסור אף אם היתה צוואה מחיים ובה בקשה מפורשת לביצוע פעולה כזו, ואף אם החולה עצמו מבקש ומסכים לכך⁶⁴²; אך המתת חסד סבילה, כאשר החולה מבקש שיימנעו מהארכת חיו, ומסרב לקבל טיפול כזה, או כאשר ברור שהחולה סובל, מותרת בתנאים ובמגבלות מוגדרים. זכות כזו יכולה להיות נתונה רק לחולה עצמו שהוא בגיר וכשיר, ולא לחולה שהוא קטין או פסול דין⁶⁴³, וגם בקשת ההורים להמתת חסד כלשהי של ילדיהם הקטינים איננה קבילה בחוק, אלא אם כן השתכנע בית המשפט שדבר זה הוא לטובתם המוחלטת של הקטינים, וכגון שמצבם הרפואי הוא סופני, והם סובלים. בכל מקרה של החלטה להימנע מטיפול מאריך חיים בקטינים, חובה על הרופא לפנות לבית המשפט ולקבל את אישורו⁶⁴⁴.

בעקבות ההתפתחויות המשפטיות ביחס לחולה הנוטה למות בעולם, ובעקבות פסקי דין בישראל המתייחסים למקרים

תשמ"ט, ב, עמ' 240 ואילך. [644] בית המשפט העליון, שם, פסקה 61(ב). [645] דברי הכנסת, ישיבה שצ"ח, עמ' 3640-3636. [646] חוק העונשין (תיקון מס' 39) (חלק מקדמי וחלק כללי).

[641] בית המשפט העליון, ע"א 506/88, יעל שפר נ' מדינת ישראל, פ"ד מח(1), 87, פסקה 57, פסקה 61(א). [642] בית המשפט העליון שם, פסקה 31. [643] ה"פ (ת"א) 779/88, פסקים

הכלולים בתיקון זה⁶⁴⁷. ולעומתם יש הסבורים, שסעיף 34ג(4) אינו עוסק כלל בהמתת חסד, אלא בא לפטור רופא מאחריות פלילית במצב של מות חולה תוך כדי פעולה ניתוחית או פעולה רפואית פולשנית אחרת⁶⁴⁸.

רק קריאה ראשונה בכנסת. הצעה מפורטת מאד להסדר חוקי של כל הסוגיות הנוגעות לחולה הנוטה למות הוגשה על ידי וועדה ציבורית לענייני החולה הנוטה למות ("וועדת שטינברג")⁶⁵².

בשנת 1996 פורסם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא הטיפול בחולה הנוטה למות⁶⁴⁹.

הצעת חוק זו, בשינויי נוסח מסויימים, התקבלה על ידי ועדת שרים לחקיקה, והפכה להיות הצעת חוק ממשלתית. בשלהי שנת 2005 התקבלה הצעת חוק זו על ידי הכנסת, והפכה להיות "חוק החולה הנוטה למות, ה'תשס"ו-2005"⁶⁵³.

בפני וועדת חוקה חוק ומשפט של הכנסת עלו שתי הצעות חוק פרטיות בנידון⁶⁵⁰. שתי הצעות החוק הללו אוחדו להצעת חוק אחת⁶⁵¹. הצעת חוק זו עברה

נספח א: הוועדה הציבורית לענייני החולה הנוטה למות – הצעת חוק: החולה הנוטה למות, התשס"ב-2002*

ההערות נכתבו על ידי פרופ' אברהם שטינברג, יו"ר הוועדה הציבורית

מתכונת זו של הצעת החוק פורסמה בחוב' אסיא, סט-ע, 2002, עמ' 58-5

לקראת הגשת הצעת החוק לוועדת שרים לחקיקה היא עברה שינויי-נוסח שונים, ללא כל שינוי מהותי.

התשנ"ד-1994, ס"ח התשנ"ד, עמ' 348. [647] ראה הסתייגויות חברי הכנסת י. לוי, א. רביץ, י. עוזן לחוק המוצע; א. שוחט, הארץ, 1.8.94; ע. שפירא, הארץ, 9.8.94; הצעת חוק לתיקון הסעיף הנ"ל של חברי הכנסת י. לוי וש. יהלום (מפד"ל), הונחה על שולחן הכנסת ביום 10.10.94; א. שטינברג, הארץ, 28.10.94. [648] מ. קרמניצר, הארץ, 13.9.94; ד. פרנקל, רפואה ומשפט, 12, 1995, עמ' 14 ואילך. [649] חוזר מס' 2/96, שבט תשנ"ו, 31.1.96. פורסם בחוב' אסיא סג-סד, תשנ"ט, עמ' 20 ואילך. [650] הצעת חוק הזכות למות בכבוד, התשנ"ט-1999, של חבר הכנסת אברהם יחזקאל (פ/199), והצעת חוק העונשין (תיקון – הזכות להחליט על הארכת חיים), התש"ס-1999, של חברת הכנסת ענת מאור (פ/189). [651] מס' פ/819, הימנעות מהארכת חיים – הוראות רפואיות מקדימות, התשס"א-2001, מאת חה"כ גב' ענת מאור. [652] ראה בנספח א לערך זה. [653] ראה בנספח ד לערך זה. * הצעת החוק הוזתקבלה על ידי שר הבריאות, חה"כ הרב ניסים דהן ביום 17.1.02.

שלושה או ארבעה ימים¹¹, או שני ימים או שלושה¹², או מעט ימים¹³; ויש מי שכתב, שגדרים אלו הם דווקא במצב טבעי, אבל בזמננו שיש אמצעים מלאכותיים להאריך חיי הגסיסה, אפשר להגדיר חולה כגוסס גם אם יחיה יותר ימים בגלל אותם אמצעים¹⁴.

נוטה למות (ב)

א. הגדרת המושג

ראה בהגדרת המושג לחלק א.

ב. דיני גוסס¹

סימני הגסיסה — לא מצינו כלל בחז"ל ובראשונים סימני גסיסה מה הם, אלא שלחברי חב"ד קדישא בעבר היתה קרוב לוודאי מסורת על סימני הגסיסה. יש מי שכתב, שלעניין סימני הגסיסה אין הרופאים מכירים בהם, ואולי הוא מחמת שמצד הרפואה אין חשיבות להגדרה מדוייקת, שכן אומות העולם אינם חוששים לקירוב מותו של הגוסס על ידי נגיעה קלה, אך אנשי חב"ד קדישא היו בקיאים בזה, ורופאים הרוצים לדעת יכולים להשתדל להיות אצל חולים כשנוטים למות, וללמוד את סימני הגסיסה¹⁵. ואמנם, כיום לא ברורה ההגדרה של גוסס מבחינה רפואית-מעשית, ולכן בדרך כלל לא ניתן להגדיר מצב של חולה נוטה למות כגוסס, שכן על פי רוב לא ניתן לקבוע בוודאות שהמוות יבוא תוך זמן קצר, לאור אפשרויות הטיפול החדשות¹⁶. ויש מי שכתב, שכל

מקור השם — יש אומרים, שהוא לשון גססין², שפירושו חזה, וכוונתו, שסמוך למיתתו מעלה האדם ליחה בגרונו מפני צרות החזה³; יש אומרים, שהוא לשון מגיס בקדירה⁴, שהליחה מתהפכת בגרונו כמו המגיס קדירה, שמהפך מה שבקדירה⁵; יש אומרים, שהוא מלשון גוסה⁶, שכוונתו בערבית הוצאת קול מהגרון לאחר מאכל כבד, ואף הגוסס מוציא קול מגרונו⁷; ויש אומרים, שהוא מלשון גוס, שפירושו פיהוק, שדרך הנוטה למות לפהק כמו לפני שינה⁸.

כללים והנהגות

זמן הגסיסה — גוסס הוא חולה הנמצא בפרק המוות⁹, היינו במצב שהמוות יבוא בתוך זמן קצר ביותר. יש מי שכתב, שדרך גסיסה להיות שלושה ימים¹⁰, אך מצינו גם זמנים אחרים, כגון

[9] פיהמ"ש לרמב"ם אהלות א ו. [10] פרישה יו"ד סי' שלט סק"ה. וראה בשו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עה אות ה, שסמך על הגדרה זו. [11] רא"ש מו"ק פ"ג סי' צו. [12] מרדכי מו"ק פ"ג. [13] ס' חסידים סי' רלד. [14] הרב ג.א. רבינוביץ, הלכה ורפואה, ג, תשמ"ג, עמ' קב ואילך. וראה להלן בהערות הבאות. [15] שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עג אות ג. וראה גם בשו"ת בית אבי חח"מ סי' קנג. [16] שמעתי מפני הגרש"ז אויערבאך. וראה א. שטינברג, אסיא,

[1] ראה גם בחלק א, הע' 15 ואילך. [2] תרגום יונתן ישעיה ס ד. [3] רמ"א אבהע"ז קכא ז; רמ"א חו"מ ריא ב. [4] מכשירין ה יא. [5] תויו"ט ערכין א ג. [6] איכה רבה ג לב. [7] ערוך ע' גסס (ב), פיהמ"ש לרמב"ם ערכין א ג. כל הפירושים הללו מתכוונים למצב שבו הנוטה למות משמיע קולות רמים במהלך נשימתו בגין הפרשות במערכת הנשימה. מצב זה מכונה death rattle. [8] תפא"י ערכין א ג. וראה בשו"ת צמח צדק החדש סי' נט אות ה.

ממילא, ואינם תלויים בדעת האדם²³; ויש הסוברים, שגוסס הרי הוא כחי לכל דבר, גם במה שתלוי בדבורו ובדעתו, בתנאי שדעתו מיושבת עליו²⁴. בשיטה זו יש הסוברים, שהדברים אמורים דווקא כשהגוסס מדבר²⁵; ויש הסוברים, שבדברים שאין צורך בדיבור, מועילה רמיזתו, לאחר שבדקוהו שהוא מיושב בדעתו²⁶.

דינים הנוגעים לטיפול בגוסס – אסור לעשות פעולה כל שהיא, שתקרב את מותו של הגוסס, והעושה כן הרי הוא שופך דמים. חז"ל והפוסקים מנו דוגמאות שונות של פעולות המקרבות מותו של גוסס – חלקן בגלל הזנתו, וחלקן בגלל טירוף דעתו, היינו פעולות שמקובל לעשותן למת, והגוסס החי יקח אל ליבו, שמתייחסים אליו כבר כמת²⁷. ואלו הפעולות האסורות²⁸:

חולה שאין לו אלא חיי שעה, ואין בו הצלה ממש – דינו כגוסס¹⁷.

מצב הגוסס – על פי עקרונות ההלכה יכול הגוסס להיות בהכרה מלאה, ואף לדבר¹⁸.

הגוסס הרי הוא כחי לכל דבריו¹⁹, והיינו דווקא בעודו לפנינו²⁰, ויש הלכות התלויות בהגדרה זו, כמבואר להלן; אבל רוב גוססים למיתה²¹, ויש הלכות התלויות בהנחה זו, כמבואר להלן.

גדרי הלכות הנוגעות לגוסס – יש מהראשונים הסוברים, שבכל הדברים התלויים בדעתו ובמעשיו של האדם, הגוסס הוא כמת גמור, ואין דבריו ומעשיו קיימים, פרט לענייני הקדש, מפני חומרתם²², ולא אמרו שהגוסס הרי הוא כחי לכל דבריו אלא לענין דברים החלים

בדעה א; רבנו יואל מבונא – הובא ע"י רשב"א, ר"ן, ומרדכי גיטין ע ב, רא"ש קידושין פ"ד סי' טו, ס' התרומה סי' קל; תוס' ר"י הזקן קידושין עח ב, בשם בעל התרומה; רש"י קידושין עח ב ד"ה כשהוא; ר"ח – הובא בראשונים הנ"ל, ובטור אבהע"ז סי' קכא. וראה בשו"ת אגרות משה חח"מ ח"א סי' סא. [24] תוס' קידושין שם, דעה ב; ר"י – הובא ברא"ש קידושין שם, רשב"א, ר"ן, ומרדכי גיטין שם, סמ"ג עשין נ; ר"ן מו"ק פ"ג; רשב"ם ב"ב קכז ב; המחבר באבהע"ז קכא ז. וראה פחד יצחק ע' גוסס (ג). [25] מרדכי גיטין שם; סמ"ג שם; סמ"ק סי' קפד; רמ"א אבהע"ז קכא ז, בשם י"א; ב"ש שם סק"י. [26] ב"י אבהע"ז סי' קכא, בשם הר"י ורא"ש קידושין שם; רבנו ירוחם נכ"ד ח"ד; המחבר אבהע"ז קכא ז. וראה ב"ח שם; גט פשוט שם סק"ב. [27] ראה שבת קנא א-ב; רמב"ם שבת כו כ; טושו"ע או"ח שיא ז. [28] הפרטים דלהלן נימנו בשמחות א ב; שבת קנא ב; רי"ף ורי"ן מו"ק

ג, תשמ"ג, עמ' 424 ואילך. וראה בטושו"ע אבהע"ז קמא סח, שכל אדם בין שמונים שנה למאה שנה – דינו כגוסס, ויש לומר שזה דווקא לענין גיטין, ואולי דווקא בזמנם, וי"ל. [17] הגר"י קנייבסקי בקריינא דאגרתא, מכתב קצ. [18] משנה ערכין א ג; ס' חסידים סי' רלד; רמ"א אבהע"ז קכא ז. וצ"ע על הגר"א בביאורו למשנה אהלות א ו, שכתב שגוסס אין דעתו צלולה, וכן בשו"ת עמוד הימיני סי' לב אות ב, כתב שהגוסס הוא נטול כל חושיו. [19] שמחות א א; רמב"ם אבל ד ה; טושו"ע יו"ד שלט א. [20] ש"ך יו"ד סי' שלט סק"ח. וראה בשו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עה אות ה, בביאור הדברים. [21] ראה גיטין כח א; נויר מג א; שבועות לג א; ערכין יח א; רמב"ם ערכין א יג; ש"ך יו"ד סי' רכח סק"ב. וראה קרבן נתנאל על הרא"ש גיטין פ"ג אות מ, שיתכן שיש גוססים שאין רובם למיתה, עיי"ש. [22] ראה להלן הע' 80-81. [23] תוס' קידושין עח ב ד"ה לא צריכא,

אסור לעצום²⁹ את עיניו; אסור לקשור

את לחייו, כדי שלא יפתח את פיו; אסור להדיח אותו, כדי לנקות הזוהמה שעל גופו; אסור לסוך אותו; אסור לפקוק את נקביו, כדי למנוע חדירת אוויר דרך האף ופי הטבעת; אסור לשימו על החול, על החרסית, או על האדמה, כדי לצנן את הגוף, ולמנוע את רקבוננו; אסור לשים על כריסו כלי מתכת, צלוחית של מים, גרגיר של מלח, וכל דבר שמיקר, כמו שעושים למת שלא יסריח; אם הוא שומע, אסור לקונן עליו, או לספר בשבחיו, שמא תיטרף דעתו; אין קורעים עליו; אין סופדים עליו; אין מכניסים עמו ארון ותכריכים; יש אומרים, שאין חוצבים לו קבר עד שימות, אף על פי שהדבר נעשה שלא בפניו³⁰, ויש מתירים³¹.

נגיעה וטלטול — ביחס לאיסור נגיעה בגוסס מצינו מחלוקת: יש אוסרים³², ויש מתירים³³.

יש מי שכתב, שגוסס שמבקש שיטלטלוהו, באומריו שמצטער בשוכבו כך, אסור לטלטלו, כי זה מעשה בידיים שמקצר את חייו, ואסור לעשות זאת אפילו

כדי למעט יסורים³⁴. יש מי שכתב, שאסור לטלטל גוסס ולהוציאו מבית חולים, גם כשיש חשש שינתחוהו לאחר מותו³⁵.

גוסס השוכב במקום שמפריע לטיפול מציל חיים של אחרים, כגון שמיטתו נמצאת במעבר, או שידו נמצאת מחוץ למיטה ומפריעה במעבר — יש מי שכתבו, שמותר להזיז את ידו או את מיטתו בזהירות רבה, ואף מה שנחשב טורח מרובה בטילטולו של הגוסס, מכיוון שהטילטול נעשה לצורך גדול לנסות ולהציל חיי אדם, ומכיוון שהטילטול נעשה בזהירות, ואין ממיתו בזה הנגיעה, אלא ספק שמקרב מיתתו. אבל אסור להוציא מכשיר מפיו או מגופו של הגוסס³⁶.

דווקא מעשים בידיים אשר מקרבים את מותו של הגוסס על ידי הזזתו אסורים, אבל מותר להסיר דבר המעכב את יציאת הנפש³⁷. ובעניין דבר הגורם להזזה קלה בלבד — נחלקו האחרונים אם דבר זה אסור או מותר³⁸.

בגוסס, אך מהמשך תשובתו משמע לכאורה שלא מדבר על נגיעה ממש, אלא על קירוב מותו של גוסס, עיי"ש. וראה בס' תורת הרפואה, עמ' 70. וכן שמעתי מהגרש"ז אויערבאך, שאין לאסור נגיעה בגוסס. [34] תפא"י סוף יומא, בבעזו אות ג. [35] שו"ת באר משה ח"ח סי' רלט-רמג. וראה בע' נתוח המת. [36] הגרש"ז אויערבאך, והגר"ש וואזנר, הובאו דבריהם בחוב' אסיא, נה, תשנ"ה, עמ' 43-45. [37] ראה ע' נוטה למות (א), 149 ואילך. [38] ט"ז ונקודות הכסף יו"ד שלט סק"ב. וראה מאמרו של הרב ג.א. רבינוביץ, הלכה ורפואה, ג, תשמ"ג, עמ' קב ואילך.

פ"ג; רמב"ם אבל ד ה; רמב"ן, תורת האדם, עניין הפטירה; טושו"ע יו"ד שלט א. [29] אם הגירסה היא מאמצין או מעמצין — ראה דקדוקי סופרים שבת קנא ב. וראה שבת עז ב. [30] שו"ת הריב"ש סי' קיד; רמ"א יו"ד שלט א. [31] ב"י שם. וראה ב"ח שם. [32] כך היא הגירסה במס' שמחות א ד. דין זה מוזכר ברי"ף מו"ק פ"ג; רמב"ם אבל ד ה; ש"ך יו"ד סי' שלט סק"ה; חכמת אדם קנא יד. [33] איסור נגיעה בגוסס לא מוזכר כלל בטושו"ע. וראה בדרישה על הטור יו"ד סי' שלט, שהאריך בזה. וראה בשו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עג אות ג, שאוסר נגיעה

הפוסקים הוסיפו לאסור פעולות סגוליות שונות, מתוך הנחה שהן מקרבות את מותו של הגוסס³⁹.

טיפולים מודרניים — מפאת האיסור לעשות פעולות הגורמות להזזת הגוסס, כאשר אין עוד כל תקווה להצילו, אסור לעשות בו אפילו פעולות שגרתיות כמו מדידת לחץ דם, דופק וחום, כשאין עוד תועלת רפואית בכך⁴⁰. ובוודאי שאסור להתלמד על גוסס, כגון רופאים-מתלמדים שמתקשים להכניס צינור-נזלים לווריד של החולה, או לקיחת דם מגוסס על ידי מתלמד שאינו מיומן מספיק⁴¹.

לעומת זאת, כשהדבר נעשה על ידי צוות רפואי לטובתו של הגוסס, כגון לצורך הטיפול בו, או כדי להקל על סבלו

— מותר⁴². לפיכך, מותר לרופא לעשות כל טיפול הדרוש לטובתו של הגוסס, ואפילו אם הרופא הוא כהן, מותר לו להכנס לבית גוסס, כדי לטפל בו⁴³; מותר לחלל את השבת עבור הצלת הגוסס⁴⁴; וכן מותר להוציא מביט שיש בו שריפה⁴⁵, שכן זה נעשה לכבודו ולטובתו. וכל אלו מותרים גם כשמזיזים את הגוסס.

אין לתת לגוסס לאכול, כי אינו יכול בלוע, ומבחינה רפואית קיים חשש גדול שיקדים קנה לוושט וייחנק, והרי זה קירוב מותו ממש, ומה שמצינו במדרשים⁴⁶, שחולה הנוטה למות נותנים לו לאכול כל מה שרוצה, שבין כך ימות, אין הכוונה לחולה ברגעיו האחרונים, אלא לחולה שעתיד למות ממחלתו המסוכנת; אבל מותר לתת לו מעט מים, או תרופה להקל עליו⁴⁷.

[39] ראה — ס' חסידים סי' תשכג; שלטי גבורים על הרי"ף מ"ק פ"ג; רמ"א יו"ד שלט א. [40] נשמת אברהם חיו"ד סי' שלט סק"ג. [41] ראה תשובתו של הרב י. זילברשטיין, ספר אסיא, ה, תשמ"ו, עמ' 80-81. ומכל מקום כתב שם, שאם אחות רואה שנוהגים כך, וסבורה שמחאתה לא תישמע, ואדרבה יש חשש שיקפחו את פרנסתה, אין עליה חובה למחות. וראה השגותיו של י. לויט, חוב' אסיא, נו, תשמ"ו, עמ' 20 ואילך, ותשובותיו של הרב זילברשטיין, אסיא, שם, עמ' 27 ואילך. [42] שו"ת תשובות והנהגות ח"א סי' תתעב; שו"ת ציץ אליעזר ח"ח סי' טו פ"ג אות טז, על פי שו"ת שבות יעקב ח"א חאו"ח סי' יג, ושו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלח. ודלא כמו שכתב הרב צ. שכטר, חוב' אסיא, מט-נ, תמוז תש"ן, עמ' 119 ואילך. וראה עוד בשו"ת חמדת צבי ח"ג סי' מו. אך לפי התפא"י לעיל הע' 34, לא משמע כן. וראה בשו"ת שבות יעקב ח"ג סי' עה, שבגוסס אם יש חשש שמקרב מיתתו, ולא עושה כן כדי לרפא אותו לגמרי, זה וודאי

כשופך דמים, וחוששים במצב כזה לחיי שעה. לעומת זאת בח"א סי' יג כתב השב"י עצמו, שמחללים שבת בטיפול בגוסס, אף כדי למנוע ממנו גסיסה לפי שעה, למרות שיש חשש שמקרב מותו על ידי הזזתו, וראה בשו"ת מנחת יצחק ח"ה סי' ז, שנשאר בצ"ע בזה. [43] ראה ע' כהן הע' 89 ואילך. וראה תוס' ב"מ קיד ב ד"ה אמר, שאליהו שהיה כהן היה מותר להיטמא לנער המת כדי להחיותו, ומשום פיקוח נפש. [44] ראה להלן הע' 67 ואילך. [45] ס' חסידים סי' תשכד; ח"י רעק"א יו"ד סי' שלט; קיצושו"ע קצד ב — והוא קודם להצלת ספרי קודש. [46] תנחומא, משפטים, ג; שם, שמיני, ו; שמות רבה, ל יח; ויקרא רבה יג ב; קהלת רבה ה ד. [47] ס' חסידים סי' רלד; מעבר יבק שפתי צדק פכ"ו. ובמקור חסד על ס' חסידים שם כתב — ושמעתי שמרן החת"ס זצ"ל ברגעיו האחרונים אמר להגיש לו לשתות, אם כי כבר היתה השתיה קשה לו, ובירך ברכת שהכל; כמו כן שמעתי על צדיקים ואנשי מעשה שנהגו כן,

אסור לרופאים ולאחיות להתלמד על גוסס, ואף לא מועילה נטילת רשות על כך, ומצווה למחות ביד העושים כן, אלא אם כן ברור שהמחאה לא תתקבל, שאז אין מצות תוכחה, ובפרט אם הדבר כרוך בחשש להפסד מקום הפרנסה⁴⁸.

גויעה, בפרט אלו שלא טבלו לנידתן, ורצוי שגם גברים הצריכים טבילה – יטבלו מקודם⁵⁵.

נוהגים שאין עומדים לרגלי מיטת הגוסס או מראשותיו⁵⁶.

התנהגות בגסיסה – יש צדיקים ואנשי מעשה, כשמרגישים שנוטים למות, נוטלים ידיהם, ואומרים מזמור⁴⁹ 'הבו לה' בני אלים⁵⁰.

גדולי ישראל התקינו שלא לדבר שיחה בטלה אצל הגוסס, ומאד צריכים להיזהר שלא לדבר דברים בטלים⁵⁷, וכל שכן שיש איסור לאכול ולשתות, רק מי שצריך לזה יכול לצאת חוץ לחדרו של החולה, ובלבד שישארו אנשים ליד הגוסס⁵⁸. והעומדים על יד מיטתו של הגוסס יתנו ליבם לחזור בתשובה⁵⁹. וצריכים לדבר דברי תורה עם הנוטה למות, אם הוא מיושב בדעתו, ובר הכי הוא⁶⁰.

לא טוב להיות יחידי בשעת יציאת נשמה, ולכן רצוי שהקרובים והידידים ישארו ליד הגוסס עד פטירתו, לפי שיש נחת רוח לגוסס לראות ידידיו ואוהביו בשעה האחרונה לחייו⁵¹. ואפילו הגיע זמן תפילה, לא יעזבו את הגוסס⁵². וראוי לקבץ עשרה אנשים, שיהיו נוכחים בעת יציאת הנשמה⁵³.

מצינו מנהגים שונים בזמן צאת הנשמה: להדליק נרות⁶¹, לפתוח חלונות⁶², להגיד פרקי תהלים, נשמת כל חי, אלקי נשמה, קריאת שמע, יגדל, אדון עולם, אנא בכח, עלינו לשבח, וכן להתיר נדרים וקללות⁶³.

הקרובים שאינם יכולים להתאפק מבכי, מוטב שלא יהיו בחדר; אבל היכולים להתאפק, עושים חסד עם קרובם כשנשארים עמו⁵⁴.

בשעת יציאת הנפש אומרים שמע ישראל פעם אחת; ברוך שם כבוד מלכותו

ראוי שלא תהיינה נשים בחדר בשעת

קונט' רמת רחל סי' לד. [54] מעבר יבק מאמר ה פכ"ז. [55] גשר החיים ח"א פ"ב סע' ב-ו. [56] מעבר יבק שפתי רננות פ"ו. [57] מעבר יבק שפתי רננות פ"ד. [58] כל בו על אבלות ח"א עמ' 22, בשם תקנות חב"א קדישא דק"ק ניקלשבורג. [59] גשר החיים ח"א פ"ב סע' ב-ז. [60] מעבר יבק מאמר א פכ"ד; ס' חסידים סי' תמח, ובמקור חסד שם. [61] מעבר יבק שפת אמת פט"ו; פחד יצחק ע' גוסס (ז); גשר החיים ח"א פ"ב ס"ג. [62] מעבר יבק שפתי צדק פכ"ז. [63] פני ברוך סי' ז סט"ו. וראה עוד מנהגי

שביקשו לשתות ברגעיהם האחרונים, וברכו ברכת שהכל. [48] הרב י. זילברשטיין, אסיא, ה, תשמ"ו, עמ' 80 ואילך. [49] תהלים כט, על פי כתובות קד א. [50] ס' חסידים סי' תקס; רבנו ירוחם נתיב כח ח"א. וראה במקור חסד על ס' חסידים שם, ובס' פני ברוך, סי' ז הע' 31, בעניין ברכת על נטילת ידיים. [51] רמ"א יו"ד שלט ד; מעבר יבק מאמר ה פכ"ח. [52] ס' חסידים סי' תשמב; חי' רעק"א על יו"ד סי' שלט. [53] מעבר יבק שפתי רננות פ"ג; קיצושו"ע קצד ד; ערה"ש יו"ד שלט ח; שו"ת ציץ אליעזר ח"ה

שלוש פעמים; ה' הוא האלקים שבע פעמים; ה' מלך פעם אחת⁶⁴.

בענייני אורח חיים

תפילה על הגוסס — גוסס שנמצא בעיר אחרת — יש אומרים, שאין להתפלל עליו ולהזכירו בתפילה, שמא אינו חי עוד, ומחשש ברכה לבטלה⁶⁵; ויש אומרים, שיש לברכו ולהתפלל עליו, בחזקת שהוא חי, ושמא על ידי התפילה יהיה זה מן המועטים הפורשים לחיים⁶⁶.

שבת — רוב הפוסקים סבורים, שמחללים שבת על גוסס, ואפילו הוא גוסס בידי אדם⁶⁷. ולשיטה זו — מחללים שבת גם על גוסס שהוא חרש ושוטה⁶⁸, ואפילו אם הגוסס כבר אינו מדבר, מכל מקום מחללים עליו את השבת⁶⁹; יש מי שכתב, שאין חיוב לחלל שבת עבור גוסס, אלא שמותר לעשות כן⁷⁰; ויש מי שחולקים וסוברים שאין מחללים שבת על הגוסס⁷¹. ומכל מקום אם נודע שהוא גוסס כבר שלושה ימים, אין מחללים עליו את

השבת⁷². ולכאורה אין דין זה נכון בימינו, אלא תלוי מה היא הערכת הרופאים ביחס לסכויי הטיפול, ובפרט שאין לנו כיום הגדרה ברורה למצב של גוסס⁷³, וספק פקוח נפש דוחה שבת.

בענייני יורה דעה

תרומה — גוסס בן כהן מאכיל את אמו הישראלית בתרומה, וגוסס בן ישראל מעכב את אמו בת כהן מלאכול בתרומת בית אביה⁷⁴.

אשת כהן, שהניחה בעלה גוסס במדינה אחרת, לא תאכל תרומה, שרוב גוססים למיתה⁷⁵, ואם היתה בת כהן הנשואה לישראל, והניחה בעלה גוסס, אינה אוכלת בתרומת בית אביה⁷⁶, ואף על פי שרוב גוססים למיתה, אין הולכים כאן אחר הרוב, כי למיעוט הגוססים שחיים מצטרפת חזקה שלא אכלה עד עכשו.

פדיון הבן — בן בכור, שהיה גוסס בתוך שלושים יום, אם חי לאחר שלושים

ס"ב. וראה בשו"ת אליעזר ח"ג סי' סה. [68] וראה ע' חרש הע' 105 ואילך. [69] גליון מהרש"א יו"ד סי' שכט. [70] שו"ת שבט הלוי ח"ח סי' פו; שו"ת ישיב משה סי' נ, בשם הגרי"ש אלישיב. [71] כנה"ג או"ח סי' של; שו"ת בית יעקב סי' נט. וראה קרבן נתנאל על הרא"ש יומא פ"ח סי' יג אות כ; תורת הרפואה עמ' 57 ואילך (הרב ש. גורן, מאורות, 2, תשמ"ג עמ' 28 ואילך); לית חן סי' צד; ילקוט יוסף ח"ד שבת כרך ד סי' שכט הע' ב. [72] מחצית השקל או"ח סי' שכט סק"ד; שערים המצויינים בהלכה סי' צב סק"ב. [73] ראה לעיל הע' 16. [74] אהלות א ו, ובפיהמ"ש והרע"ב שם. [75] גיטין כח א; רמב"ם תרומות ט ג. [76] רמב"ם שם; רדב"ז

אמירות בגשר החיים שם, ובס' פני ברוך, סי' ז הע' 55. [64] גשר החיים ח"א פ"ב סי' ג. [65] ערוה"ש או"ח רפח יז. [66] שו"ת נחלת שבעה סי' לט וסי' עח. וראה בשו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונ' רמת רחל סי' יח. [67] תוס' נידה מד א ד"ה איהו, וראה חיד' מהר"ץ חיות שם; שו"ת תרומת הדשן סי' נח; שו"ת שבות יעקב ח"א סי' יג; א"ר או"ח סי' שכט סק"א; פרמ"ג או"ח סי' שכט במ"ז סק"ב; ברכ"י או"ח סי' שכט אות ד; שו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלח; ביאוה"ל סי' שכט ס"ב; שו"ת פרי השדה ח"ב סי' יז; מנ"ח סוף מוסך השבת; שו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונ' רמת רחל סי' כח; שו"ת ציץ אליעזר ח"ח סי' טו פ"ג אות טז; ילקוט יוסף ח"ד שבת כרך ד סי' שכט

יום, חייב אביו בפדיון הבן⁷⁷.

טומאת מת, עד שימות⁸⁴.

נדרים וערכין — הגוסס אינו נידר, ואינו נערך, שאם אמר אחד על הגוסס דמיו עלי, או ערכו עלי, אינו חייב כלום, מפני שהגוסס אינו בן דמים, ואינו בהעמדה ובהערכה⁷⁸. ויש מי שכתב, שאפילו אם אחר כך החלים וחי, אין חייב בערכו⁷⁹.

הגוסס נודר ומעריך, שאם אמר דמי פלוני עלי, או ערך פלוני עלי, חייב לשלם להקדש⁸⁰; ויש שמשמע מהם, שאין הגוסס נודר ומעריך⁸¹.

אבלות — מי שאמרו לו שלפני שלושה ימים ראו את קרובו שהוא גוסס — יש אומרים, שצריך להתאבל עליו, שוודאי כבר מת⁸²; ויש אומרים, שגם לאחר שלושה ימים אין מתאבלים עליו, עד שידעו שוודאי מת⁸³.

טומאת מת — הגוסס אינו מטמא

אמוראים⁸⁵ נחלקו בשאלה אם כהן ונזיר מוזהרים שלא לגעת בגוסס, ושלא להיכנס לבית שהגוסס נמצא בו; ולהלכה — יש הסוברים, שאין הם מוזהרים⁸⁶; ויש הסוברים, שהם מוזהרים מדין חילול⁸⁷. ואם נכנסו לבית שיש בו גוסס, ושהו שם עד שמת, הרי הם לוקים⁸⁸, ואין לפוטרם מדין התראת ספק, אפילו לסוברים שהתראת ספק לא שמה התראה, כי רוב גוססים למיתה; ויש מי שכתב, שהאיסור הוא דווקא להיכנס לבית שיש בו גוסס, אבל אם הכהן כבר נמצא בבית, מעיקר הדין אין הוא צריך לצאת, אלא שנכון להחמיר⁸⁹. ואם הגוסס עדיין בהכרה, ומפחד להישאר לבדו, ורק כהן נמצא עמו, אסור לכהן לצאת מהחדר ולהשאירו לבדו⁹⁰. ויש שחילקו בין גוסס בידי אדם, שלדברי הכל מותר לכהן לגעת בו, לגוסס בידי שמים, שאסור לכהן לגעת בו⁹¹. ואם הגוסס הוא גוי — יש סוברים, שלדעת האוסרים על כהן ונזיר לגעת

על הרמב"ם שם. [77] יש"ש ב"ק פ"א סי' ל. וראה בחי' רעק"א יו"ד סי' שה סי"ב, שנסתפק בגוסס בידי אדם. [78] ערכין ו ב; רמב"ם ערכין א יג. וראה בתוס' ר"י הזקן קידושין עח ב. [79] אור שמח ערכין שם. [80] ערכין ו ב. וראה בלח"מ ערכין א יג. וראה אנציקלופדיה תלמודית, כרך ה, ע' גוסס הע' 123. [81] ראה משל"מ ערכין א יג; צפנת פענח שם; גט פשוט סי' קבא סק"ב. וראה באנציקלופדיה תלמודית, שם, הע' 124-126. [82] רא"ש מו"ק פ"ג סי' צו; מרדכי שם סי' תתסד; טושו"ע יו"ד שלט ב. וראה בס' פני ברוך סי' ז הע' 6. [83] חי' רעק"א יו"ד סי' שלט ס"ב; שו"ת משכנות יעקב חיו"ד סי' סט. וראה בפת"ש יו"ד סי' שלט סק"ג. [84] אהלות א ו; נזיר מג א; רמב"ם טומאת מת א טו; טושו"ע יו"ד שע א. [85] נזיר מג א. [86] בה"ג הל'

טומאת כהנים; שאילתות סי' קג; רי"ף, הל' טומאה; האשכול ח"ב עמ' 178; בי' יו"ד סי' שע, בשם הנמוקי" מו"ק כו ב; רמ"א שם, בשם יש מתירים. [87] רא"ש סוף הל' טומאה; יראים השלם סי' שכב; או"ז ח"ב סי' תכו; ראבי"ה הל' טומאת כהנים; הג"א מו"ק פ"ג סי' עה; מרדכי סוף מו"ק; טור והמחבר יו"ד שם; בי"ח שם; ש"ך שם סק"ג. וברמ"א שם כתב יטוב להחמיר. וראה עוד בקרן אורה נזיר ד ב; שו"ת אחיעזר ח"ג סי' סה אות ה; העמק שאלה, שאילתא קג סק"י; תו"ת במדבר פ"ו אות נט. [88] תוס' הרא"ש נזיר מג א. [89] ש"ך שם סק"ד; חכמת אדם קנא יג. וראה בשו"ת באר משה ח"ח סי' רלט סק"ג, מה שתמה על כך. [90] הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח"ד חיו"ד סי' שלט סק"ד. [91] פי' הרא"ש נזיר ד

בגוסס, הוא-הדין בגוי⁹²; ויש מי שכתב, שלדברי הכל אין איסור על כהן לגעת בגוסס גוי⁹³. תלוי במחלוקת הפוסקים אם הוא יכול לגרש אשה¹⁰⁰.

בדין כהן רופא בבית גוסס – ראה ערך כהן.

גיטין – לדעת הסוברים, שאין הגוסס יכול לעשות דברים התלויים בדעתו¹⁰¹, אין הגוסס יכול לתת גט לאשתו. ואם עשה שליח למסור גט לאשתו כשהיה בריא – יש אומרים, שיכול השליח למסור הגט, אף לאחר שנעשה המשלח גוסס¹⁰², ויש אומרים, שאף זאת לא מועיל¹⁰³; ולדעת הסוברים, שגוסס יכול לעשות גם דברים התלויים בדעתו¹⁰⁴, יכול הגוסס לתת גט, בתנאי שדעתו מיושבת עליו¹⁰⁵, אלא שאם הגוסס יכול לדבר, כותבים לו גט לכתחילה, ואם אינו יכול לדבר, אין סומכים על רמיזותיו¹⁰⁶.

שליח המביא גט ממדינה אחרת, והניח הבעל גוסס, אין השליח נותן הגט לאשה, ואם נתנו לה, הרי זו ספק מגורשת¹⁰⁷; ויש מי שכתבו, שיכול השליח לתת הגט

יארציט – מי שהיה גוסס לפני השקיעה, ומת בין השמשות, חלוקים הפוסקים מתי לקבוע את יום היארציט, ורבים הכריעו לקבועו ליום המחרת⁹⁴; ואם ראו את הגוסס בחיים לפני השקיעה, ומצאוהו מת לאחר השקיעה, קובעים את כל דיני היארציט ליום המחרת⁹⁵.

איבר ובשר הפורשים מגוסס, דינם כאיבר ובשר מן החי⁹⁶.

קבורה – גוסס שפסקו לו צדקה לצורך ארון ותכריכים וקבורה ונתרפא, כסף הצדקה אינו שלו, וצריך להחזיר⁹⁷.

בענייני אבן העזר

קידושין תופסים בגוססת⁹⁸, ובוודאי אם

[101] ראה לעיל הע' 22 ואילך. [102] שו"ת הרשב"א ח"ב סי' שכז; רא"ש קידושין פ"ד סי' טז, בדעת רבנו יואל. וראה קצוה"ח סי' קפח סק"ב וסי' רנ סק"ח. [103] רשב"א, ר"ן ומרדכי גיטין ע ב, בדעת רבנו יואל. [104] ראה לעיל הע' 22 ואילך. [105] ראה שו"ת הרדב"ז ח"ג סי' אלף לד (תרח); ש"ך יו"ד סי' שלט סק"א; חכמת אדם קנא יג. וראה עוד ב"ב קכז ב, וברשב"ם שם. [106] שו"ת הרדב"ז ח"ד סי' רו; ערוה"ש אבהע"ז קכא לב. וראה עוד בדיני גירושין בגוסס בשו"ת קול מבשר ח"א סי' עב; שו"ת יביע אומר ח"ו חיו"ד סי' ל. [107] גיטין כח א; רמב"ם גירושין ו כח; טושו"ע אבהע"ז קמא סח. וראה בקרית

ב, בנייר, ובקרבן אורה שם – שהוא-הדין בכהן. [92] תוס' נזיר ד ב ד"ה דילמא; שטמ"ק שם, בשם הרא"ש. [93] קרבן אורה נזיר מג א. וראה פרטי דינים בנידון באנציקלופדיה תלמודית, כרך ה, ע' גוסס, עמ' שצו-שצח. [94] כל בו על אבלות פ"ה סי' ד ס"ב. [95] הגרי"י נויבירט, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח"ד סוף חיו"ד. [96] שמחות א א. וראה עוד בע' אברים ורקמות, חלק ד. [97] שו"ת הרא"ש כלל לב סי' ו. [98] טיב קידושין אבהע"ז סי' לו סק"ב, הובא באוצה"פ סי' לו סק"ג אות ב. [99] פתחי עזרה שם סק"ג, הובא באוצה"פ שם. [100] פתחי עזרה שם. וראה להלן בהערות הבאות.

לאשה בחזקת שהבעל עדיין חי¹⁰⁸. ואם הניח את הבעל כשהוא בין שמונים למאה שנה, דינו כגוסס¹⁰⁹.

יבום וחליצה — הגוסס זוקק לייבום, שכל זמן שהוא גוסס, יבימתו אסורה להינשא; ופוסט מן הייבום, שאם מת אחד והניח בן גוסס, אשתו פטורה מייבום וחליצה¹¹⁸.

מי שנטה למות, ואין לו זרע מאשתו, ואחיו גר במקום רחוק, אין לו תקנה לגרשה על תנאי, או לגרשה ולשאתה מחדש על תנאי שאם תיפול ליבם לא תהיה מקודשת, אלא כשמצבו יחמיר מאד, ויהיה חשש למותו בתוך ימים אחדים, יסדרו גט כדי שלא תיפול ליבם, ולא תתייחד אשתו עמו מאז; אבל אם יש חשש לעיגון ברור, כגון שהיבם הוא מומר, מותר לגרש ולשאת על תנאי¹¹⁹.

בענייני חושן משפט

קניינים — לדעת הסוברים, שאין

עגונה — הגוסס אין מעידים עליו שמת להתיר את אשתו להינשא¹¹⁰, ובדיעבד אם נישאת — יש אומרים שתצא, ויש אומרים שלא תצא¹¹¹. ואם הוא גוסס בידי אדם — יש שכתבו, שמעידים עליו¹¹². יש מי שכתב, שאף הגוסס בידי שמים, אם הוא גוסס שלושה ימים, מעידים עליו¹¹³, וחלקו עליו והוכיחו שאין הבדל בין קודם שלושה ימים לאחר כך¹¹⁴. ואפילו מי שראוהו צלוב, והעוף אוכל בו, אף על פי שדקרוהו או ירו בו חיצים, אין מעידים עליו שמת; אבל אם ראו העוף אוכל במקום שהנפש יוצאה בנטילתו, כגון מוחו, ליבו, או בני מעיו, הרי זה מעיד עליו שמת¹¹⁵.

ייחוד — יש איסור ייחוד גם עם מחוסר הכרה וגוסס¹¹⁶, אבל מותר לאיש אחר לשמור ולשרת את הנוטה למות, גם

החדש חאבהע"ז סי' נט. וראה באריכות באוצה"פ סי' יז סקרנ"ז, אות כח. [113] ב"ש שם. [114] שו"ת נובי"ת חאבהע"ז סוסי' נט; פת"ש אבהע"ז סי' יז סקל"א; שו"ת שאגת אריה החדשות סי' א; ערוה"ש אבהע"ז יז רח. וראה באריכות באוצה"פ סי' יז סקרנ"ז אות כב. [115] יבמות קב א; רמב"ם גירושין יג יח; טוש"ע אבהע"ז יז לא. וראה באריכות באוצה"פ שם. [116] שו"ת הרשב"א סי' אלף רמג. הובא בבי"ש סי' קמח סק"ו. [117] ס' דבר הלכה, בשו"ת בסוף הספר סי' ד. וראה בשו"ת נובי"ק חיו"ד סי' ט. [118] אהלות א ו; שמחות א א; טוש"ע אבהע"ז קנו ג. וראה בשו"ת ציץ אליעזר ח"א סי' כג-כה. [119] שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"א סי' קמו. וראה רמ"א אבהע"ז

ספר על הרמב"ם שם. וראה עוד באנציקלופדיה תלמודית, כרך יד, ע' חזקת חיים, הע' 70. [108] ראב"ן גיטין שם; נחלת שבעה ח"ב סי' לט. וראה קרבן נתנאל על הרא"ש גיטין פ"ג אות מ. [109] טוש"ע אבהע"ז קמא סח. [110] תוס' יבמות לו ב ד"ה הא; שם קב ב ד"ה למימרא; תוס' בכורות כ ב ד"ה חלב; רא"ש בכורות פ"ג סי' ב. וראה בשו"ת שאילת דוד סי' ז בהגהה, ובאוצה"פ סי' יז סקרנ"ז, אות כב, הע' ב-ג, שאין לדין זה מקור פשוט בש"ס. [111] ראה באריכות שיטות הפוסקים באוצה"פ סי' יז סקרנ"ז אות כד-כו. וראה בשו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"א סי' מא ענף ד. [112] תוס' יבמות קב ב ד"ה למימרא; ב"ש שם. וראה מה שתמהו על זה בס' ישרש יעקב, יבמות שם; שו"ת צמח צדק

הגוסס יכול לעשות דברים התלויים בדעתו¹²⁰, אין הגוסס יכול לתת מתנה לחברו. ולדעת הסוברים, שגוסס יכול לעשות גם דברים התלויים בדעתו¹²¹, יכול הגוסס לתת מתנה, כתנאי שדעתו מיושבת עליו¹²². ויש מי שכתב, שאין הגוסס יכול להקנות מתנה בכל מקרה¹²³. ויש שמחלקים בין גוסס המדבר, שמתנתו מתנה, לבין גוסס שאינו מדבר, שאין מתנתו מתנה, או שלפחות צריך בדיקה כמו אילם¹²⁴.

ירושא — גוסס נוחל ומנחיל¹²⁸. בן בכור, שנולד לאביו כשהוא גוסס, אינו נוטל פי שניים¹²⁹.

רציחה — ההורג גוסס בידי שמים, היינו שהוא גוסס עקב מחלה, דינו כרוצח, ונהרג עליו¹³⁰, אבל ההורג גוסס בידי אדם, כגון שהכוחו עד שנטה למות — ההורגו, אין בית דין ממיתים אותו¹³¹. ואם עבר והרג גוסס בידי אדם, דינו כמו הורג את הטריפה¹³².

יש מי שכתב, שמי שהקנה דבר שבא לעולם לחבירו, שיזכה בו בשעה שיהיה הנותן גוסס — קנה¹²⁵.

בעניינים עתידיים

חטאת ואשם — זורקים על הגוסס דם חטאתו ודם אשמו, ואינו כחטאת שמתו בעליה¹³³.

הגוסס כל זמן שהוא חי, יכול לזכות, והאומר לחברו נכסים אלו קנויים לך עם פטירתך — קנה, שהגוסס יש לו זכייה¹²⁶, ויש מי שכתב שדין זה נכון דווקא כשזיכה לו על ידי אחרים¹²⁷.

השולח חטאתו ממדינת הים, והניח אותו גוסס, אין מקריבים אותה, שמא מת, והרי זו חטאת שמתו בעליה¹³⁴.

קנו ד. [120] ראה לעיל הע' 22 ואילך. [121] ראה לעיל הע' 22 ואילך. [122] ראה ש"ך יו"ד סי' שלט סק"א; חכמת אדם קנא יג. [123] שו"ת הרדב"ז ח"ג סי' אלף לד (תרח). וראה עוד ב"ב קכו ב, וברשב"ם שם. [124] ראה המחבר חו"מ רנ ו; רמ"א אבהע"ז קכא ז, ובנו"כ שם. וראה בכל השיטות בס' דיני ממונות ח"ג עמ' קכו. [125] מחנה אפרים הל' זכייה ומתנה סי' טז, על פי ב"ב קלו א. [126] שו"ת הרשב"א, ח"ב סי' שכז, הובאו דבריו בב"י חו"מ סי' רנו. [127] נתה"מ סי' רמח ביאורים סק"י. [128] שמחות א א. וראה בפירוש נחלת יעקב שם. ולענין זמן חלות הירושא אם הוא "לאחר גמר מיתה" או "עם גמר מיתה", ומה הגדרת זמנים אלו — ראה אנציקלופדיה תלמודית, כרך כה, ע' ירושה עמ' קכו-קכח. [129] נמוק"י ב"ב פ"ח; רמ"א חו"מ רעז ג. [130] סנהדרין עח א; רמב"ם רוצח ב

ז. וראה בשו"ת שרידי אש ח"ג סי' קכו. [131] סנהדרין שם, מחלוקת תנאים; רמב"ם שם. וכתב במנ"ח מ' לד, שזה גזירת הכתוב, שכיוון שכבר נעשה בו מעשה הממית, דינו כמת, וההורגו פטור. וראה באור שמח שם, שמדין מלך ישראל חייב מיתה, ויכול המלך להורגו, וראה בשו"ת ציץ אליעזר ח"ח סי' סו. וראה בשיטמ"ק נזיר ד ב, בשם הרא"ש, ששמע מדבריו, שגוסס בידי אדם נחשב יותר כחי מאשר גוסס בידי שמים, וכבר תמהו עליו האחרונים, שמגמ' סנהדרין שם משמע, שגוסס בידי אדם נחשב כגברא קטילא, מה שאין כן גוסס בידי שמים — ראה שו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלח; הגה' מהר"ץ חיות נזיר שם; שו"ת באר משה ח"ח סי' רלט, וסי' רמא; ארצה"פ סי' יז סקרנ"ז, אות כח, הע' א. [132] ראה ע' טרפה הע' 106 ואילך. [133] שמחות א א; ירושלמי גיטין ז א. [134] משל"מ פסולי המוקדשין ד יד.

השתלות איברים – דין גוסס לתרומת איברים להשתלה – ראה ערך השתלת אברים.

ג. דיני שכיב מרע

הגדרה – שכיב מרע הוא חולה שתשש כוח כל גופו, וכשל כוחו מחמת החולי עד שאינו יכול להלך על רגליו בשוק, והרי הוא נופל על המיטה¹³⁵, או כל חולה מסוכן, אף על פי שהולך על רגליו¹³⁶. יש מי שכתב, שאפילו אדם שהוא לכאורה בריא, או חולה שאין בו סכנה, אלא שאומר בפירוש שמרגיש שהגיע קיצו, דינו כשכיב מרע¹³⁷.

גיטין – גט שכיב מרע, הוא גט שכותב אדם לאשתו לטובתה, כשמרגיש שהולך למות, ורוצה למנוע שלא תיזדקק ליבום ולחליצה, כשימות ללא בנים¹³⁸.

גט שכיב מרע מועיל רק אם בדקו את החולה, ומצאו שהיה שפוי בדעתו בעת שמצווה לכתוב הגט, ובעת שמצווה לחתום על הגט, ובעת כתיבת הגט, ובעת

נתינת הגט¹³⁹. דרך הבדיקה לא צריכה להיות כמו באילם¹⁴⁰, אלא בודקים אותו קצת לראות אם דעתו מיושבת עליו¹⁴¹. יש מי שכתב, שבגט שכיב מרע לא צריך כלל בדיקה, ואפילו נשתתק¹⁴². בדיעבד, אם כתבו גט על פי דברי שכיב מרע ולא בדקוהו, הגט כשר לדעת כולם¹⁴³.

שכיב מרע שכתב גט לאשתו, ולא הספיק ליתנו לה עד שנכנסה שבת, התיור חז"ל שיגרשה בשבת¹⁴⁴.

שכיב מרע שאמר כתבו גט לאשתי, הרי אלו כותבים ונותנים, אף על פי שבכריא צריך לומר במפורש שיתנו, ולא די כשאמר כתבו בלבד¹⁴⁵.

קניינים – שכיב מרע שציווה ואמר לתת לפלוני ופלוני כך וכך, בין כתב ובין אמר, הרי הם זכו בכל מה שנתן להם לאחר מותו, ואין צריך קנין, שדברי שכיב מרע ככתובים וכמסורים¹⁴⁶, היינו ככתובים – אם המתנה היא בקרקעות, וכמסורים – אם המתנה היא במטלטלים¹⁴⁷. דין זה נכון בין בחול ובין

[135] ב"ב קמו ב; רמב"ם זכיה ומתנה ח ב; טושו"ע חו"מ רנ ה. [136] ב"י חו"מ סי' רנ. [137] הגר"ש אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חו"מ סי' רנ סק"ג. [138] ראה כתובות ב ב, ורש"י שם ד"ה דילמא; רמב"ם גירושין ט כ; שו"ת מהר"ם לובלין סי' קכג; ערוה"ש אבהע"ז קמה א. על נוסח הגט המיוחד הזה, על זמן חלותו, על דינה של האשה בין נתינת הגט לבין מות הבעל, ועל הדין אם הבריא הבעל מחוליו – ראה בפירוט באנציקלופדיה תלמודית, כרך ה, ע' גט שכיב מרע, עמ' תשמב ואילך. [139] תוס' גיטין ע ב ד"ה התם; טושו"ע אבהע"ז קכא ד; ח"מ שם סק"ד; ב"ש שם סק"ה. וראה

בערוה"ש אבהע"ז קכא טו. [140] ראה ע' אלם הע' 27 ואילך. [141] רמ"א אבהע"ז קכא ד. [142] ס' העיטור ח"א מאמר ז, הובא בטור וב"י שם. [143] ב"י שם; ב"ש שם סק"ה. [144] גיטין עז ב; תוס' שם ד"ה ותיזול; טושו"ע או"ח שלט ד; שם תקכד ב; שם אבהע"ז קלו ז. [145] גיטין סה ב; רמב"ם גירושין ב יב; טושו"ע אבהע"ז קמא טו. [146] ב"ב קנא א; שם קנו א; גיטין טו א; רמב"ם זכיה ומתנה ח ב; טושו"ע חו"מ רנ א. על תוקפה ומקורה של מתנת שכיב מרע – ראה אנציקלופדיה תלמודית, כרך ז, ע' דברי שכיב מרע ככתובים וכמסורים, עמ' קטו-ז. [147] סמ"ע סי' רנ סק"ג.

בשבת¹⁴⁸.

וכמסורים דווקא אם נתן כל נכסיו ולא שייר כלום, אבל אם שייר משהו לעצמו, דינו כמתנת בריא, וצריכים קנין¹⁵⁶. אבל אם ציווה את נכסיו מחמת מיתה, כגון שאמר בפירוש שנתן מתנת שכיב מרע, או אפילו כשנראה מדבריו שמצווה מחמת מיתה, כגון שמתאונן על מיתתו, הרי זה קונה בלא קנין כמתנת שכיב מרע, אף על פי ששייר לעצמו¹⁵⁷. יש אומרים, שדווקא שלושה ימים הראשונים דינו כשכיב מרע, שאם שייר מקצת צריך קנין; אבל אחר שלושה ימים, או שקפץ עליו החולי אפילו בתוך שלושה ימים, דינו כמצווה מחמת מיתה, ולא צריך קנין, אפילו אם שייר לעצמו¹⁵⁸; יש הסבורים, שענין שלושה ימים אינו מעלה ואינו מוריד, וההבדל בין מתנת שכיב מרע סתם לבין מצווה מחמת מיתה תלוי רק אם קפץ עליו החולי או לא¹⁵⁹; ויש הסבורים, שאין לחלק בכל מקרה, גם אם קפץ עליו החולי¹⁶⁰.

מתנת שכיב מרע אינה נקנית אלא לאחר מותו¹⁴⁹.

שכיב מרע שאמר לשלוחו הולך מנה לפלוני, ומת המקבל בחיי הנותן, יתן השליח ליורשי המקבל¹⁵⁰. ואף על פי שאין מתנת שכיב מרע נקנית אלא לאחר מותו, קנו היורשים, לפי שדעת הנותן היא שכיוון שהמקבל חי בשעת מתן המעות לשליח, שיזכו לאחר מיתתו במתנה או המקבל או היורש¹⁵¹.

נחלקו הפוסקים אם מתנת שכיב מרע היא כראוי¹⁵², או כמוחזק¹⁵³.

דברי שכיב מרע הם ככתובים וכמסורים רק לעניין מתנה, אבל לא לעניין מכירה¹⁵⁴.

כל ההבדל בין שכיב מרע לבריא הוא רק לעניין הצורך בקנין, שאמירתו של שכיב מרע במקום קנין של בריא, אבל דברים שאין קנין מועיל בבריא, כגון דבר

דברי שכיב מרע ככתובים וכמסורים למקבל משעת נתינה ולמפרע¹⁵⁵.

דברי שכיב מרע הם ככתובים

[154] נמוק"י ב"ב קמ"א. [155] תוס', רשב"א ותוס' רא"ש, גיטין יד ב; טושו"ע חו"מ קכה ט. וראה עוד שו"ת מהרי"ט ח"ב חו"מ סי' עד; קצוה"ח סי' רמח סק"ט וסי' רנ סק"א; נתה"מ סי' רנ סק"א וסקב"ב. [156] ב"ב קנ"א ב; רמב"ם זכיה ומתנה ח טו; טושו"ע חו"מ רנ ד. בשיעור השיעור נחלקו ראשונים – ראה סיכום דעותיהם באנציקלופדיה תלמודית, שם, עמ' קכא. [157] משנה פאה ג ז; ב"ב קנ"א ב; רמב"ם שם ח טז-יז, וראב"ד שם; טושו"ע שם רנ ז. [158] רא"ש ב"ב פ"ט סי' יח; רמ"א שם ה, בשם י"א; סמ"ע סי' רמב סק"א. [159] רמב"ם זכיה ומתנה ח ב; טור ובי"ש שם, בדעתו. [160] בי

[148] ב"ב קנו ב, מחלוקת; רמב"ם וטושו"ע שם. [149] ב"ב קל"ז א; רמב"ם זכיה ומתנה ח ח; שם יב י; טושו"ע חו"מ רמח ד; שם רנב א. וראה בקצוה"ח סי' רנ סק"א, במחלוקת הראשונים אם המתנה נקנית למפרע משעה שציווה, או דווקא לאחר מותו. [150] תוס', רשב"א ותוס' הרא"ש גיטין יד ב; שו"ת הרשב"א ח"ז סי' קעז; רי"ז מישרים נכ"ח ח"א; טושו"ע חו"מ קכה ב. [151] תוס' ורשב"א, גיטין שם. וראה אבן האזל זכיה ומתנה ט יג. [152] שו"ת תרומת הדשן סי' שנ; שו"ת דברי ריבות סי' קכח; קצוה"ח סי' רנ סק"ט. [153] בה"ג סוף הל' נידוי; שו"ת ר' בצלאל אשכנזי סי' מד; בי"ש סי' ק סק"ג.

שלא בא לעולם, או הקניית דבר שאין בו ממש – אין אמירתו של שכיב מרע מועילה כלום¹⁶¹.

שכיב מרע שהודה לפני מיתתו שחייב לפלוני, ולא אמר תנו, אנו אומרים שאדם עשוי שלא להשביע את יורשיו, וטענת השבעה שייכת גם בשכיב מרע¹⁶². ודין זה הוא דווקא כשהודה בדרך שיחה, אבל אם אמר לעדים הריני מודה לפניכם, יש אומרים, שאין אומרים בשכיב מרע אדם עשוי שלא להשביע את יורשיו¹⁶³, ויש אומרים, שגם בזה אין הברל בין בריא לשכיב למרע¹⁶⁴. ואם אמר השכיב מרע תנו, אין חוששים לכלל שאדם עשוי שלא להשביע את יורשיו¹⁶⁵.

נוסח שטר מתנת שכיב מרע¹⁶⁶:

”זכרון עדות שהיתה בפנינו עדים הח”מ, איך שפב”פ שלח אחרינו ובאנו אליו, ומצאנו שוכב מוטל על ערש דווי, ומלולו בפיו, ודעתו מיושבת עליו, ויודע לדבר ולישא וליתן כבני אדם ההולכים בשוק, וביקש מאתנו לכתוב ולחתום כמבואר בשטר זה, וציווה בפנינו בצוואת שכיב מרע כדקציר ורמי על ערסיה, שאחר פטירתו הנה אותו פב”פ הראוי לירש אותו מדאורייתא, יירש סך כך וכך, ושאר כל הנכסים, הן נכסי דלא נידי הן נכסי דנידי,

הן כסף ושווה כסף, הן משכונות או חובות, בשטר או בעל פה, או מוחזק גלוי, או טמון, יטלו פב”פ ופב”פ. וכל מי שיבוא לערער על צוואה זו, יהיו דברי המערער בטלים ומבוטלים. וכך אמר לנו פב”פ החולה הנ”ל: שטר צוואה זו כתבוהו בשוקא וחתמוהו בברא, כי היכי דלא ליהווי כמילתא דטמירתא. ופב”פ מתן מתוך אותו החולי ושבק חיים לעם ישראל, ומה שציווה בפנינו היתה בצוואת שכיב מרע, ולראיה באנו על החתום היום וכו”.

נוסח מקוצר של צוואת שכיב מרע¹⁶⁷:

”אנחנו החת”מ מעידים בזה, איך שאנחנו נכנסנו אצל מר פב”פ לבקר, ומצאנוהו שוכב על ערש דווי, ולשונו ומלולו עדיין בפיו, ודעתו צלולה ומיושבת עליו כשאר בני אדם, ויודע להשיב על הן ועל לאו לאו, וכך אמר לנו: הנני מצווה לפניכם, שתהיו אתם עדים בדבר שיהיה כך וכך וכו’, ומתוך אותו החולי הלך לעולמו ונפטר וחיים שבק לנו ולכל ישראל, וכתבנו כל הדברים כהווייתם היום יום וכו”.

ד. דיני חיי שעה

הגדרה – לא מצינו בחז”ל הגדרה

ופרישה שם אות י, בדעת ר”ש בן חפני. [161] ב”ב קמו ב; רמב”ם זכיה ומתנה י טו; טוש”ע חו”מ רג כא. וראה באנציקלופדיה תלמודית, שם, פרטים נוספים בדיני קנין שכיב מרע. וראה מאמרו של ח. פוברסקי, דיני ישראל, ז, תשל”ו, עמ’ קצא ואילך, על מהותה ותחולתה של צוואת שכיב מרע.

[162] סנהדרין כט ב; רמב”ם זכיה ומתנה י ג; טוש”ע חו”מ רנה ב. [163] לח”מ טוען ונטען ז א; ש”ך שם סקל”ד. [164] תומים שם סקי”ט. [165] ב”ב קעד ב; רמב”ם זכיה ומתנה י ג; טוש”ע חו”מ רנה ב. וראה בסמ”ע שם. [166] גשר החיים ח”א פ”א. [167] גשר החיים שם.

שלו. ולכן, כשיש אפשרות להציל את החולה לחיי עולם, אך מאידך עלולים לקצר חיי שעה, אין חוששים לחיי השעה, ועושים מה שצריך להציל לחיי עולם¹⁷³.

חיי שעה מול חיי עולם – יש מי שכתב, שמה שחוששים לחיי שעה הוא דווקא כשאין חיי קיום נגדם, אבל כשיש חיי קיום של אחר נגדם, חיי עולם של הזולת קודמים, ואפילו ספק חיי קיום עדיף על וודאי חיי שעה, ומותר להציל עצמו בגרמא של הריגת חיי שעה של חברו, ואולי אף לעשות מעשה בידיים¹⁷⁴.

שבת – מחללים שבת גם על חיי שעה, כגון מי שנפלה עליו מפולת, ונתרוצץ ראשו, מפקחים עליו את הגלגל¹⁷⁵. יש מי שהוסיף, שאפילו ברור לרופאים שימות, ועל ידי טיפולים אפשר להאריך חייו במספר שעות, מותר לחלל עליו את השבת¹⁷⁶, ואפילו לא יחיה אלא שעה

ברורה של המושג חיי שעה. יש הסבורים, שהמצב של חיי שעה מוגדר כמו טריפה, היינו מי שלא יחיה ממחלה זו יותר מי"ב חודש, ואין הבדל אם ימות ממחלה זו, או ממחלה אחרת בתוך י"ב חודש, הרי זה חיי שעה¹⁶⁸; יש מי שכתב, שבכל מקרה שמצב הסכנה שאנו יודעים שיגרם בהכרח למותו של האדם התחיל כבר, הרי זה בגדר חיי שעה, בין אם המוות יבוא במוקדם או במאוחר¹⁶⁹; ויש מי שכתב, שחיי שעה הוא גם גוסס וגרוע מגוסס, שבגוסס רק רובם מתים, אבל בחיי שעה אין אפילו מיעוט שבמיעוט שנותר בחיים¹⁷⁰.

חיוב הצלה – בכל מקרה צריך לפעול לטובתו של החולה השרוי בחיי שעה¹⁷¹. לפיכך, חייבים לטפל בו ולהצילו ככל האפשר, ואף מחללים שבת עבורו¹⁷². ומאידך, אם הדבר הוא לטובתו של החולה, אין חוששים לחיי השעה שלו, ומותר לסכנם אפילו עבור ספק חיי עולם

ארבעת המצורעים, שאמרו 'לכו ונפלה אל מחנה ארם, אם יחינו נחיה, ואם ימיתנו ומתנו', וראה זו מובאת בגמ' ע"ז כו ב (ארבעה אלו היו גיחזי ושלוש בניו, וראה בשו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' לו, והערת הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם, חיו"ד סי' קנה, הע' 14, בענין הלימוד הזה); ועל פי ע"ז כו ב, בענין התרפאות מגוי. וראה באריכות בשו"ת משפט כהן סי' קמד אות ג. וראה עוד בע"ע נתוחים; סכון עצמי. [174] תפא"י סוף יומא, בבוטו. וראה בנידון בשו"ת ציץ אליעזר חיו"ד סי' עב. וראה באריכות במאמרו של הרב י. דיק, אסיא, נג-נד, תשנ"ד, עמ' 48 ואילך. וראה עוד בע' קדימויות בטיפול רפואי, הע' 90 ואילך. [175] יומא פה א; רמב"ם שבת ב יח; טוש"ע או"ח שכט ד. [176] ערוה"ש או"ח שכט ט.

[168] חכמת שלמה יו"ד סי' קנה ס"א, הובא בדרכ"ת שם סק"ו; שו"ת אגרות משה חו"מ ח"ב סי' עה אות ב. וראה בשו"ת וישב משה ח"א סי' עה, מה שהקשה על דברי החכמת שלמה. [169] שו"ת משפט כהן סי' קמד אות ג. וכן משמע משו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' לו. [170] ביאור"ל סי' שכט ס"ד ד"ה אלא. וראה רש"י ע"ז כו ב ד"ה חיי שעה, שכתב שהוא יחיה יום או יומיים. אך כבר הסבירו האחרונים שהוא לאו דווקא – ראה שו"ת אחיעזר ח"ב סי' טז; שו"ת משפט כהן שם; שו"ת אגרות משה שם. [171] תוס' ע"ז כו ב ד"ה לחיי שעה; ריטב"א ע"ז שם. [172] יומא פה א. וראה להלן הע' 175 ואילך. [173] ראה תוס' ע"ז שם; רמב"ן תורת האדם, שער הסכנה; שו"ת שבות יעקב ח"ג סי' עה. זאת על פי המבואר במ"ב ז ד, בענין

שראוהו מגוייד, או צלוב, או שנפל מהגג, ורמז ואמר כתבו גט לאשתי, כותבים ונותנים שלא יכול לדבר¹⁸⁶.

ירושל – אשה שחלתה ונטתה למות, והכניסוה לחופה כדי שיירשנה בעלה, ומתה מחוליה ולא קרב אליה, יש אומרים, שאין זו חופה, ואין בעלה יורשה¹⁸⁷.

נְכִפָּה

א. הגדרת המושג

כפיון היא מחלה מוחית, הנובעת מהתפרצויות חשמליות פתאומיות של גלי המוח, והמתבטאת בהתקפים של שינוי במצב ההכרה, או אובדן הכרה, עם או בלי תנועות בלתי רצוניות של חלקי גוף שונים, או כיווצים של שרירים. לא כל מצב של איבוד הכרה או שינוי בהכרה הוא כפיון, ומאידך גיסא קיימות צורות רבות ומגוונות של התקפים כפיוניים, ועל כן לא מדובר

אחת¹⁷⁷, ואפילו ברור שלא יוכל לחיות כלל¹⁷⁸, אלא כל זמן שיש בו חיות כלשהיא, אפילו אין סיכוי שיחיה יותר משעה, ואין סיכוי שיעשה תשובה באותה שעה, מחללים עליו את השבת¹⁷⁹. ודבר זה מותר אפילו בשביל חיי שעה של חרש, שוטה וקטן, אף על פי שלא יגיעו לכלל מצוות¹⁸⁰. ולעומת זאת, יש הסבורים, שמה שהתירו חילול שבת עבור חיי שעה הוא דווקא כשיכול לחזור בתשובה¹⁸¹.

יש מי שכתב, שמחללים שבת על חיי שעה רק באיסורי דרבנן¹⁸², אבל להלכה משמע מכל הפוסקים, שמחללים שבת גם באיסורי תורה¹⁸³.

ובעניין מי שנתחייב מיתה בבית דין – יש מי שכתב, שאף על פי שנתרו לו רק חיי שעה, מחללים עליו את השבת¹⁸⁴; ויש מי שחולק, כיוון שגברא קטילא הוא¹⁸⁵.

גיטין – מי שנשחטו שני הסימנים, או

אליעזר ח"ה קוני' רמת רחל סי' כח; שם ח"ח סי' טו פ"ג. וראה עוד בשו"ת פרי השדה ח"ב סי' יז, שדברי האור החיים מכוונים על מומר להכעיס. וראה עוד בלויית חן סי' צג, ובילקוט יוסף ח"ד שבת כרך ד סי' שכט הע' ד. [182] מנ"ח סוף מוסף השבת, ד"ה והנה. וראה אור החיים שמות לא יג. [183] ראה שו"ת שבט הלוי ח"ו סי' קעט; שו"ת ציץ אליעזר ח"ח סי' טו פ"ג. [184] פרמ"ג או"ח סי' שכט בא"א סק"ד. [185] באוה"ל סוסי' שכט. וראה מה שכתב הרב ח.ד. הלוי, תחומין, ב, תשמ"א, עמ' 297 ואילך. [186] גיטין ע ב; רמב"ם גירושין ב יג, וראה בהגמ"י שם; טוש"ע אבהע"ז קכא ח. וראה באוצה"פ לסי' יז סל"א, בהגדרת מצבים אלו. [187] שו"ת הרא"ש כלל נד סי' ב; רמ"א אבהע"ז

[177] שו"ת תשב"ץ ח"א סי' נד. [178] יד המלך, רמב"ם שם; ביאוה"ל סי' שכט ס"ד ד"ה אלא. וראה מה שכתב הרב י. זילברשטיין, בשבילי הרפואה, א, תשל"ט, עמ' עד ואילך. [179] מ"ב בביאוה"ל סי' שכט ד"ה אלא. וראה בשו"ת חת"ס חיו"ד סי' רמה, ושם חאו"ח סי' פג. [180] באוה"ל שם. [181] רבנו יהונתן מלונגל, גנוי הראשונים, יומא עמ' פו; מאירי יומא פה א; גליון השי"ס יומא שם. וראה בשו"ת הלכות קטנות ח"ב סי' לח, שהקשה למה מחללים שבת על מי שנתרה לו שעה אחת לחיות, הרי לא יוכל לשמור שבתות הרבה, וראה מה שהשיג עליו בביאוה"ל סי' שכט ד"ה אלא; וראה באור החיים שמות לא יג, שמחללים שבת רק כדי שישמור שבתות הרבה, וראה מה שהשיג עליו בשו"ת ציץ