

הנתיחה לאחר המות –

סקר עמדות ראשוני בקרב אנשי רפואה

אם כי מקובל ליחס היום חלק מהתקדמות הרפואה לנתיחה שלאחר המות (נ.ל.ה.מ.), נדמה שאין נושא כמותו אשר עליו היו הרופאים צריכים להיאבק במשך השנים.

הדים למאבק זה נשמעים מדי פעם במקומות שונים גם בימינו, ובמיוחד בארץ אשר רוב שוללי הנתיחה ראה בה "בעיה העומדת ממש ברומו של עולם היהדות ובעומק המציאות הארצית" (1); בעוד שלדעת אחרים "בעית הנתיחה שלאחר המות הסתבכה מהרגע שבו גופים, אגודות ואפילו מפלגות פוליטיות הפכו אותה לקרדום לחפור בו" (2). הדים למצב כארץ הופיעו בספרות הרפואית (3; 4; 5) ואפילו בהקשרים למדע המדינה (6).

מסקירת הספרות הענפה העוסקת בנושא זה מתקבל הרושם כי שלילת הנתיחה או ההסתייגות ממנה הם על רקע של אמונה דתית, אולם עיון מעמיק יותר מראה כי קיימות התייגויות גם מסיבות אחרות ואפילו בקרב רופאים, כמו הקביעה כי "ימי הפתולוגיה המורפולוגית והאנטומיה חלפו" (7); או הקביעה בצורה מתונה יותר "כי פעולה זו אינה חשובה היום כפי שהיא היתה בעבר" (8).

קביעות כאלה לא היו נחלת הקלינאים בלבד, אלא אפילו של הפתולוגים עצמם כשביניהם ראשי מחלקות לפתולוגיה (9; 10).

מכל מקום, כיון שאנשי הרפואה צריכים להיות, באופן טבעי, בעלי הענין בנ.ל.ה.מ., רצינו לעמוד על גישתם לנושא תוך בירור האם יש גורמים נוספים המשפיעים על גישה זו, כמו נושא הנ.ל.ה.מ. ומטרותיה.

חומר ושיטות

במסגרת קורס לאתיקה רפואית, אשר היווה חלק מתכנית לימודים אקדמית לטכנאי רנטגן באוניברסיטת בר-אילן, הוטל על קבוצה של סטודנטים לראיין 6 קבוצות בנות 15 איש כל אחת.

לכל מרואיין הוצגו 4 שאלות זהות והן:

1. האם אתה מוכן שיעשו כך נתיחה שלאחר המות לשם קידום המדע?
2. האם אתה מוכן שיעשו כך נתיחה שלאחר המות לשם קביעת אבחנה?
3. האם אתה מוכן שיעשו באחד מקרוביך נתיחה שלאחר המות לשם קידום המדע?
4. האם אתה מוכן שיעשו באחד מקרוביך נתיחה שלאחר המות לשם קביעת אבחנה?

על השאלות ניתן היה להשיב באחת מ-3 צורות: מוכן, אינני מוכן, אין לי עמדה בנדון.

כמו כן נשאל כל מרואין למוצאו העדתי. מראש נכללו בקבוצת המרואינים רק אנשים אשר הגדירו עצמם כלא דתיים.

המרואינים נבחרו באופן אקראי והשתייכו ל-6 קבוצות והן:

1. 15 רופאי ב"ח;
2. 15 אחיות בתי-חולים;
3. 13 אחיות בכירות אשר למדו בקורס אקדמי לתואר גבוה באוניברסיטת בר-אילן;
4. 15 סטודנטים לרפואה באוניברסיטת תל-אביב, תלמידי השנה הראשונה;
5. 15 סטודנטים לרפואה באוניברסיטת תל-אביב, בשנת הלימודים השלישית;
6. 15 חולים אשר שכבו במחלקת כירורגיות.

תוצאות

טבלה מס' 1

התפלגות התשובות לפי המצב הנתון

השאלה	נתיחה כן	נתיחה כן	נתיחה כן	נתיחה בקרובך	התשובה
	לצרכי מדע	לצרכי אבחנה	לצרכי אבחנה	לצרכי אבחנה	
מוכן	37	62	31	56	
לא מוכן	47	25	45	25	
אין דעה בנדון	4	1	12	7	

טבלה מס' 2

התפלגות מחייבי הנתיחה באחוזים לפי קבוצת ההשתייכות והמצב הנתון

קבוצת השתייכות	נתיחה כן	נתיחה כן	נתיחה כן	נתיחה בקרובך	המצב הנתון
	לצרכי מדע	לצרכי אבחנה	לצרכי אבחנה	לצרכי אבחנה	
רופאים	73	80	80	80	
סטודנטים שנה א'	33	60	7	30	
סטודנטים שנה ג'	47	100	47	100	
אחיות	33	40	27	47	
אחיות בכירות	23	62	0	54	
חולים	40	80	47	67	
ס"ה	42	70	35	64	
ס"ה ללא חולים	42.4	68	33	63	
ס"ה ללא רופאים	36	68	26	60	

טבלה מס' 3

התפלגות מחייבי הנתיחה באחוזים לפי מוצא עדתי והמצב הנתון

מערבי	מזרחי	המצב הנתון/מוצא עדתי
5	40	נתיחה בך לצרכי מדע
86	63	נתיחה בך לצרכי אבחנה
46	30	נתיחה בקרובך לצרכי מדע
75	58	נתיחה בקרובך לצרכי אבחנה

דיון

המאבק בין מחייבי הנתיחה לאחר המות לבין שולליה הוא קדמון והינו מעוגן במיתוס ובריטואליות הקשורים במות או בהתייחסות ל"חיים שלאחר המות" (11). במשך השנים התגבש ספקטרום נרחב של גישות לפעולה זו. בקצה האחד של ספקטרום זה באה לידי הדגשה שאיפתו של האדם לעצמאות מחשבתית — לחשיפת המסתורי שבמציאות הסובבת אותו — שאיפה להרחבת הידע מתוך הרגשה, אינטואיטיבית לפעמים, כי הכרת המציאות יכולה להיות האמצעי לשינויה, או לפחות דרך לשלוט בה.

לעומת זאת שלטה בקצה השני של הספקטרום התפיסה, כי אין הפרט ישות עצמאית, אלא הוא שייך למסגרת המכתיבה לו את אורח חייו ומעשיו — וביטוייה של מסגרת זו, ברוב המקרים, התנהגותו הדתית של הפרט, מנהגיו ומסורתו (11). בין שני קצוות אלה ניתן היה להבחין בתפיסות ביניים, כאשר הבולטת שבהן — השאיפה לתועלת מחד וההתייחסות הרגשית למות מאידך.

המאבק בין המחנות הקוטביים גבר כמיוחד, כאשר מחנה אחד ראה בגישת חברו נסיון לכפות דפוסי התנהגות.

מקדמת דנא ראה המדען את עצמו בר סמכא בקביעת דפוסי התנהגות, שאיפה אשר מקורה, בין השאר, בעימות שהיה בין אנשי המדע לאנשי הכנסייה, עם התפשטות ההשכלה בין כל שכבות האוכלוסיה, בניגוד לעבר בו רווחה ההשכלה בין אנשי הדת (12).

מעקב אחר הספרות המקצועית אשר התפרסמה ב-15 השנים האחרונות מצביע כי החלו צצים ועולים טיעונים מסוג אחר כנגד הנ.ל.ה.מ. וליתר דיוק כנגד רבוין, ודוקא בקרב אנשי המקצוע.

ניתן היה להצביע על מגמה של ירידה איטית מתמדת בחשיבותן היחסית של הנתיחות (10), עד כי היו אשר טענו כי "ימי הפתולוגיה המורפולוגית והאנטומיה חלפו" (7).

טיעונים אלה נבעו, בין השאר, מההתפתחות המואצת של מדעי הרפואה, אשר הלכה ודחקה את מקום הפתולוגיה בחקר המחלות וההסתמנות הקלינית שלהן (11). לכך תרמה ההרגשה הרווחת כי הפתולוגיה מפגרת בהרבה אחר שטחי המחקר

האחרים; הרגשה אשר היתה נחלתם של הפתולוגים עצמם ומצאה את ביטוייה בטענותיהם כי המתודות שלהם השתנו אך במעט מאז ימיהם של רוקיטנסקי ווירכוב, שהיו מאבותיה של הפתולוגיה (13).

חוסר ההתקדמות היה כה בולט, עד כי נשאלה השאלה "מה נעשה בנתיחה שלא יכול היה להעשות בשנים 1940 או 1850?" (13).

הירידה בערכה של הפתולוגיה נבעה גם מהפיחות בערך הלימודי שבה, ובמיוחד בחשיבותה להכשרת תלמידי הרפואה.

מחצית המאה האחרונה בלטה בתאוצה הגוברת והולכת של המחקר וההשגים המדעים הביורופואיים ומדעי ההתנהגות, דבר אשר גרר בעקבותיו שינוי מתמיד בתכניות לימודי הרפואה, והכנסת דיסציפלינות חדשות למסגרת הלימודים (14).

בשנים אלה עבר החינוך הרפואי מלימוד הגויה המתה ללימוד החי והמשתנה; מלימוד המורפולוגיה ללימוד התפקוד; מלימוד החומר האנטומי ללימוד ברמה תאית ותת-תאית. שינויים אלה הביאו לצמצום מתמיד של הזמן המוקדש לאנטומיה מיקרוסקופית (15). זאת ועוד, גם לימודי הפתולוגיה הלכו והצטמצמו. מספר המחלות והשינויים הנגרמים על ידם הוא רב, וטבעי הדבר שהסטודנט לרפואה יכול לראות רק חלק מהן בחומר השוטף המגיע לחדרי הנתיחה בבית החולים המודרני. יתירה מכך, היו חוקרים אשר הצביעו על העובדה שספקטרום המחלות המטופל בבית החולים הולך ומצטמצם (16), במיוחד כאשר מספר גדול של מחלות מטופל במסגרת הקהילה מחוץ לכתלי בית החולים (17). ואם לא די בכך, באה המציאות של השינוי בשכיחות מחלות, בהשוואה לעבר, ומצמצמת אף היא את אפשרויות הלימוד.

מהאמור מובן מדוע הרגישו מחנכי רפואה רבים כי תרומת הנתיחה השוטפת ללימוד הפתולוגיה לסטודנטים לרפואה היא דלה, ואין מנוס משימוש באמצעים אחרים להקניית חומר זה. אחד הפתרונות המוצעים היה הקמת מוזיאונים לפתולוגיה – אמצעי כמעט הכרחי ובמיוחד בארצות בהן קיים מיעוט של נתיחות (18).

העיון בספרות מלמד כי לא רק הפיחות בערכה של הנתיחה הכתיב את ההסתייגות ממנה, אלא גם שיקולים פרזואיים יותר, כמו עלות וכוח אדם.

מחיר הנתיחה, טוען האחד, "הולך וגדל וזאת למרות שכבר גדל פי 5 ב-30 השנים האחרונות" (19). ביצוע המוני של נתיחות היה רק מחמיר בעיה זו ומונע ניצול יעיל של עבודת הפתולוג כשטחים חיוניים יותר (כמו סיוע באבחון לצרכי ניתוח ועוד) (20).

באשר לכוח אדם: ריבוי נתיחות היה מצריך שימוש הולך וגובר במנתחים חסרי נסיון, כרופאים במסגרת התמחותם או בשנותיהם הראשונות כפתולוגים (21).

משיקולים אלה ואחרים הגיעו למסקנה כי יש צורך להתרכז רק במספר קטן של נתיחות, ואין לבצען כאשר האבחנה ברורה, או כאשר בוצע מספר רב של נתיחות קודמות בחומר קליני דומה במקומות אחרים, שהרי "ביצוע נתיחות רבות וחוזרות באותה מחלה הריהו בבחינת חזרה על אותו ניסוי אלף פעמים במקום שחמש פעמים יספיקו" (16).

דבר זה מחייב ברירה של החומר המנותח (19).
 הצעה אחרת היא של ביצוע ניתוח חלקי המתמקד בבעיה הנחקרת או נבדקת
 (PROBLEM ORIENTED P.M.) (22).

עיון מעמיק יותר בנושא הנ"ל.ה.מ. רומז כי ישנם גם גורמים נוספים המכתיבים את ההתייחסות לנתיחה. גורמים אלה זהים בין אנשי המקצוע לאוכלוסייה הרגילה ועיקרם הוא ההתייחסות למוות. בהמשך הדיון ננסה לעמוד עליהם, תוך הדיון בתוצאות עצמן.

כמובן יש להביא בחשבון כי המדגם עליו מתבססים הניתוחים שלנו הוא קטן, ואולם נראה לנו שיש בו כדי להצביע על המגמה הרווחת בקרב הקבוצות השונות, אם כי יש מקום להרחיב את היריעה ולאמת מגמות אלה, למרות היותן מבוססות מבחינת התבחינים הסטטיסטיים אותם ערכנו (כמו תבחיני²א).

כיון שההתייחסות לנ"ל.ה.מ. מלאה מרכיבים רגשיים אשר מכתבים עמדות, כפי שנדון על כך בהמשך, בחרנו במתכוון בארבע שאלות פשוטות וישירות ללא תוספות אחרות אשר תאפשרנה לנשאל "התחמקות" או "מוצא של כבוד" במקרים מסוימים, או "אלטרנטיבות" ו"הסטת הנושא" במקרים אחרים.

כמו כן היינו מעוניינים בתשובות אשר אינן מושפעות חד-משמעית או "מוכתבות" מהיות המשיב איש דתי. אי לכך נבחרו במדגם רק אנשים אשר הגדירו את עצמם כלא דתיים, אם כי היינו מודעים לפרובלמטיקה של הגדרת דתיות, במיוחד בקרב יוצאי עדות המזרח, כפי שיעלה בדיון בשלב מאוחר יותר.

חיוב הנתיחה לקידום המדע או שלילתה

מניתוח התוצאות (טבלאות 1; 2) עולה כי רק 42% מכלל הנשאלים חייבו את הנתיחה למטרת קידום המדע. מספר זה היה נמוך אף יותר כאשר נתבקשה התייחסות לנתיחה של קרובי הנשאל — שוני אשר בולט בכלל הקבוצות פרט לרופאים. אחוז המחייבים הנמוך ביותר היה בקרב האחיות הבכירות. מעניין לציין כי אחוז מחייבי הנתיחה בקרב החולים אשר רואיינו היה גבוה מאחוז מחייבי הנתיחה בקרב כלל הנשאלים ללא הרופאים.

אחוז מחייבי הנתיחה בקרב הסטודנטים לרפואה גדל עם המשך הלימודים (שנה ראשונה מול שלישית — טבלה 2), אם כי לא הגיע לרמת החיוב הגבוהה של הרופאים. לעומת זאת, הלך וקטן אחוז מחייבי הנתיחה בקרב האחיות, ככל שגדל הותק המקצועי שלהן.

מאז קיומם של החיים עלי אדמות, ומבחינה תיאולוגית מאז ימי הגירוש מגן העדן, תפסו המוות וההתייחסות אליו מקום מרכזי בתרבות האנושית; כתוצאה מכך היתה הספרות העוסקת בו עשירה ביותר, וניתן למצוא אותה כמעט בכל תחומי המדע.

לדעתה של קובלר-רוס (23), תמיד סלד האדם מן המוות. אחרים הראו כי לאור התאוריות הפסיכואנליטיות, הפחד או החרדה מן המוות אינם שונים מחרדות

העזיבה או הסירוס (24). למרות האמור, ראו חוקרים רבים במוות מניע רב-עצמה לפעילות האנושית, ובין השאר היו שיחסו לו התפתחות של תפיסה דתית (25).

לאחרונה התפרסמה ע"י פלגי ואברמוביץ אחת הסקירות המקיפות בהקשר למשמעותו התרבותית של המוות, ובין המסקנות העולות מסקירה זו של הספרות שההתייחסות לגוויה או לקבורה מושפעות מן ההתייחסות למוות עצמו, או אפילו מוכתבות על ידה.

מחקרים שונים הצביעו על כך שאין רופאים או אנשים אחרים הקשורים ברפואה, כסטודנטים ואחיות, שונים משאר בני-אדם בהתייחסותם למוות; אדרבא, מסתבר מעבודותיו של פיפל (27; 28), כי רופאים חושבים אמנם פחות על המוות משאר האנשים, אולם הם חרדים יותר מפניו. תופעה דומה מצאו לסטר וחבירו (29). לדעתו של פיפל השפיעה התייחסותם של רופאים ואחרים למוות על בחירת המקצוע (30), כאשר אחת ממטרות הבחירה היה הרצון להתמודד עם פחד זה (27; 28; 29; 30).

בניגוד לממצאיו של לסטר (29) אשר הראו כי הפחד מן המוות הולך ופוחת עם ריבוי הנסיון האקדמי, במיוחד בקרב אחיות, הראה הסקר שלנו תמונה הפוכה. הסתייגות האחיות הבכירות היתה גדולה יותר מהסתייגות האחיות הרגילות (טבלה 2). לדעתנו מוכתבת הסתייגות כזו מן ההתייחסות למוות, כפי שנדונה לעיל. בעוד אשר ניתן להסביר בפחד מפני המוות והקשור בו את היסוד לשלילת הנתיחה אשר נמצאה בשאר הקבוצות, נמצאה אצל הרופאים, דוקא, מגמה הפוכה. תופעה דומה נמצאה גם בקרב הסטודנטים לרפואה עם התקדמותם בלימוד המקצוע.

את האחוז הגבוה של המחייבים בקרב הרופאים ניתן אולי להסביר בגישתם המקצועית למוות. המוות ותהליך המיתה סותר את תפיסת הרופא, את מטרות המקצוע שלו (31).

לרופאים המוות פירושו כשלון (31), כשלון של טיפול וכשלון של ידע (32). המוות הינו מעין כשלון אישי של הרופא (32) עד כדי יצירת רגשות אשם אצלו (32). תפיסה כזו רווחת גם בין הסטודנטים לרפואה (33). היוצא מכך כי העיסוק בגוויה, באותו תוצר של ה"כשלון", הינו כורח אולי תת-הכרתי להוכיח כי לא היה כשלון, מחד, או ניסיון למציאת פורקן – נקמה בגורם ל"כשלון".

בפחד של הרופאים מן המוות וברגשות אותם הבאנו לעיל, ניתן אולי להסביר מדוע אצל הרופאים, בניגוד לשאר הקבוצות, היה אחוז המחייבים גבוה לביצוע נתיחה בקרובים מאשר בהם עצמם.

נתיחה לקביעת אבחנה מול נתיחה לקידום המדע ככל הקבוצות, ואפילו בקרב החולים, בלטה המגמה של עליית אחוז מחייבי הנתיחה לצורך קביעת אבחנה, מאשר לצרכי קידום המדע (טבלה מס' 2).

במיוחד בלטה מגמה זו בקרב הסטודנטים לרפואה. בספרות הרפואית, ובמיוחד בספרות הקלינית, יש לאבחנה מעמד מיוחד. האבחנה הינה לדעת רבים אבן הפינה של הרפואה (34), והיא הבסיס לכל פעילות רפואית (35), כיון שבלעדיה לא ניתן להגיע לטיפול (35; 36) שהוא בעצם תכלית העיסוק הרפואי, ולקביעת הפרוגנוזה (35; 36).

משום כך, אין זה מפליא למצוא יחס מיוחד לאבחון ונתינה של משמעות מיוחדת לו, לא רק בין בעלי המקצוע, אלא גם ע"י חולים היודעים את ערכו. ואכן, כאמור, יש יחס מיוחד לאבחון בכל הקבוצות. טבעי הוא גם כן שהיחס החיובי לאבחון ילך ויגדל ככל שמתרבה הנסיון הקליני, כפי שכולט הדבר בקרב האחיות הבכירות והסטודנטים בשנת הלימודים השלישית.

יוצאי ארצות המזרח מול יוצאי ארצות המערב

בכל הקבוצות בלט האתוז הנמוך של מחייבי הנתיחה בקרב יוצאי המזרח, בהשוואה ליוצאי המערב (טבלה מס' 3). שוני זה יכול להיות מוסבר בהבנת הרקע התרבותי של אוכלוסיה זו והתנהגותה.

אין לנו משקפים יותר מדבריו של סמוחה (37) בנושא זה, האומר: "המדינה המודרנית היא גורם מטמיע ממדרגה ראשונה; תהליך הטמיעה התרבותית והחברתית שעברו יוצאי המזרח בארץ הוא נמרץ. במשך כדור אחד נעלמו ההבדלים בהתנהגות ובעמדות בין מזרחיים ואשכנזים השוים ברמת ההשכלה, בגיל ובצורת הישוב". אולם למרות זאת מציין סמוחה (37): "לכאורה לרבים מיוצאי המזרח שאינם במצוקה כלכלית יש עמדות ודפוסי התנהגות ישראלים, דהיינו, כמו של בני הישוב הותיק או ילדיהם, אך מסתבר כי מאחוריהם מסתתרים עדין ערכים ואוריינטציות יסוד אחרים".

"אם כי ידיעותינו אודות מהות דתיותם ודפוסי הפעילות הדתית של יוצאי ארצות המזרח התיכון וצפון אפריקה מעטות" (38), מקובל כמעט על הכול כי תרבויות יוצאי המזרח מיצגות תרבויות מסורתיות (38; 39; 40).

אמנם, הנבחרים לענות על השאלות שלנו הגדירו עצמם כלא-דתיים, אולם אין בכך כדי לומר שהם מוגדרים כאנטי-דתיים. רובם מזדהים עם אורח החיים המסורתי, כאשר מניעי עלייתם ארצה עשויים היו בעקיפין אף לחזק את הזדהותם עם אורח החיים הזה (40).

היוצא מן האמור, כי קימת האפשרות שאופי התשובות של יוצאי המזרח נקבע ע"י ההזדהות הזאת עם העמדות המסורתיות.

הדביקות הזו במסורת היתה אפשרית כיון שלדעת חוקרים, עמדות דתיות ואמונה דתית אינן עומדות תחת הלחץ הקבוצתי של החברה המערבית הקולטת, בהיותן רגשות פנימיים, שאינם "מפריעים" להיקלט בחברה; ומשום כך אין צורך לוותר עליהן (40). אולם, כנראה במקרה שלנו ראו יוצאי המזרח מקום לקונפליקט בין הקידמה המדעית והתפיסה המסורתית, ובכך נוכל להסביר מדוע מוצאים אנו בקרב

הסטודנטים של שנת הלימודים השלישית כ-1/3 אשר נמנעו מלקבוע עמדה. כאן קבלת החלטה היתה קשה כיון שעמדו זו מול זו הגישה המסורתית ו"הרפואה המתקדמת", ועדיין הקו השולט הוא של "אחוז בזה וגם מזה אל נתח ידך". גישה זו כולטת אף יותר בהתיחסות לנתיחה של קרובי משפחה.

נתיחה של קרובי משפחה

בכל הקבוצות, פרט לרופאים, היה אחוז מחייבי הנתיחה גבוה, כאשר הנתיחה התיחסה לנשאל, מאשר לנתיחה בקרוביו (טבלה 2).

את השוני בקרב הרופאים ניתן להסביר ע"פ מה שאמרנו לעיל בדבר התיחסות קבוצה זו למוות. לגבי הנשאל עצמו קיימים הפחדים מן המוות והם הולכים ונעלמים או פוחתים כשישנה התיחסות ל"זרים".

לעומת זאת היה אחוז מחייבי הנתיחה בקרב יוצאי המזרח (טבלה 3) נמוך באופן משמעותי כאשר דובר על קרובי משפחה.

דבר זה הינו ביטוי נוסף למה שאמרנו בדבר דביקותה של קבוצה זו במסורת, שהמשפחה היא אחד הביטויים שלה. כפי שמציין שוקד (38), למרות הפיזור הגיאוגרפי ותהליכי ההסתגלות הכלכלית, החברתית והתרבותית, לא מצא עצמו העולה מארצות המזרח מנותק מקשרים מחייבים וממסורת של משפחה וקהילה (38).

יתירה מכך, בעוד שלגבי עצמו מוכן היה הנשאל מארצות המזרח ליותר, לא כך היתה תגובתו לגבי המשפחה. אף כאן בא לידי ביטוי הקונפליקט באחוז המשיבים הגבוה שלא היה מעוניין לקבוע עמדה.

בסיכום

נברקו עמדותיהם של 88 איש הקשורים לרפואה, בקשר לנתיחה שלאחר המוות. מסתבר כי רק 42% חייבו את הנתיחה.

נמצאו שינויים בעלי משמעות בין הנתיחה לקידום המדע לנתיחה לצרכי אבחון. הודגמו שינויים בעלי משמעות בין יוצאי ארצות המזרח ליוצאי ארצות המערב, ובמיוחד כאשר היתה התייחסות לקרובי משפחה; עובדות אשר הוסברו בחלקן בעמדתם המסורתית של קבוצת יוצאי ארצות המזרח.

מתוצאות בדיקה זו ניתן להסיק, שכל זמן שקיימת שלילה משמעותית בקרב אנשי המקצוע הרפואי לנתיחות מחקר שלאחר המוות, דעת הקהל כלפיהן תמשיך להיות שלילית גם בקרב הציבור החילוני, והמעוניין להגדיל את מספר הנתיחות או ליצור דעת קהל חיובית כלפיהן אמור להיכשל.

BIBLIOGRAPHY

- 1) Jacobovitz J., Torah and Mada; 4:55, 1974; (Hebrew);
- 2) Wolman M., Torah and Mada, 4:67, 1974; (Hebrew);
- 3) Sohn D., N.Y. State J. Med., 68:398, 1968;
- 4) Medical World News, June 9, 1967, p. 45;
- 5) Rosner F., Tradition, 11:43, 1971;
- 6) Yishai Y., Ethics in Sci and Med, 6:11 1979;
- 7) Davidson CS, J.A.M.A., 193:813, 1965;
- 8) Angrist A, J.A.M.A., 193:86, 1965;
- 9) Goodale F. and Gander GW, J. Med. Educat, 51:897, 1976;
- 10) Goodale F. Amer. J. Clinical Pathol, 69:260, 1978;
- 11) Ehrlich D., Torah and Mada, 4:73, 1974 (Hebrew);
- 12) Ehrlich D., in El Hamekorot — A collection of Jewish viewpoints, 1976, p. 300;
- 13) Bohord MG, J.A.M.A., 193:810, 1965;
- 14) Miller GE, Brit. J. Med. Educat, 1:156, 1967.
- 15) Encyclopedia Britannica: Gross Anatomy, Vol. I edition 1967 p. 873;
- 16) Wearn JT, J. Med. Educat, 36:113, 1961;
- 17) Logan R, Brit. J. Med. Educat, 3:185, 1969;
- 18) Sobin LH. Brit. J. Med. Educat, 2:278, 1968;
- 19) Hazard JB, J.A.M.A., 193:805, 1965;
- 20) Madden SC, J.A.M.A., 193:812, 1965;
- 21) McManus JFA, J.A.M.A., 193:808, 1965;
- 22) Saladino AJ and Pailey ML, Amer. J. of Clinical Pathol. 69:253, 1978;
- 23) Kubler—Rosse E, On Death and Dying, N.Y. Macmillan 1969;
- 24) Greenberg IM, Studies on attitudes toward death, in: death and dying, attitudes of patient and doctor; group for the advancement of psychiatry, Symposium 11, 1965 p. 623;
- 25) Tylor EB, Primitive E culture N.Y. Putmans 6th ed. 1920.
- 26) Palgi P and Abramovitch H. Ann Rev Anthropol, 13:385, 1984;
- 27) Feifel H, The meaning of death, N.Y. McGraw Hill 1959;
- 28) Feifel H., Ann N.Y. Acad Sci, 164:669, 1969;
- 29) Getty L, and Kneisl CR. Nurse Res 23:50, 1974;
- 30) Feifel H. Attitudes toward death — A psychological perspective, in Death, Current Perspectives. Schneider ES, Palo-Alto California, Mayfield Pub. 1976.

- 31) J. Med. Educat 47:169, 1972;
- 32) Tyano S., The physicians attitude toward death. in: The dying human, ed. De Vries A. and Carmi A. Turtledove Pub. Israel 1979 p. 201;
- 33) Olin HS. J. Med. Educat. 47:564, 1972;
- 34) Introduction to Clinical Medicine. in: Harrisons Principles of Internal Medicine. 10th ed McGraw Hill Pub. 1983, p. 1;
- 35) Chamberlain EN and Ogilvie C: Symptoms and Signs in Clinical Medicine. J Wright and Sons Bristol 1974 p. 19;
- 36) Heglin
- 37) Smooha S: Megamoth 28:169, 1984; (in Hebrew);
- 38) Shokeid M: Megamoth 28:250, 1984; (in Hebrew);
- 39) Eisenstadt SN: Human Relations 5:223, 1952;
- 40) Bar Lev M. and Kedem P. Megamot 28:265, 1984 (in Hebrew).