הכלולים בתיקון זה[647]. ולעומתם יש הסבורים, שסעיף 34יג(4) אינו עוסק כלל בהמתת חסד, אלא בא לפטור רופא מאחריות פלילית במצב של מות חולה תוך כדי פעולה ניתוחית או פעולה רפואית פולשנית אחרת[648].

בשנת 1996 פורסם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא הטיפול בחולה הנוטה למות[649].

בפני וועדת חוקה חוק ומשפט של הכנסת עלו שתי הצעות חוק פרטיות בנידון[650]. שתי הצעות החוק הללו אוחדו להצעת חוק אחת[651]. הצעת חוק זו עברה 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].

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].

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 לועדת 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. עזרן 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 הזו התקבלה על ידי שר הבריאות, חה"כ הרב ניסים דהן ביום 17.1.02.

הצעת החוק של הוועדה הציבורית התקבלה על ידי וועדת שרים לחקיקה כהצעת חוק ממשלתית ביום 23.5.04

הערה: חברי הוועדה הציבורית דנו בשם הראוי לחולה נשוא-הדיון, ובשם הראוי להצעת החוק. יש המכנים את החולה נשוא-הדיון בשם חולה סופני, יש המכנים אותו חולה בסוף/בקץ חייו/ימיו, או חולה בערוב ימיו. הוועדה החליטה שהשם "חולה הנוטה למות" הוא הראוי למצב הנידון ולהצעת החוק.

פרק א : הוראות כלליות

1. מטרה

חוק זה בא לקבוע את ההתייחסות הכוללנית לחולה הנוטה למות על ידי קביעת איזון ראוי בין העקרון הערכי של קדושת החיים של האדם וחשיבות איכותם, ובין העקרון הערכי של כבוד האדם וזכויותיו בתחום מימוש האוטונומיה שלו. חוק זה מבוסס על מערכת ערכים רפואיים, מוסריים, משפטיים, הלכתיים ודתיים, וערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית.

2. הגדרות

הערה: חברי הוועדה הציבורית דנו בהרבה מושגים ומונחים רלוונטיים מבחינה פילוסופית, אתית והלכתית. רק חלק מהמושגים והמונחים הללו נכללים בהצעת החוק, הלוא הם המושגים המוזכרים בחוק עצמו. חלק אחר של המושגים כלול במבוא להצעת החוק, שהוא חלק בלתי נפרד מהצעת הוועדה הציבורית לחוק החולה הנוטה למות. דיון מקיף ומפורט בכל המונחים והמושגים הרלוונטיים לחולה הנוטה למות יבוא בספר על הנושא שהוועדה הציבורית מתכננת להוציא לאור.

בחוק זה —

"אדם כשיר" — אדם שמצבו ההכרתי, השכלי והנפשי מאפשר לו לקבל החלטות בקשר לטיפול רפואי מתוך הבנה ושיקול דעת, תוך שיפוט חופשי, ואשר לא הוכרז פסול-דין.

"אמצעים טיפוליים מיוחדים" — אמצעים לטיפול רפואי שאינם חלק משיגרה טיפולית, בהיותם בעלי אופי ניסויי, בהיותם בעלי סיכוי הצלחה נמוך מאד, בהיותם מוסיפים סבל משמעותי, או בהיותם עלולים לגרום נזק משמעותי למטופל או לאחרים.

הערה: הגדרה זו רלוונטית רק לסעיפים 11(ב) ו-14(ב) של הצעת החוק. יש מחברי הוועדה הציבורית שסבור כי אם החולה מעוניין בהמשך חייו גם במחיר נזק משמעותי, ויש בטיפול המיוחד כדי להאריך את חייו, יש לעשות זאת.

המצב של נזק משמעותי לאחרים מתייחס לטיפול אנטיביוטי מיוחד מאד, ללא עדות בקטריולוגית ייחודית המצדיקה טיפול זה, כאשר קיים חשש לפגיעה ביעילותו של תכשיר אנטיביוטי זה לשימוש בחולים אחרים, אך ברגיל אין למנוע טיפול יעיל לחולה בפנינו כאשר נזק לאחרים הוא תיאורטי בלבד.

"בא-כוח" — מי שהתמנה על ידי אדם על פי סעיף 16 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, במפורש, על יסוד הבנה ושיקול דעת, להחליט במקומו על טיפול או אי-טיפול רפואי בו בעתיד, אם לא יוכל להורות בעצמו.

הערה: א) סעיף 16 לחוק זכויות החולה קובע: "(א) מטופל רשאי למנות בא כוח מטעמו שיהיה מוסמך להסכים במקומו לקבלת טיפול רפואי; בייפוי הכוח יפורטו הנסיבות והתנאים שבהם יהיה בא הכוח מוסמך להסכים במקומו של המטופל לטיפול רפואי. (ב) השר רשאי לקבוע הוראות לעניין אופן מתן ייפוי הכוח לפי סעיף זה".

ב) בא כוח על פי חוק זכויות החולה מוסמך רק להסכים במקום החולה לקבלת טיפול רפואי, אך אינו מוסמך לסרב לקבלת טיפול רפואי בעתיד. לעומת זאת בא כוח לפי הצעת חוק זה מוסמך להחליט במקום החולה הן על טיפול והן על אי-טיפול רפואי בו בעתיד, אם לא יוכל להורות בעצמו.

"בן משפחה או ידיד" — אדם בעל קירבה משפחתית או קירבה רגשית אל החולה הנוטה למות, שהוא מסור לו ומכירו היטב, על יסוד קשר רצוף ומתמשך עמו בתקופה שלפני הטיפול הרפואי או במהלכו.

הערה: חברי הוועדה הציבורית קיימו דיונים רבים על מקומם של בני משפחה או ידידים בתהליך קבלת ההחלטות. חברי הוועדה העדיפו לתת משקל לבן משפחה או ידיד שיש לו קירבה משמעותית ומעשית לחולה הנוטה למות על פני בני משפחה המוגדרים רק על סמך קירבת דם, אם אין לקרובים אלו מעורבות אמיתית בטיפול בחולה, ואין להם היכרות משמעותית באשר לדעותיו ולרצונותיו.

"בעיה רפואית חשוכת מרפא" — מחלה, חבלה, או הפרעה גופנית אחרת, הגורמת למוות, אשר לפי הידע הרפואי העדכני אין דרך לרפא אותה, לעצור את התפתחותה, או להאט את התפתחותה באופן משמעותי.

"הסכמה מדעת להנחיות רפואיות מקדימות" — הסכמה שאדם נותן, מרצונו החופשי, על יסוד מידע רפואי כמוגדר בסעיף 13 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו — 1996, ומידע נוסף שנדרש על ידו, ועל יסוד הבנה, שיקול דעת והחלטה, בדבר רצונו לגבי טיפול או אי-טיפול רפואי, בבעיה רפואית שהוא סובל או יסבול ממנה, למקרה שמצבו הרפואי לא יאפשר לו לגבש או להביע את רצונו כאשר מצבו יחייב טיפול רפואי לשם הגנה חלקית או מלאה על חייו, על בריאותו, או על איכות חייו.

הערה: בעבר היה מדובר על "צוואה מחיים" (living will). הכוונה היתה למסמך כללי של הצהרת כוונות, ללא פירוט אבחנתי וטיפולי נאות. כיום מדובר על "הנחיות רפואיות מקדימות" (advance medical directives), כשהכוונה לתיעוד מפורט של רצון האדם בעת היותו כשיר, כמפורט בהגדרה זו, ובפרטי הדרישות להנחיות רפואיות מקדימות בפרק ד, סימן א להצעת החוק. אכן, לפי הצעת החוק הזה אין מניעה שאדם יצהיר, באמצעות מסמך שיוכל לקרוא לו גם 'צוואה מחיים', על רצונו וכוונותיו — ואלה יישקלו בבוא העת — אך תוקף מחייב יינתן רק להוראות כמשמעותן בחוק זה.

"הסכמה מדעת לטיפול רפואי" — כהגדרתה בפרק ד לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.

"השר" — שר הבריאות הממונה על ביצוע חוק זה.

"חולה בשלב סופי" — חולה נוטה למות, בשלב סופני מיידי מאד, שתוחלת חייו אינה עולה על שבועיים, והוא במצב של כשל של יותר ממערכת גופנית חיונית אחת, והוא סובל סבל משמעותי.

הערה: הגדרה זו מתייחסת לסעיפים 11(ב), 13(ב) 14(ב). מצב זה הוא ייחודי בכך שצוות מטפל רשאי להגביל טיפולים מאריכי חיים גם בקבוצה מיוחדת של חולים הנוטים למות שאין ידיעה ברורה אם זה היה רצונם. המצב הרפואי הנדרש לשם כך כולל שלושה מרכיבים הכרחיים: א) החולה הוא בסוף-סוף חייו, עד שבועיים לפני מותו; ב) יש כשל של יותר ממערכת גופנית חיונית אחת; ג) החולה סובל סבל משמעותי. מרכיבים (א-ב) קובעים מצב רפואי סופי ומיידי מאד, ולפי נתונים רפואיים שנמסרו לחברי הוועדה הציבורית אמנם ניתן לקבוע מצב כזה באופן רפואי-סטטיסטי בדרגת מהימנות גבוהה; ומרכיב (ג) נותן את הביסוס המוסרי להימנעות מטיפול מאריך חיים בתנאים הרפואיים המיוחדים לפי מרכיבים (א-ב). ההנחה המוסרית ביסוד סעיף זה היא שיש להניח שחולה בתנאים המתוארים בסעיף זה היה רוצה שיגבילו את הטיפול מאריך-החיים בו, אילו יכול היה להביע את דעתו בקשר לכך, ובהיותו במצב כה סופי יחד עם סבל משמעותי, אין עוד חובת הצלה לגביו.

"חולה נוטה למות" — חולה הסובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא, שלפי הידע הרפואי העדכני תוחלת חייו אינה עולה על חצי שנה.

הערה: א) הגדרת החולה הנוטה למות מכילה שני מרכיבים: 1) הבעיה הרפואית, שהיא חשוכת מרפא; 2) משך החיים הצפוי בתוך התהליך של הבעיה הרפואית חשוכת המרפא, שאינו עולה על חצי שנה. היינו, יכול אדם לחלות במחלה חשוכת מרפא, אך מרגע האבחנה עד למותו מאותה מחלה יכול שיעבור זמן רב. אשר על כן, הגדרתו כחולה הנוטה למות לצורך חוק זה תחול רק מאותה עת שלפי ההערכה הרפואית נותר לו לחיות פחות מחצי שנה.

ב) חלק מחברי הוועדה העדיפו לצמצם את משך הזמן לצורך הגדרה זו לתקופה של שלושה חודשים, ואף פחות מכך, אך מרבית חברי הוועדה העדיפו תקופה של חצי שנה, בין השאר

גם לאור העובדה שקיימות כיום שיטות איבחון פרוגנוסטיות, המאפשרות לרופא לחזות תקופה כזו במידה גדולה של סבירות. יש לציין, כי הגדרה זו של חצי שנה מקובלת בכמה מדינות מערביות לצורך חוק כזה.

ג) חלק מחברי הוועדה סברו שיש להוסיף להגדרה זו בסופה את המשפט "ואשר המשך חייו כרוכים בכאב או בסבל משמעותיים". מרבית חברי הוועדה סברו, שמרכיב הכאב והסבל ודרגותיהם הוא אמנם חשוב ביישום פרטי הצעת החוק, וכפי שבא לידי ביטוי בסעיפים שונים בהצעת חוק זה, אך אין הוא מהווה מרכיב בעצם ההגדרה של חולה הנוטה למות.

"טיפול רפואי" — טיפול הניתן לאדם לפתרון בעיה רפואית, על סמך שיקולים מקצועיים, המעוגנים בידע רפואי עדכני, בהתאם לעקרונות האתיקה הרפואית, ומיועד להארכת חיים, לשיפור, תיקון, הקלה, או הבראה של מצב פתולוגי או סימפטומטולוגי.

"טיפול רפואי בדיד" — טיפול רפואי, שבמהותו ניתן באופן מחזורי ובהפסקות, המאפשר הבחנה מעשית וברורה בין סיום מחזור אחד של טיפול לתחילת המחזור הבא, וכן טיפול שתוכנן מראש, באמצעים מתאימים, להינתן בשיעורים הניתנים לחידוש.

הערה: ראו הערות לסעיף 12 להצעת החוק.

"טיפול רפואי מקל (פליאטיבי)" — טיפול כוללני שניתן לחולה, אשר מטרתו העיקרית היא להפחית סבל גופני, נפשי וקיומי, ולשפר את איכות החיים הנותרים.

"טיפול רפואי רציף" — טיפול רפואי, שבמהותו ניתן באופן מתמשך ובלא הפסקות, שאינו מאפשר הבחנה מעשית וברורה בין סיום מחזור אחד של טיפול לתחילת המחזור הבא, ושלא תוכנן מראש, באמצעים מתאימים, להינתן בשיעורים הניתנים לחידוש.

הערה: ראו הערות לסעיף 12 להצעת החוק.

"מטפל" — רופא, אח או אחות מוסמכים, עובד סוציאלי, פסיכולוג קליני.

"סבל משמעותי" — כאב או סבל שאדם סביר מוכן לעשות מאמץ ניכר, תוך נכונות לוותר על חלק משמעותי מאיכות חייו, כדי להימנע ממנו או לסלקו; לגבי מי שאינו כשיר — סבל שסביר שכך היה נוהג לגביו.

"רופא אחראי" — מנהל המחלקה או מנהל היחידה האחראי על הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, וכן רופא מומחה שמונה על ידי מי מהם לשם כך.

הערה: ראו הערות לסעיף 3(ב) להצעת החוק.

"רופא אישי" — רופא שיש לו היכרות קרובה עם החולה, רצונו ועמדותיו ביחס לטיפול הרפואי בו, בין שהוא רופא המשפחה של החולה ובין שהוא הממונה על

הטיפול בחולה בקהילה, או הממונה באופן אישי על הטיפול בחולה בבית החולים, אם מונה כזה.

"תוחלת חיים" — משך החיים הממוצע הצפוי במצב הרפואי הנתון, על פי הידע הרפואי העדכני.

3. תחולה

(א). הוראות חוק זה יחולו רק לגבי חולה הנוטה למות.

הערה: חברי הוועדה הציבורית דנו אך ורק בחולה המוגדר בהצעת חוק זו כחולה "הנוטה למות". אין בהצעת החוק הזה התייחסות לחולים אחרים בסוף ימיהם שאינם מתאימים לקריטריונים המוצעים בחוק זה לחולה הנוטה למות. היינו לא מדובר בהצעת חוק זה בחולים המוגדרים "צמחים", בחולי אלצהיימר או פרקינסון וכיוצ"ב בטרם הגיעו להגדרה של חולה נוטה למות. אין להסיק כל מסקנות מהצעת החוק הזה לגבי חולים כאלו.

(ב). הרופא האחראי מוסמך לקבוע, בהתייעצות עם הרופאים המומחים בצוות המטפל, אם מצבו הרפואי של החולה עומד בדרישות ההגדרה של חולה הנוטה למות. אם הרופא האישי של החולה זמין, יש להיוועץ גם בו.

הערה: חברי הוועדה הציבורית הגיעו להסכמה שיש צורך ב"כתובת" ברורה להגדרת החולה כנוטה למות, על כל המשתמע מכך לגבי חוק זה. לפיכך נקבע בהצעה, שהרופא האחראי כפי הגדרתו בסעיף 1(ב) הוא המוסמך לעניין זה, אך עליו להתייעץ עם הרופאים המומחים בצוות המטפל, שכן לעתים מדובר בחולה הסובל מבעיות רב-מערכתיות שלגביו נדרש מידע ממומחים שונים. בנוסף לכך מצאו חברי הוועדה לנכון לשתף גם את הרופא האישי של החולה הנוטה למות בהגדרת מצבו, על פי הגדרתו בסעיף 1(ב), מתוך הנחה שהוא יודע פרטים רבים, רפואיים ואחרים, אודות החולה, אשר לא תמיד ידועים לרופא האחראי או לצוות המטפל בבית חולים, שכן אלו לעתים מכירים את החולה רק זמן קצר לפני הצורך בהגדרתו כחולה הנוטה למות.

(ג). חלק החולה או נציגו על קביעה זו של הרופא האחראי, תכריע בדבר וועדת האתיקה המוסדית.

4. חובת הדיון

משנקבע שהחולה הוא נוטה למות, יקיים הרופא האחראי יחד עם הצוות המטפל, בהקדם האפשרי, דיון מפורט על מצבו של החולה, ועל הטיפול הרפואי הראוי בו, בהתאם להוראות חוק זה.

פרק ב: עקרונות וחזקות

5. עקרון יסוד

מצבו הרפואי, רצונו וסבלו המשמעותי של החולה הנוטה למות הם הנתונים הבלעדיים לעניין השיקולים הנוגעים להמשך הטיפול הרפואי בו או בהימנעות מטיפול בו.

6. חזקת הרצון לחיות

(א). חזקה על אדם שהוא רוצה להוסיף לחיות, אלא אם כן הוכח אחרת מעל לכל ספק, ובמקרה של ספק יש לנטות לטובת החיים.

(ב). אין מוציאים חולה הנוטה למות מחזקת רצונו להוסיף לחיות אלא בהתקיים בו אחד מאלה:

(1) חולה כשיר — על פי דבריו המאוחרים ביותר.

(2) חולה בלתי כשיר —

(א) על פי הנחיות רפואיות מקדימות, או על פי הנחיות בא כוחו, לפי הוראות פרק ד לחוק זה.

(ב) (1) בהיעדר הנחיות רפואיות מקדימות או בא כוח, על הרופא האחראי לעשות מאמץ לברר עדותם של בן משפחה או ידיד כמוגדר לעיל ורשאי הרופא להתחשב בעדות ברורה מפיהם;

הערה: לדעת רוב חברי הוועדה הציבורית יש מעמד לבן משפחה או לידיד לעניין חוק זה רק כאשר הם מעידים עדות הברורה על רצון החולה; אין חשיבות לצורך חוק זה ברצונם-הם או בהערכתם האישית על מה ראוי או בלתי ראוי לעשות לחולה.

(2) בהיעדר כל אלו רשאי הרופא להתחשב בעמדתו של אפוטרופוס, אם התמנה כזה;

הערה: מעמד האפוטרופוס לעניין חוק זה הוא מוגבל, שכן אין הוא יכול לייצג את רצונו של החולה, מאחר שמינויו על ידי בית המשפט בא בשלב שהחולה כבר איננו כשיר להביע את רצונו. ההתחשבות בעמדתו היא רק מכוח המינוי שלו לצורך שמירה על האינטרסים של החולה.

(ג). חובת המטפל לעשות כל שלאל ידו כדי להציל את חיי החולה ולעכב את מיתתו אינה חלה לגבי חולה הנוטה למות שיצא מחזקת רצונו להוסיף לחיות, כאשר הטיפול צפוי להאריך את סבלו; והכל כאמור בחוק זה.

7. חזקת כשרות

(א). חזקה על אדם שהוא כשיר. חזקה זו חלה על אדם שמלאו לו 17 שנה.

הערה: חברי הוועדה הציבורית מצאו לנכון לסטות מהמקובל בחקיקה עד היום, שבאופן גורף נחשב אדם כבגיר רק מעל גיל 18 שנה; הנחת חברי הוועדה היא, שכשרות שכלית לקבלת החלטות קיימת גם מתחת לגיל 18 שנה. הבחירה של גיל 17 שנה אף היא שרירותית במידה רבה, אך היא משקפת את הרצון לקבוע גיל כשרות יותר הגיוני. כמו כן מודגש בסעיף זה, שיש לשתף בהליך קבלת החלטות גם קטינים, ובלבד שכושרם השכלי והנפשי מוערך כמתאים לצורך זה.

(ב). אין מוציאים אדם מחזקת כשרותו לצורך חוק זה, אלא בהחלטה רפואית מוסמכת, מנומקת ומתועדת של הרופא האחראי בהתייעצות עם הצוות המטפל.

הערה: א) היו מחברי הוועדה הציבורית שדרשו בכל מקרה בדיקה על ידי פסיכיאטר לצורך קביעת כשרותו של אדם לצורך חוק זה, אך מרבית חברי הוועדה הציבורית סברו שדרישה גורפת כזו תקשה מאד על הניהול הרפואי השוטף, ומבחינה מעשית הדבר בלתי אפשרי. אי לכך הוסכם שיש לתת סמכות לרופא האחראי, כפי הגדרתו בסעיף 2, שידע מתי לבקש הערכה פסיכיאטרית, ומתי לא יהא צורך בכך. "החלטה רפואית מוסמכת" דורשת לעתים מעורבות של פסיכיאטר, כאשר מצבו הקוגניטיבי והרגשי של החולה הנוטה למות לא ברור לרופא האחראי.

ב) סעיף זה בא להסדיר את ההתנהגות היומיומית בבית החולים. כמובן, שאין זה בא לגרוע מסמכותו של בית המשפט לקבוע את כשרותו של אדם לכל נושא ועניין, כולל למטרות הצעת חוק זה.

(ג) אם החלטת הרופא האחראי איננה מקובלת על החולה, תכריע בדבר וועדת האתיקה המוסדית.

(ד) קטין שטרם מלאו לו 17 שנה, על הצוות המטפל להעריך את כושרו ובשלותו השכלית והנפשית, ובהתאם לכך לשתף אותו בהחלטה על המשך הטיפול הרפואי בו. במקרה של מחלוקת בין הקטין לבין הוריו או בינו לבין הצוות המטפל, תכריע בדבר וועדת האתיקה המוסדית.

8. חזקת תקפות

הוראה מוקדמת עומדת בעינה עד שיוכח שעמדת נותנה השתנתה.

פרק ג: הטיפול בחולה הנוטה למות

סימן א: חולה נוטה למות הרוצה להוסיף לחיות

9(א). חולה נוטה למות כשיר המבקש טיפול רפואי מעבר למוצע על ידי הצוות המטפל על מנת להאריך את חייו, חובה על הצוות המטפל לכבד את רצונו, למעט טיפול שלפי ההערכה הרפואית לא צפוי שיאריך את חייו, וטיפול שעלול לגרום נזק משמעותי לחולה.

הערה: סעיף זה בא לתת מענה אוטונומי לחולה שערך החיים שלו, לגביו, הוא בעל משמעות, גם אם מדובר באיכות חיים נמוכה, או באורך-חיים קצר. גישה פרטית כזו של אדם יכולה לנבוע משיקולים פילוסופיים, דתיים או סובייקטיביים. בסעיף זה יש משום ביטול חלקי של המושג "טיפול עקר" [futile treatment], אשר לפי גישות שונות הבאות לידי ביטוי בספרות המקצועית, הוא איננו מבטא מציאות מדעית/רפואית אלא גישה ערכית/סובייקטיבית של מקבל ההחלטות עבור החולה. יחד עם זאת, סבורים חברי הוועדה הציבורית שאין חובה לתת לחולה טיפולים חריגים במיוחד, שלא צפויים להאריך את חיי החולה, או שעלולים לגרום לו נזק משמעותי.

(ב). חולה שאינו כשיר —

(1). הוראתו בהנחיות רפואיות מקדימות, או הוראת בא כוחו בהתאם לפרק ד של חוק זה, או הוראת אפוטרופסו, או עדותם המשותפת, החד-משמעית והברורה של בני המשפחה או הידידים, ייחשבו כהבעת רצונו של החולה הנוטה למות. הרופא האחראי רשאי לראות גם בעדותו הברורה של בן משפחה או ידיד יחיד את הבעת רצונו של החולה הנוטה למות לעניין זה.

הערה: חברי הוועדה הציבורית סבורים כי יש להבחין בין עדות משותפת, ברורה וחד-משמעית של כל בני המשפחה והידידים בדבר רצונו של החולה להאריך את חייו בכל דרך, לבין עדות ברורה של בן משפחה או ידיד יחיד בעניין זה. במקרה הראשון חלה חובה לקבל את העדות; במקרה השני אמנם רשאי הרופא לקבל עדות זו, אך אם יש לו סיבה טובה שלא לקבל עדות זו, אין הוא חייב לקבלה. מובן שאם לחולה הנוטה למות יש רק בן משפחה יחיד ובודד, דינו כאילו היתה עדות של כל בני המשפחה.

כאשר בני המשפחה או הידידים חלוקים ביניהם בדבר רצונו של החולה הנוטה למות, יש להביא את הדיון להכרעת הוועדה האתית המוסדית.

(2). על הרופא האחראי לעשות מאמץ סביר לקבל את כל הנתונים

והמסמכים מכל הגורמים הרלוונטיים הנימנים בס"ק 1 לעיל, ולהגיע להסכמה על המשך הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות. במקרה של אי-הסכמה בין הגורמים הנ"ל, או בין הרופא האחראי לבין מי מהגורמים הנ"ל, תכריע בדבר הוועדה האתית המוסדית, או מי שהוסמך לכך מטעמה, בהתאם לפרק ו סימן א לחוק זה.

סימן ב: חולה הנוטה למות אשר אינו רוצה שחייו יוארכו

10. מתן טיפול רפואי לחולה נוטה למות הכשיר

חולה הנוטה למות, שיצא מחזקת הרוצה להוסיף לחיות על פי סעיף 6(ב) דלעיל, והוא כשיר —

(א). לא יינתן לו טיפול רפואי אלא אם כן נתן לכך הסכמה מדעת.

(ב). חובה על הצוות הרפואי לעשות כל מאמץ לשכנע את החולה שיינתנו לו חמצן, אוכל, שתיה, תרופות קבועות, וטיפול מקל (פליאטיבי), בכל צורה יעילה, כשאין לכך הוריית-נגד רפואית.

הערה: בנושא זה היתה מחלוקת בין חברי הוועדה הציבורית: היו שסברו, שאין האדם בעלים על גופו להתאבד על ידי מניעת טיפול שגרתי, ובעיקר על ידי מניעת אוכל ושתיה, כאשר אין הוריית-נגד רפואית, וכאשר אין קשר בין טיפולים אלו לבין הבעיה הרפואית חשוכת המרפא שבגינה הוא הוגדר כחולה הנוטה למות. לפיכך, יש לכפות טיפולים אלו גם על חולה כשיר. לעומתם, היו שהצביעו על כך שחוק זכויות החולה מכיר בזכותו של אדם (כשהוא כשיר) למנוע מעצמו טיפול כלשהו, ושהאוטונומיה של החולה היא הערך הדומיננטי במקרים כגון אלו, ולפיכך יש לקבל כל בקשה של חולה כשיר, "בזמן אמת", שלא לקבל כל טיפול רפואי, גם אם הוא שגרתי, ואפילו שלא לאכול ולשתות. חברי הוועדה הציבורית הגיעו להסכמה, שאין זה ראוי לאפשר לאדם למות ברעב, או למות על ידי היעדר טיפול שגרתי, מבלי לעשות כל מאמץ אפשרי לשכנעו לנהוג אחרת. מאידך גיסא, הסכימו חברי הוועדה הציבורית, שאין לכפות עליו טיפולים אלו, אם מאמצי השכנוע נכשלו. זאת מפני טעמים אחדים: טיפול כפוי כזה עלול להזיק לחולה מבחינה נפשית, ודווקא לקרב את מותו; כפיית החולה לטיפולים כאלו מחייבת את קשירתו וטיפול בו בדרך פולשנית, ואין זה כבוד האדם לנהוג כך באדם כשיר; מבחינה מעשית דבר כזה הוא כמעט בלתי אפשרי.

11. מתן טיפול רפואי לחולה נוטה למות הבלתי כשיר

חולה הנוטה למות, שיצא מחזקת הרוצה להוסיף לחיות על פי סעיף 6(ב) דלעיל, והוא אינו כשיר, יינתן לו טיפול רפואי על פי הנתונים והגורמים המפורטים באותו סעיף.

(א) על הרופא האחראי לעשות מאמץ סביר לקבל את כל הנתונים והמסמכים מכל הגורמים הרלוונטיים כמפורט בסעיף 9(ב) לעיל, ולהגיע להסכמה על המשך הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות. במקרה של אי-הסכמה בין הגורמים הנ"ל, או בין הרופא לבין מי מהגורמים הנ"ל, תכריע בדבר הוועדה האתית המוסדית, או מי שהוסמך לכך מטעמה, בהתאם לפרק ו סימן א לחוק זה.

(ב) בהיעדר כל הנתונים והמסמכים האלו, כאשר מדובר בחולה בלתי כשיר בשלב סופי, רשאי הרופא לנהוג על פי הוראות חוק זה בסעיפים 12-13, ורשאי גם להימנע מאמצעים טיפוליים מיוחדים.

הערה: בסעיף זה מוצע להפעיל את העקרון המנחה ביחס לחולה בשלב הסופי של חייו. ההנחה הנתמכת בנתונים סטטיסטיים היא שרוב החולים, שיענו על הקריטריונים של חולה הנוטה למות, יהיו בלתי כשירים בעת הצורך לקבל החלטות טיפוליות, וכי לרוב החולים הללו לא יהיו הנחיות רפואיות מקדימות או באי-כוח שהם מינו בהיותם כשירים. יתר על כן, ההנחה הסטטיסטית היא שביחס לרובם גם לא תהיה עדות ברורה וחד-משמעית על רצונם, אשר תוכל לשמש את בני המשפחה או הידידים לתרום להליך קבלת ההחלטות לפי הצעת חוק זו. אשר על כן, בדרך כלל תחול החזקה על פי סעיף 5(א-ב) ביחס לחולה הנוטה למות. אך בתקופת סוף-סוף החיים, בהתקיים שלושת התנאים המוצעים (הערכה לתוחלת חיים של פחות משבועיים ימים, כשל של יותר ממערכת חיונית אחת, סבל משמעותי), מוצע להניח שמתקיימת חזקה שאין החולה רוצה עוד לחיות, כי הגיע "עת למות", ולפיכך מותר להגביל את הטיפול לא רק על פי סעיפים 12-13 להלן, אלא גם ביחס לאמצעים טיפוליים מיוחדים, כפי שהוגדרו בסעיף 2.

12. הפסקת טיפול רפואי

(א). אסור להפסיק טיפול רפואי רציף שלא לצורך טיפול רפואי כשההפסקה עלולה להביא למותו של חולה, בין שהוא כשיר ובין שאינו כשיר; אך מותר להפסיק טיפול רפואי בדיד בכפוף לסעיף 13.

(ב). טיפול רפואי רציף, שהופסק רק בגלל סיבות רפואיות — יחול עליו סעיף 13(א).

הערה: א) הטיפול הרלוונטי העיקרי, וכמעט היחיד, הכלול בהגדרה של טיפול רפואי רציף הוא הנשמה מלאכותית במנשם (ventilator, respirator). לעומת זאת, כמעט כל הטיפולים הרלוונטיים בחולים הנוטים למות כלולים בהגדרה של טיפול רפואי בדיד, כגון כימותרפיה, רדיותרפיה, דיאליזה וכיו"ב. וראו בהערה לאחר סעיף 13.

ב) הפסקת פעולת מנשם מסיבות רפואיות מתייחסת למצב שבו מבחינה רפואית

יש נתונים המאפשרים גמילה ממכשיר ההנשמה כחלק מהליך רפואי, ומתוך הנחה שהחולה ימשיך לחיות ללא צורך במנשם. אם במהלך הגמילה ובתקופה הסמוכה שלאחריה נותר החולה יציב מבחינת הסימנים החיוניים, ואחר כך חלה החמרה או הידרדרות במצבו כי אז יחול עליו סעיף 13(א).

13. הימנעות מטיפול רפואי

(א). בכפוף לאמור בחוק זה מותרת הימנעות מטיפול רפואי הקשור לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא של חולה הנוטה למות, בין שהוא כשיר ובין שאינו כשיר, הכרוך בסבל משמעותי; בכלל זה מותר להימנע מהחייאה, מחיבור למכשיר הנשמה, מטיפולים כימותרפיים או הקרנות, מדיאליזה, מניתוחים, מבדיקות, או מטיפולים ניסיוניים.

(ב). בחולה הנוטה למות שאינו כשיר אסור להימנע מפעולות המכוונות לטיפול באירועים רפואיים המתרחשים בו ללא קשר לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא — טיפולים שגרתיים נחוצים לטיפול במחלות אינטרקורנטיות, במחלות רקע, ובכאבים. מניעת אוכל ושתיה — בכל צורה — אסורה.

(ג). האיסור על פי האמור בס"ק(ב) לעיל לא יחול כשיש הוריית-נגד רפואית מוכחת לגבי החולה, ולא אם קיימות הנחיות רפואיות מקדימות שבהן דרישה להימנע מטיפולים כאלה; אך הנחיות רפואיות מקדימות להימנע מטיפולים כאלה לא תהיינה בעלות תוקף אלא בחולה בשלב סופי, כאשר מדובר באוכל, שתיה, או טיפולים שגרתיים שהימנעות מהם לא צפויה לגרום לקיצור חיי החולה הנוטה למות.

הערה: (א) סעיפים 12-13 מתייחסים למצב שנהגו לכנותו המתה (אותנזיה) או מיתה סבילה (פסיבית) או המתה (מיתה) במחדל (passive euthanasia). מושגים אלו שנויים במחלוקת בספרות המקצועית, ולפיכך החליטו מרבית חברי הוועדה הציבורית שלא לכלול אותם בסעיף ההגדרות 2, אלא להתייחס למציאות המתוארת בסעיפים 12-13.

(ב) סעיפים אלו היו הסעיפים השנויים ביותר במחלוקת בין חברי הוועדה, וחלק מהם הסתייגו מסעיפים אלו. ההצעה דלעיל מבוססת על סדרת ההנחות הבאות: הדוגלים בערך החיים כערך מוחלט ואין-סופי אינם יכולים להסכים להגבלת טיפול כלשהו, בין אם הוא רציף או בדיד, בין אם מדובר בהפסקת טיפול או בהימנעות מטיפול, בין אם מדובר בטיפולים הקשורים לבעיה הרפואית חשוכת המרפא או שמדובר בטיפולים שגרתיים. בכל מקרה, לשיטה זו, יש להמשיך בכל טיפול שיאריך את חיי החולה, ללא קשר לאיכות חייו או לאורכם הצפוי, ואף ללא קשר לרצונו או סירובו בנידון. הדוגלים בערך האוטונומיה כערך עליון, או אף מוחלט, אינם יכולים להסכים להגבלה כלשהי ביחס לרצונו של החולה בכל הנוגע לצורת הטיפול בו. לפיכך, גם הם אינם

מכירים באבחנה כלשהי של צורת טיפול, אלא שלשיטה זו יש דווקא להימנע או להפסיק כל טיפול, בין אם הוא קשור לבעיה הרפואית חשוכת המרפא ובין אם לאו, ואפילו אוכל ושתיה — הכל בכפוף לרצונו של החולה. יתר על כן, בצורה הקיצונית של עקרון האוטונומיה יש לכבד גם רצון של חולה לסיוע בהתאבדות, ואף להמתה במעשה. כל חברי הוועדה הציבורית הסכימו שיש לאזן בין ערך החיים לבין ערך האוטונומיה. לפיכך, מוסכם על דעת כל חברי הוועדה שאין לכבד בקשה אוטונומית של חולה הנוטה למות להמתה במעשה (סעיף 16 להלן), וכמעט כולם הסכימו שאין לכבד בקשה אוטונומית של חולה הנוטה למות לסיוע להתאבדות (סעיף 17 להלן). מאידך גיסא, מוסכם על דעת כל חברי הוועדה, שאין לטפל בכל חולה ללא גבול ובניגוד לרצונו. אלא שעדיין נותרה מחלוקת בין חברי הוועדה הציבורית ביחס לאיזון הפרטני בין הקצוות הללו: חלק מחברי הוועדה סברו, שהאיזון הראוי הוא לכבד את ערך החיים ככל שהדבר נוגע להמתה במעשה ולסיוע להתאבדות, ולכבד את ערך האוטונומיה ככל שהדבר נוגע לכל טיפול ולכל דרך של טיפול. לפיכך, לדעתם יש לאסור המתה במעשה וסיוע להתאבדות, גם אם זה רצונו של החולה, אך יש לקבל את רצונו ביחס לאי-טיפול, בלא להבחין בין טיפול רציף לטיפול בדיד, ובין טיפול הקשור לבעיה הרפואית חשוכת המרפא או שאין הטיפול קשור בה, שכן לדעתם אין להבדלים אלו בסיס מוסרי, ואין לכפות על אדם טיפול או המשכת-טיפול בניגוד לרצונו. לעומתם היו בין חברי הוועדה שסברו, שיש הבדל משפטי ומוסרי בין הימנעות מפעולה בדרך פסיבית, בבחינת "שב ואל תעשה", אף שתוצאתה היא מותו של החולה, שכן במקרה כזה הוא מת ממחלתו ולא מהתערבות של בני אדם, לבין פעולה אקטיבית של ניתוק מכשירים, בבחינת "קום ועשה", אשר עצם הפעולה מביאה למותו של החולה. כמו כן היו מבין חברי הוועדה שסברו שגם מבחינה רגשית ומקצועית קיים הבדל בין הימנעות מטיפול לבין הפסקת טיפול, כפי שעולה מסקרי דעת רופאים ואחיות, אשר בפועל מבחינים בין שתי צורות אלו. עוד היו מבין חברי הוועדה שסברו, שאף שמבחינה מוסרית, לדעתם, אין הבדל מהותי בין הימנעות מטיפול לבין הפסקת טיפול, הרי שמבחינת האתיקה המקצועית של הרופאים יש להבחין ביניהם, שכן תפקיד הרופא הוא לרפא ולהציל חיים, ואין תפקידו לקצר חיים. אשר על כן, הפסקת טיפול בפועל ובידיים נוגדת, לדעתם, את האתיקה המקצועית. עוד היו מחברי הוועדה שחששו מפני המדרון החלקלק, כאשר היתר של הפסקת טיפול רציף יביא בעקבותיו להיתר המתה במעשה או סיוע בהתאבדות, שכן קיים דמיון תועלתי רב בין הקבוצות הללו.

חלק מחברי הוועדה הציבורית סברו, שיש להבחין בין טיפולים הקשורים לבעיה הרפואית חשוכת המרפא, שלגביהם יכולים לחול הגבלות טיפוליות בהתאם לתנאי הצעת חוק זו, לבין טיפולים שאינם קשורים לבעיה הרפואית חשוכת המרפא, שכן הימנעות מטיפולים שאינם קשורים לבעיה הרפואית

חשוכת המרפא, ובוודאי הימנעות מאכילה ושתיה, היא בעצם צורה של התאבדות, ובלשון אחד החברים, היא לקיחת "טרמפ" על הבעיה הרפואית חשוכת המרפא כדי למות. עוד היו חברים שלא רואים בטיפול בבעיות הרפואיות בסוף החיים מעין עסקת חבילה, הכל או לא כלום, אלא יש להבחין בין סוגי טיפולים שונים. עוד היו חברים שהבחינו בין טיפולים רפואיים לבין אוכל ושתיה, שלדעתם אין הם שווים — אוכל ושתיה הם צרכים בסיסיים של כל אדם חי, ואין לראות בהם צורה של טיפול; הימנעות ממתן אוכל ושתיה, ועקב כך מוות מרעב ומצמא, יש בו פגיעה משמעותית בכבוד האדם.

(ג) מכל מקום התברר, שהגישה שאינה מבחינה בין סוגי טיפולים, ובין צורות מתן או אי-מתן הטיפולים נוגדת בצורה ברורה וקוטבית את עמדת ההלכה על פי דעת רוב-רובם של הפוסקים. לפי עמדה זו יש בהפסקת טיפול רציף המביא למותו של החולה משום רציחה, ולפיכך היא כדין המתה במעשה (סעיף 16 להלן). כמו כן הימנעות מאוכל ושתיה וטיפולים שגרתיים היא בגדר התאבדות, ולכן היא אסורה (סעיף 17 להלן). מאידך, מסכימים רבים מהפוסקים, אם כי לא כולם, שהימנעות מטיפולים הקשורים לבעיה חשוכת המרפא מותרת. לדעת אחד מהפוסקים מותרת הימנעות כזאת רק אם הטיפול עצמו מוסיף סבל משמעותי וחדש לחולה, אך רבים מהפוסקים סבורים שעצם הארכת חיי סבל מהווה נימוק להימנעות מהארכת החיים באמצעים הקשורים למחלה חשוכת המרפא.

(ד) הנחת חברי הוועדה הציבורית היתה שסלע המחלוקת הנוגע להפסקת פעולת מכשיר הנשמה עשוי להיות רלוונטי מבחינה מעשית במספר מצומצם של מקרים. שכן אדם המעוניין בטיפול כזה, ובהמשך טיפולו גם במצב של חולה הנוטה למות, בוודאי זכאי לקבל טיפול זה; אדם שאיננו מעוניין בטיפול כזה במצב של חולה הנוטה למות, יוכל להימנע מטיפול זה על פי הצעת חוק זו בדרכים אחדות; חולה נוטה למות בשלב סופי, לא יחובר למכשיר הנשמה, אלא אם כן ביקש זאת. אשר על כן, שיעור החולים הנוטים למות שיחוברו למכשיר הנשמה, ויהא צורך כלשהו לנתקם ממנו, צפוי שיהיה נמוך. יחד עם זאת, הוסכם על ידי חברי הוועדה, שיש למצוא פתרונות הולמים גם לחולים כאלו, ועניינם יוכל להידון בפני וועדת האתיקה הארצית, בתוקף סמכותה לדון במקרים חריגים בעלי משמעות עקרונית (סעיף 48(א) להלן). ניתן בתנאים שונים להפוך את ההנשמה מטיפול רציף לטיפול בדיד, כגון על ידי התקנת קוצב-זמן (timer) על מכשיר ההנשמה [הצדקות מוסריות לשימוש במכשיר כזה ראה במאמר Ravitsky V, Timers on ventilators, BMJ 330:415-7, 2005], או בדרכים אחרות, אשר ייבחנו בהקדם על ידי מומחים בתחום הטכני-רפואי וייושמו בהקדם האפשרי. וראו בפרק ה של דו"ח הוועדה הציבורית, המלצות חברי הוועדה הציבורית בנידון. אחד מחברי הוועדה ציין כי יש מהפוסקים שפתרון ה-timer איננו מקובל עליו בגלל תקלות אפשריות, אם כי פוסקים אחרים

סבורים, שפתרון זה מקובל על פי ההלכה.

(ה) ביחס למצב שבו אדם תיעד בהנחיות רפואיות מקדימות, או שהורה לבא כוחו, שאין רצונו שיאכילו או ישקו אותו או יתנו לו טיפול רפואי שגרתי בעת שיהא חולה נוטה למות — הוסכם על ידי חברי הוועדה הציבורית, כמוצא של פשרה, הפתרון הבא: אין לקבל הנחיה כזו בשלבים המוקדמים של מצבו כנוטה למות, שכן אין אפשרות לנסות לשכנעו, כמתחייב מסעיף 10(ב) לעיל, ולכן יש לראות בזה משום סיוע להתאבדות; וכן בהיותו בלתי כשיר אין הוא מבצע פעולות התנגדות להאכלתו, ועל כן הפגיעה בכבוד האדם למות מרעב או מצמא גוברת על הפגיעה באי-מילוי רצונו הקודם. נתונים אלו מבדילים בין חולה כשיר "בזמן אמת", שאמנם יש לשכנעו לקבל טיפולים אלו, אך אין לכפות עליו טיפולים אלו, לבין חולה בלתי כשיר "בזמן אמת", למרות שנתן הנחיות רפואיות מקדימות בנידון. אכן, על פי מה שנמסר לחברי הוועדה מהמומחים הרפואיים, הימנעות מאוכל ומטיפולים שגרתיים בשלב הסופי של החיים, כמוגדר בסעיף 2 לעיל, אינם משנים את המהלך הטבעי, ועל פי הידע הרפואי החולה ימות ממילא ממחלתו בתקופה זו. לפיכך, אין בקיום בקשתו משום התאבדות, ואין בזה משום פגיעה בכבוד האדם.

14. מצב חירום רפואי

(א). במצב חירום רפואי כשהחולה הנוטה למות איננו כשיר, או שלא ניתן לקבל הסכמתו-מדעת בשל נסיבות החירום, והוא לא הביע את רצונו מראש באחת הדרכים המנויות בחוק זה, ובהעדר עדות ברורה של בן משפחה או ידיד — יש לנהוג על פי הוראות סעיף 15(3) לחוק זכויות החולה ה'תשנ"ו-1996.

הערה: סעיף 15(3) לחוק זכויות החולה קובע: "בנסיבות של מצב חירום רפואי רשאי מטפל לתת טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, אם בשל נסיבות החירום, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת; טיפול רפואי המנוי בתוספת יינתן בהסכמת שלושה רופאים, אלא אם כן נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת".

(ב). חולה בשלב סופי, המוכר לרופא ככזה, הנמצא במצב חירום רפואי, בתנאים המתוארים בס"ק (א) דלעיל, רשאי הרופא להימנע מטיפול רפואי מציל-חיים בו, ורשאי הוא גם להימנע מאמצעים טיפוליים מיוחדים.

15. טיפול מקל (פליאטיבי)

(א). מטרת הטיפול המקל היא הקלה על כאב וסבל, ושיפור איכות החיים.

(ב). חובה על הצוות המטפל לעשות כל הניתן להקל על כאבו וסבלו של החולה הנוטה למות, הכשיר והבלתי כשיר, למרות סיכונים סבירים לחייו, הן באמצעות תרופות משככות כאבים ותרופות רלוונטיות אחרות, והן באמצעים פסיכולוגיים, סיעודיים וסביבתיים, על פי העקרונות והסטנדרטים המקובלים של הטיפול הפליאטיבי.

(ג). על הצוות המטפל לדאוג במידת האפשר גם לרווחת בני המשפחה של החולה הנוטה למות, על פי העקרונות והסטנדרטים המקובלים של הטיפול הסוציאלי והטיפול הפליאטיבי.

הערה: חברי הוועדה הציבורית רואים בחיוב רב את הכנסת סעיף זה להצעת החוק, אשר נותן זכות לכל אדם לקבל טיפול פליאטיבי, והמחייב את הצוות המטפל לתת טיפול כזה בצורה אופטימלית, הן ביחס לחולה עצמו והן ביחס לבני משפחתו, תוך הדגשת המטרה של טיפול זה בסעיף 15(א). וראו עוד בפרק ה של דו"ח הוועדה הציבורית, המלצות חברי הוועדה הציבורית בנידון.

16. איסור המתה במעשה

פעולה שהיא טיפול רפואי, או שהיא טיפול רפואי במראית עין, שכוונתה או תוצאתה הוודאית לרוב דעות המומחים העוסקים בתחום זה באותה עת היא גם מעשה המתה — אסורה, גם אם היא נעשית מתוך מניעי חסד וחמלה, או נעשית על פי בקשתו המפורשת של החולה הנוטה למות, בא כוחו, אפוטרופסו, בן משפחה, ידיד, או כל אדם אחר.

הערה: (א) סעיף זה בא לאסור בצורה ברורה וחד-משמעית את מה שמכונה אותנזיה פעילה (אקטיבית) (active euthanasia). בסעיף זה בא לידי ביטוי לא רק עצם האיסור המכוון להמית חולה, אלא גם כאשר הדבר נעשה בדרך של טיפול רפואי, או במראית עין של טיפול רפואי.

(ב) רוב חברי הוועדה הציבורית הסכימו שלא רק כוונה להמית את החולה אסורה, אלא גם כאשר התוצאה הוודאית של הטיפול הרפואי או מראית העין של הטיפול הרפואי היא מותו של החולה, נכללת פעולה כזו באיסור ההמתה במעשה. מאידך גיסא, אין הכוונה בסעיף זה לאסור טיפול מועיל לחולה, כגון טיפול במשככי כאבים, כאשר הוא נעשה בכוונה להקל על החולה ולא להמיתו, וזאת גם כאשר קיים סיכון של החשת המוות בגין הטיפול, כמפורט בסעיף 15(ב) לעיל, כל עוד מדובר בטיפול מקובל, שתוצאת המוות איננה וודאית אלא אפשרית. הבדל זה מבוסס על התפיסה שעקרון ה-double effect הוא מוסרי רק כאשר התוצאה השלילית היא אפשרית ולא הכרחית.

(ג) המתה במעשה שלא בדרך טיפול רפואי, כגון הזרקת חומר רעל קטלני או יריה, בוודאי אסורה מדיני החוק הפלילי, אך שאין עניינה במסגרת הצעת החוק הזו, ולכן לא נכללה בסעיף זה.

17. סיוע להתאבדות

סיוע להתאבדות, על ידי מטפל או על ידי כל אדם אחר — אסור, גם אם הוא נעשה מתוך מניעי חסד וחמלה, וגם אם זו בקשתו המפורשת של החולה הנוטה למות.

הערה: הרוב המכריע של חברי הוועדה הסכים לסעיף זה. אחד מחברי הוועדה הסתייג מסעיף זה, וסבור שיש להתיר סיוע להתאבדות כמוצא ראוי לחולים מסויימים, זאת על אף שאיסור הסיוע להתאבדות קיים ממילא בספר החוקים של מדינת ישראל.

סימן ג: תיעוד והערכה

18. חובת תיעוד

עם קבלת החלטה על דרך הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות —

(א). על הרופא האחראי לתעד את הדיון, הנימוקים וההחלטות בגיליונו של החולה הנוטה למות.

(ב). על הרופא האחראי לעשות מאמץ סביר להביא את ההחלטה מיד ובצורה ברורה לידיעת כל הגורמים הרלוונטיים, רפואיים ואחרים, הידועים לו ומעורבים בטיפולו של החולה הנוטה למות, וכן יאפשר לגורמים המעורבים עיון במידע הרפואי, אלא אם כן אסר המטופל על מי מהם לקבל מידע רפואי הנוגע לו. כללים סותרים של סודיות רפואית לא יחולו לגבי סעיף זה.

(ג). השר יקבע בתקנות נהלים לתיעוד ולדיווח בדבר הליכי קבלת ההחלטה הנוגעים לחולה הנוטה למות על פי חוק זה, לצורכי בקרה ומחקר, הן במסגרת הרשומה הרפואית של החולה והן במסגרת ארצית, והבאת ההחלטה לידיעת הגורמים המעורבים בטיפול בחולה.

19. חובת הערכה חוזרת

יש לבצע הערכות רפואיות חוזרות לגבי החולה הנוטה למות, ומשחל שינוי במצבו או ברצונו, יש לחזור ולקבוע את המדיניות של הטיפול הרפואי בו.

פרק ד: קביעת רצונו של החולה הבלתי כשיר

20. כללי

(א). אדם רשאי להביע את רצונו מראש בשאלת הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו אם יהיה חולה נוטה למות, בין בהנחיות רפואיות

מקדימות, בין במינוי בא-כוח, ובין בשילוב ביניהם, לפי הוראות פרק זה.
(ב). הנחיות רפואיות מקדימות מתועדות והנחיות בא כוח — מחייבות, בכפוף להוראות חוק זה.

סימן א: הנחיות רפואיות מקדימות

21. הוראת היסוד

הנחיות רפואיות מקדימות הן כלי להבעת רצונו של אדם למימוש האוטונומיה שלו בגבולות המותר בחוק זה, לכשלא יהיה כשיר או מסוגל עוד לבטא רצון זה. תוקף ההנחיות יהיה בהתאם להוראות חוק זה.

הערה: באופן כללי סבורים חברי הוועדה הציבורית שיש לאזן בין הצורך לפשט את הליכי ההנחיות הרפואיות המקדימות ו/או מינוי בא-כוח, על מנת לאפשר לרבים ככל האפשר להביע את רצונם בדרך כזו, לבין הצורך להבטיח שהדברים הנוגעים לחיים ולמוות ייעשו בצורה רצינית, מודעת ויעילה ליישום ככל האפשר. אשר על כן, מכילה הצעת החוק פירוט רב של תנאים להבטחת האיזון הראוי הזה.

22. הכשרות לתת הנחיות

אדם שמלאו לו 17 שנה הכשיר לתת הסכמה מדעת להנחיות רפואיות — כשיר לתת אותן.

הערה: (א) ראו הערה לסעיף 7(א) לעיל.

(ב) היו מחברי הוועדה הציבורית שסברו שיש לדרוש השתתפות פסיכיאטר בכל הליך של מתן הנחיות רפואיות מקדימות, אך מרבית חברי הוועדה סברו שהדבר בלתי ישים מבחינה מעשית, וכי ההכבדה הזו תפר את האיזון כמפורט בהערה לסעיף 21 לעיל.

23. אין משמעות לאי-מתן הנחיות

אין לייחס לאי-מתן הנחיות רפואיות מקדימות משמעות לגבי רצונו של האדם לעניין הטיפול הרפואי בו.

24. דרכי מתן ההנחיות ותיעודן

ניתן לתעד הנחיות רפואיות מקדימות בין בנוסח שייקבע בתקנות ובין בנוסח אחר, או באמצעים טכניים אחרים. הנחיות רפואיות מקדימות שאינן מתועדות — אינן מחייבות, אך יש להביאן בחשבון במסגרת השיקולים של מקבלי ההחלטות, בהתאם לסעיף 9.

הערה: בפני חברי הוועדה הציבורית עמדה הצעה להוסיף טופס מובנה ומחייב של הנחיות רפואיות מקדימות כנספח לחוק זה. עמדה זו נדחתה על ידי רוב חברי הוועדה, וזאת על מנת לאפשר גמישות ואינדיבידואליות בתיעוד הנחיות רפואיות מקדימות. יחד עם זאת, מציעה הוועדה בהמלצותיה, המלוות הצעת חוק זו (ראו פרק ה לדו"ח הוועדה הציבורית), שמנכ"ל משרד הבריאות יתקין בתקנות נוסח מעובד באופן מקצועי לטופס הנחיות רפואיות מקדימות, שאדם הרוצה בכך יוכל להשתמש בו.

25. התנאים לתוקף ההנחיות

(א). הנחיות רפואיות מקדימות תהיינה בנות-תוקף כשניתנו על ידי בעל ההנחיות לאחר שקיבל את המידע הרפואי הדרוש לו מרופא או מאחות מוסמכת; הנחיות שניתנו במסמך ייחתמו על ידי בעל ההנחיות ושני עדים, והרופא או האחות המוסמכת רשאים לשמש עדים.

הערה: היו מחברי הוועדה הציבורית שסברו שהרופא חייב להיות חתום כעד על מסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות; היו חברים שסברו שיש לפסול עדים שיכולים להיות בעלי עניין ביחס לבעל ההנחיות, כגון קרוב משפחה שיכול להיות יורשו. מרבית חברי הוועדה סברו שהגבלות אלו אינן מועילות ואינן נחוצות, והן סוטות מהאיזון כמפורט בהערה לסעיף 21 לעיל.

(ב). מסמך הנחיות רפואיות מקדימות יכלול תמצית המידע הרפואי שניתן לאדם עובר לחתימת המסמך, והצהרה כי הנחיותיו הרפואיות המקדימות ניתנו באופן חופשי, על יסוד הבנה, שיקול והחלטה.

26. תחילת תוקף ההנחיות

הנחיות רפואיות מקדימות יכנסו לתוקף במועד שבו איבד החולה הנוטה למות את הכשירות או את היכולת להביע את רצונו לגבי הטיפול הרפואי בו, והן תהיינה בתוקף כל זמן שהחולה הנוטה למות הוא נטול כשירות או יכולת כאמור.

27. הנחיות לא ברורות או לא מתאימות

אם רצונו של החולה הנוטה למות אינו עולה בבירור מן ההנחיות הרפואיות המקדימות שנתן, או אם ההנחיות אינן מתאימות לנסיבות, או שהן פוגעות בצורה חמורה בכבוד האדם — ובהיעדר בא כוח, או אפוטרופוס, או עדות ברורה של בן משפחה או ידיד — תכריע בדבר הוועדה האתית המוסדית.

הערה: "הנחיות הפוגעות בצורה חמורה בכבוד האדם" עניינן בכך, שאם אדם ציווה לנהוג בו בצורה הפוגעת בכבוד האדם באופן חמור, על פי אמות מידה

אוניברסליות, אין לקבל זאת כדבר המובן מאליו, אלא יש להפנות בעיה כזו לוועדה האתית המוסדית.

28. הנחיות בעניין שמירה על אוטונומיה של החולה

הנחיות רפואיות מקדימות מיוחדות הנעוצות בתפיסת הכבוד האישית של בעל ההנחיות, שהוא רשאי לתיתם כאדם כשיר — תחייבנה.

סימן ב: בא כוח

29. יפוי כוח

(א). רשאי אדם למנות כל אדם הכשיר לשמש בא כוח, לקבל במקומו החלטות לגבי הטיפול הרפואי בו לעניין חוק זה. על ייפוי הכוח יחולו הוראות סעיף 16 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 והוראות סימן זה.

הערה: ראו בסעיף 2 "בא כוח" את נוסח הוראות סעיף 16 לחוק זכויות החולה.

(ב). רשאי אדם למנות בא כוח משני, שימלא תפקיד זה אם בא הכוח לא יוכל או יימנע מלמלא את תפקידו.

30. דרכי המינוי

(א). מינוי של באי כוח יהיה מתועד, ובחתימת הממנה ושני עדים.

(ב). על הממנה לציין במפורש במסמך המינוי שבא הכוח יהיה מוסמך לקבל החלטות במקומו בעניין הטיפול הרפואי בו אם יהפוך לחולה הנוטה למות והוא לא יהיה כשיר או מסוגל להביע רצונו בעצמו.

(ג). הממנה יפרט במסמך המינוי את הנסיבות והתנאים שבהם יהיה בא הכוח מוסמך להחליט במקומו של הממנה על הטיפולים הרפואיים, כולם או חלקם.

31. תוקף המינוי

תוקף סמכותם של באי הכוח הוא מעת שקיבלו את המינוי, או מעת שיקבע הממנה במסמך המינוי.

32. הסמכות

סמכות באי הכוח מוגבלת לפעולות המותרות על פי חוק זה.

33. ערעור על החלטת בא הכוח

אדם החושש שבא הכוח פועל שלא על פי רצונו של החולה הנוטה

למות, או שלא לטובתו, או מתוך ניגוד עניינים, רשאי לפנות לוועדת אתיקה מוסדית לקבלת הכרעתה על הטיפול הרפואי הראוי בחולה הנוטה למות.

סימן ג: שילוב בין הנחיות רפואיות מקדימות למנוי בא כוח

34. אפשרות השילוב

רשאי אדם לשלב הנחיות רפואיות מקדימות על פי סימן א׳, יחד עם מינוי באי כוח מטעמו, על פי סימן ב׳ דלעיל.

35. סדר עדיפות

(א). ניתן לכלול בהנחיות הרפואיות המקדימות ובכתב המינוי של באי כוח הנחיות בדבר סדרי העדיפות בהנחיה, למקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הנחיה של בא כוח.

(ב). בהיעדר סדרי עדיפויות בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין הנחיות של בא כוח, הרי אם ניתנו בסמיכות, או שההנחיה מאוחרת מן המנוי — עדיפה ההנחיה המקדימה; אם המנוי מאוחר מן ההנחיה — תכריע וועדה אתית מוסדית.

סימן ד: הוראות כלליות

36. ביטול ושינוי

(א). הנחיות רפואיות מקדימות או מינוי באי כוח ניתנים לשינוי או לביטול על ידי בעל הדבר בכל עת ובכל דרך שבה ניתן לתיתם מלכתחילה.

(ב). יש לתעד בכתב מראש או בדיעבד מיד בהזדמנות הראשונה, החלטות בדבר ביטול או שינוי הנחיות רפואיות מקדימות או מינוי באי כוח.

הערה: הדרישה לתיעוד מראש ובצורה מסודרת של השינוי או הביטול של הנחיות רפואיות מקדימות ו/או מינוי בא-כוח היא לכתחילה, כדי למנוע אי הבנות וטעויות. אך דרישת התיעוד לא באה לגרוע מעצם תוקפם של השינוי או הביטול, ולפיכך יחול השינוי או הביטול גם אם לא היה לכך תיעוד מראש, ודי לתעד זאת גם בדיעבד.

37. עדיפות הרצון המפורש

בעת היותו כשיר, גובר רצונו המפורש של החולה הנוטה למות על

כל הוראה שנתן בעבר, על כל הנחיה שנתנו באי כוחו או אפוטרופסו, ועל עדות בן משפחה או ידיד ביחס לכל טיפול רפואי.

38. מאגר מידע וחידוש הנחיות

(א). השר אחראי להקמת מאגר מידע מרכזי שבו יירשמו ההנחיות הרפואיות המקדימות והמינויים של באי הכוח.

(ב). השר יקבע הנחיות בדבר שיטות התיעוד במאגר המרכזי. כן יקבע השר הנחיות בדבר נגישות למידע במאגר המידע המרכזי. הוראות חוק הגנת הפרטיות יחולו על מאגר המידע המרכזי.

(ג). האחראים על המאגר ישלחו הודעות תיזכורת לחידוש או עידכון ההנחיות הרפואיות המקדימות והמינויים של באי הכוח מידי חמש שנים על מנת לשמר את תוקפן.

הערה: (א) הדרישה לחידוש או עידכון ההנחיות הרפואיות המקדימות נחוצה, לדעת חברי הוועדה הציבורית, על מנת לוודא שבעל ההנחיות לא שינה דעתו ביחס לחלק או כל ההנחיות. שינויים כאלו אכן קורים באחוז לא מבוטל של בעלי הנחיות, כפי שהוכח במחקרים שהוצגו בפני הוועדה הציבורית.

(ב) חלק מחברי הוועדה הציבורית סברו שיש לדרוש חידוש או עידכון ההנחיות כל שלוש שנים, אך התקבלה הדעה שמספיק לחדשם/לעדכנם פעם בחמש שנים, על מנת שלא להכביד על המערכת ועל בעלי ההנחיות יתר על המידה.

(ג) כמו כן סברו מרבית חברי הוועדה הציבורית, שאין להטיל את החובה לזכור ולחדש או לעדכן את ההנחיות על בעל ההנחיות, ויש לסייע לו בכך על ידי גוף מרכזי מתאים, היינו מאגר המידע המרכזי.

(ד). במידה וההנחיות הרפואיות המקדימות לא חודשו למרות שהמנחה קיבל הודעת תיזכורת — חזקה שהן עדות לרצונו של החולה.

הערה: חברי הוועדה הציבורית נחלקו ביניהם ביחס לדרגת תוקפם של הנחיות רפואיות מקדימות שלא חודשו: יש שסברו, שהן בטלות לחלוטין; יש שסברו, שאין הן בטלות אך גם אינן מחייבות, אלא יש לראות בהם הצהרת כוונות בלבד, ויוכלו להוות מרכיב נוסף במסגרת השיקולים של מקבלי ההחלטות; ויש שסברו, שהן תקפות במידה מלאה. מרבית חברי הוועדה הציבורית הסכימו לדעה שיש לראות אותן בגדר חזקה שהן עדות לרצונו של החולה, היינו שהן מחייבות, אלא אם כן הן הופרכו בראיה.

39. תיעוד ברשומה הרפואית

רשאי אדם לבקש שההנחיות או המינוי יתועדו ברשומה הרפואית המתנהלת על ידי קופת החולים שבה הוא חבר, או בבית החולים שבו

הוא מקבל טיפול, ועל המוסד הרפואי לפעול בהתאם לבקשתו.

40. מאמץ לגילוי קיומן של הנחיות או של בא כוח

(א). כשמגיע אדם, הנחזה כחולה הנוטה למות, לטיפול רפואי או לאשפוז בבית חולים, חובה על הצוות המטפל לעשות מאמץ סביר לברר אם נתן החולה הנוטה למות הנחיות רפואיות מקדימות, או מינה בא כוח, ואם כך הוא — יצרף הרופא מידע זה לרשומה הרפואית שמנוהלת לאותו חולה.

(ב). משנוצרה לראשונה האפשרות המעשית שרופא יידרש לפעול על פי הנחיות רפואיות מקדימות, הרי אם החולה כשיר חובה על הרופא האחראי לבקש מן החולה לאשרר או לעדכן את ההנחיות, לאחר שיימסר לו המידע הרפואי על ידי רופא או על ידי אחות מוסמכת בנוכחותו של רופא.

41. חובת יידוע

(א). הרופא המטפל יידע את בא הכוח, או האפוטרופוס, או בן המשפחה או הידיד על כוונתו לפעול בהתאם להנחיות הרפואיות המקדימות שנתן החולה הנוטה למות, וישתף אותם במידע הרפואי.

(ב). הרופא המטפל יידע את בן המשפחה או הידיד על כוונתו לפעול בהתאם להנחיות של בא הכוח או האפוטרופוס, אלא אם כן אסר המטופל לתת למי מהם מידע כזה.

(ג). בהיעדר הנחיות מקדימות, או בא כח, או אפוטרופוס ישתף הרופא במידע הרפואי את בן המשפחה או הידיד על תוכניות הטיפול בחולה הנוטה למות, מראש או בדיעבד, אלא אם כן אסר המטופל לתת למי מהם מידע כזה.

הערה: ברגיל יש למסור את המידע לגורמים המנויים בסעיפים אלו מראש, אלא אם כן הנסיבות הרפואיות מחייבות פעולה מיידית, שאז יש למסור את המידע בדיעבד.

(ד). כללים סותרים של סודיות רפואית לא יחולו לגבי סעיף זה.

[להשאיר מקום לשני סעיפים (42-43) הנוגעים ליילוד ולקטין]

פרק ו: וועדות אתיות

44. וועדות

תוקמנה וועדות אתיות מוסדיות וארציות בהתאם לאמור בפרק זה, והן תהוונה גם וועדות אתיקה על פי סעיף 24 לחוק זכויות החולה התשנ"ו-1996.

הערה: (א) על פי חוק זכויות החולה התשנ"ו-1996, סעיף 24 אמנם הוקמו וועדות אתיקה מוסדיות בבתי החולים בישראל. אכן, הרוב המכריע של חברי הוועדה הציבורית סבר כי הרכב הוועדה האתית על פי חוק זכויות החולה ודרכי פעולתה רחוקים מלהיות אופטימליים, ובוודאי שלצורך חוק זה אין הם עונים על הצרכים. לפיכך, מוצע בהצעת חוק זה להקים וועדה אתית שונה בהרכבה ובדרכי פעולתה, מתוך הנחה ותקווה שההרכב המוצע ודרכי הפעולה של הוועדה האתית יענה על הדרישות והצרכים של החולים, בני המשפחה והידידים, והמטפלים לפתרונות אופטמליים של בעיות קשות.

(ב) יתר על כן, חברי הוועדה הציבורית מציעים הקמת וועדת אתיקה ארצית, שסמכותה מפורטת בסימן ב להלן, שאיננה קיימת על פי חוק זכויות החולה. הנחת חברי הוועדה הציבורית היתה שעדיף ליצור פורומים ייחודיים לטיפול בבעיות אתיות-רפואיות על פני היזדקקות לבתי משפט במקרים כגון אלו.

(ג) חברי הוועדה הציבורית ממליצים לאמץ את ההצעה הזו גם ביחס לוועדות האתיקה מכוח חוק זכויות החולה — לשנות את הרכב הוועדה האתית ותיפקודיה על פי חוק זכויות החולה בהתאם למוצע בחוק זה ביחס לחולה הנוטה למות, לאחד את שתי הוועדות, ובכך לחשוך קיומם של וועדות שונות לנושאים דומים.

סימן א: וועדה אתית מוסדית

45. הרכב הוועדה ומינוי חבריה

(א). וועדה אתית מוסדית תורכב מנציגים של תחומי העיסוק הבאים:

• 4 רופאים, שאינם מהצוות המטפל ישירות בחולה הנוטה למות, מתוך תחומי המומחיות הרפואית הבאים: פנימית, גריאטריה, קרדיולוגיה, נוירולוגיה, אונקולוגיה, רפואה פליאטיבית, טיפול נמרץ, הרדמה, פסיכיאטריה, רפואת המשפחה. כשמדובר בקטין — יהיה אחד מארבעת

המומחים רופא ילדים; כשמדובר ביילוד — יהיה אחד מארבעת המומחים ניאונטולוג;

- אחות מוסמכת;
- עובד סוציאלי או פסיכולוג קליני;
- אתיקאי;
- משפטן;
- רב, ובמקרה של חולה הנוטה למות שאינו יהודי — איש דת מאותה הדת של החולה הנוטה למות.

(ב). וועדה אתית מוסדית תבחר את היושב ראש שלה.

(ג). החולה או שלוחו רשאים לבקש השתתפותו של נציג, המשקף את ערכיו של החולה, בדיון של וועדה אתית מוסדית. לנציג זה תהיה זכות הצבעה.

הערה: חלק מחברי הוועדה הציבורית ביקשו לאפשר לחולים שאינם דתיים את פסילת איש הדת מהשתתפות בוועדה האתית המוסדית בדיון בעניינם, ואחד מהם אף הסתייג מסעיף זה. מרבית חברי הוועדה הסכימו שאין לפסול ענף תרבותי כלשהו בדיון ערכי כזה, וכפי שמקובל גם בארה"ב בנידון, וכמו כן הועלו טענות שאם תותר פסילת איש דת, יוכל חולה אחר לפסול אתיקאי, חולה שלישי יפסול משפטן וכיוצ"ב, ואין זה רצוי מבחינה חברתית. יחד עם זאת, כדי לאפשר ייצוג הולם להשקפת עולמו ומערכת ערכיו של חולה ספציפי הסכימו חברי הוועדה הציבורית לצרף נציג מטעמו לדיוני הוועדה, אם רצונו בכך.

אחת מחברי הוועדה הציבורית הסתייגה משיתוף אתיקאי כחבר בוועדה האתית המוסדית, ובעיקר בהרכב המצומצם. אכן, מרבית חברי הוועדה הציבורית סברו, שענף מקצועי זה הוא חשוב מאד בדיוני וועדה אתית.

(ד). החולה או שלוחו זכאים להופיע בפני הוועדה על מנת לטעון את טיעוניהם. לחולה או לשלוחו זה לא תהיה זכות הצבעה.

(ה). חברי הוועדה האתית המוסדית יתמנו על ידי מנכ"ל בית החולים, בהתייעצות עם יושב ראש הוועדה האתית הארצית, ובאישור מנכ"ל משרד הבריאות.

(ו). הוועדה האתית המוסדית רשאית להסמיך הרכב מצומצם מתוכה, שידון במקרים קונקרטיים, כאשר יש צורך בדיון דחוף. בהרכב המצומצם חייב להיות רופא ועוד שניים מבין החברים הבאים: משפטן, אתיקאי, איש דת.

(ז). חברים בוועדה האתית המוסדית יעברו השתלמויות מרוכזות להכרת חוק זה וריקעו, ולהכרת חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. מנכ"ל משרד הבריאות אחראי לארגון ההשתלמויות.

46. פניה לוועדה

הפניה לוועדת האתיקה המוסדית יכולה להיות על ידי כל אחד מהגורמים הבאים:

- החולה הנוטה למות עצמו, כשהוא כשיר, או שלוחו של חולה נוטה למות כשיר המוגבל באופן פיסי;
- בא כוחו, אפוטרופסו או בן משפחה או ידיד של חולה נוטה למות שאיננו כשיר;
- מטפל מבין חברי הצוות הרפואי.

47. סמכויות הוועדה וקבלת החלטות על ידי הוועדה

(א). וועדה אתית מוסדית מוסמכת להכריע במקרים שבהם יתעורר ספק כיצד לנהוג בחולה הנוטה למות, או במקרים שבהם יהיו חילוקי דעות בין הגורמים הרלוונטיים כיצד לנהוג בחולה הנוטה למות, והכל בכפוף להוראות חוק זה. במיוחד תדון הוועדה האתית המוסדית בנושאים המפורטים בסעיפים 3(ג), 7(ג), 7(ד), 33, 35(ב), 55(ב).

(ב). המטרה ביסוד ההחלטות של וועדה אתית מוסדית היא לברר ולממש את רצונו של החולה הנוטה למות ביחס לטיפול הרפואי בו על פי נתונים עובדתיים שיובאו בפניה.

(ג). בהיעדר נתונים עובדתיים תקבע הוועדה האתית המוסדית את החלטתה בהתאם לאומד רצונו של החולה על פי השקפת עולמו ואורח חייו, ובמידת הצורך גם בהתייעצות עם אנשים המייצגים השקפת עולם דומה, אם אין נציג כזה בעת הדיונים בוועדה.

(ד). החלטות הוועדה האתית המוסדית תתקבלנה ברוב דעות.

(ה). החלטות וועדת אתיקה מוסדית תהיינה תקפות רק אם השתתפו בדיון ובקבלת ההחלטות 5 חברים, ובתוכם לפחות רופא אחד, ושני חברים מאלו שאינם רופאים.

(ו). וועדה אתית מוסדית רשאית לקבוע שהחלטתה היא מחייבת או שהיא רק המלצה למטפל כיצד לנהוג.

הערה: חברי הוועדה הציבורית נחלקו ביניהם בשאלה אם יש להקנות להחלטות וועדת האתיקה המוסדית תוקף מחייב או תוקף מייעץ בלבד. הסכמת רוב חברי הוועדה הציבורית היתה לתת לוועדת האתיקה המוסדית בעצמה את הזכות לקבוע בכל מקרה אם החלטתה מחייבת או שהיא בגדר המלצה בלבד.

סימן ב: וועדה אתית ארצית

48. סמכויות הוועדה

(א). וועדה אתית ארצית מוסמכת להכריע במקרים שבהם יש חילוקי

דעות בלתי מוכרעים בוועדה אתית מוסדית, בערעורים על החלטות וועדה אתית מוסדית, ובמקרים חריגים בעלי חשיבות עקרונית.

(ב). המטרה העיקרית של הוועדה האתית הארצית היא לברר ולממש את רצונו של החולה הנוטה למות ביחס לטיפול הרפואי בו על פי נתונים עובדתיים שיובאו בפניה.

(ג). בהיעדר נתונים עובדתיים תקבע הוועדה האתית הארצית את החלטתה בהתאם לאומד רצונו המשוער של החולה על פי השקפת עולמו ואורח חייו, ובמידת הצורך גם בהתייעצות עם אנשים המייצגים השקפת עולם דומה, אם אין נציג כזה בעת הדיונים של הוועדה.

49. הרכב הוועדה ומינוי חבריה

(א). הוועדה האתית הארצית תורכב מנציגים של תחומי העיסוק הבאים, שהם בעלי ניסיון בתחומי חוק זה:

- רופא, בדרג מנהל יחידה, או מנהל מחלקה, או מנכ"ל בית חולים;
- אתיקאי, בדרגה אקדמית בכירה;
- רב, במעמד רבני בכיר. במקרים שיהיו נוגעים לחולים שאינם יהודים — ימונה במקום רב איש דת במעמד בכיר מאותה עדה דתית;
- משפטן, בעל כשירות להיות שופט בית המשפט העליון, או בדרגה אקדמית בכירה;
- אחות מוסמכת, בדרגת ניהול בכירה;
- עובד סוציאלי בבית חולים, בדרגת ניהול בכירה, או פסיכולוג קליני בבית חולים, בדרגת ניהול בכירה.

הערה: חברי הוועדה הציבורית דנו בחלופות שונות של הגדרת בעלי העיסוק השונים בוועדת האתיקה הארצית. בין השאר נידונה ההצעה הבאה: רופא, בדרגת מנהל יחידה, מנהל מחלקה, או מנכ"ל בית חולים; אתיקאי, בדרגת פרופסור; רב, בדרגת רב עיר או אב-בית-דין רבני; משפטן, בדרגת שופט מחוזי או פרופסור למשפטים; אחות, בדרגת אחות ראשית של בית חולים; עובד סוציאלי בדרגת מנהל שירות סוציאלי בבית חולים ובעל וותק של 10 שנים לפחות, או פסיכולוג קליני בדרגת מנהל שירות פסיכולוגי בבית חולים ובעל וותק של 10 שנים לפחות. מרבית חברי הוועדה הציבורית העדיפו את החלופה כפי שמופיעה בהצעת החוק.

כולם ממלאי תפקידים כאמור בעת המנוי הראשון או בעבר, לא יותר מחמש שנים מתום כהונתם.

(ב). תוקף המינוי יהיה למשך חמש שנים; ניתן להאריך את המינוי לחמש שנים נוספות.

(ג). לכל תחום עיסוק של הרכב הוועדה הארצית ימונו 4 אנשים,

שמתוכם יזומנו לדיון מכל תחום עיסוק נציג אחד וממלא מקום לו.

(ד). יהיה ייצוג הולם לגברים ונשים בוועדה.

(ה). מנכ"ל משרד הבריאות ימנה את יושב הראש של הוועדה האתית הארצית ואת ממלא מקומו.

(ו). החברים בוועדות האתיות הארציות ימונו על ידי מנכ"ל משרד הבריאות. הרב ימונה בהתייעצות עם הרבנים הראשיים לישראל, איש דת לא-יהודי ימונה בהתייעצות עם נשיא בית הדין לערעורים של אותה עדה דתית בישראל, והמשפטן ימונה בהתייעצות עם היועץ המשפטי לממשלה.

(ז). החולה או שלוחו זכאים למנות נציג, המשקף את ערכיו של החולה, בוועדה האתית הארצית. לנציג זה תהיה זכות הצבעה.

(ח). החולה או שלוחו זכאים להופיע בפני הוועדה על מנת לטעון את טיעוניהם. לחולה או לשלוחו זה לא תהיה זכות הצבעה.

50. קבלת החלטות על ידי הוועדה

(א). החלטות של הוועדה האתית הארצית תתקבלנה ברוב דעות המשתתפים.

(ב). להחלטות וועדת האתיקה הארצית יהא תוקף מחייב.

(ג). תוקף ההחלטות של וועדת אתיקה ארצית מותנה בהשתתפותו בדיון של נציג מכל אחד מתחומי העיסוק שמהם מורכבת הוועדה.

51. פניה לוועדה

(א). הפניה לוועדת האתיקה הארצית יכולה להיות על ידי כל אחד מהגורמים הבאים:

- החולה הנוטה למות, כשהוא כשיר, או נציגו של החולה הנוטה למות, כשהוא כשיר, המוגבל באופן פיסי;
- בא כוחו, אפוטרופסו, או בן משפחה או ידיד של חולה נוטה למות שאיננו כשיר;
- מטפל מבין חברי הצוות הרפואי;
- כל אחד מחברי וועדת האתיקה המוסדית.

(ב). בכל מקרה תותר פניה לוועדת האתיקה הארצית רק לאחר דיון בוועדה אתית מוסדית, למעט מקרים חריגים בעלי חשיבות עקרונית, שניתן להפנות ישירות לוועדת האתיקה הארצית.

52. ערעור

כל אחד מבעלי הזכות לפניה לוועדת האתיקה הארצית זכאי לערער על החלטת הוועדה בפני בית משפט מחוזי בהרכב של שלושה שופטים.

פרק ז: שונות

53. פטור מאחריות

מטפל וחבר וועדה אתית לא יישאו באחריות לפי כל דין על פעולתם לפי הוראות חוק זה.

הערה: חסינות משפטית מפורשת כזו לחבר בוועדה אתית לא כלולה בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. אין בכוונת סעיף זה בהצעת חוק זו כדי להשליך בדרך כלשהי על מעמדם של חברי הוועדה האתית מכוח חוק זכויות החולה.

54. הזכות לייעוץ

(א). חולה נוטה למות זכאי להורות לצוות המטפל להעביר מידע רפואי לאנשים שהוא מבקש לשתפם בהחלטותיו, בגבולות החוק והאתיקה הרפואית.

(ב). חולה נוטה למות זכאי לבקש את שיתוף הפעולה של הצוות המטפל עם טיפול לא-קונבנציונלי, בכפוף לאישור מנכ"ל בית החולים.

55. העברת הטיפול למטפל אחר מסיבות מצפוניות

(א). אין בהוראות חוק זה כדי לחייב את המטפל לתת טיפול רפואי או להימנע ממתן טיפול רפואי בחולה הנוטה למות בניגוד לערכיו, למצפונו, או לשיקול דעתו הרפואי, אך עליו להעביר את הטיפול למטפל אחר, על פי הסדר שייקבע מראש בתיאום עם הנהלת בית החולים.

הערה: חברי הוועדה הציבורית נחלקו בשאלה על מי יש להטיל את האחריות להעברת הטיפול למטפל אחר, על הרופא המבקש להשתחרר מהטיפול, או על הנהלת בית החולים. ההצעה שהתקבלה מטילה את האחריות על הרופא עצמו, אך דורשת תיאום עם הנהלת בית החולים על פי הסדר קבוע מראש למקרים חריגים אלו.

(ב). מטפל המתנגד עקרונית לטיפול בחולה הנוטה למות על פי הוראות חוק זה רשאית ועדת האתיקה המוסדית להיענות לבקשתו לשחררו מטיפול רפואי בחולה הנוטה למות, כאשר יש לו התנגדות ערכית או מצפונית לבצע את ההנחיות הכלולות בחוק זה ביחס לטיפול רפואי או לאי-טיפול רפואי בחולה הנוטה למות, ובלבד שתימצא חלופה נאותה לטיפול רפואי בחולה תוך קיום הוראות החוק. הוועדה רשאית לסרב לכך רק אם לא ניתן להציע חלופה נאותה לטיפול בחולה תוך קיום הוראות חוק זה.

הערה: סעיף זה בא להסדיר מצב שבו מטפל מתקשה מוסרית/מצפונית לטפל בחולים הנוטים למות על פי עקרונות הצעת חוק זה באופן עקרוני. זאת בהבדל מסעיף 55(א) לעיל, אשר דן רק במקרה ספציפי, חריג וחד-פעמי.

נספח ב: הבסיס ההלכתי להצעת "חוק החולה הנוטה למות"*

מספר סיפורים במקרא ובחז"ל, כמה גדרים שהוגדרו על ידי הראשונים, ופרטי דינים של גוסס וחיי שעה משמשים יסודות ועקרונות לדיון על היחס ההלכתי לחולה הנוטה למות[1].

א. ערכי יסוד

א1. ערך החיים[2]

חלק נכבד מגדולי הפוסקים סבורים, שערך החיים הוא אמנם ערך מקודש ונעלה ביותר, אך איננו ערך מוחלט. הוכחות לכך: יש ערכים העולים על ערך החיים, כגון שלוש עבירות שייהרג ואל יעבור, יציאה למלחמה, ומיתה על קידוש ה'; יש מצבים שבהם ניתן לדחות את החיים, כגון הרודף אחרי חברו להורגו, מיתות בית-דין על עבירות חמורות, והתאבדות בתנאים מסויימים; ובעיקר מצבים בסוף החיים הכרוכים ביסורים קשים, שעל פי עקרונות הלכתיים מותר להימנע מלהאריכם בתנאים ובמצבים מוגדרים היטב.

עמדה הלכתית-השקפתית זו מאפשרת איזון בין ערך החיים המקודש והחשוב לבין ערכים אחרים, כגון מניעת סבל, כאשר מתקיימים תנאים מוגדרים היטב לכך (ראה להלן).

היסוד ההלכתי העיקרי לגישה זו הוא עקרון "מסיר המונע":

> 'ועת למות' (קהלת ג ב), למה הוצרך קהלת לומר כן, אלא כשאדם גוסס כשנפש אדם יוצאה, אין צועקין עליו שתשוב נפשו, כי אינו יכול לחיות אלא מעט ימים, ואותן ימים יסבול ייסורין[3].
>
> אין גורמים לאדם שלא ימות מהרה, כגון שהיה אחד גוסס והיה אחד קרוב לאותו בית חוטב עצים, ואין הנשמה יכולה לצאת, מסירים החוטב משם, ואין משימים מלח על לשונו כדי שלא ימות, ואם גוסס ואומר אינו יכול למות עד שישימוהו במקום אחר, אל יזיזוהו משם[4].
>
> 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

* נכתב על ידי פרופ' א. שטינברג, ופורסם בחוב' אסיא, עא-עב, 2003, עמ' 39-25.

[1] ראה בהרחבה בכל הנושאים הנוגעים לחולה הנוטה למות בגוף הערך כאן. **[2]** רלוונטי לסעיפים 3-6 להצעת החוק. **[3]** הרב יהודה בן שמואל החסיד, ספר חסידים, סי' רלד (סי' שיח בהוצאת וויסטינעצקי). **[4]** ספר חסידים, סי' תשכג (סי' שטו בהוצאת וויסטינעצקי).

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 את הגוסס ממקומו וכו׳, ואסור גם לשים מפתחות בית הכנסת תחת מראשותיו של הגוסס שימות מהרה, כי גם זה ממהר יציאת נפשו, ולפי זה אם יש שם דבר שגורם לנפשו שלא תצא, מותר להסיר אותו גורם[5].

וכן אסור לגרום למת שימות מהרה, כגון מי שהוא גוסס זמן ארוך ולא יוכל להיפרד, אסור להשמט הכר והכסת מתחתיו מכוח שאומרים שיש נוצות מקצת עופות שגורמים זה, וכן לא יזיזנו ממקומו, וכן אסור לשום מפתחות בית הכנסת תחת ראשו כדי שייפרד, 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, דאין בזה מעשה כלל אלא שמסיר המונע[6].

על פי עקרון זה כתבו מפוסקי דורנו את הדברים הבאים:

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 צריך עיון גדול, דביו״ד סי׳ שלט מבואר, דמותר להסיר דבר המונע פטירת החולה, ורק מעשה בגופו אסור לעשות, ואם כן להיות בשב ואל תעשה לכאורה (במקום שעל ידי זה יתווספו לו יסורים) לא מצאתי איסור, ואדרבה יש ללמוד למנוע מזה ... אבל לכאורה כל שאינו אלא לחיי שעה ואין בו הצלה ממש, דמי לנידון הגוסס, שהרי הגוסס הוא כחי לכל דבריו, וכל זה צריך עיון גדול[7].

ובאינשי כהאי גוונא שהרופאים מכירים שא״א לו להתרפאות ולחיות, ואף שלא יחיה כמו שהוא חולה בלא יסורין, אבל אפשר ליתן לו סמי רפואה להאריך ימיו כמו שהוא נמצא עתה ביסורין, אין ליתן לו מיני רפואות אלא יניחום כמו שהם[8].

נראה לפי עניות דעתי דכיון שאינו לרפאותו אלא להאריך חייו איזו שעה, אם חיי השעה שיחיה על ידי האמצעים של הרופאים

[5] הרב יהושע בועז בן שמשון לבית ברוך, שלטי גבורים סביב הרי״ף, מו״ק טז ב. **[6]** הרב משה איסרליש, רמ״א, יו״ד שלט א. וראה בהרחבה על המשמעויות השונות של הדוגמאות הנ״ל ועל השלכותיהם המעשיות בגוף הערך כאן. **[7]** הרב יעקב ישראל קנייבסקי, קריינא דאיגרתא, מכתב קצ. **[8]** הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה, חיו״ד ח״ב סי׳ קעד ענף א.

> יהיו ביסורים — אסור ... דמסתבר דזהו הטעם שמותר להסיר דבר המעכב יציאת הנפש כשאין בזה מעשה כדאיתא ברמ״א סי׳ שלט סוס״א שהוא משום יסורים, ואם היה מותר לעשות אמצעים להאריך חיי שעה אף כשיהיו לו יסורין, איך היה שייך להסיר דבר המעכב יציאת הנפש, הא אדרבה היו צריכים להביא הדברים שמעכבים יציאת הנפש דהא על ידי זה יחיה מעט יותר, אלא ודאי דאסור לעשות אמצעים להאריך חיי שעה באופן שיהיה ביסורים, וסתם עכוב יציאת הנפש בגוסס הוא ביסורים ... אף שלעשות מעשה לקרב מיתתו אסור כמפורש ברמ״א שם, אף שהוא ביסורים, והוא בדין רוצח ... אבל לעשות מעשה להאריך חייו ביסורים נמי אסור ... ומה שיאמרו הרופאים שאינו מרגיש כבר ביסורים אין להאמינם, כי אפשר לא שייך שידעו זה ...[9].

אמנם יש הסבורים, שערך החיים הוא אינסופי, מוחלט, ובלתי ניתן לחלוקה וליחסיות[10]. על פי שיטה זו יש להאריך חיי כל חולה בכל מקרה, בכל מצב, ובכל תנאי, גם כשתוחלת החיים היא קצרה ביותר, גם כשהחולה סובל סבל רב, וגם אם הדבר נעשה נגד רצונו.

א2. בעלות האדם על גופו[11]

שניים מגדולי הרבנים בדורנו נחלקו בשאלה אם יש לאדם בעלות כלשהי על גופו: יש מי שסבור, שאין האדם בעלים על גופו כלל[12]; ויש מי שסבור, שאין לשלול לגמרי את בעלות האדם על גופו, אלא שיש לו בעלות חלקית על גופו, והיא בעלות של שותפות בינו ובין הקב״ה[13]. אך

[9] שו״ת אגרות משה, חיו״ד ח״ב סי׳ קעד ענף ג. **[10]** ראה הרב יוסף באב״ד, מנחת חינוך מ׳ לד; הרב יחיאל מיכל טיקוצינסקי, גשר החיים ח״א פ״ב ס״ב הע׳ 3; הרב ישראל עמנואל יעקובוביץ, הרפואה והיהדות, עמ׳ 152; הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פ״ו. **[11]** רלוונטי לסעיפים 5, 6(ב), 10(ב), 11, 13, 17, 20 להצעת החוק. **[12]** הרב שלמה יוסף זוין, לאור ההלכה, עמ׳ שיח ואילך; הנ״ל, הלכה ורפואה, ב, תשמ״א, עמ׳ צג ואילך. **[13]** הרב שאול ישראלי, התורה והמדינה, ה-ו, תשי״ג-י״ד, עמ׳ קו; הנ״ל, עמוד הימיני, סי׳ טז סקט״ז ואילך. וראה הרב אפרים פישל וויינברגר, שו״ת יד אפרים סי׳ יד, ביסודות המחלוקת שבין הרבנים זוין וישראלי. המקורות ההלכתיים הרלוונטיים לדיון בסוגיא זו כוללים — ב״ק צג א, בעניין מי שנותן רשות לחברו להכותו; סנהדרין פד ב, בעניין רשות האב שבנו יקיז את דמו; רמב״ם רוצח א ד, בעניין כופר מן הרוצח; רמב״ם חובל ומזיק ה א, בעניין חובל בעצמו; הרב דוד בן זמרה, רדב״ז על רמב״ם סנהדרין יח ו, בעניין אי-קבלת הרשעת עצמו במיתה ובמלקות; הרב שניאור זלמן שניאורסון, שו״ע הרב, הל׳ נזקי גוף ונפש, ס״ד, בעניין הטעם של איסור חובל בעצמו. וראה עוד הרב יצחק בן ששת, שו״ת הריב״ש סי׳ קפו וסי׳ תפד; הרב מאיר בן ברוך, שו״ת מהר״ם מרוטנבורג (פראג) סי׳ לט; הרב יאיר חיים בכרך, שו״ת חות יאיר סי׳ קסג; הרב אריה לייב גינצבורג, טורי אבן, מגילה כו א; הרב יוסף באב״ד, מנחת חינוך, מ׳ מח; הרב אריה לייב בן יוסף הכהן, קצות החושן סי׳ רמו סק״א; הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה חאו״ח ח״ג סי׳ עח; הרב אפרים פישל וויינברגר, שו״ת יד אפרים סי׳ יד; הרב שילה

מכל מקום גם לפי שיטה זו, אין בעלותו של האדם מקנה לו זכות להביא נזק לגופו, ולדעת הכל אסור להרוג את חברו, גם אם מבקש ממנו, שכן האדם איננו בעלים על גופו, כדי לגרום למותו.

אכן, נחלקו הפוסקים אם יש לאדם זכות אוטונומית להחליט על הימנעות מטיפול מאריך חיים בהיותו חולה נוטה למות, ובמקום של סבל רב (ראה להלן). יש מי שכתבו, שאם 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 כזה. ומאידך, צריך להודיע דבר זה לחולה ולשאול אותו אם רוצה שיתנו לו טיפול רפואי זה, שאם בחיי יסורים רוצה יותר ממיתה צריכים לתת לו[14]. וכן אם החולה ירא שמים, ולא נטרפה דעתו, רצוי מאד להסביר לו, שיפה שעה אחת בתשובה בעולם הזה מכל חיי העולם הבא, ויש זכות לסבול בעולם הזה יותר מאשר למות מיד, אך אם בכל זאת אינו רוצה ביסורים, יש לשמוע לו[15].

א3. היחס ליסורים[16]

לכל הדעות יש להפחית את יסוריו של כל אדם ככל הניתן[17], וגם כשסנהדרין הוציאו אדם להורג בגלל פשעים חמורים, היו צריכים להשקותו סם, כדי שתיטרף דעתו, ולא יסבול בשעת מותו[18].

אכן, מוסכם על כל הפוסקים, שבכל מקרה אין היתר להרוג אדם בידיים כדי למנוע את יסוריו (ראה להלן). 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 (ראה להלן). יש שהוכיחו מהגדרת התלמוד, שיסורים שאין להם קיצבה קשים ממיתה[19], 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 חיים[20], ועוד יש מי שכתב, שאריכות ימים ושנים יותר מידי אינם טובים[21], ועוד יש מי שכתב, שדין הצלה נאמר דווקא במקום שנהנה הניצול מהארכת ימיו, וטוב לו שיאריכו לו ימיו, ואז גם מחללים עליו

רפאל, תורה שבעל פה, לג, תשנ״ב, עמ׳ עד ואילך. **[14]** הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ עה אות א. **[15]** הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו״ת מנחת שלמה סי׳ צא אות כד. **[16]** רלוונטי לסעיפים 2 (חלק מההגדרות), 5, 6, 13(א), 15, 16 להצעת החוק. **[17]** על משמעות היסורים לפי השקפת היהדות — ראה בערך יסורים. **[18]** סנהדרין מג א; תנחומא פקודי ב; רמב״ם סנהדרין יג ב. **[19]** כתובות לג ב. וראה תוס׳ שם ד״ה אלמלי; תוס׳ ע״ז ג א ד״ה שלא. **[20]** הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ עד אות ב; הרב אביגדור נבנצאל, ביצחק יקרא, סי׳ נז. **[21]** הרב שמואל אליעזר אידל׳ס, מהרש״א

שבת להצלתו, אבל במקום שטוב מותו מחייו מחמת יסוריו, אין כלל דין הצלה. ולכן מי שסובל יסורים והוא נוטה למות, אין חיוב להאריך חייו להצילו[22]. ראיות לשיטה זו: מצינו בתנ"ך ובחז"ל כמה דוגמאות שאנשים התפללו על עצמם שהקב"ה ימיתם, כדי לגואלם מיסוריהם, כגון אליהו[23], יונה[24], וחוני המעגל[25]. ממקורות אלו משמע, שמותר לאדם להתפלל על עצמו שימות, כשהוא סובל מאד. עוד מצינו דוגמאות אחדות בחז"ל, שביקשו חכמים רחמים על חולה גוסס, או על חולה שניטלה ממנו דעתו — שימות[26], ובעיקר יש לציין את סוף ימיו של רבי יהודה הנשיא, שנחלקו תלמידיו של רבי ואמתו אם עדיף להתפלל עליו שימשיך לחיות למרות יסוריו, או עדיף שימות בגלל יסוריו[27], ונפסקה הלכה כאמתו של רבי, שפעמים צריך לבקש רחמים על החולה שימות, כגון שמצטער החולה בחוליו הרבה, ואי אפשר לו שיחיה[28]. וכן נפסק שכשנפש אדם יוצאה, אין צועקים עליו שתשוב נפשו, כי איננו יכול לחיות כי אם מעט ימים, ואותם ימים יסבול יסורים[29].

אמנם יש הסבורים, שחייבים להמשיך ולטפל בכל חולה בכל האמצעים, ואף אם יש לחולה יסורים קשים, כי בעצם קיום החיים יש זכות, אפילו הם חיי צער ויסורים[30].

א4. חיוב הטיפול בכל אדם[31]

וודאי פשוט וברור וידוע לכל בן תורה וירא שמים שמחוייבים לרפאות להציל במה שאפשר לכל אדם, בלא שום חילוק בחכמתו ובדעתו[32], ובדבר זקן מופלג שנחלה, ודאי מחוייבים לרפאותו במה שאפשר כמו לאיש צעיר[33].

ב. הגדרת החולה הנוטה למות[34]

הגדרת החולה הנוטה למות מבחינת ההלכה איננה ברורה כל צרכה.

ח"א ברכות מז א. **[22]** הרב זלמן נחמיה גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך; הנ"ל, עמק הלכה, ב, תשמ"ט, עמ' 183 ואילך. וראה עוד בנידון הרב משה זאב זארגער, שו"ת וישב משה ח"א סי' עו; הרב מ. וינברגר, עמק הלכה-אסיא, עמ' 53 ואילך; הרב משה הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך. **[23]** מל"א יט ד. **[24]** יונה ד ג. **[25]** תענית כג א. **[26]** ראה תענית כג א; ב"מ פד א. וראה הרב ראובן מרגליות, נפש חיה, סי' רצב; הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר חי"ח סוסי' מח. וראה ירושלמי שבת פי"ט סוה"ב, בעניין רב אדא בר אהבה. **[27]** כתובות קד א. **[28]** הרב ניסים בן ראובן גירונדי, ר"ן, נדרים מ א ד"ה אין. **[29]** הרב יהודה בן שמואל החסיד, ספר חסידים סי' רלד. **[30]** הרב אליעזר יהודה וולדינברג, 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. **[31]** רלוונטי לסעיף 5 להצעת החוק. **[32]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עד אות א. **[33]** שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עה אות ז. **[34]** רלוונטי לסעיפים 2 ("חולה בשלב סופי", "חולה נוטה למות"), 3, 4

ניתן להתייחס להלכותיו של החולה הנוטה למות כהלכותיו של החולה שנותרו לו "חיי שעה". אמנם לא מצינו בחז"ל הגדרה 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 שעה[35]; יש מי שכתב, שבכל מקרה שמצב הסכנה שאנו יודעים שיגרום בהכרח למותו של האדם התחיל כבר, הרי זה בגדר חיי שעה, בין אם המוות יבוא במוקדם או במאוחר[36]; ויש מי שכתב, שחיי שעה הוא גם גוסס וגרוע מגוסס, שבגוסס רק רובם מתים, אבל בחיי שעה אין אפילו מיעוט שבמיעוט שנותר בחיים[37].

ההחלטה להימנע מטיפול מאריך חיים בחולה סופני שסובל הוא דווקא לאחר שכל הרופאים הסכימו שאין עוד סיכויים להצילו, ואין לסמוך רק על מספר קטן של רופאים מומחים[38].

ג. עניינים יישומיים

ג1. המתה במעשה[39]

פעולה כזו, גם אם היא נעשית בגלל סיבות של חסד וחמלה, גם אם החולה הנוטה למות סובל יסורים קשים, ואפילו הוא מבקש באופן צלול וברור שיהרגוהו — אסורה בכל מקרה, 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 דמים[40]. 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

להצעת החוק. **[35]** הרב שלמה קלוגר, חכמת שלמה יו"ד סי' קנה ס"א; הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עה אות ב. **[36]** הרב אברהם יצחק הכהן קוק, שו"ת משפט כהן סי' קמד אות ג. **[37]** הרב ישראל מאיר הכהן מראדין, ביאוה"ל סי' שכט ס"ד ד"ה אלא. **[38]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עד אות א. **[39]** רלוונטי לסעיף 16 להצעת החוק. **[40]** שבת קנא א; סנהדרין עח א; רמב"ם רוצח ב ז; הרב יהודה בן שמואל החסיד, ספר חסידים, הוצאת מק"נ, סי' שטו; הרב משה איסרליש, רמ"א יו"ד שלט א; הרב אברהם דנציג, חכמת אדם קנא יד; הרב יחיאל מיכל אפשטיין, ערוך השולחן יו"ד שלט א; הרב משה פיינשטיין, 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; הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונט' רמת רחל סי' כט; שם ח"ט סי' מז; שם ח"י סי' כה פ"ו; הרב שמואל ברוך ורנר, תורה שבעל פה, יח, תשל"ו, עמ' לח ואילך; הרב ניסים טעלושקין, אור המזרח, ניסן תשכ"א, עמ' 20; הרב שמחה הכהן קוק, תורה שבעל פה, יח, תשל"ו, עמ' פב ואילך; הרב ברוך פנחס טולידאנו, ברקאי, ד, תשמ"ז, עמ' 42 ואילך;

בעולם הזה, יתכפרו לו חטאיו, ויזכה לעולם שכולו טוב[41].

ג2. סיוע בהתאבדות[42]

גרם מיתה אף הוא אסור מן התורה[43]. לפיכך, אסור לרופא לסייע להתאבדותו ולמותו של חולה הנוטה למות.

ג3. הימנעות מטיפול מאריך-חיים; הפסקת טיפול מאריך-חיים[44]

חלק גדול מגדולי הפוסקים סבורים, שאם החולה הנוטה למות סובל מיסורים קשים, או אפילו סבל נפשי חזק מאד, ומבקש שלא יאריכו חייו בטיפולים שמוסיפים סבל, מותר להימנע מטיפול מאריך-חיים, אבל אין איסור אם האריכו את חייו בתנאים כאלו[45]; ויש אף הסבורים, שאם החולה הסופני סובל, מצווה וחובה להימנע מלהאריך את חיי הסבל שלו, ואסור לנקוט בפעולות שיאריכו את גסיסת הסבל שלו[46].

יש מי שכתב, שאם החולה הנוטה למות שרוי בחוסר הכרה מוחלט, ולא ברור שהוא סובל יסורים, חייבים לטפל בו בכל האמצעים, כולל החייאה[47]; ויש מי שכתבו, שגם חולה בתירדמת עמוקה סובל, ולכן מותר גם בו להימנע מהארכת חייו[48].

הרב ישראל מאיר לאו, שו״ת יחל ישראל ח״ב סי׳ פז. **[41]** הרב חיים דוד הלוי, תחומין, ב, תשמ״א, עמ׳ 297 ואילך. וראה עוד הרב יעקב צבי מקלנבורג, הכתב והקבלה, בראשית ט ה, שהביא מקור מהפסוק נגד המתת חסד, אפילו כשזה נעשה לטובתו של החולה הסובל יסורים קשים. **[42]** רלוונטי לסעיף 17 להצעת החוק. **[43]** רמב״ם רוצח ב ב — הגורם מיתה לחבירו, עוון הריגה בידו, וחייב מיתה בידי שמים. **[44]** רלוונטי לסעיפים 10-13 להצעת החוק. **[45]** הרב יעקב ישראל קנייבסקי, קריינא דאגרתא, מכתב קד; הרב יוסף שלום אלישיב, הובאו דבריו בנשמת אברהם (פרופ׳ אברהם סופר אברהם) ח״ד חיו״ד סי׳ שלט סק״ב; הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו״ת מנחת שלמה סי׳ צא אות כד; הרב דב משה וולנר, התורה והמדינה, ז-ח, תשט״ו-י״ז, עמ׳ שטו ואילך; הרב משה הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ״א, עמ׳ כט ואילך; הרב שלמה גורן, מאורות, 2, תש״מ, עמ׳ 28 ואילך. **[46]** הרב עובדיה הדאיה, שו״ת ישכיל עבדי ח״ז חיו״ד סי׳ מ; הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ב סי׳ קעד ענף ג; הרב משה זאב זארגער, שו״ת וישב משה ח״א סי׳ עו; הרב שמואל וואזנר, שו״ת שבט הלוי ח״ו סי׳ קעט (אמנם ראה בתשובת הרב שמואל וואזנר בראש כרך ג של אנציקלופדיה הלכתית רפואית, מהדורה א, 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׳ רפז אות ג); הרב משה הלברשטאם, שו״ת דברי משה סי׳ צה. וכן משמע מהרב יעקב ישראל קנייבסקי, קריינא דאגרתא, מכתב קצ. **[47]** הרב יוסף שלום אלישיב, הובאו דבריו בנשמת אברהם (פרופ׳ אברהם סופר אברהם) ח״ד חיו״ד סי׳ שלט סק״ב. **[48]** הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ב סי׳ קעד ענף ג; שם חחו״מ ח״ב סי׳ עד אות א; הרב שלמה זלמן אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח״ד חיו״ד סי׳ שלט סק״ב. בדידי הווי עובדא, בעת שאאמו״ר זצ״ל היה בשלבי מחלתו הסופניים, כשהוא מונשם עקב אי-ספיקה נשימתית, מקבל דיאליזה בגלל אי-ספיקת כליות חריפה ומלאה, מדמם בגלל DIC, ובחוסר הכרה מוחלט, והוא קיבל עירוי של nor-epinephrin ששמר על לחץ-דמו, ופסק לי הרב ש.ז. אויערבאך זצ״ל שאין להפסיק את

אמנם 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 לכך[49].

לשיטת הסוברים, שבמצבים מסויימים מותר להימנע מלהאריך חיים, או אפילו שיש איסור לעשות כן, נקבעו מספר הגבלות ותנאים כדלקמן:

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 למצבי 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 הטיפולים הללו יגבירו את הכאב והסבל, ובוודאי אם אין החולה מסכים לכך. בהגדרות אלו כלולים החייאה, הנשמה, ניתוחים, דיאליזה, כימותרפיה, הקרנות וכיו"ב[50].

פסק דין:

מדין תורה חייבים לטפל בחולה, 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 ...

ועל זה באנו על החתום

יוסף שלום אלישיב, שלמה זלמן אויערבאך, שמואל הלוי וואזנר, ש.י. ניסים קרליץ

העירוי כל עוד יש נוזל בשקית-העירוי, אך כשהחומר בשקית יגמר, אין לחדש עוד את העירוי. ואמנם לאחר שנגמר החומר בעירוי — החזיר אאמו"ר זצ"ל את נשמתו הזכה והטהורה לבוראו לאחר כ-15 דקות. **[49]** הרב ישראל עמנואל יעקובוביץ, הרפואה והיהדות, עמ' 146 ואילך; הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונ' רמת רחל סי' כח; שם ח"ט סי' מז; שם חי"ג סי' פז-פט; שם חי"ד סי' פ-פב; שם חי"ח סי' סב; Rabbi JD Bleich, *Judaism and Healing*, Ch 24. **[50]** הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו"ת מנחת שלמה סי' צא אות כד, והרב ש.ז. אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם (פרופ' אברהם סופר אברהם) חיו"ד סי' שלט סק"ד, והרב ש.ז. אויערבאך, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' קלא; הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד; שם חחו"מ ח"ב סי' עג אות א.

אלו הטיפולים הרפואיים כפי שנוסחו על ידי רופאים בכירים:
יש להזין את החולה הסופני, ובמידת הצורך גם על ידי זונדה או פיום קיבה. כמו כן יש לתת עירוי נוזלים לוריד, זריקת אינסולין, מורפיום במינון מבוקר, אנטיביוטיקה, ומנות דם.

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, אך בכל מקרה אסור לעשות פעולה שתביא למותו המיידי של החולה, ואפילו אם יש ספק שהפעולה תביא למותו המיידי של החולה, אסור לעשות זאת. 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 תועלת.

יש להימנע מהכנסת כל טיפול חדש שיאריך את חיי הסבל של החולים הללו.

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 ... ואין צורך לתקן את מצבו של החולה על פי הנתונים שייראו על המסך, הואיל והחולה סובל, ואין בבדיקות אלו שום תועלת.

יש להמשיך בטיפול במשככי כאבים, כדי למנוע עד כמה שניתן כאב וסבל לחולה.

אסור לעשות פעולה שתביא למותו המיידי של החולה, ואפילו אם יש ספק שהפעולה תביא למותו המיידי של החולה, אסור לעשותה.

לפיכך, אסור לנתקו ממכשיר ההנשמה, אם הנחת הרופאים היא

שאפשר שנשימתו תלויה באופן מלא בהנשמה במכונה; אסור להפסיק באופן מלא ומיידי תרופה כמו דופאמין, המיועדת לשמור על לחץ דמו של החולה, אם ההנחה היא שאפשר שבכך ייפול לחץ הדם מיד, והחולה ימות מיד.

מותר לשנות או להפסיק טיפולים, כאשר ההנחה היא שבפעולה זו לא ימות החולה מיד, אף שבעקבות הפעולה הוא ימות ממחלתו בתוך מספר שעות, בתנאי שהרופאים מעריכים שהחולה סובל, ובתנאי שהשינויים יתבצעו באופן הדרגתי, תוך ביקורת ומעקב אחרי מצבו של החולה לאחר ביצוע השינויים.

לפיכך מותר להוריד את קצב ההנשמה של מכונת ההנשמה עד למידה שהחולה עדיין נושם בכוחות עצמו; מותר להוריד את רכוז החמצן המוזרם לחולה על ידי המכונה עד ל-20%, שהוא רכוז החמצן באוויר הרגיל שכולנו נושמים במצב רגיל; מותר להוריד בהדרגה את מינון הדופאמין, בהנחה שלא ניצפה שינוי משמעותי בלחץ הדם של החולה, או אפילו אם רואים ירידה מסויימת בלחץ דמו, אך הדבר אינו מביא למותו המיידי; 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 הווריד; מותר להפסיק תרופות הניתנות באופן מניעתי למנוע קרישי דם או דימומים, כגון הפרין וחוסמי H2; מותר להפסיק מתן אינסולין אשר ניתן להורדת רמות גבוהות של סוכר בדם. וכל זה בתנאי שהחולה סובל.

כמו כן מותר להימנע מלחדש תרופות או טיפולים שניתנים באופן מחזורי ולא באופן מתמיד ושוטף, כגון להימנע מלחדש טיפול בדיאליזה; להימנע מלחדש טיפול בדופאמין לאחר שנגמר העירוי המכיל תרופה זו; להימנע מלחדש אנטיביוטיקה לאחר שנגמר העירוי המכיל תרופה זו. וכל זה בתנאי שהחולה סובל[51].

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 תעשה[52]. טעמם: אכילה היא דבר טבעי, שכל בני האדם ובעלי חיים מוכרחים לזה, והמונע מזון מאדם נחשב כרוצח[53].

[51] הרב שלמה זלמן אויערבאך והרב שמואל וואזנר, על פי סיכום עמדותיהם על ידי פרופ׳ אברהם שטינברג, אסיא, סג-סד, תשנ״ט, עמ׳ 18-19. **[52]** הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו״ת מנחת שלמה סי׳ צא אות כד; הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ עד אות ג; הרב משה הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ״א, עמ׳ כט ואילך; הרב יצחק אייזיק ליעבעס, שו״ת בית אב״י חחו״מ סי׳ קנג; הרב זלמן נחמיה גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ׳ 64; הרב יקותיאל יהודה גרינוואלד, כל בו על אבלות ח״א עמ׳ 21. **[53]** כמבואר בסנהדרין עז א,

ואם החולה מסרב לאכול, צריך לנסות להסביר לו את החשיבות באכילה. ואם בכל זאת מסרב — יש מי שכתב, שאין לכפות עליו את האוכל, כשהוא גדול ובר-דעת[54]; ויש מי שכתב, שחייבים להאכילו אפילו נגד רצונו[55]. 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 הווריד[56].

חמצן — אסור להפסיקו מחולה הנוטה למות[57]. יש שלמדו זאת מהמבואר ברמב"ם[58]: בנה עליו מקום עד שמנע ממנו הרוח, נהרג עליו, שזה כמו שחנקו בידו.

החייאה ומכשיר הנשמה — בין הטיפולים שמותר להימנע מלתת לחולה סופני הוא החייאה וחיבור למכשיר הנשמה.

אכן נחלקו רבני דורנו במקרה שחיברו חולה סופני למכשיר הנשמה: האם מותר לנתקו ממנו, כשהרופאים סבורים שאפסה כל תקווה. יש אמנם הסוברים, שמותר לנתק חולה סופני ממכשיר הנשמה, ואף חובה על הרופאים לעשות כן, כדי למעט היסורים[59]. טעמם: מכשיר ההנשמה 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 הנשמה[60]. טעמם: מכשיר ההנשמה הוא דבר חיוני לחיים, הוא פיסיולוגי, הוא מחובר לחולה, ואינו בגדר מעכב יציאת הנפש, ולכן זהו גרם רציחה בידיים; לכתחילה היה מצווה לחברו למכשיר ההנשמה כדי לטפל בו.

לשיטת האוסרים לנתק חולה ממכשיר הנשמה — יש מי שכתב, שהדרך העדיפה היא לחבר חולה מסוכן למכשיר הנשמה כשיש צורך בכך,

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 שבועות ד"ו, בעניין שבועה שלא יישן ג' ימים. **[54]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה שם; הרב שלמה גורן, הרפואה, קכד:516, 1993. **[55]** הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו"ת מנחת שלמה שם. **[56]** שמעתי מפי הרב שלמה זלמן אויערבאך. **[57]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עג אות א; הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו"ת מנחת שלמה סי' צא אות כד; הרב יצחק אייזיק ליעבעס, שו"ת בית אב"י חחו"מ סי' קנג. **[58]** רוצח ג י. **[59]** הרב חיים דוד הלוי, תחומין, ב, תשמ"א, עמ' 297 ואילך; הנ"ל, עשה לך רב, ח"ה, סי' ל; הרב ברוך רבינוביץ, אסיא, א, תשל"ו, עמ' 197 ואילך; הרב ברוך פנחס טולידאנו, ברקאי, ד, תשמ"ז, עמ' 42 ואילך. **[60]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' קלב; הרב שלמה זלמן אויערבאך, הובאו דבריו במאמר של אברהם שטינברג, אסיא, חוב' נג-נד, עמ' 5 תשנ"ד; שו"ת הרב יצחק אייזיק ליעבעס, בית אב"י חחו"מ סי' קנג; הרב בן-ציון פירר, תחומין, ז, תשמ"ו, עמ' 219 ואילך; הרב יצחק ידידיה פרנקל, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 463 ואילך. וראה עוד הרב ישראל מאיר לאו, שו"ת יחל ישראל

ולחבר את המכשיר לשעון הדומה לשעון שבת. השעון יפעיל את מכשיר ההנשמה לפרקי זמן קצובים, ויפסיק את פעולתו לזמנים קצרים, ואם בעת ההפסקה יתברר שהחולה מת, ינתקוהו מהמכשיר[61]; יש מי שכתבו, שכאשר מפסיקים את פעולת מכשיר ההנשמה לצורך טיפול בחולה או במכשיר, כגון לניקוי הפרשות מן הריאות, אין חיוב לחזור ולחבר את המכשיר לחולה, אם התברר שאינו נושם עוד, ומצבו מצדיק הימנעות המשך טיפול מאריך-חיים מבחינת ההלכה[62]; 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 ההנשמה של מכונת ההנשמה עד למידה שהחולה עדיין נושם בכוחות עצמו, ומותר להוריד את ריכוז החמצן המוזרם לחולה על ידי המכונה עד ל-21%, שהוא הריכוז של החמצן באוויר הרגיל שכולנו נושמים במצב רגיל[63].

תרופות — תרופות המיועדות למחלה הסופנית, אשר יכולות להאריך במקצת את חיי החולה, אך אינן יכולות להבריאו — יש מי שכתבו, שתרופות חייבים לתת בכל מקרה, והפסקתם היא בגדר רציחה[64]; אך רוב הפוסקים סבורים, שאין לתת תרופות כאלו, כי אין בהם תועלת, והן רק מאריכות את חיי הסבל והגסיסה, ובפרט אם החולה דורש להפסיק התרופות[65].

בעניין תרופות שניתנות למחלות 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 וחוסמי H2 וכיו"ב — יש מי שכתב, שאם ברור לדעת הרופאים, שאין עוד תקווה להציל את חיי החולה, והערכת הרופאים היא שהחולה סובל, יש להימנע מלהאריך חייו גם על ידי תרופות כאלו[66], ובמקרים אלו יש הסבורים, שאף מותר להוריד את מינון התרופות הללו, בתנאי שהדבר נעשה בהדרגה, ואין הורדת המינון מביאה לשינוי משמעותי במצבו של החולה[67]; ויש הסבורים,

ח"ב סי' פז. **[61]** הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פט. **[62]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' קלב; הרב זלמן נחמיה גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך. **[63]** הרב שלמה זלמן אויערבאך והרב שמואל וואזנר, לעיל הע' 51. **[64]** הרב משה הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך; הרב ברוך פנחס טולידאנו, ברקאי, ד, תשמ"ז, עמ' 42 ואילך; **[65]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עד אות א. וראה מה שכתב שם בסי' עג אות ה; הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו"ת מנחת שלמה סי' צא אות כד; הרב יצחק אייזיק ליעבעס, שו"ת בית אב"י חחו"מ סי' קנג; הרב משה דוד וולנר, התורה והמדינה, קובץ ז-ח, תשט"ו-י"ז, עמ' שטו ואילך. **[66]** הרב עובדיה הדאיה, שו"ת ישכיל עבדי ח"ז חיו"ד סי' מ. **[67]** הרב שלמה זלמן אויערבאך והרב שמואל וואזנר, לעיל הע' 51.

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 החולה[68].

חולה במחלת טרשת צד חוט השדרה [ALS=amyotrophic lateral sclerosis] — זוהי הצורה השכיחה ביותר מתוך קבוצת מחלות ה-motor neuron disease. מדובר במחלה 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 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 בריא[69], ואם החולה הזה סובל מדלקת ריאות, יש לתת לו אנטיביוטיקה דרך הפה, אבל אם אינו רוצה שיאריכו חייו, לא מחוייבים לתת לו טיפול תוך ווריד[70].

אכן, יש להדגיש, כי החלטה להימנע מהנשמה מלאכותית אין פירושה הזנחת החולה, וקיימות שיטות טיפול להקלת מצבו הסופני. וכמו כן יש לציין, כי קיימות שיטות טיפול זמניות פחות פולשניות, אשר מייצבות את המצב ולעתים אף משפרות אותו, כגון שימוש במכשירי הנשמה שונים בחולים כרוניים במחלות שריר-עצב לא שינו לרעה את איכות חייהם הבסיסית, ואלו מבין חולי ALS שבחרו בשיטת הטיפול עם מכשירי הנשמה ביתיים, היו מרוצים מהחלטתם. אמנם המטפלים בחלקם הגדול דיווחו על קשיים רבים.

יש לציין, כי קיימות עוד מחלות רבות של מערכת שריר-עצב (neuromuscular diseases), אשר מתבטאות בקשיים גוברים והולכים להפעיל את שרירי הנשימה, בדומה למצב במחלת טרשת צד חוט השדרה. בסקרים שונים התברר, שילדים שסבלו כל ימיהם ממחלות כגון אלו, ואשר הגיעו לגיל בו יכלו להביע רצונם, העדיפו שיבצעו בהם פעולות החייאה והנשמה מלאכותית קבועה בשיטות שונות.

ג4. הארכת חיים לפי בקשת החולה[71]

צריך להודיע לחולה על מצבו ולשאול אותו אם הוא רוצה שיתנו

[68] הרב עובדיה הדאיה, שו״ת ישכיל עבדי ח״ז חיו״ד סי׳ מ. **[69]** הרב שלמה זלמן אויערבאך והרב יוסף שלום אלישיב — הובאו דבריהם בנשמת אברהם (פרופ׳ אברהם סופר אברהם) ח״ד חיו״ד סי׳ שלט סק״ב; הרב ישראל מאיר לאו, שו״ת יחל ישראל ח״ב סי׳ סב. **[70]** הרב שלמה זלמן אויערבאך, שם (הע׳ 69 לעיל). **[71]** רלוונטי לסעיף 9 להצעת החוק.

לו טיפול מציל-חיים אף שהארכת חייו תוסיף לו סבל, ואם הוא רוצה בחיי יסורים יותר ממיתה צריכים לתת לו את הטיפול[72].

ג5. משככי כאב[73]

הטיפול במשככי כאב, כגון בתרופות מקבוצת הנרקוטיקה — מותר, אף אם יש חשש רחוק, שהם עלולים לקרב את מותו של החולה הסופני, שכן כאב וסבל הוא מצב של מחלה, ומותר לטפל בזה כמו בכל מחלה אחרת, למרות שיש סיכונים מסויימים בטיפולים, מה גם שהסיכון הוא מיזערי.

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 הנשמה[74]. יש הטוענים, שמתן נרקוטיקה יש בכוחה אף להאריך את החיים, שכן במניעת הכאב והסבל מרגיש החולה יותר טוב, ויכול לאכול ולשתות בצורה טובה יותר[75].

ג6. העברת הטיפול למטפל אחר[76]

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 'לא תעמוד על דם רעך'[77].

[72] הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עה אות א. **[73]** רלוונטי לסעיפים 15-16 להצעת החוק. **[74]** הרב שלמה זלמן אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם (פרופ' אברהם סופר אברהם), חיו"ד סי' שלט סק"ד; הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עג אות א, וכתב שם, שהדבר מותר בתנאי שלא יקצר את חייו אף רגע, וכשעדיין איננו גוסס; הרב יצחק אייזיק ליעבעס, שו"ת בית אב"י חחו"מ סי' קנג; הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פז; שם חי"ד סי' קג; Rabbi JD Bleich, *Judaism and Healing*, Ch. 24. אמנם ראה מאמרו של הרב אביגדור נבנצאל, אסיא, ד, תשמ"ג, עמ' 260 ואילך, שאם משככי הכאב גורמים לקיצור חייו של החולה, אסור מדין רציחה ממש. אך הביא שם מהרב שלמה זלמן אויערבאך להתיר הטיפול במשככי כאבים, שאין כל זריקה בפני עצמה מקצרת חיי החולה בהכרח, אלא מבין רבות מתקצרים חייו. וראה עוד מאמרו של הרב ישראל מאיר לאו, תורה שבעל-פה, כה, תשמ"ד, עמ' נח ואילך. **[75]** הרב יצחק אייזיק ליעבעס, שו"ת בית אב"י חחו"מ סי' קנג; הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פז. **[76]** רלוונטי לסעיף 55 להצעת החוק. **[77]** הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר חי"ח סי' מ.

אנציקלופדיה
הלכתית רפואית

הרופא, החולה והרפואה — באספקלרית ההלכה
ומחשבת ישראל

כולל כל הידע בכל נושא וענין בתחום הרפואה וההלכה
מן המקרא וספרות חז״ל ועד לפוסקים ולחוקרים בימינו

בתוספת הבהרות, הערות והארות
מתחומי המדע, הרפואה, הפילוסופיה, האתיקה והמשפט

מהדורה חדשה
מורחבת, מעודכנת ומתוקנת

לקט, ערך והעיר

פרופ׳ אברהם שטינברג

כרך חמישי

נאמנות הרופא — עֶבֶד

בהוצאת המכון ע״ש ד״ר פלק שלזינגר ז״ל
לחקר הרפואה על פי התורה ליד המרכז רפואי שערי צדק
ירושלים, תשס״ו

כל הזכויות שמורות למחבר
All rights reserved
כולל זכות צלום או תרגום כל הספר או חלק ממנו

כתובת המחבר:
פרופ׳ אברהם שטינברג
רח׳ שלום עליכם 6
ירושלים 92148

נדפס בישראל
תשס״ו — 2006
Printed in Israel

סדר ועימוד: משה קפלן

מוקדש

לכבוד נכדַי ונכדותַי ילדי התביבים והמהוביס עלַי

עד גלי די

הלוח המה

עטרת, עמיחי-שלמה, מבשרת, ימיר-משה, טלמור, הדס,

דניאל-משה, חיתן, תמר-טובה, משה

"בני בניס הרי הס כבניס" (יבמות סב ב)

"ונתתי להם בביתי ובחומתי יד ושם" (ישעיהו נו ה)

אבי מורי עטרת ראשי הרב הגאון ר' **משה הלוי שטינברג** זצ"ל
רב אב"ד בקהילות פרמישלן (פולין), הוף (גרמניה) וקרית ים
נפטר ביום ד', י' אדר תשנ"ג (3.3.93), ומנוחתו כבוד בצור שלום

אמי מורתי עטרת ראשי הרבנית מרת **גיטל שטינברג** ע"ה לבית גלייכר
נפטרה ביום ה', י"א אלול תשמ"א (10.9.81), ומנוחתה כבוד בצור שלום

אבי-זקני הרב הגאון ר' **יצחק הלוי שטינברג** זצ"ל
רב אב"ד בקהילות הליטש (פולין), ירוסלב (פולין) ובריסל (בלגיה), ובאחרונה
ראב"ד בבית הדין הרבני האזורי ת"א-יפו ורב ביהכ"נ ישורון בת"א
נפטר ביום ה', כ"ז מר-חשון תשכ"ז (10.11.66), ומנוחתו כבוד בתל-אביב

אמי-זקנתי הרבנית מרת **שרה שטינברג** ע"ה לבית שפרונג
נפטרה בדמי ימיה ביום ו', כ"ב כסלו תרצ"א (12.12.30), ומנוחתה כבוד בווינה

אבי-זקני רבי **אברהם** הי"ד ואמי-זקנתי מרת **לאה** הי"ד **גלייכר**
נהרגו ע"י הנאצים ימ"ש ביום א' דראש השנה תש"ג (12.9.1942) ומקום
קבורתם לא נודע

דודי אחי-אבי, הבחור ר' **בנימין זאב הלוי שטינברג** ז"ל
נפטר ביום ג', ו' אייר תש"ג (11.5.43), ומנוחתו כבוד בסמרקנד

דודי אחי-אמי ר' **יעקב צבי גלייכר** ז"ל
נפטר ביום ה', י"ט טבת תשכ"ט (9.1.69), ומנוחתו כבוד בחיפה

אבי-חותני הרב ר' **גרשון מרדכי וינברג** ז"ל
רב בקהילת לנקסטר (ארה"ב)
נפטר ביום ו', ח' סיון תשכ"ו (27.5.66), ומנוחתו כבוד בירושלים

אם-חותני הרבנית מרת **יהודית איטה וינברג** ע"ה
נפטרה ביום ה', ח' ניסן תשל"ט (5.5.79), ומנוחתה כבוד בירושלים

אבי-חמותי ר' **חנניה ליפא ספירא** ז"ל
נפטר ביום ד', ג' תשרי תשכ"ו (29.9.65), ומנוחתו כבוד בניו-יורק

אם-חמותי מרת **רחל לאה ספירא** ע"ה
נפטרה ביום ה', י"א שבט תשל"ה (23.1.75), ומנוחתה כבוד בניו-יורק

ת.נ.צ.ב.ה.

מהדורה חדשה זו רואה אור בסיוע **קרן קשת**
מעזבונו של מר **זלמן ברנסטין** ז״ל

תודה וברכה לראשי הקרן הגב׳ מם ברנסטין
ומר ארתור פריד, על תמיכתם הנדיבה,
שאיפשרה לי לעבד את המהדורה המורחבת,
המעודכנת והמתוקנת של
האנציקלופדיה ההלכתית רפואית,
ולהוציאה לאור.

תוכן העניינים

נאמנות הרופא 1-33

א. הגדרת המושג 1
ב. מקורות ראשוניים 2-10
ג. עקרונות כלליים 10-15
ד. פרטי דינים כלליים 15-26
ה. פרטי דינים 26-33

נדה וזבה 33-92

א. הגדרת המושג 33-37
ב. רקע היסטורי 37-38
ג. רקע מדעי 39-44
ד. הנידה בחז"ל ובראשונים 44-51
ה. פרטי דינים 52-92

נוטה למות (א) 92-416

א. הגדרת המושג 92-97
ב. רקע היסטורי 98-100
ג. רקע רפואי-חברתי 101-118
ד. פרטי דינים 118-166
ה. רקע אתי 167-252
ו. רקע משפטי 252-266
נספח א: הצעת חוק החולה הנוטה למות 265-324
נספח ב: הבסיס ההלכתי להצעת חוק החולה הנוטה למות 325-352
נספח ג: מסמך הנחיות רפואיות מקדימות 353-373
נספח ד: חוק החולה הנוטה למות 373-416

נוטה למות (ב) 417-446

א. הגדרת המושג 417
ב. דיני גוסס 417-437
ג. דיני שכיב מרע 437-442
ד. דיני חיי שעה 442-446

נכפה 472-446

א. הגדרת המושג 447-446
ב. רקע היסטורי 451-447
ג. רקע רפואי 454-451
ד. המחלה בחז״ל ובראשונים 458-454
ה. פרטי דינים 472-458

נסויים רפואיים בבני אדם 562-473

א. הגדרת המושג 475-473
ב. רקע היסטורי 487-475
ג. רקע מדעי 494-487
ד. פרטי דינים 504-494
ה. רקע אתי 539-504
ו. רקע משפטי 544-540
נספח א: הצהרת הלסינקי 554-543
נספח ב: תקנות בריאות העם 562-555

נתוח המת 670-561

א. הגדרת המושג 563-561
ב. רקע היסטורי 577-563
ג. רקע מדעי 588-577
ד. פרטי דינים 641-588
ה. רקע אתי 647-641
ו. רקע משפטי 650-647
נספח: חוקים ותקנות 670-651

נתוחים 690-669

א. הגדרת המושג 671-669
ב. רקע היסטורי 674-671
ג. נתוחים ומנתחים בחז״ל ובפוסקים 676-674
ד. פרטי דינים 690-676

סודיות רפואית 734-691

א. הגדרת המושג 692-691
ב. פרטי דינים 707-692
ג. רקע אתי 719-707
ד. רקע משפטי 730-719

נספח א: חוק זכויות החולה 729-731
נספח ב: חובת הודעה על נהגים 731-734

סכון עצמי 733-767

א. הגדרת המושג 733-734
ב. מקורות ראשוניים 734-745
ג. פרטי דינים 746-762
נספח: גדרי 'שמר פתאים ה' 762-767

סריס 767-856

א. הגדרת המושג 767-771
ב. רקע היסטורי 771-776
ג. רקע מדעי 776-783
ד. הסריס במקרא ובחז"ל 784-791
ה. פרטי דינים 792-856

עֵבֶר 857-956

א. הגדרת המושג 857-859
ב. רקע היסטורי 859-863
ג. רקע מדעי 863-890
ד. העובר במקרא ובחז"ל 890-897
ה. עקרונות וכללים 897-909
ו. פרטי דינים 909-929
ז. דיני עובר בהמה 929-936
ח. רקע אתי 936-950
ט. רקע משפטי 950-956

נאונטולוגיה — ראה ערך ילוד

נֶאֱמָנוּת הָרוֹפֵא

א. הגדרת המושג

בענייני הלכה רבים נזקקים הפוסקים להבנת המציאות הרפואית, ולידיעת אבחנות ותחזיות רפואיות. לשם כך יש צורך בקבלת חוות דעת רפואית על המצב הנוגע לשאלות ההלכתיות, ודנו הפוסקים אם הרופאים נאמנים לקבוע את המציאות כדי להכריע בשאלות הלכתיות. שאלת נאמנות הרופאים נוגעת הן לעצם המידע הרפואי שבידם על פי חכמת מדע הרפואה, והן לנאמנותם האישית.

בערך זה יידונו דיני נאמנות הרופאים ביחס למקרים פרטיים, ולא שאלת נאמנות מדע הרפואה, ושאלת נאמנות המדע בכלל[1].

ב. מקורות ראשוניים

כללי — מצינו מספר מקורות בתלמוד, שלפיהם התייעצו חז"ל עם רופאים בענייני הלכה, כאשר פתרון השאלה ההלכתית דורש ידיעה במקצוע הרפואה, או שסמכו על אומדנות הרופאים בעניינים הלכתיים הדורשים ידיעה רפואית. להלן דוגמאות אחדות:

נידה — המקור העיקרי לשאלת נאמנות הרופאים בהלכה היא הסוגיא הבאה: "מעשה באשה שהיתה מפלת כמין קליפות אדומות, ובאו ושאלו וכו' לחכמים, וחכמים שאלו לרופאים, ואמרו להם, אשה זו מכה יש לה בתוך מעיה, שממנה מפלת כמין קליפות, תטיל למים, אם נימוחו טמאה. ושוב מעשה באשה שהיתה מפלת כמין שערות אדומות, ובאה ושאלה וכו' לחכמים, וחכמים לרופאים, ואמרו להם שומא יש לה בתוך מעיה, שממנה מפלת כמין שערות אדומות, תטיל

[1] בשאלת נאמנות המדע ביחס להלכה — ראה בהרחבה במבוא ב — דת ומדע. שאלת נאמנות המדע בדברים שונים, כגון מדע הכימיה, הבוטניקה וכד', אף הוא נידון בהרחבה בין הפוסקים — ראה שו"ת הריב"ש סי' תמז; שו"ת שבות יעקב ח"ג סי' כ; שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' ל ד"ה וכ"ש; שו"ת אבן יקרה מהדו"ת סי' יג; שם מהדו"ג סי' פב; הגראי"ה קוק, שערי ציון, כסלו תרפ"א, סי' א, וסי' ט (הועתק בס' אוצרות הראי"ה, ח"ג, עמ' 172 ואילך); שו"ת דעת כהן סוסי' עט, וסי' קצא, וסוסי' רלד; חזו"א כלאים סי' ג סק"ו; שו"ת הגרי"א הרצוג חאו"ח סי' פ; שם חיו"ד סי' כ אות ב, וסי' כא; מ. הלפרין ואח', תחומין, ד, תשמ"ג, עמ' 431 ואילך. וראה בשו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלח, שחז"ל סמכו בהרבה עניינים מענייני התורה על בעלי הטבעים

למים, אם נימוחו טמאה״[2].

וכבר הקשו ראשונים ממה נפשך, אם הרופאים נאמנים, למה בחנו את דבריהם; ואם אינם נאמנים, וחכמים סמכו על בדיקתם במים, אם כן רופאים למה לי כלל[3].

יש מהפוסקים שביארו סוגיא זו בדרכים המוכיחות שסומכים על נאמנות הרופאים — יש שכתבו, שהרופאים הם שהציעו את הבדיקה במים, כי בעצמם לא היו בטוחים בהסברם, ועל פי תוצאות דבריהם ובדיקותיהם סמכו עליהם חז״ל, ואם סומכים עליהם ועל בדיקתם לקבוע אם האשה נידה אם לאו, סימן שהרופאים נאמנים גם בחשש איסור כרת[4]; או שבדרך כלל סומכים על הרופאים, אבל במקרים שיש אפשרות לבחון את דבריהם לאור ניסיון מעשי, אז אין לסמוך על דבריהם בלבד, אלא להשתמש בניסיון, ולכן ביקשו חז״ל לברר את דברי הרופאים בבדיקה[5]; ויש מי שכתבו, שהפיסקה ״תטיל למים וכו׳״ לא שייכת כלל לשני המעשים, אלא זו פיסקא חדשה השייכת למשנה, ורק בגלל טעות המדפיס שורבבה הפיסקא למעשים, ולפיכך יש ראיה מסוגיא זו שסומכים לגמרי על הרופאים אפילו באיסור כרת, ואין צורך לבחון את דבריהם כלל[6].

ויש מהפוסקים שביארו את הסוגיא בדרכים המוכיחות שאין סומכים על הרופאים — יש שכתבו, שחז״ל הם שדרשו את הבדיקה כדי לבחון אם הרופאים צדקו בדבריהם, כי לא האמינו לדברי הרופאים, ומכאן שאין סומכים על דברי הרופאים באיסורי תורה[7], ומה

הראשונים. **[2]** תוספתא נידה ד א; בבלי נידה כב ב; ירושלמי נידה ג ב. וראה בבבלי נידה שם, שצריך להטיל במים פושרים. **[3]** שו״ת הרא״ש כלל ב סי׳ יח, שהקשה לרשב״א, ועל פי מה שפירשו בשו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קנח, וחאבהע״ז ח״ב סי׳ סא, ובכרתי ופליתי הל׳ נידה סי׳ קפח סק״ה (אמנם בשו״ת דעת כהן סי׳ קמ העיר, שלפי גירסת שו״ת הרא״ש שלפנינו אין זה הפירוש המדוייק, עיי״ש). בתשובות הרא״ש לא נמצאה תשובה לשאלה זו, אבל בתוספי הרא״ש לנידה שם יש הסבר לעניין. **[4]** שו״ת מהר״ם מרוטנברג, מקיצ״נ סי׳ נג; תוספי הרא״ש נידה, שם; שו״ת מהרי״ק שורש קנט; ב״י יו״ד סי׳ קצא ד״ה כתב הר״ן; המחבר יו״ד קפו ח; שו״ת ב״ח החדשות סי׳ לו (וכתב שם, שיתכן שהרופאים היו בני ברית); שו״ת מהר״י ברונא סי׳ רמז-רמח; שו״ת שבות יעקב ח״א סי׳ סה; שם ח״ג סי׳ קו; כרתי ופליתי יו״ד סי׳ קפח סק״ה; שו״ת מהר״ש ענגיל ח״א סי׳ ד; שם ח״ג סי׳ סו; שם ח״ה סי׳ פט; שו״ת זרע אמת ח״א סי׳ עט, וסי׳ פג; שם ח״ב סי׳ לב; תורת יקותיאל, חלק שו״ת סי׳ ח; שו״ת מהרש״ם ח״א סי׳ יג; שו״ת משה האי״ש סי׳ כט. ובשו״ת חכם צבי סי׳ מו כתב, שמה ששאלו לרופאים היה לברר אם הקלקול היה במקור, ולא מכה ברחם. **[5]** שו״ת עבודת הגרשוני סי׳ כב. **[6]** שו״ת ב״ח החדשות סי׳ לו; ביאור הגר״א יו״ד סי׳ קצט סק״י; מנחת עני בשם הגר״ח מוולוזין, ובשם ר׳ יעקב מקארלין (הובא בשו״ת מהרש״ם ח״א סי׳ יג, בשם משכנות יעקב, ובהמאסף שנה ד סי׳ סג. וראה עוד בס׳ שבט מיהודה, מהדורת תשמ״ד, עמ׳ שמז ואילך); קהלת יעקב, חלק השו״ת חיו״ד ד״ו ע״ג; שו״ת משה האי״ש סי׳ כח; שו״ת באהלי אהרן ח״ב סי׳ ס; שו״ת מקדשי השם ח״א סי׳ פו, תשובת הג״ר נחום ווידנפעלד בעל חזון נחום. ראייתם — בתוספתא ובירושלמי שם כלל לא נזכרת הפסקא תטיל למים וכו׳, אשר מוזכרת רק בבבלי נידה שם; אמנם בס׳ מחקרים בספרות החשובות, עמ׳ 129, העיר שהגירסא בכת״י מינכן בתוספתא הנ״ל כוללת את הפיסקא תטיל למים וכו׳. **[7]** רמ״א

שנזקקו חכמים לשאול לרופאים היה זה משום שהצורות שהפילה האשה היו מאד בלתי שגרתיות, וחז״ל לא ידעו אם בכלל יכול להיות כדבר הזה, וכשהרופאים אמרו שדבר כזה יכול לקרות, הלכו הם ובדקו הדבר, אבל לא סמכו על הרופאים[8], והיינו ששאלו את הרופאים רק על העקרון הכללי, כי רק בזה הם נאמנים, אבל אין הם נאמנים על המקרה הפרטי, ולכן אחרי שרופאים אישרו את העקרון, עשו חכמים את הניסיון ביחס למקרה המסויים שבא לפניהם, ועל פי תוצאותיו פסקו את ההלכה[9]; או שנאמנות הרופאים היתה דווקא בגלל שיכלו לברר בחוש ובניסיון את דבריהם[10].

איבר מן החי — עצם שנשברה בהיות הבהמה בחיים, ונקדר הבשר בסכין מעל השבר בעיגול כמין טבעת, נסתפקו חכמים אם הבשר הזה מעלה ארוכה או לא, ושאלו לחכמים ולרופאים ואמרו שיש לסרוט את השבר בעצם, ועל ידי שהוא מוציא דם, הוא מתחבר עם הבשר הבריא, ונמשך זה אצל זה, ומעלה ארוכה[11]. ומשמע מכאן, שהרופאים נאמנים להתיר איסור איבר מן החי. ואולי אף כאן מדובר בדבר שניתן לבחון בחוש ובניסיון, אך אין הוכחה מכרעת שתמיד סומכים על הרופאים[12].

טומאת מת — מעשה שהביאו קופה מלאה עצמות לבית הכנסת של תרסיים, והניחוה באוויר, ונכנס תודוס הרופא וכל הרופאים עמו, ואמרו אין כאן שדרה ממת אחד[13], ומבואר שבגלל כוח עדותם של הרופאים הללו עמדו למניין וטהרו, הרי שסמכו על הרופאים להקל באיסורים בדבר שהוא אסור מן התורה, ואין לדחוק ולומר שמדובר בטומאה ברשות הרבים שספקה טהור, ודברי הרופאים סייעו רק לעשות הדבר לספק, שאז העיקר חסר מן הספר, וצריך לומר שמדובר גם ברשות היחיד[14]. אך יש מי שכתב, שנאמנות הרופאים היתה דווקא מפני שדבריהם באו מתוך מדע מבורר על פי החוש[15].

טריפה — תודוס הרופא אמר, שאין פרה וחזירה יוצאת מאלכסנדריה של מצרים שאין חותכים האם שלה, בשביל שלא תלד[16], ועל סמך עדותו זו נקבעה ההלכה, שבהמה שניטל הרחם שלה — כשרה[17]. ויתכן לומר שנאמנותם היתה רק בגדר של ידיעה כללית[18], או שהיתה זו

בדרכי משה יו״ד סי׳ קצא אות ד; שו״ת מהר״ם מלובלין סי׳ קיא; שו״ת פנים מאירות ח״א סי׳ יב; שו״ת דברי חיים ח״ב חיו״ד סי׳ עא. **[8]** שו״ת דברי חיים ח״ב חיו״ד סי׳ עא. **[9]** שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קנח, וסי׳ קעה; שם חאבהע״ז ח״ב סי׳ סא; חי׳ חת״ס לע״ז ל א, לחולין דמ״ז, ולנידה כב ב; שו״ת מהר״ם שיק חיו״ד סי׳ רמד. וראה עוד בשו״ת מהרי״א הלוי ח״א סי׳ קסג. **[10]** הגראי״ה קוק, שערי ציון, כסלו תרפ״א, סי׳ א. וראה עוד שו״ת מעיל צדקה סי׳ לד; שו״ת חכם צבי סי׳ מו; סדר״ט סי׳ קפח סק״ה. **[11]** חולין עז א, וברש״י שם. וכן נפסק בטושו״ע יו״ד נה יא. אמנם ראה ברמב״ם מאכלות אסורות ה ח, ובמ״מ ולח״מ שם. **[12]** וכשיטת הגראי״ה קוק, לעיל הע׳ 10. **[13]** תוספתא אהלות ד ב; נזיר נב א; ירושלמי ברכות א א. **[14]** הגראי״ה קוק, שערי ציון, כסלו תרפ״א, סי׳ א. **[15]** הגראי״ה קוק, שם. **[16]** סנהדרין לג א; בכורות כח ב. **[17]** סנהדרין ובכורות שם; רמב״ם שחיטה ח כה, ובמ״מ שם; טושו״ע יו״ד מה א. וראה בע׳ רחם הע׳ 102 ואילך. **[18]** וכשיטת החת״ס, ראה

ידיעה על פי החוש והניסיון[19].

אומד רפואי — מצינו במספר עניינים בדיני נפשות ובדיני ממונות, שצריך אומד רפואי על המצב: בדיני רוצח צריך אומד על הדבר שהכהו בו, אם ראוי אותו חפץ להמית, ועל המקום שהכה עליו, אם ראוי למות באותו איבר, וכן משערים את המכה עצמה, ומשערים כוח ההורג, וכוח הנהרג, ומקום המכה[20]; וכן המכה את חברו ואמדוהו למיתה, והיקל ממה שהיה, ואחר כך הכביד חוליו ומת — חייב[21]; וכן באשה שהיא מקשה לילד, שמחתכים את הוולד במעיה, ומוציאים אותו איברים איברים[22]; ובדיני מלקות צריך אומד על מידת כוחו של החוטא לעמוד במלקות, ומספר המלקות שלו[23]; וכן הדין בדיני ממונות, שאומדים את הנזק והריפוי, ומחייבים ממון על פי הערכה רפואית זו[24]; ובמתנת שכיב מרע שעמד בין חולי שציווה בו, לבין חולי שמת ממנו, שאומדים על פי רופאים, אם מחמת חולי ראשון מת, מתנתו מתנה, ואם לאו אין מתנתו מתנה[25]. ואף שלא מצויין במפורש בכל המקומות האלו שהאומד נעשה על ידי רופא, מסתבר שגם אומדנת רופאים מועילה בזה, ואפילו להחמיר בדיני נפשות ובדיני ממונות, מכאן שאומדנת רופאים היא בגדר וודאי. ויש מי שדחו זאת, שמדובר דווקא כשהאומדנא היא בדבר שיכול להתברר לכל אדם, או שזו אומדנא שניתן להוכיחה בחוש ובניסיון[26]; או שדין זה הוא דווקא כשיש רגלים לדבר[27], או שהאומד הוא על ידי בית הדין דווקא, ולא על ידי הרופאים[28].

רוצח — ועוד בדיני רוצח נפסק, שהרופאים נאמנים להכריע אם יש למכה מסויימת רפואה או לא, ובדרך זו מוגדר הנרצח אם הוא טריפה או שלם, ועל פי זה ממיתים את הרוצח[29], ומשמע שהם נאמנים אפילו לחיוב מיתה, ומכאן יש מי שהוכיח שנאמנותם היא בתורת וודאי[30], או לפחות שנאמנותם היא מדין רוב, ולא מדין ספק, שהרי צריך לדבריהם שמכה זו אין לה תעלה באדם כדי לחייב את הרוצח מיתה, ובלא זה היה פטור[31]. ויש מי שדחו ראיה זו, כי שם יש חזקה גדולה מאד, שהרי הכהו מכה שיש בה כדי להמית ונפל למשכב, ורק בנסיבות כאלו נאמנים הרופאים[32].

גיטין — האומר לאשתו, הרי זה גיטך מהיום אם מתי מחולי זה, ועמד והלך בשוק, וחלה ומת, אומדים אותו אם מחמת חולי הראשון מת, הרי זה גט, ואם

[19] וכשיטת הגראי״ה קוק, ראה לעיל הע׳ 9. [20] ספרי במדבר לה טז-יח; רמב״ם רוצח ג א-ו. [21] סנהדרין עח א; רמב״ם רוצח ד ג-ה. [22] משנה אהלות ז ו; סנהדרין עב ב; רמב״ם רוצח א ט; טושו״ע חו״מ תכה ב. וראה שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ סט אות ד. [23] מכות כב א; רמב״ם סנהדרין יז ב-ג. [24] ב״ק צא א; רמב״ם חובל ומזיק ב יג-טו; טושו״ע חו״מ תכ יז-יח. [25] גיטין עב ב; ב״ב קנא ב; רמב״ם זכיה ומתנה ח כו; טושו״ע חו״מ רנ ב. [26] הגראי״ה קוק, שערי ציון, כסלו תרפ״א, סי׳ ט. [27] רמב״ם רוצח ד ה. וראה בכס״מ שם; תויו״ט שלהי נזיר. וראה להלן הע׳ 74 ואילך. [28] שו״ת מהר״י אסאד חיו״ד סי׳ קצג, על פי רש״י סנהדרין שם ד״ה ואמדוהו שכתב, ואמדוהו למיתה — בית דין. [29] רמב״ם רוצח ב ח. וראה בע׳ טרפה הע׳ 24 ואילך. [30] הרב מ. אילן, תורה שבעל פה, יח, תשל״ו, עמ׳ ע ואילך. [31] שו״ת מהר״ם שיק חיו״ד סי׳ רמד. [32] שו״ת צמח צדק חיו״ד סי׳

לאו — אינו גט[33]. יש מי שהוכיח מכאן, שסומכים על אומד הרופאים אפילו בעניין אשת איש, ואף על פי שאין דרך לאשר את דבריהם בחוש ובניסיון[34]; ויש מי שדחה ראיה זו, כי בעניין תנאי בגט הדבר תלוי בדעתו של האדם על פי תנאו, ויש להניח שהוא התנה ביחס למחלתו כפי מה שיאמרו הרופאים, שהרי הלך אליהם להתרפא, ולכן הרופאים נאמנים דווקא בגלל תנאו, ולא בגלל שזה בירור האמת[35].

גילוי עריות — מעשה באדם אחד שנתן עיניו באשה אחת, והעלה ליבו טינא, ובאו ושאלו לרופאים, ואמרו אין לו תקנה עד שתיבעל[36]. ואף שלהלכה נפסק, שאין לאפשר לאיש לבצע מה שליבו חפץ, ואפילו בפנויה[37], אך אין הטעם משום חוסר נאמנות הרופאים, אלא טעמים אחרים.

שבת — מעשה בחסיד אחד שהיה גונח מליבו, ושאלו לרופאים, ואמרו אין לו תקנה עד שינק חלב רותח משחרית לשחרית[38], ורפואתו שצריך לינק בעצמו מן הבהמה, ודבר זה מותר אפילו בשבת[39].

מכאן אין ראיה לשאלת נאמנות הרופאים בדרך כלל, שכן לכל הדעות יוצרים דברי הרופאים לפחות ספק פיקוח נפש בשבת[40].

ייחוס ובכור — המיילדת נאמנת לומר אם הבן היילוד הוא כהן, לוי, נתין, או ממזר[41]; כמו כן נאמנת המיילדת לזהות את הבן הבכור במקרה של לידת תאומים[42].

דיינים בסנהדרין — יש מי שהעלה ספק במהימנותם המוחלטת של הרופאים בעניינים המופיעים בפני בית הדין על סמך העובדה[43] שחברי הסנהדרין צריכים להיות בקיאים ברפואה[44].

ג. עקרונות כלליים

פניה לרופאים לבירור מצבים עובדתיים — מצינו בחז"ל ובפוסקים שפנו לרופאים כדי לברר את עמדתם במציאות הרפואית הנוגעת לשאלות הלכתיות, וכן זירזו את השואלים להיוועץ בדעת רופאים ולשמוע לדעתם[45], ויש מי שכתב, שמן הראוי להיווכח מה דעת הרופאים בעניינים

סד, עיי"ש; שו"ת היכל יצחק חאבהע"ז ח"א סי' ח. **[33]** גיטין עב א; רמב"ם גירושין ט יח; טושו"ע אבהע"ז קמה ז. **[34]** שו"ת נודע בשערים סי' יב; שו"ת מקדשי השם ח"א סי' פו, תשובת בעל חזון נחום. ואף שהרמ"א אבהע"ז קמה ט (על פי המהר"ם מרוטנברג סי' ל להל' אישות), כתב שבזמן הזה אין אנו בקיאים, ולכן אין לסמוך בזמן הזה מאומדנת הרופאים (וראה בביאור הגר"א שם סקי"א), אין זה דוחה את העקרון, אלא רק בגלל בעית בקיאות. **[35]** הגראי"ה קוק, שערי ציון, כסלו תרפ"א סי' ט; שו"ת היכל יצחק חאבהע"ז ח"א סי' ח. **[36]** סנהדרין עה א. **[37]** גמ' שם; רמב"ם יסודי התורה ה ט. **[38]** ב"ק פ א; תמורה טו ב; ירושלמי סוטה ט י. **[39]** כתובות ס א, ובר"ן שם. ראה בע' לב הע' 173 ואילך, שדבר זה מותר אף על פי שאין בו סכנה. **[40]** ראה להלן הע' 62 ואילך. **[41]** קידושין עג ב; רמב"ם איסורי ביאה טו לב; טושו"ע אבהע"ז ד לה. וראה באוצה"פ שם, בגדרי נאמנות זו. **[42]** קידושין עד א; רמב"ם נחלות ב יד; טושו"ע חו"מ רעז יב. וראה עוד בע' לדה הע' 82 ואילך. **[43]** רמב"ם סנהדרין ב א. **[44]** ראה שו"ת מהר"י אסאד חיו"ד סי' קצג. **[45]** על הדוגמאות מחז"ל ראה

הנוגעים להלכה, וכן נהגו חז״ל ששאלו לרופאים, וכן נהגו הראשונים, וכן עשה בעצמו מעשה כמה פעמים לשאת ולתת עם הרופאים[46], וכן המקובל בימינו שגדולי הפוסקים מתייעצים עם רופאים בשאלות רפואיות-הלכתיות מעשיות, ומבררים עמהם את המציאות של החולה השואל, ונוהגים להפנות שואלים בענייני הלכה הנוגעים לרפואה להתייעץ עם רופאים, וכן סומכים בתי הדין הרבניים על עדויותיהם של רופאים מומחים בשאלות העומדות על הפרק בענייני קידושין, גירושין, עגונה, מזונות וכיו״ב.

הגבלות עקרוניות בנאמנות הרופאים — יחד עם זאת מצינו מחלוקת בפוסקים אם לסמוך על נאמנותם של הרופאים בתנאים ובמצבים שונים, ורבים הם הפוסקים שדנו בשאלה זו בהקשרים הלכתיים שונים, וכפי שיבואר להלן. יש שקיבצו את דעות הפוסקים החולקים בשאלה זו[47]. הדיון בין הפוסקים נוגע ליסודות נאמנותם של הרופאים; ליסודות אי-נאמנותם; ולתנאים השונים שבהם הרופאים נאמנים, או שאינם נאמנים בהם. השאלה היא אם מדע הרפואה כשלעצמו נאמן בוודאי או בספק, שכן לפי דעה אחת מכיוון שכל חכמת הרופאים בנויה על טבעי גופים שאוכלים שקצים ורמשים, אי אפשר לשפוט מזה על גופי בני ישראל[48], אמנם יש שחולקים על דעה זו[49]. כמו כן גם אם מדע הרפואה נאמן בוודאי, עדיין יש שאלה אם הרופא עצמו נאמן בוודאי או בספק, ומאיזה דין הוא נאמן — מדין עדות, או מדין רוב, או מדין חזקה שאומן לא מרע אומנותו.

נאמנות בוודאי או בספק — יש

לעיל בחלק ב. על הדוגמאות בפוסקים ראה לדוגמא — פחד יצחק, ע׳ חולה בשבת; שו״ת מהר״י בן לב ח״א סי׳ ל; שו״ת מהרש״ך ח״ב סי׳ קס; שו״ת מהרי״ט ח״ב חאבהע״ז סי׳ יד; שו״ת הלכות קטנות ח״א סי׳ רצ; שו״ת עבודת הגרשוני סי׳ כב; שו״ת דבר שמואל סי׳ שלא; שו״ת חות יאיר סי׳ רלד; שו״ת שב יעקב סי׳ לו, וסי׳ מא; שו״ת שבות יעקב ח״א סי׳ סה, וסי׳ פו; שם ח״ב סי׳ קו; שם ח״ג סי׳ עח, וסי׳ פ, וסי׳ קו; כרתי ופליתי יו״ד סי׳ מ סק״ד; שו״ת נובי״ק חיו״ד סי׳ מט, וסי׳ נה, וסי׳ נח; שו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ כא; שו״ת רעק״א ח״א סי׳ סא; שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קנח, וסי׳ קס, וסי׳ קסז, וסי׳ קעד; שם חאבהע״ז ח״ב סי׳ סא; שו״ת שואל ומשיב מהדו״ק ח״א סי׳ עד, וסי׳ קנו; שם מהדו״ב ח״ד סי׳ עח; שם מהדו״ג ח״א סי׳ י, וסי׳ יח, וסי׳ לו; שם מהדו״ג ח״ב סי׳ מא; שם מהדו״ג ח״ג סי׳ פה; דעת תורה, סוף הל׳ טריפות, בקו״א אות רלו. וראה עוד בס׳ הרפואה והיהדות, עמ׳ 285-286, ובהערות שם.

[46] שו״ת שבות יעקב ח״ג סי׳ עח.

[47] ראה שו״ת השיב רבי אליעזר סי׳ ב; פת״ש יו״ד סי׳ קפז סק״ל; שו״ת משה האי״ש סי׳ כט, תשובת ר׳ משה חיים אלישר; שו״ת פרי השדה ח״ד סי׳ פח.

[48] ראה בשו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קעה, ובחידושיו לע״ז דל״ה, והיינו כיוון שהעכו״ם אוכלים שקצים ורמשים חביל גופיה, כמבואר בע״ז לא ב (היינו שגופם חם, ראה רש״י נידה לד ב ד״ה חביל. וראה תוס׳ ע״ז שם ד״ה דאכלי).

[49] ראה תשובת בעל חזון נחום, הובאה בשו״ת מקדשי השם ח״א סי׳ פו, שהקשה על שיטה זו מהמבואר בגיטין ע א, שרב שימי בר אשי עשה רפואה לגוי, וכתבו התוס׳ שם ד״ה רב, שעשה כן כדי להתחכם בחכמת הרפואה, כדי שידע לרפאות ישראל. וכן ראה בשו״ת מהרש״ם ח״ב סי׳ קפב, שהעיר שדווקא בדברים שנכנסים למעיים חביל גופייהו, ואז אין נאמנות ממה שלומדים על גופות גויים, אבל במקומות אחרים בגוף לא שייך עניין זה. ובמנחת פתים יו״ד סי׳ קפז כתב, שבזמן הזה אין הנוכרים רגילים לאכול שקצים ורמשים, ולכן אין לחלק בין חכמת

הסבורים, שנאמנות הרופאים היא וודאית, כי עליהם אנו סומכים באיסורי כרת ומיתות בית דין, לפי שהם יודעים בטיב החולאים והמיתות[50], או שכיוון שנתנה התורה רשות לרופא לרפאות, נתנה לו התורה נאמנות בכל מה שיאמר[51]. לפיכך, נאמנות הרופאים היא גם באיסורי תורה, וגם בדברים שאינם נוגעים לפיקוח נפש; ויש הסוברים, שנאמנותם היא מדין ספק, וכפי שמוכח בעליל מהעובדה שהם משנים דעתם מזמן לזמן, וביניהם אין הסכמה בהרבה דברים, ולפעמים יש שהם מניחים יסוד מוסד בחכמת הרפואה, ואחר כך בא דור אחר וסותר מה שנאמר[52]. לפיכך, נאמנות הרופאים היא רק באיסורי דרבנן, או במצבים של פיקוח נפש, שבשניהם סומכים על הספק.

אכן גם לשיטות שאין הרופאים נאמנים, לא יעלה על הדעת שאין אמירת הרופאים נחשבת לכלום, כי בקיאים הם באומנותם, אלא שלעניין איסורים אין מחשיבים דבריהם כוודאי[53]. ועוד, שגם לשיטות אלו יש שהרופאים נאמנים אפילו באיסורי תורה, כאשר יש צירוף של גדרי נאמנות אחרים, וכפי שיבואר להלן.

ביסוד נאמנות הרופאים — יש אומרים, שנאמנותם היא מתורת עדות, ואז יש להחיל עליהם כל דיני עדות, ולפיכך רופאים שהם פסולי עדות מדין תורה לא יהיו נאמנים[54], ורופא אחד נאמן רק בדבר שלא איתחזק איסורא, ושניים נאמנים גם נגד איתחזק איסורא, ואף בענייני תורה, ונכרי או פסול נאמנים מדין אומן לא מרע אומנותיה, ולכן נאמנים רק בדבר שניתן לברר בחוש ובניסיון בדיני תורה, ובדרבנן יוצר ספק בכל מקרה, גם כשלא ניתן לברר בחוש[55]; יש אומרים, שנאמנותם היא מדין רוב[56], או שדבריהם הם פחות מרוב[57],

הרפואה עליהם ועל בני ישראל. **[50]** שו״ת מהרי״ט ח״ג חאבהע״ז סי׳ יד; שו״ת מהרי״ק שורש קנט; שו״ת חכם צבי סי׳ מו; שו״ת חקרי לב חיו״ד ח״ג סי׳ פז; שו״ת אחיעזר חיו״ד סי׳ טז אות ו; שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ סט אות ד; שו״ת עמודי אש ח״א סי׳ א, בשיטת הרמ״א, פרט לאיסורי ערווה דאורייתא. וראה עוד לעיל בחלק ב, שיטות הפוסקים שהוכיחו את נאמנותם הוודאית של רופאים מסוגיות הש״ס. **[51]** ערוך השלחן יו״ד קפז סט. **[52]** שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קנח; שם חאבהע״ז ח״א סי׳ סא; שו״ת מהר״ם שיק חיו״ד סי׳ קנה; שו״ת מהר״ש ענגיל ח״א סי׳ ד; שו״ת דעת כהן סי׳ קמ. וראה עוד לעיל בחלק ב, שיטות הפוסקים שדחו ההוכחות על נאמנותם של רופאים מסוגיות הש״ס. **[53]** שו״ת כתב סופר חאבהע״ז סי׳ כו. **[54]** ראה מאמרו של הרב מ. אילן, תורה שבעל פה, יח, תשל״ו, עמ׳ ע ואילך. **[55]** הראי״ה קוק, שערי ציון, כסלו תרפ״א, סי׳ א, וסי׳ ט; אמנם יש להעיר, שבדיני עדות יש כללים מוגדרים, שלא תמיד מבוססים על ההגיון גרידא, אלא על גזירת הכתוב, כגון העובדה שקרובים פסולים לעדות, וכדברי טושו״ע חו״מ לג י — ״זה שפסלה תורה עדות הקרובים, לא מפני שהם בחזקת אוהבים זה את זה, שהרי פסולים להעיד בין לזכותו בין לחובתו, ואפילו משה ואהרן אינם כשרים להעיד זה לזה, אלא גזירת הכתוב הוא״; וכן ״הגרים מעכו״ם אין להם קורבה, אפילו שני אחים תאומים שנתגיירו מעידים זה לזה, דגר שנתגייר בקטן שנולד דמי״ — שם, יא; וכן העובדה שנצטווינו לחתוך את הדין על פי שני עדים כשרים, ואף על פי שאפשר שהעידו בשקר — רמב״ם יסודי התורה ז ז. **[56]** שו״ת מהר״ם מלובלין סי׳ קיא; שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קעה; שו״ת מהר״ם שיק חאבהע״ז סי׳ ב; שו״ת מהרש״ם ח״א סי׳ כד. **[57]** שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קכה; שו״ת עבודת הגרשוני סי׳ כב; שו״ת שבות יעקב ח״א שי׳ סה; שם ח״ב סי׳ עו; שו״ת דעת כהן סי׳ קמ; שו״ת מנחת יצחק

ולפיכך אם אפשר לברר דבריהם, צריכים לעשות זאת; ויש אומרים, שנאמנותם היא מדין חזקה שאומן לא מרע אומנותו, או מדין חזקה שאדם אינו משקר בדבר ששיקרו עשוי להתגלות[58], ולפי טעם זה סומכים על הרופאים גם במצבים שאין אפשרות לברר אם טעו[59], וכן נאמנים גם רופאים שהם פסולי דין[60], ואפילו גוי, ואפילו רופאה, ואפילו באיסורי תורה[61].

ד. פרטי דינים כלליים

בפיקוח נפש — הרופאים נאמנים לכל הדעות אם אומרים שיש פיקוח נפש במצב, וגם רופאה נאמנת לקבוע מצב של פיקוח נפש, ולהאכיל על פיה ביום הכיפורים[62], שהרי גם ספק פיקוח נפש דוחה את כל האיסורים שבתורה, פרט לשלוש עבירות, ואין בזה מי שיפקפק[63].

לפיכך, אם אומרים הרופאים שיש סכנה במצבו של החולה, מותר לחלל שבת, מותר לאכול ביום-הכיפורים, אין למול תינוק בזמנו, וכיוצא בזה לשאר איסורים. ואף בזה יש מי שכתב, שמאמינים לרופא בענייני פיקוח נפש להקל באיסורי תורה דווקא אם האדם מוחזק להיות חולה, אבל מי שמוחזק להיות בריא, אין דברי הרופא יוצרים אפילו ספק לעבור על איסורי תורה[64]; ואם אומרים הרופאים, שאין במצב משום פיקוח נפש, אם קביעתם אינה מתנגדת באופן עקרוני לקביעה הלכתית בנידון, הרי הם נאמנים[65], וזאת אפילו אם נאמנותם אינה אלא מכוח ספק, ואף על פי שאין הולכים בפיקוח נפש אחר הרוב, אבל לדבריהם מצטרף רוב חולים לחיים[66]; ואם קביעתם שאין במצב משום סכנה מתנגדת באופן עקרוני לקביעת חז״ל, אין הם נאמנים. לפיכך, אם

ח״א סי׳ קכה אות ו; שם סי׳ קכז אות ב. **[58]** שו״ת חוט המשולש סי׳ ב; שו״ת מהרש״ם ח״ב סי׳ קעב. וכתב שם, שאף שבשו״ת נובי״ת חאו״ח סוסי׳ עב העלה, שדווקא בעושה מעשה יש להקל באומן, אבל בדיבור בלבד יש לחשוש שמשקר, אבל כאשר יש עוד צירופים, יש להאמין לרופא גם כשאומר עניין רפואי, ולאו שדווקא כשעושה פעולה רפואית. וראה במג״א ריש סי׳ כ, שאין אומרים שאומן לא מרע אומנותו אלא דווקא כשיש קפידא גדולה, וכשהזיוף הוא לכל העולם, אבל אם הזיוף הוא רק לישראל — חוששים שמזייף; ובט״ז שם חילק בין מצב שעיקר הרווח בא מדבר התלוי בנאמנותו, שאינו נאמן. וראה עוד בשו״ת נובי״ת חאו״ח סי׳ עב; שו״ת חכם צבי סי׳ לט. **[59]** שו״ת אבן יקרה מהדו״ג סי׳ פב; שו״ת אבני נזר חיו״ד סי׳ רלה. **[60]** ראה מאמרו של הרב מ. אילן, תורה שבעל פה, יח, תשל״ו, עמ׳ ע ואילך. על פי המבואר ברש״י ע״ז כז א ד״ה רופא. **[61]** שו״ת מהריט״ץ ח״א סי׳ לו. וכמה בתי דין רבניים סמכו על עדות רופאים מדין חזקה שאומן לא מרע אומנותיה, ואינו חשוד במסירת חוות דעת שקרית — ראה תיק 1425/260 בית דין רבני איזורי בפתח תקוה, פד״ר כרך א עמ׳ לג; תיק 502 בית דין רבני אזורי ירושלים, פד״ר כרך א עמ׳ רלה. וראה עוד מה שכתב השופט משה דרורי בפסק דין ברע 775/03 מחוזי ירושלים, אבישג אוהנה נ׳ אליהו ואבנר (טרם פורסם). **[62]** ראה רא״ש יומא פ״ח סי׳ יד, בשם ריב״א; ביאור הגר״א או״ח סי׳ תריח סק״א. **[63]** שו״ת בשמים ראש סי׳ רנט; שו״ת שבות יעקב ח״א סי׳ סה; שו״ת נובי״ק חיו״ד סי׳ מט; שו״ת פנים מאירות ח״א סי׳ יב; עקרי הד״ט יו״ד סי׳ יד אות ה; הגר״י אייבשיץ, הובאו דבריו באוצה״פ סי׳ יג סקצ״ב אות א; שבט מיהודה, מהדורת תשמ״ד, עמ׳ שמז ואילך. ולעניין נאמנות רופאים בזמן הזה בענייני פיקוח נפש — ראה להלן הע׳ 64 ואילך. **[64]** שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״ב סי׳ פב. **[65]** שו״ת היכל יצחק חאבהע״ז ח״א סי׳ ח. **[66]** ראה קידושין עא ב; גיטין כח א; ב״ב קנג ב.

אומרים הרופאים שאין סכנה במילה, במצב שלפי חז״ל והפוסקים יש בו סכנה, אין מלים את התינוק[67].

באיסורי דרבנן — הרופאים נאמנים באיסורי דרבנן, גם לשיטות הסוברים שאין נאמנותם וודאית, אלא מדין ספק, או מדין רוב[68]. ונאמן רופא יהודי אחד באיסורי דרבנן, אף על פי שכבר התחזק האיסור[69].

ביקורת על קביעת הרופאים — יש הסבורים, שבדרך כלל סומכים על הרופאים מדין רוב, אבל במקרים שיש אפשרות לבחון את דבריהם לאור ניסיון מעשי, אז אין לסמוך על אומד דעתם בלבד, אלא להשתמש בניסיון[70]; ויש הסבורים, שרופאים נאמנים דווקא בדבר שמתברר להם על פי הניסיון המוחשי, ואין הם נאמנים כאשר אומרים דבריהם על פי השערות וסברות מדעיות בלבד, ולכן כל זמן שלא נתברר גם לבעלי החכמה בעצמם על פי החוש והניסיון, אין סומכים עליהם באיסורי תורה שלא במקום פיקוח נפש[71].

בעיות רפואיות פנימיות או חיצוניות — יש מי שכתבו, שהרופאים נאמנים רק בחבלות חיצוניות, כי הדברים ברורים והרופא יורד עד תכליתו, אבל במחלות פנימיות, אין לסמוך עליהם, כי אין עין הרופא שולטת בהם, והם דנים במצב רק על פי שכלם[72].

קביעה רפואית וודאית או אפשרית — יש מי שכתב, שאם הרופאים קובעים דבר שהוא מחוייב לפי מה שהם אומרים, ולא יתכן שהדבר הוא אחרת, או שהדבר נמנע שלא יתכן שהוא נובע מסיבה זו וכד׳, הרי הם נאמנים בתורת וודאי, אבל צריכים להביא ראיה מחכמת הרפואה שהמצב כדבריהם; ואם הם קובעים שהדבר אפשרי, אפילו אם לדעתם הדבר קרוב לוודאי, אלא שלא יכולים להוכיח כדבריהם, הרי דבריהם בתורת ספק[73].

רגליים לדבר — יש מי שכתבו, שהרופאים נאמנים דווקא אם יש רגליים לדבר שדבריהם נכונים[74], ואז מועילה קביעתם אפילו באיסורי תורה[75]; ויש מי שכתב, שרגלים לדבר מועיל רק באיסורי

[67] שו״ת דעת כהן סי׳ פד, וסי׳ קמ-קמב; זוכר הברית סי׳ י; אות חיים ושלום סי׳ רסג; שו״ת מנחת יצחק ח״ג סי׳ קמה; שם ח״ה סי׳ יא אות ה. וראה עוד מאמרו של הרב מ. וינברגר, עמק הלכה-אסיא, תשמ״ו, עמ׳ 35 ואילך. וראה גם בע׳ השתנות הטבעים הע׳ 91 ואילך. **[68]** שו״ת נובי״ק חיו״ד סי׳ מט; הגראי״ה קוק, מאסף תורני שערי ציון, תרפ״א, חוב׳ א-ב, סי׳ א, וסי׳ ט. **[69]** ספר התרומה, הובא בב״י יו״ד סי׳ קפז. וראה בשיעורי שבט הלוי, סי׳ קפז, סק״ג. **[70]** שו״ת עבודת הגרשוני סי׳ כב; שו״ת מקדשי השם ח״א סי׳ פו, תשובת בעל חזון נחום. וראה מה שכתב בשו״ת מהר״ם שיק חאבהע״ז סי׳ ב.

[71] שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קעה; הגראי״ה קוק, מאסף תורני שערי ציון, תרפ״א, חוב׳ א-ב, סי׳ א, וסי׳ ט; שו״ת מנחת יצחק ח״א סי׳ קכז אות ב. וראה עוד שו״ת מעיל צדקה סי׳ לד; שו״ת חכם צבי סי׳ מו; סדר״ט סי׳ קפח סק״ה. **[72]** כרתי ופליתי יו״ד סי׳ קפח סק״ה; שו״ת נודע בשערים חיו״ד סי׳ יב. וראה עוד בשו״ת מהרש״ם ח״א סי׳ כד, ושם ח״ג סי׳ קל. **[73]** שו״ת שב יעקב סי׳ מא. **[74]** שו״ת רדב״ז ח״א סי׳ תי; שו״ת פנים מאירות ח״א סי׳ יב; שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קעה; שו״ת מהרש״ם ח״א סי׳ כד; שו״ת מחזה אברהם ח״ב חיו״ד סי׳ יח. **[75]** ערוה״ש יו״ד קפז סט. וראה שו״ת טוטו״ד מהדו״ג ח״ב סי׳ נה-נו.

דרבנן, אבל לא באיסורי תורה[76].

שיקול דעת או מציאות נראית לעין — יש מי שכתבו, שרק בדבר התלוי בשיקול הדעת אין לרופא נאמנות, אבל בדבר התלוי במראה עינים, כגון שאמר שראה במראה שיש לאשה מכה במקור, ובכל מקרה שהרופא קובע עובדה על פי ידיעה ברורה ומוכחת, הרי הוא נאמן[77]; וכן יש מי שכתבו, שאם קבעו רופאים ממצאים על סמך תוצאות של בדיקות דם המבוססות על מבחנים סטטיסטיים מהימנים, הרי הם נאמנים[78].

רופא רגיל או רופא מומחה — יש מי שהבדיל בין רופא סתם לבין רופא מומחה לרבים, שהאחרון לא ישקר אומנותו בשום פנים ונאמן[79], ואפילו אם אינו מומחה לתחום אחר ברפואה, לא יגרום רעה לעצמו בכל דבר שמתעסק בו[80].

מחלוקת בין רופאים — אם הרופאים חלוקים ביניהם, אין לסמוך על דעת חלקם באיסורים שאינם קשורים לפיקוח נפש[81].

במקום שיש חזקה — יש מי שכתב, שכאשר דברי הרופאים מסתייעים בחזקה קודמת, שהמצב הוא אכן כדבריהם, מועילה עדותם לאמת החזקה, ואינה עניין לשאלת נאמנות הרופאים בדרך כלל[82]. וכן אם כבר נתחזק הרופא והרפואה שלו, כגון שנתן תרופה מסויימת, או עשה ניתוח מסויים כמעשה שבכל יום, והוא מצליח באותם פעולות או ניתוחים — הרי הוא נאמן גם למקרים אחרים, ואין לפקפק על נאמנותו בעניינים אלו[83].

חומרא או קולא — יש מי שכתב, שמה שאין סומכים על נאמנות הרופאים הוא דווקא להקל, אבל להחמיר וודאי סומכים עליהם[84].

בדברים כלליים או במקרים פרטיים — יש מי שכתבו, שהרופאים נאמנים רק בדברים עקרוניים וכלליים, שהמה מקובלים בדרך זו או אחרת בעולם, אבל אין לסמוך עליהם בגדר וודאות על גוף פרטי, היינו על חולה ידוע, או על מצב מסויים, כי הם אומרים דבריהם בהשערה ובדמיון, ולא מתוך ידיעה וודאית[85], והיינו דווקא בדברים התלויים באומד הדעת, אבל בדברים גלויים, נאמן הרופא בגדר וודאי גם בגוף פרטי[86]; ויש מי שכתב להיפך, היינו שעל גוף ידוע ועל מצב מוגדר סומכים על הרופאים לגמרי, ולא צריך לבחון את דבריהם, אבל כשהם

[76] שו"ת בית שלמה (הר"ש סקאלא) סי' עז. **[77]** שו"ת פנים מאירות ח"א סי' יב; מרומי שדה (הנצי"ב), תשובה א שבסוף החידושים למס' נידה; שו"ת שם אריה חאבהע"ז סי' קיב; שו"ת מנחת יצחק ח"א סי' קכה אות ו; שם סי' קכז אות ב. **[78]** פסד"ר כרך ה עמ' 351, בעניין קביעת אבהות. **[79]** שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' מג. **[80]** תוס' ע"ז כז א ד"ה ברופא. **[81]** שו"ת מהרי"ק שורש קנט; שו"ת חקרי לב חיו"ד ח"ג סי' פז. **[82]** הגר"י אייבשיץ, הובאו דבריו באוצה"פ סי' יג סקצ"ב אות א. **[83]** ב"ח יו"ד סי' קפז; ש"ך שם סקכ"ח; שו"ת ציץ אליעזר חט"ז סי' לב אות ד. **[84]** הגר"י אייבשיץ, הובאו דבריו באוצה"פ סי' יג סקצ"ב אות א. **[85]** שו"ת חת"ס חיו"ד סי' קנח, וסי' קעה; שם חאבהע"ז ח"ב סי' סא; חי' חת"ס ע"ז ל א; חי' חת"ס נידה כב ב; שו"ת מהר"ם שיק חיו"ד סי' רמד. וראה עוד בשו"ת מהרי"א הלוי ח"א סי' קסג. וראה בשו"ת שבט הלוי ח"ה סי' קכו, מה שהקשה על כך. **[86]** שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' טז.

אומרים דבר כללי, אין לסמוך עליהם ביחס למקרה פרטי, כי מי יאמר שהדבר הכללי מתקיים באותו מקרה[87].

טיפול או אבחנה — יש מי שכתב, שהרופאים נאמנים בכל הנוגע לטיפול ולתרופות, אך אינם נאמנים ביחס לסיבת המחלה[88].

בענייני טריפות בעלי חיים — אין סומכים על הרופאים, שאין להוסיף ואין לגרוע על הטריפות שמנו חז"ל, ואין בדעות המדעיות כדי לשנות ההלכה בנידון[89].

בעניין הגדרת פצוע דכא וכרות שפכה — יש מי שכתב, שלא מצינו שנאמרה הלכה למשה מסיני מי הוא פצוע דכא וכרות שפכה, אלא שקובע אם הוא יכול להוליד אם לאו, ודבר זה מסור להכרעת החכמים על פי מה שידוע לרופאים באותו זמן[90].

קביעת אבהות — בעניין נאמנות הרופאים והמדע ביחס לקביעת אבהות — ראה ערך אבהות.

בחיוב ממון — יש מי שכתב, שאין לסמוך על רופא שאינו כשר להעיד כאשר בדבריו יש חיוב ממון, שעל זה צריכים עדים כשרים וידיעה ברורה[91], שכן אין הולכים בממון אחר הרוב[92].

בגרימת רע לזולת — יש מי שכתב, שאין לסמוך על רופאים בדבר הנוגע לאחרים להרע להם, כגון שקבעו הרופאים שמחלת אשה באה לה מזנות, שאם זו השערה בלבד, ועל ידי זה נבוא לחייבה בגט פיטורין, הרי גורמים לה רעה[93].

דברים עתידיים — יש מי שכתבו, שאין סומכים על הרופאים כשאומרים דברים של עתיד, כי יסוד נאמנותם משום שיכולים לברר אם שיקרו, וזה לא שייך כשעכשיו אומרים על העתיד[94].

הרשומה הרפואית — רופא הכותב בתיק הרפואי של חולה שלו פרטים רפואיים, כגון שהאיש חסר כוח גברא, וזו סיבת פנייתו של החולה לרופא, הרי הוא נאמן על כך, אפילו אם הרופא עצמו אינו כשר לעדות, כי כך היא דרך אומנותו של הרופא, שכותב דברים כאלו בתיק הרפואי, והדברים הם אמת, כי על פיהם הוא מטפל בחולה, וממילא הוא בחזקת שלא מרע אומנותו[95].

[87] שו"ת משה האי"ש סי' כח. **[88]** שו"ת פרשת מרדכי חיו"ד סי' י. **[89]** רמב"ם שחיטה י יב-יג; שו"ת רשב"א ח"א סי' צח. וראה מאמרו של א. וסטרייך, משפטים כו(3):425, 1996. וראה עוד ע' טרפה הע' 170, וע' השתנות הטבעים הע' 140 ואילך. **[90]** שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"ב סי' ג ענף ב. **[91]** שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"א סי' ג. **[92]** ראה תוס' סנהדרין ג ב ד"ה דיני; תוס' ב"ק כז ב ד"ה קמ"ל; אבי עזרי (הגרא"מ שך) מהדו"ת הל' איסורי ביאה טו כז. ויש להעיר שלפי שיטת הראי"ה קוק, שערי ציון, כסלו תרפ"א, סי' א, וסי' ט, הולכים בממונות אחרי דברי הרופאים, כי בממונות הולכים אחרי אומדנא וסברא. **[93]** שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"א סי' ג. **[94]** שו"ת בית יצחק חאבהע"ז ח"א סי' ה; שו"ת חיים של שלום ח"ב סי' יט. **[95]** שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"ג סי' מח.

שני רופאים — גם אם אין סומכים על רופא אחד, מכל מקום אפשר לסמוך על שני רופאים מומחים, אפילו באיסורי תורה, אם כיוונו לדעה אחת זה שלא בפני זה, אם יש רגליים לדבר, ואם נתנו חוות דעתם בכתב, ואפילו אם אחד מהם הוא מחלל שבת או גוי, וגם צריך שהחכם מורה ההוראה יהיה אצל הרופא בשעת השאלה, כדי שיוכל לחקור היטב איך הרופא מגיע להכרעתו[96].

רופאים בזמן הזה — ביחס עליהם מצינו דעות שונות: רבים מהפוסקים במאות הקודמות ובימינו קבעו, שדווקא בזמנים אלו ירדה מאד נאמנות הרופאים, הן בגלל שמדע הרפואה התרחק מהאמת, ויש שינויים רבים בדעות הרופאים, ומחלוקות רבות ביניהם, ונסרחה חכמתם ואבדה עצתם; והן בגלל שהרופאים עצמם חשודים ביותר בעדותם, ודבריהם פחות נאמנים ממה שהיה בעבר[97], ורופאי ישראל בזמן הזה שמחללים שבת קודש, דינם כרופאי עכו״ם, ואין לסמוך עליהם[98], וצריך בדיקה רבה מאד אם לסמוך עליהם באיזה שהוא דבר[99]. ולעניין אכילה ביום הכיפורים, אף שנפסק שסומכים על הרופאים בכך, ואפילו רופאים גויים[100] — יש מי שכתב, שבזמן הזה יש להתיישב בדבר, כי על כל חולי קל הם אומרים שיסתכן[101], ורופאי ישראל העוברים במזיד על הלכות שבת ויום-הכיפורים הרי הם חשודים על אותו דבר, שאין לקבל עדותם באותו עניין[102], ורופאים כאלו מייעצים בזדון ליבם להדיח בענייני אכילת איסורים, ואכילה בתעניות[103], וצריך עיון אם לסמוך על הרופאים בזמנינו לעניין אכילה ביום-הכיפורים, כי לא שייך בזה חזקה שלא מרע אומנותו, שהרי אי אפשר לברר שמשקרים, כי גם אם לא יזיק הצום, אין זה ראיה שאמרו מלכתחילה דבר שקר[104].

ולעומתם יש שכתבו, שגם רופאים שמצד עצמם פקרו בתורה ואינם מתענים ביום-הכיפורים, מכל מקום יש בהם רבים אשר לא יאבו להכשיל אחרים, ויאמרו רק האמת הנראית להם, ומשום ספק פיקוח נפש יש להקל[105], ורוב הרופאים, בין הגויים ובין רשעי ישראל, עושים מלאכתם, ואין להם עסק בהסתה ובהדחה,

[96] שו״ת שבות יעקב ח״א סי׳ סה; שו״ת דברי חיים ח״ב חיו״ד סי׳ עז; שו״ת מהר״ש ענגיל ח״ז סי׳ קע; שו״ת מהרש״ם ח״א סי׳ יג; שם ח״ב סי׳ קעב; שו״ת מחזה אברהם ח״ב חיו״ד סי׳ יח; שו״ת שאילת משה חיו״ד סי׳ כז; שו״ת מנחת יצחק ח״ג סי׳ כו אות א; שיעורי שבט הלוי סי׳ קפז סק״ג. וראה עוד בשו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ד סי׳ לג; שו״ת יביע אומר ח״ד חאבהע״ז סי׳ א. יש מביאים ראיה שצריכים שני רופאים, כי כתוב בגמרא ״שאלו לרופאים״ בלשון רבים. אך זו לא ראיה, כי כתוב גם ששאלו לחכמים, ובוודאי גם חכם אחד מספיק לפסוק הלכה. **[97]** ראה שו״ת שאילת יעב״ץ ח״א סי׳ מא; איגרת ביקורת להיעב״ץ עמ׳ מא, ועמ׳ מט; כרתי ופליתי יו״ד סי׳ קפח סק״ה; בני אהובה ח״ב, הל׳ אישות פכ״ה; שו״ת תשובה מאהבה ח״ג סי׳ שכה. **[98]** דעת תורה יו״ד סי׳ קפז ס״ח; שו״ת מהרש״ם ח״א סי׳ יג. **[99]** שו״ת דברי חיים ח״א חיו״ד סי׳ לא; שם ח״ב חיו״ד סי׳ עא. **[100]** ראה ע׳ יום הכפורים הע׳ 242 ואילך. **[101]** תפא״י יומא פ״ח סקכ״ו. **[102]** רוח חיים סי׳ תקנא אות ד. **[103]** הלכתא גבירתא יומא פ״ח מ״ה סק״א. **[104]** שו״ת רמ״ץ חאו״ח סי׳ לט אות יא. **[105]** שד״ח מערכת יוהכ״פ סי׳ ג אות ה.

ולכן אין לחוש שמתכוונים לשקר, אלא אם ידוע דבר זה בבירור[106], ויש לסמוך על רופא מומחה בענייני פיקוח נפש, אפילו הוא גוי או מחלל שבת, וצריך לעשות מה שיאמר לעניין פיקוח נפש בשבת[107]. וכן יש מי שכתבו, שאמנם בזמנינו גוף נאמנותם האישית של הרופאים היא במצב יותר גרוע ואי אפשר להאמינם, אך מאידך גיסא ניתן כיום לברר יותר את דבריהם על ידי בדיקות רבות ומדוייקות שנתחדשו (בדיקות דם, שתן, צואה, הדמיה, ביופסיות, ניתוחים וכד'), ולכן הרופאים נאמנים גם במכות פנימיות, וגם בהרבה השערות, גם על הכלל וגם על הפרט, והרי זה בגדר דבר העשוי להתגלות, שגם גויים נאמנים בהם[108].

ויש מי שכתבו בשאלה אם לסמוך על רופאי ישראל מחללי שבת, או רופאים גויים בעניני פיקוח נפש בשבת, שהכל תלוי בשיקול דעתו של מורה ההוראה[109], ויש לחקור ולברר שמצד אחד אין הם מקילים יתר על המידה, כי הם מזלזלים במצוות, ואולי מתכוונים להכשיל, אך מאידך גיסא יש לברר שלא יחמירו יתר על המידה, באשר אינם יודעים את הציווי של 'וחי בהם', ושבמקום ספק סכנה אסור להחמיר[110], וכן לעניין יום הכיפורים יש מי שכתב, שהדבר תלוי בראות עיני הפוסק, שיש רופאים שתענית יום הכיפורים קלה בעיניהם ומתירים אכילה שלא לצורך[111]. ועוד יש מי שכתב, שאם אין רופא ישראל שומר תורה אלא רק רופא גוי, או ישראל מחלל שבת, בוודאי שומעים לו לחלל שבת ולאכול ביום הכיפורים, כי דבריו עושים ספק פיקוח נפש, אבל אם יש אפשרות לשאול רופא שומר תורה, יש לעשות כך[112], ואפילו במצבי פיקוח נפש החמירו כיום הפוסקים, שאם הרופא אינו דתי, והוא חשוד לזלזל במצוות, או שיש לחוש שהוא אינו מומחה כל כך, ולכן הוא מחמיר לחייב לאכול ביום-כיפור, יש לשאול עוד רופא[113].

ה. פרטי דינים

כללי

חלק מהתשובות נכתבו על ידי הפוסקים בהתאם לעמדתם העקרונית בשאלה של נאמנות הרופא, ובהתאם לשיטותיהם ביחס לתנאי הנאמנות הזו, ולפיכך יתכן שפוסקים אחרים יסיקו הלכה אחרת במקרים פרטיים שונים.

[106] הגר"מ פיינשטיין, הלכה ורפואה, ח"א עמ' קל. וראה מאמרו של הגרי"א הרצוג, נועם, כד, עמ' שג ואילך. **[107]** שמירת שבת כהלכתה פל"ב סכ"א. **[108]** שו"ת מהרש"ם ח"א סי' יג, וסי' כד; שם ח"ב סי' עב, וסי' קפב; שם ח"ו סי' צב; שו"ת תשורת שי סי' תכו; שו"ת אמרי יושר ח"א סי' קס; שו"ת מהר"ש ענגיל ח"ז סי' יב; שו"ת שם אריה סי' יב; שו"ת מחזה אברהם ח"ב חיו"ד סי' יח; שו"ת שבט הלוי ח"ה סי' קכו; שיעורי שבט הלוי סי' קפז סק"ג. **[109]** ביאוה"ל סי' תריח ס"א ד"ה חולה; שו"ת ציץ אליעזר ח"ח סי' טו סופ"ח; שמירת שבת כהלכתה פ"מ הע' א. **[110]** שמירת שבת כהלכתה פל"ט הע' טו. **[111]** מטה אפרים סי' תריח סק"ב. **[112]** הגרי"ש אלישיב, הובאו דבריו בדברי הגר"י זילברשטיין, בס' נשמת אברהם חאו"ח מהדורה שניה, עמ' שנב. **[113]** קונ' עת ללדת, הערות לפ"ב ס"ז, בשם הגרי"ש אלישיב; שו"ת חשב האפוד ח"ב סי' ק, בשם הגאון מטשעבין. וראה עוד מה שכתב הגרי"י נויבירט בנידון

בענייני אורח חיים

שבת — מותר לצאת בשבת רק בקמיע שהכותב התמחה בו, כגון שכתב לחש אחד בשלוש איגרות, וריפאו שלושתם שלושה בני אדם, ונאמן הרופא לומר על עצמו שהוא מומחה לעניין קמיע[114]. והוא-הדין שנאמן על הקמיע לומר שהיא מומחית, ולא חושדים בו שיכווין להכשיל[115]. הטעם: משום עד אחד נאמן באיסורים, ולכן גם כשמרוויח או שיש לו כבוד מזה — נאמן[116].

מחללים שבת עבור חולה על פי דברי רופאים[117].

מאכילים חולה ביום-כיפור על פי דברי הרופא[118].

בענייני יורה דעה

אוטם ברחם — יש מי שכתב, שהרופאים נאמנים לקבוע שאשה שסבלה מאוטם ברחם נרפאה כבר, ואין חשש של איסור הוצאת זרע לבטלה, ואפילו רופא גוי נאמן בזה[119].

חציצה בטבילה — אשה שציוו אותה הרופאים שלא תחוף ראשה במים רק ביין, יש לשאול לרופאים אם היין מסבך השערות, ואם אומרים שאינו מסבך, יש לסמוך עליהם[120].

מילה — מאמינים לרופא שלא למול תינוק מחשש סכנה, אבל אין מאמינים לו למול תינוק, כאשר מבואר בש"ס ופוסקים שיש סכנה במצב כזה[121].

נידה — בדין נאמנות הרופא בענייני נידה — ראה ערך נדה וזבה.

בענייני אבן העזר

שוטה — יש אומרים, שרופא שהוא מומחה לרבים נאמן לקבוע שאשה היא שוטה, ושאין תקנה למחלתה לעניין היתר מאה רבנים, ואפילו אם הוא רופא גוי, ואפילו אם לא העיד בפנינו, אלא שהביאו ממנו מכתב רפואי[122], וכן יש מי שכתב להיפך, שאם הרופאים אומרים שיש תקווה שתתרפא משטותה, אין להתיר לו לשאת אשה אחרת[123]; ויש מי שכתבו, שרופא נאמן להעיד שכעת אין האשה צלולה בדעתה, אבל אינו נאמן על העתיד

העדפת רופא דתי, הובאו דבריו בנשמת אברהם חחו"מ סי' שו סק"א. **[114]** ירושלמי שבת ו ב; טושו"ע או"ח שא כו. **[115]** מ"ב שם סקק"ג. **[116]** שו"ת אגרות משה חאו"ח ח"ה סי' יח סכ"ו. **[117]** ראה באריכות בע' שבת. וראה לעיל הע' 38 ואילך והע' 62 ואילך. **[118]** ראה באריכות בע' יום הכפורים. וראה עוד בעניין נאמנות רופא גוי לעניין יוהכ"פ במאמרו של האדמו"ר מצאנז, בשבילי הרפואה, ט, תשמ"ט, עמ' ז ואילך. **[119]** שו"ת כתב סופר חאבהע"ז סי' כו. וראה באוצה"פ סי' כג סקי"ז אות ו.

[120] שו"ת מהרי"ק שורש קנט; רמ"א יו"ד קצט ב. וראה בשיעורי שבט הלוי שם סק"ה. **[121]** שו"ת דעת כהן סי' קמ-קמב; זוכר הברית סי' י; אות חיים ושלום סי' רסג; שו"ת מנחת יצחק ח"ג סי' קמה; שם ח"ה סי' יא אות ה. וראה עוד בע' מילה הע' 533-532. **[122]** שו"ת מהר"ם שיק חאבהע"ז סי' ב-ג; שו"ת לבושי מרדכי חאבהע"ז סי' פ, וסי' פב; שו"ת נחלת יהושע חאבהע"ז סי' ג; משנת ר"א סי' ד. וראה בשו"ת וישב משה ח"א סי' יז. **[123]** שו"ת שאילת שלום מהדו"ת סי' רעד.

לומר שלא תבריא[124], ואין להתיר על סמך זה חרם דרבנו גרשום, כי יתכן שבעתיד כן תוכל למצוא תרופה[125], וכן יש מי שכתב להיפך, שאם אמרו הרופאים שהאשה שנתשטית יהא לה רפואה אינם נאמנים, ומתירים לו לשאת אשה על אשתו[126].

יש מי שכתב, שההיתר של רבנו גרשום להתיר בנשתטית הוא לאו דווקא בשוטה מפורסמת לכל העולם, אלא גם במקרה שהרופאים קובעים שהיא שוטה, ומכאן נתייסד הנוהג בבתי הדין לסמוך על עדויות הרופאים בנידון, ואפשר לומר שעל דעת כן לא החרים רבנו גרשום[127].

הנקה — יש מי שכתב, שאם הרופאים אומרים שההנקה תזיק לוולד, אין לסמוך על עדותם להתיר לגרושה מינקת להינשא, אלא אם כן יש צירוף של הוכחות ואומדנות נוספות[128]; ואם יש חזקה שחלב האם הזיק לשני ילדים, והרופאים מעידים שחלב האשה הזו הוא ארסי, מועילה עדותם לאמת החזקה, ואינה עניין לשאלת נאמנות הרופאים בדרך כלל[129]; ויש מי שכתב, שאם רופא קבע שחלב של אשה הוא ארסי לוולדה, הרי הוא נאמן להחמיר בפיקוח נפש, ובפרט בזמנינו שהרבה נשים אינן מיניקות כלל, ואין בזה סכנה לוולד, כי יש תחליפי חלב, בוודאי שיש לסמוך על הרופא האומר שהחלב ארסי, ואפילו אם אינו מומחה כל כך[130].

הריון — יש מי שכתב, שאין הרופאים נאמנים לומר על אשה שאינה מעוברת[131].

עקרות — אשה ששהתה תחת בעלה ולא ילדה, וכל הרופאים קבעו שהיא עקרה, ולא תוכל ללדת עוד, הרי הם נאמנים, ויכול הבעל לגרשה אפילו אחרי שנתיים או שלוש שנים; ואם הרופאים חלוקים בדעותיהם, לא יכול לגרשה[132]. ואם כבר שהתה עשר שנים ולא ילדה, והרופאים קובעים שסיבת העקרות הוא ממנה, הרי הם נאמנים[133].

נהוג ומקובל בבתי הדין שבקביעת מצב של עקרות אצל הבעל או האשה סומכים על דברי הרופאים, ואם קבעו הרופאים שרוב בני האדם מסוגו של איש או אשה שנתבעים לגרש בגין עקרות אכן אינם מסוגלים להוליד, יש לראותם כעקרים, וכופים לגרש[134].

צרעת — הרופאים נאמנים לקבוע מצב של צרעת, כדי לכפות את הבעל לגרש את

[124] שו״ת חיים של שלום ח״ב סי׳ יט. וראה לעיל הע׳ 94. **[125]** שו״ת אבני צדק (טייטלבוים) סי׳ א. וראה באוצה״פ סי׳ סקע״ג אות יח, מה שהעירו על תשובה זו. **[126]** שו״ת בית יצחק חאבהע״ז ח״א סי׳ ה. וראה עוד בע׳ שוטה הע׳ 304-305. **[127]** שו״ת היכל יצחק חאבהע״ז ח״א סי׳ ח. **[128]** שו״ת האלף לך שלמה חאבהע״ז סי׳ סו. **[129]** הגר״י אייבשיץ, הובאו דבריו באוצה״פ סי׳ יג סקצ״ב אות א. **[130]** שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ב סי׳ ח. על נאמנות הרופאים בענייני הנקה והיתר נישואין — ראה ע׳ הנקה הע׳ 211 ואילך. **[131]** שו״ת חיי עולם נטע סי׳ נג. וראה הערת העורכים באוצה״פ סי׳ יג סק״ה; שערים המצויינים בהלכה סי׳ קמה סקכ״א. **[132]** שו״ת חקרי לב חיו״ד ח״ג סי׳ פז. וראה בשו״ת משפטי צדק ח״ג סי׳ ג. **[133]** מחנה אפרים, הל׳ שבועות, סי׳ ב. **[134]** בי״ד רבני ת״א, תיק מס׳ 7121 / לה, הדיינים ח. צימבליסט, ע. אזולאי, ש. דיכובסקי (פסד״ר ח״י עמ׳ רמא).

אשתו[135]. ואפילו לשיטת הסוברים, שסומכים עליהם לקבוע את מהות המחלה, כגון לעניין שחין ונכפה, אין לסמוך עליהם בוודאות בעניין קביעת סיבת המחלה, כדי לחייב בעל לגרש את אשתו, שזה תלוי באומדנא והשערה בלבד[136].

גיטין — האומר לאשתו, הרי זה גיטך מהיום אם מתי מחולי זה, ועמד והלך בשוק, וחלה ומת, אם מחמת חולי הראשון מת, הרי זה גט, ואם לאו — אינו גט[137], ונאמנים הרופאים לקבוע דבר זה[138]. ויש מי שכתבו, שבזמן הזה אין אנו בקיאים, ולכן אין לסמוך בזמן הזה על אומדנת הרופאים[139].

גיל קטנה — רופא מומחה נאמן לקבוע גיל האשה לגבי קידושי קטנה ומיאון[140].

סריס — יש מי שכתב, שהרופאים נאמנים לקבוע שאדם הוא סריס מלידה במקרה שהיה עם גיד קטן ביותר, וכמעט שלא היו לו אשכים, אף על פי שהיו לו שערות, ולפיכך אין אשתו צריכה חליצה כלל[141].

הפלה — בדין נאמנות הרופא לעניין הפלה — ראה ערך הפלה.

בענייני חושן משפט

רוצח — הרופאים נאמנים לאמוד את המצב הרפואי של הנרצח, ולקבוע אם הוא מת מחמת המכה שהכהו הרוצח[142]. וכן נאמנים הרופאים להכריע אם יש למכה מסויימת רפואה או לא, ובדרך זו מוגדר הנרצח אם הוא טריפה או שלם, ועל פי זה ממיתים את הרוצח[143].

מלקות — הרופאים נאמנים לאמוד את מידת כוחו של החוטא לעמוד במלקות, ומספר המלקות שלו[144].

נזק וריפוי — בדיני ממונות, שאומדים את הנזק והריפוי, מחייבים ממון על פי הערכה רפואית זו[145].

במתנת שכיב מרע — שעמד בין חולי שציווה בו, לבין חולי שמת ממנו, שאומדים על פי רופאים, אם מחמת חולי ראשון מת, מתנתו מתנה, ואם לאו אין מתנתו מתנה[146].

[135] שו״ת מהרי״ט ח״ג חאבהע״ז סי׳ יד. ומביא שם שכן דעת המהריב״ל והמר״י אבן לב, אבל הגר״ז באסן חלק על כך. **[136]** פסד״ר כרך א חוב׳ 5, עמ׳ 136. **[137]** גיטין, עב א; רמב״ם גירושין ט יח; טושו״ע אבהע״ז קמה ז. וראה בעניין זה בשו״ת מהרלב״ח סי׳ נב; שו״ת מבי״ט ח״ג סי׳ פג. **[138]** שו״ת נודע בשערים סי׳ יב; שו״ת מקדשי השם ח״א סי׳ פו, תשובת בעל חזון נחום; הגראי״ה קוק, שערי ציון, כסלו תרפ״א סי׳ ט; שו״ת היכל יצחק חאבהע״ז ח״א סי׳ ח. וראה לעיל הע׳ 33 ואילך. **[139]** המהר״ם מרוטנברג סי׳ ל להל׳ אישות; רמ״א אבהע״ז קמה ט. וראה בביאור הגר״א שם סקי״א. וראה בע׳ השתנות הטבעים הע׳ 197, בעניינים שונים שאין אנו בקיאים בזמן הזה. **[140]** פסד״ר כרך א חוב׳ ב. **[141]** שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״א סי׳ קסב. **[142]** ספרי במדבר לה טז יח; סנהדרין עח א; רמב״ם רוצח ג א-ו; שם ד ג-ה. וראה לעיל הע׳ 20 ואילך והע׳ 29 ואילך, פרטי המצבים השונים השונים. **[143]** רמב״ם רוצח ב ח. וראה לעיל הע׳ 16 ואילך. **[144]** מכות כב א; רמב״ם סנהדרין יז ב-ג. **[145]** ב״ק צא א; רמב״ם חובל ומזיק ב יג טו; טושו״ע חו״מ תכ יז-יח. **[146]** גיטין עב ב; ב״ב קנא ב; רמב״ם זכיה

גוי — בדין נאמנות רופא גוי — ראה ערך גוי.

הנהלת בית חולים — בדין נאמנות הנהלת בית חולים של גויים — ראה ערך בית חולים[147].

נִדָּה וְזָבָה

א. הגדרת המושג

הנידה והזבה הן נשים הרואות דם שמקורו ברחם בזמנים ידועים.

הדימום המחזורי מכונה במקרא ארח כנשים[1], או דרך נשים[2].

בחז״ל נקרא הדימום המחזורי סתם דם, או ווסת, או מדווה. ווסת מובנו חוק, דרך ומנהג[3], או שמובנו זמן ומועד[4]. עתים משמש המונח ווסת לתופעות הנילוות למחזור, ולאו דווקא לדימום עצמו[5].

בימינו משמש המושג ווסת לציון הדימום המחזורי של האשה.

האשה בזמן הדימום המחזורי מכונה נידה[6], שפירושה מרוחקת[7], ומכאן גם המושג נידוי, שהוא הרחקה של אדם מהחברה בגלל מעשים בלתי מקובלים[8]. כמו כן משמש המושג נידה באופן מושאל מצב של זוהמה וטומאה[9]; או דווה[10], שפירושה חולה[11].

בחז״ל נקראת נידה גם בשם דיסתנא, והוא לשון פרסית לדרך נשים[12]. מובא בחז״ל כי בגליא[13] ובכרכי הים[14] קורים לנידה גלמודה, היינו גמולה ומובדלת מבעלה.

זבה[15] אף הוא כינוי לאשה בעת שרואה דם היוצא מהרחם, אם כי יש לו משמעות הלכתית שונה מהנידה, וכמבואר להלן.

גדרי הנידה והזבה והלכותיהם מתחלקים לשלוש דרגות בשלוש תקופות: נידה של תורה, נידה של חכמים, ונידה של בנות ישראל[16]. מדין תורה, אשה הרואה דם הבא מן הרחם צריכה להמתין שבעה ימים, בין אם ראתה רק טיפת דם אחת, ובין שראתה כל שבעת הימים ברציפות, ומשפסקה לראות ביום השביעי טובלת בליל שמיני, וטהורה לבעלה.

ומתנה ח כו; טושו״ע חו״מ רנ ב. וראה לעיל הע׳ 25. **[147]** הע׳ 79-78. וראה עוד בשו״ת מנחת יצחק ח״ד סי׳ קיט.

[1] בראשית יח יא. וראה ערוך ע׳ ארח, שהכוונה לאורח ומבקר, ולעומת זאת במלבי״ם עה״פ משמע שהכוונה לארח ודרך, כמו חדלו ארחות (שופטים ה ו). **[2]** בראשית לא לה. וראה מלבי״ם בראשית יח יא, ההבדל בשימוש בין דרך לארח. **[3]** ראה משנה נדרים סו א; ב״ב קמו א, ורשב״ם שם; סנהדרין קא א. וראה ערוך ע׳ וסת. **[4]** ריטב״א שבועות יח ב, בשם הרמ״ה. וראה רמ״א יו״ד קפד א. **[5]** ראה משנה נידה ט ח. **[6]** ׳עת נדתה׳ — ויקרא טו כה. **[7]** תרגום אונקלוס ויקרא שם; רמב״ן ויקרא יב ד. וראה להלן ברקע ההיסטורי על מנהגי הריחוק של אשה בזמן המחזור בישראל ובעמים. **[8]** ראה ישעיה סו ה; עמוס ו ג. **[9]** ראה — יחזקאל ז יט; איכה א יז; עזרא ט יא. **[10]** ויקרא כ יח. **[11]** א״ע ויקרא שם. **[12]** תענית כב א, וברש״י שם. **[13]** ר״ה כו א. **[14]** סוטה מב א. **[15]** ויקרא טו יט. **[16]** ראה מאירי ברכות לא א.

באחד עשר הימים הבאים אם תראה דם יום אחד או יומיים, הרי היא זבה קטנה, וטובלת לאחר ראיה זו, והיא טהורה לבעלה. ואם תראה שלושה ימים רצופים באותם הימים, הרי היא זבה גדולה, וצריכה לספור שבעה ימים נקיים, ואחר כך צריכה לטבול ולהביא קרבן. ולאחר י״א יום אלו אם תראה דם, דינה שוב כנידה, ומתחיל מחזור חדש של מנין ימים וטומאות. והיינו שתקופת שבעת הימים של נידה הוא מצב רגיל, אבל ראיית דם אחרי זמן זה הוא מצב של מחלה, ולכן הבדילה התורה בין נידה לזבה[17]; נידה של חכמים, לאחר שנתמעט ליבם של ישראל מפני כובד הגלות והצרות, התקין רבי יהודה הנשיא, שכל אשה שראתה דם יום אחד או יומיים צריכה לשבת אחריהם ששה ימים נקיים, ואם ראתה שלושה ימים, אף אם הם בתוך תקופת נידתה, צריכה לשבת שבעה ימים נקיים; נידה של בנות ישראל, בימי חכמי הגמרא החמירו בנות ישראל על עצמן, שעל כל טיפת דם כחרדל הן יושבות שבעה ימים נקיים כדין זבה גדולה, ואפילו ראתה דם בתקופת ימי נידתה, בין שראתה יום אחד, או שניים, או שבעת הימים כולם או יותר, ומשיפסוק הדם סופרת שבעה ימים נקיים כזבה גדולה[18], ואין הבדל בין ראתה בהרגשה, ובין שראתה כתם כשיעור המטמא בכתם[19], וטובלת רק לאחר גמר שבעה הימים הנקיים[20].

סיבות רבות נאמרו לחומרה זו, והחשובה שבהן היא, כדי שתהיה לכל הנשים ספירה אחידה, ולא תצטרך כל אחת ואחת לחשב לעצמה חשבונות מסובכים, שלא כולן בקיאות בהן[21]. דין זה, אף שהוא חומרה יתירה[22], נקבע כהלכה שאין עליה עוררין, והוא משמש דוגמה להלכה פסוקה, שמתוך הלכה פסוקה כגון זו עומדים להתפלל[23]. לפיכך, כיום אין עוד משמעות הלכתית מעשית להבדלים שבין נידה, זבה קטנה, או זבה גדולה, וכל הנשים נוהגות תמיד כדין החמור שבהן, היינו כזבה גדולה.

נחלקו הפוסקים אם איסור נידה וזבה אם הוא מדין ערווה[24], או מדין טומאה[25], או מדין שניהם, ומה משמעות הדבר להלכה[26].

על פי התורה האיסור הברור הוא לקיים יחסי אישות עם נידה, והעובר על כך עונשו כרת[27]. אך בנוסף לכך ישנן הרחקות שונות, שנוהגות בזמן שהאשה נידה[28].

ענייני הנידה והזבה, הגדרותיהם, ופרטי

[17] רמב״ן ויקרא טו יא. **[18]** ברכות לא א; מגילה כח ב; נידה סו א; רמב״ם איסורי ביאה יא ג-ד; טושו״ע יו״ד קפג. **[19]** מאירי ברכות לא א. **[20]** ראה תוס׳ שבת יג ב ד״ה בימי; תוס׳ כתובות סא א ד״ה מחלפא; רמב״ן ורשב״א שבת שם. **[21]** ב״י יו״ד סי׳ קפג. **[22]** רמב״ם איסורי ביאה יא ב. **[23]** ראה ברכות לא א. **[24]** ויקרא יח יט. **[25]** ויקרא טו יט ל. **[26]** ראה בהרחבה — שב שמעתתא ש״א סופ״ב; אתוון דאורייתא כלל כא; שו״ת מהרש״ם ח״ב סי׳ קפב; שו״ת שבט הלוי ח״ו סי׳ קיט; הקדמה לספר טהרת הבית להגר״ע יוסף; שו״ת יביע אומר ח״ו חיו״ד סי׳ טו; שו״ת ציץ אליעזר ח״ו סי׳ מ סופ״א ופכ״ה, ועוד. **[27]** ויקרא יח יט; שם כ יח. **[28]** ראה להלן הע׳ 86 ואילך והע׳ 253 ואילך.

דיניהם הרבים נידונו בהרחבה רבה במקרא[29], בחז"ל[30], ובפוסקים[31], וספרים הלכתיים ומחשבתיים רבים הוקדשו באופן בלעדי לנושא זה.

בערך זה יידונו רק עניני נידה וזבה שיש להם שייכות להיבטים רפואיים.

ב. רקע היסטורי

בתרבויות שונות בעבר, ובשבטים פרימיטיביים עד היום, יש אמונות שונות על משמעות הווסת, סיבתו, ובעיקר ההתייחסות לאשה בעת הווסת. רבים מהעמים והשבטים הללו מתייחסים לאשה בימי הווסת כמסוכנת לסביבתה ולעצמה. היא נחשבת כמסוכנת בעיקר לחולים, לילדים, ולנשים אחרות בימי הווסת והלידה. היא נחשבת כפוגעת במעיינות, בשדות וכרמים, בדגים ובימים, ובחפצים ואישים רבים ושונים.

לפיכך יש מנהגים שונים של הרחקת האשה הנידה מביתה ומסביבתה, איסורים על נגיעתה בדברים שונים, ואיסורים על כניסתה למקומות מסויימים, במיוחד מקומות של קדושה. למשל, אסרו על הנשים בעת ווסתן לחלוב, לבשל, לרכב, ואפילו לגעת בחפצים רבים שיש להם חשיבות בעיני בני השבט, ויש שאסרו עליה לדרוך בשבילים שאנשים הולכים בהם, ואפילו להסתכל על חפצים שונים. מכאן המנהג בין שבטים מסויימים להרחיק את האשה בזמן הווסת ממקומות יישוב, ולקבוע לה סוכה מרוחקת לעצמה[32].

בנוסף ליחס המיוחד לאשה הנידה היו גם דעות קדומות על סגולות חיוביות או שליליות של דם הנידה[33].

בנצרות אין דינים מיוחדים ביחס לאשה בזמן הווסת.

באיסלאם יש רק מנהגים מוגבלים הנוגעים לאיסור האשה בזמן זה בתפילה, בצום, בקריאת הקוראן, ובכניסה למסגדים, אך אין היא מנודה, ואינה אסורה במגע[34].

מדעני העולם העתיק סברו, שהאשה לוקה מטבעה בריבוי-דם, ועליה להשתחרר מזמן לזמן מעודף זה, ולטהר את גופה מחומרים מזיקים שהצטברו בה. רק במאה העשרים נתגלו הקשרים בין מחזור הווסת, לבין בלוטת תת-המוח, השחלה, רירית הרחם, וההורמונים השונים, והוברר תהליך הווסת הטבעי של האשה[35].

[29] ויקרא טו יט-לג; שם כ יח. **[30]** מסכת שלימה הוקדשה לנושא זה, הלוא היא מסכת נידה מסדר טהרות, ועוד הרבה פרטי דינים המפוזרים בכל הש"ס. **[31]** רמב"ם איסורי ביאה פרקים ד-יא; טושו"ע יו"ד סימנים קפג-קצז. וראה באנציקלופדיה תלמודית, כרך יא, ע' וסת, עמ' תקב ואילך על גדרי הווסת, חזקתה, צורותיה השונות ופרטי דיניה. וראה עוד באנציקלופדיה תלמודית, כרך ז, ע' דם נדה, עמ' תקז ואילך על מהותו של דם הנידה, מראיו, בדיקתו, טומאתו ופרטי דיניו. **[32]** ראה פרטים שונים באנציקלופדיה עברית, כרך טז, ע' וסת, עמ' 448-450. **[33]** ראה Preuss J, *Biblical and Talmudic Medicine*, trans F. Rosner, pp. 123-4; אנציקלופדיה עברית, שם. **[34]** אנציקלופדיה עברית, שם. **[35]** ראה

ג. רקע מדעי

המחזור ההורמונלי — במשך כשלושים שנות פוריות האשה מתרחשת פעולה מחזורית מתואמת היטב בין תת-הרמה במוח[36], בלוטת תת-המוח[37], השחלות והרחם, הגורמת להופעת ווסת בתדירות חודשית, אלא אם כן התרחש הריון.

הווסת[38] הוא הדימום מן הרחם הבא מתקופה לתקופה. בתוך השחלות מצויים זקיקים, המכילים בתוכם ביציות. בכל חודש מתפתח זקיק אחד, המביא לחריגת הביצית שבתוכו לצורך הפריה. בשעת התפתחות הזקיק הולכת רירית הרחם ומתעבה, כלי הדם שבה מתרחבים ומתארכים, והרחם כולו גדל. כל זה נעשה לצורך הכנת הרחם לקליטת הביצית המופרית.

תהליכים אלו נגרמים על ידי פעולות של הורמונים מיוחדים המופרשים מהאונה הקדמית של בלוטת תת-המוח, ומהזקיקים שבשחלות. ההורמון מעורר-הזקיק[39] מופרש מבלוטת תת-המוח, וגורם להתפתחות זקיק ראשוני בשחלה. זקיק זה מפריש הורמון אסטרוגני, אשר משפיע על התעבות רירית הרחם. הורמון זה משפיע על בלוטת תת-המוח לעכב את הפרשת ההורמון מעורר-הזקיק, ומעודד את הפרשת הורמון-ההצהבה[40]. שני הורמונים אלו גורמים לבקיעת הזקיק, ולחריגת הביצית ממנו, וזהו תהליך הביוץ[41].

הביוץ קורה באמצע המחזור, היינו ביום ה-14 באשה שיש לה מחזור סדיר וקבוע כל 28 יום, או בין 12-16 ימים בנשים שיש להן מחזור ארוך או קצר יותר. הגופיף הנשאר בשחלה לאחר הביוץ הוא הגופיף הצהוב.

בשלב זה מופרש מבלוטת תת-המוח הורמון נוסף[42], אשר מסייע להורמון-ההצהבה להפריש פרוגסטרון מהגופיף הצהוב. כל המערכת ההורמונלית המופרשת מבלוטת תת-המוח מתואמת על ידי תת הרמה, אך המנגנונים המדוייקים טרם הובררו סופית.

במקביל לתהליכים המתרחשים בבלוטת תת-המוח ובשחלה, מתחוללים שינויים מחזוריים ברחם. עוביה של רירית הרחם במצב מנוחה, היינו מיד לאחר גמר הווסת, הוא כ-0.5-1 מ״מ. בהשפעת האסטרוגן המופרש בשלב הראשון של מחזור הווסת, הולכת רירית הרחם ומתעבה עד כדי 8-10 מ״מ, הבלוטות וכלי הדם שברירית הולכים ומתרחבים, וזוהי תקופת השגשוג של רירית הרחם, הנמשכת כ-10 ימים. הפרוגסטרון המופרש על ידי הגופיף הצהוב מאוחר יותר במחזור גורם להפרשות של בלוטות רירית הרחם, וזוהי תקופת ההפרשה. כל התהליכים הללו

אנציקלופדיה עברית, כרך טז, ע׳ וסת, עמ׳ 447-448. וראה להלן ברקע המדעי. **[36]** hypothalamus. **[37]** hypophysis. **[38]** menstruation. מקור המושג מהמילה הלטינית mensis, שפירושו חודש. **[39]** FSH = follicle stimulating hormone. **[40]** LH = luteinizing hormone. **[41]** ovulation. **[42]** prolactin או LTH.

מיועדים להכין את הרחם לקליטת הביצית המופרית, ולהתפתחות הריון. בהיעדר הפריה, הגופיף הצהוב מתנוון, פעילות הפרוגסטרון נפסקת, ומתבטלות כל ההכנות של הרחם לקבלת הביצית המופרית ולפיתוח ההריון. עקב כך מתמוטטת הרקמה הרירית על בלוטותיה וכלי הדם הרבים שבה, והרירית מתקלפת ונושרת החוצה יחד עם דם והפרשות שונות, וזהו הווסת. מכיוון שהמנגנון ההורמונלי קשור למוח דרך תת-הרמה, יש השפעה לתהליכים נפשיים שונים על תדירות הווסת, כגון מצבי מתח, חרדה ופחד.

הווסת נמשכת על פי רוב 3-5 ימים (טווח של 1-8 ימים). כמות הדם הממוצעת היא בדרך כלל כ-30-50 סמ״ק. יש נשים הסובלות מדימום מחזורי כבד[43], המוגדר כדימום ממושך ומרובה. כמות הדם המחזורי במצב כזה עולה על 80 סמ״ק. דימום מחזורי כבד גורם להפרעה באיכות החיים, ויכול לגרום גם לאנמיה. בעיה כזו מתרחשת בכ-5-10% מהנשים. הסיבות לדימום מחזורי כבד כוללות היעדר ביוץ, גידולים רחמיים, דלקות, בעיות בקרישת הדם וכיוצ״ב. הטיפולים הרפואיים לבעיה זו כוללים טיפולים תרופתיים, ובעיקר גלולות משולבות למניעת הריון. כמו כן יש אפשרות לטיפול במצב זה על ידי התקן תוך רחמי הורמונלי מסוג מירנה, המפריש באופן קבוע והדרגתי הורמון מסוג פרוגסטרון. הורמון זה גורם לירידה הדרגתית בכמות הדימומים, ולעתים אף גורם לאל-ווסת גמור על רקע דלדול רירית הרחם. הבעיה המרכזית של התקן זה הוא דימומים בין-ווסתיים ממושכים. במידה וטיפולים תרופתיים אינם מועילים יש אפשרות לטפל בבעיה באמצעים ניתוחיים, כגון גרידת רירית הרחם, הרס רירית הרחם באמצעים תרמיים, על ידי קרני לייזר, בהקפאה או על ידי נוזלים חמים, או כריתת הרחם[44].

ראשית הופעת הווסת[45] היא בדרך כלל בגיל 12-14 שנה. ככל שהמצב התזונתי והכלכלי טוב יותר, כך גיל הופעת הווסת הוא מוקדם יותר, וסופו[46] בגיל 50 שנה לערך. גיל סיום הופעת הווסת בדרך כלל איננו מושפע מגורמים סביבתיים, אלא מגורמים אינדיבידואליים של כל אשה ואשה.

הדימום המחזורי מלווה בשתי קבוצות של תסמינים: תיסמונת הקודמת להופעת הווסת[47], וכאבים בזמן הווסת[48]. הכאב הווסתי נובע מהפרשת פרוסטגלנדינים הגורמים להתכווצות שרירי הרחם. התסמינים כוללים כאבים והתכווציות בבטן התחתונה או בגב, והם מלווים לעתים בבחילות, הקאות, וכאבי ראש. התיסמונת לפני הופעת הווסת מאופיינת על מיגוון תסמינים גופניים ונפשיים,

[43] menorrhagia. ראה Baggish — MS, *Am J Obstet Gynecol* 174:908, 1996; Irvin GA, et al, *Br J Obstet Gynecol* 105:592, 1998. וראה עוד הרב ד״ר מרדכי הלפרין, חוברת אסיא, עא-עב, תשס״ג, עמ׳ 131 ואילך; הרב י. וח. קטן, תחומין, כג, תשס״ג, עמ׳ 256 ואילך.

[44] menarche.

[45] menopause.

[46] premenstrual syndrome = PMS.

[47] dysmenorrhea.

המופיעים כ-7-10 ימים לפני הופעת הווסת, ונעלמים ביום הראשון של המחזור. בסקר נרחב של התופעות הקשורות לתיסמונת אצל נשים שונות נמצאו מיגוון תסמינים גדול: התכווציות בבטן, כבדות או לחץ בשדיים, כאבי גב, כאבי ראש, דכאון, עצבנות, חרדה, תנודות במצבי הרוח, ועוד. שכיחות התופעות השונות, חומרתן וההתייחסות של הנשים אליהן שונות במקצת בהתאם למקום ביצוע הסקר[49].

הווסת מצויה רק בבני אדם ובקופים דמויי-אדם.

סיבות לדימומים — דימום מתוך חלל הרחם הוא בדרך כלל תוצאה של המחזור ההורמונלי. אכן, יש שהדימום נובע מסיבות אחרות, כגון דימום בהריון, הפלה, גידול, דלקת, הפרעות קרישה כלליות, בדיקות רפואיות, פציעות וחבלות שונות.

בדיקה רפואית-גינקולוגית — בבדיקה שגרתית אין הרופא חודר כלל לצוואר הרחם, וכל-שכן שאינו חודר לחלל הרחם. בבדיקה השגרתית מרחיב הרופא את הנרתיק, ויכול להגיע עד הפה החיצוני של צוואר הרחם. גם אשה שבודקת עצמה בדיקות טהרה יכולה להגיע באצבעה עד הפה החיצון של צוואר הרחם. לפיכך, אם יש דימומים לאחר בדיקה כזו הם נובעים מחבלה ברירית הנרתיק, או מחבלה בחלק החיצוני של צוואר הרחם. ישנן בדיקות אחדות ומיוחדות שבהן יש כניסה לחלל הרחם: צילום חלל הרחם, הסתכלות לתוך חלל הרחם על ידי מכשיר הנקרא היסטרוסקופ[50], או גרידה אבחנתית או טיפולית.

אנטומיה — על מבנה הרחם והטפולות, והשייך להבנת עניני נידה מבחינה אנטומית — ראה ערך רחם.

ד. הנידה בחז"ל ובראשונים

תחילת הווסת קורית בדרך כלל משהגיעו ימי הנעורים, היינו משתביא שתי שערות[51].

קביעת ווסת — הווסת נקבעת רק לאחר שהיתה סדירות בהופעת המחזור, היינו שנקבע שלוש פעמים[52]. עונה בינונית היא ווסת הבאה משלושים יום לשלושים יום[53]. אכן מירווחי הזמן בין מחזור למחזור משתנים מאשה לאשה, כאשר המחזור הקצר ביותר נחשב ל-11 יום בין נידה לנידה[54]. יש נשים שיש להם מירווחי זמן קבועים בין ווסת לווסת ("וסת הימים"), יש נשים שהווסת איננה קבועה כלל, ויש נשים שמשנות את תאריכי הווסת[55], ויש משפחות שלא היה לנשים שבהן דם נידה כלל[56]. משך ימי הדימום הוא עד שבעה ימים. אם הדימום

[49] ראה Ramcharan S, et al, *J Clin Epidemiol* 45:377, 1992; ט. גנזל וד. צימרמן, תחומין, כ, תש"ס, עמ' 363 ואילך. **[50]** hysteroscope. **[51]** נידה ה ב. **[52]** נידה סג א. **[53]** נידה ט ב. על גדרי עונה בינונית בימינו — ראה הרב י. ורדהפטיג, תחומין, כד, תשס"ד, עמ' 235 ואילך. **[54]** נידה עב ב. **[55]** נידה סג א-סד ב. **[56]** כתובות י ב; נידה סד ב — משפחת דורקטי, ובירושלמי כתובות א א הגירסא משפחת טרוקטי. וראה בע' בתולים

נמשך יותר משבעה ימים, או שהמחזור בין נידה לנידה הוא קצר מ-11 יום, הרי זו זבה, ולא נידה.

סיבות לדם נידה — דם נידה יכול לבוא בזמנו כדרכו באופן טבעי, ויכול לבוא כתוצאה מגירוי חיצוני ("ווסת הבא מחמת אונס"), כגון קפיצה[57], פחד פתאומי, חימוד תשמיש המיטה, וכן אכילת שום, בצל או פלפל[58]. מאידך יש דברים חיצוניים המונעים את דם הווסת, כגון פחד ממושך[59], אך יש מי שכתב, שאין כל הדעות שולטות להכריע בין פחד ממושך לבהלה פתאומית[60].

ריבוי דמים — כשם ששאור יפה לעיסה, כך דמים יפים לאשה, וכל אשה שדמיה מרובים, בניה מרובים[61].

הרגשת ווסת — על פי חז"ל והפוסקים יכולות להיות לאשה שתי סוגי הרגשות הקשורות במחזור: הרגשה ביום הווסת או לפניה, כגון פיהוק, עיטוש, כאבי בטן מרכזיים ותחתוניים, תחושת צמרמורת, רעידות, תחושת חום, תחושת כבדות בראש ובאיברים[62], או תחושות אחרות הקבועות אצל אותה אשה שמתרחשות בעת הווסת, כולל דכאון, דאגה, נמנום[63], או לחץ בחזה[64] ("ווסת הגוף"); ויכולה להיות הרגשה בזמן יציאת הדם, שקשורה בפתיחת המקור, בזעזוע הגוף, או בתחושת זיבת דם לח[65]. לעתים יכולה ההרגשה להתפרש כהרגשת מי רגלים, ולא כהרגשת דם ווסת[66]. אכן, יש מהפוסקים ששאלו את הנשים ביחס להרגשות, והתברר להם שהרבה נשים אינן מרגישות כלל את ההרגשות שתיארו חז"ל והפוסקים[67]. יש מהפוסקים שכתבו, שגם הנשים בימינו מרגישות, אלא שאינן יודעות ואינן מבינות כיצד לתאר את ההרגשה, ולדעת אותם פוסקים כל ההרגשות המתוארות בחז"ל מצויות בדרגה כזו או אחרת גם בנשים שבימינו, ובעיקר מצוי שירגישו דבר לח, ולדעתם גם זו הרגשה מן התורה[68], או שלפחות יש ספק הרגשה, ורק מחמת שנחלשו החושים בימינו אין הן מבחינות באותן הרגשות[69], או שאם ברור שהראיה באה מגופה, הרי היא טמאה גם בימינו, גם אם אין לה הרגשה כלל[70].

הווסת מלווה בכאבים, ודם נידה הוא אחד מעשר קללות שנתקללה חווה באותה

הע' 34. **[57]** נידה יא א. **[58]** נידה כ ב; שם סג ב; שם עא א; מגילה טו א. **[59]** נידה לט א; שם עא א. **[60]** מאירי נידה ט א. **[61]** כתובות י ב; נידה סד ב. יש להניח, שמאמר זה מבוסס על התפיסה שדם הווסת הוא 'זרע' האשה — ראה ע' זרע הע' 263 ואילך, ולפיכך ריבוי דם הווסת הוא סימן לריבוי ילדים, אך מבחינה מדעית בזמננו לא ידוע על קשר כזה. **[62]** נידה סג א. וראה שיעורי שבט הלוי סי' קפט סק"י. **[63]** פיהמ"ש לרמב"ם נידה ט ח. וראה גם בפסקי הרא"ש, נידה פ"ט סי' א. **[64]** שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"א סי' פד. **[65]** נידה נז ב. וראה פת"ש סי' קפג סק"א. **[66]** נידה ג א. **[67]** ראה שו"ת שב יעקב חיו"ד סי' לט-מ; תפארת צבי סי' קצ אות יד. **[68]** ערוה"ש יו"ד קפג ס; שו"ת מהר"ם שיק חיו"ד סי' קפד; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ד סי' יז אות יב; שו"ת ציץ אליעזר ח"ו סי' כא; שו"ת יביע אומר ח"ה חיו"ד סי' טו. **[69]** שו"ת תשורת ש"י סי' תנו; קנה בושם על שו"ע יו"ד סי' קצ בבירורי שיטות ס"ב. **[70]** שו"ת קובץ תשובות סי' פד. וראה עוד בנידון — ש. לוי, אסיא, עג-עד, תשס"ד, עמ' 128

שעה[71].

דמים שונים — יש דמים טמאים באשה, ויש דמים טהורים; חמישה דמים טמאים: האדום, והשחור, וכקרן כרכום, וכמימי אדמה, וכמזוג[72]. השיטה המקורית היתה להשוות בין צבע ההפרשה החשודה להיות דם, לבין מקורות שונים שהוגדרו על ידי חז״ל כצבע הקובע שהמדובר הוא בדם[73]. אכן, בגלל היעדר בקיאות בדורות המאוחרים יותר, בוטלה הגישה הזו, ונקבע שכל צבע הנוטה לאדמומיות כפי שנראה לעיני הדיין הוא דם נידה[74].

היתה הנחה שדם הנידה הוא הזרע של האשה[75].

בין חכמי התלמוד היו מומחים בראיית דם נידה, וידעו לקבוע דם חימוד, ולהבדיל בין דם נידה לדם כינה[76]. כמו כן היו מחז״ל שקבעו שאפשר להבדיל בין דם נידה לדם בתולים[77].

סיבות לדם נידה — יש מחז״ל ומהראשונים שהסבירו את העובדה שיש לנשים דם נידה כעונש על שחווה שפכה את דמו של אדם הראשון[78].

סיבות להרחקת נידה — מפני מה אמרה תורה נידה לשבעה, מפני שרגיל בה וקץ בה, אמרה תורה, תהיה טמאה שבעה ימים, כדי שתהא חביבה על בעלה כשעת כניסתה לחופה[79].

הקפדה על הלכות נידה — חז״ל ראו בשמירה קפדנית על הלכות נידה חשיבות מרובה:

קינין ופתחי נידה, הן הן גופי הלכות[80]; מדמה הקב״ה טומאת ישראל לטומאת הנידה, מה נידה ניטמאת ונטהרת, אף ישראל שנטמאו עתידים להיטהר[81]; אי-שמירה על הלכות נידה גורמת לעונשים משמעותיים: על שלוש עבירות נשים מתות בשעת לידתן, ואחת מהן על

ואילך. וראה מאמרן של ט. גנזל וד. צימרמן, תחומין, כ, תש״ס, עמ׳ 363 ואילך, על ההתאמה בין הסימנים הללו של חז״ל, לבין סקרים אפידמיולוגיים מודרניים בנידון. **[71]** עירובין ק ב. **[72]** נידה יט א. וראה ברמב״ם איסורי ביאה ה ז, ובטושו״ע יו״ד קפח א, בהגדרת הצבעים השונים. **[73]** נידה יט ב-כ א; רמב״ם שם, ה ח, יא-יב. **[74]** ראב״ד שם ה יב; רמב״ן, הל׳ נידה א טו; רא״ש נידה שם; טור יו״ד סי׳ קפח. ואמנם בשו״ע לא מוזכרת העצה להשוות את ההפרשה החשודה כדם לסימנים ידועים אחרים. אמנם נחלקו הפוסקים ביחס למראות נידה שלכאורה לא יכול להיות שהם דם כגון ירוק, לבן, חום כערמונית או כקפה, אפור, כחול וצהוב, האם אף בימינו ניתן לקבוע שאינם דם, או שיש להחמיר אפילו באלו — ראה שו״ת מהר״ם רוטנברג סי׳ שעח וסי׳ תרלא; שו״ת תרומת הדשן סי׳ רמו; סמ״ק סי׳ רצג; ש״ך יו״ד סי׳ קפח סק״ב; סדרי טהרה, פת״ש ודרכ״ת יו״ד סי׳ קפח ס״א; חזו״א יו״ד סי׳ קז אות ד; שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ד סי׳ יז אות ו; שו״ת שבט הלוי ח״ג סי׳ קכא, וח״ד סי׳ קג וח״ה סי׳ קו סק״ו. **[75]** ראה רמב״ן עה״ת ויקרא יב ב; שם יח יט. וראה בנידון בע׳ זרע הע׳ 263 ואילך. **[76]** נידה כ ב. **[77]** נידה סה ב. **[78]** ראה ירושלמי שבת ב ב; בראשית רבה סוף פר׳ יז; ס׳ חסידים (מהד׳ וויסטינעצקי) סי׳ תתשעט. **[79]** נידה סה ב. **[80]** אבות ג כב. **[81]** תנחומא מצורע ח.

שאינן זהירות בנידה[82]; נידה היא אחת משלוש בדקי מיתה באשה[83].

שמירה על הלכות נידה בעבר — המצרים לא היו מניחים לבנות ישראל לטבול מנידתן, כדי שלא יהיו פרים ורבים, לפיכך לקו המים בדם[84]; אחד מגזירות השמד של הרומאים היה שנשים נידות ישמשו עם בעליהן[85].

מנהגי הרחקות נידה — היו מקומות שבהם שהו נשים נידות, ונקראו בית הטומאות[86]. חז״ל מספרים שזקנים ראשונים היו אומרים, שכל המנוולת עצמה בימי נידתה, רוח חכמים נוחה הימנה, וכל המקשטת עצמה בימי נידתה, אין רוח חכמים נוחה הימנה, עד שבא רבי עקיבא ולימד, אם כן אתה מגנה על בעלה ונמצא בעלה מגרשה[87]. מהראשונים יש שתיארו את המנהגים בימים קדמונים הנוגעים לנשים בעת נידתן: הן היו מרוחקות מאד, היו יושבות בדד באוהל, האנשים והנשים ירחקו ממנה, לא תספר עם בני אדם, כי גם דיבורה טמא אצלם, והעפר אשר תדרוך טמא להם, ואף מבט שלה מוליד היזק, והיה מנהגן שלא תדרוך כף רגלה על הארץ[88], ואסרו להסתכל על נידה בשעה שהדמים מצויים בה[89]; וכן — הנידה תהיה לבדה בבית, ונשרפים המקומות שמהלכת עליהם, ומי שדיבר עמה נטמא, ואפילו נשבה הרוח ועברה על הנידה ועל הטהור — נטמא[90]; וכן — שנהגו הנשים אצלנו ובכל מקום ששמענו עליו, שתתרחק האשה בשעת נידתה או לידתה, ולא תגע בדבר אוכל ומשקה וכלים ובגדים וזולתם[91]. ויש מי שכתב, שעניין הריחוק מהנידה והזבה מפני המחלה שבהן, שמזקת הרבה בני אדם, וכל שכן השוכב אותן, כי לפי רוב קרבתו עמהן ההיזק גדול יותר[92].

אכן בזמנינו אלה אין שום אדם נזהר בחומרות הרבות הללו של הרחקת הנידה[93], ומשפחות שבאו מחו״ל שנהגו בחומרות והרחקות שונות, יש לבטל מנהגן בלא שום התרה, כי החומרות הללו

[82] שבת לא ב. **[83]** ברכות לא א. **[84]** שמות רבה ט י. **[85]** מעילה יז א. **[86]** ראה משנה נידה ז ד, ובפי׳ רע״ב שם; ואולי היא סוכת הנשים בתוך סוכות גנב״ך — סוכה ח ב. בין יהודי אתיופיה נהג מנהג זה עד ימינו, ומקום מיוחד לנידות נקרא מרג׳ם גוד׳ו = בית הטמאות. **[87]** שבת סד ב; אבות דרבי נתן ב א. **[88]** רמב״ן עה״ת בראשית לא לה; ויקרא יב ד. וראה עוד ברמב״ן עה״ת ויקרא יח יט, בתיאור הנזק שהנידה גורמת בראייתה. אמנם ראה בהערות הרב ח.ד. שעוועל על הרמב״ן בראשית לא לה, ובאנציקלופדיה עברית, כרך כד, ע׳ נדה, עמ׳ 860, שכנראה ׳הברייתא׳ המובאת בדברי הרמב״ן בתיאור הנהגות אלו מקורה בכת מינית דומה לקראים, ואכן להלכה לא נזכרו חומרות יתירות אלו על ידי אף אחד מהפוסקים, כולל הרמב״ן עצמו בספרי ההלכה שלו. **[89]** ס׳ חסידים (מהד׳ מרגליות) סי׳ תתשכו. **[90]** הרמב״ם מו״נ ח״ג פמ״ז, מנהג אנשי ה׳צאבה׳, ועיי״ש שדחה מנהגים אלו. וראה עוד מנהגי הרחקות שונים באגרות הרמב״ם (הוצאת שילת), כרך א, עמ׳ תיב-ג, וכרך ב, עמ׳ תקעו. **[91]** שו״ת הרמב״ם, בלאו, ח״א סי׳ קיד. וכתב שם, שיש לערער על מנהגים אלו, ולפיו מורים, ומי שלא ירצה לשנות מנהגו, אין כופים אותו על זה. וראה עוד מנהגי חומרה שונים בשו״ת יביע אומר ח״ו חיו״ד סי׳ כ. **[92]** ס׳ החינוך מ׳ קפב. וראה עוד שם מ׳ קסו. **[93]** שו״ת חת״ס חאו״ח

גורמות להפרת שלום בית, ויצא מהן תקלות וחיקוי המינים[94], ומי שסובר שיש איסור נגיעה במאכל ובמשקה על ידי נידה, יצא מכלל הרבנים וכפר בתורה שבעל פה והולך בדרך הקראים, ורק אם נוהג כך מפני הזוהמה או מפני תוספת סייג כדי להתרחק מהנידה, מותר לו לעשות כן[95], ויש להקפיד רק על אותן הרחקות שנמנו בהלכה[96].

אכן, נחלקו הפוסקים אם מותר לאשה להיכנס לבית הכנסת בימי נידתה[97], ויש שכתבו, שזה אחד הטעמים נגד עריכת חופה בבית הכנסת[98]. אך להלכה נפסק, שבמדינותינו נוהגות הנשים להיכנס לבית הכנסת ולהתפלל אף בעת נידתן, אבל לא יסתכלו בספר התורה בשעת ההגבהה כשמראים את הכתב לציבור[99]; וכן אין כל איסור לנידות לגשת לרחבת הכותל המערבי, והמחמיר בזה אינו אלא מן המתמיהים[100]. אבל נהגו שלא ללכת לבית הקברות בעת נידתן[101].

ה. פרטי דינים

1. פציעות ומחלות

מכה באותו מקום — אשה שיש לה מכה באותו מקום, תולים בדם המכה[102].

בביאור הלכה זו ובהגדרת תנאיה רבו הדעות בפוסקים. הדיון הוא במיקום המכה — האם ברחם עצמו, או בצדדים; בזמן הדימום מהמכה — האם בשעת הווסת, או שלא בשעת הווסת; באופי המכה — האם ידוע בוודאות שיש לה מכה, או גם כשיש ספק בדבר, וכן האם ידוע שהמכה מוציאה דם, או גם כשלא ידוע, וכן האם מרגישה האשה בדימום, או גם בלא הרגשה, וכן בכמות הדימום אם דווקא בדימום מועט, או גם בדימום רב; במצבה הבסיסי של האשה — האם כשיש לה ווסת קבועה, או גם כשאין לה ווסת קבועה. ובכל אלו — יש שהצריכו צירוף של תנאים אחדים, ויש שהסתפקו באחד מהתנאים כמכריעים[103].

סי׳ כג. וראה בפתיחה לס׳ שיעורי שבט הלוי על הלכות נידה בטעמי הדבר. **[94]** שו״ת יביע אומר ח״ו חיו״ד סי׳ כ. **[95]** שו״ת הרמב״ם, בלאו, ח״ב סי׳ שכ. **[96]** ראה להלן הע׳ 253 ואילך. **[97]** ראה באריכות בס׳ טהרת הבית ח״ב סי׳ יב סע׳ מ״ג, וראה רבינו ירוחם נכ״ו ח״ג, שזה מנהג טעות ומינות גדולה. **[98]** ראה שו״ת פרי השדה ח״ד סי׳ צז; שו״ת לבושי מרדכי סי׳ מז; חקקי לב חאו״ח סי׳ ג, ועוד. **[99]** מ״ב סי׳ פח סק״ז. וראה תו״ת ויקרא פי״ב אות לה. **[100]** שו״ת תפארת צבי חיו״ד סי׳ כז אות יב; שו״ת יביע אומר ח״ה חיו״ד סי׳ כז, ושם ח״ט חיו״ד סי׳ יא. **[101]** מ״ב שם. וראה עוד בס׳ דרכי טהרה עמ׳ נז; טהרת הבית, ח״ב סי׳ יב סע׳ מד; י. דינרי, תרביץ, מט, תש״מ, עמ׳ 302 ואילך. **[102]** נידה סו א. **[103]** ראה על כל זה במקורות הבאים — הרשב״א, הובאו דבריו בב״י סי׳ קפז; מרדכי שבועות פ״ב סי׳ תשל״ה; שו״ת מהר״ם מלובלין סי׳ קיא; טושו״ע יו״ד קפז ה, וברמ״א שם; ט״ז יו״ד שם סק״י; ש״ך שם סק״כ, וסקכ״ד; שו״ת מהר״ם פאדווה סי׳ ו; שו״ת תשב״ץ סי׳ מט; שו״ת הב״ח סי׳ פה; שו״ת חכם צבי סי׳ מו; שו״ת נובי״ק חיו״ד סי׳ מא, וסי׳ מט, וסי׳ סא; שו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ פח-פט; סדרי טהרה יו״ד סי׳ קפז סקי״ד; שו״ת טור אבן סי׳ ב; פרדס רמונים ש״ח אות כב; שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קמב, וסי׳ קמד; שו״ת מהר״ם שיק חיו״ד סי׳ קעז אות י. וראה באריכות בערוה״ש יו״ד קפז מג-נז, שערי טהרה סי׳ כה, ובטהרת הבית, ח״א סי׳ ה, במשמרת הטהרה סק״ו, בשיטות הפוסקים בעניין רואה דם מחמת מכה. וראה עוד במאמרם של י. קטן וח. קטן, תחומין, טו, תשנ״ה, עמ׳ 316

מפוסקי זמנינו יש מי שהכריע להלכה שאשה הרואה דם שלא בשעת ווסתה, אם ידוע שיש לה מכה, וגם ידוע שהמכה מוציאה דם, וכגון שיש לה כאבים לפני שרואה הדם, תולים במכה; ואם ידוע שיש לה מכה, אבל לא ידוע אם המכה מוציאה דם, תולים במכה רק במקום עיגון[104]; ויש מי שכתב, שאשה שיש לה ווסת קבועה, ורואה דם מחמת תשמיש שלא בשעת ווסתה, יכולה לתלות במכה, אפילו אינה יודעת שמוציאה דם, ואפילו כשהדם בא מהמקור; אשה שאין לה ווסת קבועה, ורואה דם שלא בשעת ווסתה, אם הדם בא בוודאי מהמקור, תולים במכה רק אם ידוע שהיא מוציאה דם, ואם יש ספק אם הדם בא מהמקור או מהצדדים, תולים במכה גם כשלא ידוע שמוציאה דם; אשה שרואה דם בשעת ווסתה, הרי היא תמיד טמאה, ולעולם לא תולים במכה[105].

ועוד יש מי שכתב, שתולים מחמת מכה אפילו שלא בשעת ווסתה רק בשלושה תנאים: שיודעת שיש לה מכה באותו מקום; שמכה זו מוציאה דם מאליה גם בלי שום חיכוך ונגיעה בה; ושלא הרגישה ביציאת דם זה שיצא מהרחם. הדרך היחידה שיתקיימו תנאים אלו היא שרופא יראה את המכה ויגיד לאשה שיש לה מכה כזו, ובזה סומכים על הרופא שאינו אלא מגלה את המציאות[106].

ועוד יש מי שכתב, שהמנהג להלכה הוא שמקילים דווקא כשהמכה היא בנרתיק, אבל אם יודעים שהדם בא מהרחם, אף על פי שאומרת האשה שיש לה מכה במקור — אין להקל; אבל אם הרופא אומר שרואה את המכה במראה, יש מקום להקל[107].

ועוד יש מי שכתב, שדווקא לעניין איסור רואה מחמת תשמיש תולים במכה, אבל לעניין טומאת נידה אין להקל במכה, וצריכה שבעה נקיים על ראיה כזו, ואם ידוע שהמכה מוציאה דם, תולים במכה אף לעניין טומאת נידה, ואינה צריכה טבילה כלל[108].

טיפול ברואה דם מחמת תשמיש — יש מי שכתב, שבזמנינו ניתן למנוע דין רואה דם מחמת תשמיש להיאסר על בעלה, כיוון שיש זריקות וכדורים למניעת הדם, ואפילו ראתה פעם אחת או פעמיים אחר תשמיש, יכולה למנוע הדם שלא תראה שלוש פעמים מחמת תשמיש, וכמעט תמיד מועילים הטיפולים הרפואיים[109]. אמנם טיפול תרופתי כזה מועיל רק אם הבעיה היא הורמונלית, אך אם רואה דם מחמת תשמיש בגלל פצע מקומי, יש לטפל בפצע טיפול מקומי.

בהגדרת מכה כתבו הפוסקים, שאם יש לה שומות וטחורים ברחם עצמו[110], או

ואילך. **[104]** שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״א סי׳ פג. **[105]** שיעורי שבט הלוי, סי׳ קפז ס״ה סק״ב, בהסבר הרמ״א יו״ד קפז ה. וראה שו״ת אמונת שמואל סי׳ א. **[106]** שו״ת משפטי עוזיאל מהדו״ת חיו״ד ח״א סי׳ כו. וראה עוד בשו״ת שאלי ציון מהדו״ת ח״ב חיו״ד סי׳ לב. **[107]** שיעורי שבט הלוי סי׳ קפז ס״ה סק״א. **[108]** חזו״א חיו״ד סי׳ פב. **[109]** שו״ת שבט הלוי ח״ב סי׳ עו; שיעורי שבט הלוי סי׳ קפז ס״א סק״י. **[110]** שו״ת דבר שמואל סי׳ עא.

שיש פגיעה בכלי הדם שברחם[111], או שיש לאשה שרירן[112] בכותלי הרחם[113], אם יודעים שהדם יוצא ממקומות אלו, אזי אף אם אומרים הרופאים שדם נידה עובר דרכם, יש להם דין מכה, והאשה טהורה.

יש מי שכתב, שאשה שיש לה התקן תוך-רחמי וגם מצאו אצלה פטרת בנרתיק, אם המציאות היא שהדמומים מההתקן הם נדירים, והדמומים מהפטרת הם שכיחים, תולים בפטרת וטהורה[114].

נאמנות — נאמנת האשה עצמה לומר שיש לה מכה באותו מקום שממנו יוצא הדם[115], וכן נאמן הרופא לומר שרואה בעזרת מכשיר מתאים שהדם יוצא ממכה, ואפילו הוא רופא גוי[116]. יש שכתבו, שעדיף לשאול שני רופאים זה שלא בפני זה[117].

רופא שטיפל בפצעים בנרתיק לאחר לידה, ואמר שלאחר מספר ימים תראה האשה דם, אלא שהוא דם מהנרתיק בגלל הטיפול, הרי הוא נאמן בכך, והאשה טהורה[118].

שבעת הימים הנקיים צריכים להיות רצופים שלא תראה דם בהם, שאם ראתה דם אפילו בסוף יום השביעי, סתרה כל הימים, וצריכה לפסוק בטהרה ולחזור ולמנות שבעה נקיים[119], אבל אם יש לה מכה בגופה, ויודעת שהיא מוציאה דם, תולה בה אפילו יותר מכגריס ועוד, היינו שלוש על שלוש עדשים, והוא שיעור של 20 מ״מ[120], אלא שאין מקילים בשלושה הימים הראשונים לתלות במכה שאין מוציאה דם[121].

יש מי שכתבו, שאם אשה מצאה דם על ׳עד׳ הבדיקה בתוך שבעה נקיים, והרופאים אומרים שיש לה פצע בפנים שמוציא דם, אם הבדיקה היתה נקיה בהפסק טהרה, וביום הראשון והשביעי, הרי היא טהורה[122]; יש אומרים, שצריכה להיות נקיה בהפסק טהרה ובבדיקה אחת ראשונה של היום הראשון לשבעת הנקיים[123]; ויש מי שכתב, שאשה שיש לה מכה המוציאה דם, ואינה יכולה להיטהר לבעלה, מספיק שתבדוק עצמה בהפסק טהרה שיהיה נקי, ואף על פי שאחר כך רואה דם, יכולה לתלות במכה[124].

יש אומרים, שאם אינה מרגישה שיוצא דם ממקורה, הרי זה הפסק טהרה, גם אם

[111] , חזו״א הל׳ נידה סי׳ פא ד״ה אבל. [112] myoma . [113] שו״ת ציץ אליעזר חי״ז סי׳ לז. [114] שו״ת באהלה של תורה ח״א סי׳ כד. [115] טושו״ע יו״ד קפז ו. וראה באריכות בס׳ טהרת הבית ח״א סי׳ ד. [116] שו״ת פני יהושע סי׳ לב-לד; שו״ת דברי חיים חיו״ד ח״ב סי׳ עז; שו״ת אבני נזר חיו״ד סי׳ רלה; שו״ת שם אריה סי׳ נא; שו״ת מהרש״ם ח״ב סי׳ קפב; דרכ״ת יו״ד סי׳ קפז סקצ״ח, בשם שו״ת תשורת שי. וראה בשו״ת מהר״י אסאד חיו״ד סי׳ קצג. וראה בפת״ש יו״ד סי׳ קפז סק״ל. וראה באריכות בע׳ נאמנות הרופא. [117] שו״ת מהרש״ם ח״א סי׳ יג; שו״ת שאלי ציון, מהדו״ת ח״ב חיו״ד סי׳ לד. [118] שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ב סי׳ סט. [119] טושו״ע יו״ד קצו י. [120] ראה באריכות בטהרת הבית ח״א סי׳ ח, במשמרת הטהרה סק״ב. [121] רמ״א שם. [122] שו״ת מהר״ש ענגיל ח״ג סי׳ פג; שו״ת הר צבי חיו״ד סי׳ קמו. [123] חוו״ד סי׳ קצו סק״ג; אבני מילואים בשו״ת סוסי׳ כג; שיעורי שבט הלוי סי׳ קפז ס״ה סק״ג. [124] שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קעז.

בגלל מכה במקור אינה יכולה להפסיק בטהרה על ידי ׳עד׳ בדיקה[125]. וכן יש מי שכתב, שאם הרופא אומר שיש לאשה מכה ברחם, ובעת ווסתה היא מדממת הרבה, אך גם לאחר זמן ווסתה היא ממשיכה לדמם בגלל הפצע, יש מקום להקל שתספור שבעה ימים לאחר ימי הווסת ותטבול, אף על פי שאין היא נקיה לגמרי, בתנאי שאחר הטבילה דמיה מועטים ולא שופעים, ובתנאי שידוע שהחולי התחיל בימי טהרתה, או שהיתה לה טהרה פעם אחר החולי[126]; ויש אומרים, שאשה לא יכולה להפסיק בטהרה עד שתהיה נקיה בבדיקת ׳עד׳, ואפילו אינה מרגישה שדם יוצא ממקורה, ואפילו אם בכך תישאר טמאה לעולם[127].

כתמים הם רק מדרבנן, ולכן מקילים בהם ותולים בכל מה שאפשר לתלות, והיינו דווקא כתמים בבגדה, אבל אם נמצאו כתמים על בשרה, אינה תולה אלא אם כן יש לה מכה בגופה במקום שאפשר לדם לנטוף משם, ואפילו נתרפאית, אם אפשר לה להתגלע ולהוציא דם על ידי חיכוך — תולה בה, ואף על פי שעכשיו עלה עליה קרום ואינה מטפטפת[128].

בדיקה בנוכחות פצע — אשה שיש לה מכה בכותלי הרחם, והמכה אינה מוציאה דם, אבל כשבודקת עצמה כואב לה מאד, תבדוק עצמה ביום הפסקת טהרה, ביום הראשון, וביום השביעי כדין, ובשאר הימים לא תבדוק כלל, ואם יכולה לקנח מבחוץ קינוח כלשהו, טוב להצריכה לעשות זאת אם לא יכאב לה[129]. ויש מי שכתב, שבמקום חשש עיגון שאין האשה יכולה לטהר עצמה, יש לסמוך על גדולי הפוסקים הסבורים שאפילו אם לא בדקה עצמה תוך שבעה ימים, רק ביום אחד מכל השבעה, באיזה יום שיהיה חוץ מבדיקת הפסק טהרה — עלה לה[130].

בדיקה בנוכחות יובש באותו מקום — אשה שקשה לה לעשות הבדיקות בזמנים הדרושים בגלל יובש באותו מקום, יכולה להרטיב מעט את ׳עד׳ הבדיקה[131], ואפילו בשבת יכולה לשים מעט טיפות מים על ׳העד׳[132], או למרוח מעט ווזלין על ׳העד׳, או בנרתיק[133].

כינים — אשה שיש לה כינים על שערות הבושת, יכולה לתלות ראיית דם בכינים, אם בדקה שאמנם הם גורמים לדימום[134].

צניחת הרחם, הנקראת בלשון הפוסקים

[125] שו״ת נובי״ק חיו״ד סי׳ נט; שו״ת אבני מילואים סי׳ כג; שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קעז; טהרת הבית ח״ב סי׳ יג במשמרת הטהרה סק״א (עמ׳ רלב רלד). וראה בשו״ת חת״ס שם שמבדיל בין הפסק טהרה לבין שבעת הימים הנקיים, עיי״ש. **[126]** חזו״א חיו״ד סי׳ פא. **[127]** חוו״ד סי׳ קצו סק״ג; שו״ת בית שלמה חיו״ד ח״ב סי׳ כח. **[128]** נידה נח ב; רמב״ם איסורי ביאה ט כב; טושו״ע יו״ד קצ יח. **[129]** שו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ קכט; ערוה״ש יו״ד קצו ל; סדרי טהרה יו״ד סי׳ קצו סקט״ו; שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ב סי׳ סט; שם ח״ג סי׳ נו אות ג; טהרת הבית, ח״ב, סי׳ יג, במשמרת הטהרה סק״ה (עמ׳ שיח-שיט). וראה עוד בשו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קמד. **[130]** חכמת אדם, כלל קיז סי״ב. **[131]** שו״ת מהרש״ם ח״א סי׳ קמו. **[132]** הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בס׳ מראה כהן, עמ׳ מו. **[133]** שו״ת באר משה ח״ב סי׳ נט; הגר״ש וואזנר, הובאו דבריו בס׳ מראה כהן, עמ׳ מה. **[134]** שו״ת שבות יעקב

בשם מחלת הפארפאל, נידונה באריכות רבה בין הפוסקים, שכן המצב הזה גורם לדימום[135]. מבחינה רפואית יש לציין כי ברור שבמצב של צניחת רחם אין דימום מתוך חלל הרחם, אלא יש לעיתים דימום מצוואר הרחם בגלל פציעה הנגרמת בעקבות צניחת הרחם.

מעיקר הדין — אשה הסובלת מצניחת רחם, כשהוא בולט לתוך הנרתיק ומשתרבב החוצה, אם ראתה חתיכות בשר בבית החיצון, הרי היא טהורה, ואפילו ראתה דם יחד עם החתיכות, והיינו דווקא שהחתיכות לא נימוחו במים פושרים, ודווקא כשהן חתיכות קטנות, אבל ראתה חתיכות גדולות, הרי היא טמאה, אפילו אם לא ראתה עמן דם[136], ואם ראתה דם בלבד, הרי היא טמאה[137].

אמנם בין האחרונים רבתה המחלוקת בדין זה, ובדורות הללו שכיחה תופעה זו מפני חולשת הנשים, ורבים מגדולי הדורות האריכו בתשובה, זה אוסר וזה מתיר, והדבר נוגע באיסור כרת[138]. יש מי שכתב, שהוראה זו מסורה רק לגדולי הדור[139]; יש מי שכתב, שמימיו לא יצא הדבר בהיתר מתחת ידו[140]; ויש מי שכתב, שבזמנינו רוב המקרים הם בנשים זקנות לאחר סילוק דמים, ויש הוכחות ברורות שאינו דם נידות, אלא מכה או מן הצדדים, וכן אומרים הרופאים, ואחר שאשה לא ראתה שנים רבות, וודאי צניחת

ח״ג חיו״ד סי׳ עט. ועיי״ש שכוונת הגמ׳ נידה יד א, שאותו מקום בדוק הוא ממאכולת, הוא דווקא בתוך הרחם, אבל לא בשערות שבחוץ. **[135]** ראה — שו״ת פני יהושע חיו״ד סי׳ ו; שו״ת צמח צדק סי׳ פז; שו״ת חכם צבי סי׳ מו; שו״ת אילה שלוחה סי׳ יז; שו״ת נר למאור סי׳ לה-לו; שו״ת שבות יעקב ח״א סי׳ סה, וסי׳ עה; שו״ת שב יעקב סי׳ לז; פליתי יו״ד סי׳ קפח סק״ב; שו״ת מעיל צדקה סי׳ לד; שו״ת אור ישראל סי׳ ס; שו״ת זכרון יוסף חיו״ד סי׳ יב; שו״ת שאילת יעבץ ח״ב סי׳ עג; שו״ת כח שור סי׳ כב; סדרי טהרה סי׳ קפח סק״ג; שו״ת נובי״ק חיו״ד סי׳ נח, וסי׳ סד; שו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ נה-נו, וסי׳ פח-פט, וסי׳ קיד; שו״ת זרע אמת ח״ב סי׳ פא; שו״ת תפארת צבי חיו״ד סי׳ כב; שו״ת בנין ציון ח״א סי׳ עא; שו״ת הר המור סי׳ יט; שו״ת עטרת חכמים סי׳ יח; חוות דעת סי׳ קפח סק״ח; שו״ת שמן רוקח ח״ב סי׳ כא; שם חיו״ד ח״ג סי׳ י; שו״ת רעק״א פסקים חיו״ד סי׳ סב; שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קמה, וסי׳ קעא, וסי׳ קעג, וסי׳ קצב-קצג; שו״ת מים חיים (רפפורט) ח״א סי׳ נב; שו״ת השיב משה חיו״ד סי׳ לט; שו״ת משכנות יעקב חיו״ד סי׳ מו; סי׳ קפח סקל״ז; שו״ת בנין עולם חיו״ד סי׳ לו; שו״ת ברכת יוסף סי׳ מה-מו; פת״ש סי׳ קפח סק״ז; שו״ת זית רענן חיו״ד ח״ב סי׳ כא; שו״ת חסד לאברהם (תאומים) סי׳ נו; שו״ת שאילת שלום מהדו״ק סי׳ ד; שו״ת דברי חיים חיו״ד ח״ב סי׳ סג; שו״ת אבני נזר חיו״ד סי׳ רלו, וחחו״מ סי׳ קכב; שו״ת יהודה יעלה ח״א חיו״ד סי׳ ריט; שו״ת משנת ר׳ אלעזר חיו״ד סי׳ יט; שו״ת משיב דבר ח״ב סי׳ לה; שו״ת באר יצחק חיו״ד סי׳ יז; שו״ת נטע שורק חיו״ד סי׳ נב; שו״ת נהרי אפרסמון חיו״ד סי׳ עד, וסי׳ קנג; שו״ת עמק שאלה חיו״ד סי׳ לד; שו״ת מהר״ש ענגיל ח״א סי׳ נ; שו״ת הרי בשמים מהדו״ת סי׳ קנב; שו״ת מחזה אברהם ח״ב חיו״ד סי׳ יח; שו״ת יד יצחק ח״א סי׳ פב, וסי׳ קעח; שו״ת דברי מלכיאל ח״ג סי׳ סב; שו״ת מהרש״ם ח״א סי׳ כג, וסי׳ כה, וסי׳ קיד; דרכ״ת חזו״א יו״ד סי׳ פא; שו״ת שאלי ציון מהדו״ת חיו״ד ח״ב סי׳ לח. **[136]** טושו״ע יו״ד קפח ג, וברמ״א שם. **[137]** ש״ך יו״ד סי׳ קפח סק״ח; שו״ת נובי״ק חיו״ד סי׳ נח; שו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ פט, וסי׳ קיד; חוו״ד חידושים יו״ד סי׳ קפח סק״ח; שו״ת יד יצחק ח״א סי׳ פב. **[138]** ערוה״ש יו״ד קפח כג. וראה שם סיכום שיטות הראשונים בזה. **[139]** שו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ פח. **[140]** שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קעא. וראה עוד שם סי׳ קמה;

הרחם היא שגורמת לדם, אך למעשה אי אפשר להכריע באופן כללי, אלא יש לדון בכל מקרה לגופו. אכן, בזמן האחרון כורתים את הרחם במקרים אלו, ואם הכריתה היא שלימה, הרי שאין האשה טמאה עוד[141].

לאור העובדה שבימינו ניתן לתקן מצב זה על ידי כריתה שלימה של הרחם, לא שכיחות עוד השאלות בעניין זה.

הטיפול בצניחת הרחם בעבר היה על ידי הכנסת טבעת בנרתיק אשר תמך ברחם והרים אותו, ודנו הפוסקים כיצד תעשה האשה בדיקות טהרה במצב כזה[142], אלא שדרך טיפול זו כבר איננה מקובלת, והתיקון הוא ניתוחי, בעיקר על ידי כריתת הרחם, ולכן אין כמעט משמעות מעשית להצעות השונות של הפוסקים בנידון.

טחורים — דין אשה הסובלת מטחורים לעניין ראיית דם וכתמים — ראה ערך עכול, מערכת ה-.

שתן דמי — אשה שהטילה שתן, ויצא דם עם מי רגליה[143], נחלקו הפוסקים להלכה באיזה מצבים ותנאים אפשר להניח שהדם אינו מהרחם, אלא ממכה באיבריה הפנימיים, בכליות או במערכת העיכול[144], ולפיכך האשה טהורה; ובאיזה מצבים יש לחשוש שמא יש גם דם מהרחם אשר מעורב בדם שהיא רואה בשתן, ולפיכך היא טמאה[145].

התנאים הנלקחים בחשבון הם: עמידה או ישיבה, שותתת או מקלחת, מרגישה כאבים או אינה מרגישה, הדם בתוך הספל או על שפת הספל[146].

בני ספרד נוהגים להקל בכל מקרה[147], ובני אשכנז מטהרים רק אם התקיימו שלושה תנאים: דווקא אם הטילה שתן בישיבה, ומקלחת, ונמצא הדם בתוך הספל ולא על שפת הספל, אבל בעומדת טמאה בכל מקרה[148], והוא חומרה בלבד[149]. גם בתנאים אלה אין לטהר אשה הרואה דם בשתן אלא שלא בשעת ווסתה,

שו״ת דברי חיים ח״ב סי׳ סג. **[141]** שיעורי שבט הלוי סי׳ קפח ס״ג סק״ג. וראה להלן הע׳ 214 ואילך. **[142]** ראה שו״ת זכרון יוסף חיו״ד סי׳ י; סדרי טהרה סי׳ קצו סקכ״ג; שו״ת בנין ציון ח״א סי׳ עא; שו״ת אבני נזר סי׳ רנה-רנו; ערוה״ש יו״ד קצו כט; טהרת ישראל סי׳ קצו סמ״ו; שו״ת נובי״ק חיו״ד סי׳ נח, וסי׳ סד; שו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ קיד, וסי׳ קלה; שו״ת רעק״א סי׳ ס; שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קמה, סי׳ קעא; וסי׳ קצב; חזו״א יו״ד סי׳ צב סקכ״ד-ה; שו״ת הר צבי חיו״ד סי׳ קנג; שו״ת חשב האפוד ח״ב סי׳ קיח; הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו״ד סי׳ קצו סק״ב. **[143]** נידה נז ב; שם נט ב. **[144]** בעניין מקור הדם במערכת העיכול — ראה שו״ת שבט הלוי ח״ב סי׳ ק מה שכתב בנידון, ועדיין צ״ע. **[145]** ראה שו״ת אבני נזר חיו״ד ח״ב סי׳ רלא, בביאור האפשרות הזו. **[146]** ראה טושו״ע יו״ד קצא א, ברמ״א שם, ובנו״כ. וראה עוד בדין אשה משתנת דם בשו״ת הר״ן סי׳ מט; שו״ת שבות יעקב ח״ג חיו״ד סי׳ קו; שו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ צט; שו״ת בנין ציון ח״א סי׳ עג; שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קמח; שו״ת בית אפרים חיו״ד סי׳ מו; שו״ת אבני נזר חיו״ד ח״ב סי׳ רלא; שו״ת נפש חיה (וואקס) חיו״ד סי׳ סא-סב; שו״ת דובב מישרים ח״ג סי׳ ח; שו״ת שבט הלוי ח״ה סי׳ קכג; שם ח״ו סי׳ קלג; שערי טהרה, סי׳ לד. **[147]** שיעורי שבט הלוי סי׳ קצא סק״ט, על פי דעת המחבר שם. **[148]** רמ״א שם, כשיטת הר״ח, וכתב ׳והכי נהוג׳; ט״ז שם סק״ב. **[149]** ראה שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קמח, כי מעיקר הדין רוב הראשונים חולקים על הר״ח

ושיסכימו שני רופאים שהדם בא מדרכי השתן ולא מהרחם, ושעשו בדיקות מתאימות לברר שאמנם הדם בא מדרכי השתן[150]. ואכן, כיום ניתן לברר על ידי בדיקות רפואיות בצורה ברורה מה מקור הדם, ולכן אשה הרואה דם בזמן מתן שתן, או שראתה דם על הקינוח של מי רגליה, צריכה לברר אצל רופא מה מקור הדם[151].

אם מצאו כדוריות אדומות בשתן בבדיקה מיקרוסקופית שלא בזמן הווסת, אפילו פעם אחת, הרי זו ראיה שהדם בא מדרכי השתן ולא מהרחם, וכן אם קיבלה האשה טיפול תרופתי למניעת ווסת, וראתה דם בשתן, אפשר לסמוך על כך שהדם אינו דם נידה, וכן אם נמצאה דלקת בדרכי השתן, הרי זו הוכחה שהדם בא מדרכי השתן[152].

אם אחר הטלת השתן קינחה עצמה בנייר ומצאה עליו דם — יש מי שכתב, שאם מיהרה לקנח עצמה מיד, הרי דין הקינוח כדין בדיקה, והיא טמאה, ואם שהתה יותר מכדי שיעור בדיקה (שהוא זמן מועט) מהטלת המים עד הקינוח, הרי היא טהורה מן התורה, וטמאה רק מדין כתם מדרבנן[153]; ויש הסבורים, שגם אם קינחה מיד, אין לחוש בזה לראיה בהרגשה, ולכן היא טהורה מן התורה וטמאה מדרבנן[154].

אשה שנמצאו כדוריות דם בשתן בבדיקה מיקרוסקופית כשעברה בדיקות רפואיות שגרתיות, ואין הדם בשתן ניכר לעינים, אין היא נידה[155].

דם בזמן ביוץ — אשה הרואה דם בזמן הביוץ, היינו באמצע המחזור, הרי היא טמאת נידה[156]. הטעם: אמנם הדימום בא מהשחלה עקב קריעת הקרום בזמן הביוץ, אך הדעה הרווחת היא שיש גם דם מהרחם בגלל השינוי ברמות האסטרוגן[157].

2. בדיקות רפואיות

פתיחת ה"קבר" — אשה שנפתח רחמה לתוך הנרתיק, ויצאה חתיכה החוצה בלא דם, נחלקו חז"ל אם אפשר לפתיחת הקבר בלא דם, ואם לא יצא דם עם החתיכה, הרי היא טהורה; או שאי אפשר לפתיחת הקבר בלא דם, ובכל מקרה היא טמאה, כי בוודאי יצא דם עם החתיכה[158]. וכן נחלקו הפוסקים להלכה בשאלה זו — יש אומרים, שאפשר לפתיחת הקבר בלא דם[159]; יש אומרים, שאי אפשר לפתיחת

בזה. **[150]** שו"ת שבט הלוי ח"ה סי' קכג. **[151]** דרכי טהרה, עמ' לו. **[152]** שיעורי שבט הלוי, סי' קצא סקט"ו; שו"ת שבט הלוי ח"ב סי' ק. **[153]** הגר"מ פיינשטיין, הובאו דבריו בס' הלכות נידה להרש"ד איידער, ח"א, תשובות בסוף הספר, אות יג. וראה עוד בשערים המצויינים בהלכה סי' קנג סק"ז. וראה בנשמת אברהם חיו"ד סי' קצא סק"א, בדין ניירות שבימינו לעניין טומאת כתמים. **[154]** ראה בספר מראה כהן, עמ' קצט ואילך. וכן דעת הגרי"ש אלישיב והגר"נ קרליץ. **[155]** שו"ת שבט הלוי ח"ו סי' קלג. **[156]** הגרש"ז אויערבאך והגרי"ש אלישיב, הובאו דבריהם בנשמת אברהם ח"ה חיו"ד סי' קפג סק"א. **[157]** וראה בהסכמתו של הגרי"י נויבירט לכרך ה של מהדורה א' של אנציקלופדיה זו (עמ' יג), והערתי שם. **[158]** נידה כא ב; שם כב ב; שם לח א; שם סו א; כריתות י א; ירושלמי נידה ג א. **[159]** רמב"ם איסורי ביאה ה יג, ומ"מ שם; פיהמ"ש לרמב"ם נידה כא א; רע"ב נידה ג א;

הקבר בלא דם[160]; ויש אומרים, שדווקא בלידה אי אפשר לפתיחת הקבר בלא דם, אבל בכל מקרה אחר, כגון שנפלה חתיכה מהרחם וכיו״ב, אפשר לפתיחת הקבר בלא דם[161]. ולהלכה הוכרע כדעת הסוברים שאי אפשר לפתיחת הקבר בלא דם[162].

יש הסבורים, שאין חילוק בין אם הגורם לפתיחת הקבר בא מבפנים, כגון הפלה, ובין אם הגורם בא מבחוץ, כגון החדרת מכשיר[163]; ויש חולקים וסבורים שהכלל הוא דווקא אם נפתח מבפנים, אבל לא אם נפתח מבחוץ[164]. נהגו לפסוק כדעת המחמירים[165].

מה שאמרו שאי אפשר לפתיחת הקבר בלא דם, היינו אם נפתח הקבר ויצא ממנו דבר גוש כמו וולד או חתיכה, אבל אם לא יצא דבר, או שיצא דבר דק מאד, או נוזל — אין אומרים שאי אפשר לפתיחת הקבר בלא דם[166]; ויש מי שכתב, שאם הכניס הרופא אצבע או מכשיר לתוך חלל הרחם והוציאו, הרי זה נחשב כפתיחת הקבר שיצא ממנו דבר גוש[167].

השיעור לפתיחת הקבר שיטמא את האשה — יש אומרים, שהוא כאצבע הסמוכה לאגודל[168], שהוא כשלושת רבעי אינטש בערך[169], והיינו 19 מ״מ; יש מי

אור זרוע הל׳ נידה סי׳ שמג. וראה בשו״ת דברי מלכיאל ח״ב סי׳ נו, שכן גם שיטת הרי״ף והיראים. וראה בהעמק שאלה, שאילתא פה סק״ב, בשיטת הרמב״ם. **[160]** שאילתות ויקרא שאילתא פה; רא״ש נידה פ״ג סי׳ א; רמב״ן, רשב״א, מאירי ור״ן נידה שם; האשכול הל׳ נידה סי׳ מ; ראב״ד בעלי הנפש, שער תיקון ווסתות, והשגות הראב״ד איסורי ביאה ה יג; טושו״ע יו״ד קצד ב. וראה סיכום שיטות הראשונים בנידון בשו״ת דברי מלכיאל ח״ב סי׳ נו; שו״ת דברי משה סי׳ נג. **[161]** שאילתות, שאילתא פה, על פי שו״ת אור זרוע סי׳ שמג; העמק שאלה שם שאילתות פה-פז. וראה עוד בשיטת השאילתות בשו״ת דברי משה סי׳ נג פ״ו. **[162]** טושו״ע יו״ד קצ א; רמ״א יו״ד קצד ב. אמנם יש מהפוסקים שדנו בשאלה אם לצרף דעת הרמב״ם לקולא — ראה שו״ת אבני נזר חיו״ד סי׳ רכד; שו״ת דובב מישרים ח״ב סי׳ לא; שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״א סי׳ פט. **[163]** שו״ת נובי״ת חיו״ד סוסי׳ קכ; שו״ת הרי בשמים סי׳ מא. וכן משמע דעת הב״י יו״ד סי׳ קפח, ודעת ביאור הגר״א יו״ד סי׳ קצד סקכ״ג. **[164]** הגר״ב פרנקל, בהגהות על הנוב״י שם; חוו״ד יו״ד סי׳ קצד סק״א; שו״ת שאילת יעבץ ח״ב סי׳ סה; תפארת למשה יו״ד סי׳ קפח סק״ג; שו״ת בית יצחק חיו״ד ח״ב סי׳ יד; שו״ת שואל ומשיב מהדו״ג ח״ב סי׳ מ; שו״ת כוכב מיעקב סי׳ סח; שו״ת שערי דעה ח״ב סי׳ קמט; שו״ת אבני נזר חיו״ד סי׳ רכד; שיירי טהרה סי׳ קצד ס״א; שו״ת מהרש״ם ח״ד סי׳ קמו; שו״ת עמק שאלה חיו״ד סי׳ לא; ערוה״ש יו״ד קפח נח; שו״ת מהרי״ל דיסקין סי׳ קמח; שו״ת משפטי עוזיאל מהדו״ת חיו״ד ח״א סי׳ כז. וראה בחזו״א חיו״ד סי׳ פג, שהשאיר בצ״ע. **[165]** שו״ת הר צבי סוסי׳ קכב; שו״ת אגרות משה חאו״ח ח״ג סי׳ ק; שו״ת מנחת שלמה ח״ב סי׳ עג אות ב; שיעורי שבט הלוי סי׳ קפח ס״ג סק״ד. **[166]** רשב״א נידה כב ב, ושכן דעת הראב״ד; הנוב״י, הובאו דבריו בשו״ת תשובה מאהבה ח״א סי׳ קטז; חוו״ד יו״ד סי׳ קצד סק״א; משנה אחרונה נידה ג א. אמנם הרז״ה בסלע המחלוקת אות׳ ג-ד, ותוס׳ רי״ד נידה כב ב, סוברים שאף בדבר מועט אי אפשר לפתיחת הקבר בלא דם. וראה עוד בנידון בשו״ת דברי משה סי׳ נג פ״ה-ו. **[167]** שו״ת בית יצחק חיו״ד ח״ב סי׳ יז. **[168]** מקור חיים בתפארת צבי על הל׳ נידה אות ט (אמנם שם כתב שהשיעור הוא כאגודל, ולא כאצבע הסמוכה לאגודל); שו״ת באר משה (ירושלימסקי) קונ׳ בנין ירושלים סי׳ לו, בשם הגריי״א מקאוונא; שו״ת דברי מלכיאל ח״ב סי׳ נו; שם ח״ג סי׳ סא; שו״ת אגרות משה חאו״ח ח״ג סי׳ ק. **[169]** שו״ת אגרות משה שם.

שכתב, שהשיעור הוא פחות מקש[170]; יש מי שכתב, שהשיעור הוא עד עובי שתי אצבעות[171], ולא נהגו להקל כשיטה זו; ויש מי שכתב, שהשיעור הוא כאצבע קטנה באדם, שהיא בערך 15 מ״מ, וכתב שכן נהגו להורות בעלי הוראה[172].

הכלל שאי אפשר לפתיחת הקבר בלא דם חל בין בצעירה ובין בזקנה, ואפילו היא מסולקת דמים[173].

לצוואר הרחם יש פה פנימי ופה חיצוני. יש שכתבו, כי פתיחת הקבר לעניין הוצאת דם היא דווקא אם היתה פתיחת הפה הפנימי, אבל בפתיחת הפה החיצוני אין אומרים שאין לפתיחת הקבר בלא דם, גם לשיטות הפוסקים הסוברים שפתיחת הקבר מבחוץ מטמאת[174].

בדיקת רופא נשים — אם הרופא הכניס רק את אצבעו לבדיקת אשה, והיא בדקה עצמה לאחר מכן ולא מצאה דם, לדעת רוב ככל הפוסקים אין היא טמאה בכך, ואין אומרים בזה שאי אפשר לפתיחת הקבר בלא דם, שכן אין אפשרות להגיע באצבע לפתח חלל הרחם[175], ואפילו אם בדיעבד לא בדקה עצמה לאחר בדיקת הרופא, גם כן טהורה[176]. אמנם יש שהחמירו גם בבדיקת רופא על ידי אצבע[177]; ויש מי שכתבו, שלכתחילה אם הרופא אומר שנכנס באצבעו לעומק הנרתיק יש לחוש לדעת המחמירים, ורק בדיעבד מותרת האשה[178]. יש מי שכתב, שמנהג ירושלים לטמא כל אשה שנבדקה על ידי רופא, אפילו אם נבדקה באצבע[179], אך דחו דבריו[180].

אם היתה הבדיקה על ידי הכנסת מכשיר, אם המכשיר מיועד אך ורק להכנסה לתוך הנרתיק, ואי אפשר להכניסו

[170] הנוב״י, הובאו דבריו בשו״ת תשובה מאהבה ח״א סי׳ קטז. **[171]** שו״ת מהרש״ם ח״ד סי׳ קמה. **[172]** בדי השולחן סי׳ קצד סע׳ לא, בשם ספר פרי דעה. **[173]** שו״ת נובי״ת חיו״ד סוסי׳ קכ; שו״ת מנחת שלמה ח״ב סי׳ עג אות ב. **[174]** בית יצחק, הל׳ נידה, סי׳ יד אות ט. **[175]** בינת אדם שער בית הנשים סי׳ כג; שו״ת חסד לאברהם (תאומים) מהדו״ת חיו״ד סי׳ מו; שו״ת אבני נזר חיו״ד סי׳ רכד; שם חאבהע״ז סי׳ פ; שו״ת דברי מלכיאל ח״ב סי׳ נ; שו״ת מהרש״ם ח״ב סי׳ מ, ודעת תורה, סוף הל׳ טריפות, בקו״א אות רלו; שו״ת נהרי אפרסמון חיו״ד ח״א סי׳ עד, וסי׳ קטז; שו״ת חבצלת השרון מהדו״ת סי׳ נז; שו״ת כוכב מיעקב סי׳ פח; דרכ״ת יו״ד סי׳ קצד סקי״ט; שו״ת ר׳ שאול משה סי׳ עח; שו״ת אגרות משה חאו״ח ח״ג סי׳ ק; שם חיו״ד ח״א סי׳ פג; שו״ת מנחת יצחק ח״ג סי׳ פד; שיעורי שבט הלוי סי׳ קצד ס״ב סק״ה; שם סי׳ קפח ס״ג ד״ה ובבדיקת; שו״ת משנה הלכות ח״י סי׳ קכג-קכד; שו״ת באר משה ח״ג סי׳ קמז; שו״ת דברי משה סי׳ נג, וסי׳ סד אות יג; שו״ת נתיבות אדם סי׳ נא; שו״ת רבבות אפרים ח״ח סי׳ שמב. וראה עוד בשו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קעט; שו״ת נחלת שבעה סי׳ ט; שו״ת עטרת חכמים חיו״ד סי׳ יג; שו״ת עולת יצחק סי׳ קעא; שו״ת שואל ומשיב מהדו״ג ח״ב סי׳ מ; שו״ת עמק שאלה סי׳ לא; שו״ת ערוגת הבושם חיו״ד סי׳ קעד. **[176]** ראה שו״ת נתיבות אדם סי׳ נא. **[177]** שו״ת נובי״ת חיו״ד סוסי׳ קכ; שו״ת בית יצחק חיו״ד ח״ב סי׳ יד; שו״ת מנחת שי סי׳ נד. וראה שו״ת תשובות והנהגות ח״ב סי׳ תלד. **[178]** שו״ת בית שלמה חיו״ד סי׳ ח״ב סי׳ לט; שו״ת אבני צדק חיו״ד סי׳ פג; שו״ת הרי בשמים סי׳ מא. **[179]** שו״ת מלמד להועיל חיו״ד סי׳ סה. וראה הערתו של הרב א. נבנצל, אסיא, א, עמ׳ 322. וראה שו״ת תשובות והנהגות ח״ב סי׳ תלד. **[180]** ראה שו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פי״א שהוכיח שהגר״ש סלנט, רבה של ירושלים,

לתוך צוואר הרחם, הרי האשה טהורה, ואפילו אם מצאה דם מיד לאחר הבדיקה, אם היא בזמן טהרתה נאמן הרופא לומר שהדם בא מהנרתיק עקב החדרת המכשיר, ודינו כדם מכה[181]. ולפיכך, בדיקה במכשירים הבאים אין בהם כל חשש לטומאת האשה: צבת[182], מראה להסתכלות בנרתיק[183]; אולטרא-סאונד פנימי בנרתיק; לקיחת משטח מהנרתיק עם קיסם לבדיקות שונות[184].

אם המכשיר מיועד ומסוגל להגיע לתוך צוואר הרחם, יש חוששים שמא פתחו בזה את המקור, ומחמירים לטמא את האשה[185], אך רוב הפוסקים מתירים גם במקרה זה, כי אין להוציא את האשה מחזקת טהרתה[186], ויש מי שכתבו, שאם לא הרגישה כאבים — טהורה, כי זה סימן שלא פתח את המקור[187].

אם הכניס הרופא מכשיר לצוואר הרחם, אך מעיד שלא נכנס לתוך חלל הרחם — יש מי שסמכו על כך וסבורים שהרופא נאמן על זה, אפילו אם אינו שומר תורה ומצוות, והתירו האשה לבעלה ללא שבעה נקיים[188]; ויש מי שהסתפק בכך[189].

אם ידוע שהכניס הרופא את המכשיר לחלל הרחם, אם המכשיר עבה כשיעור פתיחת הקבר[190], האשה טמאת נידה, אפילו אם לא ראתה דם, וגם הרופא אינו נאמן לומר שלא יצא דם, אפילו הוא שומר תורה, וכל שכן כשאינו שומר תורה; ואם המכשיר קטן מזה, כל זמן שלא ראתה דם, הרי היא טהורה[191]. לפיכך, בימינו

הורה להתיר לטהר אשה לבעלה אפילו אחרי בדיקה בשפופרת; ובשו״ת דברי משה סי׳ נג כתב, שבירר אצל המורים המובהקים בירושלים, ולא שמעו מנהג זה, וגם בעל המנחת יצחק, שהיה הגאב״ד בירושלים, הורה בזה להקל. **[181]** שו״ת בית יצחק חיו״ד ח״ב סי׳ יד; שו״ת עצי לבנון סי׳ נ; ערוה״ש יו״ד קפח נא; שו״ת מהרש״ם ח״ב סי׳ מ, וח״ד סי׳ קמו; שו״ת באר משה ח״ג סי׳ קמו, וסי׳ קמח; שו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פי״א, וחכ״ב סי׳ נג אות ג; שו״ת תשובות והנהגות ח״א סי׳ תקח אות ו. וראה עוד בשו״ת מנחת יצחק ח״ג סי׳ פד, ושם, ליקוטי תשובות סי׳ פב. speculum. **[182]** **[183]** colposcopy. **[184]** מראה כהן, עמ׳ י-יא. **[185]** שו״ת בית יצחק שם; שו״ת שאילת שלום מהדו״ק סי׳ נט; שו״ת חבצלת השרון מהדו״ת סי׳ נז; שו״ת אמרי צבי סי׳ ג. **[186]** שו״ת עונג יו״ט סי׳ פד; שו״ת דברי מלכיאל ח״ב סי׳ נו; שם ח״ג סי׳ סא; שו״ת אבני צדק חיו״ד סי׳ פג; סדרי טהרה יו״ד סי׳ קצד ס״ט; שו״ת אבן יקרה מהדו״ג סי׳ לז; שו״ת נהרי אפרסמון חיו״ד סי׳ עד; שו״ת מהרש״ם ח״ד סי׳ קמה; שו״ת מלמד להועיל חיו״ד סי׳ סה; שו״ת דובב מישרים ח״ב סי׳ לא; שו״ת משפטי עוזיאל מהדו״ת חיו״ד ח״א סי׳ כז; שו״ת באר משה ח״ג סי׳ קמח; שיעורי שבט הלוי סי׳ קפח ס״ג סק״ד. וראה סיכום דעות שונות בפת״ש יו״ד סי׳ קצד, ובדרכ״ת שם סקי״ט. וראה עוד בשו״ת תשובות והנהגות ח״א סי׳ תקח אות ו. **[187]** שו״ת ברכת משה סי׳ כג-כד; ישועות מלכו חיו״ד סי׳ כב; שו״ת פרי השדה ח״ג סי׳ קמו; שו״ת הרי בשמים סי׳ מא; שו״ת רבבות אפרים ח״ח סי׳ שמב. **[188]** הגר״מ גימפל, הובאו דבריו בשו״ת הר צבי חיו״ד סי׳ קנב; שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״א סי׳ פג; שיעורי שבט הלוי סי׳ קפח ס״ג סק״ד; שו״ת באר משה ח״ג סי׳ קמח; שם ח״ד סי׳ סו; שערי טהרה סי׳ נח. **[189]** שו״ת הר צבי שם. וראה מה שכתב בנידון בשו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פי״א. **[190]** ראה לעיל הע׳ 159-163. **[191]** באר משה (ירושלימסקי) קונ׳ בנין ירושלים סי׳ לו, בשם הגרי״א מקאוונא; שו״ת משפטי עוזיאל מהדו״ת חיו״ד ח״א סי׳ כז;

שהמכשירים המשמשים לבדיקת נשים הם דקים ומושלמים, אין לטמא את האשה, אפילו אם הוכנס מכשיר דק מאד לחלל הרחם[192]; ויש מי שכתבו, שאם הרופא הכניס מכשיר לחלל הרחם, האשה טהורה רק אם לא נמצא דם, אבל אם נמצא דם, אפילו אומר הרופא שהדם בא מהצדדים, ספק אם הוא נאמן[193].

צילום רחם — בדיקת ניפוח הרחם על ידי אוויר, או צילום רחם, מבוצעים בשני שלבים: בתחילה תופסים את צוואר הרחם מבחוץ על ידי צבת, שלא נוגעת כלל בדופן הפנימית, אך האחיזה עלולה לגרום לפציעת צוואר הרחם ולדימום; אחר כך מחדירים צינור בקוטר כ-3 מ״מ דרך צוואר הרחם לתוך חלל הרחם, ודרכו מזרימים אוויר או חומר ניגוד לצורך הצילום. בעת החדרת הצינורית יכול להיות שפשוף קל של הדפנות הפנימיים של צוואר הרחם.

אם ראתה דם בפעולות אלו — יש מי שכתב, שקשה להקל בזה, ולפיכך צריכים הרופאים להשתדל לעשות הבדיקה בדרך שלא תדמם האשה[194]; יש מי שכתב, שדין דם זה ככל דין של דם מכה[195]; יש מי שכתב, שצריכה להפסיק מעת לעת טהור, שתהא שומרת יום כנגד יום, ורק אחר כך יכולה לקיים יחסי אישות, אבל אם הבדיקה היתה סמוך לזיווג וראתה דם — אסורה, אפילו אם טוען הרופא שזה דם מכה[196]; ויש מי שכתב שאם ראתה דם, והבדיקה היתה סמוך לווסת — יש להחמיר, שמא הבדיקה הקדימה את הווסת[197].

אם לא ראתה דם — יש מי שכתבו, שהאשה טהורה, כי המכשיר החודר לרחם הוא דק מאד, ואין לחוש לפתיחת הקבר בבדיקה זו[198]; יש מי שכתבו, שצריך להחמיר בבדיקת צילום הרחם, אפילו לא ראתה דם, כיוון שמכניסים מכשיר לתוך חלל הרחם, ואף על פי שהוא דק מאד[199]. אמנם כיום בדיקת צילום רחם בדרך זאת שכיחה פחות מבעבר.

שו״ת אגרות משה חאו״ח ח״ג סי׳ ק; שם חיו״ד ח״א סי׳ פט; דברות משה על ב״ק סי׳ טז ענף ט; שו״ת נתיבות אדם סי׳ נא. אך ראה בשו״ת אגרות משה חיו״ד ח״א סי׳ פג, שאסר אפילו במכשיר דק ביותר, וצע״ג. **[192]** ראה — הרב מ. אמסעל, המאור, שנה כו, קונ׳ ה, תשל״ד, עמ׳ 20 ואילך; שו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פי״א; הרב י.י. נויבירט, הובא בספר גניקולוגיה פוריות ילודים לאור ההלכה, עמ׳ 147; שו״ת דברי משה סי׳ נג פ״ט. וראה נשמת אברהם חיו״ד סי׳ קצד, הע׳ 55. **[193]** שו״ת מנחת יצחק ח״ד סי׳ נח אות י; שו״ת תשובות והנהגות ח״ב סי׳ תלד. **[194]** שו״ת חשב האפוד ח״ב סי׳ ז. **[195]** הגרצ״פ פרנק, הובאו דבריו בשו״ת שאלי ציון מהדו״ת חיו״ד ח״ב סי׳ לט; שו״ת אגרות משה חאו״ח ח״ג סי׳ ק. וראה בנשמת אברהם חיו״ד סי׳ קצד סק״ד. **[196]** חזו״א, הובאו דבריו בשו״ת דברי משה סי׳ נג אות פג. **[197]** שו״ת תשובות והנהגות ח״א סי׳ תצח; שו״ת נתיבות אדם סי׳ נא; הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם שם. והיינו דווקא כשהיה סמוך לווסת, ודווקא אם באמת ראתה דם, עיי״ש. וראה עוד בשו״ת חשב האפוד סי׳ ז. **[198]** חזו״א שם; חשב האפוד שם, וכן בסי׳ סב. **[199]** שיעורי שבט הלוי סי׳ קפח ס״ג ד״ה ובבדיקת; שו״ת דברי משה סי׳ נג אות פד; שו״ת עולת יצחק ח״ב סי׳ קעא. ולכאורה צ״ע, שאין בזה כלל שיעור פתיחת הקבר כמבואר לעיל.

בדיקת פאפ[200], שהיא לקיחת דגימה מפתח צוואר הרחם החיצון, כדי לבדוק אם יש תאים סרטניים, האשה בוודאי טהורה לאחר בדיקה זו, אפילו ראתה דם, כי היא מכה מבחוץ[201]; ואם לוקחים דגימה מתוך חלל הרחם — לשיטת הסוברים שפתיחת הקבר בשיעור קטן לא מטמא, הרי יש לתלות הדם במכה, ולשיטת הסוברים להחמיר בסמוך לווסת, יש להחמיר גם כאן[202].

בדיקות ציטולוגיות — יש מי שכתבו, שאם לוקחים דוגמה מההפרשות מהנרתיק בצידי צוואר הרחם לצורך בדיקה ציטולוגית, אם ראתה האשה דם, הרי היא טמאה, כי בדיקה זו לא פוצעת, ולכן יש לחשוש שהדם בא מהמקור[203].

בדיקות כימיות לנוכחות דם — קיימות שיטות שונות במעבדות רפואיות לבירור נוכחות דם בהפרשות שונות, ובעיקר קיימות שיטות רגישות מאד ברפואה המשפטית כדי לאתר כתמי דם, אפילו זעירים, במצבים הנבדקים לפשע. חלק משיטות אלו רגישות באופן חריג מאד, וחלק אינם ייחודיים לדם דווקא.

חומרים כימיים, כגון כדורים או ניירות מיוחדים, אשר יכולים להבחין אם הפרשה מסויימת היא דם או לא — יש מי שכתב, שכשיש ספק בעיני הדיין בדבר מהות הצבע שרואה אם הוא דם או לא, ויש אפשרות לתלות את הצבע האדום בדבר אחר, אפשר לסמוך על בדיקות אלו, וכל שכן כאשר יש כתמים על הגוף, או על הבגדים, שאפשר לסמוך על כך[204]; ויש מי שכתב, שאין לסמוך עליהם כלל, ואין לדיין אלא מה שעיניו רואות[205].

3. טיפולים רפואיים

שטיפות, משחות, זריקות, פתילות — טיפולים רפואיים הנעשים על ידי שטיפות מקומיות, או משיחת משחה בנרתיק, אין בזה כל חשש לפתיחת הקבר, והאשה טהורה[206], ויש מי שכתב, שאפילו אם הכניס הרופא את מחט-המזרק לתוך הרחם, עדיין היא טהורה, כי זה דבר דק ביותר[207]. ואם היתה השטיפה עם חומר אדום, יכולה לתלות להקל שלא בשעת ווסתה, שהאדום שהיא רואה הוא מהצבע ולא מדם, אבל בשעת ווסתה אין להקל[208].

אשה שצריכה שטיפות בנרתיק בגלל זיהום שיש שם, והיא בשבעה הימים הנקיים — יש מי שכתב, שאם עושה זאת אחר הבדיקות, ובמים פושרים, ובדרך של מקלחת, ולא באמבטיה, הרי זה מותר[209]; יש הסבורים, שלאחר הפסק טהרה, אין כל חשש בשטיפות, ויכולה לעשות כן אפילו

[200] Pap smear. **[201]** שו״ת באר משה ח״ג סי׳ קנ-קנא. **[202]** נשמת אברהם חיו״ד סי׳ קצד סק״ד. וראה בשו״ת באר משה שם. **[203]** הגרש״ז אויערבאך והגרי״י נויבירט, הובאו דבריהם בנשמת אברהם ח״ד חיו״ד סי׳ קצד סק״א. **[204]** הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו״ד סי׳ קצ סק״א. **[205]** שו״ת ציץ אליעזר חי״ג סי׳ פא אות ג. **[206]** דעת תורה, קונ׳ אחרון להל׳ טריפות, ושו״ת מהרש״ם ח״ד סי׳ קמו; שו״ת מהר״ש ענגיל ח״ו סי׳ צז; שו״ת הרי בשמים סי׳ מא; שו״ת באר משה ח״ג סי׳ קמט. **[207]** שו״ת דברי משה סי׳ נג פי״ב. **[208]** שו״ת משפטיך ליעקב סי׳ נג; שו״ת דברי משה סי׳ נג פי״ב. **[209]** שיעורי

בשלושת הימים הראשונים לספירתה[210]; יש הסבורים, שביום הראשון וביום השביעי תמיד צריכה קודם לבדוק בבוקר, ורק אחר כך תשטוף את המקום, ובימים האמצעיים, אם אפשר לה בקלות לעשות כך, הרי זה עדיף, ואם לא — תוכל לעשות הבדיקות גם בלילה, ובשעת הדחק יכולה לעשות בלילה גם ביום הראשון, ואין חוששים שמא היה לה דם ונשטף[211]; ויש מי שכתב, שצריכה לבדוק עצמה כל פעם לפני השטיפה[212].

אשה שצריכה לשים פתילות בנרתיק לצורך רפואה בזמן שצריכה לספור שבעה נקיים, תעשה בדיקת הפסק טהרה, ובדיקה אחת ביום הראשון, ואחר כך יכולה לשים הפתילות, וביום השביעי שוב לא תשים, כדי שתוכל לעשות את שתי הבדיקות המחוייבות[213].

לאחר כריתת רחם[214] — אם הכריתה היתה שלימה, הרי היא צריכה לספור שבעה נקיים לטבול על העבר, אם לא היתה טהורה לפני הניתוח, ואחר כך טהורה אפילו אם רואה דם, שבהכרח הדם לא בא מהמקור[215]. לשיטה זו אם היא עומדת להינשא — יש מי שכתב, שמכל מקום צריכה לספור שבעה נקיים[216], ויש מי שכתב, שאין היא כלל בגדר שיכולה לראות דם, ואם רוצה להחמיר על עצמה ולטבול, לא תברך על טבילה זו[217]; ויש מי שכתבו, שאם ממשיכה לראות דם ווסת, הרי זו הוכחה שנותר מהרחם, ואין לסמוך על הרופאים שכרתו הרחם בשלימות[218]; ואם הכריתה היתה חלקית, היינו שכרתו את גוף הרחם, אך השאירו את צוואר הרחם, הרי לכל הדעות היא טמאה אם תראה דם[219].

אשה שעברה כריתת הרחם בעת שהיתה טהורה, מעיקר הדין היא נשארת טהורה, שכן הכריתה מבוצעת כך שמוציאים את הרחם בשלימותו מבלי לפתוח אותו ומבלי לגרום לדימום מתוכו, ומה שיוצא דם בעת הניתוח הוא מהחתכים שמחוץ לרחם, אלא שיש מי שכתב שצריכה טבילה בלא ברכה[220]; ויש מי שכתב, שצריכה לספור שבעה נקיים,

שבט הלוי סי׳ קפח סקט״ו בד״ה ועוד נראה. **[210]** שו״ת דברי מלכיאל ח״ג סי׳ סא; שו״ת מהרש״ם ח״ב סי׳ מ; שו״ת ערוגת הבושם חיו״ד סי׳ קעה; טהרת הבית, ח״ב סי׳ יג, במשמרת טהרה סק״ה (עמ׳ שטו-שטז). **[211]** שו״ת יגל יעקב חיו״ד סי׳ ס; שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״א סי׳ צד; שם ח״ג סי׳ נז. וראה בנשמת אברהם חיו״ד סי׳ קצו סק״ב. **[212]** שו״ת באר משה ח״ב סי׳ נח. **[213]** שו״ת אגרות משה חאו״ח ח״ד סי׳ קה אות ד. **[214]** hysterectomy. **[215]** שו״ת זקן אהרן ח״ב סי׳ נ; שו״ת מהר״ש ענגיל ח״ז סי׳ יב; שו״ת הלל אומר סי׳ פה-פו; שו״ת יגל יעקב סי׳ מט; שו״ת הר צבי חיו״ד סי׳ קמז; שו״ת חלקת יעקב ח״ג סי׳ יד; שו״ת אהל משה ח״ב סי׳ פח; שו״ת שבט הלוי ח״ב סי׳ צ; שם ח״ה סי׳ קכב; שם ח״ח סי׳ קצט סק״א, וסי׳ ר; שיעורי שבט הלוי סי׳ קפח ס״ג סק״ג; שו״ת אמרי צבי סי׳ קיב. **[216]** שו״ת מערכי לב סי׳ מה. והוא כדין כל אשה שתבעוה להינשא ונתפייסה — נידה סו א; טושו״ע יו״ד קצב א. **[217]** שו״ת שבט הלוי ח״ה סי׳ קכב. **[218]** שו״ת מנחת יצחק ח״א סי׳ קכה. וראה שם, שכן דעת הגר״י רוזין מרוגצ׳וב. **[219]** שו״ת מנחת יצחק שם. וראה עוד בנידון בחוו״ד סי׳ קפח בביאורים סק״ג; שו״ת אילה שלוחה סי׳ יז; שו״ת ישועת משה ח״א סי׳ נה אות א. **[220]** הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח״ד חיו״ד סי׳ קפח סק״א.

אך לא תברך ברכת הטבילה[221].

לאחר הרס רירית הרחם — במצב של דימום רחמי כבד מבצעים לעתים הרס של רירית הרחם באמצעים שונים[222]. אחרי פעולות אלו יש לפעמים דימומים, וכן קורה שנשארת רירת רחם מועטה, ויש אחרי כן כתמים ואף דימומים. יש מי שכתבו, שאף שניתן לומר שיהא לזה דין פצע, אך מכיוון שמדובר בפעולה בתוך הרחם, לא ניתן לשלול תערובת של דם מכה ודם נידה, ולכן אין להקל[223].

ניתוח בצוואר הרחם — אשה שעברה ניתוח בצוואר הרחם בתוך שבעת הימים הנקיים, ועקב כך ראתה דם רב, צריכה לחזור ולספור שבעה נקיים, אף על פי שברור שהדימום היה קשור למכה של הניתוח, אבל יש להניח שהסיחה דעתה לגמרי מהנקיים[224].

רואה דם מחמת תשמיש — אשה הרואה דם מחמת תשמיש, ויש רופא האומר שיכול לעצור הדם מלבוא בשעת תשמיש, טוב הדבר לנסות הרפואה לאחר פעם ראשונה או שניה קודם שנתחזקה; אבל אשה שיש לה כבר חזקה להיות רואה מחמת תשמיש, היינו שראתה כבר שלוש פעמים מחמת תשמיש — יש שהסתפקו אם אפשר לסמוך על רופאים שיאמרו שנרפאה כדי שתוכל לשמש, ואפילו אם הוא רופא מומחה, ונטו להחמיר[225]; יש מי שכתבו, שאם יש לרופא זה חזקה שכבר ריפא אשה אחרת, יכולה גם אשה זו לסמוך עליו, אפילו לאחר שנתחזקה[226]; ויש הסבורים, שאם רופא ישראל אומר שנרפאה, הרי הוא נאמן, אפילו אם כבר הוחזקה; ואם רופא גוי אומר כך — אינו נאמן; ואם פסק דם ווסתה, וניכר שהועילה רפואתו, גם רופא גוי נאמן[227].

גלולות להסדרת הווסת — נשים שאין להן ווסת סדירה, ולוקחות גלולות להסדרת הווסת, או כלות שלוקחות גלולות לפני חתונתן למנוע חופת נידה — יש מי שכתבו, שאין לסמוך על הגלולות שמעכבות הווסת, ואין לסמוך על הרופאים בזה שאומרים שהגלולות משנות בוודאות את תאריך הווסת, וצריכות לפרוש ביום הראשון של הווסת הקודמת, ומותרות אחר כך לבעליהן, אלא שצריכות בדיקה בשעת ווסתן המקורית, ואפילו אם עבר זמן הווסת ולא בדקו, צריכות עוד

[221] שו״ת שבט הלוי ח״ח סי׳ קצט סק״א. **[222]** ראה לעיל הע׳ 44. **[223]** י. וח. קטן, תחומין, כג, תשס״ג, עמ׳ 256 ואילך. **[224]** שו״ת שבט הלוי חיו״ד ח״א סי׳ עג. וראה עוד בשו״ת שאלי ציון מהדו״ת חיו״ד ח״ב סי׳ לג. **[225]** שו״ת מהר״ם מרוטנברג ח״ד (פראג) סי׳ תרכה; ספר התרומה סוסי׳ קז; מרדכי שבועות פ״ב סי׳ תשל״ה; סמ״ג לאוין קיא; סמ״ק סוסי׳ רצג; טור יו״ד סי׳ קפז, בשם ספר התרומה; שו״ע יו״ד קפז ח, דעה א (ונראה שפסק להחמיר — ראה שו״ת שבות יעקב ח״א סי׳ סה. וראה עוד בשו״ת מהר״ש ענגיל ח״ז סי׳ פו; מי נידה להמהרש״ק יו״ד שם; שו״ת בית יצחק חאבהע״ז ח״א סי׳ ה). **[226]** ב״ח יו״ד שם; ש״ך שם סקכ״ח. וראה מה שכתבו בנידון בשו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ קעה; ערוה״ש יו״ד קפז סט. **[227]** תשובות מיימוניות איסורי ביאה סי׳ ג, וב״י יו״ד סי׳ קפז — בשם הריצב״א; שו״ע שם, דעה ב. וראה עוד בנידון בשו״ת מהרי״ל החדשות סי׳ ק; שו״ת תשב״ץ, ח״ד, חוט המשולש, סי׳ מט. וראה באריכות בשיטות הפוסקים בנידון בטהרת הבית, ח״א סי׳ ה, במשמרת הטהרה סקי״ב.

בדיקה לפני שישמשו עם בעליהן[228]; יש שכתבו, שנשים אלו צריכות לקבוע שלוש פעמים את המחזור החדש על פי הכדורים, וכל עוד לא הגיעו לחזקה זו, צריכות לחשוש לווסת המקורית[229], ואם כבר ניסו נשים אלו שלוש פעמים, והועילה הגלולה למנוע את הווסת, אינן צריכות עוד בדיקה[230]; יש מי שכתב, שאם היתה להן ווסת סדירה, צריכות להתחזק שלוש פעמים על ידי הכדורים; ואם לא היתה להן ווסת סדירה, די שהכדורים מנעו את הווסת הרגילה שלהן פעם אחת[231]; ויש מי שכתבו, שיש לסמוך על פעולת הגלולות שאין הן נידות, ואפילו בעונה הסמוכה לווסת, או לאחר עונת הווסת, אם בדקו ולא ראו דם, ואינן חייבות לחוש לעונת הווסת שהיתה להן קודם שהתחילו לקחת הגלולות, ולכן אינן צריכות לפרוש קודם הווסת, כיוון שאינן רואות בטבען; ואם היתה להן ווסת קבועה לפני כן, צריכות לחוש בפעם הראשונה לווסת זו, ורק אם נתברר אחר כך שהגלולות שינו את הווסת, אינן צריכות לחוש עוד, כי הגלולות של ימינו יש להן כבר חזקה ברורה שהן יעילות לשנות את הווסת[232].

גלולות למניעת הריון — אשה שנטלה כדורים למניעת הריון, והפסיקה ליטלן, ועקב כך יש חשש שתראה דם בימים הסמוכים להפסקת נטילת הגלולות — יש מי שכתב, שצריכה לפרוש ולבדוק עצמה שני ימים לאחר הפסקת נטילת הכדורים[233]; ויש מי שכתבו, שהיא אסורה לבעלה עד ארבעה ימים לאחר הפסקת נטילת הכדורים[234]. והיינו דווקא בפעם הראשונה אחרי הפסקת נטילת הכדורים צריכה לחוש לווסת שנקבע לה על ידי הכדורים, אבל מכאן ואילך לא צריכה לחוש לזה עוד[235].

אשה שיש לה ווסת קבועה, והחלה ליטול כדורים, ועל ידי זה לא בא ווסתה בימים הרגילים, כאשר מפסיקה ליטול הכדורים, חוזרת לווסתה[236].

זקנה — זקנה שראתה דם מחמת תשמיש, דינה שווה לכל אשה שרואה מחמת תשמיש, ואם ראתה כן שלוש פעמים, נאסרת על בעלה[237].

זקנה המסולקת דמים, שראתה דם על ידי לקיחת גלולות, הרי היא טמאה נידה[238].

כיפה למניעת הריון — אשה שהתירו

[228] שו״ת מנחת יצחק ח״א סי׳ קכז; שו״ת ציץ אליעזר חי״ג סי׳ קג. [229] ראה שו״ת רדב״ז החדשות חיו״ד סי׳ קלו; שו״ת דעת כהן סי׳ פג. [230] שו״ת ציץ אליעזר חי״ג סי׳ קג. [231] הגרי״ש אלישיב, הובאו דבריו בס׳ מראה כהן, עמ׳ קנב. [232] שו״ת חלק לוי חיו״ד סי׳ עד; שו״ת באר משה ח״ו סי׳ קלז; שו״ת קנין תורה חיו״ד סי׳ פז; הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו״ד סי׳ קצג סק״א; שו״ת שבט הלוי ח״ד סי׳ צט אות ט; שיעורי שבט הלוי סי׳ קפד ס״ב סק״ב, וסי׳ קפט סכ״ג סק״ה; הרב ש. לוי, תחומין, ג, תשמ״ב, עמ׳ 179 ואילך. [233] מראה כהן, עמ׳ קנב. [234] דרכי טהרה, עמ׳ פז; שו״ת באר משה ח״ו סי׳ קלז. [235] שו״ת באר משה שם. [236] דרכי טהרה, עמ׳ פז; מראה כהן, עמ׳ קנג; הרב ש. לוי, תחומין, ג, תשמ״ב, עמ׳ 179 ואילך. [237] שו״ת בנין ציון החדשות סי׳ יא. [238] שו״ת חלקת

לה שימוש בכיפה למניעת הריון[239], ושכחה להוציאו בזמן הפסק טהרה ובזמן שבעת הנקיים, הרי היא צריכה לחזור ולספור שבעה ימים נקיים לאחר הסרת הכיפה[240].

אשה המשתמשת בכיפה למניעת הריון, ולאחר התשמיש הסירה את הכיפה ומצאה דם, הרי היא טמאה, אלא אם כן יש לחוש שפצעה עצמה על ידי ציפורניה בעת שהכניסה או הוציאה את הכיפה, שאז היא טהורה אף אם נמצאו כמה טיפות דם[241].

התקן תוך-רחמי — שימוש בהתקן תוך-רחמי למניעת הריון[242], אינו גורם לעיכוב בספירת שבעה ימים נקיים[243].

בזמן הכנסת ההתקן צריך לתפוס את צוואר הרחם בצבת, דבר שיכול לגרום לדימום[244], וכמו כן שכיח שמספר ימים לאחר הכנסת ההתקן יש דימום מעצם הפעולה, ולפיכך צריכה לבדוק עצמה בימים אלו[245]. אמנם יש מי שכתב, שמדובר כאן בפתיחה קטנה מהחוץ פנימה, והדם הוא דם מכה, ולכן טהורה[246].

אשה שיש לה התקן תוך רחמי יש לה לעתים דימומים בין ווסתיים, ולעתים יש הארכה של שלב הדימום של הווסת, עד כדי הפרעה ממשית ביחסי אישות על פי ההלכה. לפיכך דנו רבנים וחוקרים בני דורנו בשאלה אם הדם שרואה אשה שיש לה התקן תוך רחמי הוא דם נידה או דם מכה. יש מי שכתב, שהדם הנמשך ללא הפסקה מהווסת, הרי הוא דם נידה; הדימום או הכתמים המופיעים לאחר מספר ימים של הפסקה מוחלטת של דם ווסת, הרי הם דם מכה; ודימום הבא מאוחר יותר, עלול להיות דם הפלה, ולפיכך האשה אסורה[247]; יש מי שכתב, שבכל מקרה שיש לאשה התקן תוך רחמי ורואה דם שלא בשעת ווסתה, והרופא אומר שההתקן גרם למכה שמדממת, הרי היא טהורה[248], ובפרט שלאור הידע הרפואי כיום, אין חשש הפלה בהתקן תוך רחמי[249], ולפיכך לא שייך לאוסרה מחשש להפלה[250]; יש מי שכתב, שאם הרופא רואה פצע בעזרת מראה, הרי הוא נאמן לומר שהדם הוא בגלל המכה שנגרמת על ידי ההתקן, אבל אם אומר כך רק על פי השערה — אינו נאמן. ואם יש התקן ורואה כתם, ואומר הרופא שהדבר בא

יעקב ח״ב סי׳ יח. וראה בע׳ זקן הע׳ 303 ואילך. **[239]** diaphragm. וראה בע׳ מניעת הריון הע׳ 314 ואילך. **[240]** שו״ת הר צבי חיו״ד סי׳ קנה. **[241]** הגר״מ פיינשטיין, הובאו דבריו בס׳ הלכות נידה ח״א להרב איידער, בתשובות שבסוף הספר, אות טז. וראה הע׳ הגרי״י נויבירט, כרך א, עמ׳ קיא. **[242]** intra-uterine device = IUD. וראה בע׳ מניעת הריון הע׳ 301 ואילך. **[243]** שו״ת מנחת יצחק ח״ו סי׳ פז; שו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פ״ו; שם חי״א סי׳ סג. **[244]** וראה לעיל, במשמעות הדימום. **[245]** נשמת אברהם חיו״ד סי׳ קצו סק״ב. **[246]** הרב י׳. פריס, תחומין, טו, עמ׳ 332 ואילך. **[247]** י׳. לוי, ספר אסיא, א, עמ׳ 125 ואילך; הנ״ל, אסיא, ח, תשל״ג, עמ׳ 19 ואילך; הנ״ל, נועם, טז, תשל״ג, עמ׳ קפ ואילך; הרב ח.ש. אבינר, ספר אסיא, ד, עמ׳ 177 ואילך. **[248]** טהרת הבית, ח״א סי׳ ה (עמ׳ רנג). **[249]** ראה בע׳ מניעת הריון הע׳ 88. וראה מאמרו של ד״ר א. לוי, חוב׳ אסיא, סג-סד, עמ׳ 145 ואילך. **[250]** ראה מאמרו של הרב מ. הלפרין, חוב׳ אסיא, סג-סד, תשנ״ט, עמ׳ 138

מההתקן — נאמן[251].

לאחר הוצאת ההתקן יש לחשוש לפתיחת הקבר, ולכן צריכה לספור חמישה ימים ועוד שבעה ימים נקיים[252].

4. חולה הוא או חולה היא — כשהאשה נידה

כללי — על פי ההלכה חלים על הבעל חיובי הרחקות שונות מאשתו בזמן שהיא נידה. חיבוק ונישוק ושאר קירבת בשר — יש אומרים, שהאיסור הוא מן התורה[253]; ויש אומרים שהאיסור הוא מדרבנן[254]. הרחקות שונות אחרות לכל הדעות הן מדרבנן[255]. ובכל מקרה חמור יותר האיסור על הבעל בכל הנוגע לנגיעה באשה נידה מאשר על אנשים אחרים, ולפיכך במקום רפואה יש שהתירו לאחרים נגיעות שונות באשה נידה, ולא התירו דברים כאלו לבעל. טעם הדבר הוא, משום שלבעל יש יותר חיבה והנאה מקירוב בשר לאשתו, בעוד שאחרים אין ליבם גס בה, וכשכוונתם לרפואה רחוק הוא שיבואו להנאה בקריבה[256]. אך מכל מקום אסור לאדם להחמיר יותר ממה שקבעו חז"ל בהרחקות, שדבר זה יכול לגרום לקטטות בבית, ולגנותה של האשה בעיני בעלה, שזה דבר אסור[257].

הפוסקים דנו בפירוט ביחס להרחקות השונות במקרים שהבעל או האשה חולים, וזקוקים לעזרה בעת שהאשה נידה. באופן כללי יש הגבלות רבות יותר, והאיסור חמור יותר, כאשר האשה חולה והבעל בריא, כיוון שכאשר הבעל בריא, יש חשש שיתגבר יצרו ויבוא לדבר עבירה אם יגע באשתו, מה שאין כן כאשר האשה בריאה והבעל חולה ותש כוחו, שאין יצרו מתגבר עליו כל כך, ואין לחוש שיבוא לדבר עבירה, שאין דרך האשה להרגילו לדבר עבירה.

הטיפול בבעל חולה על ידי אשתו נידה

סוגי המחלות — אם הבעל חולה במחלה שיש בה סכנה, ואין לו מי שישמשנו זולת אשתו הנידה,פשוט שמותרת לשמשו כצורכו, ואפילו בהרחצת פניו וידיו, ובהצעת המיטה לפניו[258]; אם הוא חולה במחלה שאין בה סכנה, התירו לאשתו הנידה לשמשו כדי צורכו, כגון להקימו ולהשכיבו, להאכילו ולהשקותו וכיו"ב, רק שתיזהר ביותר מהרחצת פניו ידיו ורגליו, והצעת המיטה בפניו, שהם

ואילך. **[251]** שו"ת תשובות והנהגות ח"א סי' תצז. וראה גם בשו"ת עולת יצחק ח"א סי' קעד. וראה עוד באריכות בנידון במאמרו של הרב י. פריס, תחומין, טו, תשנ"ה, עמ' 332 ואילך; שו"ת באהלה של תורה ח"א סי' כד. **[252]** הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם שם. ויש להעיר לשיטת הסוברים שאין דין פתיחת הקבר בפחות מ-19 מ"מ (ראה לעיל הע' 167 ואילך), לא צריך לטמא את האשה בהכנסת ההתקן ובהוצאתו, וי"ל. **[253]** רמב"ם איסורי ביאה כא

א. **[254]** רמב"ן, השגות על ספר המצוות, מ' שנג. וראה בשו"ת הרשב"א המיוחסות לרמב"ן סי' קכז, שהסתפק בנידון. **[255]** ראה טושו"ע יו"ד סי' קצה. וראה סיכום ההרחקות וגדריהן בספר דרכי טהרה, פ"ה; טהרת הבית ח"ב סי' יב. וראה עוד בשו"ת שבט הלוי ח"ד סי' צז. **[256]** ראה שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' נד אות ב. **[257]** ראה טושו"ע יו"ד קצה ט, ובביאור הגר"א שם; ערוה"ש שם כא-כב; דרכי טהרה, פ"ה. **[258]** שו"ת בשמים ראש סי' קיח;

דברים של חיבה[259], אבל אם אי אפשר בעניין אחר, מותר גם רחיצת פניו וידיו והצעת המיטה[260]; ואם יש לו רק מיחושים, סורה אשתו הנידה לשמשו גם בדברים שאינם של חיבה[261].

אם הבעל חולה במחלת עינים, וצריכה אשתו הנידה לטפטף לו טיפות, אם אי אפשר על ידי אחר, וגם אי אפשר על ידי הפסק בגד, מותרת לטפל בו ולפתוח את עיניו[262].

דינים אלו נכונים גם בחולה משותק, אף שהוא במצב קבוע ויציב, אבל זקוק למישהו שישמשנו, צריך לשכור איש אחר שישמשנו, ורק אם אי אפשר לו לשכור אחר, מותר לאשתו לשמשו, ואם יש צורך גדול מותר לה לא רק להשכיבו ולהקימו, אלא גם לרחוץ פנים, אבל תעשה זאת על ידי הפסקת כפפות, וכן מותר לה להאכילו עם כפפות[263].

דרכי העזרה — כאשר אשתו נידה צריכה לשמשו, עדיף שתעשה זאת בהפסק בגד[264], כגון לבישת כפפות[265]; ויש מי שכתב, שלא די בכפפות אלא צריך בגד מיוחד להפסק[266]. אבל אם אי אפשר אלא בדרך של נגיעה בבשרו — מותר[267]. ויש מי שכתב, שכל מה שאפשר לעשות בדרך שינוי צריך להשתדל לעשות כן[268].

מותר לאשה נידה להכין אמבטיה לבעלה החולה[269]. ומותר לאשה נידה להציע כרים וכסתות לבעלה החולה[270].

כאשר יש צורך להעלות או להוריד מיטה אשר שוכב עליה איש חולה, מותר לאשתו נידה לעשות פעולות אלו, בין אם הן נעשות על ידי מתג חשמלי, ובין אם הן נעשות באופן ידני, ועדיף ללבוש כפפות בעת הפעולה לצורך היכר[271].

וכל זה דווקא אם אין כלל מי שיכול לשמשו, אבל אם יש מי שישמשנו, אפילו על ידי הדחק, אשתו הנידה אסורה לשמשו[272], אבל אינה חייבת לשכור לו מי שישמשנו[273].

אשה-רופאה — בעל חולה שאשתו רופאה, והיא נידה, אם אין שם רופא אחר,

שיעורי שבט הלוי שם; טהרת הבית ח״ב סי׳ יב במשמרת הטהרה סקמ״ה. **[259]** שו״ת הרא״ש כלל כט סי׳ ג; טושו״ע יו״ד קצה טו; לחם ושמלה שם סקכ״ח; שו״ת בשמים ראש סי׳ קיח; חכמת אדם קטז יא; שו״ת רב פעלים ח״ג חיו״ד סי׳ יב; שיעורי שבט הלוי סי׳ קצה סט״ו סק״א. **[260]** ב״י שם; מקור חיים שם סקנ״ז; צמח צדק בפס״ד סי׳ קצה סט״ו; ערוה״ש יו״ד קצה כד; שו״ת קובץ תשובות סי׳ פז. וראה דרכ״ת שם סקנ״א. **[261]** מקור חיים שם סקנ״ח; דרכ״ת שם סקמ״ט. **[262]** טהרת הבית ח״ב סי׳ יב, במשמרת הטהרה סקמ״ה. **[263]** שו״ת קובץ תשובות סי׳ פז. **[264]** שו״ת רב פעלים ח״ג חיו״ד סי׳ יב. וראה לחם ושמלה סי׳ קצה סקכ״ח. **[265]** שיעורי שבט הלוי שם סק״ב. **[266]** שו״ת בית שערים חיו״ד סי׳ רעד. **[267]** טהרת הבית ח״ב סי׳ יב סמ״ה. **[268]** דרכ״ת שם סקמ״ט. **[269]** שיעורי שבט הלוי סי׳ קצה סי״ב סק״א. **[270]** גופי הלכות, הלכות נידה, סי׳ קצה סקע״ט. **[271]** שיעורי שבט הלוי סי׳ קצה סט״ז סק״ד; שו״ת באר משה ח״ד סי׳ עד; טהרת הבית ח״ב סי׳ יב, במשמרת הטהרה סוסקמ״ו. **[272]** ב״י יו״ד סי׳ קצה; שו״ת הרדב״ז ח״ד סי׳ ב. **[273]** שו״ת הרדב״ז שם; לחם ושמלה סי׳ קצה סק״ל; טהרת הבית ח״ב סי׳ יב, במשמרת הטהרה סקמ״ה. וראה שם,

מותר לה למשש לו את הדופק[274], וכן מותר לה לתת לו זריקה, או לקחת ממנו דם לבדיקות, אלא שיש להקפיד לעשות זאת בהפסק בגד[275].

הנחת תפילין — בעל חולה שאינו יכול להניח תפילין, מותר לאשתו נידה להניח לו, בתנאי שאין לו דרך אחרת להניח תפילין, ובתנאי שהאשה לובשת כפפות[276], ובתנאי שהוא חולה ממש וחלש בכל גופו, או שהוא משותק[277].

עזרה לזולת — מותר לבעל ולאשתו נידה לעזור לחולה משותק, להעמידו ולהושיבו ולהוליכו, כאשר כל אחד מהם משני צידי החולה[278].

טיפול על ידי הבעל באשתו חולה בעת נידתה

סוגי מחלות וסוגי עזרה — אשה חולה והיא נידה — יש אומרים, שאסור לבעלה ליגע בה כדי לשמשה, כגון להקימה ולהשכיבה ולסומכה[279]. יש אומרים, שהאיסור הוא גם כשהיא חולה במחלה שיש בה סכנה[280]. טעמם: הדבר נחשב כגילוי עריות, שאסור אפילו בפיקוח נפש; יש אומרים, שבמקום סכנה לכל הדעות מותר לשמשה, כיוון שאין זה דרך חיבה ותאווה, אלא לצורך רפואה[281], ומכל מקום עדיף שיעשה על ידי הפסק עם כפפות, אבל אם האשה חולה במחלה שאין בה סכנה, אסור לבעל לשמשה, ואפילו על ידי הפסק עם כפפות[282]. ולשיטה זו — אשה נידה החולה במחלה שיש בה סכנה, שצריכה לסוך את גופה במשחה, מותר לבעלה לעשות זאת, ואפילו אם צריך לסוך במקומות המכוסים, אם אי אפשר על ידי אחרים[283]; ויש אומרים, שאם אין לה מי שישמשנה, מותר בכל אלו, וכן נוהגים אם צריכה הרבה לכך[284]. טעמם: איסור נידה הוא טומאה ולא עריות; אין איסור בקירוב שלא לתאווה במקום חולי. ולפיכך אותם הנזהרים שלא ליגע בנשותיהן נידות כשהן חולות, זהו חסידות של שטות[285], והיינו

שבשו"ת רב פעלים ח"ג חיו"ד סי' יב נפלה טעות בהעתקת הרדב"ז, עיי"ש. **[274]** בדי השולחן, ביאורים סוסי' קצה; טהרת הבית ח"ב סי' יב, במשמרת הטהרה סקמ"ה. **[275]** טהרת הבית שם. **[276]** סוגה בשושנים פל"ו סכ"ה; שו"ת באר משה ח"ד סי' ו; טהרת הבית ח"ב סי' יב, במשמרת הטהרה סקמ"ה. וראה עוד בע' חולה הע' 152 ואילך. **[277]** הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו"ד סי' קצה סק"א. **[278]** שו"ת מנחת יצחק ח"ז סי' סט. **[279]** שו"ת תרומת הדשן, פסקים סי' רנב; שו"ע יו"ד קצה טז. **[280]** ב"י שם; ביאור הגר"א שם סק"כ; ב"ש אבהע"ז סי' כ סק"א; תורת השלמים, יו"ד סי' קצה סקט"ו. **[281]** ש"ך יו"ד סי' קצה סק"כ; שו"ת פני יהושע ח"ב סי' מד; שו"ת זרע אמת חיו"ד ח"ג סי' קטז; שו"ת חבלים בנעימים ח"ג חיו"ד סי' נה; ערוה"ש יו"ד קצה כו; טהרת הבית ח"ב סי' יב סמ"ו. וראה בשו"ת תורה לשמה סוסי' תצד; שו"ת ציץ אליעזר חי"ז סי' לב אות ג. **[282]** שו"ת מנחת יצחק ח"ה סי' כז. **[283]** שו"ת משיב הלכה ח"א סי' נ; טהרת הבית ח"ב סי' יב, במשמרת הטהרה סקמ"ו. **[284]** רמ"א שם, בשם הגה' ש"ד, ומרדכי שבת פ"ק בשם הר"מ; ש"ך שם סק"כ. וראה בשיעורי שבט הלוי שם סק"ו, שהכוונה שיש צורך גדול בטיפול בה, ולא שצריכה הרבה פעמים לעזרה. וראה בנידון בשו"ת בית שערים חיו"ד סי' רעד. וראה בשו"ת רבבות אפרים ח"ז סי' רכה, שהביא בשם הגר"מ אליהו, שאם אין אפשרות אחרת יכול הבעל לסייע לאשתו החולה ללא נגיעת בשר, אלא על ידי כפפה או תפיסה במקום עם בגד. **[285]** שלטי גבורים סביב המרדכי, שבת

אפילו אם אשתו הנידה חולה במחלה שאין בה סכנה[286]. ומכל מקום צריך לשכור מי שישמשנה אפילו בהוצאת ממון, ורק אם אין מוצאים, מותר לבעלה לשמשנה[287], והכוונה איננה שיוציא כל ממונו, אלא כשאפשר לו שישכור אחות לשמשנה[288]. וכל זה דווקא כשצריך לנגוע בה ממש, אבל כשצריך רק להושיט לה מאכל וכד׳, מותר לבעל לעשות זאת בעצמו, ולא צריך לשכור מי שישמשנה בכך[289].

מותר לבעל לטפטף טיפות לעיני אשתו נידה כשהיא חולה, אם היא עצמה פותחת את עיניה, ואין הבעל נוגע בה[290], ואם צריך הבעל לפתוח את עיניה כדי להכניס בהן טיפות, יעשה זאת על ידי הפסק בגד[291].

דברים המותרים — לכל הדעות מצווה וחובה על הבעל לעזור לאשתו נידה החולה בכל מה שצריכה אם הדבר איננו כרוך בנגיעה, כגון הבאת משקה ואוכל וכיו״ב[292]; וכן מותר לשמשה בנגיעה על ידי דבר אחר, כגון להנעילה[293], ואשה משותקת שצריכה עזרה בדברים שצריכים שימוש בשתי הידיים, כגון לנעול נעלים ולכפתר בגדים, מותר לבעלה לעזור לה בעת נידתה, כיוון שאין הבעל נוגע בה אלא על ידי דבר אחר[294]; וכן מותר לבעל ליצוק מים על ידי אשתו נידה החולה לנטילת ידיים לפני הסעודה[295]; וכן מותר לבעל להכין מים לאשתו הנידה החולה לצורך רחיצת פניה, ידיה ורגליה[296]; וכן מותר לבעל להרטיב פיה, וכן מותר לו להחזיק בידיו את מכשיר החמצן, אם אין אחות שתעשה זאת, וכן מותר לו לסדר את הכר והכסת שיהיה נוח לה לשכב עליהם[297].

נידה חולה ששוכבת בבית חולים במיטה שאפשר להגביהה על ידי הפעלה חשמלית, או באופן ידני, מותר לבעל להגביה את המיטה, ועדיף ללבוש כפפות בעת הפעולה לצורך היכר[298].

בעל-רופא — יש אומרים, שאסור לבעל רופא למשש את הדופק של אשתו החולה כשהיא נידה[299], ולשיטה זו יש מי שכתבו, שהאיסור הוא אפילו במצב של

פ״א סי׳ רלו אות ה; דרכי משה יו״ד סי׳ קצה סק״ו. **[286]** טהרת הבית ח״ב סי׳ יב סקמ״ו. וראה בצמח צדק פס״ד סי׳ קצה סי״ז, ובשו״ת בית שערים חיו״ד סי׳ רעד, בהבדל שבין עזרה להקימה וכו׳, שמותר גם בחולה שאין בה סכנה, לעומת מישוש הדופק שלא התירו אלא במקום סכנה. וראה להלן הע׳ 299 ואילך. **[287]** שו״ת רדב״ז ח״ד סי׳ ב (סי׳ אלף עו); רוח חיים יו״ד סי׳ קצה סק״ז. **[288]** שיעורי שבט הלוי סי׳ קצה סט״ז סק״ג. **[289]** הגרי״ש אלישיב, הובאו דבריו בתורת היולדת, פל״א הע׳ ה. **[290]** שו״ת באר משה ח״א סי׳ נ אות ו; ההלכה במשפחה פ״ב סי״ב; טהרת הבית ח״ב סי׳ יב, במשמרת הטהרה סקמ״ו. **[291]** שו״ת בית שערים חיו״ד ח״ב סי׳ רעד. **[292]** טהרת הבית ח״ב סי׳ יב, במשמרת הטהרה סקמ״ר; דרכי טהרה פ״ה סי״ב. **[293]** טהרת הבית, שם. **[294]** שו״ת קנה בושם חיו״ד סי׳ צב. **[295]** רוח חיים או״ח סי׳ קנט סק״א; כף החיים סי׳ כב אות טו. **[296]** בדי השולחן (נידה) סי׳ קצה סקקפ״ט. **[297]** תורת היולדת, פל״א הע׳ ה. **[298]** שיעורי שבט הלוי סי׳ קצה סט״ז סק״ד; שו״ת באר משה ח״ד סי׳ עד; טהרת הבית ח״ב סי׳ יב, במשמרת הטהרה סוסקמ״ו. **[299]** שו״ת תרומת הדשן ח״א סי׳ רנב; המחבר שו״ע יו״ד קצה יז.

פיקוח נפש[300]; יש מי שכתבו, שבמקום סכנה מותר לו למשש את הדופק, אם אין שם רופא אחר[301], שכן אינו עושה זאת דרך תאווה[302], אבל שלא במקום סכנה — אסור[303], וגם במקום סכנה, עדיף שיעשה על ידי בגד מפסיק[304]. ומכל מקום, אם יש חשש שעל ידי שלא ישמשנה תגיע למצב של סכנה — מותר[305]; 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 הבעל[306].

אשה נידה שזקוקה לקבל זריקות או שצריך לקחת ממנה דם, מותר לבעלה הרופא לעשות זאת, אם אין שם רופא בקי כמוהו[307]. וכן מותר לבעל למדוד את לחץ דמה של אשתו הנידה על ידי הפסק[308].

עירוי דם — נידה חולה שזקוקה לעירוי דם מבעלה דווקא, מותר לרופא לעשות פעולה זו[309].

בבית חולים — האיסור לשמש את אשתו נידה כשהיא חולה הוא גם כאשר האשה נמצאת בבית חולים, אף על פי שאין שם גדר ייחוד[310].

בדיקות — נידה חולה יכולה לעשות את בדיקות הפסק טהרה והשבעה נקיים בשכיבה[311].

הזרעה מלאכותית בזמן נידתה — ראה ערך הזרעה מלאכותית.

עקרות דתית בגלל ימי נידה וזבה — ראה ערך פוריות ועקרות.

נוֹטֶה לָמוּת (א)

א. הגדרת המושג

הבעיות המוסריות, ההלכתיות והמשפטיות הקשורות לחולה הנוטה למות

[300] ראה שו״ת תורה לשמה סי׳ תצד. **[301]** שו״ת הרשב״א המיוחסות לרמב״ן סי׳ קכז; רמ״א שם. **[302]** ש״ך שם סק״כ; 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׳ כז; 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 סקס״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 ס״ו; ביאור הגר״א יו״ד סי׳ קצה סקכ״א; סדרי טהרה שם סקכ״ד; חוו״ד שם סקי״ג; שו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ קכב; שו״ת זרע אמת ח״ג חיו״ד סי׳ קטז; ערוה״ש יו״ד קצה כו-כז; חכמת אדם קטז יא-יב; קיצושו״ע קנג יד; שו״ת חלקת יעקב ח״ב סי׳ יח; שו״ת אגרות משה האבהע״ז ח״ב סי׳ יד; בדי השולחן (נידה) סי׳ קצה סקס״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״ו חיו״ד סי׳ טו אות ג. **[307]** דרכ״ת יו״ד סי׳ קצה סקנ״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״ו, וכן משמע משו״ת הר צבי חיו״ד סי׳ קנד, ושו״ת מנחת יצחק ח״ה סי׳ כז. **[311]** שו״ת ציץ אליעזר חי״ד סי׳ עא. וראה בשו״ת נובי״ק חיו״ד סי׳ מו; שו״ת בית אפרים חיו״ד סי׳ נא; חוו״ד יו״ד סי׳ קצו בביאורים סק״ד; פתחא זוטא הל׳ נידה מהדו״ת

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 האוכלוסיה בכללותה, אין אלא התייחסות מועטה לבעיותיות 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:

אנוש[2], מושג המתאר את המצב הרפואי החמור, ללא משמעות הלכתית; גוסס[3], מושג הלכתי המגדיר את מצבו של החולה הנוטה למות בשלבים האחרונים של חייו; חיי שעה[4], מושג הלכתי המגדיר את מצבו של חולה בתקופה האחרונה של חייו; טריפה[5], מושג המגדיר מחלה קטלנית; יציאת נשמה[6], מושג המגדיר את רגעי החיים האחרונים; נוטה למות[7], מושג המגדיר את השבועות או החודשים האחרונים; שכיב מרע[8], מושג המגדיר מצב של מחלה סופנית, ותחושה סובייקטיבית של ההולך למות; תמותה[9], הוא מושג מקביל לגוסס[10].

בעברית המודרנית קיימים מושגים שונים המבטאים את מצבו של האדם בתקופת חייו האחרונה: חולה סופני[11], חולה בסוף ימיו, חולה בקץ ימיו, או חולה בערוב ימיו. המושג המומלץ הוא חולה הנוטה למות[12].

יחד עם חולה הנוטה למות נידונים בערך זה גם חולים מחוסרי הכרה; חולים במצב של "צמח"[13]; ויילודים פגומים ביותר[14].

מושגים הלכתיים — המושגים ההלכתיים השונים קשים ליישום מעשי

סי' קפז סק"ב; גולות עליות, מקוואות פ"ח מ"ה. **[1]** Rabow MW, et al, *JAMA* 283:771, 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 טז א ד"ה אקצירי. 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, ולאו 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

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 והפוסקים[15]. להלן מספר דוגמאות:

ביחס להבחנה בין גוסס לטריפה[16] — 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 מחלה[17], אבל גוסס בידי אדם, אם לא אירע לו אחד מסימני הטריפה שמנו חז"ל, הרי הוא חולה שנחלש מאותם המכות שהכוהו בני אדם, ואפשר שיחיה, כי מיעוט גוססים נשארים בחיים[18]. הבחנה זו קשה להבנה, שכן מה ההבדל בין גוסס בידי שמים לגוסס בידי אדם. ועוד קשה, שבימינו לא קיימים עוד ההבדלים הללו בתוחלת החיים; ויש מי שכתב, שיש חילוק גדול בין גוסס לטריפה, כי הטריפה הוא שיש לו חיסרון באיברים הפנימיים, אבל כל זמן שהוא חי הרי הוא ככל האדם, ומותר לגעת בו ולטפל בו ולהזיזו, וחייבים לרפאותו בכל דרך אפשרית, ולסלק ממנו היסורים, ולהאריך ימיו כמה שאפשר, אבל הגוסס הוא אדם שאין בו חיסרון באיבריו, וראוי מצד זה לחיות בלא קיצבה, אלא מצד שנגזרה מיתה על האדם הוא מוכרח למות, ולכן אסור להורגו, או לעשות כל פעולה שתקרב את מותו, ומכיוון שהוא חלש מאד צריכים להיזהר מליגע בו כשאין עוד שום רפואה עבורו[19]. אכן חילוק זה לא יענה כראוי על ההבדל בין גוסס בידי אדם לטריפה[20].

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 שנותר בחיים[21]. מאידך, יש שהגדירו חיי שעה עד י"ב חודש כמו טריפה[22]. ולפיכך קשה לדעת מה ההבדלים בין חיי שעה של מספר רגעים ושעות לבין גוסס; ומאידך מה ההבדל בין חיי שעה שיחיה מספר שבועות וחודשים

ע' ילוד הע' 220 ואילך והע' 540 ואילך. **[15]** ראה א. שטינברג, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 424 ואילך. **[16]** ראה סנהדרין עח א. **[17]** וראה בפרמ"ג יו"ד סוסי' נז, שלשיטת הי"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 חחו"מ ח"ב סי' עג אות ד. **[20]** סנהדרין עח א. ועוד קשה מדברי התוס' קידושין עח ב ד"ה לא צריכא, שכתבו שמי ששחטו שני סימניו או רובם, אין לך גוסס גדול מזה שבוודאי ימות, וזהו 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. הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך, שהגדירו הבדלים בין גוסס בידי אדם, גוסס בידי שמים, וטריפה, עיי"ש. **[21]** ביאוה"ל סי' שכט ס"ד ד"ה אלא. **[22]** ראה ע' נוטה למות (ב), הע'

לבין טריפה.

ממקורות אחדים משמע שיציאת הנפש היא גדר גוסס[23], 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 מה[24]; ובעניין גוסס כתבו פוסקי דורנו, שאין אנו בקיאים כיום בהגדרת המצב הזה באופן מעשי[25].

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.

ב. רקע היסטורי

בעולם העתיק — מאז ומעולם היו הגישה והיחס לחולה הנוטה למות אחת הבעיות המוסריות הבולטות ביותר בתחום הרפואה. כבר בשבועת היפוקרטס[26] נאמר: "לא אתן סם מוות לשום אדם, גם אם יבקש זאת ממני; ואף לא אציע לו זאת"[27]. באופן דומה השביע אסף הרופא[28]: "אל תצודו להמית כל נפש במשתה עקר". ואמטוס לוזיטנוס[29] 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 שונות[30].

הבעיותיות 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

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 חחו"מ ח"ב סי' עג אות ג. וראה ע' נוטה למות (ב), הע' 15 ואילך. **[26]** ראה ע' רופא, נספח 2(ד).

[27] על משמעות פיסקה 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; חרקירי יפני וכיו"ב. וראה עוד — Gruman GJ,

להאריך חיים הרבה מעבר למה שהיה אפשרי בעבר; ומאידך גיסא, לא תמיד מביאה הארכת החיים לשיפור באיכות החיים, ולפעמים מדובר בהארכת חיי סבל ויסורים[31].

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 1960[32].

יש לציין, כי עקרונות הטיפול של החייאה נשימתית מתוארים כבר במקרא ובחז"ל:

מעשה אליהו ובן הצרפתית[33], שאליהו נשכב על הילד, ושם פיו אל פיו, והנשים אותו[34]. 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 רוחו[35]. והנה לפי הדעה שהנער לא מת ממש, בוודאי מדובר בהחייאה רפואית, ובעקרונות ההנשמה מפה לפה. אך גם לדעה שהיה זה נס — יש מי שכתב, שרוב פעמים הניסים נעשים על ידי מעט תחבולה מדרך העולם[36], ומכאן שיש במעשה זה רמז להחייאה על ידי הנשמה מלאכותית.

מעשה אלישע ובן השונמית[37], 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 העולם[38].

כשהמרגלים נכנסו לארץ והגיעו לחברון, נפלו על פניהם ארצה, התחילו אנשי כנען מנפחים בפיהם ומנשבים בפיהם כדי להחיותם[39].

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 לילד[40].

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. **[32]** Kouwenhoven WB, et al, *JAMA* 173:1064, 1960. **[33]** מל"א יז יז-כד. **[34]** רד"ק ורלב"ג מל"א יז כא. **[35]** ראה במחלוקת זו — רד"ק מל"א יז יז; תוס' ב"מ קיד ב ד"ה אמר; שיטמ"ק ב"מ שם, בשם תלמיד הר"ף; מו"נ ח"א פמ"ב, ובאברבנאל ויתר מפרשי המורה שם; שו"ת הרדב"ז ח"ו, סי' ב' אלפים רג; דברי שאול לבעל השו"מ, ב"מ קיד ב, ונידה ע ב; שו"ת חיים שאל ח"ב סי' מג סק"ב, ובספרו חומת אנך על מל"א סופי"ז; העמק שאלה, שאילתא קסז סקי"ז. **[36]** רד"ק מל"א יז כא. **[37]** מל"ב ד יח-לז. **[38]** רד"ק מל"ב ד לד. **[39]** תדב"א רבה פכ"ט; ילקוט שמעוני, פר' שלח, רמז תשמב, ולפי פירוש זית רענן שם. **[40]** בעל הטורים, שמות א טו. וראה שבת קכג א, אסובי ינוקא, שכתב הערוך, ע' אסויב, והר"ח, הובאו דבריו ברא"ש וברי"ן על הרי"ף שם, שהכוונה כשנופלת עורלת הגרון של התינוק, החיה משימה את אצבעה בפיו ומסלקת את

ג. רקע רפואי-חברתי

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

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, והחברה[41].

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 המוות[42].

הוספיס — במחצית השניה של המאה ה-20 התפתחו מוסדות הוספיס[43], 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, באופן רשמי ומוצהר, לא מבצעים החייאה, ויש שגם לא נותנים טיפולים ישירים למחלה הסופנית.

ההוספיס המודרני הראשון[44] 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 בשיקגו[45]. 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.

במשך השנים התפתחה גם שיטה של הוספיס-בית, כאשר הטיפול המסייע, התומך והמיקל ניתן לחולים הנוטים למות בבתיהם, ולאו דווקא במוסדות אשפוז[46].

ההוספיסים והרפואה הפליאטיבית התפתחו, כאמור לעיל, בראשיתם באנגליה, וזו גם המדינה המובילה בתחום זה[47]. בשלהי המאה ה-20 היו ברחבי העולם כ-6560 הוספיסים או שירותים לטיפול פליאטיבי בכ-85 מדינות[48].

העורלה למקומה, ופעמים שמקיא התינוק. ויש לומר שגם זו צורה של החייאת יילוד. וראה עוד על ידיעת ההחייאה 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׳ 4-3. **[44]** St. Christopher. **[45]** הספר שלה *On Death and Dying*, New York, 1969 היווה פריצת דרך 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 — Bonneh 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.

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 וסבל[49], 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 הולנד[50], 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 קשה[51]. ועוד יש שהוכיחו, שבקשות מצד חולים לקצר את חייהם בפועל נובעות מטיפול תומך בלתי נאות, מחוסר אהבה וחיבה, מבדידות, מדכאון, או מבעיות חברתיות ותרבותיות[52]. 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

[49] וראה על חשיבות הטיפול הפליאיטיבי 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, 112:79, 1987. **[54]** מושג זה הוטבע לראשונה בשנת 1975 על ידי בלפור מאונט במונטריאול, קנדה,

בהוספיס, אשר מקבלים טיפול תומך נכון וטוב[53].

רפואה פליאטיבית — במקביל התפתח ענף רפואי מוגדר בשם רפואה פליאטיבית[54], 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 הנותרים. 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 מחלות[55].

משככי כאבים — טיפול נכון במשככי כאבים נחשב כיעיל, וסיכוניו 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 ביותר[56]. ובעיקר יש להדגיש, כי החשש שמשככי הכאבים (כולל תרופות מקבוצת

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

האופיאטים) יגרמו לקירוב מותו של החולה הוא חשש מוגזם, שכן אם משתמשים בהם בצורה נכונה רק אחוזים בודדים מהמטופלים בתרופות אלו מפתחים את הסיבוך של דיכוי נשימתי[57]. 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 המוות[58].

ההצלחה הרבה ביותר בשיפור מצבו של החולה הנוטה למות מתייחסת להקלה על כאבים פיסיים. 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 הכאב[59]. ואמנם בסקר מקיף שנערך בארה״ב בשלהי המאה ה-20 נמצא כי הטיפול הרפואי-סיעודי התומך והמיקל בסוף החיים לקוי מאד[60].

יחד עם זאת, לא כל תסמיני הכאב והסבל ניתנים למניעה או לשיפור, וחולים נוטים למות רבים סובלים מירידה במשקל, חולשה כללית, הפרעות בתיאבון ובפעולות המעיים, 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].

החייאה[62] — מדובר בסדרת פעולות רפואיות הבאה להחזיר לתיפקוד את המערכות החיוניות לחיים: פעולת הלב, נפח הדם, פעולת הנשימה, וחימצון תקין של הרקמות, ובעיקר המוח[63].

Twycross RG, *BMJ* 4:212, 1975; Miller **[57]** RR and Jick H, *J Clin Pharmacol* 18:180, 1978. **[58]** Wilson WC, et al, *JAMA* 267:949, 1992; Stone P, et al, *Palliative Med* 11:140, 1997; Thorns A and Sykes N, *Lancet* 356:398, 2000. **[59]** 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. Breibert, et al, *JAMA* 284:2907, 2000 **[61]** 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.

[62] cardio –- pulmonary resuscitation = 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 Wardrope J and Morris F, *BMJ* 306:1555, 1993. סיכום מקיף ועדכני על השיטה, התוצאות וההנחיות פורסם במאמר — Eisenberg MS and Mengert TJ, *N Engl J*

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 אחרת[64].

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, כשההחייאה נעשית בידי צוות מיומן, כאשר האירוע הוא קצב לב מהיר (טכיקרדיה) או פרפור חדרי, כאשר אין מחלות כרוניות נילוות, 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 ממיעוט מתן

שתן, מחלה ממארת עם גרורות מפושטות, אלח-דם, דלקת ריאות, ושבץ מוחי חריף[66]. כמו כן קלושים סיכויי ההצלחה בחולים עם מחלות כרוניות קשות[67]. 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 החריף[68]. 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, וממאירות[69]. ואמנם עדיין קיימת אי וודאות ביחס לסיכויי ההצלחה של החייאה במצבים רפואיים שונים שאינם כלולים בהגדרות דלעיל, למרות ניסיונות לקביעת סיכויים אלו[70].

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

[64] ראה להלן ברקע האתי. **[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-Langendeon K, *Arch Intern Med* 151:235, 1991. **[67]** Landry FJ, et al, *Arch Intern Med* 344:1304, 2001. **[68]** Morrison RS 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* 153:1370, 1993. **[70]** ראה — Peterson MW, et al, *Chest* 100:168, 1991; Marks RJ, et al, *Intensive Care Med* 17:159, 1991.

מוחי קשה, כגון ׳צמח׳, או פיגור שכלי ומוטורי חמור[71]. 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 סופנית[72]. 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 תקין[73], ולכן יש המתנגדים לקבוע כללים קבועים ומחייבים ביחס לנוהלי החייאה[74].

מידת ההצלחה של החייאה המבוצעת מחוץ לכותלי בית החולים, היינו החייאה על ידי צוות רפואי המגיע למקום האירוע של החולה בדום-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 מיידי על ידי עדי-ראיה לדום הלב על רקע של הפרעות קצב היתה מידת ההצלחה בשיעור של 5.3%. שיעור זה היה גדול בהרבה בערים קטנות[75]. 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 משמעותי[76].

גיל מתקדם כשלעצמו איננו גורם פרוגנוסטי שלילי, לא מבחינת עצם ההיוותרות בחיים, ולא מבחינת התיפקוד לאחר ההחייאה; סיכויי הצלחת ההחייאה תלויים במצב התיפקודי, הגופני והנפשי של החולה, ולא בעצם הגיל[77].

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 מלאה[78]. לעומת זאת החייאה ממושכת מותירה נזק מוחי בינוני עד קשה

[71] ראה Gray WA, *Lancet* 341:866, 1993. **[72]** Eliastom M, *Topics Emerg Med* 1:109, 1979. **[73]** Sandoe E, et al, *Isr J Med Sci* 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* 153:1370, 1993. **[74]** Chipman C, et al, *Ann Emerg Med* 10:11, 1981; McIntyre KM, *Acrh Intern Med* 153:1293, 1993. **[75]** Lombardi G, et al, *JAMA* 271:678, 1994. **[76]** Cobbe SM, et al, *BMJ* 312:1633, 1996. **[77]** Farber NJ, et al, *Arch 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 Inter Med* 90:737, 1979; Chipman C,

בכמחצית מהחולים, וחלק מהם גם סובל מדכאון משמעותי[79].

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 תירדמת[80].

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 מוצלחת[81].

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, 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 בה[83].

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, ועוד[84]. 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: עירויי נוזלים; מזון נוזלי דרך הווריד[85]; החדרת צנתר דרך הפה לתוך הקיבה[86]; פיום הקיבה[87], ועוד. דרכים אלו מקילות בהרבה את אספקת הדרישות הקלוריות והדרישות לנוזלים

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

[83] Gazelle G, *N Engl J Med* 338:467, 1998. ראה 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.

בחולים אלו, אך לא תמיד מונעות סיבוכים רפואיים שונים.

הפסקת מזון ונוזלים מביא למות החולים הנוטים למות בתוך כשבועיים[88].

"צמח"[89] — מצב זה תואר לראשונה כתיסמונת מוגדרת בשנת 1972[90], הוא הוגדר עם השנים על ידי קריטריונים רפואיים שונים[91], אך הוא נותר כמצב רפואי עם בעיות אבחנתיות קשות[92].

באופן פרטני מוגדר מצב זה כחוסר הכרה קבוע עם עיניים פתוחות, תקופות של עירנות, ומחזורי שינה/עירנות פיסיולוגיים, 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

הגוף, והחזרים 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 מגוונות[93].

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 החולה[94]. 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 צמח[95].

משך הזמן המומלץ לאישור האבחנה לאחר חבלת ראש במבוגרים הוא ששה חדשים עד שנה, בעוד שלאחר נזק מוחי בגין חוסר חמצן, משך הזמן המקובל הוא שלושה חדשים עד ששה חודשים[96]. יש הממליצים להמתין 12 חודשים לפני

[88] Ganzini L, et al, *N Engl J Med* 349:359, 2003. **[89]** chronic persistent vegetative state = PVS. **[90]** Jennett B and Plum F, *Lancet* 1:734, 1972. **[91]** ראה גם — הגדרות ופרטים רפואיים AAN Ethics and 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 Neurosur Sci* 73:355, 2002. **[92]** Andrews K, et al, *BMJ* 313:13, 1996; Cranford R, *BMJ* 313:5, 1996; Laureys S, et al, *Brain* 123:1589, 2000. **[93]** Higashi K, et al, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 40:876, 1977; Jennett B, *Anaesthesia* 43:921, 1988. **[94]** ANA Committee on Ethical Affairs, *Ann Neurol* 33:386, 1993. **[95]** Multi-society task force on PVS, *N Engl J Med* 330:1499, 1994. **[96]** Council Report, *JAMA* 263:426, 1990; Multi-society task force on PVS, *N Engl J Med* 330:1499,

קביעה סופית של מצב בלתי הפיך[97]. בילדים הדרישה היא להמתין בכל מקרה לפחות ששה חדשים, שכן כושר השיפור ויכולת ההחלמה של המוח בגיל צעיר הוא רב יותר[98]. אבחנת מצב זה איננה אמינה מתחת לגיל שנתיים, והיא קשה במיוחד בתינוקות מתחת לגיל חודשיים[99].

האבחנה היא קלינית בעיקרה, שכן אין בדיקות מסייעות אמינות, אלא אם כן נמצא תרשים גלי המוח[100] שטוח לגמרי, בנוכחות תיפקוד תקין של גזע המוח, אך מצב זה הוא נדיר. בדיקות חשמליות אחרות, וכן בדיקות הדמייה כמו טומוגרפיה ממוחשבת של המוח[101], או הדמייה מגנטית[102] אינם חד-משמעיים לאבחנת המצב[103]. מרבית הרופאים סבורים, שהאבחנה הקלינית של מצב זה היא אמינה, אך יש שהטילו ספק בדבר[104].

מספר האנשים במצב של צמח בארה״ב איננו ידוע לאשורו. בשלהי המאה ה-20 יש שהעריכו כי היו 25,000-15,000 אנשים במצב של צמח[105], ויש שהעריכו שהמספר הוא 10,000-5,000 אנשים[106]. יש המעריכים את השכיחות הכללית של חולים במצב צמח באוכלוסיה הכללית בשיעור של 25 לכל מיליון אנשים, ואחרים העריכו שיעור של 140-64 לכל מיליון אנשים, כשליש מהם ילדים[107]. אחרים העריכו שיעור של 4 אנשים במצב של צמח לכל מיליון תושבים בגין חבלת ראש[108], ויש גם הערכות אחרות[109].

הרופאים חלוקים בדעתם אם חולה במצב של צמח מסוגל להרגיש תחושת כאב וסבל[110], אם כי לפי ההגדרה הטהורה מבחינה נוירולוגית המצב צריך להיות נעדר לחלוטין תחושת כאב וסבל[111].

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

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* 306:1597, 1993; Andrew K, *BMJ* 306:1600, 1993. **[97]** British Medical Association, *World Nuerol* 8(2):8, 1993. **[98]** Ashwal S, et al, *Ann Neurol* 32:570, 1992. **[99]** Ashwal S, et al, ibid. **[100]** electro-encephalo-gram = EEG. **[101]** CT = computerized tomography. **[102]** magnetic resonance imagimg = MRI. **[103]** ראה — Bernat JL, *J Clin Ethics* 3:176, 1990; Childs NL, et al, *Neurology* 43:1465, 1993. **[104]** ראה — קריטריונים קליניים מדוייקים יותר להגדרת מצב ׳צמח׳ פורסמו על ידי גופים רפואיים-מקצועיים אחדים, כגון כוח-משימה רב מקצועי אמריקאי — *N Engl J Med* 330:1499, 1994, והאקדמיה הנוירולוגית האמריקאית — *Neurology* 45:1015, 1995. וראה על מסקנות אלו במאמרים Howard RS and Miller DH, *BMJ* 310:341, 1995; Ashwal S, et al, *Neurology* Council Report, *JAMA* 45:859, 1995. **[105]** Tresch DD, et al, *Arch Intern Med* 151:930, 1991. **[106]** 263:426, 1990. Ashwal S, et al, *Pediatr Neurol* 10:27, 1994. **[107]** Andrew K, *BMJ* 306:1597, 1993. **[108]** ראה — Jennett B, *J Neurol Neurosur Sci* 73:355, 2002. **[109]** ראה — Alpert JS, *Arch Intern Med* 151:855, 1991; ANA Committee on Ethical Affairs, *Ann Neurol* 33:386, 1993. **[110]** ראה — American Academy of Neurology, *Neurology* 39:125, 1989; Ashwal **[111]**

במצב זה שנים רבות[112]. התמותה הגדולה היא במהלך השנה הראשונה לאחר האירוע שגרם למצב של צמח, וככל שהחולה נותר בחיים יותר זמן, כן עולה תוחלת חייו הצפויה[113].

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. הנוהג היישומי בישראל ביחס לחולים הנוטים למות בוודאי לא היה אחיד.

לאור העובדה שעניינו של החולה 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 למות[114].

ד. פרטי דינים

ד1. 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.

.S, et al, *Ann Neurol* 32:570, 1992
[112] Jennett B and Dyer C, *BMJ* 302:1256, 1991.
[113] Strauss DJ, et al, *Pediatr 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. וגנר, 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, עו"ד ד"ר ג. גרונפלד, פרופ' ד. הד, 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. דייויס, 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. ברייר, הרב ד"ר מ. הלפרין, הרב י. וינר, הרב ש. פנחסי, 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) לאחר התקנת תקנות על ידי שר

מעשה שאול המלך[115] נידון בהרחבה בחז״ל ובפוסקים, מבחינת דיני מאבד עצמו לדעת[116]. 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 למיתה[117]. יש מי שכתב, שמעונשו של הנער העמלקי למדנו, שאכן יש איסור רציחה מן התורה גם בתנאים אלו, וגם לפי בקשת החולה, ואפילו לפי פקודת המלך[118]. אמנם יש מי שכתבו[119], 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 ראיה לנידוננו.

המעשה של שני בני חוזאי, שאחד שחט את חברו, ואחר כך פנה לעולא ושאל אם נהג כשורה, ואמר לו עולא שנהג נכון, והוסיף לומר לו, שיפרע לנרצח את בית השחיטה, כלומר שיקרע את החתך בצוואר, ועולא אמר כך כדי להציל את נפשו[120]. יש מי שכתבו, שפריעת בית השחיטה היתה כדי לחזק את דבריו, וגם כדי שימהר למות[121]. לפי הסבר זה משמע, שמותר לקרב בידיים מותו של אדם שנותרו לו חיי שעה בלבד, וכבר יש מי שהקשו על כך, ודחו הסבר זה מהלכה[122]. בתירוץ מעשה זה על פי ההלכה — יש מי שכתב, שהנרצח כבר היה מת, ואין פריעת בית השחיטה עושה בו מאומה[123]; יש מי שכתב, שהיה זה רק להחזיק ידיהם של הרוצחים, אבל עצה זו לא היתה משנה כלום לגבי הנרצח[124]; יש מי שכתב, שכאשר מול חיי שעה של חברו עומד חיי עולם של עצמו, הרי הוא עדיף[125]; יש מי שכתב, שבדיבור בלבד ללא כל מעשה, ובמקום אונס של פיקוח נפש, היה מותר[126]; ויש מי שכתב, שבני חוזאי היו גויים[127].

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

[115] שמו״א לא ד-ה. **[116]** ראה ע׳ אבוד עצמו לדעת הע׳ 35-34. **[117]** שמו״ב א ו-טו. **[118]** רלב״ג שמו״ב א יד; ס׳ חסידים הוצאת מק״נ סי׳ שטו. וראה שם, בעניין 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 ו, 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 נדרים שם. וכן כתב הר״ן שם, שימות מהר. **[122]** ראה בס׳ נדרי זרוזין להגר״ש קלוגר שם, שהשאיר בצ״ע. **[123]** מאירי נדרים שם. **[124]** נדרי זירוזין שם. **[125]** תפא״י סוף יומא בבועז אות ג. וראה בנידון בשו״ת ציץ אליעזר חי״ז סי׳ עב. **[126]** שו״ת ציץ אליעזר חי״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.י. היילפרין, עמק הלכה-אסיא, עמ׳ 64 ואילך, הע׳ 11.

והם מתים[128]. 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 אסור[129]; ויש מי שכתבו, שיציאתם מחוץ לעיר היתה בדרך גרמא, וסילוק דבר המונע מיתה טבעית[130].

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 שתיכנס 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 הבא[131]. יש הסבורים, שמעשה הסרת הספוגים היה מותר מדין הסרת המונע[132], מה גם שהשמת הספוגים היתה שלא כדין, בגדר הארכת חיי סבל של גוסס[133]; יש מי שכתב, שהתנהגותו של רבי חנינא היתה רק מידת חסידות[134], ולכן הגוי לא היה מחוייב במידת החסידות[135]; יש הסבורים, שהמתת חסד על ידי גוי מותרת[136]; ויש מי שכתב, שאמנם מעשהו של הקלצטונירי היה אסור מעיקר הדין, ובמעשה רבי חנינא בן תרדיון היה זה הוראת שעה[137].

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, יהי רצון שיכופו עליונים את התחתונים, ועשתה פעולה שהתלמידים ישתתקו מתפילתם, וכך נפטר רבי[138]. יש מי שהוכיח ממעשה רבי יהודה הנשיא, שלפעמים צריך לבקש רחמים על חולה שמצטער הרבה, ואי אפשר לו שיחיה — שימות[139]. ומכאן יש מוכיחים, שמותר להימנע מלהאריך חיי סבל של חולה הנוטה למות[140].

[128] סוטה מו ב; בראשית רבה סט 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 חי"ח סי' מח אות ג. וראה שם עוד תירוצים. 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' 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 חי"ח סי' מח אות ב. **[136]** שו"ת ציץ אליעזר חי"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.

סיפור דומה למעשה רבי יהודה הנשיא מתייחס לרבי יוחנן, שמרוב צער על מותו של ריש לקיש נעקרה ממנו דעתו ונשתטה, וביקשו חכמים רחמים עליו שימות[141].

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 שעה[142]. יש שהוכיחו מכאן, שיש לעשות הכל כדי להאריך כל רגע של חיים, שאם לא כן היה אסור לחלל שבת[143]; לעומתם יש שהפרידו בין הדברים, ואף שמחללים שבת עבור חיי שעה, אין זו ראיה שחייבים להאריך כל חיים[144], 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 שנתרוצץ מוחו, אבל במקום כאב וסבל, גובר שיקול זה על החיוב להאריך חיים[145]. או שדין זה הוא דווקא כשמדובר בדבר חיצוני שממיתו, שחייבים להסיר אותו, אבל כאשר תהליך המיתה הוא טבעי, יתכן שאין חיוב להאריך חיי שעה קצרים[146].

מי שבלע צירעה — איננו יכול לחיות, אבל יש להשקותו רביעית חומץ חזק, כי אפשר שיחיה זמן קצר, ויוכל לצוות לביתו[147]. 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 חייה 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 ומתה[148]. יש מי שכתב, שהיה זה בדרך של הסרת המונע[149], ויש מי שכתב, שלא הותרה הימנעות מפעולות מאריכות חיים, אלא דווקא בדרכים שהם שב ואל תעשה, ובדברים סגוליים[150].

דיני הסרת המונע — 'ועת למות'[151], למה הוצרך קוהלת לאמר כן? אלא כשאדם גוסס, כשנפש אדם יוצאה, אין צועקים עליו שתשוב נפשו, כי איננו יכול

[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; טושו"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"ו 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' פז. [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' קכז, ומכאן שיש הבדל בין היתר חילול שבת לבין דיני 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 חאו"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 חי"ח סי' מח אות ד. [151] קהלת

לחיות כי אם מעט ימים, ואותם ימים יסבול יסורים[152]. מכאן יש המוכיחים, שבמצב סופני המלווה בסבל, אין לעשות פעולות כלשהן להאריך את הגסיסה.

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 שישימוהו במקום אחר, אל יזיזוהו משם[153].

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 מהרה, כי גם זה ממהר יציאת נפשו[154]. ולפי זה אם יש שם דבר, שגורם לנפשו שלא תצא, מותר להסיר אותו הגורם[155].

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 המונע[156].

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 גדרי הסרת המונע; וביישום ההגדרות הללו למצבים רפואיים בימינו.

דוגמאות, עקרונות וכללים בעניין הסרת המונע:

דוגמאות להסרת המונע — בענין השמטת הכר והכסת, יש שהתירו[157], **ויש**

ג ב. **[152]** ס׳ חסידים סי׳ רלד. וראה בס׳ חסידים סי׳ תסז, שלכאורה סותר שיטתו בסי׳ רלד ובסי׳ תשכג, וראה במקור חסד על ס׳ חסידים שם; שו״ת ציץ אליעזר חי״ג סי׳ פט. **[153]** ס׳ חסידים סי׳ תשכג. **[154]** וראה לבוש יו״ד סי׳ שלט, שעניין המפתחות הוא עניין סגולי.

[155] שלטי גיבורים סביב הרי״ף, מו״ק טז ב. **[156]** רמ״א יו״ד שלט א. **[157]** הר״ר נתן איש איגרא, ורבותיו של השלטי גבורים, המובאים בשלטי גבורים שם; שיירי כנה״ג יו״ד סי׳ שלט הגה״ט סק״ד; ס׳ מטה משה ח״ה בהלווייית המת סי׳ א.

שאסרו[158]. בטעמם של האוסרים: יש מי שכתב, שהוא טעם סגולי, משום שסגולת הנוצות שבכר היא, שאם מסלקים אותם, הם מקרבים את מותו של הגוסס[159]; ויש שכתבו, שהטעם הוא משום הזזת הגוסס[160].

בענין הסרת גרגיר המלח — יש שהתירו[161]; ויש שאסרו[162]. בטעם המתירים: יש הסוברים, שאין זה אלא נענוע קל ביותר, ולכן אינו כלום[163]; ויש הסוברים, שכיוון שמלכתחילה עשו שלא כהוגן, שכן אסור היה לשים המלח שמרחיק את מותו, לכן מותר להסיר זאת, אלא שיעשו בנחת שלא יזיזו איבר[164]. 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 המונע[165].

יש הסבורים, שדין היתר הסרת המונע חל בכל מקרה שהרופאים סבורים, שאין 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 המונע[166]; ויש הסבורים, שדין זה מוגבל רק לגוסס, ולא לכל נוטה למות על פי דעת הרופאים[167].

כל פעולה של הסרת המונע הגורמת להזזת הגוסס, אסורה מדין רציחה, ולא הותרו פעולות של הסרת המונע אלא אם כן אין הן מזיזות את הגוסס[168].

יש מי שחילק בין החובה שלא להתייאש מן הרחמים, ואפילו חרב חדה מונחת על צווארו[169], 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 בידיים לצערו, אלא ינהג בשב ואל תעשה[170].

יש שדנו בהבדל בין גרם רציחה — שהוא אסור, והעושה כן חייב בידי שמים בעוון רציחה, אבל לא נהרג בבית דין[171], לבין פעולות שונות של הסרת המונע,

[158] שלטי גבורים שם; רמ״א שם. וראה בשו״ת ציץ אליעזר חי״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 חחו״מ ח״ב סי׳ עד אות א. **[166]** ראה שו״ת ישכיל עבדי ח״ז חיו״ד סי׳ מ. **[167]** Bleich JD, *Judaism and Healing*, 1981, p. 141. אכן יש להדגיש, כי הרמ״א שם מדבר על מי שהוא ׳גוסס זמן ארוך׳, וקשה לומר שכוונתו רק לגוסס שימות מיד, או בתוך שלושה ימים, כי אז לא מובן למה הוסיף ׳זמן ארוך׳, ומכאן לכאורה שהגדרותיו נכונות לכל חולה הנוטה למות, ולאו 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 חיו״ד סי׳ מ. **[171]** רמב״ם רוצח ב א.

שאינן אלא בגדר מניעת הצלה, ובמקום שאין חובת הצלה, אין דין גרם רציחה[172]; 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 רציחה[173].

הגדרות וכללים בהסרת המונע — בין האחרונים מצינו הגדרות והכללות על המותר והאסור ביחס להסרת המונע[174]:

מותר להסיר דברים שאין בהם מעשה כלל, ובתנאי שאין נוגעים בגוסס כלל[175].

כל הדברים שאסרו לעשות בגוסס, כגון שאין קושרים לחייו וכיו״ב[176], הוא במצב שאין הנשמה רוצה לצאת כל כך מהרה, ואין שום דבר מונעה 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 יוצאת[177].

מעשה הסרת המונע חוץ לגופו של הגוסס מותר, שאין כאן אלא קירוב מיתה, אבל מעשה בגופו של גוסס אסור, כי יש לו צער בהזזה[178].

כל מעשה שמקרב את מותו של הגוסס — אסור, אפילו אם אין המעשה בגופו של הגוסס; אבל דבר צדדי שמעכב את יציאת הנפש, מותר להסיר[179].

יש הסבורים, שאם עשו מתחילה מעשה שמאריך את הגסיסה שלא כהוגן, מותר להסיר אותה מניעה, ובתנאי שעושים זאת בנחת, בלי להזיז את הגוסס[180].

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 השבת[181].

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

[172] הגרז״נ גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ׳ 64 ואילך; הרב מ. הרשלר, 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, תחומין, ג, תשמ״ב, עמ׳ 535 ואילך. **[175]** חכמת אדם קנא יד. **[176]** ראה ע׳ נוטה למות (2), דיני הגוסס. **[177]** שיורי כנסת הגדולה יו״ד שלט ב. יש להעיר, שזו הגדרה שמבחינה רפואית היא בלתי אפשרית ליישום. **[178]** שיוכנה״ג שם. **[179]** ערוה״ש יו״ד שלט ד. יש להעיר, שהגדרה זו קשה ביותר ליישום מעשי. **[180]** בית לחם יהודה יו״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 חאו״ח סי׳ יג;

סגולה או תכונה רפואית, שאז מניעתו והסרתו אינו בגדר גרם רציחה[182].

ד2. הטיפול בנוטה למות בהלכה

א. עקרונות הלכתיים-מוסריים

ערך החיים — יש הסבורים, שערך 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 מאה[183]; 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 שלו[184]; 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 ערך בדיוק כלשניה אחת. קיים חשש רציני שאם ידרגו את ערך החיים לפי מידות יחסיות, עלולים להגיע למדדים שרירותיים שונים, כמו תועלת לחברה וכיו״ב[185]; ויש מי שכתב, שהנשמה היא קניינו של הקב״ה, הוא הנותנה, ולו הבעלות הבלעדית ליטלה ממנו[186]. לפיכך יש להאריך חיי כל אדם בכל מצב ובכל תנאי[187].

לעומת יש הסבורים, שערך החיים הוא אמנם ערך מקודש ונעלה ביותר, ובתוך המסגרת הסדירה של חיי החברה, ועל פי סולם העדיפות של הערכים על פי תורת ישראל, החיים הם הנכס הקדוש ביותר[188], אך בכל זאת אין ערך החיים ערך מוחלט, שהרי יש ערכים העולים על ערך החיים, כגון שלוש עבירות שייהרג 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 וסבל[189].

בעלות האדם על גופו — נחלקו הפוסקים בדין הנותן רשות לחברו להכותו, שיש המתירים לחבול בו[190]; ויש הסבורים, שאפילו אם נתן לו חברו רשות לכך, אסור לחבול בו[191]. ומכל מקום לדעת הכל אסור להרוג את חברו, גם אם מבקש ממנו, שכן האדם איננו בעלים על גופו, כדי לגרום למותו[192]. לפיכך, אפילו במצב של מחלה סופנית, ואפילו בנוכחות סבל, אין זכות אוטונומית לאדם עצמו או לשלוחו לגרום למותו בידיים[193]. אכן, נחלקו הפוסקים אם יש לאדם זכות אוטונומית להחליט על הימנעות מטיפול

שו״ת מנחת יצחק ח״ה סי׳ ז אות׳ ד-י׳. **[182]** הרב ז.נ. גולדברג והרב ל.י. 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 רב[194].

היחס ליסורים — לכל הדעות יש להפחית את יסוריו של כל אדם ככל הניתן[195], וגם כשסנהדרין הוציאו אדם להורג בגלל פשעים חמורים, היו צריכים להשקותו סם, כדי שתיטרף דעתו, ולא יסבול בשעת חולה ככל הניתן בכאב וסבל[196]. וכן מצינו דרשה של חז"ל על הפסוק[197] 'על זאת יתפלל כל חסיד אליך לעת מצא', לעת מצא זו מיתה[198], שימות במיתה יפה ונאה[199].

אכן, מוסכם על כל הפוסקים, שבכל מקרה אין היתר להרוג אדם בידיים כדי למנוע את יסוריו[200]. 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 ממיתה[201], 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 חיים[202]. 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 להצילו[203].

ולעומתם, יש המוכיחים שיסורים יכולים לעתים להיות זכות, בכך שהם מביאים לכפרת עוונות, ובעצם קיום החיים יש זכות, אפילו הם חיי צער ויסורים[204]. עוד יש מי שכתב, שיש מצווה להתרפאות בכל מצב, ולקיים מצות 'ונשמרתם מאד לנפשותיכם'[205], ולהימנע מאיבוד עצמו לדעת[206], 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 שחייהם אינם חיים הוא מי שיסורים מושלים בגופו. **[202]** שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עד אות ב; שו"ת ביצחק יקרא, סי' נז. וכעין דמיון לכך נראה מדברי המהרש"א ח"א ברכות מז א, שאריכות ימים ושנים יותר מידי אינם טובים, עיי"ש. **[203]** הגרז"נ 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. הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך; שו"ת ציץ אליעזר חי"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

המצוות[207], וממילא חייבים להמשיך ולטפל בכל האמצעים[208]. 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 כך[209].

נאמנות הרופאים — כל דיון הלכתי-מוסרי בנושא כה חמור צריך להתבסס על נתונים ועובדות נכונים ומדוייקים ככל האפשר. לפיכך, יש לוודא שאמנם נעשה כל האפשר לברר את האבחנה, הטיפולים החלופיים, והתחזית, ושאכן נקבעו כל העובדות על סמך חוות דעת של המומחים הראויים ביותר לטיפול באותו חולה[210]. 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"ב[211]. 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 החיים[212]. 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 בגוסס[213], משמע שסומכים על קביעת הרוב על ידי הרופאים. ומצינו שאף בפיקוח נפש לא חוששים למיעוט קטן ורחוק[214], 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 ספק[215].

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. הרשלר, 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 הללו[216].

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

דיני ווידוי של הנוטה למות ונוסחאות שונות של ווידוי — ראה ערך וידוי.

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 שתיגרום לקיצור החיים אפילו ברגע אחד אסורה מדין שופך דמים[217]. 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, יתכפרו לו חטאיו, ויזכה לעולם שכולו טוב[218].

חומר קטלני — הזרקת חומר רעיל שגורם למוות, דינו כרציחה, וחייב מיתה[219].

גוי — יש מי שכתב, שגם גוי אסור לו להרוג גוסס יהודי, ודינו בעניין זה כמו יהודי[220]; ויש מי שכתב, שהמתת חסד על ידי גוי מותרת, בתנאי שהחולה עצמו מבקש זאת מפאת רוב יסוריו[221].

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 רסי׳ 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,

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 השם[222]; ויש מי שכתב, שאם לפי דיני הגויים אין איסור על המתת חסד פעילה, מותר ליהודי שהוא מנהל בית החולים לאשר בחתימתו את המתת החסד של חולה גוי[223].

גרם מיתה — אף הוא אסור מן התורה[224]. לפיכך, אסור לרופא לסייע להתאבדותו ולמותו של חולה הנוטה למות[225].

צוואה מחיים[226], שלפיה מבקש החולה שיהרגוהו, או שיפסיקו טיפולים חיוניים, או שימנעו מלתת לו טיפולים חיוניים, אינה מועילה, אם היא מכתיבה תנאים שאינם תופסים על פי ההלכה[227].

אכן, לאור הדרישות הגוברות בארה"ב בשנים האחרונות, כולל דרישות חוקיות[228], שאנשים יודיעו מחיים בפירוש מה רצונם שייעשה בהם בעת שלא יוכלו לקבל החלטות בעצמם, ניסחו כמה גורמים יהודיים בארה"ב נוסחי צוואה מחיים המתאימים לדרישות ההלכה. המשותף להם, שהם מגדירים במפורש במה 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 המוות[229].

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 מותו[230].

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, ולאבלות[231].

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, עוון 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; 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.

ג. הארכת חיים, הימנעות מטיפול מאריך-חיים, הפסקת טיפול מאריך-חיים

השיטות השונות בין הפוסקים:

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 לכך[232].

יש מי שכתב, שאם מדובר בחולה הנוטה למות שאיננו בהכרה, וגם הטיפולים מאריכי החיים לא יחזירוהו להכרה, מותר להימנע מטיפולים כאלו, אבל אם יש סיכוי שיחזור להכרה, חייבים לטפל בו בכל האמצעים הרפואיים, גם אם יהיו כרוכים בסבל[233].

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 כאלה[234], ואם הוא מתנגד לטיפול, וספק גדול אם הטיפול יועיל להאריך ימיו, אי אפשר לכופו[235]. 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

[232] הרפואה והיהדות, עמ' 146 ואילך; שו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונ' רמת רחל סי' כח; שם ח"ט סי' מז; שם חי"ג סי' פז-פט; שם חי"ד סי' פ-פב; שם חי"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, 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. הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך; תורת הרפואה עמ' 57 ואילך (הרב ש. גורן, מאורות, 2, תש"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.

פקע האיסור הזה[237].

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 שלו[238].

ויש הסבורים שבתנאים מסויימים מותר אף להפסיק טיפול תומך-חיים לאחר שכבר החלו לתיתו[239].

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 החייאה[240]; יש מי שכתב, שגם חולה בתירדמת עמוקה סובל, ולכן מותר גם בו להימנע מהארכת חייו[241]; ויש מי 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 סובל[242].

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 למצבי 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

[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׳ רפז אות ג); שו״ת דברי משה סי׳ צה. וכן משמע מהקריינא דאגרתא להגר״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, 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 חחו״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 שאאמו״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 אאמו״ר זצ״ל את נשמתו הזכה

הטיפולים הללו יגבירו את הכאב והסבל, ובוודאי אם אין החולה מסכים לכך. בהגדרות אלו כלולים החייאה, הנשמה, ניתוחים, דיאליזה, כימותרפיה, הקרנות וכיו״ב[243].

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 המיידי של החולה, ואפילו אם יש ספק שהפעולה תביא למותו המיידי של החולה, אסור לעשות זאת[244]. 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 תועלת[245].

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 תעשה[246]. טעמם: אכילה היא דבר טבעי, שכל בני האדם ובעלי חיים מוכרחים לזה, והמונע מזון מאדם נחשב כרוצח[247], וכבר קבעו חז״ל[248] 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 חחו״מ ח״ב סי׳ עג אות א. **[244]** ראה א. שטינברג, חוב׳ אסיא, סג-סד, תשנ״ט, עמ׳ 19-18, בשם הגרש״ז אויערבאך, והגר״ש וואזנר. **[245]** א. שטינברג, שם. **[246]** שו״ת מנחת שלמה סי׳ צא אות כד; שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ עד אות ג; הרב מ. הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ״א, עמ׳ כט ואילך; שו״ת בית אב״י חחו״מ סי׳ קנג; הגרז״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 שבועות 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-דעת[249]; ויש מי שכתבו, שחייבים להאכילו אפילו נגד רצונו[250]. 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 הווריד[251].

יש מי שכתב, שגם אם נפסק העירוי התוך-ורידי, חייבים לחדשו[252]; ויש מי שכתב, שאם נפסק העירוי ולא חידשוהו, אין כאן מעשה בידיים, ולכן לא ניתן להגדירו בגדרי רציחה[253].

אכן ברור שיש להאכיל ולהשקות את החולה הנוטה למות בשיטה, בכמות ובאיכות כזו שלא תיגרום לתופעות-לוואי ולנזקים בגין ההאכלה[254].

חמצן — אסור להפסיקו מחולה הנוטה למות[255].

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 היסורים[256]. טעמם: מכשיר ההנשמה 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 הנשמה[257]. טעמם: מכשיר ההנשמה הוא דבר חיוני לחיים, הוא פיסיולוגי, הוא מחובר לחולה, ואינו בגדר מעכב יציאת הנפש, ולכן זהו גרם

[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 חחו"מ ח"ב סי' עג אות א; שו"ת מנחת שלמה סי' צא אות כד; שו"ת בית אב"י חחו"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, 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' רפז (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 חחו"מ סי' קנג; שו"ת ציץ אליעזר חי"ז סי' עב אות יג; הרב ב.צ. פירר, תחומין, ז, תשמ"ו, עמ' 219 ואילך; י. לוי,

רציחה בידיים; ויש מי שסבורים, שבגוסס וודאי, כגון שיש לו סימני מוות מוחי על פי בדיקות קליניות[258], מותר לנתקו בהדרגה ממכשיר הנשמה, אבל בסתם חולה נוטה למות, אסור לנתק את מכשיר ההנשמה, שכן פעולה זו עלולה לגרום למותו המיידי של החולה[259].

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 ההנשמה לפרקי זמן קצובים, ויפסיק את פעולתו לזמנים קצרים, ואם בעת ההפסקה יתברר שהחולה מת, ינתקוהו מהמכשיר[260]; יש מי שכתב, שכאשר מפסיקים את פעולת מכשיר ההנשמה לצורך טיפול בחולה או במכשיר, כגון לניקוי הפרשות מן הריאות, אין חיוב לחזור ולחבר את המכשיר לחולה, אם התברר שאינו נושם עוד[261]; יש מי שכתב, שאם הפסיקו את פעולת מכשיר ההנשמה לצורך הטיפול בחולה או במכשיר, מותר להימנע מלחבר את החולה חזרה למכשיר ההנשמה, אם מצבו מצדיק הימנעות המשך טיפול מאריך-חיים מבחינת ההלכה[262]; 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 ההנשמה של מכונת ההנשמה 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 רגיל[263].

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

נועם, טז, תשל"ג, עמ' נג ואילך; הרב י.י. 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 המות. **[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 והגרי"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 ההנשמה. **[260]** שו"ת ציץ אליעזר חי"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 ההנשמה 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 ההנשמה 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 אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' קלב. **[262]** הרב ז.נ. 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 לחייו[264], ויש מי שחולק ואוסר הפסקת מכשיר ההנשמה גם בתנאים אלו[265].

יש מי שכתב, שחולה המוגדר כטריפה[266], מותר להפסיק ולנתק את מכשיר ההנשמה, אך מוטב לעשות זאת בדרך שהחולה לא ימות מיד עם הפסקת המכשיר[267], ויש מי שאוסר[268].

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 הריאות[269]. 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 עצמיים[270].

תרופות — יש מי שכתב, שאסור לתת תרופות לגוסס, כי דינם כמעכבים יציאת הנשמה[271]; ויש מי שכתב, שמי שבקי ברפואות, ונותן אותן לגוסס כדי למנוע מותו אפילו לזמן מה — מותר[272].

בעניין תרופות המיועדות למחלה הסופנית, אשר יכולות להאריך במקצת את חיי החולה, אך אינן יכולות להבריאו — יש מי שכתבו, שתרופות חייבים לתת בכל מקרה, והפסקתם היא בגדר רציחה[273]; יש מי שכתב, שמותר לתת תרופות, אך אין חיוב לעשות כן[274]; ויש הסבורים, שאין לתת תרופות כאלו, כי אין בהם תועלת, והן רק מאריכות את חיי הסבל והגסיסה, ובפרט אם החולה דורש להפסיק התרופות[275]. יש הסבורים, שאם החלו בטיפולים בתרופות כאלו, ומתברר שהחולה במצב של אי ספיקת איברים חיוניים, מותר להוריד את מינון התרופות הללו, בתנאי שהדבר נעשה בהדרגה, ואין הורדת המינון מביאה לשינוי משמעותי במצבו של החולה[276].

בעניין תרופות שניתנות למחלות

[264] הרב ז.נ. גולדברג, שם. וכן משמע דעת הגרש"ז אויערבאך במכתבו שפורסם באסיא, חוב' נט-ס, אייר תשנ"ז, עמ' 48 ואילך. **[265]** הרב ל.י. היילפרין, שם (המחלוקת בין הגרז"נ גולדברג לבין הגרי"ל היילפרין הובא גם בשו"ת מעשה חושב ח"ג סי' ד-ה). **[266]** ראה ע' טרפה, חלק ב. **[267]** הרב ז.נ. גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך. **[268]** הרב ל.י. היילפרין, שם. **[269]** הכוונה למכשיר ECMO. **[270]** הגרש"ז אויערבאך והגרי"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 יו"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 חחו"מ ח"ב סי' עד אות א. וראה מה שכתב שם בסי' עג אות ה; שו"ת מנחת שלמה סי' צא אות כד; שו"ת בית אב"י חחו"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,

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 כאלו[277]; 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 החולה[278].

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 זה[279].

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, 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 פיום קיבה. כמו כן יש לתת עירוי נוזלים לוריד, זריקת אינסולין, מורפיום במינון מבוקר,

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 חחו״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״.

הפסקת טיפול — באופן עקרוני מותר רק להימנע מטיפול מאריך-חיים, אבל אסור להפסיק טיפול שכבר הוחל בו, אפילו אם מדובר בטיפולים בלתי שגרתיים ומכוונים למחלה הסופנית, שכן מעשה כזה נחשב כמעשה בידיים, בעוד שהימנעות מטיפול היא שב ואל תעשה[280].

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.

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 כזה[281].

אם החולה ירא שמים, ולא נטרפה דעתו, רצוי מאד להסביר לו, שיפה שעה אחת בתשובה בעולם הזה מכל חיי העולם הבא, ויש זכות לסבול בעולם הזה יותר מאשר למות מיד, אך אם בכל זאת אינו רוצה ביסורים, יש לשמוע לו[282].

דעות רפואים — אם יש צורך להאריך את חיי הנוטה למות עד שישיגו רופא מומחה יותר, חייבים לעשות כן, אפילו אם הוא סובל, ואפילו אם הוא אינו רוצה בכך[283].

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 מומחים[284], אבל אם יש סיכויים למנוע את הגסיסה, חייבים לטפל[285].

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 שבת[286].

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 ׳לא תעמוד על דם

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 חחו״מ ח״ב סי׳ עה אות א. **[282]** שו״ת מנחת שלמה סי׳ צא אות כד. **[283]** שו״ת אגרות משה חחו״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.

רעך'[287].

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 למות[288]. רק יסורים של החולה מהווים שיקול בהכרעת ההלכה אם להאריך חיי חולה נוטה למות אם לאו[289].

בתקופה האחרונה מצינו דיונים מיוחדים ביחס למספר מצבים סופניים:

מחלת טרשת צד חוט השדרה[290] — 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 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 בריא[291], ואם החולה הזה סובל מדלקת ריאות, יש לתת לו אנטיביוטיקה דרך הפה, אבל אם אינו רוצה שיאריכו חייו, לא מחוייבים לתת לו טיפול תוך ווריד[292]. יחד עם זאת יש להדגיש, כי החלטה להימנע מהנשמה מלאכותית אין פירושה הזנחת החולה, וקיימות שיטות טיפול להקלת מצבו הסופני[293]. כמו כן יש לציין, כי קיימות שיטות טיפול זמניות פחות פולשניות, אשר מייצבות את המצב ולעתים אף משפרות אותו[294]. 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 רבים[295].

[287] שו"ת ציץ אליעזר חי"ח סי' מ. **[288]** שו"ת אגרות משה חחו"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-motor 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 ח"ד חיו"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* 93:1298, 1988. **[295]** ראה — Miller JR, 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 Ganzini L and Block S, *N*

קיימות עוד מחלות רבות של מערכת שריר-עצב[296], אשר מתבטאות בקשיים גוברים והולכים להפעיל את שרירי הנשימה, בדומה למצב במחלת טרשת צד חוט השדרה[297]. בסקרים שונים התברר, שילדים שסבלו כל ימיהם ממחלות כגון אלו, ואשר הגיעו לגיל בו יכלו להביע רצונם, העדיפו שיבצעו בהם פעולות החייאה והנשמה מלאכותית קבועה בשיטות שונות[298].

מצב ׳צמח׳[299] — ברור שאסור להורגו, אסור לקחת ממנו איברים להשתלה, ופשוט שלענייני אישות הרי הוא כחי, ואשתו היא אשת איש[300]. יתר על כן, חולה כזה איננו מוגדר כגוסס או כחיי 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 ובדעתו[301], וכן יש חובה להוציא הוצאות ככל הנדרש להחיותו כמו לכל אדם אחר[302], שכן מצות ׳לא תעמוד על דם רעך׳ שייכת בכל חולה, ואפילו אם עקב החייאתו תישאר אשתו עגונה לשנים רבות[303], ומפני שאין לנו שום קנה-מידה לקבוע ערכם של חיים, וגם ראינו שטעו הרופאים, ואנשים שהוגדרו כצמח שבו להכרתם ולדעתם[304]; אבל אם יש לחשוש שהוא סובל, יש שמשמע מהם, שמותר להימנע מלהאריך את חייו[305], וכן אם הטיפול יגרום להעירו מתרדמתו, אך עקב כך יסבול סבל נפשי ו/או פיזי חמור, מותר להימנע מפעולה כזו[306]; ויש אומרים, שכאשר החולה מגיע לדום לב או להפסקת נשימה מתוך מהלך המחלה, לא צריך לבצע בו החייאה, אבל אם דברים אלו קרו פתאום, ללא קשר ישיר להידרדרות הצפויה של המחלה, יש לבצע החייאה, בתנאי שהדבר אינו גורם סבל לחולה, אבל אם הדבר גורם לו סבל, לא צריך לבצע החייאה, ומכל מקום צריכים להמשיך בטיפולים הרגילים, כגון אנטיביוטיקה וכיוצ״ב[307]. עוד יש מי שכתב, שילדיו חייבים בכבודו, וצריכים לבקרו אף אם נראה שאין הוא מרגיש בכך כלל[308].

על הקשיים הנפשיים והחברתיים הגורמים לחולים אלו לבקש קיצור חייהם. **[296]** neuromuscular diseases. **[297]** כגון Spinal Muscular Atrophies = 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 חחו״מ ח״ב סי׳ עה. אך משמע מדבריו, שמדובר במי שאין לו יסורים, והריפוי הוא כדי שיהיה בריא, ויוכל לחיות זמן 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.

ד. משככי כאב

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 מיזערי[309], 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 כאביו[311]. 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 כזה[312].

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 הנשמה[313]. יש הטוענים, שמתן נרקוטיקה יש בכוחה אף להאריך את החיים, שכן במניעת הכאב והסבל מרגיש החולה יותר טוב, ויכול לאכול ולשתות בצורה טובה יותר[314].

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 במקצת[315].

ה. תפילה למותו של החולה הנוטה למות

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

[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 זילברשטין, אסיא, חוב' נט-ס, אייר תשנ"ז, עמ' 52. **[313]** הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם, חיו"ד סי' שלט סק"ד; שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עג אות א, וכתב שם, שהדבר מותר בתנאי שלא יקצר את חייו אף רגע, וכשעדיין איננו גוסס; שו"ת בית אב"י חחו"מ סי' קנג; שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פז; שם חי"ד סי' קג; שו"ת תשובות והנהגות ח"ג סי' שסא; Bleich JD, *Judaism and Healing*, Ch. 24. 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 אב"י חחו"מ סי' קנג; שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פז. **[315]** הגרי"ש אלישיב, הובאו דבריו במאמרו של הרב י. זילברשטיין, תחומין, כג, תשס"ג, עמ' 213

התפללו על עצמם שהקב״ה ימיתם, כדי לגואלם מיסוריהם, כגון אליהו[316], יונה[317], וחוני המעגל[318]. ממקורות אלו משמע, שמותר לאדם להתפלל על עצמו שימות, כשהוא סובל מאד[319].

עוד מצינו דוגמאות אחדות בחז״ל, שביקשו חכמים רחמים על חולה גוסס, או על חולה שניטלה ממנו דעתו — שימות[320], ובעיקר יש לציין את סוף ימיו של רבי יהודה הנשיא, שאמתו התפללה עליו שימות בגלל יסוריו הרבים, אבל חכמים לא הסכימו איתה, והמשיכו להתפלל לחייו[321]. וכן את סוף ימיו של רבי יוחנן, שנטרפה עליו דעתו עקב מותו של ריש לקיש, והתפללו עליו חכמים שימות[322].

ואמנם יש מי שכתב, שלפעמים טעות היא להתפלל על אריכות ימים יותר מידי, כי אריכות ימים ושנים יותר מידי אינם טובים[323].

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 החולה[324]; 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 שימות[325]; 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 מיתתו[326]; 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 למותו[327]. אך רוב הפוסקים

ואילך. וראה שם נימוקים שונים נגד מתן הסמים, שנדחו על ידי הגרי״ש אלישיב. **[316]** מל״א יט 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 סוה״ב, בעניין רב אדא בר אהבה, 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 ח״א ברכות מז א. **[324]** ס׳ ישרי לב (לבעל נדיב לב) חיו״ד אות ח סק״ז. וכתב שם שדווקא במקרה של רבי, שהתחתונים 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 פ״ו; שם חי״ח סי׳ מט אות ה; שם חי״ט סי׳ י אות א. **[325]** שו״ת חקקי לב ח״א חיו״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 פוניבז׳ הגר״ש רוזובסקי, שביקש ממבקריו 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 קשים[328].

עוד יש מי שכתב, שדין זה נאמר דווקא ליחידי סגולה, שאמנם יתפללו שהחולה ימות כדי שיינצל מהיסורים[329]. ועוד יש מי שכתב, שאין דבר זה מסור לכל אדם לדעת מתי הזמן להתפלל למותו של אדם, ולכן לא מביאים הפוסקים דין זה בפירוש[330].

יש מי שכתב, שכשנפש אדם יוצאה, אין צועקים עליו שתשוב נפשו, כי איננו יכול לחיות כי אם מעט ימים, ואותם ימים יסבול יסורים[331].

מי שנמצא זמן רב במצב 'צמח', ולא ידוע שיש לו יסורים, יש מי שכתב, שאין להתפלל למותו, אבל מכל מקום אפשר להפסיק להתפלל לרפואתו[332].

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 בדווקא[333]. 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 זאת[334].

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].

והנהגות ח"ב סי' פב. **[328]** תפא"י סוף יומא, בבועז אות ג; תפארת יעקב, על תפא"י יומא פ"ח מ"ז בבועז. וראה שבט יהודה יו"ד סי' שלט סק"א; ערוה"ש יו"ד שלה ג; שו"ת אגרות משה חחו"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.נ. 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 השאילתות, אחרי, שאילתא צג, סק"ט, הביא ראיה לדעת הר"ן מגמ' ר"ה יז א. ובשו"ת דברי משה סי' צה אות א, הביא ראיה מעניין רבי יוחנן — ב"מ 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 חחו"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 חזו"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

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

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?

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 נילווים 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 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

[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 Treatment*, 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. **[338]** ראה וראה עוד בע׳ יסורים ברקע המדעי. **[339]** ראה Rubinow A, *IMAJ* 7:3, 2005 —

לשקול גם שיקולים נוספים, הכוללים החלטות במצבים של אי-וודאות, ובנוכחות האפשרות לטעויות באבחנה, בטיפול ובתחזית; תפקידיו של הרופא ביחס לחולה הנוטה למות[340]; שאלת המדרון החלקלק; התוצאה הכפולה[341]; שאלת המחליט הסופי; דרגת שיתופו של החולה בתהליך קבלת ההחלטות, ומידת גילוי המידע לחולה; והמעורבות של בני המשפחה[342].

כמו כן יש להתייחס להגדרות יסוד שונות, כגון נוטה למות; מצב סופני; המתת חסד פעילה וסבילה[343]; וטיפול עקר[344].

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 וליחסיות[345]. לפי השקפה זו יש להמשיך ולהאריך את החיים של כל חולה בכל טיפול אפשרי, בכל מחיר, ובכל מצב[346].

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 להגדרה[347], אף כי השימוש בו הוא נפוץ מאד בספרות המוסרית והמשפטית. קיימים מצבים קיצוניים, שכל אדם יכול לשפוט ולהסכים כי הם מהווים איכות חיים ירודה מתחת לסף מינימלי, כגון היעדר כל תיפקוד שכלי, או כאב מתמיד, בלתי נסבל, ובלתי נשלט. הבעיה מתעוררת במצבים פחות קיצוניים: מה דרגת חוסר התיפקוד 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.

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. לייבוביץ, 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*, 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

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 לטיפול[348]. 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 המושג[349]. 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 גוריליות של חיים ומוות, ולכן שיקולי איכות חיים יכולים להיות רלוונטיים, ולעתים אף חשובים, אך רק לעתים נדירות הם צריכים להיות מכריעים, ובכל מקרה צריך להתייחס אליהם בזהירות ובחשדנות רבה[350].

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 ביולתר שלהם, ובאותם ימים קשים מבחינה פיזית היו פעילים מאד מבחינה אינטלקטואלית[351]. 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 תמיכה[352].

[348] ראה — Pearlman RA, et al, *Ann Intern Med* 97:420, 1982.

[349] Gill TM and Feinstein AR, *JAMA* 272:619, 1994; Abramson N, *Am J Med* 100:365, 1996; Fallowfield L, *Lancet* 348:421, 1996.

[350] Jonsen AR, Siegler 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 רבי יהודה הלוי, וכתב יומן אישי מרתק; סטיבן הוקינג, אסטרופיזיקאי דגול, שסבל כמעט כל ימיו הבוגרים ממחלת ניוון שרירים (ALS), ובכל זאת חידש חידושים עצומים בתחום האסטרונומיה; מורי שוורץ, 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 — ובחרת בחיים, 2003; פעם אחת, 2004.

[352] Simmons Z, et al, *Neurology* 55:388, 2000.

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 שונים[353], והן בפסיקות של בתי המשפט, בעיקר בארה״ב[354]. אכן, יש המטילים ספק מוסרי רב בהחלת העקרון הזה בצורה קיצונית, ובעיקר במצבים סופניים, כאשר הרצונות האמיתיים של החולים לא ידועים באותו זמן ובאותו מצב[355].

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 הרופאים[358].

לעתים קורה מצב הפוך, היינו שהרצון האוטונומי המשוער 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 משפטית[359].

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 כמחייבת[360].

[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 Suppl):N40, 2001. **[357]** ראה — Waisel 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

הטבה לזולת ומניעת נזק מהזולת — עקרונות אלו משמשים בעיקר בשיקולים כיצד לנהוג בחולה שאינו בר-כושר שיפוט[361]. 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 סופניים[362]. אכן, יש שהוכיחו ששינוי במדיניות ביחס לחולה הנוטה למות לא יביא לצימצום משאבים, ולפיכך גורם זה כשלעצמו איננו מצדיק את שינוי המדיניות[363]. 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 מוסרית[364]. כמו כן יש הרואים בהתפתחות המגמה של כתיבת הנחיות רפואיות מקדימות[365] משום מכשיר לצמצום עלויות ולאו דווקא מכשיר לביטוי אוטונומיה, ובכך יש החטאה מוסרית של עקרון ההנחיות הרפואיות המקדימות[366].

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 בחיים[367]. 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

ובשלותו השכלית והנפשית, ובהתאם לכך לשתף אותו בהחלטה על המשך הטיפול הרפואי בו. וראה עוד בנידון Traugott I and Alpers A, *Arch Pediatr Adolesc Med* 151:922, 1997. **[361]** ראה להלן הע׳ 523 ואילך. **[362]** ראה ע׳ משאבים מגבלים. **[363]** Emanuel EJ and 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 ואילך. **[365]** ראה להלן הע׳ 524 ואילך. **[366]** Levinsky NG, *N Engl J Med* 335:741, 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,

הממוצעת היתה רק 29 ימים[368]. 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 החלקלק[369] — הוא מצב, שאם מתירים התנהגות מסויימת 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 הבדלים רעיוניים בין ההתנהגויות הנכונות והבלתי-נכונות[370]. 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 מכך[371].

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 מדוייקת 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 אפלטון[372] 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 אותנזיה לאזרחיה.

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

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 ט4, על שם מקום מישכנו של המרכז ברח' טירגרטן 4 בברלין, 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 השניה, 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 קאטל[373]. 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 היהודים[374]. כמו כן מן הראוי לציין את חלקם של רופאים-מדענים גרמנים ידועי-שם בתכניות האותנזיה האאוגנית הנאצית, ובראשם הרופא-המדען ד"ר יוליוס הלרוורדן[375]. יתר על כן, דווקא ההתייחסות לחולה הנוטה למות בתרבות המערבית בשנים האחרונות מדגימה ומוכיחה את נכונות החשש מפני המדרון החלקלק[376].

מושגים והגדרות

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

[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' 405. **[375]** Julius אותנסיה, עמ' 57 ואילך.

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

זה היה לקי בשנת 1869[377]. יש לציין, שמושג זה מופיע לראשונה במקורותינו[378]. 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 למות[379]. יש להדגיש, כי המושג אותנזיה לא מוגדר דיו ברמה הפילוסופית-פילולוגית, יש לו מובנים רבים, והוא גורם לבלבול רב[380].

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 מיידי, ולבין הימנעות מטיפול שיביא למוות מיידי. הגבולות המוסריים בין שלושת המצבים הללו לא מוגדרים דיים, והם נעשים על פי נטיות ותחושות אינדיבידואליות וציבוריות[381].

בעיקר קיימת תפיסה מוסרית המתנגדת להבחנה בין הפסקת טיפול לבין הימנעות מטיפול, כאשר המטרה והתוצאה הסופית הם זהים[382], 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 במותו 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 הטיפול[383].

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

[377] Lecky WE, *History of European Morals*, Vol 1 233,XI, 1869. **[378]** ב״ק נא ע״ב; 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 — Beauchamp TL and Davidson AI, *J Med Philo* 4:294 1979; Beauchamp TL and Walters L, *Contemporary Issues in Bioethics*, 2nd Ed, 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. הד, אתיקה ורפואה, אוניברסיטה משודרת, 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.

ההחלטות הללו[384].

כמו כן יש המבחינים בין הפסקת טיפול רציף, שתוצאותיו הם מוות וודאי ומיידי, 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 מטיפול[385].

טיפול עקר[386] — השימוש במושג ׳טיפול עקר׳ במובנו המוגדר ביחס לחולה הנוטה למות החל בשנת 7198[387], ומאז הפך להיות מושג נפוץ בקרב האתיקאים והרופאים העוסקים בתחום זה[388].

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 התיפקוד 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 עקרים[389]. יש להדגיש, שרק ההגדרה הראשונה היא מדעית; כל הגדרה אחרת היא בעצם הערכה ערכית של החלטה אם לטפל אם לאו, ולא החלטה רפואית-אובייקטיבית. ואמנם הוויכוח על ההגדרות והיישומים של המושג ׳טיפול עקר׳ נמשך ללא יכולת הכרעה[390], עם מגמה ברורה לדחיית השימוש במושג זה[391]. יש אף הרואים בשימוש במושג זה על ידי רופאים משום ניצול לרעה של עקרון מוסרי[392]. ואמנם בכל התביעות שנידונו בבתי המשפט בארה״ב נדחו טיעונים של רופאים אודות טיפול עקר, כאשר החולה או בני משפחתו דרשו

[384] Christakis NA and Asch DA, *Am J Public Health* 85:367, 1995. **[385]** הוועדה הציבורית להענייני החולה הנוטה למות, ״ועדת שטינברג״ — ראה בנספח א. **[386]** futile treatment. **[387]** Lantos JD, et al, *Am J Med* 87:81, 1989; Helft PR, et al, *N Engl J Med* 343:293, 2000. **[388]** Jonsen AR, *Am J Med* 96:107, 1994. **[389]** ראה — 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 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. **[391]** Fine RL and Mayo TW, *N Engl J Med* 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. **[392]** Schneiderman LJ, et al, *Arch Intrern Med* 161:128, 2001.

המשך טיפול כזה[393].

מצב סופני[394] — 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 והצפויים[395].

התוצאה הכפולה[396] — היינו פעולה שיש לה שתי תוצאות אפשריות, אחת טובה ואחת רעה, מותרת לביצוע מבחינה מוסרית, בתנאים הבאים: הפעולה כשלעצמה היא מוסרית; הפעולה מכוונת רק לתוצאה הטובה, למרות שהתוצאה הרעה היא אפשרית ונצפית; התרחשות התוצאה הטובה איננה נגרמת באמצעות התוצאה הרעה; והפעולה מבוצעת עבור מטרות נאותות מבחינה מוסרית[397]. 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 מתכוין", 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 הכפולה[398].

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 Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*, 1983. **[396]** double effect. **[397]** ראה — Sulmasy 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.

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 אותנזיה 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 אותנזיה 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 למות[399]. 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 מותר[400]. לעומתם, יש המבחינים בין הימנעות מטיפול לבין הפסקתו, ורואים בהפסקה בעיה מוסרית גדולה יותר, שכן זוהי פעולה ישירה שמביאה למוות, והגבול בינה לבין אותנזיה פעילה הוא מטושטש מאד. כמו כן הימנעות מטיפול מאפשרת לחולה למות ממחלתו, בעוד שהפסקת טיפול מקרבת את מותו על ידי פעולה של הרופא[401].

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

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

שטיפול מסויים הוא בלתי שגרתי במובן 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 לשגרתי[402]; 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 מדוייקים 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 הטיפול[403]. מרבית ההחלטות נגעו להימנעות מהחייאה, או להפסקת פעולת 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 ההחלטה[404]. 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 חיים[405]. 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 מהחייאה[406]. 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 למות[407].

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

[402] Bok S, *Encyclopedia of Bioethics*, p. 270 וראה — Smedira NG, et al, *N Engl J Med* 322:309, 1990. **[403]** Koch KA, et al, *Crit Care Med* 22:233, 1994. **[404]** Manara AR, et al, *Anaesthesia* 53:523, 1998. **[405]** Prough DS, *Lancet* 358:1920, 2001. **[406]** The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee, *Crit Care Med*

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 אסורה[409]. 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

מתן מזון ונוזלים. זמן המוות הממוצע של החולים שלגביהם התקבלה החלטה כזו היה שלושה ימים[410]. 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 בכיר[411].

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 בשיכוך כאבים ובהרדמה[412].

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

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* **[410]** *Med* 24:162, 1998. **[411]** זוננבליק מ ואח', הרפואה קמב:650, 2003. וראה מאמר מערכת בנידון — א. שטינברג, הרפואה קמב:672, 2003.

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*

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 מהחייאה[413].

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 לאו[414]. אכן, בפועל רוב החולים אינם משותפים בהחלטות אלו, כי הנושאים הם קשים לדיון, והרופאים נמנעים מלדון עם החולים על כך[415].

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 סבירה[416]. יתר על כן, יש אפילו הסבורים, שבמצבים מסויימים יש זכות לרופא ולחברה להימנע מהחייאה, אפילו כאשר החולה ו/או בני משפחתו מבקשים במפורש לבצע החייאה[417]. לעומתם, יש הסבורים שהחלטה כזו היא ערכית ביסודה, ומהווה חלק יסודי מזכויות האוטונומיה של החולה, ולכן היא זקוקה בכל מקרה להסכמה של החולה[418]. 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 מסויים[419]. 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

[413] DNR = Do-Not-Resuscitate. על הבעייתיות של מושג זה ויישומו ראה — Lo B, *JAMA* 265:1874, 1991. **[414]** President's Commission, 1983. **[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. וראה להלן הע' 432 ואילך. 336:652, 1997.

[417] 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* 265:1874, 1991. **[418]** Youngner SJ, *JAMA* 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. **[419]** ראה — Rosenberg M, et al, *Arch Intern Med* 153:1370, 1993; McIntyre KM, *Arch Intern Med* 153:1293, 1993. וראה לעיל

מאריך-חיים על פי תפיסתם הערכית, ועל הרופאים לכבד בקשתם זו[420].

"החייאה איטית"[421] היא בלתי מוסרית בעליל, ואסור לרופא לנהוג בדרך זו[422]. 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].

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 החייאה[424]. 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 זה[425].

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

[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 הנוהגיחם בשיטה זו, ראה — Einav S, et al, *Resuscitation* 62:181, 2004.

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

להגביל את השימוש בשיטות החייאה בגיל מתקדם, שכן יש לראות בהחייאה בזקנים טיפול עקר, גם אם מבחינה רפואית אין זה כך[426], 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 לגיל[427].

פיגור שכלי או שיטיון[428] 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 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 הפסקתה[429]. מאז התרבו מאד התקנונים וההנחיות שהתפרסמו בספרות הרפואית, ואשר מיושמים בבתי חולים רבים בארה״ב[430]. תקנונים אלו מכילים עקרונות מוסריים כלליים, דרישות ותנאים לביצוע החלטה זו, והדרכים המעשיות ליישומה ולרישומה. הנחיות דומות תוקנו גם במדינות אחרות, כגון בריטניה[431].

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 הפסקתם[432].

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

[426] Callahan D, *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. וראה לעיל הע׳ 77 ואילך והע׳ 288. **[428]** dementia. **[429]** AMA, *JAMA* 227(Suppl):864, 1974; 21:1277, 1992; Adams JG, et al, *Ann Emerg Med* 21:1273, 1993.

[430] ההנחיות המקוריות של ההסתדרות הרפואית האמריקאית והחברה הקרדיאלית האמריקאית עברו מספר שינויים משמעותיים — ראה *JAMA* 255:2981, 1986; *JAMA* 244:507, 1980; *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*

ומורפיום, במינונים גדלים והולכים, כאשר המטרה היא לדכא כל תסמנין של תחושת מחנק אצל החולה לאחר ניתוקו ממכשיר ההנשמה. במחקרים שונים נמצאו זמנים שונים למותו של החולה מרגע הפסקת מכשיר ההנשמה: במחקר אחד נמצא כי מות חולה לאחר ניתוקו 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 החולה[433]; במחקר אחר נמצא כי מות החולה לאחר הפסקת טיפול בהנשמה התרחש בין 2.1 לבין 6.5 שעות, בממוצע 4.3 שעות[434]; ובמחקר אחר נמצא שהמוות התרחש בממוצע 7.5 שעות לאחר ניתוק ממכשיר הנשמה, עם טווח של שעה ועד 24 שעות[435].

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, 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 קצרה[436].

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, ולאו דווקא החייאה. לפיכך, גם מתן מזון בצנתר לקיבה[437], מתן מזון דרך פיום-קיבה[438], או מתן נוזלים דרך עירוי ווריד, נחשב ומוגדר כטיפול. יש שהוסיפו חיזוק לטיעון נגד המשך מתן מזון ונוזלים בכך, שפעולה כזו בחולים בתירדמת עלולה גם לגרום לסיבוכים[439]. ואכן, התגבשו המלצות של אתיקאים שונים בארה"ב להפסיק מתן מזון ונוזלים, וגם בתי משפט שונים בארה"ב קיבלו דעה זו,

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

והורו על הפסקת מזון ונוזלים[440]. 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 מבוגר[441].

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 היסודית[442]. יש הטוענים שהימנעות ממזון ונוזלים גורם לסבל נוסף לחולה, ולפיכך אין להפסיקו; 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 לחולה[443]. 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 שבשלבים 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

[440] Micetich KC, et al, *Arch Intern Med* 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* 104:1646, 1993. **[442]** Ramsey P, *The 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 Med* 64:363, 1988; Rosner F, *Chest* 104:1892, 1993; Rosin AJ and Sonnenblick M, *J Med Ethics* 24:44, 1998. וראה גם 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* 109:723, 2000. וראה עוד Brody H, *Am J Med* 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,

ולשתות[444].

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 פיום-קיבה, כדי להמשיך ולהאכילם בצורה נוחה[445]. 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 החליט בשנת 1993, שמותר מבחינה חוקית להפסיק מזון מחולה במצב של ׳צמח׳, אך בכל מקרה אסור לקרב מותו בידיים[447]. 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 כולו[448].

דוגמא נוספת לחולים שאינם נוטים למות, כשהם בהכרה מלאה, אך משותקים לחלוטין, וזקוקים להנשמה מלאכותית[449]. האקדמיה הנוירולוגית האמריקאית הציעה להתיר מבחינה מוסרית את הפסקת מכשיר ההנשמה מחולים כאלו, כדי לאפשר להם מיתה מהירה, בתנאי שהדבר נעשה בהסכמת החולים עצמם[450].

[444] ראה — Ganzini L, et al, *N Engl J Med* 349:359, 2003. **[445]** ראה — Ashwal S, et al, *Ann Neurol* 32:570, 1992. אמנם ראה מאמרו של 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 Neurol* 33:386 1993. **[446]** Fox E and Stocking C, *JAMA* 270:2578, 1993. **[447]** Brahams D, *Lancet* 341:428, 1993 וראה עוד בנידון — *Lancet*, 337:96, 1991; *Lancet*, 341:410, 1993; 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, גיליון 31 עמ׳ 41 ואילך, 2004. **[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. **[450]** AAN, *Neurology* 43:222, 1993; Bernat JL, et al, *Neurology* 43:224, 1993. אך ראה במאמר Patterson DR, et al, *N Engl J Med* 329:484, 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, 2003), הוקדש למיגוון הסוגיות הנוגעות למצב הוגטטיבי, כולל בעיות הגדרתיות-רפואיות, גישות אתיות וגישות דתיות.

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 פעילה[451].

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 חלקלק[452], 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"; לעתים ה'חסד' בהמתה הוא לקרובי המשפחה ולחברה, ולאו דווקא לחולה הנוטה למות[453]; הסכמה חברתית לדרך פעולה כזו תימנע את המחקר והקידמה בפיתוח שיטות טיפול יעילות למניעת כאב וסבל; פעולה כזו תיגרום להרס האימון בין החולים לרופאים; אין זה תפקיד הרופא להיות התליין של החברה; תפקיד הרופא והרפואה הוא להאריך ולשפר חיים, ולא להרוג חולים; קיים הבדל בסיסי בין אותנזיה פעילה, שבה סיבת המוות היא פעולת הרציחה הישירה של הרופא, לבין אותנזיה סבילה, שבה החולה מת ממחלתו, והמוות בא באופן טבעי; תפקיד הרופא מסתיים כשאין לו מה להציע לחולה, אבל איננו נמשך עד להמתתו; אותנזיה פעילה היא בלתי הפיכה, בעוד שאותנזיה סבילה עדיין משאירה לעתים מקום לשיקול-דעת חוזר, ולתיקון טעויות באבחנה ובתחזית; יש דרכים אחרות להקל על סבלו של חולה הנוטה למות, והצעה מהירה ונדיבה להורגו כדי לגואלו מיסוריו איננה מוצדקת גם על רקע הרצון לעזור לחולה[454].

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

[451] ראה — Rachels 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. ראה לעיל הע' 369 ואילך.

[452] עד כמה צריך להיזהר מפזיזות בהחלטות גורליות כאלו במצבים הנ"ל, 328:506, 1993.

[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 קבה:236, 1993.

גדולה יותר להתנגדות לפעולה כזו בין הרופאים[455]. לעומתם, קיימת נטיה גדולה יותר לעודד את ההסכמה הציבורית להמתה פעילה בקרב הפילוסופים והאתיקאים. לפיכך היה מי שהציע שהפילוסופים הם שיבצעו בפעול את ההמתה הפעילה ולא הרופאים[456].

ההסתדרות הרפואית העולמית[457], 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 מקרה[458].

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 התנגדות הן להמתה פעילה והן לסיוע להתאבדות, וקראה לחבריה לדבוק בעקרונות של רפואה פליאטיבית טובה[459].

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 להתאבדות[460].

הנוירולוגים האמריקאיים הביעו התנגדות לסיוע רופא להתאבדות ולהמתה פעילה של חולים נוטים למות, ודרשו עידוד ושיפור הטיפולים הפליאטיביים לחולים אלו[461].

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 שונים[462].

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

[455] ראה למשל Cohen JS, et al, *N Engl J Med* 331:89, 1994. **[456]** Elliott C, *BMJ* 313:1088, 1996. **[457]** הצהרה על אותנזיה, מדריד, 1987. עמדה זו אושררה גם בשנת 2002, תוך גינויים למצב בהולנד בנידון — ראה Sheldon T, *BMJ* 325:675, 2002. **[458]** Editorial, *Lancet* 343:430, 1994. **[459]** *Can Med Assoc J* 152:248A, 1995. **[460]** Emanuel EJ, et al, *Ann Intern Med* 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.

בסיוע כזה חלק מהזכות החוקתית של האזרח האמריקאי[463].

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 פעילה[464].

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 חסד[465].

בסקר שנערך בשלהי המאה ה-20 בארה״ב נמצא כי כ-7% מהרופאים בצעו לפחות פעם אחת המתה פעילה או סייעו להתאבדות, למרות שפעולות אלו היו בלתי חוקיות בארה״ב באותה עת[466].

באירופה בראשית המאה ה-21, היה איסור חוקי על המתה פעילה בכל המדינות למעט בלגיה והולנד[467].

בהולנד מתבצעת אותנזיה 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

[463] ראה — Batavia AI, *N Engl J Med* 336:54, 1997. **[464]** Foley KMMM, *N Engl J Med* 336:1671, 1997. **[465]** Emanuel EJ, et al, *JAMA* 284:2460, 2000. **[466]** Meier DE, et al, *N Engl J Med* 338:1193, 1998. **[467]** על הגישות החוקיות

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 התנאים[468]. 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 בטלויזיה הממלכתית ההולנדית סרט דוקומנטרי, המתאר בפירוט רב את תהליך ההריגה של חולה סופני על ידי רופא[469]. ביקורת קשה פורסמה על התהליך, ובין היתר נטען שלא התקיימו במקרה המצולם התנאים ההכרחיים להצדקת הריגה פעילה, אפילו על פי קני-המידה של ההולנדים עצמם[470].

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 שנה[471]. מספר הפניות של חולים בבקשה למות בדרך של אותנזיה פעילה הוא כ-5000 לשנה[472]. 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 אידס-הומוסקסואלים, ששיעורם הגיע ל-22%[473]. בשלהי המאה ה-20 הומתו בהולנד בשיטות אותנזיה או סיוע רפואי להתאבדות 20% מכלל חולי טרשת צד חוט השדרה[474]. מספר המקרים של המתות פעילות על פי דיווחים רשמיים בהולנד עלה מ-19 מקרים בשנת 1984 ל-2216 מקרים בשנת 1999[475], אך על פי כל המחקרים והעדויות היו מקרים רבים מאד שלא דווחו כלל[476].

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 מההמתות הפעילות מדווחות כנדרש;

לאותנזיה פעילה ולסיוע להתאבדות בעולם המערבי — ראה Cohen-Almagor R, *NY International Law Rev* 16(1):1, 2003. **[468]** de Wachter MAH, *JAMA* 262:3316, 1989; Gomez CF, *Regulating Death: Euthanasia and the Case of the Netherlands*. New-York, The Free Press, 1991. וראה עוד 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 ב- News, *BMJ* 309:1107, 1994. **[470]** ראה Hendin H, *Hastings Cen Rep* 25(3):19, 1995. **[471]** ראה — 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. **[473]** Bindels PJE, et al, *Lancet* 347:499, 1996. **[474]** היינו מחלת ALS — ראה Veldink JH, et al, *N Engl J Med* 346:1638, 2002. **[475]** van der Wal G and Dillmann RJM, *BMJ* 308:1346, 1994; Onwuteaka-philipsen BD, et al, *BMJ* 331:691, 2005. **[476]** Onwuteaka-philipsen

בוצעו מקרים לא מעטים של המתת קטינים ויילודים פגומים, אפילו ללא הסכמת ההורים[477]; בוצעו המתות קטינים עם מחלות סופניות[478]; בוצעו המתות חסד של אנשים מחוסרי הכרה, ללא הסכמה מודעת מפורשת של החולה[479]; בוצעו המתות חסד של אנשים הסובלים משטיון[480], מפיגור שכלי[481], ממצב של 'צמח'[482], ומהפרעות פסיכיאטריות שונות[483]. במקרים רבים התקבלה ההחלטה על ידי רופא בודד, ללא שיתוף וייעוץ של רופא נוסף[484]. ואמנם בשנת 1994 נידון בבית המשפט העליון של הולנד מקרה של פסיכיאטר הולנדי[485], אשר סייע בהתאבדות של חולה שסבלה מדכאון. חולה זו סרבה לקבל טיפול תרופתי למחלתה, למרות שהוא יכול היה 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 למות[486]. מצב זה הוא ללא ספק הידרדרות חמורה במדרון החלקלק[487]. יש מי שטען, שהאותנזיה בהולנד יצאה מכלל שליטה, ויש מאות ואלפי מקרים של

[477] ראה BD, et al, *BMJ* 331:691, 2005. Orlowski 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 *BMJ* 305:1312, 1992. וראה עוד Versluis C, *Lancet* 341:794, 1993. **[478]** ראה — 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 *BMJ* 303:984, 1991. **[480]** ראה — van Thiel GJMW, et al, *BMJ* 315:88, 1997; van der Maas PJ, *BMJ* 315:73, 1997. **[481]** *BMJ* 306:1364, 1993. Beaufort I, *N Engl J Med* 352:2373, 2005. **[482]** Groenewoud JH, et al, *N Engl J Med* 336:1795, 1997; van Thiel GJ, et al, *BMJ* 315:88, 1997. **[483]** חריגות אלו נחקרו 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; מכתבים למערכת, *Lancet*, 338:1010 1991. וראה עוד — van-der-Wal G and Dillman RJ, *BMJ* 308:1346, 1994; Woodruff R, *Lancet* 358:667, 2001; ר. כהן-אלמגור, רפואה ומשפט כח:44, 2003. **[485]** Dr. B. Chabot. **[486]** ראה תיאור המקרה והדיון — News, *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

המתת חסד ללא הסכמת הנהרג, וללא דיווח לרשויות[488]. 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 חסרי תועלת[489]. 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 פעילה[490].

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 המפורשת[491]. ביחס ליילודים פגומים, התברר כי ב-16% מכלל התינוקות שמתו מתחת לגיל שנה בוצעה המתה פעילה[492]. מספר שנים לאחר האישור החוקי לבצע המתות חסד בבלגיה, התירה המדינה למכור ערכות להמתת חסד בבתי המרקחת. הערכות כוללות את החומרים לביצוע ההריגה, וכן

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 דיגניטס, 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 באירופה[493].

בטריטוריה הצפונית של אוסטרליה התקבל בשנת 1996 חוק המתיר אותנזיה פעילה[494]. 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 חולים[495].

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 חוק[496].

הגישה בארה״ב חלוקה מאד, והוויכוח

לצורך היתר המתת חסד — ראה 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* 342:551, 2000. **[491]** Deliens L, et al, *Lancet* 356:1806, 2000. **[492]** Provoost V, et al, *Lancet* 365:1315, 2005. **[493]** ראה Newsdesk, *Lancet Neurology* 2:135, 2003. **[494]** ראה על פרטי החוק במאמר — Ryan CJ and Kaye M, *N Engl J Med* 334:326, 1996. **[495]** Kissane DW, et al, *Lancet* 352:1097, 1998. **[496]** ראה להלן הע׳ 505 ואילך.

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 קטן[497]. גם סיוע של רופא להתאבדות של חולה אסורה בארה״ב[498], 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 1993[499].

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, שכינויו היה ״דוקטור המוות״, נשפט וזוכה שלוש פעמים בבתי משפט במדינת מישיגן בארה״ב, אך שיטותיו עוררו התנגדות ציבורית רחבה. בשנת 1999 הוא צילם בוידיאו את הריגתו של חולה בשם תומאס יוק, שסבל מטרשת צד חוט השדרה, ובה הוא נראה מזריק בעצמו את החומר הקטלני לחולה. קוורקיאן מסר את הוידיאו 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 הפעילה[500].

בסוף שנת 1994 נחקק חוק ׳מוות בכבוד׳[501] במדינת אורגון שבארה״ב[502]. 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

[497] ראה — Blendon RJ, et al, *JAMA* 267:2658, 1992. וראה עוד במאמר — Annas 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; Annas GJ, *N Engl J Med* 328:1573, 1993. וראה עוד — Caine ED and Quill TE, *JAMA* 270:870, 1993; Conwell YC, *JAMA* 270:876, 1993; Roscoe LA, et al, *N Engl J Med* 343:1735, 2000. **[501]** Death with Dignity Act. **[502]** ראה פירוט ההיבטים המעשיים הקשורים לחוק זה במאמר — Alpers A and Lo B, *JAMA* 274:483, 1995. וראה עוד — Annas 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* 339:167, 1998; י. דורון, רפואה ומשפט כח:57,

להתאבדות, ומתוכם 15 אנשים נטלו את התרופות הקטלניות ומתו[503]; 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 השדרה[504]; בתום חמש שנים מחקיקת החוק מתו בדרך זו 129 חולים, שהיוו 65% מכלל החולים שבקשו סיוע להתאבדות[505]. יחד עם זאת קבע בית המשפט הפדרלי העליון בארה"ב שאין ליחיד זכות חוקתית לקבוע את עתוי מותו בדרך של סיוע אחרים להתאבדותו[506]. רבים בארה"ב התנגדו לחוק זה, והתובע הפדרלי הכללי אף טען שהוא מנוגד לחוקה האמריקאית[507].

בארה"ב פורסם ספר שלם המוקדש לעצות על התאבדות[508], 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 הנוטים למות, הוא המוני, והוא משמש כלי עזר שלילי לכל מיני אנשים, ובעיקר בני נוער, שיש להם נטיות התאבדות[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 סוזן ון-דה-פוט בעיר לייג׳ שבבלגיה, אשר בעזרת בני משפחתה הרגה את תינוקה, שנולד פגוע בעקבות בליעת תלידומיד בהריונה. בית המשפט זיכה אשה זו מכל אשמה[510]; 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 להתאבדות[511]; באנגליה, בשנת 1992, הואשם והורשע רופא בשם ניגל קוקס על

[503] Chin AE, et al, *N Engl J Med* 2003. **[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 במאמר — Orentlicher D, *N Engl J Med* 337:1236, 1997. **[507]** קולג׳ הרופאים האמריקאיים והחברה האמריקאית של רופאים-פנימיים פרסמה עמדה המתנגדת להתיר 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. וראה אוסף של מאמרים 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 Press, 2002. **[508]** Humphry D, *Final Exit*. 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*

הריגת חולה נוטה למ ות על ידי הזרקת כמות קטלנית של כלוריד-האשלגן[512]; בגרמניה, בשנת 1993, נשפט אדם בשם אבוט על מכירת כמוסת הרעל ציאניד במחיר מופקע לאשה שביקשה להתאבד, לאחר שקיימה יחסי מין עם חולה אידס[513].

שיכוך כאבים — קיים וויכוח בין רופאים ואתיקאים ביחס למשמעות של שיכוך 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 החולה[514]; 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 אם לאו[515], ובטיפול סדטיבי מושכל התברר כי דווקא מטופלים אלו בסוף חייהם האריכו יותר ימים בהשוואה לחולים דומים ללא סדציה[516].

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 שיפוט, ועד ההיתר להמתה פעילה של חולים שאינם ברי-כושר שיפוט. כל השינויים הללו התרחשו בתוך פרק זמן קצר מאד של פחות משני עשורים, החל מפסק הדין בארה״ב בעניינה של קארן קווינלן בשנת 1976[517].

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

Med 324:691, 1991. על משפטו ראה — Blendon RJ, et al, *JAMA* 267:2658, 1992. **[512]** ראה — Dyer C, *BMJ* 305:731, 1992. **[513]** ראה — *BMJ* 306:251, 1993. על מקרים נוספים ראה — Rosner F, *Modern Medicine and Jewish Ethics*, 2nd ed, 1990:190; Brahams D, *Lancet* 340:782, 1992. על 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.

[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. **[516]** Sykes N and Thorns A, *Arch Intern Med* 163:341, 2003. **[517]** ראה — Sprung CL, *JAMA*

לא ניתן להחיל גישות אתיות מערביות עכשוויות על כל קבוצות האוכלוסיות המגוונות במדינות השונות[518].

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 צלול 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 החלטתו[519].

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 ונוירולוגיים[520], ובין מערכות רפואיות ומערכות משפטיות. מבחינה מעשית מקובל להניח שאדם הוא כשיר לקבלת החלטות אלא אם כן הוכח אחרת, או למיצער 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

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

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

על בקשה רגעית ומיידית של חולה כזה יכולה להסתיים באסון בלתי הפיך[521]. ואמנם בפועל הרופאים כמעט שאינם דנים עם החולים הנוטים למות אם לבצע בהם החייאה אם לאו, אפילו אם הם במצב של כושר שיפוט תקין, ורבים מקרובי המשפחה אף מתנגדים לדיון כזה. זאת למרות העובדה שחולים ברי-כושר שיפוט תקין שנשאלו על רצונם לדון בנושא זה, אמנם הביעו רצון חיובי ברור[522].

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 למות[523].

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.

הנחיות מראש כוללות את הצורות הבאות:

'צוואה מחיים'[524], או הנחיות רפואיות מקדימות[525] — 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"ב[526]. 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, לתוכנן, לשיטות תיעוד, לתהליכים מקדמיים הנדרשים לחוקיותן, לסייגים אישיים וחברתיים שונים, ולדרכי ביטול ההנחיות, ויש שאין כל הגבלות לדרך כתיבת ההנחיות[527]. כמו כן יכול שההנחיות יינתנו

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]** ראה — Morgan R, et al, *BMJ* 308:1677, 1994; Hill ME, et al, *BMJ* 308:1677, 1994; Florin D, *BMJ* 308:1653, 1994. **[523]** Rubin SM, et al, *JAMA* 271:209, 1994. **[524]** המושג living will. הזה הוטבע לראשונה על ידי קוטנר — Kutner L, *Indiana Law J* 44:539, 1969. **[525]** על advance medical directives. ההבדלים בין שני סוגי מסמכים כאלה — ראה Emanuel LL, et al, *JAMA* 261:3288, 1989. **[526]** ראה — Bok S, *N Engl J Med* 295:367, 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

בכתב, או יתועדו בדרכים אחרות כמו הקלטה, וידיאו 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 כן[528]; בלתי אפשרי לנסח בצורה ברורה וחד-משמעית את כל המצבים העתידיים 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 המשפט[529]. 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 אמת[530]. כמו כן מתברר ממחקרים שונים שחלק מהרופאים נוטים להתעלם מההנחיות המקדימות בזמן אמת בטוענות שונות, ואינם מקיימים את הדרישות הכלולות במסמכים כאלה[531]. אמנם כבר היו תביעות משפטיות בארה״ב נגד רופאים שביצעו החייאה או טיפולים תומכי-חיים אחרים בחולים נוטים למות שהשאירו הנחיות רפואיות מקדימות שאין

SSSC, et al, *Arch Intern Med* 155:1025, 1995. **[528]** אמנם התפרסם מחקר המצביע על יציבות בהחלטות שנוסחו בצוואות מחיים, אך רק בטווח של 1-2 שנים — ראה Emanuel LL, et al, *Arch Intern Med* 154:209, 1994. **[529]** ראה — Brett AS, *JAMA* 266:825, 1991; Emanuel EJ and Emanuel LL, *J Clin Ethics* 1:9, 1990; Emanuel LL and Emanuel 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, 3991. **[530]** Sehgal A, et al, *JAMA* 267:104 1992. **[531]** ראה — Gilligan T and Raffin TA, *Ann Intern Med* 125:137, 1996.

רצונם בטיפולים כאלו[532].

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 המכינים הנחיות מקדימות הוא נמוך יחסית[533]. 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 החולים[534]. 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 בהם[535].

לאור נימוקים אלו ואחרים יש הסבורים שהנחיות מקדימות נכשלו לחלוטין, לא השיגו את מטרותיהם, ויש להפסיק את הפעלתם וקידומם[536].

לאור הקשיים ביישום הנחיות רפואיות מקדימות, ולאור העובדה שלא רבים נוקטים בדרך זו, יש המציעים ליישם שיטות של הנחיה בזמן אמת, במקום הנחיות מראש[537]. 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 ומסויים[538] בעת היות החולה בר-כושר שיפוט, בדרך של יפוי כוח בלתי חוזר[539], 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 מישהו שיוכל לסמוך עליו בצורה כה מלאה, שהחלטותיו ביחס לחיים ומוות יהיו

[532] ראה Rodriguez KF, *J Legal Med* — **[533]** Emanuel LL, et al, *N Engl* .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, *Lancet* 358:1920, 2001. וראה עוד על קשיים יישומיים של הנחיות מקדימות — Roter DL, et al, *Arch Intern Med* 160:3477, 2000 **[534]** Sehgal AR, et al, *JAMA* 276:1652, 1996. **[535]** Menikoff JA, et al, *N Engl J Med* 327:1165, 1992; Stelter KL, et al, *Arch Intern Med* 152:954, 1992. **[536]** Fagerlin A and Schneider CE, *Hastings Cen Rep* 34(2):30, 2004. **[537]** ראה — O'Neill D, *Lancet* 358:1921, 2001. **[538]** proxy, surrogate. **[539]** durable power of attorney.

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 אישיותו[540].

יש המשלבים את שתי השיטות גם יחד — מפרטים מצבים רפואיים שונים, וכיצד יש לפעול בהם לפי רצונם, וגם ממנים אדם מסויים, אשר יחליט מה ייעשה במצבים שלא פורטו במסמך הצוואה[541].

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 ייעשה בהם[542].

בבריטניה קיבל בית המשפט העליון בשנת 1993 החלטה שיש לצוואות מחיים תוקף משפטי מחייב[543].

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 הטיפול[544]. 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 אמת[545].

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 החולה[546], 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] ראה — Epstein A, *Med Care* 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. **[541]** שתי השיטות הללו נידונו על ידי הסתדרות הרופאים האמריקאית, ומסקנותיהם פורסמו בחוברת מיוחדת — Report of the Board of Trustees 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* 266:410, 1991. **[543]** ראה — Dyer C, *BMJ* 307:1023, 1993. **[544]** Schneider- man LJ, et al, *Ann Inter Med* 117:599, 1992. **[545]** Danis M, et al, *N Engl J Med* 324:882, 1991. **[546]** Sonnenblick M, et al, *J Am Geriatr Soc* 41:599, 1993; Thomasma DC, *J*

פיהם להפסיק טיפול מאריך-חיים[547], ובחלק מהמקרים לא השתכנעו בכך[548].

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 להחליט[549]. 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 זה[550]. מה גם שמבחינה מוסרית האדם בהיותו כשיר איננו אותו אדם כשאיבד את כשירותו, ולפיכך לא ניתן להשליך אוטומטית את ההערכה על רצונותיו ממצב אחד למישנהו[551].

חולה שאינו כשיר, ואשר מעולם לא היה בר-כושר שיפוט, כגון יילוד, קטין, או מפגר מלידה. במצבים אלו לא רק שאין אנו יודעים באופן ישיר או עקיף מה החולה היה רוצה שייעשה בו, אלא שאין בידינו אפילו נתונים על מערכת ערכיו, רצונותיו ושיקוליו. אי לכך, על מקבלי ההחלטה להכריע על פי שיקול של טובת החולה[552]. אכן, קיימת בעיה קשה ביחס להגדרה של טובת החולה. באופן כללי מגדירים זאת כמצב שהמעמסה והנזק 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 חייו[553]. אכן דבר זה נתון למחלוקת, בגלל הקושי לקבוע אמות מידה נכונות לכל בני האדם.

הוועדה הביואתית 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 מבוגר[554]. ההחלטה

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

הסופית צריכה להתקבל על ידי ההורים או האפוטרופסים יחד עם הרופאים-המטפלים, ברוח העקרונות הנוהגים בחולים מבוגרים וכשירים לקבלת החלטות[555]. באופן דומה נידון גם מצבו של יילוד נוטה למות[556]. 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 מאד[557]. 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 באירופה[558].

הגורמים מקבלי ההחלטות — כאמור לעיל, יש מצבים שהחולה בעצמו יכול 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, ולאו 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 מכריע[559].

[555] Committee on Bioethics, AAP, *Pediatrics* 93:532, 1994. **[556]** ראה — Doyal L and Wilsher D, *Arch Dis Child* 70:F66, 1994. **[557]** Rebagliato M, et al, *JAMA* 284:2451, 2000. **[558]** Cuttini M, et al, *Lancet* 355:2112, 2000. **[559]** Pearlman PA, et al, *Ann Intern Med* 97:420, 1982; Hilfiker D, *N Engl J Med* 308:716, 1983.

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 אפוטרופסים 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 החולה[560].

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 הרופאים[561].

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

[560] ראה — Lo B and Steinbrook RL, *Arch Intern Med* 143:1561, 1983; Schram RB, et al, *N Engl J Med* 299:875, 1978.

[561] McHaffie HE, et al, *J Med Ethics*

המשפחה ועדכן אותם על מצב החולה, ומיקום פיזי נוח במסגרת היחידה לצורך קיום הדיונים הנדרשים[562].

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 מקרים[563]. 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 משלהם[564], מה גם שחלק גדול מהשופטים אינם מצויים כלל בסבך הבעיות העובדתיות והמוסריות הכבדות[565].

וועדה אתית[566] — וועדה רב-מקצועית המורכבת ממומחים בתחומי הרפואה, הסיעוד, 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; לייעץ על דרך הפעולה הטובה ביותר; להכריע בחילוקי דעות בתוך הצוות המטפל, ובינו 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׳רסי[567] 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 מיידיים ועניניים; הדיונים מתנהלים על ידי אנשים מקצועיים בתחומים רלוונטיים; דיוני הוועדה מאפשרים בירור נוקב של הנתונים

[562] 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 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]** בפסק

העובדתיים והמוסריים; הכרעות הוועדה נותנות תחושה טובה הן לרופאים והן לבני המשפחה, שההחלטה התקבלה תוך שיקול דעת מירבי וענייני. הנימוקים נגד וועדות אתיות הם: אין לוועדה סמכות הכרעה מחייבת, אלא רק מייעצת; 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 תושפענה מהקבוצה, והן אינן בהכרח דעתם האמיתית והנכונה; ריבוי המשתתפים מקשה על קשר בלתי-אמצעי עם החולה ו/או נציגיו[568].

לאור ההתפתחויות של וועדות אתיות וריבוי השימוש בהן בארה״ב, מוצע 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 מסקנותיהן[569].

עוד יש לציין, כי וועדות אתיות שכיחות במיוחד בארה״ב, אך הן פעילות פחות ומקובלות פחות בארצות אחרות[570].

בישראל הוקמו וועדות אתיות על פי חוק זכויות החולה[571], אך פעילותן היתה מצומצמת מאד[572], ויש הסבורים שאין להן כלל מנדט לדון בנושא החולה הנוטה למות. בהצעת חוק החולה הנוטה למות[573] 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

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 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 ומטרותיהן — ראה Thornton JG and Lilford RJ, *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.

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 לנגד 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 מסויימת, 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 שונות[574]

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-שגרתי, ומחייבת המשך טיפול שגרתי בלבד בחולים הנוטים למות[575]. היחס לחולה המוגדר כצמח,

[574] על גישת ההלכה — ראה לעיל בחלק ד.

[575] ראה — Boyle J, In: Brody BA, et al (eds), *Bioethics Yearbook*, Vol 1: Developments in Bioethics, 1991:14-18. אותנזיה סבילה הותרה על ידי האפיפיור פיוס ה-12 בשנת חייו האחרונה ב-1957 — ראה הרפואה והיהדות עמ׳ 153-154; Rosner F, *Modern Medicine and Jewish Ethics*, 2nd ed

ובעיקר השאלה אם מותר להימנע ממתן מזון ונוזלים לחולה כזה, שנויה במחלוקת בין חכמי הכנסיה הקתולית[576].

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 סופניים[577].

דת הבודהא אוסרת אף היא המתת חסד באופן מוחלט[578].

הצהרות והנחיות שונות

כללי — קבוצות שונות של מומחים ברחבי העולם פירסמו הנחיות והצהרות על ההיבטים המוסריים השונים הנוגעים 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 ברפואה[579]; מרכז הייסטינגס בניו-יורק, לחקר בעיות מוסריות ברפואה[580]; ההסתדרות הרפואית הבריטית[581]; ההסתדרות הרפואית האמריקאית[582]; החברה האמריקאית לרפואת חירום[583]; הקולג׳ האמריקאי של רופאי ריאות[584]; הקולג׳ האמריקאי של רופאי חירום[585]; החברה האמריקאית למחלות ריאה[586]; קבוצה בינלאומית של

.1990:194 שם, Boyle J — ראה **[576]**
Brody BA, et al (eds), — ראה בספר **[577]**
Bioethics Yearbook, Vol :1 Theological — — Developments in Bioethics, 1991 עמ׳ 31-36, עמדת המורמונים; עמ׳ 96-97, עמדת האורטודוקסים המזרחיים; עמ׳ 136-138, עמדת הלותרנים; 153-157, עמדת המתודיסטים; עמ׳ 169-170, עמדת הבפטיסטים. **[578]** ראה — Masao F, In Brody BA, et al (eds): *Bioethics Yearbook*, Vol :1 Theological Developments in Bioethics, 1991:65. **[579]** President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Behavioral Research: *Deciding to forego life sustaining treatment*. 1983. **[580]** Guidelines on the Termination of Life-sustaining Treatment and the Care of the Dying. Hastings Center Report, 1987. **[581]** Euthanasia: Report of the Working Party to Review the British Medical Association Guidance in Euthanasia. Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association: Euthanasia. 1989; May 1988. **[582]** AMA, *JAMA* 265:1868, 1991. וראה על עמדה זו — Lo B, *JAMA* 265:1874, 1991. **[583]** Task Force on Ethics, The Society of Critical Care Medicine, *Crit Care Med* .18:1435, 1990. **[584]** American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Panel, *Chest* 97:949, 1990. **[585]** American College of Emergency Physicians Ethics Manual. *Ann Emerg Med* 20(10):1153, 1991. **[586]** Bioethics Task Force American Thoracic Society, *Ann Intern Med* 115:478, 1991; American Thoracic Society, *Am Rev Respir Dis* 144:726, 1991. וראה על הצהרות אלו במאמרי המערכת — Hull RT, *Am Rev*

רופאים ופילוסופים[587]; הקולג׳ האמריקאי של רופאים[588]; הסתדרות בתי החולים האמריקאיים[589].

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 הוריה[590]; הימנעות מטיפול כימוטרפי בחולה מפגר קשה בן 67 שנה, שסבל מסרטן הדם, על פי החלטת האפוטרופסים[591]; הפסקת מכשיר הנשמה בחולה בן 83 שנה במצב צמח, שהביע דעתו בעבר נגד הארכת חייו[592]; הפסקת מתן מזון ונוזלים מחולה בחוסר הכרה בלתי הפיך, על פי דרישת אפוטרופוס[593]; הפסקת מכשיר הנשמה מחולה במחלה כרונית, לאו דווקא סופנית, על פי צוואה מחיים, ומינוי אדם מוגדר ביפוי כוח בלתי חוזר[594]; הפסקת כל טיפול, כולל מזון ונוזלים, מחולה בת 84 שנה, במצב דמנטי קשה, מתוך הנחה שזהו טובתה להפסיק את סבלה[595]; הפסקת כל טיפול, כולל מזון ונוזלים, מחולה בן 49 שנה במצב ׳צמח׳, על סמך אמירות שלו בעבר, שכך הוא רצונו[596]; הפסקת כל טיפול, כולל מזון ונוזלים מחולה בשיתוק מוחין, שאיננו נוטה למות[597]; איסור להימנע מהמשך מתן מזון ונוזלים דרך צינור לקיבה בחולה דמנטי, כשאין עדות ברורה ומשכנעת שכך היה רצונו[598]; החובה להמשיך הנשמה מלאכותית בחולה במצב של צמח, כאשר המשפחה דורשת זאת, גם בניגוד להמלצת הרופאים[599]; הפסקת מזון ונוזלים מחולה בת 41 שנה, במצב צמח, על פי עדות הבעל שכך היה רצונה, בניגוד לעמדת הוריה שדרשו המשך טיפול במזון ונוזלים[600].

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

Respir Dis 145:249, 1992; Klocke RA, *Am Rev Respir Dis* 145:251, 1992; Lanken PN, *Am Rev Respir Dis* 145:249, 1992. **[587]** The Appleton Consensus, *J Med Ethics* 15:129, 1989; The Appleton International Conference, *J Med Ethics*:18Suppl, 1992. **[588]** American College of Physicians Ethics Manual, 3rd edition, *Ann Inter Med* 117:947, 1992. **[589]** American Hospital Association: Effective DNR Policies, Chicago, American Hospital Association, 1990. **[590]** New Jersey Supreme Court, In re Karen Quinlan, 355 A.2d 647 1976. **[591]** Massachussets Supreme Court, In re Saikewicz, 370 N.E.2d 417, 1977. **[592]** New-York Supreme Court Appellate Division, In re Eichner (Fox), 426 N.Y.S.2d 517, 1981. **[593]** California Appellate Court, In re Barber, 147 Cal. App. 3d 1006, 1983. **[594]** California Court, In re Bartling, 163 Cal. App. 3d 186, 1984. **[595]** New Jersey Supreme Court, In re Conroy, 486 A. 2d 1209, 1985. **[596]** Supreme Judicial Court of Massachusetts, In re Brophy, 497 N.E. 2d 626 1986. **[597]** Elizabeth Bouvia v Superior court of California, 225 Cal Rptr. 297 (Cal.App. 2 Dist.). **[598]** New-York Court of Appeals, In re O'Connor, 72 NY2d 517 1988. **[599]** Minnesota, Hennepin County, Judicial District, In re Helga Wanglie. הובא על ידי Angell M, *N Engl J Med* 325:511, 1991. **[600]** המקרה של Terri Schiavo. נידון במספר ערכאות במדינת פלורידה,

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 כצמח[601].

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 מסויימת, ועד לחולים שמעולם לא היו כשירים להחלטה; החל מחולים חסרי הכרה מוחלטת (״צמח״) ועד חולים במצב הכרה ׳מיזערי׳[602]; והחל מהפסקת טיפולים רפואיים ועד לסיוע של רופא בהתאבדות, ובמדינות אירופאיות אחדות גם להמתה פעילה, ישירה ומכוונת. יש לראות בכך מדרון חלקלק בפרק זמן קצר מאד[603].

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 בפועל[604]; בשנת 1975 נאשמה עליזה הלמן בכך שהרגה ביריית אקדח את בנה בן ה-37, שלקה במחלה ממאירה, ונשפטה לשנת מאסר בפועל[605]; מידת העונש הראויה להורים הממיתים את ילדיהם מתוך רחמים נידונה גם בבית המשפט העליון[606]; בשנת 1993 הורשעה מינה קרוגולץ בסיוע להתאבדות עת הכינה תערובת של נומבון, וליום ורעל עכברים והשקתה את בעלה אשר סבל ממחלת פרקינסון וביקש למות[607].

פסיקה — מקרים בודדים הנוגעים לטיפול בחולה הנוטה למות הובאו

שאשרו 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 3301. על פסק דין זה ראה — Annas GJ, *N 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, 1990; Sprung CL, *JAMA* 263:2211, 1990. **[602]** ראה — Cranford RE, *Geriatrics* 53(Suppl 1):S70, 1998. **[603]** ראה לעיל הע׳ 517. וראה — Sprung CL, *JAMA* 263:2211, 1990; ש. גליק, רפואה ומשפט, ספר היובל, 2001, 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״ר, כב, 1968, עמ׳ 285. **[607]** ע״פ 6568/93 מינה

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, הטעונים התחשבות בבעיות יסוד החורגות מהתחום המשפטי גרידא.

מתוך עשרות הפסיקות בנושא זה מאז העשור האחרון למאה ה-20 עולה מגמה ברורה של ליברליות וגישה האוטונו-מיסטית בפסיקת בתי המשפט המחוזיים[608], לעומת נטייה לכוון גישת 'קדושת החיים' וזהירות-יתר בקירוב מותם של חולים בפסיקת בית המשפט העליון[609].

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, 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 השדרה[610], 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 קונקרטי[611].

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 החייאה. בית המשפט העליון דחה את העטירה בגין סיבות נוהליות, וגם בהיות השאלה תיאורטית

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 sclerosis = ALS. 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, פיסקה 2. נימוקו — הנושא הוא עקרוני

בלבד בשלב הדיון[612].

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 שיכוך כאבים גרידא. בית המשפט המחוזי מחק את הבקשה על הסף[613]. 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 ודמוקרטית[614].

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 החייאה. בית המשפט[615] קבע, שבנסיבות המקרה הנידון התביעה הכללית לא תראה כמחדל פלילי או ניזקי אם הרופא המטפל ייענה לבקשת החולה, ולא יכפה עליו בבוא העת חיבור למכשיר הנשמה[616].

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 המשפט[617] 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 בקשתה[618].

המקרה של ראובן רודני, שסבל מנפחת ריאתית[619] ושבר בחוליה צווארית

וצפוי 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' בי"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, 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.

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 החולה[620].

המקרה של ישראל גלעד, שסבל מטרשת צד חוט-השדרה, אשר בקש פסק דין הצהרתי שבבוא העת לא יחובר למכשיר הנשמה. בית המשפט נמנע מליתן 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 אחרים[621].

המקרה של פלונית, שסבלה מטרשת נפוצה. הוגשה בקשה לפסק דין הצהרתי שבבוא העת לא תחובר החולה למכשיר הנשמה[622].

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 לבקשתם[623].

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 שתימנע 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 מוסרית[624].

המקרה של ביבס, חולה שסבל מנפחת ריאתית. הוא ביקש שיאפשרו לרופאים לנתקו ממכשיר ההנשמה, וסעד משפטי זה ניתן על ידי בית המשפט[625].

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 מפגר ומשותק. בית המשפט דחה את הבקשה,

[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 ת"א, השופט טלגם) 2242/95, בשא 108634/98, איתי ארד נ' קופ"ח הכללית ומד"י, לא פורסם. מקרה זה עורר פולמוס ציבורי לוהט וחריף 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, השופטת סירוטה)

וכפה את הטיפול בדיאליזה בניגוד לרצון ההורים, מתוך הנחה שמדובר בקטין שיש לו איכות חיים מסויימת, ומחלתו הכלייתית ניתנת לטיפול[626].

המקרה של עידית מאיר, שסבלה מטרשת צד חוט-השדרה. היא בקשה לא רק הימנעות מטיפול החייאתי, אלא גם ניתוק ממכשיר הנשמה. הערעור נמחק עקב פטירתה[627].

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 לנתקה מהזונדה, ולהפסיק מתן מזון ונוזלים[628], אך בית המשפט העליון דחה את הפסיקה הזו בנימוק שלא הוצגו עדויות משכנעות על רצונה האמיתי של גב׳ לובצקי[629].

המקרה של נחמה שמחי, חולה שסבלה מטרשת צד חוט-השדרה. היא תיעדה בווידיאו בקשה לא רק להימנע מטיפול החייאתי, אלא גם לנתקה ממכשיר הנשמה. בקשתה אושרה על ידי בית המשפט[630].

המקרה של אסתר וייץ, חולה שסבלה מטרשת צד חוט-השדרה. היא בקשה לקבל אישור מראש שבבוא העת אם תחובר למכשיר הנשמה יוכלו הרופאים לנתקה מהמכשיר, למרות שבעת מתן הבקשה היא טרם חוברה למכשיר הנשמה. בקשתה אושרה על ידי בית המשפט[631].

המקרה של מלמה סמי, חולה שסבל מטרשת צד חוט-השדרה. הוא ביקש לקבל אישור מראש שבבוא העת אם יחובר למכשיר הנשמה, יוכלו הרופאים לנתקו מהמכשיר, למרות שבעת מתן הבקשה הוא טרם חובר למכשיר הנשמה. בקשתו אושרה על ידי בית המשפט[632].

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 לממשלה[633].

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

528/96, ביבס 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׳ ליכטנשטטר, 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 המשפט[634].

המקרים של פלוני ופלונית, שסבלו מטרשת צד חוט-השדרה. הם ביקשו לקבל אישור מראש שבבוא העת אם יחוברו למכשיר הנשמה, יוכלו הרופאים לנתקם מהמכשיר, למרות שבעת מתן הבקשה הם טרם חוברו למכשיר הנשמה. בקשתם נדחתה על ידי בית המשפט[635]. חולים אלו עתרו לבית המשפט העליון, אשר אישרר את פסיקת בית המשפט המחוזי, בנימוק המרכזי שהעניין טרם הפך למעשי, ובבוא העת יוכלו לפנות לבית המשפט לקבל פסיקה על ניתוק ממכשיר ההנשמה אם יחפצו בכך[636].

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 הזנתו[637].

המקרה של פלונית, שסבלה מטרשת צד חוט-השדרה. היא ביקשה לקבל אישור מראש שבבוא העת יוכלו הרופאים לנתקה ממכשיר הנשמה שאליו היא מחוברת מזה כמה שנים. בקשתה אושרה על ידי בית המשפט[638].

המקרה של פלונית, שנתונה מספר שנים במצב סיעודי מלא, בהכרה זעומה, וללא קשר קוגניטיבי עם הסובבים אותה. הוגשה בקשה על ידי בני המשפחה לנתקה ממכשיר הזנה, תוך שהם מעידים שהאשה אמרה להם בהזדמנויות שונות שאיננה רוצה לחיות חיי צמח. הבקשה נדחתה על ידי בית המשפט[639].

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 אילולא 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.

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, 933/02, 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 (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.

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 תנאי[641], ודבר זה אסור אף אם היתה צוואה מחיים ובה בקשה מפורשת לביצוע פעולה כזו, ואף אם החולה עצמו מבקש ומסכים לכך[642]; אך המתת חסד סבילה, כאשר החולה מבקש שיימנעו מהארכת חייו, 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 דין[643], 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 אישורו[644].

בעקבות ההתפתחויות המשפטיות ביחס לחולה הנוטה למות בעולם, ובעקבות פסקי דין בישראל המתייחסים למקרים 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 קריאה ראשונה בכנסת רק לאחר שהמציעים הסכימו למחוק ממנה את סעיף 10 הנ"ל[645]. 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-1977[646]. 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

[641] בית המשפט העליון, ע"א 506/88, יעל שפר נ' מדינת ישראל, פ"ד מח(1), 87, פיסקה 57, פיסקה 61(א). **[642]** בית המשפט העליון שם, פיסקה 31. **[643]** ה"פ (ת"א) 779/88, פסקים תשמ"ט, ב, עמ' 240 ואילך. **[644]** בית המשפט העליון, שם, פיסקה 61(ב). **[645]** דברי הכנסת, ישיבה שצ"ח, עמ' 3640-3636. **[646]** חוק העונשין (תיקון מס' 39) (חלק מקדמי וחלק כללי),

הכלולים בתיקון זה[647]. ולעומתם יש הסבורים, שסעיף 34יג(4) אינו עוסק כלל בהמתת חסד, אלא בא לפטור רופא מאחריות פלילית במצב של מות חולה תוך כדי פעולה ניתוחית או פעולה רפואית פולשנית אחרת[648].

בשנת 1996 פורסם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא הטיפול בחולה הנוטה למות[649].

בפני וועדת חוקה חוק ומשפט של הכנסת עלו שתי הצעות חוק פרטיות בנידון[650]. שתי הצעות החוק הללו אוחדו להצעת חוק אחת[651]. הצעת חוק זו עברה 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].

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].

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 לועדת 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. עזרן 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 הזו התקבלה על ידי שר הבריאות, חה"כ הרב ניסים דהן ביום 17.1.02.

הצעת החוק של הוועדה הציבורית התקבלה על ידי וועדת שרים לחקיקה כהצעת חוק ממשלתית ביום 23.5.04

הערה: חברי הוועדה הציבורית דנו בשם הראוי לחולה נשוא-הדיון, ובשם הראוי להצעת החוק. יש המכנים את החולה נשוא-הדיון בשם חולה סופני, יש המכנים אותו חולה בסוף/בקץ חייו/ימיו, או חולה בערוב ימיו. הוועדה החליטה שהשם "חולה הנוטה למות" הוא הראוי למצב הנידון ולהצעת החוק.

פרק א : הוראות כלליות

1. מטרה

חוק זה בא לקבוע את ההתייחסות הכוללנית לחולה הנוטה למות על ידי קביעת איזון ראוי בין העקרון הערכי של קדושת החיים של האדם וחשיבות איכותם, ובין העקרון הערכי של כבוד האדם וזכויותיו בתחום מימוש האוטונומיה שלו. חוק זה מבוסס על מערכת ערכים רפואיים, מוסריים, משפטיים, הלכתיים ודתיים, וערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית.

2. הגדרות

הערה: חברי הוועדה הציבורית דנו בהרבה מושגים ומונחים רלוונטיים מבחינה פילוסופית, אתית והלכתית. רק חלק מהמושגים והמונחים הללו נכללים בהצעת החוק, הלוא הם המושגים המוזכרים בחוק עצמו. חלק אחר של המושגים כלול במבוא להצעת החוק, שהוא חלק בלתי נפרד מהצעת הוועדה הציבורית לחוק החולה הנוטה למות. דיון מקיף ומפורט בכל המונחים והמושגים הרלוונטיים לחולה הנוטה למות יבוא בספר על הנושא שהוועדה הציבורית מתכננת להוציא לאור.

בחוק זה —

"אדם כשיר" — אדם שמצבו ההכרתי, השכלי והנפשי מאפשר לו לקבל החלטות בקשר לטיפול רפואי מתוך הבנה ושיקול דעת, תוך שיפוט חופשי, ואשר לא הוכרז פסול-דין.

"אמצעים טיפוליים מיוחדים" — אמצעים לטיפול רפואי שאינם חלק משיגרה טיפולית, בהיותם בעלי אופי ניסויי, בהיותם בעלי סיכוי הצלחה נמוך מאד, בהיותם מוסיפים סבל משמעותי, או בהיותם עלולים לגרום נזק משמעותי למטופל או לאחרים.

הערה: הגדרה זו רלוונטית רק לסעיפים 11(ב) ו-14(ב) של הצעת החוק. יש מחברי הוועדה הציבורית שסבור כי אם החולה מעוניין בהמשך חייו גם במחיר נזק משמעותי, ויש בטיפול המיוחד כדי להאריך את חייו, יש לעשות זאת.

המצב של נזק משמעותי לאחרים מתייחס לטיפול אנטיביוטי מיוחד מאד, ללא עדות בקטריולוגית ייחודית המצדיקה טיפול זה, כאשר קיים חשש לפגיעה ביעילותו של תכשיר אנטיביוטי זה לשימוש בחולים אחרים, אך ברגיל אין למנוע טיפול יעיל לחולה בפנינו כאשר נזק לאחרים הוא תיאורטי בלבד.

"בא-כוח" — מי שהתמנה על ידי אדם על פי סעיף 16 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, במפורש, על יסוד הבנה ושיקול דעת, להחליט במקומו על טיפול או אי-טיפול רפואי בו בעתיד, אם לא יוכל להורות בעצמו.

הערה: א) סעיף 16 לחוק זכויות החולה קובע: "(א) מטופל רשאי למנות בא כוח מטעמו שיהיה מוסמך להסכים במקומו לקבלת טיפול רפואי; בייפוי הכוח יפורטו הנסיבות והתנאים שבהם יהיה בא הכוח מוסמך להסכים במקומו של המטופל לטיפול רפואי. (ב) השר רשאי לקבוע הוראות לעניין אופן מתן ייפוי הכוח לפי סעיף זה".

ב) בא כוח על פי חוק זכויות החולה מוסמך רק להסכים במקום החולה לקבלת טיפול רפואי, אך אינו מוסמך לסרב לקבלת טיפול רפואי בעתיד. לעומת זאת בא כוח לפי הצעת חוק זה מוסמך להחליט במקום החולה הן על טיפול והן על אי-טיפול רפואי בו בעתיד, אם לא יוכל להורות בעצמו.

"בן משפחה או ידיד" — אדם בעל קירבה משפחתית או קירבה רגשית אל החולה הנוטה למות, שהוא מסור לו ומכירו היטב, על יסוד קשר רצוף ומתמשך עמו בתקופה שלפני הטיפול הרפואי או במהלכו.

הערה: חברי הוועדה הציבורית קיימו דיונים רבים על מקומם של בני משפחה או ידידים בתהליך קבלת ההחלטות. חברי הוועדה העדיפו לתת משקל לבן משפחה או ידיד שיש לו קירבה משמעותית ומעשית לחולה הנוטה למות על פני בני משפחה המוגדרים רק על סמך קירבת דם, אם אין לקרובים אלו מעורבות אמיתית בטיפול בחולה, ואין להם היכרות משמעותית באשר לדעותיו ולרצונותיו.

"בעיה רפואית חשוכת מרפא" — מחלה, חבלה, או הפרעה גופנית אחרת, הגורמת למוות, אשר לפי הידע הרפואי העדכני אין דרך לרפא אותה, לעצור את התפתחותה, או להאט את התפתחותה באופן משמעותי.

"הסכמה מדעת להנחיות רפואיות מקדימות" — הסכמה שאדם נותן, מרצונו החופשי, על יסוד מידע רפואי כמוגדר בסעיף 13 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו — 1996, ומידע נוסף שנדרש על ידו, ועל יסוד הבנה, שיקול דעת והחלטה, בדבר רצונו לגבי טיפול או אי-טיפול רפואי, בבעיה רפואית שהוא סובל או יסבול ממנה, למקרה שמצבו הרפואי לא יאפשר לו לגבש או להביע את רצונו כאשר מצבו יחייב טיפול רפואי לשם הגנה חלקית או מלאה על חייו, על בריאותו, או על איכות חייו.

הערה: בעבר היה מדובר על "צוואה מחיים" (living will). הכוונה היתה למסמך כללי של הצהרת כוונות, ללא פירוט אבחנתי וטיפולי נאות. כיום מדובר על "הנחיות רפואיות מקדימות" (advance medical directives), כשהכוונה לתיעוד מפורט של רצון האדם בעת היותו כשיר, כמפורט בהגדרה זו, ובפרטי הדרישות להנחיות רפואיות מקדימות בפרק ד, סימן א להצעת החוק. אכן, לפי הצעת החוק הזה אין מניעה שאדם יצהיר, באמצעות מסמך שיוכל לקרוא לו גם 'צוואה מחיים', על רצונו וכוונותיו — ואלה יישקלו בבוא העת — אך תוקף מחייב יינתן רק להוראות כמשמעותן בחוק זה.

"הסכמה מדעת לטיפול רפואי" — כהגדרתה בפרק ד לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.

"השר" — שר הבריאות הממונה על ביצוע חוק זה.

"חולה בשלב סופי" — חולה נוטה למות, בשלב סופני מיידי מאד, שתוחלת חייו אינה עולה על שבועיים, והוא במצב של כשל של יותר ממערכת גופנית חיונית אחת, והוא סובל סבל משמעותי.

הערה: הגדרה זו מתייחסת לסעיפים 11(ב), 13(ב) 14(ב). מצב זה הוא ייחודי בכך שצוות מטפל רשאי להגביל טיפולים מאריכי חיים גם בקבוצה מיוחדת של חולים הנוטים למות שאין ידיעה ברורה אם זה היה רצונם. המצב הרפואי הנדרש לשם כך כולל שלושה מרכיבים הכרחיים: א) החולה הוא בסוף-סוף חייו, עד שבועיים לפני מותו; ב) יש כשל של יותר ממערכת גופנית חיונית אחת; ג) החולה סובל סבל משמעותי. מרכיבים (א-ב) קובעים מצב רפואי סופי ומיידי מאד, ולפי נתונים רפואיים שנמסרו לחברי הוועדה הציבורית אמנם ניתן לקבוע מצב כזה באופן רפואי-סטטיסטי בדרגת מהימנות גבוהה; ומרכיב (ג) נותן את הביסוס המוסרי להימנעות מטיפול מאריך חיים בתנאים הרפואיים המיוחדים לפי מרכיבים (א-ב). ההנחה המוסרית ביסוד סעיף זה היא שיש להניח שחולה בתנאים המתוארים בסעיף זה היה רוצה שיגבילו את הטיפול מאריך-החיים בו, אילו יכול היה להביע את דעתו בקשר לכך, ובהיותו במצב כה סופי יחד עם סבל משמעותי, אין עוד חובת הצלה לגביו.

"חולה נוטה למות" — חולה הסובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא, שלפי הידע הרפואי העדכני תוחלת חייו אינה עולה על חצי שנה.

הערה: א) הגדרת החולה הנוטה למות מכילה שני מרכיבים: 1) הבעיה הרפואית, שהיא חשוכת מרפא; 2) משך החיים הצפוי בתוך התהליך של הבעיה הרפואית חשוכת המרפא, שאינו עולה על חצי שנה. היינו, יכול אדם לחלות במחלה חשוכת מרפא, אך מרגע האבחנה עד למותו מאותה מחלה יכול שיעבור זמן רב. אשר על כן, הגדרתו כחולה הנוטה למות לצורך חוק זה תחול רק מאותה עת שלפי ההערכה הרפואית נותר לו לחיות פחות מחצי שנה.

ב) חלק מחברי הוועדה העדיפו לצמצם את משך הזמן לצורך הגדרה זו לתקופה של שלושה חודשים, ואף פחות מכך, אך מרבית חברי הוועדה העדיפו תקופה של חצי שנה, בין השאר

גם לאור העובדה שקיימות כיום שיטות איבחון פרוגנוסטיות, המאפשרות לרופא לחזות תקופה כזו במידה גדולה של סבירות. יש לציין, כי הגדרה זו של חצי שנה מקובלת בכמה מדינות מערביות לצורך חוק כזה.

ג) חלק מחברי הוועדה סברו שיש להוסיף להגדרה זו בסופה את המשפט "ואשר המשך חייו כרוכים בכאב או בסבל משמעותיים". מרבית חברי הוועדה סברו, שמרכיב הכאב והסבל ודרגותיהם הוא אמנם חשוב ביישום פרטי הצעת החוק, וכפי שבא לידי ביטוי בסעיפים שונים בהצעת חוק זה, אך אין הוא מהווה מרכיב בעצם ההגדרה של חולה הנוטה למות.

"טיפול רפואי" — טיפול הניתן לאדם לפתרון בעיה רפואית, על סמך שיקולים מקצועיים, המעוגנים בידע רפואי עדכני, בהתאם לעקרונות האתיקה הרפואית, ומיועד להארכת חיים, לשיפור, תיקון, הקלה, או הבראה של מצב פתולוגי או סימפטומטולוגי.

"טיפול רפואי בדיד" — טיפול רפואי, שבמהותו ניתן באופן מחזורי ובהפסקות, המאפשר הבחנה מעשית וברורה בין סיום מחזור אחד של טיפול לתחילת המחזור הבא, וכן טיפול שתוכנן מראש, באמצעים מתאימים, להינתן בשיעורים הניתנים לחידוש.

הערה: ראו הערות לסעיף 12 להצעת החוק.

"טיפול רפואי מקל (פליאטיבי)" — טיפול כוללני שניתן לחולה, אשר מטרתו העיקרית היא להפחית סבל גופני, נפשי וקיומי, ולשפר את איכות החיים הנותרים.

"טיפול רפואי רציף" — טיפול רפואי, שבמהותו ניתן באופן מתמשך ובלא הפסקות, שאינו מאפשר הבחנה מעשית וברורה בין סיום מחזור אחד של טיפול לתחילת המחזור הבא, ושלא תוכנן מראש, באמצעים מתאימים, להינתן בשיעורים הניתנים לחידוש.

הערה: ראו הערות לסעיף 12 להצעת החוק.

"מטפל" — רופא, אח או אחות מוסמכים, עובד סוציאלי, פסיכולוג קליני.

"סבל משמעותי" — כאב או סבל שאדם סביר מוכן לעשות מאמץ ניכר, תוך נכונות לוותר על חלק משמעותי מאיכות חייו, כדי להימנע ממנו או לסלקו; לגבי מי שאינו כשיר — סבל שסביר שכך היה נוהג לגביו.

"רופא אחראי" — מנהל המחלקה או מנהל היחידה האחראי על הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, וכן רופא מומחה שמונה על ידי מי מהם לשם כך.

הערה: ראו הערות לסעיף 3(ב) להצעת החוק.

"רופא אישי" — רופא שיש לו היכרות קרובה עם החולה, רצונו ועמדותיו ביחס לטיפול הרפואי בו, בין שהוא רופא המשפחה של החולה ובין שהוא הממונה על

הטיפול בחולה בקהילה, או הממונה באופן אישי על הטיפול בחולה בבית החולים, אם מונה כזה.

"תוחלת חיים" — משך החיים הממוצע הצפוי במצב הרפואי הנתון, על פי הידע הרפואי העדכני.

3. תחולה

(א). הוראות חוק זה יחולו רק לגבי חולה הנוטה למות.

הערה: חברי הוועדה הציבורית דנו אך ורק בחולה המוגדר בהצעת חוק זו כחולה "הנוטה למות". אין בהצעת החוק הזה התייחסות לחולים אחרים בסוף ימיהם שאינם מתאימים לקריטריונים המוצעים בחוק זה לחולה הנוטה למות. היינו לא מדובר בהצעת חוק זה בחולים המוגדרים "צמחים", בחולי אלצהיימר או פרקינסון וכיוצ"ב בטרם הגיעו להגדרה של חולה נוטה למות. אין להסיק כל מסקנות מהצעת החוק הזה לגבי חולים כאלו.

(ב). הרופא האחראי מוסמך לקבוע, בהתייעצות עם הרופאים המומחים בצוות המטפל, אם מצבו הרפואי של החולה עומד בדרישות ההגדרה של חולה הנוטה למות. אם הרופא האישי של החולה זמין, יש להיוועץ גם בו.

הערה: חברי הוועדה הציבורית הגיעו להסכמה שיש צורך ב"כתובת" ברורה להגדרת החולה כנוטה למות, על כל המשתמע מכך לגבי חוק זה. לפיכך נקבע בהצעה, שהרופא האחראי כפי הגדרתו בסעיף 1(ב) הוא המוסמך לעניין זה, אך עליו להתייעץ עם הרופאים המומחים בצוות המטפל, שכן לעתים מדובר בחולה הסובל מבעיות רב-מערכתיות שלגביו נדרש מידע ממומחים שונים. בנוסף לכך מצאו חברי הוועדה לנכון לשתף גם את הרופא האישי של החולה הנוטה למות בהגדרת מצבו, על פי הגדרתו בסעיף 1(ב), מתוך הנחה שהוא יודע פרטים רבים, רפואיים ואחרים, אודות החולה, אשר לא תמיד ידועים לרופא האחראי או לצוות המטפל בבית חולים, שכן אלו לעתים מכירים את החולה רק זמן קצר לפני הצורך בהגדרתו כחולה הנוטה למות.

(ג). חלק החולה או נציגו על קביעה זו של הרופא האחראי, תכריע בדבר וועדת האתיקה המוסדית.

4. חובת הדיון

משנקבע שהחולה הוא נוטה למות, יקיים הרופא האחראי יחד עם הצוות המטפל, בהקדם האפשרי, דיון מפורט על מצבו של החולה, ועל הטיפול הרפואי הראוי בו, בהתאם להוראות חוק זה.

פרק ב: עקרונות וחזקות

5. עקרון יסוד

מצבו הרפואי, רצונו וסבלו המשמעותי של החולה הנוטה למות הם הנתונים הבלעדיים לעניין השיקולים הנוגעים להמשך הטיפול הרפואי בו או בהימנעות מטיפול בו.

6. חזקת הרצון לחיות

(א). חזקה על אדם שהוא רוצה להוסיף לחיות, אלא אם כן הוכח אחרת מעל לכל ספק, ובמקרה של ספק יש לנטות לטובת החיים.

(ב). אין מוציאים חולה הנוטה למות מחזקת רצונו להוסיף לחיות אלא בהתקיים בו אחד מאלה:

(1) חולה כשיר — על פי דבריו המאוחרים ביותר.

(2) חולה בלתי כשיר —

(א) על פי הנחיות רפואיות מקדימות, או על פי הנחיות בא כוחו, לפי הוראות פרק ד לחוק זה.

(ב) (1) בהיעדר הנחיות רפואיות מקדימות או בא כוח, על הרופא האחראי לעשות מאמץ לברר עדותם של בן משפחה או ידיד כמוגדר לעיל ורשאי הרופא להתחשב בעדות ברורה מפיהם;

הערה: לדעת רוב חברי הוועדה הציבורית יש מעמד לבן משפחה או לידיד לעניין חוק זה רק כאשר הם מעידים עדות הברורה על רצון החולה; אין חשיבות לצורך חוק זה ברצונם-הם או בהערכתם האישית על מה ראוי או בלתי ראוי לעשות לחולה.

(2) בהיעדר כל אלו רשאי הרופא להתחשב בעמדתו של אפוטרופוס, אם התמנה כזה;

הערה: מעמד האפוטרופוס לעניין חוק זה הוא מוגבל, שכן אין הוא יכול לייצג את רצונו של החולה, מאחר שמינויו על ידי בית המשפט בא בשלב שהחולה כבר איננו כשיר להביע את רצונו. ההתחשבות בעמדתו היא רק מכוח המינוי שלו לצורך שמירה על האינטרסים של החולה.

(ג). חובת המטפל לעשות כל שלאל ידו כדי להציל את חיי החולה ולעכב את מיתתו אינה חלה לגבי חולה הנוטה למות שיצא מחזקת רצונו להוסיף לחיות, כאשר הטיפול צפוי להאריך את סבלו; והכל כאמור בחוק זה.

7. חזקת כשרות

(א). חזקה על אדם שהוא כשיר. חזקה זו חלה על אדם שמלאו לו 17 שנה.

הערה: חברי הוועדה הציבורית מצאו לנכון לסטות מהמקובל בחקיקה עד היום, שבאופן גורף נחשב אדם כבגיר רק מעל גיל 18 שנה; הנחת חברי הוועדה היא, שכשרות שכלית לקבלת החלטות קיימת גם מתחת לגיל 18 שנה. הבחירה של גיל 17 שנה אף היא שרירותית במידה רבה, אך היא משקפת את הרצון לקבוע גיל כשרות יותר הגיוני. כמו כן מודגש בסעיף זה, שיש לשתף בהליך קבלת החלטות גם קטינים, ובלבד שכושרם השכלי והנפשי מוערך כמתאים לצורך זה.

(ב). אין מוציאים אדם מחזקת כשרותו לצורך חוק זה, אלא בהחלטה רפואית מוסמכת, מנומקת ומתועדת של הרופא האחראי בהתייעצות עם הצוות המטפל.

הערה: א) היו מחברי הוועדה הציבורית שדרשו בכל מקרה בדיקה על ידי פסיכיאטר לצורך קביעת כשרותו של אדם לצורך חוק זה, אך מרבית חברי הוועדה הציבורית סברו שדרישה גורפת כזו תקשה מאד על הניהול הרפואי השוטף, ומבחינה מעשית הדבר בלתי אפשרי. אי לכך הוסכם שיש לתת סמכות לרופא האחראי, כפי הגדרתו בסעיף 2, שידע מתי לבקש הערכה פסיכיאטרית, ומתי לא יהא צורך בכך. "החלטה רפואית מוסמכת" דורשת לעתים מעורבות של פסיכיאטר, כאשר מצבו הקוגניטיבי והרגשי של החולה הנוטה למות לא ברור לרופא האחראי.

ב) סעיף זה בא להסדיר את ההתנהגות היומיומית בבית החולים. כמובן, שאין זה בא לגרוע מסמכותו של בית המשפט לקבוע את כשרותו של אדם לכל נושא ועניין, כולל למטרות הצעת חוק זה.

(ג) אם החלטת הרופא האחראי איננה מקובלת על החולה, תכריע בדבר וועדת האתיקה המוסדית.

(ד) קטין שטרם מלאו לו 17 שנה, על הצוות המטפל להעריך את כושרו ובשלותו השכלית והנפשית, ובהתאם לכך לשתף אותו בהחלטה על המשך הטיפול הרפואי בו. במקרה של מחלוקת בין הקטין לבין הוריו או בינו לבין הצוות המטפל, תכריע בדבר וועדת האתיקה המוסדית.

8. חזקת תקפות

הוראה מוקדמת עומדת בעינה עד שיוכח שעמדת נותנה השתנתה.

פרק ג: הטיפול בחולה הנוטה למות

סימן א: חולה נוטה למות הרוצה להוסיף לחיות

9(א). חולה נוטה למות כשיר המבקש טיפול רפואי מעבר למוצע על ידי הצוות המטפל על מנת להאריך את חייו, חובה על הצוות המטפל לכבד את רצונו, למעט טיפול שלפי ההערכה הרפואית לא צפוי שיאריך את חייו, וטיפול שעלול לגרום נזק משמעותי לחולה.

הערה: סעיף זה בא לתת מענה אוטונומי לחולה שערך החיים שלו, לגביו, הוא בעל משמעות, גם אם מדובר באיכות חיים נמוכה, או באורך-חיים קצר. גישה פרטית כזו של אדם יכולה לנבוע משיקולים פילוסופיים, דתיים או סובייקטיביים. בסעיף זה יש משום ביטול חלקי של המושג "טיפול עקר" [futile treatment], אשר לפי גישות שונות הבאות לידי ביטוי בספרות המקצועית, הוא איננו מבטא מציאות מדעית/רפואית אלא גישה ערכית/סובייקטיבית של מקבל ההחלטות עבור החולה. יחד עם זאת, סבורים חברי הוועדה הציבורית שאין חובה לתת לחולה טיפולים חריגים במיוחד, שלא צפויים להאריך את חיי החולה, או שעלולים לגרום לו נזק משמעותי.

(ב). חולה שאינו כשיר —

(1). הוראתו בהנחיות רפואיות מקדימות, או הוראת בא כוחו בהתאם לפרק ד של חוק זה, או הוראת אפוטרופסו, או עדותם המשותפת, החד-משמעית והברורה של בני המשפחה או הידידים, ייחשבו כהבעת רצונו של החולה הנוטה למות. הרופא האחראי רשאי לראות גם בעדותו הברורה של בן משפחה או ידיד יחיד את הבעת רצונו של החולה הנוטה למות לעניין זה.

הערה: חברי הוועדה הציבורית סבורים כי יש להבחין בין עדות משותפת, ברורה וחד-משמעית של כל בני המשפחה והידידים בדבר רצונו של החולה להאריך את חייו בכל דרך, לבין עדות ברורה של בן משפחה או ידיד יחיד בעניין זה. במקרה הראשון חלה חובה לקבל את העדות; במקרה השני אמנם רשאי הרופא לקבל עדות זו, אך אם יש לו סיבה טובה שלא לקבל עדות זו, אין הוא חייב לקבלה. מובן שאם לחולה הנוטה למות יש רק בן משפחה יחיד ובודד, דינו כאילו היתה עדות של כל בני המשפחה.

כאשר בני המשפחה או הידידים חלוקים ביניהם בדבר רצונו של החולה הנוטה למות, יש להביא את הדיון להכרעת הוועדה האתית המוסדית.

(2). על הרופא האחראי לעשות מאמץ סביר לקבל את כל הנתונים

והמסמכים מכל הגורמים הרלוונטיים הנימנים בס"ק 1 לעיל, ולהגיע להסכמה על המשך הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות. במקרה של אי-הסכמה בין הגורמים הנ"ל, או בין הרופא האחראי לבין מי מהגורמים הנ"ל, תכריע בדבר הוועדה האתית המוסדית, או מי שהוסמך לכך מטעמה, בהתאם לפרק ו סימן א לחוק זה.

סימן ב: חולה הנוטה למות אשר אינו רוצה שחייו יוארכו

10. מתן טיפול רפואי לחולה נוטה למות הכשיר

חולה הנוטה למות, שיצא מחזקת הרוצה להוסיף לחיות על פי סעיף 6(ב) דלעיל, והוא כשיר —

(א). לא יינתן לו טיפול רפואי אלא אם כן נתן לכך הסכמה מדעת.

(ב). חובה על הצוות הרפואי לעשות כל מאמץ לשכנע את החולה שיינתנו לו חמצן, אוכל, שתיה, תרופות קבועות, וטיפול מקל (פליאטיבי), בכל צורה יעילה, כשאין לכך הוריית-נגד רפואית.

הערה: בנושא זה היתה מחלוקת בין חברי הוועדה הציבורית: היו שסברו, שאין האדם בעלים על גופו להתאבד על ידי מניעת טיפול שגרתי, ובעיקר על ידי מניעת אוכל ושתיה, כאשר אין הוריית-נגד רפואית, וכאשר אין קשר בין טיפולים אלו לבין הבעיה הרפואית חשוכת המרפא שבגינה הוא הוגדר כחולה הנוטה למות. לפיכך, יש לכפות טיפולים אלו גם על חולה כשיר. לעומתם, היו שהצביעו על כך שחוק זכויות החולה מכיר בזכותו של אדם (כשהוא כשיר) למנוע מעצמו טיפול כלשהו, ושהאוטונומיה של החולה היא הערך הדומיננטי במקרים כגון אלו, ולפיכך יש לקבל כל בקשה של חולה כשיר, "בזמן אמת", שלא לקבל כל טיפול רפואי, גם אם הוא שגרתי, ואפילו שלא לאכול ולשתות. חברי הוועדה הציבורית הגיעו להסכמה, שאין זה ראוי לאפשר לאדם למות ברעב, או למות על ידי היעדר טיפול שגרתי, מבלי לעשות כל מאמץ אפשרי לשכנעו לנהוג אחרת. מאידך גיסא, הסכימו חברי הוועדה הציבורית, שאין לכפות עליו טיפולים אלו, אם מאמצי השכנוע נכשלו. זאת מפני טעמים אחדים: טיפול כפוי כזה עלול להזיק לחולה מבחינה נפשית, ודווקא לקרב את מותו; כפיית החולה לטיפולים כאלו מחייבת את קשירתו וטיפול בו בדרך פולשנית, ואין זה כבוד האדם לנהוג כך באדם כשיר; מבחינה מעשית דבר כזה הוא כמעט בלתי אפשרי.

11. מתן טיפול רפואי לחולה נוטה למות הבלתי כשיר

חולה הנוטה למות, שיצא מחזקת הרוצה להוסיף לחיות על פי סעיף 6(ב) דלעיל, והוא אינו כשיר, יינתן לו טיפול רפואי על פי הנתונים והגורמים המפורטים באותו סעיף.

(א) על הרופא האחראי לעשות מאמץ סביר לקבל את כל הנתונים והמסמכים מכל הגורמים הרלוונטיים כמפורט בסעיף 9(ב) לעיל, ולהגיע להסכמה על המשך הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות. במקרה של אי-הסכמה בין הגורמים הנ"ל, או בין הרופא לבין מי מהגורמים הנ"ל, תכריע בדבר הוועדה האתית המוסדית, או מי שהוסמך לכך מטעמה, בהתאם לפרק ו סימן א לחוק זה.

(ב) בהיעדר כל הנתונים והמסמכים האלו, כאשר מדובר בחולה בלתי כשיר בשלב סופי, רשאי הרופא לנהוג על פי הוראות חוק זה בסעיפים 12-13, ורשאי גם להימנע מאמצעים טיפוליים מיוחדים.

הערה: בסעיף זה מוצע להפעיל את העקרון המנחה ביחס לחולה בשלב הסופי של חייו. ההנחה הנתמכת בנתונים סטטיסטיים היא שרוב החולים, שיענו על הקריטריונים של חולה הנוטה למות, יהיו בלתי כשירים בעת הצורך לקבל החלטות טיפוליות, וכי לרוב החולים הללו לא יהיו הנחיות רפואיות מקדימות או באי-כוח שהם מינו בהיותם כשירים. יתר על כן, ההנחה הסטטיסטית היא שביחס לרובם גם לא תהיה עדות ברורה וחד-משמעית על רצונם, אשר תוכל לשמש את בני המשפחה או הידידים לתרום להליך קבלת ההחלטות לפי הצעת חוק זו. אשר על כן, בדרך כלל תחול החזקה על פי סעיף 5(א-ב) ביחס לחולה הנוטה למות. אך בתקופת סוף-סוף החיים, בהתקיים שלושת התנאים המוצעים (הערכה לתוחלת חיים של פחות משבועיים ימים, כשל של יותר ממערכת חיונית אחת, סבל משמעותי), מוצע להניח שמתקיימת חזקה שאין החולה רוצה עוד לחיות, כי הגיע "עת למות", ולפיכך מותר להגביל את הטיפול לא רק על פי סעיפים 12-13 להלן, אלא גם ביחס לאמצעים טיפוליים מיוחדים, כפי שהוגדרו בסעיף 2.

12. הפסקת טיפול רפואי

(א). אסור להפסיק טיפול רפואי רציף שלא לצורך טיפול רפואי כשההפסקה עלולה להביא למותו של חולה, בין שהוא כשיר ובין שאינו כשיר; אך מותר להפסיק טיפול רפואי בדיד בכפוף לסעיף 13.

(ב). טיפול רפואי רציף, שהופסק רק בגלל סיבות רפואיות — יחול עליו סעיף 13(א).

הערה: א) הטיפול הרלוונטי העיקרי, וכמעט היחיד, הכלול בהגדרה של טיפול רפואי רציף הוא הנשמה מלאכותית במנשם (ventilator, respirator). לעומת זאת, כמעט כל הטיפולים הרלוונטיים בחולים הנוטים למות כלולים בהגדרה של טיפול רפואי בדיד, כגון כימותרפיה, רדיותרפיה, דיאליזה וכיו"ב. וראו בהערה לאחר סעיף 13.

ב) הפסקת פעולת מנשם מסיבות רפואיות מתייחסת למצב שבו מבחינה רפואית

יש נתונים המאפשרים גמילה ממכשיר ההנשמה כחלק מהליך רפואי, ומתוך הנחה שהחולה ימשיך לחיות ללא צורך במנשם. אם במהלך הגמילה ובתקופה הסמוכה שלאחריה נותר החולה יציב מבחינת הסימנים החיוניים, ואחר כך חלה החמרה או הידרדרות במצבו כי אז יחול עליו סעיף 13(א).

13. הימנעות מטיפול רפואי

(א). בכפוף לאמור בחוק זה מותרת הימנעות מטיפול רפואי הקשור לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא של חולה הנוטה למות, בין שהוא כשיר ובין שאינו כשיר, הכרוך בסבל משמעותי; בכלל זה מותר להימנע מהחייאה, מחיבור למכשיר הנשמה, מטיפולים כימותרפיים או הקרנות, מדיאליזה, מניתוחים, מבדיקות, או מטיפולים ניסיוניים.

(ב). בחולה הנוטה למות שאינו כשיר אסור להימנע מפעולות המכוונות לטיפול באירועים רפואיים המתרחשים בו ללא קשר לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא — טיפולים שגרתיים נחוצים לטיפול במחלות אינטרקורנטיות, במחלות רקע, ובכאבים. מניעת אוכל ושתיה — בכל צורה — אסורה.

(ג). האיסור על פי האמור בס"ק(ב) לעיל לא יחול כשיש הוריית-נגד רפואית מוכחת לגבי החולה, ולא אם קיימות הנחיות רפואיות מקדימות שבהן דרישה להימנע מטיפולים כאלה; אך הנחיות רפואיות מקדימות להימנע מטיפולים כאלה לא תהיינה בעלות תוקף אלא בחולה בשלב סופי, כאשר מדובר באוכל, שתיה, או טיפולים שגרתיים שהימנעות מהם לא צפויה לגרום לקיצור חיי החולה הנוטה למות.

הערה: (א) סעיפים 12-13 מתייחסים למצב שנהגו לכנותו המתה (אותנזיה) או מיתה סבילה (פסיבית) או המתה (מיתה) במחדל (passive euthanasia). מושגים אלו שנויים במחלוקת בספרות המקצועית, ולפיכך החליטו מרבית חברי הוועדה הציבורית שלא לכלול אותם בסעיף ההגדרות 2, אלא להתייחס למציאות המתוארת בסעיפים 12-13.

(ב) סעיפים אלו היו הסעיפים השנויים ביותר במחלוקת בין חברי הוועדה, וחלק מהם הסתייגו מסעיפים אלו. ההצעה דלעיל מבוססת על סדרת ההנחות הבאות: הדוגלים בערך החיים כערך מוחלט ואין-סופי אינם יכולים להסכים להגבלת טיפול כלשהו, בין אם הוא רציף או בדיד, בין אם מדובר בהפסקת טיפול או בהימנעות מטיפול, בין אם מדובר בטיפולים הקשורים לבעיה הרפואית חשוכת המרפא או שמדובר בטיפולים שגרתיים. בכל מקרה, לשיטה זו, יש להמשיך בכל טיפול שיאריך את חיי החולה, ללא קשר לאיכות חייו או לאורכם הצפוי, ואף ללא קשר לרצונו או סירובו בנידון. הדוגלים בערך האוטונומיה כערך עליון, או אף מוחלט, אינם יכולים להסכים להגבלה כלשהי ביחס לרצונו של החולה בכל הנוגע לצורת הטיפול בו. לפיכך, גם הם אינם

מכירים באבחנה כלשהי של צורת טיפול, אלא שלשיטה זו יש דווקא להימנע או להפסיק כל טיפול, בין אם הוא קשור לבעיה הרפואית חשוכת המרפא ובין אם לאו, ואפילו אוכל ושתיה — הכל בכפוף לרצונו של החולה. יתר על כן, בצורה הקיצונית של עקרון האוטונומיה יש לכבד גם רצון של חולה לסיוע בהתאבדות, ואף להמתה במעשה. כל חברי הוועדה הציבורית הסכימו שיש לאזן בין ערך החיים לבין ערך האוטונומיה. לפיכך, מוסכם על דעת כל חברי הוועדה שאין לכבד בקשה אוטונומית של חולה הנוטה למות להמתה במעשה (סעיף 16 להלן), וכמעט כולם הסכימו שאין לכבד בקשה אוטונומית של חולה הנוטה למות לסיוע להתאבדות (סעיף 17 להלן). מאידך גיסא, מוסכם על דעת כל חברי הוועדה, שאין לטפל בכל חולה ללא גבול ובניגוד לרצונו. אלא שעדיין נותרה מחלוקת בין חברי הוועדה הציבורית ביחס לאיזון הפרטני בין הקצוות הללו: חלק מחברי הוועדה סברו, שהאיזון הראוי הוא לכבד את ערך החיים ככל שהדבר נוגע להמתה במעשה ולסיוע להתאבדות, ולכבד את ערך האוטונומיה ככל שהדבר נוגע לכל טיפול ולכל דרך של טיפול. לפיכך, לדעתם יש לאסור המתה במעשה וסיוע להתאבדות, גם אם זה רצונו של החולה, אך יש לקבל את רצונו ביחס לאי-טיפול, בלא להבחין בין טיפול רציף לטיפול בדיד, ובין טיפול הקשור לבעיה הרפואית חשוכת המרפא או שאין הטיפול קשור בה, שכן לדעתם אין להבדלים אלו בסיס מוסרי, ואין לכפות על אדם טיפול או המשכת-טיפול בניגוד לרצונו. לעומתם היו בין חברי הוועדה שסברו, שיש הבדל משפטי ומוסרי בין הימנעות מפעולה בדרך פסיבית, בבחינת "שב ואל תעשה", אף שתוצאתה היא מותו של החולה, שכן במקרה כזה הוא מת ממחלתו ולא מהתערבות של בני אדם, לבין פעולה אקטיבית של ניתוק מכשירים, בבחינת "קום ועשה", אשר עצם הפעולה מביאה למותו של החולה. כמו כן היו מבין חברי הוועדה שסברו שגם מבחינה רגשית ומקצועית קיים הבדל בין הימנעות מטיפול לבין הפסקת טיפול, כפי שעולה מסקרי דעת רופאים ואחיות, אשר בפועל מבחינים בין שתי צורות אלו. עוד היו מבין חברי הוועדה שסברו, שאף שמבחינה מוסרית, לדעתם, אין הבדל מהותי בין הימנעות מטיפול לבין הפסקת טיפול, הרי שמבחינת האתיקה המקצועית של הרופאים יש להבחין ביניהם, שכן תפקיד הרופא הוא לרפא ולהציל חיים, ואין תפקידו לקצר חיים. אשר על כן, הפסקת טיפול בפועל ובידיים נוגדת, לדעתם, את האתיקה המקצועית. עוד היו מחברי הוועדה שחששו מפני המדרון החלקלק, כאשר היתר של הפסקת טיפול רציף יביא בעקבותיו להיתר המתה במעשה או סיוע בהתאבדות, שכן קיים דמיון תועלתי רב בין הקבוצות הללו.

חלק מחברי הוועדה הציבורית סברו, שיש להבחין בין טיפולים הקשורים לבעיה הרפואית חשוכת המרפא, שלגביהם יכולים לחול הגבלות טיפוליות בהתאם לתנאי הצעת חוק זו, לבין טיפולים שאינם קשורים לבעיה הרפואית חשוכת המרפא, שכן הימנעות מטיפולים שאינם קשורים לבעיה הרפואית

חשוכת המרפא, ובוודאי הימנעות מאכילה ושתיה, היא בעצם צורה של התאבדות, ובלשון אחד החברים, היא לקיחת "טרמפ" על הבעיה הרפואית חשוכת המרפא כדי למות. עוד היו חברים שלא רואים בטיפול בבעיות הרפואיות בסוף החיים מעין עסקת חבילה, הכל או לא כלום, אלא יש להבחין בין סוגי טיפולים שונים. עוד היו חברים שהבחינו בין טיפולים רפואיים לבין אוכל ושתיה, שלדעתם אין הם שווים — אוכל ושתיה הם צרכים בסיסיים של כל אדם חי, ואין לראות בהם צורה של טיפול; הימנעות ממתן אוכל ושתיה, ועקב כך מוות מרעב ומצמא, יש בו פגיעה משמעותית בכבוד האדם.

(ג) מכל מקום התברר, שהגישה שאינה מבחינה בין סוגי טיפולים, ובין צורות מתן או אי-מתן הטיפולים נוגדת בצורה ברורה וקוטבית את עמדת ההלכה על פי דעת רוב-רובם של הפוסקים. לפי עמדה זו יש בהפסקת טיפול רציף המביא למותו של החולה משום רציחה, ולפיכך היא כדין המתה במעשה (סעיף 16 להלן). כמו כן הימנעות מאוכל ושתיה וטיפולים שגרתיים היא בגדר התאבדות, ולכן היא אסורה (סעיף 17 להלן). מאידך, מסכימים רבים מהפוסקים, אם כי לא כולם, שהימנעות מטיפולים הקשורים לבעיה חשוכת המרפא מותרת. לדעת אחד מהפוסקים מותרת הימנעות כזאת רק אם הטיפול עצמו מוסיף סבל משמעותי וחדש לחולה, אך רבים מהפוסקים סבורים שעצם הארכת חיי סבל מהווה נימוק להימנעות מהארכת החיים באמצעים הקשורים למחלה חשוכת המרפא.

(ד) הנחת חברי הוועדה הציבורית היתה שסלע המחלוקת הנוגע להפסקת פעולת מכשיר הנשמה עשוי להיות רלוונטי מבחינה מעשית במספר מצומצם של מקרים. שכן אדם המעוניין בטיפול כזה, ובהמשך טיפולו גם במצב של חולה הנוטה למות, בוודאי זכאי לקבל טיפול זה; אדם שאיננו מעוניין בטיפול כזה במצב של חולה הנוטה למות, יוכל להימנע מטיפול זה על פי הצעת חוק זו בדרכים אחדות; חולה נוטה למות בשלב סופי, לא יחובר למכשיר הנשמה, אלא אם כן ביקש זאת. אשר על כן, שיעור החולים הנוטים למות שיחוברו למכשיר הנשמה, ויהא צורך כלשהו לנתקם ממנו, צפוי שיהיה נמוך. יחד עם זאת, הוסכם על ידי חברי הוועדה, שיש למצוא פתרונות הולמים גם לחולים כאלו, ועניינם יוכל להידון בפני וועדת האתיקה הארצית, בתוקף סמכותה לדון במקרים חריגים בעלי משמעות עקרונית (סעיף 48(א) להלן). ניתן בתנאים שונים להפוך את ההנשמה מטיפול רציף לטיפול בדיד, כגון על ידי התקנת קוצב-זמן (timer) על מכשיר ההנשמה [הצדקות מוסריות לשימוש במכשיר כזה ראה במאמר Ravitsky V, Timers on ventilators, BMJ 330:415-7, 2005], או בדרכים אחרות, אשר ייבחנו בהקדם על ידי מומחים בתחום הטכני-רפואי וייושמו בהקדם האפשרי. וראו בפרק ה של דו"ח הוועדה הציבורית, המלצות חברי הוועדה הציבורית בנידון. אחד מחברי הוועדה ציין כי יש מהפוסקים שפתרון ה-timer איננו מקובל עליו בגלל תקלות אפשריות, אם כי פוסקים אחרים

סבורים, שפתרון זה מקובל על פי ההלכה.

(ה) ביחס למצב שבו אדם תיעד בהנחיות רפואיות מקדימות, או שהורה לבא כוחו, שאין רצונו שיאכילו או ישקו אותו או יתנו לו טיפול רפואי שגרתי בעת שיהא חולה נוטה למות — הוסכם על ידי חברי הוועדה הציבורית, כמוצא של פשרה, הפתרון הבא: אין לקבל הנחיה כזו בשלבים המוקדמים של מצבו כנוטה למות, שכן אין אפשרות לנסות לשכנעו, כמתחייב מסעיף 10(ב) לעיל, ולכן יש לראות בזה משום סיוע להתאבדות; וכן בהיותו בלתי כשיר אין הוא מבצע פעולות התנגדות להאכלתו, ועל כן הפגיעה בכבוד האדם למות מרעב או מצמא גוברת על הפגיעה באי-מילוי רצונו הקודם. נתונים אלו מבדילים בין חולה כשיר "בזמן אמת", שאמנם יש לשכנעו לקבל טיפולים אלו, אך אין לכפות עליו טיפולים אלו, לבין חולה בלתי כשיר "בזמן אמת", למרות שנתן הנחיות רפואיות מקדימות בנידון. אכן, על פי מה שנמסר לחברי הוועדה מהמומחים הרפואיים, הימנעות מאוכל ומטיפולים שגרתיים בשלב הסופי של החיים, כמוגדר בסעיף 2 לעיל, אינם משנים את המהלך הטבעי, ועל פי הידע הרפואי החולה ימות ממילא ממחלתו בתקופה זו. לפיכך, אין בקיום בקשתו משום התאבדות, ואין בזה משום פגיעה בכבוד האדם.

14. מצב חירום רפואי

(א). במצב חירום רפואי כשהחולה הנוטה למות איננו כשיר, או שלא ניתן לקבל הסכמתו-מדעת בשל נסיבות החירום, והוא לא הביע את רצונו מראש באחת הדרכים המנויות בחוק זה, ובהעדר עדות ברורה של בן משפחה או ידיד — יש לנהוג על פי הוראות סעיף 15(3) לחוק זכויות החולה ה'תשנ"ו-1996.

הערה: סעיף 15(3) לחוק זכויות החולה קובע: "בנסיבות של מצב חירום רפואי רשאי מטפל לתת טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, אם בשל נסיבות החירום, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת; טיפול רפואי המנוי בתוספת יינתן בהסכמת שלושה רופאים, אלא אם כן נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת".

(ב). חולה בשלב סופי, המוכר לרופא ככזה, הנמצא במצב חירום רפואי, בתנאים המתוארים בס"ק (א) דלעיל, רשאי הרופא להימנע מטיפול רפואי מציל-חיים בו, ורשאי הוא גם להימנע מאמצעים טיפוליים מיוחדים.

15. טיפול מקל (פליאטיבי)

(א). מטרת הטיפול המקל היא הקלה על כאב וסבל, ושיפור איכות החיים.

(ב). חובה על הצוות המטפל לעשות כל הניתן להקל על כאבו וסבלו של החולה הנוטה למות, הכשיר והבלתי כשיר, למרות סיכונים סבירים לחייו, הן באמצעות תרופות משככות כאבים ותרופות רלוונטיות אחרות, והן באמצעים פסיכולוגיים, סיעודיים וסביבתיים, על פי העקרונות והסטנדרטים המקובלים של הטיפול הפליאטיבי.

(ג). על הצוות המטפל לדאוג במידת האפשר גם לרווחת בני המשפחה של החולה הנוטה למות, על פי העקרונות והסטנדרטים המקובלים של הטיפול הסוציאלי והטיפול הפליאטיבי.

הערה: חברי הוועדה הציבורית רואים בחיוב רב את הכנסת סעיף זה להצעת החוק, אשר נותן זכות לכל אדם לקבל טיפול פליאטיבי, והמחייב את הצוות המטפל לתת טיפול כזה בצורה אופטימלית, הן ביחס לחולה עצמו והן ביחס לבני משפחתו, תוך הדגשת המטרה של טיפול זה בסעיף 15(א). וראו עוד בפרק ה של דו"ח הוועדה הציבורית, המלצות חברי הוועדה הציבורית בנידון.

16. איסור המתה במעשה

פעולה שהיא טיפול רפואי, או שהיא טיפול רפואי במראית עין, שכוונתה או תוצאתה הוודאית לרוב דעות המומחים העוסקים בתחום זה באותה עת היא גם מעשה המתה — אסורה, גם אם היא נעשית מתוך מניעי חסד וחמלה, או נעשית על פי בקשתו המפורשת של החולה הנוטה למות, בא כוחו, אפוטרופסו, בן משפחה, ידיד, או כל אדם אחר.

הערה: (א) סעיף זה בא לאסור בצורה ברורה וחד-משמעית את מה שמכונה אותנזיה פעילה (אקטיבית) (active euthanasia). בסעיף זה בא לידי ביטוי לא רק עצם האיסור המכוון להמית חולה, אלא גם כאשר הדבר נעשה בדרך של טיפול רפואי, או במראית עין של טיפול רפואי.

(ב) רוב חברי הוועדה הציבורית הסכימו שלא רק כוונה להמית את החולה אסורה, אלא גם כאשר התוצאה הוודאית של הטיפול הרפואי או מראית העין של הטיפול הרפואי היא מותו של החולה, נכללת פעולה כזו באיסור ההמתה במעשה. מאידך גיסא, אין הכוונה בסעיף זה לאסור טיפול מועיל לחולה, כגון טיפול במשככי כאבים, כאשר הוא נעשה בכוונה להקל על החולה ולא להמיתו, וזאת גם כאשר קיים סיכון של החשת המוות בגין הטיפול, כמפורט בסעיף 15(ב) לעיל, כל עוד מדובר בטיפול מקובל, שתוצאת המוות איננה וודאית אלא אפשרית. הבדל זה מבוסס על התפיסה שעקרון ה-double effect הוא מוסרי רק כאשר התוצאה השלילית היא אפשרית ולא הכרחית.

(ג) המתה במעשה שלא בדרך טיפול רפואי, כגון הזרקת חומר רעל קטלני או יריה, בוודאי אסורה מדיני החוק הפלילי, אך שאין עניינה במסגרת הצעת החוק הזו, ולכן לא נכללה בסעיף זה.

17. סיוע להתאבדות

סיוע להתאבדות, על ידי מטפל או על ידי כל אדם אחר — אסור, גם אם הוא נעשה מתוך מניעי חסד וחמלה, וגם אם זו בקשתו המפורשת של החולה הנוטה למות.

הערה: הרוב המכריע של חברי הוועדה הסכים לסעיף זה. אחד מחברי הוועדה הסתייג מסעיף זה, וסבור שיש להתיר סיוע להתאבדות כמוצא ראוי לחולים מסויימים, זאת על אף שאיסור הסיוע להתאבדות קיים ממילא בספר החוקים של מדינת ישראל.

סימן ג: תיעוד והערכה

18. חובת תיעוד

עם קבלת החלטה על דרך הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות —

(א). על הרופא האחראי לתעד את הדיון, הנימוקים וההחלטות בגיליונו של החולה הנוטה למות.

(ב). על הרופא האחראי לעשות מאמץ סביר להביא את ההחלטה מיד ובצורה ברורה לידיעת כל הגורמים הרלוונטיים, רפואיים ואחרים, הידועים לו ומעורבים בטיפולו של החולה הנוטה למות, וכן יאפשר לגורמים המעורבים עיון במידע הרפואי, אלא אם כן אסר המטופל על מי מהם לקבל מידע רפואי הנוגע לו. כללים סותרים של סודיות רפואית לא יחולו לגבי סעיף זה.

(ג). השר יקבע בתקנות נהלים לתיעוד ולדיווח בדבר הליכי קבלת ההחלטה הנוגעים לחולה הנוטה למות על פי חוק זה, לצורכי בקרה ומחקר, הן במסגרת הרשומה הרפואית של החולה והן במסגרת ארצית, והבאת ההחלטה לידיעת הגורמים המעורבים בטיפול בחולה.

19. חובת הערכה חוזרת

יש לבצע הערכות רפואיות חוזרות לגבי החולה הנוטה למות, ומשחל שינוי במצבו או ברצונו, יש לחזור ולקבוע את המדיניות של הטיפול הרפואי בו.

פרק ד: קביעת רצונו של החולה הבלתי כשיר

20. כללי

(א). אדם רשאי להביע את רצונו מראש בשאלת הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו אם יהיה חולה נוטה למות, בין בהנחיות רפואיות

מקדימות, בין במינוי בא-כוח, ובין בשילוב ביניהם, לפי הוראות פרק זה.
(ב). הנחיות רפואיות מקדימות מתועדות והנחיות בא כוח — מחייבות, בכפוף להוראות חוק זה.

סימן א: הנחיות רפואיות מקדימות

21. הוראת היסוד

הנחיות רפואיות מקדימות הן כלי להבעת רצונו של אדם למימוש האוטונומיה שלו בגבולות המותר בחוק זה, לכשלא יהיה כשיר או מסוגל עוד לבטא רצון זה. תוקף ההנחיות יהיה בהתאם להוראות חוק זה.

הערה: באופן כללי סבורים חברי הוועדה הציבורית שיש לאזן בין הצורך לפשט את הליכי ההנחיות הרפואיות המקדימות ו/או מינוי בא-כוח, על מנת לאפשר לרבים ככל האפשר להביע את רצונם בדרך כזו, לבין הצורך להבטיח שהדברים הנוגעים לחיים ולמוות ייעשו בצורה רצינית, מודעת ויעילה ליישום ככל האפשר. אשר על כן, מכילה הצעת החוק פירוט רב של תנאים להבטחת האיזון הראוי הזה.

22. הכשרות לתת הנחיות

אדם שמלאו לו 17 שנה הכשיר לתת הסכמה מדעת להנחיות רפואיות — כשיר לתת אותן.

הערה: (א) ראו הערה לסעיף 7(א) לעיל.

(ב) היו מחברי הוועדה הציבורית שסברו שיש לדרוש השתתפות פסיכיאטר בכל הליך של מתן הנחיות רפואיות מקדימות, אך מרבית חברי הוועדה סברו שהדבר בלתי ישים מבחינה מעשית, וכי ההכבדה הזו תפר את האיזון כמפורט בהערה לסעיף 21 לעיל.

23. אין משמעות לאי-מתן הנחיות

אין לייחס לאי-מתן הנחיות רפואיות מקדימות משמעות לגבי רצונו של האדם לעניין הטיפול הרפואי בו.

24. דרכי מתן ההנחיות ותיעודן

ניתן לתעד הנחיות רפואיות מקדימות בין בנוסח שייקבע בתקנות ובין בנוסח אחר, או באמצעים טכניים אחרים. הנחיות רפואיות מקדימות שאינן מתועדות — אינן מחייבות, אך יש להביאן בחשבון במסגרת השיקולים של מקבלי ההחלטות, בהתאם לסעיף 9.

הערה: בפני חברי הוועדה הציבורית עמדה הצעה להוסיף טופס מובנה ומחייב של הנחיות רפואיות מקדימות כנספח לחוק זה. עמדה זו נדחתה על ידי רוב חברי הוועדה, וזאת על מנת לאפשר גמישות ואינדיבידואליות בתיעוד הנחיות רפואיות מקדימות. יחד עם זאת, מציעה הוועדה בהמלצותיה, המלוות הצעת חוק זו (ראו פרק ה לדו"ח הוועדה הציבורית), שמנכ"ל משרד הבריאות יתקין בתקנות נוסח מעובד באופן מקצועי לטופס הנחיות רפואיות מקדימות, שאדם הרוצה בכך יוכל להשתמש בו.

25. התנאים לתוקף ההנחיות

(א). הנחיות רפואיות מקדימות תהיינה בנות-תוקף כשניתנו על ידי בעל ההנחיות לאחר שקיבל את המידע הרפואי הדרוש לו מרופא או מאחות מוסמכת; הנחיות שניתנו במסמך ייחתמו על ידי בעל ההנחיות ושני עדים, והרופא או האחות המוסמכת רשאים לשמש עדים.

הערה: היו מחברי הוועדה הציבורית שסברו שהרופא חייב להיות חתום כעד על מסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות; היו חברים שסברו שיש לפסול עדים שיכולים להיות בעלי עניין ביחס לבעל ההנחיות, כגון קרוב משפחה שיכול להיות יורשו. מרבית חברי הוועדה סברו שהגבלות אלו אינן מועילות ואינן נחוצות, והן סוטות מהאיזון כמפורט בהערה לסעיף 21 לעיל.

(ב). מסמך הנחיות רפואיות מקדימות יכלול תמצית המידע הרפואי שניתן לאדם עובר לחתימת המסמך, והצהרה כי הנחיותיו הרפואיות המקדימות ניתנו באופן חופשי, על יסוד הבנה, שיקול והחלטה.

26. תחילת תוקף ההנחיות

הנחיות רפואיות מקדימות יכנסו לתוקף במועד שבו איבד החולה הנוטה למות את הכשירות או את היכולת להביע את רצונו לגבי הטיפול הרפואי בו, והן תהיינה בתוקף כל זמן שהחולה הנוטה למות הוא נטול כשירות או יכולת כאמור.

27. הנחיות לא ברורות או לא מתאימות

אם רצונו של החולה הנוטה למות אינו עולה בבירור מן ההנחיות הרפואיות המקדימות שנתן, או אם ההנחיות אינן מתאימות לנסיבות, או שהן פוגעות בצורה חמורה בכבוד האדם — ובהיעדר בא כוח, או אפוטרופוס, או עדות ברורה של בן משפחה או ידיד — תכריע בדבר הוועדה האתית המוסדית.

הערה: "הנחיות הפוגעות בצורה חמורה בכבוד האדם" עניינן בכך, שאם אדם ציווה לנהוג בו בצורה הפוגעת בכבוד האדם באופן חמור, על פי אמות מידה

אוניברסליות, אין לקבל זאת כדבר המובן מאליו, אלא יש להפנות בעיה כזו לוועדה האתית המוסדית.

28. הנחיות בעניין שמירה על אוטונומיה של החולה

הנחיות רפואיות מקדימות מיוחדות הנעוצות בתפיסת הכבוד האישית של בעל ההנחיות, שהוא רשאי לתיתם כאדם כשיר — תחייבנה.

סימן ב: בא כוח

29. יפוי כוח

(א). רשאי אדם למנות כל אדם הכשיר לשמש בא כוח, לקבל במקומו החלטות לגבי הטיפול הרפואי בו לעניין חוק זה. על ייפוי הכוח יחולו הוראות סעיף 16 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 והוראות סימן זה.

הערה: ראו בסעיף 2 "בא כוח" את נוסח הוראות סעיף 16 לחוק זכויות החולה.

(ב). רשאי אדם למנות בא כוח משני, שימלא תפקיד זה אם בא הכוח לא יוכל או יימנע מלמלא את תפקידו.

30. דרכי המינוי

(א). מינוי של באי כוח יהיה מתועד, ובחתימת הממנה ושני עדים.

(ב). על הממנה לציין במפורש במסמך המינוי שבא הכוח יהיה מוסמך לקבל החלטות במקומו בעניין הטיפול הרפואי בו אם יהפוך לחולה הנוטה למות והוא לא יהיה כשיר או מסוגל להביע רצונו בעצמו.

(ג). הממנה יפרט במסמך המינוי את הנסיבות והתנאים שבהם יהיה בא הכוח מוסמך להחליט במקומו של הממנה על הטיפולים הרפואיים, כולם או חלקם.

31. תוקף המינוי

תוקף סמכותם של באי הכוח הוא מעת שקיבלו את המינוי, או מעת שיקבע הממנה במסמך המינוי.

32. הסמכות

סמכות באי הכוח מוגבלת לפעולות המותרות על פי חוק זה.

33. ערעור על החלטת בא הכוח

אדם החושש שבא הכוח פועל שלא על פי רצונו של החולה הנוטה

למות, או שלא לטובתו, או מתוך ניגוד עניינים, רשאי לפנות לוועדת אתיקה מוסדית לקבלת הכרעתה על הטיפול הרפואי הראוי בחולה הנוטה למות.

סימן ג: שילוב בין הנחיות רפואיות מקדימות למנוי בא כוח

34. אפשרות השילוב

רשאי אדם לשלב הנחיות רפואיות מקדימות על פי סימן א׳, יחד עם מינוי באי כוח מטעמו, על פי סימן ב׳ דלעיל.

35. סדר עדיפות

(א). ניתן לכלול בהנחיות הרפואיות המקדימות ובכתב המינוי של באי כוח הנחיות בדבר סדרי העדיפות בהנחיה, למקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הנחיה של בא כוח.

(ב). בהיעדר סדרי עדיפויות בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין הנחיות של בא כוח, הרי אם ניתנו בסמיכות, או שההנחיה מאוחרת מן המנוי — עדיפה ההנחיה המקדימה; אם המנוי מאוחר מן ההנחיה — תכריע וועדה אתית מוסדית.

סימן ד: הוראות כלליות

36. ביטול ושינוי

(א). הנחיות רפואיות מקדימות או מינוי באי כוח ניתנים לשינוי או לביטול על ידי בעל הדבר בכל עת ובכל דרך שבה ניתן לתיתם מלכתחילה.

(ב). יש לתעד בכתב מראש או בדיעבד מיד בהזדמנות הראשונה, החלטות בדבר ביטול או שינוי הנחיות רפואיות מקדימות או מינוי באי כוח.

הערה: הדרישה לתיעוד מראש ובצורה מסודרת של השינוי או הביטול של הנחיות רפואיות מקדימות ו/או מינוי בא-כוח היא לכתחילה, כדי למנוע אי הבנות וטעויות. אך דרישת התיעוד לא באה לגרוע מעצם תוקפם של השינוי או הביטול, ולפיכך יחול השינוי או הביטול גם אם לא היה לכך תיעוד מראש, ודי לתעד זאת גם בדיעבד.

37. עדיפות הרצון המפורש

בעת היותו כשיר, גובר רצונו המפורש של החולה הנוטה למות על

כל הוראה שנתן בעבר, על כל הנחיה שנתנו באי כוחו או אפוטרופסו, ועל עדות בן משפחה או ידיד ביחס לכל טיפול רפואי.

38. מאגר מידע וחידוש הנחיות

(א). השר אחראי להקמת מאגר מידע מרכזי שבו יירשמו ההנחיות הרפואיות המקדימות והמינויים של באי הכוח.

(ב). השר יקבע הנחיות בדבר שיטות התיעוד במאגר המרכזי. כן יקבע השר הנחיות בדבר נגישות למידע במאגר המידע המרכזי. הוראות חוק הגנת הפרטיות יחולו על מאגר המידע המרכזי.

(ג). האחראים על המאגר ישלחו הודעות תיזכורת לחידוש או עידכון ההנחיות הרפואיות המקדימות והמינויים של באי הכוח מידי חמש שנים על מנת לשמר את תוקפן.

הערה: (א) הדרישה לחידוש או עידכון ההנחיות הרפואיות המקדימות נחוצה, לדעת חברי הוועדה הציבורית, על מנת לוודא שבעל ההנחיות לא שינה דעתו ביחס לחלק או כל ההנחיות. שינויים כאלו אכן קורים באחוז לא מבוטל של בעלי הנחיות, כפי שהוכח במחקרים שהוצגו בפני הוועדה הציבורית.

(ב) חלק מחברי הוועדה הציבורית סברו שיש לדרוש חידוש או עידכון ההנחיות כל שלוש שנים, אך התקבלה הדעה שמספיק לחדשם/לעדכנם פעם בחמש שנים, על מנת שלא להכביד על המערכת ועל בעלי ההנחיות יתר על המידה.

(ג) כמו כן סברו מרבית חברי הוועדה הציבורית, שאין להטיל את החובה לזכור ולחדש או לעדכן את ההנחיות על בעל ההנחיות, ויש לסייע לו בכך על ידי גוף מרכזי מתאים, היינו מאגר המידע המרכזי.

(ד). במידה וההנחיות הרפואיות המקדימות לא חודשו למרות שהמנחה קיבל הודעת תיזכורת — חזקה שהן עדות לרצונו של החולה.

הערה: חברי הוועדה הציבורית נחלקו ביניהם ביחס לדרגת תוקפם של הנחיות רפואיות מקדימות שלא חודשו: יש שסברו, שהן בטלות לחלוטין; יש שסברו, שאין הן בטלות אך גם אינן מחייבות, אלא יש לראות בהם הצהרת כוונות בלבד, ויוכלו להוות מרכיב נוסף במסגרת השיקולים של מקבלי ההחלטות; ויש שסברו, שהן תקפות במידה מלאה. מרבית חברי הוועדה הציבורית הסכימו לדעה שיש לראות אותן בגדר חזקה שהן עדות לרצונו של החולה, היינו שהן מחייבות, אלא אם כן הן הופרכו בראיה.

39. תיעוד ברשומה הרפואית

רשאי אדם לבקש שההנחיות או המינוי יתועדו ברשומה הרפואית המתנהלת על ידי קופת החולים שבה הוא חבר, או בבית החולים שבו

הוא מקבל טיפול, ועל המוסד הרפואי לפעול בהתאם לבקשתו.

40. מאמץ לגילוי קיומן של הנחיות או של בא כוח

(א). כשמגיע אדם, הנחזה כחולה הנוטה למות, לטיפול רפואי או לאשפוז בבית חולים, חובה על הצוות המטפל לעשות מאמץ סביר לברר אם נתן החולה הנוטה למות הנחיות רפואיות מקדימות, או מינה בא כוח, ואם כך הוא — יצרף הרופא מידע זה לרשומה הרפואית שמנוהלת לאותו חולה.

(ב). משנוצרה לראשונה האפשרות המעשית שרופא יידרש לפעול על פי הנחיות רפואיות מקדימות, הרי אם החולה כשיר חובה על הרופא האחראי לבקש מן החולה לאשרר או לעדכן את ההנחיות, לאחר שיימסר לו המידע הרפואי על ידי רופא או על ידי אחות מוסמכת בנוכחותו של רופא.

41. חובת יידוע

(א). הרופא המטפל יידע את בא הכוח, או האפוטרופוס, או בן המשפחה או הידיד על כוונתו לפעול בהתאם להנחיות הרפואיות המקדימות שנתן החולה הנוטה למות, וישתף אותם במידע הרפואי.

(ב). הרופא המטפל יידע את בן המשפחה או הידיד על כוונתו לפעול בהתאם להנחיות של בא הכוח או האפוטרופוס, אלא אם כן אסר המטופל לתת למי מהם מידע כזה.

(ג). בהיעדר הנחיות מקדימות, או בא כח, או אפוטרופוס ישתף הרופא במידע הרפואי את בן המשפחה או הידיד על תוכניות הטיפול בחולה הנוטה למות, מראש או בדיעבד, אלא אם כן אסר המטופל לתת למי מהם מידע כזה.

הערה: ברגיל יש למסור את המידע לגורמים המנויים בסעיפים אלו מראש, אלא אם כן הנסיבות הרפואיות מחייבות פעולה מיידית, שאז יש למסור את המידע בדיעבד.

(ד). כללים סותרים של סודיות רפואית לא יחולו לגבי סעיף זה.

[להשאיר מקום לשני סעיפים (42-43) הנוגעים ליילוד ולקטין]

פרק ו: וועדות אתיות

44. וועדות

תוקמנה וועדות אתיות מוסדיות וארציות בהתאם לאמור בפרק זה, והן תהוונה גם וועדות אתיקה על פי סעיף 24 לחוק זכויות החולה התשנ"ו-1996.

הערה: (א) על פי חוק זכויות החולה התשנ"ו-1996, סעיף 24 אמנם הוקמו וועדות אתיקה מוסדיות בבתי החולים בישראל. אכן, הרוב המכריע של חברי הוועדה הציבורית סבר כי הרכב הוועדה האתית על פי חוק זכויות החולה ודרכי פעולתה רחוקים מלהיות אופטימליים, ובוודאי שלצורך חוק זה אין הם עונים על הצרכים. לפיכך, מוצע בהצעת חוק זה להקים וועדה אתית שונה בהרכבה ובדרכי פעולתה, מתוך הנחה ותקווה שההרכב המוצע ודרכי הפעולה של הוועדה האתית יענה על הדרישות והצרכים של החולים, בני המשפחה והידידים, והמטפלים לפתרונות אופטמליים של בעיות קשות.

(ב) יתר על כן, חברי הוועדה הציבורית מציעים הקמת וועדת אתיקה ארצית, שסמכותה מפורטת בסימן ב להלן, שאיננה קיימת על פי חוק זכויות החולה. הנחת חברי הוועדה הציבורית היתה שעדיף ליצור פורומים ייחודיים לטיפול בבעיות אתיות-רפואיות על פני היזדקקות לבתי משפט במקרים כגון אלו.

(ג) חברי הוועדה הציבורית ממליצים לאמץ את ההצעה הזו גם ביחס לוועדות האתיקה מכוח חוק זכויות החולה — לשנות את הרכב הוועדה האתית ותיפקודיה על פי חוק זכויות החולה בהתאם למוצע בחוק זה ביחס לחולה הנוטה למות, לאחד את שתי הוועדות, ובכך לחשוך קיומם של וועדות שונות לנושאים דומים.

סימן א: וועדה אתית מוסדית

45. הרכב הוועדה ומינוי חבריה

(א). וועדה אתית מוסדית תורכב מנציגים של תחומי העיסוק הבאים:

• 4 רופאים, שאינם מהצוות המטפל ישירות בחולה הנוטה למות, מתוך תחומי המומחיות הרפואית הבאים: פנימית, גריאטריה, קרדיולוגיה, נוירולוגיה, אונקולוגיה, רפואה פליאטיבית, טיפול נמרץ, הרדמה, פסיכיאטריה, רפואת המשפחה. כשמדובר בקטין — יהיה אחד מארבעת

המומחים רופא ילדים; כשמדובר ביילוד — יהיה אחד מארבעת המומחים ניאונטולוג;

- אחות מוסמכת;
- עובד סוציאלי או פסיכולוג קליני;
- אתיקאי;
- משפטן;
- רב, ובמקרה של חולה הנוטה למות שאינו יהודי — איש דת מאותה הדת של החולה הנוטה למות.

(ב). וועדה אתית מוסדית תבחר את היושב ראש שלה.

(ג). החולה או שלוחו רשאים לבקש השתתפותו של נציג, המשקף את ערכיו של החולה, בדיון של וועדה אתית מוסדית. לנציג זה תהיה זכות הצבעה.

הערה: חלק מחברי הוועדה הציבורית ביקשו לאפשר לחולים שאינם דתיים את פסילת איש הדת מהשתתפות בוועדה האתית המוסדית בדיון בעניינם, ואחד מהם אף הסתייג מסעיף זה. מרבית חברי הוועדה הסכימו שאין לפסול ענף תרבותי כלשהו בדיון ערכי כזה, וכפי שמקובל גם בארה"ב בנידון, וכמו כן הועלו טענות שאם תותר פסילת איש דת, יוכל חולה אחר לפסול אתיקאי, חולה שלישי יפסול משפטן וכיוצ"ב, ואין זה רצוי מבחינה חברתית. יחד עם זאת, כדי לאפשר ייצוג הולם להשקפת עולמו ומערכת ערכיו של חולה ספציפי הסכימו חברי הוועדה הציבורית לצרף נציג מטעמו לדיוני הוועדה, אם רצונו בכך.

אחת מחברי הוועדה הציבורית הסתייגה משיתוף אתיקאי כחבר בוועדה האתית המוסדית, ובעיקר בהרכב המצומצם. אכן, מרבית חברי הוועדה הציבורית סברו, שענף מקצועי זה הוא חשוב מאד בדיוני וועדה אתית.

(ד). החולה או שלוחו זכאים להופיע בפני הוועדה על מנת לטעון את טיעוניהם. לחולה או לשלוחו זה לא תהיה זכות הצבעה.

(ה). חברי הוועדה האתית המוסדית יתמנו על ידי מנכ"ל בית החולים, בהתייעצות עם יושב ראש הוועדה האתית הארצית, ובאישור מנכ"ל משרד הבריאות.

(ו). הוועדה האתית המוסדית רשאית להסמיך הרכב מצומצם מתוכה, שידון במקרים קונקרטיים, כאשר יש צורך בדיון דחוף. בהרכב המצומצם חייב להיות רופא ועוד שניים מבין החברים הבאים: משפטן, אתיקאי, איש דת.

(ז). חברים בוועדה האתית המוסדית יעברו השתלמויות מרוכזות להכרת חוק זה וריקעו, ולהכרת חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. מנכ"ל משרד הבריאות אחראי לארגון ההשתלמויות.

46. פניה לוועדה

הפניה לוועדת האתיקה המוסדית יכולה להיות על ידי כל אחד מהגורמים הבאים:

- החולה הנוטה למות עצמו, כשהוא כשיר, או שלוחו של חולה נוטה למות כשיר המוגבל באופן פיסי;
- בא כוחו, אפוטרופסו או בן משפחה או ידיד של חולה נוטה למות שאיננו כשיר;
- מטפל מבין חברי הצוות הרפואי.

47. סמכויות הוועדה וקבלת החלטות על ידי הוועדה

(א). וועדה אתית מוסדית מוסמכת להכריע במקרים שבהם יתעורר ספק כיצד לנהוג בחולה הנוטה למות, או במקרים שבהם יהיו חילוקי דעות בין הגורמים הרלוונטיים כיצד לנהוג בחולה הנוטה למות, והכל בכפוף להוראות חוק זה. במיוחד תדון הוועדה האתית המוסדית בנושאים המפורטים בסעיפים 3(ג), 7(ג), 7(ד), 33, 35(ב), 55(ב).

(ב). המטרה ביסוד ההחלטות של וועדה אתית מוסדית היא לברר ולממש את רצונו של החולה הנוטה למות ביחס לטיפול הרפואי בו על פי נתונים עובדתיים שיובאו בפניה.

(ג). בהיעדר נתונים עובדתיים תקבע הוועדה האתית המוסדית את החלטתה בהתאם לאומד רצונו של החולה על פי השקפת עולמו ואורח חייו, ובמידת הצורך גם בהתייעצות עם אנשים המייצגים השקפת עולם דומה, אם אין נציג כזה בעת הדיונים בוועדה.

(ד). החלטות הוועדה האתית המוסדית תתקבלנה ברוב דעות.

(ה). החלטות וועדת אתיקה מוסדית תהיינה תקפות רק אם השתתפו בדיון ובקבלת ההחלטות 5 חברים, ובתוכם לפחות רופא אחד, ושני חברים מאלו שאינם רופאים.

(ו). וועדה אתית מוסדית רשאית לקבוע שהחלטתה היא מחייבת או שהיא רק המלצה למטפל כיצד לנהוג.

הערה: חברי הוועדה הציבורית נחלקו ביניהם בשאלה אם יש להקנות להחלטות וועדת האתיקה המוסדית תוקף מחייב או תוקף מייעץ בלבד. הסכמת רוב חברי הוועדה הציבורית היתה לתת לוועדת האתיקה המוסדית בעצמה את הזכות לקבוע בכל מקרה אם החלטתה מחייבת או שהיא בגדר המלצה בלבד.

סימן ב: וועדה אתית ארצית

48. סמכויות הוועדה

(א). וועדה אתית ארצית מוסמכת להכריע במקרים שבהם יש חילוקי

דעות בלתי מוכרעים בוועדה אתית מוסדית, בערעורים על החלטות וועדה אתית מוסדית, ובמקרים חריגים בעלי חשיבות עקרונית.

(ב). המטרה העיקרית של הוועדה האתית הארצית היא לברר ולממש את רצונו של החולה הנוטה למות ביחס לטיפול הרפואי בו על פי נתונים עובדתיים שיובאו בפניה.

(ג). בהיעדר נתונים עובדתיים תקבע הוועדה האתית הארצית את החלטתה בהתאם לאומד רצונו המשוער של החולה על פי השקפת עולמו ואורח חייו, ובמידת הצורך גם בהתייעצות עם אנשים המייצגים השקפת עולם דומה, אם אין נציג כזה בעת הדיונים של הוועדה.

49. הרכב הוועדה ומינוי חבריה

(א). הוועדה האתית הארצית תורכב מנציגים של תחומי העיסוק הבאים, שהם בעלי ניסיון בתחומי חוק זה:

- רופא, בדרג מנהל יחידה, או מנהל מחלקה, או מנכ"ל בית חולים;
- אתיקאי, בדרגה אקדמית בכירה;
- רב, במעמד רבני בכיר. במקרים שיהיו נוגעים לחולים שאינם יהודים — ימונה במקום רב איש דת במעמד בכיר מאותה עדה דתית;
- משפטן, בעל כשירות להיות שופט בית המשפט העליון, או בדרגה אקדמית בכירה;
- אחות מוסמכת, בדרגת ניהול בכירה;
- עובד סוציאלי בבית חולים, בדרגת ניהול בכירה, או פסיכולוג קליני בבית חולים, בדרגת ניהול בכירה.

הערה: חברי הוועדה הציבורית דנו בחלופות שונות של הגדרת בעלי העיסוק השונים בוועדת האתיקה הארצית. בין השאר נידונה ההצעה הבאה: רופא, בדרגת מנהל יחידה, מנהל מחלקה, או מנכ"ל בית חולים; אתיקאי, בדרגת פרופסור; רב, בדרגת רב עיר או אב-בית-דין רבני; משפטן, בדרגת שופט מחוזי או פרופסור למשפטים; אחות, בדרגת אחות ראשית של בית חולים; עובד סוציאלי בדרגת מנהל שירות סוציאלי בבית חולים ובעל וותק של 10 שנים לפחות, או פסיכולוג קליני בדרגת מנהל שירות פסיכולוגי בבית חולים ובעל וותק של 10 שנים לפחות. מרבית חברי הוועדה הציבורית העדיפו את החלופה כפי שמופיעה בהצעת החוק.

כולם ממלאי תפקידים כאמור בעת המנוי הראשון או בעבר, לא יותר מחמש שנים מתום כהונתם.

(ב). תוקף המינוי יהיה למשך חמש שנים; ניתן להאריך את המינוי לחמש שנים נוספות.

(ג). לכל תחום עיסוק של הרכב הוועדה הארצית ימונו 4 אנשים,

שמתוכם יזומנו לדיון מכל תחום עיסוק נציג אחד וממלא מקום לו.

(ד). יהיה ייצוג הולם לגברים ונשים בוועדה.

(ה). מנכ"ל משרד הבריאות ימנה את יושב הראש של הוועדה האתית הארצית ואת ממלא מקומו.

(ו). החברים בוועדות האתיות הארציות ימונו על ידי מנכ"ל משרד הבריאות. הרב ימונה בהתייעצות עם הרבנים הראשיים לישראל, איש דת לא-יהודי ימונה בהתייעצות עם נשיא בית הדין לערעורים של אותה עדה דתית בישראל, והמשפטן ימונה בהתייעצות עם היועץ המשפטי לממשלה.

(ז). החולה או שלוחו זכאים למנות נציג, המשקף את ערכיו של החולה, בוועדה האתית הארצית. לנציג זה תהיה זכות הצבעה.

(ח). החולה או שלוחו זכאים להופיע בפני הוועדה על מנת לטעון את טיעוניהם. לחולה או לשלוחו זה לא תהיה זכות הצבעה.

50. קבלת החלטות על ידי הוועדה

(א). החלטות של הוועדה האתית הארצית תתקבלנה ברוב דעות המשתתפים.

(ב). להחלטות וועדת האתיקה הארצית יהא תוקף מחייב.

(ג). תוקף ההחלטות של וועדת אתיקה ארצית מותנה בהשתתפותו בדיון של נציג מכל אחד מתחומי העיסוק שמהם מורכבת הוועדה.

51. פניה לוועדה

(א). הפניה לוועדת האתיקה הארצית יכולה להיות על ידי כל אחד מהגורמים הבאים:

- החולה הנוטה למות, כשהוא כשיר, או נציגו של החולה הנוטה למות, כשהוא כשיר, המוגבל באופן פיסי;
- בא כוחו, אפוטרופסו, או בן משפחה או ידיד של חולה נוטה למות שאיננו כשיר;
- מטפל מבין חברי הצוות הרפואי;
- כל אחד מחברי וועדת האתיקה המוסדית.

(ב). בכל מקרה תותר פניה לוועדת האתיקה הארצית רק לאחר דיון בוועדה אתית מוסדית, למעט מקרים חריגים בעלי חשיבות עקרונית, שניתן להפנות ישירות לוועדת האתיקה הארצית.

52. ערעור

כל אחד מבעלי הזכות לפניה לוועדת האתיקה הארצית זכאי לערער על החלטת הוועדה בפני בית משפט מחוזי בהרכב של שלושה שופטים.

פרק ז: שונות

53. פטור מאחריות

מטפל וחבר וועדה אתית לא יישאו באחריות לפי כל דין על פעולתם לפי הוראות חוק זה.

הערה: חסינות משפטית מפורשת כזו לחבר בוועדה אתית לא כלולה בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. אין בכוונת סעיף זה בהצעת חוק זו כדי להשליך בדרך כלשהי על מעמדם של חברי הוועדה האתית מכוח חוק זכויות החולה.

54. הזכות לייעוץ

(א). חולה נוטה למות זכאי להורות לצוות המטפל להעביר מידע רפואי לאנשים שהוא מבקש לשתפם בהחלטותיו, בגבולות החוק והאתיקה הרפואית.

(ב). חולה נוטה למות זכאי לבקש את שיתוף הפעולה של הצוות המטפל עם טיפול לא-קונבנציונלי, בכפוף לאישור מנכ"ל בית החולים.

55. העברת הטיפול למטפל אחר מסיבות מצפוניות

(א). אין בהוראות חוק זה כדי לחייב את המטפל לתת טיפול רפואי או להימנע ממתן טיפול רפואי בחולה הנוטה למות בניגוד לערכיו, למצפונו, או לשיקול דעתו הרפואי, אך עליו להעביר את הטיפול למטפל אחר, על פי הסדר שייקבע מראש בתיאום עם הנהלת בית החולים.

הערה: חברי הוועדה הציבורית נחלקו בשאלה על מי יש להטיל את האחריות להעברת הטיפול למטפל אחר, על הרופא המבקש להשתחרר מהטיפול, או על הנהלת בית החולים. ההצעה שהתקבלה מטילה את האחריות על הרופא עצמו, אך דורשת תיאום עם הנהלת בית החולים על פי הסדר קבוע מראש למקרים חריגים אלו.

(ב). מטפל המתנגד עקרונית לטיפול בחולה הנוטה למות על פי הוראות חוק זה רשאית ועדת האתיקה המוסדית להיענות לבקשתו לשחררו מטיפול רפואי בחולה הנוטה למות, כאשר יש לו התנגדות ערכית או מצפונית לבצע את ההנחיות הכלולות בחוק זה ביחס לטיפול רפואי או לאי-טיפול רפואי בחולה הנוטה למות, ובלבד שתימצא חלופה נאותה לטיפול רפואי בחולה תוך קיום הוראות החוק. הוועדה רשאית לסרב לכך רק אם לא ניתן להציע חלופה נאותה לטיפול בחולה תוך קיום הוראות חוק זה.

הערה: סעיף זה בא להסדיר מצב שבו מטפל מתקשה מוסרית/מצפונית לטפל בחולים הנוטים למות על פי עקרונות הצעת חוק זה באופן עקרוני. זאת בהבדל מסעיף 55(א) לעיל, אשר דן רק במקרה ספציפי, חריג וחד-פעמי.

נספח ב: הבסיס ההלכתי להצעת "חוק החולה הנוטה למות"*

מספר סיפורים במקרא ובחז"ל, כמה גדרים שהוגדרו על ידי הראשונים, ופרטי דינים של גוסס וחיי שעה משמשים יסודות ועקרונות לדיון על היחס ההלכתי לחולה הנוטה למות[1].

א. ערכי יסוד

א1. ערך החיים[2]

חלק נכבד מגדולי הפוסקים סבורים, שערך החיים הוא אמנם ערך מקודש ונעלה ביותר, אך איננו ערך מוחלט. הוכחות לכך: יש ערכים העולים על ערך החיים, כגון שלוש עבירות שייהרג ואל יעבור, יציאה למלחמה, ומיתה על קידוש ה'; יש מצבים שבהם ניתן לדחות את החיים, כגון הרודף אחרי חברו להורגו, מיתות בית-דין על עבירות חמורות, והתאבדות בתנאים מסויימים; ובעיקר מצבים בסוף החיים הכרוכים ביסורים קשים, שעל פי עקרונות הלכתיים מותר להימנע מלהאריכם בתנאים ובמצבים מוגדרים היטב.

עמדה הלכתית-השקפתית זו מאפשרת איזון בין ערך החיים המקודש והחשוב לבין ערכים אחרים, כגון מניעת סבל, כאשר מתקיימים תנאים מוגדרים היטב לכך (ראה להלן).

היסוד ההלכתי העיקרי לגישה זו הוא עקרון "מסיר המונע":

> 'ועת למות' (קהלת ג ב), למה הוצרך קהלת לומר כן, אלא כשאדם גוסס כשנפש אדם יוצאה, אין צועקין עליו שתשוב נפשו, כי אינו יכול לחיות אלא מעט ימים, ואותן ימים יסבול ייסורין[3].
>
> אין גורמים לאדם שלא ימות מהרה, כגון שהיה אחד גוסס והיה אחד קרוב לאותו בית חוטב עצים, ואין הנשמה יכולה לצאת, מסירים החוטב משם, ואין משימים מלח על לשונו כדי שלא ימות, ואם גוסס ואומר אינו יכול למות עד שישימוהו במקום אחר, אל יזיזוהו משם[4].
>
> 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

* נכתב על ידי פרופ' א. שטינברג, ופורסם בחוב' אסיא, עא-עב, 2003, עמ' 39-25.

[1] ראה בהרחבה בכל הנושאים הנוגעים לחולה הנוטה למות בגוף הערך כאן. **[2]** רלוונטי לסעיפים 3-6 להצעת החוק. **[3]** הרב יהודה בן שמואל החסיד, ספר חסידים, סי' רלד (סי' שיח בהוצאת וויסטינעצקי). **[4]** ספר חסידים, סי' תשכג (סי' שטו בהוצאת וויסטינעצקי).

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 את הגוסס ממקומו וכו׳, ואסור גם לשים מפתחות בית הכנסת תחת מראשותיו של הגוסס שימות מהרה, כי גם זה ממהר יציאת נפשו, ולפי זה אם יש שם דבר שגורם לנפשו שלא תצא, מותר להסיר אותו גורם[5].

וכן אסור לגרום למת שימות מהרה, כגון מי שהוא גוסס זמן ארוך ולא יוכל להיפרד, אסור להשמט הכר והכסת מתחתיו מכוח שאומרים שיש נוצות מקצת עופות שגורמים זה, וכן לא יזיזנו ממקומו, וכן אסור לשום מפתחות בית הכנסת תחת ראשו כדי שייפרד, 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, דאין בזה מעשה כלל אלא שמסיר המונע[6].

על פי עקרון זה כתבו מפוסקי דורנו את הדברים הבאים:

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 צריך עיון גדול, דביו״ד סי׳ שלט מבואר, דמותר להסיר דבר המונע פטירת החולה, ורק מעשה בגופו אסור לעשות, ואם כן להיות בשב ואל תעשה לכאורה (במקום שעל ידי זה יתווספו לו יסורים) לא מצאתי איסור, ואדרבה יש ללמוד למנוע מזה ... אבל לכאורה כל שאינו אלא לחיי שעה ואין בו הצלה ממש, דמי לנידון הגוסס, שהרי הגוסס הוא כחי לכל דבריו, וכל זה צריך עיון גדול[7].

ובאינשי כהאי גוונא שהרופאים מכירים שא״א לו להתרפאות ולחיות, ואף שלא יחיה כמו שהוא חולה בלא יסורין, אבל אפשר ליתן לו סמי רפואה להאריך ימיו כמו שהוא נמצא עתה ביסורין, אין ליתן לו מיני רפואות אלא יניחום כמו שהם[8].

נראה לפי עניות דעתי דכיון שאינו לרפאותו אלא להאריך חייו איזו שעה, אם חיי השעה שיחיה על ידי האמצעים של הרופאים

[5] הרב יהושע בועז בן שמשון לבית ברוך, שלטי גבורים סביב הרי״ף, מו״ק טז ב. **[6]** הרב משה איסרליש, רמ״א, יו״ד שלט א. וראה בהרחבה על המשמעויות השונות של הדוגמאות הנ״ל ועל השלכותיהם המעשיות בגוף הערך כאן. **[7]** הרב יעקב ישראל קנייבסקי, קריינא דאיגרתא, מכתב קצ. **[8]** הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה, חיו״ד ח״ב סי׳ קעד ענף א.

> יהיו ביסורים — אסור ... דמסתבר דזהו הטעם שמותר להסיר דבר המעכב יציאת הנפש כשאין בזה מעשה כדאיתא ברמ״א סי׳ שלט סוס״א שהוא משום יסורים, ואם היה מותר לעשות אמצעים להאריך חיי שעה אף כשיהיו לו יסורין, איך היה שייך להסיר דבר המעכב יציאת הנפש, הא אדרבה היו צריכים להביא הדברים שמעכבים יציאת הנפש דהא על ידי זה יחיה מעט יותר, אלא ודאי דאסור לעשות אמצעים להאריך חיי שעה באופן שיהיה ביסורים, וסתם עכוב יציאת הנפש בגוסס הוא ביסורים ... אף שלעשות מעשה לקרב מיתתו אסור כמפורש ברמ״א שם, אף שהוא ביסורים, והוא בדין רוצח ... אבל לעשות מעשה להאריך חייו ביסורים נמי אסור ... ומה שיאמרו הרופאים שאינו מרגיש כבר ביסורים אין להאמינם, כי אפשר לא שייך שידעו זה ...[9].

אמנם יש הסבורים, שערך החיים הוא אינסופי, מוחלט, ובלתי ניתן לחלוקה וליחסיות[10]. על פי שיטה זו יש להאריך חיי כל חולה בכל מקרה, בכל מצב, ובכל תנאי, גם כשתוחלת החיים היא קצרה ביותר, גם כשהחולה סובל סבל רב, וגם אם הדבר נעשה נגד רצונו.

א2. בעלות האדם על גופו[11]

שניים מגדולי הרבנים בדורנו נחלקו בשאלה אם יש לאדם בעלות כלשהי על גופו: יש מי שסבור, שאין האדם בעלים על גופו כלל[12]; ויש מי שסבור, שאין לשלול לגמרי את בעלות האדם על גופו, אלא שיש לו בעלות חלקית על גופו, והיא בעלות של שותפות בינו ובין הקב״ה[13]. אך

[9] שו״ת אגרות משה, חיו״ד ח״ב סי׳ קעד ענף ג. **[10]** ראה הרב יוסף באב״ד, מנחת חינוך מ׳ לד; הרב יחיאל מיכל טיקוצינסקי, גשר החיים ח״א פ״ב ס״ב הע׳ 3; הרב ישראל עמנואל יעקובוביץ, הרפואה והיהדות, עמ׳ 152; הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פ״ו. **[11]** רלוונטי לסעיפים 5, 6(ב), 10(ב), 11, 13, 17, 20 להצעת החוק. **[12]** הרב שלמה יוסף זוין, לאור ההלכה, עמ׳ שיח ואילך; הנ״ל, הלכה ורפואה, ב, תשמ״א, עמ׳ צג ואילך. **[13]** הרב שאול ישראלי, התורה והמדינה, ה-ו, תשי״ג-י״ד, עמ׳ קו; הנ״ל, עמוד הימיני, סי׳ טז סקט״ז ואילך. וראה הרב אפרים פישל וויינברגר, שו״ת יד אפרים סי׳ יד, ביסודות המחלוקת שבין הרבנים זוין וישראלי. המקורות ההלכתיים הרלוונטיים לדיון בסוגיא זו כוללים — ב״ק צג א, בעניין מי שנותן רשות לחברו להכותו; סנהדרין פד ב, בעניין רשות האב שבנו יקיז את דמו; רמב״ם רוצח א ד, בעניין כופר מן הרוצח; רמב״ם חובל ומזיק ה א, בעניין חובל בעצמו; הרב דוד בן זמרה, רדב״ז על רמב״ם סנהדרין יח ו, בעניין אי-קבלת הרשעת עצמו במיתה ובמלקות; הרב שניאור זלמן שניאורסון, שו״ע הרב, הל׳ נזקי גוף ונפש, ס״ד, בעניין הטעם של איסור חובל בעצמו. וראה עוד הרב יצחק בן ששת, שו״ת הריב״ש סי׳ קפו וסי׳ תפד; הרב מאיר בן ברוך, שו״ת מהר״ם מרוטנבורג (פראג) סי׳ לט; הרב יאיר חיים בכרך, שו״ת חות יאיר סי׳ קסג; הרב אריה לייב גינצבורג, טורי אבן, מגילה כו א; הרב יוסף באב״ד, מנחת חינוך, מ׳ מח; הרב אריה לייב בן יוסף הכהן, קצות החושן סי׳ רמו סק״א; הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה חאו״ח ח״ג סי׳ עח; הרב אפרים פישל וויינברגר, שו״ת יד אפרים סי׳ יד; הרב שילה

מכל מקום גם לפי שיטה זו, אין בעלותו של האדם מקנה לו זכות להביא נזק לגופו, ולדעת הכל אסור להרוג את חברו, גם אם מבקש ממנו, שכן האדם איננו בעלים על גופו, כדי לגרום למותו.

אכן, נחלקו הפוסקים אם יש לאדם זכות אוטונומית להחליט על הימנעות מטיפול מאריך חיים בהיותו חולה נוטה למות, ובמקום של סבל רב (ראה להלן). יש מי שכתבו, שאם 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 כזה. ומאידך, צריך להודיע דבר זה לחולה ולשאול אותו אם רוצה שיתנו לו טיפול רפואי זה, שאם בחיי יסורים רוצה יותר ממיתה צריכים לתת לו[14]. וכן אם החולה ירא שמים, ולא נטרפה דעתו, רצוי מאד להסביר לו, שיפה שעה אחת בתשובה בעולם הזה מכל חיי העולם הבא, ויש זכות לסבול בעולם הזה יותר מאשר למות מיד, אך אם בכל זאת אינו רוצה ביסורים, יש לשמוע לו[15].

א3. היחס ליסורים[16]

לכל הדעות יש להפחית את יסוריו של כל אדם ככל הניתן[17], וגם כשסנהדרין הוציאו אדם להורג בגלל פשעים חמורים, היו צריכים להשקותו סם, כדי שתיטרף דעתו, ולא יסבול בשעת מותו[18].

אכן, מוסכם על כל הפוסקים, שבכל מקרה אין היתר להרוג אדם בידיים כדי למנוע את יסוריו (ראה להלן). 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 (ראה להלן). יש שהוכיחו מהגדרת התלמוד, שיסורים שאין להם קיצבה קשים ממיתה[19], 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 חיים[20], ועוד יש מי שכתב, שאריכות ימים ושנים יותר מידי אינם טובים[21], ועוד יש מי שכתב, שדין הצלה נאמר דווקא במקום שנהנה הניצול מהארכת ימיו, וטוב לו שיאריכו לו ימיו, ואז גם מחללים עליו

רפאל, תורה שבעל פה, לג, תשנ״ב, עמ׳ עד ואילך. **[14]** הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ עה אות א. **[15]** הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו״ת מנחת שלמה סי׳ צא אות כד. **[16]** רלוונטי לסעיפים 2 (חלק מההגדרות), 5, 6, 13(א), 15, 16 להצעת החוק. **[17]** על משמעות היסורים לפי השקפת היהדות — ראה בערך יסורים. **[18]** סנהדרין מג א; תנחומא פקודי ב; רמב״ם סנהדרין יג ב. **[19]** כתובות לג ב. וראה תוס׳ שם ד״ה אלמלי; תוס׳ ע״ז ג א ד״ה שלא. **[20]** הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ עד אות ב; הרב אביגדור נבנצאל, ביצחק יקרא, סי׳ נז. **[21]** הרב שמואל אליעזר אידל׳ס, מהרש״א

שבת להצלתו, אבל במקום שטוב מותו מחייו מחמת יסוריו, אין כלל דין הצלה. ולכן מי שסובל יסורים והוא נוטה למות, אין חיוב להאריך חייו להצילו[22]. ראיות לשיטה זו: מצינו בתנ"ך ובחז"ל כמה דוגמאות שאנשים התפללו על עצמם שהקב"ה ימיתם, כדי לגואלם מיסוריהם, כגון אליהו[23], יונה[24], וחוני המעגל[25]. ממקורות אלו משמע, שמותר לאדם להתפלל על עצמו שימות, כשהוא סובל מאד. עוד מצינו דוגמאות אחדות בחז"ל, שביקשו חכמים רחמים על חולה גוסס, או על חולה שניטלה ממנו דעתו — שימות[26], ובעיקר יש לציין את סוף ימיו של רבי יהודה הנשיא, שנחלקו תלמידיו של רבי ואמתו אם עדיף להתפלל עליו שימשיך לחיות למרות יסוריו, או עדיף שימות בגלל יסוריו[27], ונפסקה הלכה כאמתו של רבי, שפעמים צריך לבקש רחמים על החולה שימות, כגון שמצטער החולה בחוליו הרבה, ואי אפשר לו שיחיה[28]. וכן נפסק שכשנפש אדם יוצאה, אין צועקים עליו שתשוב נפשו, כי איננו יכול לחיות כי אם מעט ימים, ואותם ימים יסבול יסורים[29].

אמנם יש הסבורים, שחייבים להמשיך ולטפל בכל חולה בכל האמצעים, ואף אם יש לחולה יסורים קשים, כי בעצם קיום החיים יש זכות, אפילו הם חיי צער ויסורים[30].

א4. חיוב הטיפול בכל אדם[31]

וודאי פשוט וברור וידוע לכל בן תורה וירא שמים שמחוייבים לרפאות להציל במה שאפשר לכל אדם, בלא שום חילוק בחכמתו ובדעתו[32], ובדבר זקן מופלג שנחלה, ודאי מחוייבים לרפאותו במה שאפשר כמו לאיש צעיר[33].

ב. הגדרת החולה הנוטה למות[34]

הגדרת החולה הנוטה למות מבחינת ההלכה איננה ברורה כל צרכה.

ח"א ברכות מז א. **[22]** הרב זלמן נחמיה גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך; הנ"ל, עמק הלכה, ב, תשמ"ט, עמ' 183 ואילך. וראה עוד בנידון הרב משה זאב זארגער, שו"ת וישב משה ח"א סי' עו; הרב מ. וינברגר, עמק הלכה-אסיא, עמ' 53 ואילך; הרב משה הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך. **[23]** מל"א יט ד. **[24]** יונה ד ג. **[25]** תענית כג א. **[26]** ראה תענית כג א; ב"מ פד א. וראה הרב ראובן מרגליות, נפש חיה, סי' רצב; הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר חי"ח סוסי' מח. וראה ירושלמי שבת פי"ט סוה"ב, בעניין רב אדא בר אהבה. **[27]** כתובות קד א. **[28]** הרב ניסים בן ראובן גירונדי, ר"ן, נדרים מ א ד"ה אין. **[29]** הרב יהודה בן שמואל החסיד, ספר חסידים סי' רלד. **[30]** הרב אליעזר יהודה וולדינברג, 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. **[31]** רלוונטי לסעיף 5 להצעת החוק. **[32]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עד אות א. **[33]** שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עה אות ז. **[34]** רלוונטי לסעיפים 2 ("חולה בשלב סופי", "חולה נוטה למות"), 3, 4

ניתן להתייחס להלכותיו של החולה הנוטה למות כהלכותיו של החולה שנותרו לו "חיי שעה". אמנם לא מצינו בחז"ל הגדרה 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 שעה[35]; יש מי שכתב, שבכל מקרה שמצב הסכנה שאנו יודעים שיגרום בהכרח למותו של האדם התחיל כבר, הרי זה בגדר חיי שעה, בין אם המוות יבוא במוקדם או במאוחר[36]; ויש מי שכתב, שחיי שעה הוא גם גוסס וגרוע מגוסס, שבגוסס רק רובם מתים, אבל בחיי שעה אין אפילו מיעוט שבמיעוט שנותר בחיים[37].

ההחלטה להימנע מטיפול מאריך חיים בחולה סופני שסובל הוא דווקא לאחר שכל הרופאים הסכימו שאין עוד סיכויים להצילו, ואין לסמוך רק על מספר קטן של רופאים מומחים[38].

ג. עניינים יישומיים

ג1. המתה במעשה[39]

פעולה כזו, גם אם היא נעשית בגלל סיבות של חסד וחמלה, גם אם החולה הנוטה למות סובל יסורים קשים, ואפילו הוא מבקש באופן צלול וברור שיהרגוהו — אסורה בכל מקרה, 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 דמים[40]. 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

להצעת החוק. **[35]** הרב שלמה קלוגר, חכמת שלמה יו"ד סי' קנה ס"א; הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עה אות ב. **[36]** הרב אברהם יצחק הכהן קוק, שו"ת משפט כהן סי' קמד אות ג. **[37]** הרב ישראל מאיר הכהן מראדין, ביאוה"ל סי' שכט ס"ד ד"ה אלא. **[38]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עד אות א. **[39]** רלוונטי לסעיף 16 להצעת החוק. **[40]** שבת קנא א; סנהדרין עח א; רמב"ם רוצח ב ז; הרב יהודה בן שמואל החסיד, ספר חסידים, הוצאת מק"נ, סי' שטו; הרב משה איסרליש, רמ"א יו"ד שלט א; הרב אברהם דנציג, חכמת אדם קנא יד; הרב יחיאל מיכל אפשטיין, ערוך השולחן יו"ד שלט א; הרב משה פיינשטיין, 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; הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונט' רמת רחל סי' כט; שם ח"ט סי' מז; שם ח"י סי' כה פ"ו; הרב שמואל ברוך ורנר, תורה שבעל פה, יח, תשל"ו, עמ' לח ואילך; הרב ניסים טעלושקין, אור המזרח, ניסן תשכ"א, עמ' 20; הרב שמחה הכהן קוק, תורה שבעל פה, יח, תשל"ו, עמ' פב ואילך; הרב ברוך פנחס טולידאנו, ברקאי, ד, תשמ"ז, עמ' 42 ואילך;

בעולם הזה, יתכפרו לו חטאיו, ויזכה לעולם שכולו טוב[41].

ג2. סיוע בהתאבדות[42]

גרם מיתה אף הוא אסור מן התורה[43]. לפיכך, אסור לרופא לסייע להתאבדותו ולמותו של חולה הנוטה למות.

ג3. הימנעות מטיפול מאריך-חיים; הפסקת טיפול מאריך-חיים[44]

חלק גדול מגדולי הפוסקים סבורים, שאם החולה הנוטה למות סובל מיסורים קשים, או אפילו סבל נפשי חזק מאד, ומבקש שלא יאריכו חייו בטיפולים שמוסיפים סבל, מותר להימנע מטיפול מאריך-חיים, אבל אין איסור אם האריכו את חייו בתנאים כאלו[45]; ויש אף הסבורים, שאם החולה הסופני סובל, מצווה וחובה להימנע מלהאריך את חיי הסבל שלו, ואסור לנקוט בפעולות שיאריכו את גסיסת הסבל שלו[46].

יש מי שכתב, שאם החולה הנוטה למות שרוי בחוסר הכרה מוחלט, ולא ברור שהוא סובל יסורים, חייבים לטפל בו בכל האמצעים, כולל החייאה[47]; ויש מי שכתבו, שגם חולה בתירדמת עמוקה סובל, ולכן מותר גם בו להימנע מהארכת חייו[48].

הרב ישראל מאיר לאו, שו״ת יחל ישראל ח״ב סי׳ פז. **[41]** הרב חיים דוד הלוי, תחומין, ב, תשמ״א, עמ׳ 297 ואילך. וראה עוד הרב יעקב צבי מקלנבורג, הכתב והקבלה, בראשית ט ה, שהביא מקור מהפסוק נגד המתת חסד, אפילו כשזה נעשה לטובתו של החולה הסובל יסורים קשים. **[42]** רלוונטי לסעיף 17 להצעת החוק. **[43]** רמב״ם רוצח ב ב — הגורם מיתה לחבירו, עוון הריגה בידו, וחייב מיתה בידי שמים. **[44]** רלוונטי לסעיפים 10-13 להצעת החוק. **[45]** הרב יעקב ישראל קנייבסקי, קריינא דאגרתא, מכתב קד; הרב יוסף שלום אלישיב, הובאו דבריו בנשמת אברהם (פרופ׳ אברהם סופר אברהם) ח״ד חיו״ד סי׳ שלט סק״ב; הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו״ת מנחת שלמה סי׳ צא אות כד; הרב דב משה וולנר, התורה והמדינה, ז-ח, תשט״ו-י״ז, עמ׳ שטו ואילך; הרב משה הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ״א, עמ׳ כט ואילך; הרב שלמה גורן, מאורות, 2, תש״מ, עמ׳ 28 ואילך. **[46]** הרב עובדיה הדאיה, שו״ת ישכיל עבדי ח״ז חיו״ד סי׳ מ; הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ב סי׳ קעד ענף ג; הרב משה זאב זארגער, שו״ת וישב משה ח״א סי׳ עו; הרב שמואל וואזנר, שו״ת שבט הלוי ח״ו סי׳ קעט (אמנם ראה בתשובת הרב שמואל וואזנר בראש כרך ג של אנציקלופדיה הלכתית רפואית, מהדורה א, 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׳ רפז אות ג); הרב משה הלברשטאם, שו״ת דברי משה סי׳ צה. וכן משמע מהרב יעקב ישראל קנייבסקי, קריינא דאגרתא, מכתב קצ. **[47]** הרב יוסף שלום אלישיב, הובאו דבריו בנשמת אברהם (פרופ׳ אברהם סופר אברהם) ח״ד חיו״ד סי׳ שלט סק״ב. **[48]** הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ב סי׳ קעד ענף ג; שם חחו״מ ח״ב סי׳ עד אות א; הרב שלמה זלמן אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח״ד חיו״ד סי׳ שלט סק״ב. בדידי הווי עובדא, בעת שאאמו״ר זצ״ל היה בשלבי מחלתו הסופניים, כשהוא מונשם עקב אי-ספיקה נשימתית, מקבל דיאליזה בגלל אי-ספיקת כליות חריפה ומלאה, מדמם בגלל DIC, ובחוסר הכרה מוחלט, והוא קיבל עירוי של nor-epinephrin ששמר על לחץ-דמו, ופסק לי הרב ש.ז. אויערבאך זצ״ל שאין להפסיק את

אמנם 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 לכך[49].

לשיטת הסוברים, שבמצבים מסויימים מותר להימנע מלהאריך חיים, או אפילו שיש איסור לעשות כן, נקבעו מספר הגבלות ותנאים כדלקמן:

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 למצבי 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 הטיפולים הללו יגבירו את הכאב והסבל, ובוודאי אם אין החולה מסכים לכך. בהגדרות אלו כלולים החייאה, הנשמה, ניתוחים, דיאליזה, כימותרפיה, הקרנות וכיו"ב[50].

פסק דין:

מדין תורה חייבים לטפל בחולה, 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 ...

ועל זה באנו על החתום

יוסף שלום אלישיב, שלמה זלמן אויערבאך, שמואל הלוי וואזנר, ש.י. ניסים קרליץ

העירוי כל עוד יש נוזל בשקית-העירוי, אך כשהחומר בשקית יגמר, אין לחדש עוד את העירוי. ואמנם לאחר שנגמר החומר בעירוי — החזיר אאמו"ר זצ"ל את נשמתו הזכה והטהורה לבוראו לאחר כ-15 דקות. **[49]** הרב ישראל עמנואל יעקובוביץ, הרפואה והיהדות, עמ' 146 ואילך; הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר ח"ה קונ' רמת רחל סי' כח; שם ח"ט סי' מז; שם חי"ג סי' פז-פט; שם חי"ד סי' פ-פב; שם חי"ח סי' סב; Rabbi JD Bleich, *Judaism and Healing*, Ch 24. **[50]** הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו"ת מנחת שלמה סי' צא אות כד, והרב ש.ז. אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם (פרופ' אברהם סופר אברהם) חיו"ד סי' שלט סק"ד, והרב ש.ז. אויערבאך, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' קלא; הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד; שם חחו"מ ח"ב סי' עג אות א.

אלו הטיפולים הרפואיים כפי שנוסחו על ידי רופאים בכירים:
יש להזין את החולה הסופני, ובמידת הצורך גם על ידי זונדה או פיום קיבה. כמו כן יש לתת עירוי נוזלים לוריד, זריקת אינסולין, מורפיום במינון מבוקר, אנטיביוטיקה, ומנות דם.

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, אך בכל מקרה אסור לעשות פעולה שתביא למותו המיידי של החולה, ואפילו אם יש ספק שהפעולה תביא למותו המיידי של החולה, אסור לעשות זאת. 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 תועלת.

יש להימנע מהכנסת כל טיפול חדש שיאריך את חיי הסבל של החולים הללו.

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 ... ואין צורך לתקן את מצבו של החולה על פי הנתונים שייראו על המסך, הואיל והחולה סובל, ואין בבדיקות אלו שום תועלת.

יש להמשיך בטיפול במשככי כאבים, כדי למנוע עד כמה שניתן כאב וסבל לחולה.

אסור לעשות פעולה שתביא למותו המיידי של החולה, ואפילו אם יש ספק שהפעולה תביא למותו המיידי של החולה, אסור לעשותה.

לפיכך, אסור לנתקו ממכשיר ההנשמה, אם הנחת הרופאים היא

שאפשר שנשימתו תלויה באופן מלא בהנשמה במכונה; אסור להפסיק באופן מלא ומיידי תרופה כמו דופאמין, המיועדת לשמור על לחץ דמו של החולה, אם ההנחה היא שאפשר שבכך ייפול לחץ הדם מיד, והחולה ימות מיד.

מותר לשנות או להפסיק טיפולים, כאשר ההנחה היא שבפעולה זו לא ימות החולה מיד, אף שבעקבות הפעולה הוא ימות ממחלתו בתוך מספר שעות, בתנאי שהרופאים מעריכים שהחולה סובל, ובתנאי שהשינויים יתבצעו באופן הדרגתי, תוך ביקורת ומעקב אחרי מצבו של החולה לאחר ביצוע השינויים.

לפיכך מותר להוריד את קצב ההנשמה של מכונת ההנשמה עד למידה שהחולה עדיין נושם בכוחות עצמו; מותר להוריד את רכוז החמצן המוזרם לחולה על ידי המכונה עד ל-20%, שהוא רכוז החמצן באוויר הרגיל שכולנו נושמים במצב רגיל; מותר להוריד בהדרגה את מינון הדופאמין, בהנחה שלא ניצפה שינוי משמעותי בלחץ הדם של החולה, או אפילו אם רואים ירידה מסויימת בלחץ דמו, אך הדבר אינו מביא למותו המיידי; 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 הווריד; מותר להפסיק תרופות הניתנות באופן מניעתי למנוע קרישי דם או דימומים, כגון הפרין וחוסמי H2; מותר להפסיק מתן אינסולין אשר ניתן להורדת רמות גבוהות של סוכר בדם. וכל זה בתנאי שהחולה סובל.

כמו כן מותר להימנע מלחדש תרופות או טיפולים שניתנים באופן מחזורי ולא באופן מתמיד ושוטף, כגון להימנע מלחדש טיפול בדיאליזה; להימנע מלחדש טיפול בדופאמין לאחר שנגמר העירוי המכיל תרופה זו; להימנע מלחדש אנטיביוטיקה לאחר שנגמר העירוי המכיל תרופה זו. וכל זה בתנאי שהחולה סובל[51].

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 תעשה[52]. טעמם: אכילה היא דבר טבעי, שכל בני האדם ובעלי חיים מוכרחים לזה, והמונע מזון מאדם נחשב כרוצח[53].

[51] הרב שלמה זלמן אויערבאך והרב שמואל וואזנר, על פי סיכום עמדותיהם על ידי פרופ׳ אברהם שטינברג, אסיא, סג-סד, תשנ״ט, עמ׳ 18-19. **[52]** הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו״ת מנחת שלמה סי׳ צא אות כד; הרב משה פיינשטיין, שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ עד אות ג; הרב משה הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ״א, עמ׳ כט ואילך; הרב יצחק אייזיק ליעבעס, שו״ת בית אב״י חחו״מ סי׳ קנג; הרב זלמן נחמיה גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ׳ 64; הרב יקותיאל יהודה גרינוואלד, כל בו על אבלות ח״א עמ׳ 21. **[53]** כמבואר בסנהדרין עז א,

ואם החולה מסרב לאכול, צריך לנסות להסביר לו את החשיבות באכילה. ואם בכל זאת מסרב — יש מי שכתב, שאין לכפות עליו את האוכל, כשהוא גדול ובר-דעת[54]; ויש מי שכתב, שחייבים להאכילו אפילו נגד רצונו[55]. 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 הווריד[56].

חמצן — אסור להפסיקו מחולה הנוטה למות[57]. יש שלמדו זאת מהמבואר ברמב"ם[58]: בנה עליו מקום עד שמנע ממנו הרוח, נהרג עליו, שזה כמו שחנקו בידו.

החייאה ומכשיר הנשמה — בין הטיפולים שמותר להימנע מלתת לחולה סופני הוא החייאה וחיבור למכשיר הנשמה.

אכן נחלקו רבני דורנו במקרה שחיברו חולה סופני למכשיר הנשמה: האם מותר לנתקו ממנו, כשהרופאים סבורים שאפסה כל תקווה. יש אמנם הסוברים, שמותר לנתק חולה סופני ממכשיר הנשמה, ואף חובה על הרופאים לעשות כן, כדי למעט היסורים[59]. טעמם: מכשיר ההנשמה 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 הנשמה[60]. טעמם: מכשיר ההנשמה הוא דבר חיוני לחיים, הוא פיסיולוגי, הוא מחובר לחולה, ואינו בגדר מעכב יציאת הנפש, ולכן זהו גרם רציחה בידיים; לכתחילה היה מצווה לחברו למכשיר ההנשמה כדי לטפל בו.

לשיטת האוסרים לנתק חולה ממכשיר הנשמה — יש מי שכתב, שהדרך העדיפה היא לחבר חולה מסוכן למכשיר הנשמה כשיש צורך בכך,

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 שבועות ד"ו, בעניין שבועה שלא יישן ג' ימים. **[54]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה שם; הרב שלמה גורן, הרפואה, קכד:516, 1993. **[55]** הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו"ת מנחת שלמה שם. **[56]** שמעתי מפי הרב שלמה זלמן אויערבאך. **[57]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עג אות א; הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו"ת מנחת שלמה סי' צא אות כד; הרב יצחק אייזיק ליעבעס, שו"ת בית אב"י חחו"מ סי' קנג. **[58]** רוצח ג י. **[59]** הרב חיים דוד הלוי, תחומין, ב, תשמ"א, עמ' 297 ואילך; הנ"ל, עשה לך רב, ח"ה, סי' ל; הרב ברוך רבינוביץ, אסיא, א, תשל"ו, עמ' 197 ואילך; הרב ברוך פנחס טולידאנו, ברקאי, ד, תשמ"ז, עמ' 42 ואילך. **[60]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' קלב; הרב שלמה זלמן אויערבאך, הובאו דבריו במאמר של אברהם שטינברג, אסיא, חוב' נג-נד, עמ' 5 תשנ"ד; שו"ת הרב יצחק אייזיק ליעבעס, בית אב"י חחו"מ סי' קנג; הרב בן-ציון פירר, תחומין, ז, תשמ"ו, עמ' 219 ואילך; הרב יצחק ידידיה פרנקל, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 463 ואילך. וראה עוד הרב ישראל מאיר לאו, שו"ת יחל ישראל

ולחבר את המכשיר לשעון הדומה לשעון שבת. השעון יפעיל את מכשיר ההנשמה לפרקי זמן קצובים, ויפסיק את פעולתו לזמנים קצרים, ואם בעת ההפסקה יתברר שהחולה מת, ינתקוהו מהמכשיר[61]; יש מי שכתבו, שכאשר מפסיקים את פעולת מכשיר ההנשמה לצורך טיפול בחולה או במכשיר, כגון לניקוי הפרשות מן הריאות, אין חיוב לחזור ולחבר את המכשיר לחולה, אם התברר שאינו נושם עוד, ומצבו מצדיק הימנעות המשך טיפול מאריך-חיים מבחינת ההלכה[62]; 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 ההנשמה של מכונת ההנשמה עד למידה שהחולה עדיין נושם בכוחות עצמו, ומותר להוריד את ריכוז החמצן המוזרם לחולה על ידי המכונה עד ל-21%, שהוא הריכוז של החמצן באוויר הרגיל שכולנו נושמים במצב רגיל[63].

תרופות — תרופות המיועדות למחלה הסופנית, אשר יכולות להאריך במקצת את חיי החולה, אך אינן יכולות להבריאו — יש מי שכתבו, שתרופות חייבים לתת בכל מקרה, והפסקתם היא בגדר רציחה[64]; אך רוב הפוסקים סבורים, שאין לתת תרופות כאלו, כי אין בהם תועלת, והן רק מאריכות את חיי הסבל והגסיסה, ובפרט אם החולה דורש להפסיק התרופות[65].

בעניין תרופות שניתנות למחלות 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 וחוסמי H2 וכיו"ב — יש מי שכתב, שאם ברור לדעת הרופאים, שאין עוד תקווה להציל את חיי החולה, והערכת הרופאים היא שהחולה סובל, יש להימנע מלהאריך חייו גם על ידי תרופות כאלו[66], ובמקרים אלו יש הסבורים, שאף מותר להוריד את מינון התרופות הללו, בתנאי שהדבר נעשה בהדרגה, ואין הורדת המינון מביאה לשינוי משמעותי במצבו של החולה[67]; ויש הסבורים,

ח"ב סי' פז. **[61]** הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פט. **[62]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' קלב; הרב זלמן נחמיה גולדברג, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך. **[63]** הרב שלמה זלמן אויערבאך והרב שמואל וואזנר, לעיל הע' 51. **[64]** הרב משה הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך; הרב ברוך פנחס טולידאנו, ברקאי, ד, תשמ"ז, עמ' 42 ואילך; **[65]** הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עד אות א. וראה מה שכתב שם בסי' עג אות ה; הרב שלמה זלמן אויערבאך, שו"ת מנחת שלמה סי' צא אות כד; הרב יצחק אייזיק ליעבעס, שו"ת בית אב"י חחו"מ סי' קנג; הרב משה דוד וולנר, התורה והמדינה, קובץ ז-ח, תשט"ו-י"ז, עמ' שטו ואילך. **[66]** הרב עובדיה הדאיה, שו"ת ישכיל עבדי ח"ז חיו"ד סי' מ. **[67]** הרב שלמה זלמן אויערבאך והרב שמואל וואזנר, לעיל הע' 51.

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 החולה[68].

חולה במחלת טרשת צד חוט השדרה [ALS=amyotrophic lateral sclerosis] — זוהי הצורה השכיחה ביותר מתוך קבוצת מחלות ה-motor neuron disease. מדובר במחלה 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 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 בריא[69], ואם החולה הזה סובל מדלקת ריאות, יש לתת לו אנטיביוטיקה דרך הפה, אבל אם אינו רוצה שיאריכו חייו, לא מחוייבים לתת לו טיפול תוך ווריד[70].

אכן, יש להדגיש, כי החלטה להימנע מהנשמה מלאכותית אין פירושה הזנחת החולה, וקיימות שיטות טיפול להקלת מצבו הסופני. וכמו כן יש לציין, כי קיימות שיטות טיפול זמניות פחות פולשניות, אשר מייצבות את המצב ולעתים אף משפרות אותו, כגון שימוש במכשירי הנשמה שונים בחולים כרוניים במחלות שריר-עצב לא שינו לרעה את איכות חייהם הבסיסית, ואלו מבין חולי ALS שבחרו בשיטת הטיפול עם מכשירי הנשמה ביתיים, היו מרוצים מהחלטתם. אמנם המטפלים בחלקם הגדול דיווחו על קשיים רבים.

יש לציין, כי קיימות עוד מחלות רבות של מערכת שריר-עצב (neuromuscular diseases), אשר מתבטאות בקשיים גוברים והולכים להפעיל את שרירי הנשימה, בדומה למצב במחלת טרשת צד חוט השדרה. בסקרים שונים התברר, שילדים שסבלו כל ימיהם ממחלות כגון אלו, ואשר הגיעו לגיל בו יכלו להביע רצונם, העדיפו שיבצעו בהם פעולות החייאה והנשמה מלאכותית קבועה בשיטות שונות.

ג4. הארכת חיים לפי בקשת החולה[71]

צריך להודיע לחולה על מצבו ולשאול אותו אם הוא רוצה שיתנו

[68] הרב עובדיה הדאיה, שו״ת ישכיל עבדי ח״ז חיו״ד סי׳ מ. **[69]** הרב שלמה זלמן אויערבאך והרב יוסף שלום אלישיב — הובאו דבריהם בנשמת אברהם (פרופ׳ אברהם סופר אברהם) ח״ד חיו״ד סי׳ שלט סק״ב; הרב ישראל מאיר לאו, שו״ת יחל ישראל ח״ב סי׳ סב. **[70]** הרב שלמה זלמן אויערבאך, שם (הע׳ 69 לעיל). **[71]** רלוונטי לסעיף 9 להצעת החוק.

לו טיפול מציל-חיים אף שהארכת חייו תוסיף לו סבל, ואם הוא רוצה בחיי יסורים יותר ממיתה צריכים לתת לו את הטיפול[72].

ג5. משככי כאב[73]

הטיפול במשככי כאב, כגון בתרופות מקבוצת הנרקוטיקה — מותר, אף אם יש חשש רחוק, שהם עלולים לקרב את מותו של החולה הסופני, שכן כאב וסבל הוא מצב של מחלה, ומותר לטפל בזה כמו בכל מחלה אחרת, למרות שיש סיכונים מסויימים בטיפולים, מה גם שהסיכון הוא מיזערי.

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 הנשמה[74]. יש הטוענים, שמתן נרקוטיקה יש בכוחה אף להאריך את החיים, שכן במניעת הכאב והסבל מרגיש החולה יותר טוב, ויכול לאכול ולשתות בצורה טובה יותר[75].

ג6. העברת הטיפול למטפל אחר[76]

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 'לא תעמוד על דם רעך'[77].

[72] הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עה אות א. **[73]** רלוונטי לסעיפים 15-16 להצעת החוק. **[74]** הרב שלמה זלמן אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם (פרופ' אברהם סופר אברהם), חיו"ד סי' שלט סק"ד; הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עג אות א, וכתב שם, שהדבר מותר בתנאי שלא יקצר את חייו אף רגע, וכשעדיין איננו גוסס; הרב יצחק אייזיק ליעבעס, שו"ת בית אב"י חחו"מ סי' קנג; הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פז; שם חי"ד סי' קג; Rabbi JD Bleich, *Judaism and Healing*, Ch. 24. אמנם ראה מאמרו של הרב אביגדור נבנצאל, אסיא, ד, תשמ"ג, עמ' 260 ואילך, שאם משככי הכאב גורמים לקיצור חייו של החולה, אסור מדין רציחה ממש. אך הביא שם מהרב שלמה זלמן אויערבאך להתיר הטיפול במשככי כאבים, שאין כל זריקה בפני עצמה מקצרת חיי החולה בהכרח, אלא מבין רבות מתקצרים חייו. וראה עוד מאמרו של הרב ישראל מאיר לאו, תורה שבעל-פה, כה, תשמ"ד, עמ' נח ואילך. **[75]** הרב יצחק אייזיק ליעבעס, שו"ת בית אב"י חחו"מ סי' קנג; הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פז. **[76]** רלוונטי לסעיף 55 להצעת החוק. **[77]** הרב אליעזר יהודה וולדינברג, שו"ת ציץ אליעזר חי"ח סי' מ.

נספח ג: מסמך הנחיות רפואיות מקדימות, ומסמך מינוי מיופה-כוח, על פי ההלכה

פרופ׳ אברהם שטינברג

מבוא

הקידמה הרפואית-מדעית המודרנית נותנת בידי הרופאים אמצעים אבחנתיים וטיפוליים רפואיים וטכנולוגיים משוכללים ביותר, המאפשרים להאריך חיים הרבה מעבר למה שהיה אפשרי בעבר. אכן, לא תמיד מביאה הארכת החיים לשיפור באיכות החיים, ולפעמים כרוכה הארכת החיים במצבים של כאב וסבל גופניים ונפשיים. כמו כן עלול החולה בסוף חייו לסבול מנכויות ומגבלות גופניות קשות, ו/או מצבים של חוסר הכרה, שטיון, או חוסר תיפקוד שכלי מוחלט, אשר מצריכים טיפולים סיעודיים מלאים ומורכבים.

מסמכים אלו מיועדים ליהודי שומר תורה ומצוות להביע את רצונו בדבר קבלת החלטות בסוף החיים, בכל הנוגע לטיפול או אי-טיפול רפואי בו, בעת שיהיה במצב המוגדר כחולה הנוטה למות, או כחולה במצב סופי, הסובל סבל משמעותי, כאשר באותה עת לא תהיה לו היכולת השכלית, הנפשית, או הגופנית להביע את רצונו.

״חולה הנוטה למות״ הוא אדם הסובל ממחלה שלפי דעת כל הרופאים המטפלים בו היא חשוכת מרפא, ואשר על פי הנתונים הרפואיים הבדוקים הוא נמצא בשלב מתקדם של המחלה, כך שתוחלת חייו הנותרת, למרות טיפול רפואי, אינה צפויה לעלות על ששה חודשים. ״חולה במצב סופי״ הוא אדם הסובל ממחלה שלפי דעת כל הרופאים המטפלים בו היא חשוכת מרפא, הוא מצוי במצב רפואי שבו כשלו מספר מערכות חיוניות בגופו, ועל פי הנתונים הרפואיים הבדוקים הוא נמצא בשלב מתקדם ביותר של המחלה, כך שתוחלת חייו הנותרת, למרות טיפול רפואי, אינה צפויה לעלות על מספר ימים.

במדינות בהן יש חוק המסדיר את הטיפול בחולה הנוטה למות, ויש לכל אדם זכות, כאדם בגיר ובעל כשרות, להביע מראש את רצונו כיצד יטפלו או לא יטפלו בו בעתיד, בעת שיהיה חולה נוטה למות, או חולה במצב סופי, מוצע שימוש במסמכים אלו.

מומלץ שכותב מסמכים אלו יידע את בני משפחתו ואת הרופא האישי שלו אודות קיום מסמכים אלו, ו/או פירוט האמור בהם.

קיימת זכות המלאה לשנות, לעדכן או לבטל כליל את המסמכים הללו בכל עת שהכותב ירצה בכך.

ניתן למלא את מסמך ההנחיות המקדימות בלבד, או את מסמך מינוי מיופי הכוח בלבד, אך מומלץ למלא את שניהם, על מנת לוודא שההכרעה בדבר הטיפול או אי-הטיפול הרפואי בתקופה המוגדרת בראשית המבוא, תתגשם קרוב ככל האפשר

לרצון האמיתי של האדם.

נוסח מסמך הנחיות רפואיות מקדימות:

אני מבין/ה שכאדם בגיר ובעל כשרות עומדת לי הזכות החוקית להנחות את הרופאים והמטפלים בי כיצד לנהוג בי בעת שאהיה חולה הנוטה למות, או בעת שאהיה במצב סופי, ובאותה עת לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים, או להימנעות מטיפולים רפואיים, בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת. אשר על כן הנני ממלא/ה את המסמך הזה של הנחיות רפואיות מקדימות, ובהן פירוט רצוני בתנאים המתוארים לעיל.

הנני מבין/ה שאם אהיה בעל/ת כשרות בעת היותי חולה הנוטה למות או חולה במצב סופי יגבר רצוני באותה עת על כל האמור במסמך זה.

כמו כן הנני מבין/ה ומודע/ת לעובדה שעומדת לי הזכות החוקית לשנות, לעדכן, להוסיף, לגרוע, ואף לבטל כליל כל חלק ממסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות או המסמך כולו.

אשר על כן הנני מנחה את כל המטפלים בי בכל מסגרת מוסדית רפואית או סיעודית לכבד את רצוני כדלקמן:

אני החת"מ _____ ת.ז. _____ גיל ___, בהיותי בדעה צלולה וחופשי/ת מכל לחץ חיצוני מבקש/ת:

[בחר/י בין אפשרות (א) לבין אפשרות (ב)]

א. לנקוט בכל דרך רפואית אפשרית, כולל*/לא כולל* טיפולים ניסיוניים, על מנת להאריך את חיי בעת שאהיה חולה הנוטה למות* / במצב סופי* גם אם הפעולות הללו יוסיפו סבל, וגם אם הרופאים המטפלים בי יחשבו משיקולים ערכיים שאין הצדקה רפואית לנקוט בפעולות כאלו. בכלל בקשתי זו: לבצע החייאה מלאה, לצנרר את הקנה, לחבר למנשם, לתת טיפולים בדיאליזה, בכימותרפיה, ברדיותרפיה, באנטיביוטיקה, בדם ובמוצריו, במזון ובנוזלים בכל דרך אפשרית, ובכל טיפול רפואי רלוונטי שמטרתו היא הארכת חיי.

ב. להימנע מטיפול רפואי מאריך חיים:

ב1. במצב של חולה הנוטה למות:

(א). להימנע מביצוע החייאה, היינו עיסוי לב חיצוני, הנשמה על ידי צינרור הקנה, מתן תרופות החייאה כן / לא

(ב). להימנע מחיבור למנשם עם קוצב זמן כן / לא
אם כן, לכמה זמן _____ ימים/ שבועות/ חודשים

(ג). להימנע מחיבור לדיאליזה כן / לא
אם לא, להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר
שאין תוחלת לטיפול כן / לא

(ד). להימנע מניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית,
או כריתת איבר פנימי נמקי) כן / לא

(ה). להימנע מהקרנות במחלה ממארת כן / לא

(ו). להימנע מכימותרפיה במחלה ממארת כן / לא

(ז). להימנע מאנטיביוטיקה במצב של אלח-דם
חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים כן / לא

(ח). להימנע מבדיקות איבחוניות (דם, צילומי
רנטגן, מוניטור) כן / לא

ב2. במצב של חולה סופי:

(א). להימנע מביצוע החייאה, היינו עיסוי לב חיצוני,
הלם חשמלי, הנשמה על ידי צינרור הקנה, מתן תרופות
החייאה כן / לא

(ב). להימנע מחיבור למנשם עם קוצב זמן כן / לא
אם כן, לכמה זמן _____ ימים/ שבועות/ חודשים

(ג). להימנע מחיבור לדיאליזה כן / לא
אם לא, להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר
שאין תוחלת לטיפול כן / לא

(ד). להימנע מניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית,
או כריתת איבר פנימי נמקי) כן / לא

(ה). להימנע מניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית) כן / לא

(ו). להימנע מהקרנות במחלה ממארת כן / לא

(ז). להימנע מכימותרפיה במחלה ממארת כן / לא

(ח). להימנע מאנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים כן / לא

(ט). להימנע מבדיקות איבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור) כן / לא

(י). להימנע מטיפולים שגרתיים, כגון אנטיביוטיקה, דם ומוצריו כן / לא

(יא). להימנע מטיפולים במחלות נילוות, כגון אינסולין כן / לא

(יב). להימנע ממתן מזון בדרך מלאכותית כן / לא

(יג). להימנע ממתן תרופות וטיפולים מקילים (פליאטיביים) כן / לא

הערות אישיות _____

_____

בכל מקרה שתצטרך להתקבל החלטה רפואית בענייני, בעת היותי חולה הנוטה למות או בשלב סופי, הנני מבקש להתייעץ עם הרב _____, ולקבל את הכרעתו.

אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם האנשים הרשומים מטה אודות מסמך זה, ונתתי* / לא נתתי* להם עותק מהמסמך הזה:

בן זוג / בן משפחה / רופא / עו"ד / אחר

שם _____ ת.ז. _____

כתובת _____ טלפון ע / ב _____

נייד _____

חתימה _____

תאריך _____ מקום _____

אני מבין/נה ומודע/ת למשמעות תוכן מסמך זה, והנני חותם/ת עליו מתוך רצון חופשי, לאחר שקבלתי הסברים מרופא* / אחות מוסמכת* ולאחר שיקול דעת מעמיק.

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל עשה/תה כן בנוכחותי, אני מכירו/ה היטב, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא עירני/ת, מדבר/ת לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה. אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם/ת המסמך.

עד א: שם _____ ת.ז. _____
כתובת _____

חתימה _____

עד ב: שם _____ ת.ז. _____
כתובת _____

חתימה _____

תאריך _____ מקום _____

אני החתום מטה הסברתי לחותם/ת המסמך את תוכנו, והתרשמתי שהחותם/ת הבין/ה את משמעותו ואת הפרטים הכלולים בו.

רופא / אחות מוסמכת

שם _____ ת.ז. _____
מקום עבודה _____

חתימה _____

תאריך _____ מקום _____

נוסח מסמך מינוי מיופי כוח:

אני מבין/ה שכאדם בגיר ובעל כשרות עומדת לי הזכות החוקית להנחות את הרופאים והמטפלים בי כיצד לנהוג בי בעת שאהיה חולה הנוטה למות, או בעת שאהיה במצב סופי, ובאותה עת לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים, או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת. אשר על כן הנני ממלא/ה את המסמך הזה של מינוי מיופי כוח, אשר יוכלו לקבל החלטות הנוגעות לטיפול הרפואי או אי-הטיפול הרפואי בי בתנאים המתוארים לעיל.

הנני מבין/ה שאם אהיה בעל/ת כשרות בעת היותי חולה הנוטה למות או חולה במצב סופי יגבר רצוני באותה עת על כל האמור במסמך זה.

כמו כן הנני מבין/ה ומודע/ת לעובדה שעומדת לי הזכות החוקית לשנות, לעדכן, להוסיף, לגרוע, ואף לבטל כליל כל חלק ממסמך מינוי מיופה הכוח או המסמך כולו.

אשר על כן הנני מנחה את כל המטפלים בי בכל מסגרת מוסדית רפואית או סיעודית לכבד את ההחלטות של מיופי הכוח שלי, על פי המבואר דלקמן:

אני החת"מ _____ ת.ז. _____ גיל ___,
בהיותי בדעה צלולה וחופשי/ת מכל לחץ חיצוני מבקש/ת:

למנות כמיופי כוחי את האנשים הבאים, על מנת שיפעלו בשמי בעת שאהיה חולה הנוטה למות, או בעת שאהיה במצב סופי, ובאותה עת לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת.

[בחר אחת מהחלופות הבאות]

א. מיופי כוחי יוכלו לקבל כל החלטה בדבר טיפול רפואי או אי-טיפול רפואי בי בכל הנוגע לכל הטיפולים הרפואיים מאריכי-החיים, בין אם מדובר בהסכמה למתן טיפול רפואי מאריך חיים, ובין אם מדובר בהימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים, והכל בכפוף להלכה, על פי פסיקת הרב _____.

ב. מיופי כוחי רשאים לפעול בשמי רק בהסכמה למתן טיפול רפואי מאריך חיים, אך אינם רשאים לקבל החלטה בדבר הימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.

ג. מיופי הכוח רשאים לפעול בשמי בהסכמה למתן טיפול רפואי מאריך חיים, והם רשאים לפעול בשמי גם בהחלטה להימנעות מטיפול רפואי, אך רק ביחס לטיפולים הרפואיים הבאים:

במצב של חולה הנוטה למות
החייאה
חיבור למנשם
דיאליזה
הקרנות
כימותרפיה
ניתוחים גדולים
ניטור, בדיקות דם, צילומים

במצב של חולה סופי

החייאה
חיבור למנשם
דיאליזה
הקרנות
כימותרפיה
ניתוחים גדולים
ניתוחים קטנים
ניטור, בדיקות דם, צילומים
טיפולים שגרתיים
טיפולים במחלות נילוות
מזון הניתן באמצעים מלאכותיים

הנני מנחה את המטפלים בי לפנות ראשית למיופה העיקרי בכל שאלה רפואית הנוגעת לטיפול בי בתנאים האמורים לעיל; אם מיופה הכוח העיקרי לא ניתן להשגה, או שאיננו רוצה לקבל החלטות בשמי, או שאיננו מסוגל לקבל החלטות בשמי מכל סיבה שהיא, יש לפנות למיופה הכוח החלופי.

אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם מיופי הכוח, הסברתי להם את השקפת עולמי, ופירטתי בפניהם את רצוני בדבר הטיפול הרפואי או אי-הטיפול הרפואי בי בתנאים המתוארים לעיל.

מיופה כוח עיקרי

שם _____ ת.ז. _____ כתובת _____
מקום עבודה _____ טלפון בבית _____
טלפון בעבודה _____ נייד _____

מיופה כוח חלופי

שם _____ ת.ז. _____ כתובת _____
מקום עבודה _____ טלפון בבית _____
טלפון בעבודה _____ נייד _____

[בחר אחת מהחלופות הבאות]

א. הנני מורה כי מיופי הכוח יקבלו החלטה בדבר הטיפול הרפואי או אי-הטיפול הרפואי בי בכל דרך שיבחרו, בין אם יחליטו כך בעצמם, או שיתייעצו עם כל גורם הנראה להם ראוי ונכון, ובלבד שההחלטה תהיה על פי ההלכה, בהתאם להכרעת הרב _____.

ב. הנני מורה למיופי הכוח שיתייעצו עם (אחד או יותר) מהאנשים המנויים מטה בטרם יקבלו החלטה בדבר הטיפול הרפואי או אי-הטיפול

הרפואי בי בתנאים האמורים לעיל, ובלבד שההחלטה תהיה על פי ההלכה, בהתאם להכרעת הרב _____.

בן משפחה: שם _____ ת.ז. _____
כתובת _____ טלפון _____

רופא: שם _____ ת.ז. _____
כתובת _____ טלפון _____

עו"ד: שם _____ ת.ז. _____
כתובת _____ טלפון _____

אחר: שם _____ ת.ז. _____
כתובת _____ טלפון _____

הערות אישיות _____
_____

אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם האנשים הרשומים מטה אודות מסמך זה, ונתתי* / לא נתתי* להם עותק מהמסמך הזה:

בן זוג / רופא / עו"ד / בן משפחה / אחר

אני מבין/נה ומודע/ת למשמעות תוכן מסמך זה, והנני חותם/ת עליו מתוך רצון חופשי, לאחר שקבלתי הסברים מרופא* / אחות מוסמכת* ולאחר שיקול דעת מעמיק

שם _____ ת.ז. _____
כתובת _____ טלפון ע / ב _____
נייד _____

חתימה _____

תאריך _____ מקום _____

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל עשה/תה כן בנוכחותי, אני מכירו/ה היטב, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא עירני/ת, מדבר/ת לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה. אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם/ת המסמך.

עד א: שם _____ ת.ז. _____
כתובת _____

חתימה _____

עד ב: שם _____ ת.ז. _____
כתובת _____

חתימה _____

תאריך _____

אני החתום מטה הסברתי לחותם/ת המסמך את תוכנו, והתרשמתי שהחותם/ת הבין/ה את משמעותו ואת הפרטים הכלולים בו.

רופא / אחות מוסמכת

שם _____ ת.ז. _____
מקום עבודה _____

חתימה

תאריך _____ מקום _____

אנו החתומים מטה מצהירים בזה כי החותם/ת שוחח עמנו על השקפת עולמו ועל פירוט רצונו בדבר הטיפול הרפואי או אי-הטיפול הרפואי בו בעת שיהיה חולה הנוטה למות, או בעת שיהיה במצב סופי, ובאותה עת לא יוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת. אנו מסכימים להיות מיופי כוחו ולפעול בשמו/ה ולטובתו/ה באותה עת על פי מיטב הבנתנו את הנתונים הרפואיים ואת רצונו של החותם/ת בהתאם לדברים ששמענו ממנו/ה, לאחר התייעצות עם האנשים שהחותם/ת דרש, ולאחר קבלת ההכרעה ההלכתית של הרב _____, כדרישת החותם.

מיופה כוח עיקרי: שם _____ ת.ז. _____
כתובת _____

חתימה_____

מיופה כוח חלופי: שם _____ ת.ז. _____
כתובת _____

חתימה_____

תאריך _____ מקום _____

נוסח שילוב של הנחיות רפואיות מקדימות ומינוי מיופה כוח:

[בחר באחת החלופות הבאות]

א. הנני מבקש/ת לנהוג אך ורק על פי מסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות, ואינני מעוניין/ת במינוי מיופה כוח כלל ועיקר.

ב. הנני מבקש/ת לנהוג אך ורק על פי מסמך מינוי מיופי כוח, ואינני מעוניין/ת בהנחיות רפואיות מקדימות כלל ועיקר.

ג. הנני מבקש/ת לנהוג הן על פי מסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות, והן על פי מסמך מינוי מיופה כוח. במקרה שתתגלה סתירה בין המשתמע ממסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות לבין החלטתו של מיופה הכוח, הנני מבקש/ת לקבל את האמור או המשתמע בבירור ממסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות, ולהתעלם מהוראותיו של מיופה הכוח.

ד. הנני מבקש/ת לנהוג הן על פי מסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות, והן על פי מסמך מינוי מיופה כוח. במקרה שתתגלה סתירה בין המשתמע ממסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות לבין החלטתו של מיופה הכוח, הנני מבקש/ת לנהוג על פי החלטתו של מיופה הכוח, ולהתעלם מהאמור או המשתמע בבירור ממסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות.

אני מבין/נה ומודע/ת למשמעות תוכן מסמך זה, והנני חותם/ת עליו מתוך רצון חופשי, לאחר שקבלתי הסברים מרופא* / אחות מוסמכת* ולאחר שיקול דעת מעמיק

שם _____ ת.ז. _____

כתובת _____ טלפון ע / ב _____

נייד _____

חתימה _____

תאריך _____ מקום _____

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל עשה/תה כן בנוכחותי, אני מכירו/ה היטב, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא עירני/ת, מדבר/ת לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה. אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם/ת המסמך.

עד א: שם _____ ת.ז. _____

כתובת _____

חתימה _____

עד ב: שם _____ ת.ז. _____

כתובת _____

חתימה _____

תאריך _____ מקום _____

אני החתום מטה הסברתי לחותם/ת המסמך את תוכנו, והתרשמתי שהחותם/ת הבין/ה את משמעותו ואת הפרטים הכלולים בו.

רופא / אחות מוסמכת

שם _____ ת.ז. _____

מקום עבודה _____

חתימה_____

תאריך _____ מקום _____

נספח ד: חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005*

פרק א': מטרה ועיקרון יסוד

מטרה

1. (א) חוק זה בא להסדיר את הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות תוך איזון ראוי בין ערך קדושת החיים, לבין ערך אוטונומית הרצון של האדם והחשיבות של איכות החיים.

(ב) חוק זה מבוסס על ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית ועל עקרונות יסוד בתחום המוסר, האתיקה והדת.

עקרון יסוד

2. בקביעת הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, מצבו הרפואי, רצונו ומידת סבלו הם השיקולים הבלעדיים.

פרק ב': הגדרות

הגדרות

3. בחוק זה —

"אדם קרוב" — אדם, שלדעת רופא אחראי, על פי הוראות שקבע השר לפי סעיף 60(א)(1), מתקיימים בו שניים אלה:

* ס"ח 2039, יד בכסלו התשס"ו, 15.12.2005, עמ' 58; התקבל בכנסת ביום ה' כסלו התשס"ו (6 בדצמבר 2005); הצעת החוק ודברי הסבר פורסמו בהצעות חוק הממשלה — 145, מיום א בטבת התשס"ה (13 בדצמבר 2005), עמ' 454.

(1) הוא בעל קרבה משפחתית או רגשית אל החולה הנוטה למות ומסור לו;
(2) הוא מכיר היטב את החולה הנוטה למות, על יסוד קשר רצוף ומתמשך עמו בתקופה שלפני הטיפול הרפואי בו או במהלכו;

"אפוטרופוס" — אפוטרופוס לגוף;

"בעל כשרות" — מי שמתקיימים בו כל אלה:
(1) מלאו לו 17 שנים;
(2) הוא מסוגל להביע את רצונו;
(3) הוא לא הוכרז פסול דין;
(4) הוא לא הוצא מחזקת הכשרות האמורה בסעיף 6;

"המנהל הכללי" — המנהל הכללי של משרד הבריאות;

"הנחיות רפואיות מקדימות" — הנחיות רפואיות שנתן אדם לפי הוראות פרק ה';

"הסכמה מדעת" — כמשמעותה בפרק ד' לחוק זכויות החולה;

"הועדה הארצית" — הועדה שמונתה לפי הוראות סעיף 50;

"ועדה מוסדית" — ועדה שמונתה לפי הוראות סעיף 45;

"חולה הנוטה למות" — מטופל שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 8(א), כי הוא חולה הנוטה למות;

"חולה בשלב סופי" — חולה הנוטה למות שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 8(ב), כי הוא חולה בשלב סופי;

"חוק זכויות החולה" — חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996[1];

"טיפול מקל" — טיפול מקל (פליאטיבי — Palliative) כאמור בסימן ה' לפרק ד';

"טיפול רפואי", "מטופל", "מידע רפואי", "מצב חירום רפואי" ו"רשומה רפואית" — כהגדרתם בחוק זכויות החולה;

[1] ס"ח התשנ"ו, עמ' 327.

"טיפול רפואי מחזורי" — כל אחד מאלה —

(1) טיפול רפואי הניתן באופן מחזורי ובהפסקות, ואפשר להבחין באופן מעשי וברור בין סיום מחזור אחד של טיפול לתחילת המחזור הבא;

(2) טיפול שתוכנן מראש, באמצעים טכנולוגיים מתאימים, להינתן כטיפול רפואי מחזורי, למרות שעל פי טיבו הוא היה ניתן באופן מתמשך וללא הפסקות;

"טיפול רפואי רציף" — טיפול רפואי, שעל פי טיבו ניתן באופן מתמשך ובלא הפסקות, למעט טיפול רפואי מחזורי כאמור בפיסקה 2 להגדרה טיפול רפואי מחזורי;

"ייפוי כוח" ו"מיופה כוח" — כמשמעותם בסעיף 37, לעניין מיופה כוח, לרבות מחליף;

"מאגר המידע" — מאגר המידע שהוקם לפי סימן ה' לפרק ה';

"מוסד רפואי" — בית חולים כמשמעותו בסעיף 24 לפקודת בריאות העם, 1940[2], מרפאה כמשמעותה בסעיף 34 לפקודה האמורה, וכן קופת חולים, כמשמעותה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994[3];

"מטפל" — רופא, אח או אחות, עובד סוציאלי ופסיכולוג;

"סבל משמעותי" —

(1) כפי שהגדיר נותן הנחיות רפואיות מקדימות בהנחיות, או נותן ייפוי כוח בייפוי הכוח;

(2) בהעדר הגדרה כאמור בפיסקה (1), כאב או סבל, שאדם סביר היה מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך בפגיעה משמעותית באיכות חייו או בתוחלת חייו;

"עובד סוציאלי" — כמשמעותו בחוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו-1996[4];

"פסיכולוג" — מי שרשום בפנקס הפסיכולוגים לפי חוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977[5];

"פקודת הרופאים" — פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976[6];

"קטין" — מי שטרם מלאו לו 17 שנים;

"רופא" — רופא מורשה כמשמעותו בפקודת הרופאים;

"רופא מומחה" — רופא שהוא בעל תואר מומחה לפי פקודת הרופאים;

[2] ע"ר 1940, תוס' 1, עמ' 191 (ע) 239. **[3]** ס"ח התשנ"ד, עמ' 156. **[4]** ס"ח התשנ"ו, עמ' 152. **[5]** ס"ח התשל"ז, עמ' 158. **[6]** דיני מדינת ישראל, נוסח חדש 30, עמ' 594.

"רופא אחראי" — אחד מאלה —

(1) מנהל מחלקה או מנהל יחידה, במוסד רפואי, האחראי על הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, או רופא מומחה שמינה מנהל המוסד הרפואי, מנהל מחלקה או מנהל יחידה, להיות אחראי כאמור — לענין חולים המטופלים במוסד רפואי;

(2) רופא מחוזי של קופת חולים, או רופא שמונה על ידו — לענין חולים המטופלים בקהילה;

(3) רופא המנוי בפיסקאות (1) או (2) — גם לענין חולים המטופלים שלא במוסד רפואי ושלא באמצעות קופת חולים.

"רופא אישי" — רופא, שיש לו היכרות קרובה עם המטופל, רצונותיו ועמדותיו ביחס לטיפול הרפואי בו, בין אם הוא רופא משפחה של המטופל או רופא המרכז את הטיפול במטופל בקהילה או במוסד הרפואי;

"השר" — שר הבריאות.

פרק ג': הרצון לחיות וכשרות — חזקות

חזקת הרצון לחיות

4. חזקה על אדם שהוא רוצה להוסיף לחיות, אלא אם כן הוכח אחרת; לא הוכח אחרת מעבר לכל ספק סביר — יש לנטות לטובת הרצון להוסיף לחיות.

הוצאה מחזקת הרצון לחיות

5. אין מוציאים חולה הנוטה למות מחזקת רצונו להוסיף לחיות ואין נמנעים, לפי הוראות חוק זה, מטיפול רפואי בו, אלא על פי המפורט בסעיף זה, לפי הענין:

(א) בחולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות — על פי הבעת רצונו המפורשת;

(ב) בחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, שמלאו לו 17 שנים, על פי אחת מאלה —

(1) הנחיות רפואיות מקדימות שנתן שמתקיימות בהן הוראות סעיפים 33 ו-34(א) ;

(2) החלטה של מיופה כוחו שניתנה לפי ייפוי כוח שמתקיימות בו הוראות סעיפים 38 ו-39(א) ;

(3) החלטה של ועדה מוסדית או הועדה הארצית שניתנה לפי הוראות פרק ו'.

(ג) בהיעדר הנחיות או החלטות כמפורט בסעיף קטן (ב) — על פי החלטת רופא אחראי ובתנאי שהחלטה כאמור תתקבל בהתחשב —

(1) בהצהרה מפורשת של אדם קרוב ולפיה החולה הנוטה למות אינו רוצה להוסיף לחיות;

(2) בהעדר הצהרה כאמור — בהתחשב בעמדת אפוטרופסו של החולה הנוטה למות, שהוא אדם קרוב, ככל שישנו, ולפיה רצונו של החולה הנוטה למות שלא להאריך את חייו.

חזקת הכשרות

6. חזקה על אדם שמלאו לו 17 שנים ושלא הוכרז פסול דין שהוא כשיר מבחינה הכרתית, שכלית ונפשית לקבל החלטות בקשר לטיפול הרפואי בו מתוך הבנה, שיקול דעת ורצון חופשי.

הוצאה מחזקת הכשרות

7. אין מוציאים חולה הנוטה למות מחזקת היותו כשיר כאמור בסעיף 6 לצורך חוק זה, אלא בהחלטה רפואית מנומקת ומתועדת של הרופא האחראי לאחר שקיים התייעצות עם המטפלים בחולה הנוטה למות ועם רופאים רלוונטיים או מומחים, לפי העניין, ובמידת האפשר עם רופאו האישי.

פרק ד': הטיפול בחולה הנוטה למות

סימן א': כללי

קביעת מצבו הרפואי של מטופל

8. (א) רופא אחראי מוסמך לקבוע כי מטופל הוא חולה הנוטה למות, אם נוכח כי המטופל סובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים.

(ב) רופא אחראי מוסמך לקבוע כי חולה הנוטה למות הוא חולה בשלב סופי, אם נוכח כי הוא מצוי במצב רפואי שבו כשלו מספר מערכות חיוניות בגופו ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שבועיים.

(ג) קביעת רופא אחראי לפי סעיף זה תיעשה לאחר התייעצות עם הרופאים המומחים המטפלים במטופל ובמידת האפשר גם עם רופאו האישי.

בירור רצון החולה

9. קבע רופא אחראי כי מטופל הוא חולה הנוטה למות והוא אינו בעל כשרות —

(1) הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, יעשה מאמץ סביר כדי לקבל את כל הנתונים והמסמכים הנוגעים בדבר, לצורך בירור רצונו של החולה הנוטה למות לפי סעיף 5(ב) ו-(ג) והכל בהתאם לכללים שנקבעו לעניין זה בתקנות;

(2) הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, יברר במאגר המידע אם, על פי הרשום בו, נתן החולה הנחיות רפואיות מקדימות, או

מינה מיופה כוח; מצא הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, כי החולה נתן הנחיות או מינה מיופה כוח כאמור, וזאת לאחר בירור במאגר המידע ובדרך אחרת, ככל הניתן, יצרף הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, מידע זה לרשומה הרפואית המתנהלת לגבי החולה.

הודעה על כוונה לפעול ומסירת מידע

10. (א) קבע רופא אחראי כי מטופל הוא חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, יודיע הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, למיופה הכוח, לאדם הקרוב לחולה הנוטה למות ולאפוטרופסו, ככל שישנם וניתן לאתרם במאמץ סביר, כי בכוונתו לפעול בהתאם להנחיות רפואיות מקדימות שנתן החולה הנוטה למות או לפי הוראות מיופה כוח, לפי הענין.

(ב) רופא אחראי ימסור מידע רפואי הנוגע לחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות ויאפשר עיון ברשומה הרפואית שלו למי שדעתו נדרשת לשם קבלת החלטה על הטיפול שיינתן לו בהתאם להוראות חוק זה.

(ג) הוראות כל דין האוסרות העברת מידע רפואי לא יחולו על מסירת מידע לפי סעיף זה.

דיון ותיעוד

11. (א) קבע רופא אחראי, כי מטופל הוא חולה הנוטה למות, יקיים יחד עם המטפלים האחרים בו, בהקדם האפשרי, דיון מפורט על מצבו של המטופל ועל הטיפול הרפואי שיש לתת לו ויקבל החלטה בענין, והכל בהתאם להוראות חוק זה.

(ב) קיבל רופא אחראי החלטה על דרך הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, יתעד ברשומה הרפואית של החולה את מהלך הדיון, את ההחלטה שקיבל ואת הנימוקים לה; הוראות סעיף זה באות להוסיף על הוראות תיעוד לפי סעיף 17 לחוק זכויות החולה.

חובת הערכה חוזרת

12. על הרופא האחראי להעריך, מידי פעם, את כשרותו, מצבו הרפואי ואת רצונותיו של החולה הנוטה למות; חל שינוי באחד מאלה — עליו לחזור ולהחליט לענין דרך הטיפול הרפואי בו.

סימן ב': חולה נוטה למות המבקש טיפול חריג להארכת חייו

זכותו של חולה הנוטה למות לקבלת טיפול רפואי חריג להארכת חייו

13. חולה הנוטה למות, הרוצה שחייו יוארכו, ומבקש טיפול רפואי שלדעת הרופא האחראי, אין לו הצדקה בנסיבות הענין, יש לכבד את רצונו ולתת לו את הטיפול המבוקש בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל; הוראות סעיף

זה לא יחולו לגבי טיפול רפואי שלדעת הרופא האחראי אינו צפוי להאריך את חייו, או עלול לגרום נזק משמעותי למטופל או לזולתו.

קביעת הרצון לקבלת טיפול חריג להארכת חיים

14. רצונו של חולה הנוטה למות לענין קבלת טיפול רפואי כאמור בסעיף 13, ייקבע על פי המפורט להלן, לפי הענין:

(א) בחולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות — על פי הבעת רצונו המפורשת;

(ב) בחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, שמלאו לו 17 שנים, על פי אחת מאלה —

(1) על פי הנחיות רפואיות מקדימות שנתן שמתקיימות בהן הוראות סעיפים 33 ו-34(א);

(2) על פי החלטה של מיופה כוחו שניתנה לפי ייפוי כוח שמתקיימות בו הוראות סעיפים 38 ו-39(א);

(3) על פי החלטה של ועדה מוסדית או הועדה הארצית שניתנה לפי הוראות פרק ו' .

(ג) בהעדר הנחיות או החלטות כמפורט בסעיף קטן (ב), על פי —

(1) הצהרה מפורשת של אדם קרוב לענין רצונו של החולה הנוטה למות;

(2) ובהעדר הצהרה כאמור ייקבע רצונו של החולה הנוטה למות על פי עמדת אפוטרופסו שהוא אדם קרוב, ככל שישנו.

(ד) הוראות סעיף 9(1) יחולו גם לענין סעיף זה, בשינויים המחויבים.

סימן ג': חולה הנוטה למות אשר אינו רוצה שחייו יוארכו

הימנעות ממתן טיפול רפואי לחולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות

15. (א) חולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות, אשר אינו רוצה שחייו יוארכו, יש לכבד את רצונו ולהימנע מטיפול רפואי בו.

(ב) על המטפלים בחולה הנוטה למות כאמור בסעיף קטן (א) לעשות מאמץ סביר כדי לשכנעו לקבל חמצן, וכן מזון ונוזלים, אף באמצעים מלאכותיים, וכן לקבל טיפולים שגרתיים הנחוצים לטיפול במחלות בו זמניות או במחלות רקע וטיפול מקל.

הימנעות ממתן טיפול רפואי לחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות

16. (א) חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות הסובל סבל משמעותי, שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 5(ב) כי אינו רוצה שחייו יוארכו, יש להימנע מטיפול רפואי בו, הקשור לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא, לרבות בדיקות, ניתוחים, החייאה, חיבור למכשיר הנשמה, טיפולים כימותרפיים, הקרנות או דיאליזה, והכל בהתאם לרצונו כפי שנקבע על פי סעיף 5(ב).

(ב) (1) בסעיף קטן זה, "טיפול נלווה" — טיפול רפואי בחולה הנוטה למות, שאינו קשור כלל לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא, לרבות טיפולים שגרתיים הנחוצים לטיפול במחלות בו-זמניות או במחלות רקע וטיפול מקל, וכן מתן מזון ונוזלים אפילו באמצעים מלאכותיים.

(2) אין להימנע מטיפול נלווה בחולה הנוטה למות כאמור בסעיף קטן (א), והכל אף אם רצונו של החולה כפי שנקבע לפי סעיף 5(ב) הוא להימנע מקבלת טיפול כאמור.

חולה בשלב סופי שאינו בעל כשרות

17. על אף הוראות סעיף 16(ב), חולה בשלב סופי שאינו בעל כשרות, הסובל סבל משמעותי, שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 5(ב) כי אינו רוצה שחייו יוארכו, יש להימנע מכל טיפול רפואי בו, לרבות טיפול רפואי נלווה כאמור בסעיף 16(ב)(1), והכל בהתאם לרצונו כפי שנקבע לפי סעיף 5(ב); על אף האמור בסעיף זה, אין להימנע ממתן נוזלים לחולה כאמור, אפילו באמצעים מלאכותיים, אלא אם כן קבע הרופא האחראי שמתן הנוזלים גורם סבל או נזק לחולה כאמור.

מצב חירום רפואי

18. (א) במצב חירום רפואי של חולה הנוטה למות יחולו הוראות סעיף 15(3) לחוק זכויות החולה, אלא אם כן נודע למטפל כי נקבע לפי הוראות סעיף 5 כי רצונו של החולה הנוטה למות להימנע מטיפול רפואי בעת מצב כאמור.

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), לענין חולה בשלב סופי הנתון במצב חירום רפואי, מותר להימנע מטיפול רפואי מציל חיים בו, אלא אם כן נודע למטפל כי נקבע לפי הוראות סעיף 14 כי רצונו של החולה בשלב סופי לקבל טיפול רפואי בעת מצב כאמור.

סימן ד': פעולות אסורות

איסור המתה במעשה

19. אין בהוראות חוק זה כדי להתיר עשיית פעולה, אף אם היא טיפול רפואי, המכוונת להמית, או שתוצאתה, קרוב לוודאי, היא גם גרימת מוות, בין שהיא נעשית מתוך חסד וחמלה ובין שלא, ובין לבקשת החולה הנוטה למות או אדם אחר ובין שלא..

איסור סיוע להתאבדות

20. אין בהוראות חוק זה כדי להתיר עשיית פעולה, אף אם היא טיפול רפואי, שיש בה סיוע להתאבדות, בין שהיא נעשית מתוך חסד וחמלה ובין שלא, ובין לבקשת החולה הנוטה למות או אדם אחר ובין שלא.

איסור הפסקת טיפול רפואי רציף

21. אין בהוראות חוק זה כדי להתיר הפסקת טיפול רפואי רציף בחולה הנוטה למות, העלולה להביא למותו, בין שהוא בעל כשרות ובין אם לאו;

ואולם מותר להימנע מחידוש טיפול רפואי רציף, שנפסק שלא במכוון או שלא בניגוד להוראות כל דין וכן מותר להימנע מחידוש טיפול רפואי מחזורי, והכל בכפוף להוראות סימן ג׳.

שמירת מצב בפנייה לועדה מוסדית

22. נודע לרופא אחראי, כי קיימת מחלוקת בנוגע להחלטה או קביעה לגבי חולה הנוטה למות, וכי פנה אדם לועדה מוסדית או כי בכוונת אדם לפנות לועדה מוסדית לצורך הכרעה במחלוקת, יפעל הרופא האחראי באופן שיאפשר את המשך חייו של החולה הנוטה למות ובלבד שאם קיימת אפשרות לעשות כן באמצעות טיפול שאינו טיפול רציף, ייעשה הדבר כך.

סימן ה׳: מתן טיפול מקל

מתן טיפול מקל

23. (א) על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה כל שניתן כדי להקל על כאבו וסבלו של חולה הנוטה למות, אף אם הדבר כרוך בסיכון סביר לחייו של החולה, לרבות באמצעות תרופות, משככי כאבים או באמצעים פסיכולוגיים, סיעודיים וסביבתיים, והכל על פי עקרונות נאותים של טיפול מקל, ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל, ובכפוף לרצון החולה הנוטה למות, בהתאם להוראות חוק זה ובהתאם להוראות חוק זכויות החולה.

(ב) על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה, במידת האפשר, כל שניתן כדי להקל על בני משפחתו של חולה הנוטה למות ולדאוג לרווחתם בעת שהותו של החולה במוסד הרפואי, והכל על פי עקרונות נאותים של טיפול סוציאלי וטיפול מקל, ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל.

סימן ו׳: טיפול בקטין הנוטה למות

סמכות הורי קטין

24. הורה של קטין מוסמך לייצגו בענין הטיפול הרפואי בו, בין לענין הארכת חייו ובין לענין הימנעות מהארכת חייו; אפוטרופוס של קטין, שהוא אדם קרוב, רשאי להשמיע את עמדתו לעניין זה והרופא האחראי רשאי לפעול על פיה; היה הקטין חסר הורים, או שנשללה אפוטרופסות ההורים ולא נקבע לקטין אפוטרופוס או שאפוטרופסו אינו אדם קרוב, תכריע בענינו הועדה המוסדית.

שמיעת עמדתו של קטין

25. קטין שהוא חולה הנוטה למות, זכאי להשתתף בקבלת החלטה על הטיפול הרפואי בו, בהתקיים שניים אלה:

(1) הקטין מודע למצבו, ומבקש להשתתף בקבלת ההחלטה בענינו;

(2) הרופא האחראי קבע שכושרו ובשלותו השכליים והנפשיים של הקטין מאפשרים שיתופו בקבלת ההחלטה בענינו.

מסירת מידע רפואי לקטין

26. רופא אחראי ימסור לקטין מידע המתייחס באופן ישיר למצב בריאותו, או לטיפול הרפואי בו, בהתקיים שניים אלה:

(1) הרופא האחראי השתכנע כי אין במסירת המידע, או חלק ממנו, כדי לגרום נזק לבריאותו הגופנית או הנפשית של הקטין, או לסכן את חייו;

(2) הרופא האחראי קבע שכושרו ובשלותו השכליים והנפשיים של הקטין מאפשרים לו הבנה נאותה של המידע ומשמעותו.

חובת התייעצות

27. החלטות כאמור בסעיפים 25(2) ו-26 יתקבלו לאחר התייעצות עם הורי הקטין, אפוטרופסו, אם מונה לו, עם המטפלים בקטין ועם רופאים רלוונטים או מומחים הנוגעים בדבר, לפי הענין, ובמידת האפשר עם רופאו האישי.

הכרעה במחלוקת בענין קטין

28. (א) נתגלעו חילוקי דעות בין הורי קטין שהוא חולה הנוטה למות, או בינם לבין הרופא האחראי, לענין הטיפול הרפואי בו, תכריע בדבר הועדה המוסדית.

(ב) נתגלעו חילוקי דעות בין קטין שהוא חולה הנוטה למות, לבין הוריו, או בינו לבין הרופא האחראי, לענין הטיפול הרפואי בו, יחולו הוראות אלה:

(1) הביע הקטין את רצונו שחייו יוארכו, יפעל הרופא האחראי בהתאם לרצונו של הקטין, בכפוף להוראות חוק זה;

(2) הביע קטין שמלאו לו 15 שנים את רצונו להימנע מהארכת חייו, תכריע בדבר ועדה מוסדית.

(ג) דנה ועדה מוסדית בענינו של קטין שהוא חולה הנוטה למות, תישמע גם עמדתו, אם הובעה, וכן יימסר לוועדה פירוט המידע שנמסר לו.

(ד) הועדה המוסדית תשקול בין שיקוליה את טובתו של הקטין, ותהיה רשאית לקבוע שיש להימנע מהארכת חייו של הקטין, אם שוכנעה כי אין זה לטובתו של הקטין שחייו יוארכו, בכפוף להוראות סעיף קטן (ב)(1).

סימן ז': טיפול בחסוי נוטה למות

טיפול בחסוי נוטה למות

29. (א) בחוק זה, "חסוי" — אדם שמתקיימים בו כל אלה —

(1) אינו יכול, דרך קבע, לדאוג לענייניו, בשל מוגבלות שכלית או נפשית;

(2) מצב הדברים כאמור בפיסקה (1) התקיים אצלו לפני שנקבע לגביו כי הוא חולה נוטה למות;
(3) אין לגביו הנחיות רפואיות מקדימות בתוקף, או ייפוי כוח בתוקף.

(ב) הביע חסוי את רצונו שחייו יוארכו, יפעל הרופא האחראי בהתאם לרצונו של החסוי, בכפוף להוראות חוק זה; הביע החסוי את רצונו להימנע מהארכת חייו, תכריע בעניינו ועדה מוסדית; הוראות סעיפים 25, 26 ו-27 יחולו בשינויים המחוייבים, לפי העניין.

(ג) לא נודע רצונו של החסוי, והסכימו הרופא האחראי והאפוטרופוס שיש להאריך את חייו — יפעל הרופא האחראי כאמור, בכפוף להוראות חוק זה; בכל מקרה אחר — תכריע הועדה המוסדית בעניינו של החסוי.

(ד) הועדה המוסדית תשקול בין שיקוליה את טובתו של החסוי, ותהיה רשאית לקבוע שיש להימנע מהארכת חייו של החסוי, אם שוכנעה כי אין זה לטובתו של החסוי שחייו יוארכו, בכפוף להוראות סעיף קטן (ב).

פרק ה': הבעת רצון מוקדמת

סימן א': הדרכים להבעת רצון מוקדמת

הבעת רצון מוקדמת

30. אדם רשאי להביע את רצונו, מראש, בשאלת הטיפול הרפואי בו אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, במתן הנחיות רפואיות מקדימות, בייפוי כוח, או בשילוב ביניהם, הכל בכפוף להוראות פרק זה ובלבד שעשה כן מתוך רצון חופשי ועצמאי ושלא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

סימן ב': הנחיות רפואיות מקדימות

הנחיות רפואיות מקדימות

31. אדם בעל כשרות רשאי לתת הנחיות רפואיות מקדימות שבהן יפרט את רצונו לגבי טיפול רפואי עתידי בו אם ייקבע לגביו כי הוא חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, הכל לפי הוראות חוק זה.

מידע רפואי למתן הנחיות רפואיות מקדימות

32. (א) הנחיות רפואיות מקדימות יינתנו לאחר שהנותן קיבל מרופא או מאחות מוסמכת מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות (בחוק זה — מוסר המידע).

(ב) על אף הוראות סעיף קטן (א), נקבע בהתאם להוראות חוק זה כי אדם הוא חולה נוטה למות, ייתן הנחיות רפואיות מקדימות לאחר שקיבל מרופא מומחה מידע בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו שהוא רלוונטי למתן ההנחיות וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות.

דרך מתן ההנחיות ותיעודן

33. (א) הנחיות רפואיות מקדימות יינתנו בכתב, על גבי טופס הנחיות רפואיות מקדימות שנוסחו מובא בתוספת הראשונה, בחתימת ידו של נותן ההנחיות בפני שני עדים שאין להם אינטרס כלכלי או אחר בנותן ההנחיות, ושאינם מיופה כוח, אך יכול שאחד העדים יהיה מוסר המידע; העדים יאשרו באותו מעמד בחתימת ידם על גבי טופס ההנחיות הרפואיות המקדימות שנותן ההנחיות חתם כאמור.

(ב) הנחיות רפואיות מקדימות יכול שיכללו הגדרה של נותן ההנחיות לסבל משמעותי ויכללו גם —

(1) הצהרה כי ההנחיות ניתנו מתוך רצון חופשי, על יסוד הבנה ושיקול דעת;

(2) תמצית המידע הרפואי שניתן לנותן ההנחיות כאמור בסעיף 32; התמצית תירשם בידי מוסר המידע אשר יאשר בחתימת ידו כי מסר לנותן ההנחיות מידע וכי הסביר לנותן ההנחיות את כל המונחים הרפואיים בהתאם להוראות סעיף 13(ב) לחוק זכויות החולה.

(ג) הנחיות רפואיות מקדימות יכול שיינתנו בדרכים אחרות שיקבע השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, ויכול שיקבעו כאמור דרך כלל או לסוגי מקרים שיקבע.

תוקף הנחיות רפואיות מקדימות

34. (א) הנחיות רפואיות מקדימות יעמדו בתוקפן חמש שנים מיום חתימת טופס ההנחיות הרפואיות המקדימות, אלא אם כן נקבעה בו תקופה קצרה מכך וניתן להאריך את תוקפן לתקופות נוספות שכל אחת לא תעלה על חמש שנים; ההארכה תעשה על גבי טופס ההארכה שבתוספת השלישית.

(ב) הנחיות רפואיות מקדימות שאינן מקיימות אחר כל הוראות סימן זה או הנחיות רפואיות מקדימות שפג תוקפן לפי סעיף קטן (א) אינן מחייבות, אך על הרופא האחראי לעיין בהן והוא רשאי להתחשב בהן לענין סעיפים 5(ג) ו-14(ג).

הנחיות לא ברורות או לא מתאימות

35. לא ניתן לקבוע בבירור את רצונו של החולה הנוטה למות מההנחיות הרפואיות המקדימות שנתן, או שההנחיות הרפואיות אינן מתאימות לנסיבות המקרה, או בהיעדר מיופה כוח או עדות ברורה של אדם קרוב — תכריע בדבר הועדה המוסדית.

העדר הנחיות רפואיות מקדימות

36. אי-מתן הנחיות רפואיות מקדימות אין בו כשלעצמו כדי להעיד על רצונו של החולה הנוטה למות באשר לטיפול הרפואי בו או להימנעות מהטיפול הרפואי בו.

סימן ג': ייפוי כוח

מיופה כוח

37. (א) אדם בעל כשרות רשאי למנות מיופה כוח על גבי טופס שנוסחו מובא בתוספת השניה ורשאי הוא למנות בייפוי הכוח מחליף למיופה הכוח.

(ב) מיופה הכוח יהיה מוסמך להחליט במקומו על הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות; לא יוכל מיופה הכוח למלא במועד הנדרש את תפקידו, או יסרב לעשות כן, יהיה המחליף למיופה הכוח, מיופה הכוח.

(ג) בייפוי הכוח יפורטו הנסיבות והתנאים שבהם יהיה מוסמך מיופה הכוח לקבל החלטות כאמור.

(ד) ניתן ייפוי כוח שיש בו התייחסות למצבים רפואיים מסויימים או לטיפולים רפואיים מסויימים — יקבל נותן ייפוי הכוח מידע רפואי בהתאם להוראות סעיף 32, בשינויים המחוייבים.

דרכי המינוי ותיעודו

38. (א) ייפוי כוח יינתן בכתב, מתוך רצון חופשי ועצמאי, על יסוד הבנה ושיקול דעת וייחתם בחתימת ידם של מייפה הכוח ושל שני עדים שאין להם אינטרס כלכלי או אחר במייפה הכוח, ושאינם מיופה כוח, אך יכול שאחד העדים יהיה מוסר המידע כאמור בסעיף 37(ד); יכול שייפוי הכוח יכלול הגדרה של נותן ייפוי הכוח לסבל משמעותי; ייפוי הכוח יכלול גם —

(1) הצהרה כי ייפוי הכוח ניתן מתוך רצון חופשי, על יסוד הבנה ושיקול דעת;

(2) ניתן ייפוי כוח כאמור בסעיף 37(ד), יחולו הוראות סעיף 33(ב)(2) בשינויים המחוייבים.

(ב) בייפוי הכוח יציין מייפה הכוח כי מיופה כוחו יהיה מוסמך לקבל במקומו החלטות בענין הטיפול הרפואי בו אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, ויכול הוא לפרט את הנסיבות והתנאים שבהם יהיה מוסמך מיופה הכוח להחליט במקומו על הטיפולים הרפואיים בו, כולם או חלקם.

(ג) ייפוי כוח יכול שיינתן בדרכים אחרות שיקבע השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, ויכול שיקבעו כאמור דרך כלל או לסוגי מקרים שיקבע.

תוקף ייפוי כוח

39. (א) תוקפו של ייפוי כוח לא יעלה על חמש שנים, וניתן להאריך את תוקפו לתקופות נוספות שכל אחת לא תעלה על חמש שנים; ההארכה תעשה על גבי טופס שנוסחו מובא בתוספת השלישית.

(ב) לא נקבעה בייפוי הכוח תקופת תוקפו, יעמוד ייפוי הכוח בתוקפו חמש שנים מיום שניתן; לא חידש אדם ייפוי כוח שנתן או שלא נקבעה בו תקופת תוקפו, ייחשב ייפוי הכוח כמסמך שאינו מחייב, אך על הרופא האחראי לעיין בו והוא רשאי להתחשב בו לענין סעיפים 5(ג) ו-14(ג).

השגה על החלטת מיופה כוח

40. אדם שיש לו יסוד סביר לחשש, כי מיופה כוח פועל שלא לפי רצונו של החולה הנוטה למות או מתוך ניגוד ענינים, רשאי הוא לפנות לועדה המוסדית; השתכנעה הועדה המוסדית שמיופה הכוח פועל ממניעים שאינם מבטאים את רצונו של החולה הנוטה למות, או מתוך ניגוד ענינים, רשאית היא לקבוע מהו הטיפול הרפואי הראוי בחולה הנוטה למות או לבטל את ייפוי הכוח.

סימן ד': הוראות כלליות

חובת יידוע

41. קבע רופא אחראי כי מטופל הוא חולה הנוטה למות, והוא בעל כשרות, יודיע לו הרופא האחראי על האפשרות לתת הנחיות רפואיות מקדימות או למנות מיופה כוח או יודיע לו על האפשרות לעדכן הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח שנתן; לשם כך, ימסור לו רופא מומחה את המידע הרפואי הדרוש, והכל בכפוף להוראות סעיף 13(ד) לחוק זכויות החולה.

אפשרות השילוב

42. (א) אדם רשאי לשלב מתן הנחיות רפואיות מקדימות לפי הוראות סימן ב', עם מינוי מיופה כוח מטעמו לפי הוראות סימן ג'.

(ב) בהנחיות הרפואיות המקדימות ובייפוי הכוח רשאי אדם לכלול הוראות למקרה שבו ייווצר ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הוראה של מיופה הכוח.

(ג) בהיעדר הוראה כאמור בסעיף קטן (ב) עדיפה ההנחיה המקדימה; ואולם אם ניתן ייפוי הכוח תקופה משמעותית לאחר מתן ההנחיה, יובא הנושא להכרעת הועדה המוסדית אשר תקבע אם ייפוי הכוח עדיף על פני ההנחיה הרפואית המקדימה.

שינוי וביטול

43. (א)(1) ניתנו הנחיות רפואיות מקדימות ולאחר מכן ניתנו שוב הנחיות רפואיות מקדימות, יגברו ההנחיות הרפואיות המקדימות שניתנו במועד המאוחר יותר; כן הדבר לענין מינוי מיופה כוח לפי חוק זה.

(2) הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח ניתנים לביטול על גבי טופס שנוסחו מובא בתוספת הרביעית, בכתב בפני שני עדים או בדרך אחרת שיקבע השר לפי סעיפים 33(ג) או 38(ג).

(ב) שינוי או ביטול לטובת הרצון להוסיף לחיות במצב חירום רפואי, יכול שיהיה שלא בכתב ודי בעד אחד; ובלבד שההנחיה בדבר הטיפול הרפואי באותו מצב חירום והעדות יתועדו בכתב סמוך ככל האפשר לאחר מכן; בחלוף מצב החירום האמור, ימשיכו לעמוד בתוקפן הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח שבתוקף, אלא אם כן התקיים אחד מאלה —

(1) ההנחיות או ייפוי הכוח בוטלו לפי הוראות סעיף קטן (א).

(2) החולה לא יכול היה, באופן סביר, לבטל או לשנות את ההנחיות או ייפוי הכוח.

(ג) על אף הוראות סעיף קטן (א), נבצר מאדם לשנות או לבטל הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח שנתן בדרך האמורה באותו סעיף קטן, בין לטובת הרצון לחיות ובין שלא לטובת הרצון לחיות, מחמת מחלה או מום שבשלם אינו מסוגל לבצע את הפעולות המעשיות הנדרשות לשם כך, רשאי הוא לתת את הוראותיו באמצעות אדם אחר, בתנאים ובאופן שיקבע השר.

סימן ה': מאגר מידע

מאגר מידע

44. (א) השר יקים מאגר מידע, שיירשמו בו הנחיות רפואיות מקדימות וייפויי כוח, וימנה אחראי על המאגר.

(ב) כל אדם רשאי לבקש לרשום במאגר המידע הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח, שנתן, וכן ביטול או שינוי שלהם כאמור בסעיף 43, בהודעה לאחראי על המאגר.

(ג) אחת לחמש שנים לפחות ישלח האחראי על המאגר הודעות תזכורת לאדם הרשום במאגר, למענו לפי מרשם האוכלוסין או למען אחר שציין בבקשת הרישום, לחידוש ההנחיות הרפואיות המקדימות או ייפויי הכוח.

פרק ו': הועדה הארצית וועדות מוסדיות

סימן א': ועדה מוסדית

מינוי ועדות מוסדיות

45. (א) המנהל הכללי רשאי להורות למנהל מוסד רפואי למנות ועדה מוסדית; הורה המנהל הכללי כאמור, ימנה מנהל המוסד הרפואי בהתייעצות עם ראש הועדה הארצית ובאישור המנהל הכללי, ועדה

מוסדית; ואלה חבריה —

(1) שלושה רופאים, שאינם מטפלים ישירות בחולה, שהם רופאים מומחים באחד מתחומים אלה: רפואה פנימית, גריאטריה, קרדיולוגיה, נוירולוגיה, אונקולוגיה, טיפול נמרץ, הרדמה, רפואת המשפחה; היה החולה יילוד, יהיה אחד מבין הרופאים כאמור רופא מומחה בנאונטולוגיה; היה החולה קטין, יהיה אחד מבין הרופאים כאמור רופא מומחה ברפואת ילדים ואחד במקומם יהיה פסיכולוג קליני או רפואי שעיסוקו בטיפול בילדים ונוער;

(2) רופא שאינו מטפל ישירות בחולה, שהוא רופא מומחה בפסיכיאטריה;

(3) אחות מוסמכת;

(4) עובד סוציאלי או פסיכולוג קליני;

(5) איש אקדמיה המומחה בתחום הפילוסופיה או האתיקה;

(6) משפטן הכשיר להתמנות שופט בית המשפט המחוזי, מתוך רשימה שערך שר המשפטים;

(7) איש דת לפי דתו של החולה, ככל האפשר.

(ב) לכל חבר ועדה מוסדית ימונה ממלא מקום בעל הכשירות הנדרשת לפי סעיף זה.

(ג) ועדה מוסדית תבחר את יושב ראש הועדה, מבין חבריה.

(ד) ועדה מוסדית תתכנס סמוך ככל האפשר למועד הפנייה אליה, ובזמן שקביעתה תהיה רלוונטית.

(ה) ועדה מוסדית רשאית להסמיך הרכב חלקי מתוכה, שידון במקרים דחופים; ההרכב החלקי יכלול לפחות חברי ועדה אלה:

(1) רופא בעל כשירות כאמור בסעיף קטן (א)(1) או (2);

(2) אחד מבין חברי ועדה אלה: אחות מוסמכת, עובד סוציאלי או פסיכולוג קליני;

(3) אחד מבין חברי ועדה אלה: איש אקדמיה כאמור בסעיף קטן (א)(5), משפטן כאמור בסעיף קטן (א)(6) או איש דת כאמור בסעיף קטן (א)(7).

פניה לועדה

46. (א) הפניה לועדה מוסדית יכול שתיעשה בידי אחד מאלה:

(1) מטופל שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 8 כי אינו חולה הנוטה למות ומטופל שנקבע לגביו לפי הוראות הסעיף האמור כי הוא חולה הנוטה למות (בפרק זה — החולה), או מי מטעמו של חולה כאמור;

(2) מיופה כוחו של חולה;

(3) אדם קרוב או אפוטרופסו של חולה שאינו בעל כשרות;

(4) מטפל מבין חברי הצוות הרפואי במוסד הרפואי שבו מטופל החולה;

(5) רופאו האישי של החולה;

(6) עובד סוציאלי.

(ב) פנה לועדה מוסדית בעניינים המנויים בסעיף 47 אדם שאינו החולה או מי מטעמו, תודיע הועדה על הפניה לחולה או למי מטעמו; לא היה החולה בעל כשרות תודיע הועדה על הפניה גם למיופה כוחו ולאפוטרופסו, אם ישנם, וכן לאדם קרוב, לפי הענין.

סמכויות ועדה מוסדית והחלטותיה

47. (א) ועדה מוסדית מוסמכת להכריע במקרים שבהם קיימת מחלוקת בין הנוגעים בדבר או מתעורר ספק כיצד לנהוג בחולה, ובין השאר במקרים אלה:

(1) השגה על החלטת רופא אחראי לענין חזקת הרצון להוסיף לחיות לפי סעיף 4 או חזקת הכשרות לפי סעיף 6;

(2) מחלוקת בין הורי קטין חולה, בינם לבין עצמם או בינם לבין הרופא האחראי, וכן מחלוקת בין קטין שהוא חולה נוטה למות לבין הוריו או בינו לבין המטפלים בו, כאמור בסעיף 28;

(3) מחלוקת בין אפוטרופוס לבין קטין חולה, הוריו או הרופא האחראי, לענין סעיף 24;

(4) בירור רצונו של חולה נוטה למות מתוך הנחיות רפואיות מקדימות שנתן כאמור בסעיף 35;

(5) השגה על החלטת מיופה כוח כאמור בסעיף 40;

(6) קביעת העדיפות בין ההנחיות הרפואיות המקדימות לבין ייפוי הכוח כאמור בסעיף 42(ג).

(7) קביעת רופא אחראי לענין היותו של מטופל חולה נוטה למות או חולה בשלב סופי, כאמור בסעיף 8;

(8) קביעת רופא אחראי לענין היותו של אדם, אדם קרוב לחולה הנוטה למות;

(ב) בבואה להכריע במחלוקת כאמור בסעיף קטן (א) תברר ועדה מוסדית את רצונו של החולה ביחס לטיפול הרפואי בו ותיתן הוראות למימוש רצונו על פי נתונים עובדתיים שיובאו לפניה ובכפוף להוראות חוק זה; בהיעדר נתונים עובדתיים בדבר רצונו של החולה בדיון לפי סעיף קטן (א)(1)-(6) תחליט הועדה בהתאם לאומד רצונו של החולה על פי השקפת עולמו ואורח חייו, ובמידת הצורך תוך התייעצות עם אדם קרוב לחולה הנוטה למות ועם אנשים המייצגים השקפת עולם הדומה לזו של החולה; ולענין קטין או חסוי תכריע הועדה גם בהתאם לאמור בסעיף 28(ד) או 29(ד), לפי הענין.

(ג) המנויים בסעיף 46(א) וכן כל אדם שיש לו ענין במטופל, רשאים לטעון בפני הועדה המוסדית.

(ד) החלטת ועדה מוסדית, למעט בדיון בהרכב חלקי כאמור בסעיף 45(ה), תהיה תקפה רק אם השתתפו בדיון ובקבלת ההחלטה חמישה חברים לפחות, ובהם המשפטן, רופא אחד ושני חברים נוספים מבין החברים שאינם רופאים; החלטות הועדה יתקבלו ברוב דעות; היו הדעות שקולות — תכריע דעתו של היושב ראש.

(ה) ועדה מוסדית רשאית להחליט בפנייה, להעביר את המקרה להכרעתה של הועדה הארצית או להביא את הצדדים המעורבים להסכמה; הסכימו הצדדים — לא תחליט הועדה בפנייה.

(ו) ועדה מוסדית במוסד רפואי תדון בענינו של חולה המטופל במוסד הרפואי שאליו היא שייכת, ובענינו של חולה שאינו מטופל במוסד רפואי, אם הרופא האחראי בענינו מועסק במוסד הרפואי; ועדה מוסדית בקופת חולים תדון בעניינו של חולה המטופל בידי רופא אחראי שאינו רופא כמפורט בפיסקה (1) להגדרה רופא אחראי, שהינו רופא מחוזי או מי שמונה על ידו, והועדה תהיה הועדה המוסדית שבקופת חולים שבה רשום החולה; כן תדון ועדה מוסדית בענינו של חולה שלגביו הורה לה המנהל הכללי לדון ולהכריע.

דיון חוזר בועדה

48. הוגשה פניה חוזרת לועדה לפי סעיף 46 בעניין של החולה הנוטה למות שכבר נדון והוכרע בועדה והחליטה הועדה לגביו ולא חל שינוי בנסיבות, רשאי יושב ראש הועדה לקבוע כי הפניה החוזרת לא תובא לפני הועדה לדיון חוזר.

סייג לדיון חוזר

49. לא תדון הועדה בפניה שלגביה הוגש ערר לפי סעיף 51(א)(4) או הוגשה עתירה לבית המשפט הגבוה לצדק.

סימן ב': הועדה הארצית

מינוי ועדה ארצית ומותביה

50. (א) המנהל הכללי ימנה את הועדה הארצית, ואלה חבריה:

(1) ארבעה רופאים מומחים, בדרג של מנהל יחידה, מנהל מחלקה, או מנהל בית חולים;

(2) ארבע אחיות מוסמכות, בדרגה בכירה;

(3) ארבעה חברים שהם עובדים סוציאליים במוסד רפואי, בדרגת ניהול בכירה, או פסיכולוגים קליניים במוסד רפואי, בדרגת ניהול בכירה;

(4) ארבעה אנשי אקדמיה המומחים בתחום הפילוסופיה או האתיקה, בדרגה אקדמית בכירה;

(5) ארבעה משפטנים הכשירים להתמנות שופטי בית משפט מחוזי, או שהם בדרגה אקדמית בכירה;
(6) ארבעה אנשי דת.

(ב) החברים שימונו יהיו בעלי ניסיון בתחומים שחוק זה דן בהם; איש דת יהודי ימונה בהתייעצות עם הרבנים הראשיים לישראל ואיש דת לא-יהודי ימונה בהתייעצות עם נשיא בית הדין לערעורים של אותה עדה דתית בישראל; המשפטן ימונה בהתייעצות עם היועץ המשפטי לממשלה.

(ג) המנהל הכללי ימנה את יושב ראש הועדה ואת ממלא מקומו, מבין חבריה.

(ד) יושב ראש הועדה ימנה, מבין חברי הועדה, את מותבי הועדה; לכל מותב ימונו שישה חברים, כל אחד מתחום עיסוק אחר כמפורט בפסקאות (1) עד (6) של סעיף קטן (א), וכן ימנה ממלא מקום לכל אחד מהם; יושב ראש הועדה ימנה לכל מותב את יושב הראש ואת ממלא מקומו.

(ה) חבר הועדה הארצית ימונה לתקופה של חמש שנים, וניתן לשוב ולמנותו לתקופות נוספות.

סמכויות הועדה הארצית ופניה לועדה הארצית

51. (א) הועדה הארצית מוסמכת לדון ולהכריע באלה:
(1) חילוקי דעות בין חברי הועדה המוסדית, לפי פנייה של אחד לפחות מבין חברי הועדה המוסדית ;
(2) מקרים חריגים בעלי חשיבות עקרונית אשר ועדה מוסדית העבירה להכרעתה;
(3) מקרים שועדה מוסדית העבירה להכרעתה של הועדה הארצית, בלא שתכריע בהם;
(4) ערר על החלטה של ועדה מוסדית שהוגש בידי מי שזכאי לפנות לועדה מוסדית.

(ב) בבואה להכריע במחלוקת כאמור בסעיף קטן (א) תברר הועדה הארצית את רצונו של החולה ביחס לטיפול הרפואי בו ותיתן הוראות למימוש רצונו על פי נתונים עובדתיים שיובאו לפניה ובכפוף להוראות חוק זה; בהיעדר נתונים עובדתיים בדבר רצונו של החולה תחליט הועדה בהתאם לאומד רצונו של החולה על פי השקפת עולמו ואורח חייו, ובמידת הצורך תוך התייעצות עם אדם קרוב לחולה הנוטה למות ועם אנשים המייצגים השקפת עולם הדומה לזו של החולה; ולענין קטין או חסוי תכריע הועדה גם בהתאם לאמור בסעיף 28(ד) או 29(ד), לפי הענין.

החלטות הועדה הארצית

52. (א) המנויים בסעיף 46(א) וכן כל אדם שיש לו ענין במטופל, רשאים לטעון בפני הועדה הארצית.

(ב) החלטות הועדה הארצית יתקבלו ברוב דעות חברי המותב; היו הדעות שקולות תכריע דעתו של יושב ראש המותב.

(ג) תוקף החלטות הועדה הארצית מותנה בהשתתפות בדיון של נציג מכל אחד מתחומי העיסוק שמהם מורכבת הועדה, המפורטים בפסקאות (1) עד (6) של סעיף 50(א).

(ד) הועדה הארצית תחליט בערר או בפנייה שהובאה בפניה.

התיצבות היועץ המשפטי לממשלה

53. ראה היועץ המשפטי לממשלה כי ענין הנדון לפני הועדה המוסדית או הועדה הארצית מעלה שאלה שלגביה נדרשת הצגת עמדתו, רשאי הוא, לפי ראות עיניו, לפנות ולהתייצב בפני הועדה ולהשמיע דבריו בעצמו או באמצעות מי מטעמו.

פרק ז': שונות

פטור מאחריות

54. לא יישא אדם באחריות לפי כל דין על פעולתו לפי הוראות חוק זה, אלא אם כן פעל ברשלנות.

הזכות לפעולות נוספות

55. חולה הנוטה למות זכאי, במידת האפשר, שיכובד רצונו לענין פעולות נוספות שלדעת החולה או משפחתו הוא נדרש להן, ביוזמתו ובמימונו; אולם רשאי מנהל מחלקה שלא לאפשר ביצוע פעולות כאמור בתחומי המוסד הרפואי, אם, לפי שיקול דעתו, הוא סבור שהפעולות עלולות לסכן את החולה או לגרום הפרעה למטופלים אחרים או לצוות המטפל.

העברת הטיפול למטפל אחר

56. אין בהוראות חוק זה כדי לחייב מטפל לתת לחולה הנוטה למות טיפול רפואי מסוים, או להימנע ממתן טיפול רפואי מסוים, בניגוד לערכיו, למצפונו, או לשיקול דעתו הרפואי; מטפל שסירב או נמנע כאמור יעביר את הטיפול למטפל אחר, על פי הסדר שייקבע בתיאום מראש עם מנהל המוסד הרפואי.

אי תחולה

57. על אף הוראות חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962[7], חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960[8], חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991[9], חוק הסעד (טיפול במפגרים), התשכ"ט-1969[10] וחוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו-1966[11] ובכפוף להוראות סעיפים 5(ג) ו-14(ג), הוראות סעיף 10(א), הוראות סימנים ו' עמ' 52. **[9]** ס"ח התשנ"א, עמ' 58. **[10]** ס"ח 56.

[7] ס"ח התשכ"ב, עמ' 120. **[8]** ס"ח התש"ך, התשכ"ט, עמ' 132. **[11]** ס"ח התשכ"ו, עמ'

ו-ז' בפרק ד' והוראות פרק ו', אפוטרופוס ממונה לאדם לא יהיה מוסמך לייצגו בענינים שחוק זה חל עליהם.

סודיות

58. לא יגלה אדם מידע מזהה אודות מטופל שהגיע אליו תוך כדי מילוי תפקידו או במהלך עבודתו לפי חוק זה ולא יעשה בו כל שימוש, אלא לצורך ביצוע הוראות חוק זה, הוראות כל דין או לפי צו של בית משפט; אין בהוראות חוק זה כדי לגרוע מהוראות חוק זכויות החולה, בכפוף להוראות סעיף 10(ג).

תחולה

59. חוק זה יחול גם על המדינה.

תקנות

60. (א) השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, יקבע —

(1) הוראות לקביעת אדם קרוב;

(2) הוראות לענין מתן הצהרות, איסופן ותיעודן, ולענין איסוף מסמכים ונתונים, לשם בירור רצון המטופל לפי סעיפים 5, 14 ו-35 לרבות דרישות ראייתיות ביחס לעדויות, מסמכים ונתונים כאמור;

(3) דרכי המינוי וסדרי העבודה של הועדה הארצית והועדות המוסדיות;

(4) הפרטים שיש לתעד ברשומה רפואית לפי סעיפים 7 ו-11(ב);

(5) הוראות בדבר שינוי וביטול הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח, בידי אדם שמחמת מחלה או מום אינו מסוגל לבצע את הפעולות המעשיות הנדרשות לשם כך כאמור בסעיף 43(ג);

(6) חובות דיווח על ביצוע הוראות חוק זה למי שיסמיך השר, לצורכי בקרה ומחקר, והוראות בדבר פרסום מידע כאמור, ובלבד שלא יפורסמו פרטים מזהים של מי שדיווחו עליו;

(7) הוראות בדבר החובה להחזיק במוסד רפואי ובכל מקום שיקבע השר כאמור אמצעים טכנולוגיים כמשמעותם בפיסקה (2) להגדרה "טיפול רפואי מחזורי"; הוראות כאמור יכול שיוחלו בהדרגה על סוגי מוסדות רפואיים ובמקום כאמור במשך תקופה שתיקבע, לפי צו שיקבע השר;

(8) הוראות לניהול מאגר המידע, לרבות תנאים לענין מסירת מידע וקבלת מידע, וכן דרכי מינויו של האחראי על המאגר ותחומי סמכותו.

(ב) השר יקבע הוראות כאמור בסעיף קטן (א)(7), לגבי כל אמצעי טכנולוגי, עד תום שנה מהיום שאושר שימוש באמצעי טכנולוגי על ידי המנהל הכללי.

(ג) השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, רשאי לקבוע דרכים אחרות למתן הנחיות רפואיות מקדימות, דרך כלל או לסוגי מקרים שקבע כאמור בסעיף 33(ג) ולמתן ייפוי כוח, דרך כלל או לסוגי מקרים שקבע כאמור בסעיף 38(ג) ;

(ד) תקנות ראשונות כאמור בסעיף קטן (א) יותקנו עד תום שנה מיום פרסומו של חוק זה.

ביצוע

61. השר ממונה על ביצוע הוראות חוק זה והוא רשאי להתקין תקנות לביצועו.

שינוי התוספות

62. השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, רשאי לשנות את התוספות וכן לקבוע כאמור סוגי טפסים אחרים.

תחילה

63. תחילתו של חוק זה שנה מיום פרסומו.

תוספת ראשונה
הנחיות רפואיות מקדימות לטיפול רפואי עתידי בחולה הנוטה למות
(סעיף 31)

תוספת שניה
ייפוי כוח
למתן הנחיות רפואיות לטיפול בחולה הנוטה למות
(סעיפים 37 ו-42)

תוספת שלישית
הוראה להארכת תוקפן של הוראות רפואיות מקדימות
או להארכת תוקפו של ייפוי כוח
(סעיפים 34(א) ו-39(א))

תוספת רביעית
הוראה לביטול הנחיות רפואיות מקדימות או לביטול ייפוי כוח
(סעיפים 33, 38 ו-43)

נוֹטֶה לָמוּת (ב)

א. הגדרת המושג

ראה בהגדרת המושג לחלק א.

ב. דיני גוסס[1]

מקור השם — יש אומרים, שהוא לשון גססין[2], שפירושו חזה, וכוונתו, שסמוך למיתתו מעלה האדם ליחה בגרונו מפני צרות החזה[3]; יש אומרים, שהוא לשון מגיס בקדירה[4], שהליחה מתהפכת בגרונו כמו המגיס קדירה, שמהפך מה שבקדרה[5]; יש אומרים, שהוא מלשון גוסה[6], שכוונתו בערבית הוצאת קול מהגרון לאחר מאכל כבד, ואף הגוסס מוציא קול מגרונו[7]; ויש אומרים, שהוא מלשון גוס, שפירושו פיהוק, שדרך הנוטה למות לפהק כמו לפני שינה[8].

כללים והנהגות

זמן הגסיסה — גוסס הוא חולה הנמצא בפרק המוות[9], היינו במצב שהמוות יבוא בתוך זמן קצר ביותר. יש מי שכתב, שדרך גסיסה להיות שלושה ימים[10], אך מצינו גם זמנים אחרים, כגון שלושה או ארבעה ימים[11], או שני ימים או שלושה[12], או מעט ימים[13]; 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 אמצעים[14].

סימני הגסיסה — לא מצינו כלל בחז״ל ובראשונים סימני גסיסה מה הם, אלא שלחברי חברא 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 חברא קדישא היו בקיאים בזה, ורופאים הרוצים לדעת יכולים להשתדל להיות אצל חולים כשנוטים למות, וללמוד את סימני הגסיסה[15]. 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 החדישות[16]. ויש מי שכתב, שכל

[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. **[9]** פיהמ״ש לרמב״ם אהלות א ו. **[10]** פרישה יו״ד סי׳ שלט סק״ה. וראה בשו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ עה אות ה, שסמך על הגדרה זו. **[11]** רא״ש מו״ק פ״ג סי׳ צז. **[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 חחו״מ ח״ב סי׳ עג אות ג. וראה גם בשו״ת בית אב״י חחו״מ סי׳ קנג. **[16]** שמעתי מפי הגרש״ז אויערבאך. וראה א. שטינברג, אסיא,

חולה שאין לו אלא חיי שעה, ואין בו הצלה ממש — דינו כגוסס[17].

מצב הגוסס — על פי עקרונות ההלכה יכול הגוסס להיות בהכרה מלאה, ואף לדבר[18].

הגוסס הרי הוא כחי לכל דבריו[19], והיינו דווקא בעודו לפנינו[20], ויש הלכות התלויות בהגדרה זו, כמבואר להלן; אבל רוב גוססים למיתה[21], 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 חומרתם[22], ולא אמרו שהגוסס הרי הוא כחי לכל דבריו אלא לענין דברים החלים ממילא, ואינם תלויים בדעת האדם[23]; ויש הסוברים, שגוסס הרי הוא כחי לכל דבר, גם במה שתלוי בדבורו ובדעתו, בתנאי שדעתו מיושבת עליו[24]. בשיטה זו יש הסבורים, שהדברים אמורים דווקא כשהגוסס מדבר[25]; ויש הסבורים, שבדברים שאין צורך בדיבור, מועילה רמיזתו, לאחר שבדקוהו שהוא מיושב בדעתו[26].

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 הזזתו, וחלקן בגלל טירוף דעתו, היינו פעולות שמקובל לעשותן למת, והגוסס החי יקח אל ליבו, שמתייחסים אליו כבר כמת[27]. ואלו הפעולות האסורות[28]:

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 לעניין 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 חחו"מ ח"ב סי' עה אות ה, בביאור הדברים. **[21]** ראה גיטין כח א; נזיר מג א; שבועות לג א; ערכין יח א; רמב"ם ערכין א יג; ש"ך יו"ד סי' רכח סקכ"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, 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 חחו"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 סקל"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 ור"ן מו"ק

אסור לעצום[29] 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 רקבונו; 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 בשבחו, 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 בפניו[30], ויש מתירים[31].

נגיעה וטלטול — ביחס לאיסור נגיעה בגוסס מצינו מחלוקת: יש אוסרים[32], ויש מתירים[33].

יש מי שכתב, שגוסס שמבקש שיטלטלוהו, באומרו שמצטער בשוכבו כך, אסור לטלטלו, כי זה מעשה בידיים שמקצר את חייו, ואסור לעשות זאת אפילו כדי למעט יסורים[34].

יש מי שכתב, שאסור לטלטל גוסס ולהוציאו מבית חולים, גם כשיש חשש שינתחוהו לאחר מותו[35].

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 הגוסס[36].

דווקא מעשים בידיים אשר מקרבים את מותו של הגוסס על ידי הזזתו אסורים, אבל מותר להסיר דבר המעכב את יציאת הנפש[37]. ובעניין דבר הגורם להזזה קלה בלבד — נחלקו האחרונים אם דבר זה אסור או מותר[38].

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 הגירסא 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 חחו״מ ח״ב סי׳ עג אות ג, שאוסר נגיעה 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, בבועז 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.

הפוסקים הוסיפו לאסור פעולות סגוליות שונות, מתוך הנחה שהן מקרבות את מותו של הגוסס[39].

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 בכך[40]. ובוודאי שאסור להתלמד על גוסס, כגון רופאים-מתלמדים שמתקשים להכניס צינור-נוזלים לווריד של החולה, או לקיחת דם מגוסס על ידי מתלמד שאינו מיומן מספיק[41].

לעומת זאת, כשהדבר נעשה על ידי צוות רפואי לטובתו של הגוסס, כגון לצורך הטיפול בו, או כדי להקל על סבלו — מותר[42]. לפיכך, מותר לרופא לעשות כל טיפול הדרוש לטובתו של הגוסס, ואפילו אם הרופא הוא כהן, מותר לו להכנס לבית גוסס, כדי לטפל בו[43]; מותר לחלל את השבת עבור הצלת הגוסס[44]; וכן מותר להוציאו מבית שיש בו שריפה[45], שכן זה נעשה לכבודו ולטובתו. וכל אלו מותרים גם כשמזיזים את הגוסס.

אין לתת לגוסס לאכול, כי אינו יכול לבלוע, ומבחינה רפואית קיים חשש גדול שיקדים קנה לוושט וייחנק, והרי זה קירוב מותו ממש, ומה שמצינו במדרשים[46], 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 עליו[47].

[39] ראה — ס' חסידים סי' תשכג; שלטי גבורים על הרי"ף מו"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' 81-80. 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, תשנ"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 השבו"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; חי' 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 הפרנסה[48].

התנהגות בגסיסה — יש צדיקים ואנשי מעשה, כשמרגישים שנוטים למות, נוטלים ידיהם, ואומרים מזמור[49] ׳הבו לה׳ בני אלים׳[50].

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 לחייו[51]. ואפילו הגיע זמן תפילה, לא יעזבו את הגוסס[52]. וראוי לקבץ עשרה אנשים, שיהיו נוכחים בעת יציאת הנשמה[53].

הקרובים שאינם יכולים להתאפק מבכי, מוטב שלא יהיו בחדר; אבל היכולים להתאפק, עושים חסד עם קרובם כשנשארים עמו[54].

ראוי שלא תהיינה נשים בחדר בשעת גויעה, בפרט אלו שלא טבלו לנידתן, ורצוי שגם גברים הצריכים טבילה — יטבלו מקודם[55].

נוהגים שאין עומדים לרגלי מיטת הגוסס או מראשותיו[56].

גדולי ישראל התקינו שלא לדבר שיחה בטלה אצל הגוסס, ומאד צריכים להיזהר שלא לדבר דברים בטלים[57], וכל שכן שיש איסור לאכול ולשתות, רק מי שצריך לזה יכול לצאת חוץ לחדרו של החולה, ובלבד שישארו אנשים ליד הגוסס[58]. והעומדים על יד מיטתו של הגוסס יתנו ליבם לחזור בתשובה[59]. וצריכים לדבר דברי תורה עם הנוטה למות, אם הוא מיושב בדעתו, ובר הכי הוא[60].

מצינו מנהגים שונים בזמן צאת הנשמה: להדליק נרות[61], לפתוח חלונות[62], להגיד פרקי תהלים, נשמת כל חי, אלקי נשמה, קריאת שמע, יגדל, אדון עולם, אנא בכח, עלינו לשבח, וכן להתיר נדרים וקללות[63].

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

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; ערוה״ש יו״ד שלט ח; שו״ת ציץ אליעזר ח״ה 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 חברא 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״ו. **[63]** פני ברוך סי׳ ז סט״ו. וראה עוד מנהגי

שלוש פעמים; ה׳ הוא האלקים שבע פעמים; ה׳ מלך פעם אחת[64].

בענייני אורח חיים

תפילה על הגוסס — גוסס שנמצא בעיר אחרת — יש אומרים, שאין להתפלל עליו ולהזכירו בתפילה, שמא אינו חי עוד, ומחשש ברכה לבטלה[65]; ויש אומרים, שיש לברכו ולהתפלל עליו, בחזקת שהוא חי, ושמא על ידי התפילה יהיה זה מן המועטים הפורשים לחיים[66].

שבת — רוב הפוסקים סבורים, שמחללים שבת על גוסס, ואפילו הוא גוסס בידי אדם[67]. ולשיטה זו — מחללים שבת גם על גוסס שהוא חרש ושוטה[68], ואפילו אם הגוסס כבר אינו מדבר, מכל מקום מחללים עליו את השבת[69]; יש מי שכתב, שאין חיוב לחלל שבת עבור גוסס, אלא שמותר לעשות כן[70]; ויש מי שחולקים וסוברים שאין מחללים שבת על הגוסס[71]. ומכל מקום אם נודע שהוא גוסס כבר שלושה ימים, אין מחללים עליו את השבת[72]. ולכאורה אין דין זה נכון בימינו, אלא תלוי מה היא הערכת הרופאים ביחס לסכויי הטיפול, ובפרט שאין לנו כיום הגדרה ברורה למצב של גוסס[73], 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 אביה[74].

אשת כהן, שהניחה בעלה גוסס במדינה אחרת, לא תאכל תרומה, שרוב גוססים למיתה[75], ואם היתה בת כהן הנשואה לישראל, והניחה בעלה גוסס, אינה אוכלת בתרומת בית אביה[76], ואף על פי שרוב גוססים למיתה, אין הולכים כאן אחר הרוב, כי למיעוט הגוססים שחיים מצטרפת חזקה שלא אכלה עד עכשיו.

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

אמירות בגשר החיים שם, ובס׳ פני ברוך, סי׳ ז הע׳ 55. **[64]** גשר החיים ח״א פ״ב ס״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 ס״ב. וראה בשו״ת אחיעזר 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, תש״מ, עמ׳ 28 ואילך); לוית 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

יום, חייב אביו בפדיון הבן[77].

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 ובהערכה[78]. ויש מי שכתב, שאפילו אם אחר כך החלים וחי, אין חייב בערכו[79].

הגוסס נודר ומעריך, שאם אמר דמי פלוני עלי, או ערך פלוני עלי, חייב לשלם להקדש[80]; ויש שמשמע מהם, שאין הגוסס נודר ומעריך[81].

אבלות — מי שאמרו לו שלפני שלושה ימים ראו את קרובו שהוא גוסס — יש אומרים, שצריך להתאבל עליו, שוודאי כבר מת[82]; ויש אומרים, שגם לאחר שלושה ימים אין מתאבלים עליו, עד שידעו שוודאי מת[83].

טומאת מת — הגוסס אינו מטמא טומאת מת, עד שימות[84].

אמוראים[85] נחלקו בשאלה אם כהן ונזיר מוזהרים שלא לגעת בגוסס, ושלא להיכנס לבית שהגוסס נמצא בו; ולהלכה — יש הסוברים, שאין הם מוזהרים[86]; ויש הסוברים, שהם מוזהרים מדין חילול[87]. ואם נכנסו לבית שיש בו גוסס, ושהו שם עד שמת, הרי הם לוקים[88], 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 להחמיר[89]. ואם הגוסס עדיין בהכרה, ומפחד להישאר לבדו, ורק כהן נמצא עמו, אסור לכהן לצאת מהחדר ולהשאירו לבד[90]. ויש שחילקו בין גוסס בידי אדם, שלדברי הכל מותר לכהן לגעת בו, לגוסס בידי שמים, שאסור לכהן לגעת בו[91]. ואם הגוסס הוא גוי — יש סוברים, שלדעת האוסרים על כהן ונזיר לגעת

על הרמב"ם שם. **[77]** ישי"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' קכא סקל"ב. וראה באנציקלופדיה תלמודית, שם, הע' 124-126. **[82]** רא"ש מו"ק פ"ג סי' צז; 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; ב"י יו"ד סי' שע, בשם הנמוק"י 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; ב"ח שם; ש"ך שם סק"ג. וברמ"א שם כתב 'וטוב 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 בגוי[92]; ויש מי שכתב, שלדברי הכל אין איסור על כהן לגעת בגוסס גוי[93].

בדין כהן רופא בבית גוסס — ראה ערך כהן.

יארצייט — מי שהיה גוסס לפני השקיעה, ומת בין השמשות, חלוקים הפוסקים מתי לקבוע את יום היארצייט, ורבים הכריעו לקובעו ליום המחרת[94]; ואם ראו את הגוסס בחיים לפני השקיעה, ומצאוהו מת לאחר השקיעה, קובעים את כל דיני היארצייט ליום המחרת[95].

איבר ובשר הפורשים מגוסס, דינם כאיבר ובשר מן החי[96].

קבורה — גוסס שפסקו לו צדקה לצורך ארון ותכריכים וקבורה ונתרפא, כסף הצדקה אינו שלו, וצריך להחזיר[97].

בענייני אבן העזר

קידושין תופסים בגוסס[98], ובוודאי אם האב קיבל קידושין עבור בתו הגוססת[99]. ולעניין גוסס אם יכול לקדש אשה, הדבר תלוי במחלוקת הפוסקים אם הוא יכול לגרש אשה[100].

גיטין — לדעת הסוברים, שאין הגוסס יכול לעשות דברים התלויים בדעתו[101], אין הגוסס יכול לתת גט לאשתו. ואם עשה שליח למסור גט לאשתו כשהיה בריא — יש אומרים, שיכול השליח למסור הגט, אף לאחר שנעשה המשלח גוסס[102], ויש אומרים, שאף זאת לא מועיל[103]; ולדעת הסוברים, שגוסס יכול לעשות גם דברים התלויים בדעתו[104], יכול הגוסס לתת גט, בתנאי שדעתו מיושבת עליו[105], אלא שאם הגוסס יכול לדבר, כותבים לו גט לכתחילה, ואם אינו יכול לדבר, אין סומכים על רמיזותיו[106].

שליח המביא גט ממדינה אחרת, והניח הבעל גוסס, אין השליח נותן הגט לאשה, ואם נתנו לה, הרי זו ספק מגורשת[107]; ויש מי שכתבו, שיכול השליח לתת הגט

ב, בנזיר, ובקרן אורה שם — שהוא-הדין בכהן. **[92]** תוס׳ נזיר ד ב ד״ה דילמא; שטמ״ק שם, בשם הרא״ש. **[93]** קרן אורה נזיר מג א. וראה פרטי דינים בנידון באנציקלופדיה תלמודית, כרך ה, ע׳ גוסס, עמ׳ שצז-שצח. **[94]** כל בו על אבלות פ״ה סי׳ ד ס״ב. **[95]** הגרי״ז 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׳ לז סק״ב, הובא באוצה״פ סי׳ לז סק״ג אות ב. **[99]** פתחי עזרה שם סק״ג, הובא באוצה״פ שם. **[100]** פתחי עזרה שם. וראה להלן בהערות הבאות.

[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

לאשה בחזקת שהבעל עדיין חי[108]. ואם הניח את הבעל כשהוא בין שמונים למאה שנה, דינו כגוסס[109].

עגונה — הגוסס אין מעידים עליו שמת להתיר את אשתו להינשא[110], ובדיעבד אם נישאת — יש אומרים שתצא, ויש אומרים שלא תצא[111]. ואם הוא גוסס בידי אדם — יש שכתבו, שמעידים עליו[112]. יש מי שכתב, שאף הגוסס בידי שמים, אם הוא גוסס שלושה ימים, מעידים עליו[113], וחלקו עליו והוכיחו שאין הבדל בין קודם שלושה ימים לאחר כך[114]. 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 שמת[115].

ייחוד — יש איסור ייחוד גם עם מחוסר הכרה וגוסס[116], אבל מותר לאיש אחר לשמור ולשרת את הנוטה למות, גם כשאשתו של החולה באותו בית, ואין איסור ייחוד עמה[117].

יבום וחליצה — הגוסס זוקק לייבום, שכל זמן שהוא גוסס, יבימתו אסורה להינשא; ופוטר מן הייבום, שאם מת אחד והניח בן גוסס, אשתו פטורה מייבום וחליצה[118].

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 תנאי[119].

בעניני חושן משפט

קניינים — לדעת הסוברים, שאין

ספר על הרמב״ם שם. וראה עוד באנציקלופדיה תלמודית, כרך יד, ע׳ חזקת חיים, הע׳ 50. **[108]** ראב״ן גיטין שם; נחלת שבעה ח״ב סי׳ לט. וראה קרבן נתנאל על הרא״ש גיטין פ״ג אות מ. **[109]** טושו״ע אבהע״ז קמא סח. **[110]** תוס׳ יבמות לו ב ד״ה הא; שם קכ 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 קכ ב ד״ה למימרא; ב״ש שם. וראה מה שתמהו על זה בס׳ ישרש יעקב, יבמות שם; שו״ת צמח צדק 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 סקקל״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 קכ א; רמב״ם גירושין יג יח; טושו״ע אבהע״ז יז לא. וראה באריכות באוצה״פ שם. **[116]** שו״ת הרשב״א סי׳ אלף רמג. הובא בב״ש סי׳ קמח סק״ו. **[117]** ס׳ דבר הלכה, בשו״ת בסוף הספר סי׳ ד. וראה בשו״ת נובי״ק חיו״ד סי׳ סט. **[118]** אהלות א ו; שמחות א א; טושו״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׳ קמז. וראה רמ״א אבהע״ז

הגוסס יכול לעשות דברים התלויים בדעתו[120], אין הגוסס יכול לתת מתנה לחברו. ולדעת הסוברים, שגוסס יכול לעשות גם דברים התלויים בדעתו[121], יכול הגוסס לתת מתנה, בתנאי שדעתו מיושבת עליו[122]. ויש מי שכתב, שאין הגוסס יכול להקנות מתנה בכל מקרה[123]. ויש שמחלקים בין גוסס המדבר, שמתנתו מתנה, לבין גוסס שאינו מדבר, שאין מתנתו מתנה, או שלפחות צריך בדיקה כמו אילם[124].

יש מי שכתב, שמי שהקנה דבר שבא לעולם לחבירו, שיזכה בו בשעה שיהיה הנותן גוסס — קנה[125].

הגוסס כל זמן שהוא חי, יכול לזכות, והאומר לחברו נכסים אלו קנויים לך עם פטירתך — קנה, שהגוסס יש לו זכייה[126], ויש מי שכתב שדין זה נכון דווקא כשזיכה לו על ידי אחרים[127].

ירושה — גוסס נוחל ומנחיל[128]. בן בכור, שנולד לאביו כשהוא גוסס, אינו נוטל פי שניים[129].

רציחה — ההורג גוסס בידי שמים, היינו שהוא גוסס עקב מחלה, דינו כרוצח, ונהרג עליו[130], אבל ההורג גוסס בידי אדם, כגון שהכוהו עד שנטה למות — ההורגו, אין בית דין ממיתים אותו[131]. ואם עבר והרג גוסס בידי אדם, דינו כמו הורג את הטריפה[132].

בעניינים עתידיים

חטאת ואשם — זורקים על הגוסס דם חטאתו ודם אשמו, ואינו כחטאת שמתו בעליה[133].

השולח חטאתו ממדינת הים, והניח אותו גוסס, אין מקריבים אותה, שמא מת, והרי זו חטאת שמתו בעליה[134].

קנז 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 קכז 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 קלז א. **[126]** שו"ת הרשב"א, ח"ב סי' שכז, הובאו דבריו בב"י חו"מ סי' רנז. **[127]** נתה"מ סי' רמח ביאורים סק"י. **[128]** שמחות א א. וראה בפירוש נחלת יעקב שם. ולעניין זמן חלות הירושה אם הוא "לאחר גמר מיתה" או "עם גמר מיתה", ומה הגדרת זמנים אלו — ראה אנציקלופדיה תלמודית, כרך כה, ע' ירושה עמ' קכז-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' קכז. **[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 חי"ח סי' סו. וראה בשיטמ"ק נזיר ד ב, בשם הרא"ש, שמשמע 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; אוצה"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 המיטה[135], או כל חולה מסוכן, אף על פי שהולך על רגליו[136]. יש מי שכתב, שאפילו אדם שהוא לכאורה בריא, או חולה שאין בו סכנה, אלא שאומר בפירוש שמרגיש שהגיע קיצו, דינו כשכיב מרע[137].

גיטין — גט שכיב מרע, הוא גט שכותב אדם לאשתו לטובתה, כשמרגיש שהולך למות, ורוצה למנוע שלא תיזדקק ליבום ולחליצה, כשימות ללא בנים[138].

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 הגט[139]. דרך הבדיקה לא צריכה להיות כמו באילם[140], אלא בודקים אותו קצת לראות אם דעתו מיושבת עליו[141]. יש מי שכתב, שבגט שכיב מרע לא צריך כלל בדיקה, ואפילו נשתתק[142]. בדיעבד, אם כתבו גט על פי דברי שכיב מרע ולא בדקוהו, הגט כשר לדעת כולם[143].

שכיב מרע שכתב גט לאשתו, ולא הספיק ליתנו לה עד שנכנסה שבת, התירו חז"ל שיגרשה בשבת[144].

שכיב מרע שאמר כתבו גט לאשתי, הרי אלו כותבים ונותנים, אף על פי שבבריא צריך לומר במפורש שיתנו, ולא די כשאמר כתבו בלבד[145].

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 וכמסורים[146], היינו ככתובים — אם המתנה היא בקרקעות, וכמסורים — אם המתנה היא במטלטלים[147]. 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]** הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חחו"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 ותיזיל; 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 טז. **[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.

בשבת[148].

מתנת שכיב מרע אינה נקנית אלא לאחר מותו[149].

שכיב מרע שאמר לשלוחו הולך מנה לפלוני, ומת המקבל בחיי הנותן, יתן השליח ליורשי המקבל[150]. 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 היורש[151].

נחלקו הפוסקים אם מתנת שכיב מרע היא כראוי[152], או כמוחזק[153].

דברי שכיב מרע הם ככתובים וכמסורים רק לעניין מתנה, אבל לא לעניין מכירה[154].

דברי שכיב מרע ככתובים וכמסורים למקבל משעת נתינה ולמפרע[155].

דברי שכיב מרע הם ככתובים וכמסורים דווקא אם נתן כל נכסיו ולא שייר כלום, אבל אם שייר משהו לעצמו, דינו כמתנת בריא, וצריכים קנין[156]. אבל אם ציווה את נכסיו מחמת מיתה, כגון שאמר בפירוש שנותן 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 לעצמו[157]. 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 לעצמו[158]; 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 לא[159]; ויש הסבורים, שאין לחלק בכל מקרה, גם אם קפץ עליו החולי[160].

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

[148] ב״ב קנו ב, מחלוקת; רמב״ם וטושו״ע שם. **[149]** ב״ב קלז 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״ו 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 סקי״ט. **[153]** בה״ג סוף הל׳ נידוי; שו״ת ר׳ בצלאל אשכנזי סי׳ מד; ב״ש סי׳ ק סקי״ג.

[154] נמוק״י ב״ב קמט 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 חחו״מ סי׳ עד; קצוה״ח סי׳ רמח סק״ט וסי׳ רנ סק״א; נתה״מ סי׳ רנ סק״א וסקכ״ב. **[156]** ב״ב קנא ב; רמב״ם זכיה ומתנה ח טו; טושו״ע חו״מ רנ ד. בשיעור השיור נחלקו ראשונים — ראה סיכום דעותיהם באנציקלופדיה תלמודית, שם, עמ׳ קכא. **[157]** משנה פאה ג ז; ב״ב קנא 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 סקי״א. **[159]** רמב״ם זכיה ומתנה ח ב; טור וב״י שם, בדעתו. **[160]** ב״י

שלא בא לעולם, או הקניית דבר שאין בו ממש — אין אמירתו של שכיב מרע מועילה כלום[161].

שכיב מרע שהודה לפני מיתתו שחייב לפלוני, ולא אמר תנו, אנו אומרים שאדם עשוי שלא להשביע את יורשיו, וטענת השבעה שייכת גם בשכיב מרע[162]. 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 יורשיו[163], ויש אומרים, שגם בזה אין הבדל בין בריא לשכיב למרע[164]. ואם אמר השכיב מרע תנו, אין חוששים לכלל שאדם עשוי שלא להשביע את יורשיו[165].

נוסח שטר מתנת שכיב מרע[166]:

"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 ניידי הן נכסי דניידי, 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 מת 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 מרע[167]:

"אנחנו החת"מ מעידים בזה, איך שאנחנו נכנסנו אצל מר פב"פ לבקרו, ומצאנוהו שוכב על ערש דווי, ולשונו ומלולו עדיין בפיו, ודעתו צלולה ומיושבת עליו כשאר בני אדם, ויודע להשיב על הן 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 קמז ב; רמב"ם זכיה ומתנה י טז; טושו"ע חו"מ רנג 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; טושו"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; טושו"ע חו"מ רנה ב. וראה בסמ"ע שם. **[166]** גשר החיים ח"א פ"א. **[167]** גשר החיים שם.

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 שעה[168]; יש מי שכתב, שבכל מקרה שמצב הסכנה שאנו יודעים שיגרום בהכרח למותו של האדם התחיל כבר, הרי זה בגדר חיי שעה, בין אם המוות יבוא במוקדם או במאוחר[169]; ויש מי שכתב, שחיי שעה הוא גם גוסס וגרוע מגוסס, שבגוסס רק רובם מתים, אבל בחיי שעה אין אפילו מיעוט שבמיעוט שנותר בחיים[170].

חיוב הצלה — בכל מקרה צריך לפעול לטובתו של החולה השרוי בחיי שעה[171]. לפיכך, חייבים לטפל בו ולהצילו ככל האפשר, ואף מחללים שבת עבורו[172]. ומאידך, אם הדבר הוא לטובתו של החולה, אין חוששים לחיי השעה שלו, ומותר לסכנם אפילו עבור ספק חיי עולם שלו. ולכן, כשיש אפשרות להציל את החולה לחיי עולם, אך מאידך עלולים לקצר חיי שעה, אין חוששים לחיי השעה, ועושים מה שצריך להציל לחיי עולם[173].

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 בידיים[174].

שבת — מחללים שבת גם על חיי שעה, כגון מי שנפלה עליו מפולת, ונתרוצץ ראשו, מפקחים עליו את הגל[175]. יש מי שהוסיף, שאפילו ברור לרופאים שימות, ועל ידי טיפולים אפשר להאריך חייו במספר שעות, מותר לחלל עליו את השבת[176], ואפילו לא יחיה אלא שעה

[168] חכמת שלמה יו״ד סי׳ קנה ס״א, הובא בדרכ״ת שם סק״ו; שו״ת אגרות משה חחו״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]** ביאוה״ל סי׳ שכט ס״ד ד״ה אלא. וראה רש״י ע״ז כז 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 כז 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 במל״ב ז ד, בעניין ארבעת המצורעים, שאמרו ׳לכו ונפלה אל מחנה ארם, אם יחינו נחיה, ואם ימיתנו ומתנו׳, וראיה זו מובאת בגמ׳ ע״ז כז ב (ארבעה אלו היו גיחזי ושלושת 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, בעניין הלימוד הזה); ועל פי ע״ז כז ב, בעניין התרפאות מגוי. וראה באריכות בשו״ת משפט כהן סי׳ קמד אות ג. וראה עוד בע״ע נתוחים; סכון עצמי. **[174]** תפא״י סוף יומא, בבועז. וראה בנידון בשו״ת ציץ אליעזר חי״ז 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; טושו״ע או״ח שכט ד. **[176]** ערוה״ש או״ח שכט ט.

אחת[177], ואפילו ברור שלא יוכל לחיות כלל[178], אלא כל זמן שיש בו חיות כלשהיא, אפילו אין סיכוי שיחיה יותר משעה, ואין סיכוי שיעשה תשובה באותה שעה, מחללים עליו את השבת[179]. ודבר זה מותר אפילו בשביל חיי שעה של חרש, שוטה וקטן, אף על פי שלא יגיעו לכלל מצוות[180]. ולעומת זאת, יש הסבורים, שמה שהתירו חילול שבת עבור חיי שעה הוא דווקא כשיכול לחזור בתשובה[181].

יש מי שכתב, שמחללים שבת על חיי שעה רק באיסורי דרבנן[182], אבל להלכה משמע מכל הפוסקים, שמחללים שבת גם באיסורי תורה[183].

ובעניין מי שנתחייב מיתה בבית דין — יש מי שכתב, שאף על פי שנותרו לו רק חיי שעה, מחללים עליו את השבת[184]; ויש מי שחולק, כיוון שגברא קטילא הוא[185].

גיטין — מי שנשחטו שני הסימנים, או שראוהו מגוייד, או צלוב, או שנפל מהגג, ורמז ואמר כתבו גט לאשתי, כותבים ונותנים שלא יכול לדבר[186].

ירושה — אשה שחלתה ונטתה למות, והכניסוה לחופה כדי שיירשנה בעלה, ומתה מחוליה ולא קרב אליה, יש אומרים, שאין זו חופה, ואין בעלה יורשה[187].

נִכְפֶּה

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

[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 מלוניל, גנזי הראשונים, יומא עמ' פו; מאירי יומא פה א; גליון הש"ס יומא שם. וראה בשו"ת הלכות קטנות ח"ב סי' לח, שהקשה למה מחללים שבת על מי שנותרה 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 אליעזר ח"ה קונ' 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 בלוית חן סי' צג, ובילקוט יוסף ח"ד שבת כרך ד סי' שכט הע' ד. **[182]** מנ"ח סוף מוסך 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; טושו"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

במחלה אחת, אלא בקבוצה גדולה של מחלות.

הענף ברפואה העוסק בהיבטים המחקריים, האבחנתיים והטיפולים התרופתיים במחלת הכפיון הוא נוירולוגיה, והענף הרפואי העוסק בטיפול במחלה זו בדרכים ניתוחיות הוא נוירוכירורגיה[1].

בערך זה יידונו ההיבטים ההיסטוריים, הרפואיים וההלכתיים הנוגעים למחלה זו.

ב. רקע היסטורי

כללי — המאורעות המיוחדים של מחלה זו, שבה אדם נתקף באופן פתאומי בהתקף חמור אשר נראה כאילו מביא למותו של האדם, ולאחר ההתקף החולה חוזר לאיתנו, גרם להתייחסות מיוחדת אל מחלה זו.

העולם הקדמון וימי הביניים

שמות — הקדמונים כינו מחלה זו בשמות שונים: "מחלת האלים", "מחלת השדים", "המחלה הקדושה"[2], כל אלו מתוך מחשבה שהיא נגרמת על ידי כוחות על-טבעיים, או משום שהיא נובעת מהמוח שבראש, שהוא המשכן הקדוש; "המחלה הגדולה"[3], "מחלת הנפילה", אשר ניתן למחלה זו לראשונה על ידי הרומים, ואחר כך עבר לשפות אחרות, ועד היום מקובל שם זה במקומות רבים; "מחלת היריקה", שם שניתן למחלה זו על ידי פליניוס, מתוך מחשבה שהמחלה מדבקת, ולכן נהגו לירוק, כדי להרחיק את ההדבקה[4]. השם המקובל למחלה זו הוא אפילפסיה[5]. שמות רבים אחרים ניתנו למחלה על שם גיבורים וקדושים שונים, בין מתוך הנחה שאישים אלו סבלו ממחלה זו, או מתוך התייחסות חריגה למחלה זו. ואמנם יש לציין כי אישים מפורסמים בהיסטוריה סבלו ממחלת הכפיון. בין השאר היו אלו סוקרטס, יוליוס קיסר, נפוליאון, דוסטוייבסקי, דנטה, הנדל ואחרים.

יחס לחולים כפיוניים — כל הרופאים וחוקרי הטבע ברפואה בכל הדורות תיארו מחלה זו בצורות שונות, ניסו להסביר את מקורה, ואף ניסו טיפולים שונים. בעבר היה מקובל לחשוב שיש אישיות מיוחדת ושלילית לחולי כפיון, ושחולים אלו סופם שמגיעים לפיגור שכלי, ולהפרעה אישיותית-נפשית ניכרת. בגלל סיבות אלו ואחרות היו החולים הכפיוניים מנודים בחברה, מוגבלים בתעסוקתם, נחשבים כמשוגעים ושוטים, וההתייחסות אליהם מצד האנשים הבריאים היתה שלילית

סא א. וראה בנו"כ שם.
[1] ראה ע' עצבים, מערכת ה-, הע' 1-2.
[2] היפוקרטס כתב ספר על המחלה בשם זה. המחלה נקראה כך על ידי מרבית רופאי יוון וחכמיה, כולל אפלטון, ארטיאוס, וסורנוס.
[3] morbus major; grand mal. **[4]** ראה Pliny, *Historia Naturalis*, 28, 35 Vol. 4, p. 162. **[5]** epilepsy. מקור המילה ביוונית — epilambanein, שפירושו אחיזה ותקיפה פתאומית, המבוססת על האמונה העתיקה שההתקף נגרם על ידי כוחות מגיים חזקים האוחזים ומטלטלים את הנכפה — ראה Celsus, *De Medicina*, III, 23, 7; או שמקורו בשתי מילים — epi = מעל; lesis = נגע, היינו הנגע

מאד. המחלה נחשבה כבזויה, והיוותה דוגמא לקללה[6].

סיבות להיתהוות המחלה — בין רופאי יוון העתיקה רווחה הדעה, שהמחלה נגרמת על ידי אחת או יותר מארבעת הליחות. כמו כן הם סברו, שאדים הנוצרים מן המזון עולים דרך הווירידים למוח וגורמים להתקפים. תרבויות אחרות, כגון ההודים, הבבלים, והנוצרים הראשונים, וכן האצטקים והאינקה במרכז אמריקה[7] ייחסו את המחלה לאלים, לשדים, או לכישוף. היו שייחסו את המחלה להשפעת הירח, לגרמי שמיים אחרים, או להשפעות אקלימיות שונות. היו שסברו, שיחסי מין גורמים להתקפים, ואף הציעו לסרס את חולי הכפיון. יש שייחסו השפעה למחזור הווסת ו/או להריון בגרימת התקפים כפיוניים או במניעתם. עוד יש שייחסו חשיבות רבה למצבים נפשיים משתנים, לחרדות ולדאגות. כמו כן היו שייחסו חשיבות לשינויים תחושתיים שונים, כגון שינויי ראיה או שמיעה פתאומיים וחזקים, תחושות כאב וכיו״ב[8].

טיפולים למחלה — טיפולים שונים הוצעו על ידי הקדמונים. בין הטיפולים להתקפים כפיוניים בעת העתיקה מזכיר פליניוס את שתיית דם הגלדיאטורים, כאשר הדם היה חם וטרי מהפצע, וכן היו משתמשים בעצמות מן המת, ובעיקר בחוליות הצווריות העליונות. בימי הביניים הדגישו יותר את היסוד המאגי, כגון רוח רעה, או דיבוק, וגם דרכי הטיפול היו בהתאם — קמיעות, כישופים וכיו״ב.

העת החדשה

רק במאה הי״ט למניינם הפך העיסוק והטיפול בחולים כפיוניים להיות מדעי-רפואי, וחל שינוי בהתייחסות לחולים אלו.

בשנת 1860 נפתח לראשונה בית חולים מיוחד בלונדון למשותקים ונכפים[9], ואחד הרופאים הראשונים בבית חולים זה, אשר הכניס סדר רפואי למחלת הכפיון, היה ג׳קסון[10].

הספר הרפואי-מדעי ראשון על מחלת הכפיון פורסם בשנת 1881[11].

המהפך הרציני ביותר לקידום האיבחון במחלת הכפיון היה המצאת המכשיר הרושם את הגלים החשמליים של המוח = אלקטרו-אנצפלו-גרם[12], אשר הומצא

מצוי למעלה, בראש. **[6]** מובאת קללה בפי הידהודים בימי הביניים — ״הבורא יתן לך חולי נופל״. **[7]** ראה Elferink JGR, *Epilepsia* 40(7), July 1999. **[8]** פרטים היסטוריים נוספים על הנושא ראה — Temkin O: *The Falling Sickness*, 1971. **[9]** The National Hospital for the Paralysed and Epileptic. **[10]** Hughlings Jackson. **[11]** Gowers WR: *Epilepsy and Other Chronic Convulsive Diseases*. **[12]** electro-encephalo-gram =

על ידי ברגר[13] בשנת 1929.

במאה העשרים למניינם חלה התקדמות רבה בהבנת המנגנונים הגורמים למחלת הכפיון, בדרכי האיבחון, ובדרכי הטיפול.

ג. רקע רפואי

הגדרה — מחלת הכפיון מוגדרת כהתפרצות חשמלית מוחית חדה, פתאומית ומהירה, הבאה מקליפת המוח, או מגרעינים מוחיים עמוקים, מאזור מוחי אחד, או מאזורים מוחיים אחדים, או מכל אזורי המוח.

ההסתמנות הקלינית היא מגוונת ביותר, ויכולה להתבטא במיגוון גדול ביותר של צורות: איבוד הכרה, שינוי במצב ההכרה, ניתוק, הפרעות התנהגות, הפרעות תחושתיות, תנועות גוף מהירות חלקיות או כלליות, כיווץ שרירי הגוף באופן חלקי או כללי, נפילה לארץ, הקאות, הטלת שתן ו/או צואה, והוצאת קצף מהפה. ההפרעות הן כרוניות, חוזרות, ופתאומיות. בין ההתקפים יכול החולה להתנהג בצורה רגילה לחלוטין, או יכול להיות פגוע מוחית בצורות שונות.

צורת ההתקף — כל התקף כפיוני כשלעצמו יכול להתחלק לשלושה שלבים: השלב המבשר[14], שבו יש תחושה מוכרת לחולה, שבעקבותיה יבוא ההתקף עצמו; ההתקף הקליני[15], שכאמור יכול להתבטא בצורות רבות מאד; השלב שלאחר ההתקף[16], שמתבטא בעייפות, ישנוניות, מצב בלבולי, ומיחושים שונים. משך כל התקף בודד משתנה מחלקי שניות ועד שעות רבות.

שכיחות מחלת הכפיון באוכלוסיה הוא כ-1%. מחלת הכפיון יכולה להתחיל בכל גיל, ותוארו אף פרכוסים בעוברים. מרבית חולי הכפיון מתחילים את מחלתם בגיל הילדות, ואמנם בילדים שכיחות המחלה גבוהה יותר.

צורות כפיוניות — מן הראוי להדגיש, כי הצורות הכפיוניות השונות נבדלות אלו מאלו כמעט בכל קנה-מידה אפשרי: הביטוי הקליני, הביטוי החשמלי, הגורם הסיבתי, התורשתיות, התגובה הטיפולית, והתחזית לטווח מיידי וארוך. המשותף לכל הצורות הכפיוניות היא רק העובדה שכולם נובעים מהפרעה חשמלית-מוחית.

קיימות שיטות חלוקה שונות של מחלות הכפיון השונות, המתבססות על הצורה הקלינית של ההתקפים, על הביטוי החשמלי של ההתקפים בתרשים החשמלי-מוחי, על גיל ההופעה, או על הסיבה להיתהוות מחלת הכפיון.

סיבות — קיימות סיבות רבות להיתהוות מחלת הכפיון: גורמים תורשתיים — יש להדגיש, כי לא כל סוגי האפילפסיה הינם תורשתיים, וגם אלו שהם תורשתיים, לא בכולם ההעברה היא באחוזים גבוהים ומוגדרים; מומי-מוח מולדים; נזקים מוחיים נרכשים, כגון לאחר לידה קשה, לאחר חבלת ראש, או

[13] Hans Berger. [14] aura. [15] ictus. [16] post-ictal.

לאחר דלקת מוח; מחלות מוחיות, כגון מחלות אגירה, מחלות של חילוף-החומרים; או מחלות כרומוזומליות. רק בחלק מחולי הכפיון ניתן למצוא את הסיבה הראשונית למחלתם; בחלק אחר לא ניתן לגלות את הגורם, ולפיכך מדובר בכפיון ראשוני.

הטיפול — הטיפול בחולי כפיון מתחלק לטיפול בזמן התקף, ולטיפול מונע קבוע. הטיפול המונע מורכב בעיקרו מטיפול תרופתי. קיימות קבוצות רבות של תרופות נוגדות-כפיון, הניתנות לחולים יום-יום כדי למנוע התקפים כפיוניים. אם הטיפול התרופתי נכשל, והחולה סובל מפרכוסים בלתי-נשלטים, יש אפשרות לשקול דיאטות מיוחדות, או ניתוחי מוח מיוחדים לבעיית הכפיון[17].

מהלך החיים של חולי כפיון — חלק ניכר מהחולים הכפיוניים נהנים מאיכות חיים תקינה ורגילה, ללא הפרעה שכלית, וללא הפרעה חברתית; רק מיעוט מהחולים הכפיוניים סובל גם מבעיות שכליות, או מבעיות התנהגותיות-חברתיות. בחלק מחולים אלו הבעיה המוחית הראשונית משותפת להתפתחות ההתקפים והכפיוניים ולפיגור השכלי, בעוד שבחלק אחר של החולים ריבוי ההתקפים הכפיוניים הוא הגורם לפיגור השכלי. חלק ניכר מהחולים הכפיוניים מגיע לריפוי מלא, ולמצב שאין הם נזקקים לטיפול תרופתי מונע.

ד. המחלה בחז״ל ובראשונים

שמות — המחלה מוזכרת פעמים אחדות בתלמוד. החולה הזכר במחלת הכפיון נקרא על ידי חז״ל נכפה, והנקבה נקראת נכפית. שם זה הוא משורש ׳כפה׳, היינו שהחולה בזמן ההתקף כפוי לעשות פעולות שאינן ברצונו; או שהוא משורש ׳כפף׳, היינו שהחולה מתכופף ונופל בזמן ההתקף[18].

בלשון הראשונים נקראת מחלת הכפיון בשם חולי הנופל[19]. יש המזהים את הקורדייקוס[20], ואת הבולמוס[21] כצורות של מחלת הכפיון[22].

אישים במקרא — יש מי שסבור[23], שבלעם[24] ושאול[25] סבלו מהתקפי כפיון. לעומתו יש אחרים שרואים בנפילת בלעם רק התעלות אקסטטית, כמו נביאים אחרים; ובעניין שאול יש הסבורים שהיה זה התקף שגעון[26].

סיבות — יש מי שכתב, שמקור

[17] על תולדות הניתוחים לטיפול במחלת הכפיון ראה — Feindel W, et al, In: Greenblatt SH, Dagi TF, Epstein MH (eds), *A History of Neurosurgery*, American Association of Neurological Surgeons, 1997, Chapter 23. **[18]** ראה פיהמ״ש לרמב״ם בכורות ז ה; רש״י בכורות מד ב ד״ה נכפה. **[19]** פיהמ״ש לרמב״ם גיטין ז ה; פרקי משה, מאמר ג; ערוך, ע׳ בן נפיל. **[20]** משנה גיטין ז א. **[21]** משנה יומא ח ו. **[22]** רמב״ם בפיהמ״ש שם. וראה ע׳ מחלות הע׳ 63 ואילך והע׳ 183 ואילך. **[23]** Preuss J, *Biblical and Talmudic Medicine* (Trans. F. Rosner), p. 299. **[24]** נפל וגלוי עינים — במדבר כד טז. **[25]** ויפל ערם כל היום ההוא — שמו״א יט כד. **[26]** ראה ע׳ שוטה הע׳ 52 ואילך.

המחלה הוא במוח, בקיבה, או באחד האיברים שממנו עולה הארס למוח[27]. בין הראשונים, יש מי שייחס חשיבות מרכזית לליחות ולאדים בגרימת התקפים כפיוניים[28], ויש מי שייחסו חשיבות לשדים[29].

ממקורות שונים בחז״ל משמע, שקיום יחסי אישות במקומות ובזמנים בלתי נאותים יכולים לגרום לצאצאים מחלת כפיון[30]: המשמש מיטתו לאור הנר, יהיו לו בנים נכפים[31]; המשמש מיטתו על מיטה שתינוק ישן עליה, אותו תינוק יהיה נכפה, והיינו דווקא כשהתינוק פחות מבן שנה, והוא ישן לצד רגליו, ואין הוא מניח ידו עליו באותה שעה[32]; היוצא מבית הכסא ושימש מיטתו, יהיו לו בנים נכפים, ולכן צריך לשהות עד שיעור חצי מיל[33];

אשה המקיימת יחסי אישות בבית הריחיים, יהיו לה ילדים נכפים[34]; הקיז דם ושימש מיטתו, יהיו לו בנים נכפים[35]. ואמנם היתה רווחת הדעה, שריבוי תשמיש מחמיר את בעית הנכפה[36].

ההסתמנות הקלינית — הראשונים התייחסו בעיקר למרכיב הנפילה במחלה, אך הזכירו גם את הפרכוסים[37], ואת איבוד ההכרה בזמן ההתקף[38].

חז״ל הבחינו בין נכפה שקבוע לו זמן, ובין נכפה שאין לו זמן קבוע[39].

תורשתיות — מחלת הכפיון נחשבה כתורשתית, ולפיכך נקבע שלא ישא אדם אשה ממשפחת נכפים, והיינו דווקא אם הוחזקו שלוש פעמים שיבואו בניהם כך[40].

[27] רמב״ם, פרקי משה, מאמר כה. זו היתה שיטת גלינוס. וראה רש״י שבת סא א ד״ה נכפה, שמשמע שהמחלה באה מהמוח. **[28]** רמב״ם פרקי משה מאמר טו; שם כה; פיהמ״ש לרמב״ם גיטין ז א. **[29]** רש״י בכורות מד ב ד״ה נאלא (וראה רש״י תענית כב ב ד״ה מפני); שו״ת דבר שמואל (שמואל אבוהב) סי׳ שנט; דרכ״ת יו״ד סי׳ קנה סק״ח; שו״ת חיים ביד סי׳ לד. ממקורות תלמודיים משמע ששדים הם גורמי המחלה — ראה גיטין ע א; ר״ה כח א; ויקרא רבה כו ה. ואמנם מצינו בספרות היהודית-עממית הצעות טיפוליות שונות לנכפים המבוססות על ההנחה שסיבת הכפיון היא שדים — ראה בספר Zimmels HJ, *Magicians, Theologians, and Doctors*, p. 130; שו״ת שער אפרים, סי׳ צ. אמנם ראה בשו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ ז, שכתב על מחלוקת רש״י והרמב״ם בנידון, שאלו ואלו דברי אלקים חיים, עיי״ש. **[30]** וראה בספרו של פרויס, עמ׳ 300. **[31]** פסחים קיב ב. וראה ע׳ מיניות הע׳ 356 ואילך. **[32]** פסחים קיב ב. **[33]** גיטין ע א. וראה ע׳ מיניות הע׳ 430 ואילך.

[34] כתובות ס ב. **[35]** ויקרא רבה טז א. **[36]** ראה פרקי משה, מאמר ט — ראיתי רבים היו כווצים כויצת כפיאה וכו׳, שהרבו המשגל בזולת עתו; שו״ת מבי״ט ח״ב סי׳ ריב — כי מחמת התשמיש נתחזק החולי; שו״ת כתב סופר חאבהע״ז סי׳ ק — שרוב התשמיש מתשת כוחו, והחולי מתחזקת וגוברת. וראה עוד בשו״ת אגודת אזוב סי׳ כב; שו״ת דבר יהושע ח״ג חאבהע״ז סי׳ א. וראה בשו״ת רעק״א מהדו״ת סי׳ עד, בחשיבות הנזק הנגרם על ידי תשמיש, לעניין קביעת דרגת המום לכפיית גירושין, עיי״ש. **[37]** ראה רש״י ורמב״ם משנה כתובות ז ה; פרקי משה מאמר ט. **[38]** ראה שו״ת הרדב״ז ח״ו סי׳ רמ. היינו, מתיאוריהם של הראשונים עולה כי ידעו על הצורה הכפיונית המכונה grand mal — התקף המורכב מנפילה, פרכוסים כלליים, ואיבוד הכרה. **[39]** כתובות עז א. אמנם קשה להסביר התקפים קבועים, אלא אם כן מתכוונים חז״ל להתקפים מותנים (reflex epilepsy), כגון הבהובי אור, או שהתכוונו להתקפים שקדם להם סימן-מבשר = aura, וי״ל. **[40]** יבמות סד ב; רמב״ם איסורי

יש אומרים, שמשפחה נקראת משפחת נכפים רק אם המחלה חזרה שלוש פעמים[41]; ויש אומרים, שזה דווקא אם המחלה קרתה בבני משפחה רחוקים, אבל שתי אחיות שילדו שני צאצאים נכפים, הרי זו משפחת נכפים[42].

הדבקה — בין הראשונים מצינו דעות שמחלת הכפיון היא מחלה מדבקת[43]. יש שציינו, שיש סכנה בקיום יחסי אישות עם נכפית[44], ואף שלא פירשו מה הסכנה, מסתבר שהתכוונו לאותה סכנה של הדבקה; ויש שכתבו, שאין מחלת הכפיון מחלה מדבקת[45], ועל פי חוות דעתם של הרופאים בזמנינו, אין הכפיון מחלה מדבקת כלל, ואינה מזיקה אפילו לאשת חיקו[46], ומכיוון שאין מדברי התלמוד כל ראיה להנחה שהכפיון היא מחלה מדבקת, ויש מחלוקת בזה בין הפוסקים, הרשות נתונה לקבל את דעת הרופאים בימינו, שקובעים בוודאות גמורה שאין זו מחלה מדבקת[47].

אבחנה — אבחנת המחלה שלא בזמן התקף אפשרית רק על פי עדות השכנים שראו התקפים, ולעתים ניכרת המחלה על פניו של החולה[48]. יש לציין, שעל פי ידיעותינו הרפואיות כיום אכן נעשית האבחנה של כפיון על פי סיפור המאורעות ההתקפיים על ידי מי שראו אותם, בתוספת בדיקת רישום חשמלי של גלי המוח[49].

ה. פרטי דינים

כללי

הגדרה — יש אומרים, שאפילו אם היה התקף אחד, ואפילו עבר זמן רב מאז אותו התקף, דינו כחולה נכפה[50]; ויש אומרים, שדווקא אם היו שלושה התקפים, הרי הוא מוגדר כנכפה[51].

יש מי שכתב, שאם עבר זמן רב מההתקף האחרון, ולא היו עוד התקפים,

ביאה כב ל; טושו״ע אבהע״ז ב ז. וראה שו״ת חת״ס חאבהע״ז סי׳ קלז. **[41]** רשב״א, ריטב״א, נמוק״י, מאירי — יבמות סד ב; טושו״ע שם. וראה בבאה״ט שם סקט״ו. **[42]** יש״ש יבמות, סי׳ לג; ברכ״י אבהע״ז סי׳ ב אות ח. וראה מה שכתב בנידון בשו״ת דבר יהושע ח״ג חאבהע״ז סי׳ א. וראה באוצה״פ סי׳ ב סקמ״ג. **[43]** שו״ת הרא״ש כלל מב סי׳ א (הנחה זו מופיעה בדברי השואל, ונחלקו האחרונים אם הרא״ש עצמו קיבל הנחה זו אם לאו — ראה ב״ש סי׳ קנד סק״ט; שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ קטז; שו״ת ישכיל עבדי ח״ו חאבהע״ז סי׳ קג אות ג); שו״ת מהרי״ק החדשים סי׳ כד; שו״ת הרמ״א סי׳ כ. **[44]** ראה שו״ת נובי״ת חאבהע״ז סי׳ קד; גט פשוט סי׳ קיט סקל״ח; ב״ש סי׳ קיז סקכ״א; ח״מ שם סקי״ט. וראה שו״ת רעק״א מהדו״ת סי׳ עד. **[45]** ב״ש סי׳ קנד סק״ט; שו״ת מהר״ם שיק חאבהע״ז סי׳ קמ. **[46]** שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ קטז; שו״ת עזרת כהן סי׳ ב; שו״ת ישכיל עבדי ח״ו חאבהע״ז סי׳ קג אות ג. **[47]** פסד״ר ח״י עמ׳ רמט (בי״ד רבני אזורי ברחובות). וראה עוד בנידון בפסד״ר ח״ב עמ׳ קכט; שו״ת דבר יהושע ח״ג חאבהע״ז סי׳ א. וראה בשו״ת המהריא״ז ענזיל סי׳ פח, שתמה איך אפשר להסתמך על דעת רופאים בני זמנינו כדי לפרוך דעתו של הרא״ש (אף כי הרא״ש עצמו הסתמך על רופאים בני זמנו), אך לאור האמור אין כלל ראיה שכך סבר הרא״ש, וגם אין ראיה שכך סברו חז״ל, וראה באריכות בע׳ נאמנות הרופאים. וראה להלן הע׳ 79 ואילך, בעניין כפיית גט בחולה נכפה. **[48]** שו״ת מהרש״ם ח״ג סי׳ קפה. **[49]** EEG. **[50]** ח״מ סי׳ קיז סקי״ב. **[51]** שו״ת תורת חסד חאבהע״ז סי׳ לה; גט פשוט סי׳ קיט סל״ח.

אין דינו כנכפה, אבל אם יש התקפים חוזרים, גם אם הם באים לעתים נדירות, הרי זה נכפה, ואין הבדל אם ההתקפים הם קלים או קשים[52].

בעצם האבחנה של מחלת הכפיון אין להבדיל בין הסוגים השונים, כגון אם ההתקפים הם כלליים או חלקיים, או אם יש נפילה לארץ, או שאין נפילה, אלא כל הסוגים הם בגדר מחלת הנכפה[53].

יש לציין, שמבחינה רפואית מקובלת הקביעה שהתקף בודד איננו הופך את האדם לחולה כפיוני, שכן יש אחוז מסויים באוכלוסיה, שסובל מהתקפים בודדים, ולא יהיו להם עוד התקפים; רק אם היו התקפים חוזרים, מגדירים את האדם כחולה כפיוני. ואמנם לעצם הגדרת החולה ככפיוני אין הבדל בין התקפים קלים לבין התקפים קשים, אבל יש הבדלים בין סוגי המחלות הכפיוניות בהתאם לאופי ההתקפים.

מעמדו ההלכתי — הנכפה נחשב כעתים חלים עתים שוטה, כשהוא בריא, הרי הוא כפיקח לכל דבריו; וכשהוא חולה, הרי הוא כשוטה לכל דבריו[54].

פיקוח נפש — יש אומרים, שחולה נכפה הוא במצב של סכנת נפשות, ודינו כחולה שיש בו סכנה[55]; ויש אומרים, שאין זה מצב של סכנה[56]. לשיטת הסבורים, שהנכפה הוא חולה שיש בו סכנה, נאמרו שני טעמים: הטעם האחד הוא, שחולה כזה בזמן התקף פרכוסי הוא במצב של סכנה, כי פעמים שהוא מסתכן ונופל לאש או למים[57], והיינו שאף שאין המחלה כשלעצמה מסוכנת, אבל היא יכולה להביא למצב של סכנה[58]; הטעם השני הוא, שמחלת הנכפה היא כמכה של חלל, ובמהותה היא מחלה שיש בה סכנה[59].

בענייני אורח חיים

שליח ציבור — חולה נכפה יכול להיות שליח ציבור בזמן שאינו בהתקף, ואפילו בימים נוראים, אלא אם כן אין זמן

[52] שו״ת דברי מלכיאל ח״א סי׳ רעג. **[53]** פסד״ר ח״ב עמ׳ קכט (בי״ד רבני הגדול). **[54]** ר״ה כח א; רמב״ם חמץ ומצה ו ג; טושו״ע או״ח תעה ה. וראה עוד בע׳ שוטה. **[55]** הגהמ״י מאכלות אסורות פי״ד אות ב (הובאו דבריו גם באו״ה כלל נט סי׳ לה); רש״ל בשם תשובת ר״י, הובאו דבריו בט״ז יו״ד סי׳ פד סקכ״ד; שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ שלט; שם חאבהע״ז ח״א סי׳ קטז (אך ראה בחיו״ד סי׳ עו, שכתב ששאלה זו היא מחלוקת הפוסקים); מהרש״ם או״ח סי׳ תריח; ערוה״ש יו״ד פד צה; שו״ת מהר״ש ח״א סי׳ ד; שו״ת ציץ אליעזר חי״ג סי׳ לה סק״א. וראה בזר זהב לאו״ה שם סקט״ו, שמתוספתא שבת ה ט משמע שנכפה הוא מצב של סכנה. וראה עוד שו״ת טוטו״ד מהדות״ל ח״ב סי׳ רידּ; שו״ת עזרת יהודה חיו״ד סי׳ כו; שו״ת פרי הארץ ח״ג חיו״ד סי׳ ב. **[56]** שו״ת הרא״ש כלל מב סי׳ א (על פי הבנת שו״ת רעק״א מהדו״ת סי׳ עד, ושו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ עו. והב״ש והח״מ כתבו, שלדעת הרא״ש נכפה הוא סכנה, וחלק עליהם בשו״ת רעק״א שם, עיי״ש); ב״ש רסי׳ קיז. וראה עוד בשו״ת מנחת יצחק ח״א סי׳ קטו סק״ה. **[57]** הגהמ״י מאכלות אסורות פי״ד אות ב. וראה בשו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ קטז, תיאור מקרה כזה. **[58]** ראה הגרא״י אונטרמן, התורה והמדינה, ד, תשי״ב, עמ׳ כד-כו; שו״ת הר צבי חיו״ד סי׳ רעז. **[59]** שו״ת מהר״ם מרוטנברג, סי׳ קס; רש״ל בשם תשובת ר״י, הובאו דבריו

קבוע להתקפיו, ואין סיבה ידועה להתקפיו[60].

ברכת הגומל — לאחר התקף כפיוני צריך לברך ברכת הגומל[61].

שבת — לשיטת הסוברים שהנכפה הוא מצב של סכנה, מותר לחלל עליו את השבת.

יום הכיפורים — לשיטת הסוברים שהנכפה הוא מצב של סכנה, מותר לו לקחת תרופות מתאימות אפילו ביום-הכיפורים[62]. ויש מי שכתב, שיתכן שיש להתיר לחולה כפיוני שיאכל כמה פעמים ביום הכיפורים פחות מכשיעור[63].

דעת רוב המומחים בנוירולוגיה שאין כל נזק לחולה כפיוני לצום, ואדרבה יש מצבי כפיון שהטיפול בהם הוא חיקוי למצב של צום (דיאטה קטוגנית). אכן, יש מיעוט חולים כפיוניים, שמצבי דחק ולחץ גורמים להם להתקף, והם צריכים לאכול פחות משיעור. וביחס לתרופות נוגדות-כפיון, אם החולה מטופל בקביעות בתרופות כאלו שזמן מחצית החיים שלהם (היינו זמן הפירוק שלהם בגוף) הוא קצר יחסית, ולפיכך עליהם לקחת את התרופות פעמיים או שלוש פעמים ביום, חייבים להמשיך בכך גם ביום הכיפורים, אבל אם הם נוטלים תרופות שזמן מחצית החיים שלהם ארוך יותר מ-24 שעות, יכולים הם לקחת את התרופה בערב יום הכיפורים בעת הסעודה המפסקת, ולחזור ולקחת את המנה הבאה בגמר הצום במוצאי יום הכיפורים.

פסח — אכל כזית מצה בפסח והוא נכפה בעת שטותו, ואחר כך נתרפא, חייב לאכול שוב כזית מצה לאחר שנרפא[64], והיינו דווקא אם נרפא באותו לילה, שהרי למחרת אין עוד חובת אכילת מצה, ואין תשלומים למצווה זו[65].

בענייני יורה דעה

שחיטה — יש מי שכתב, ששוחט הסובל מהתקפים כפיוניים אסור לו לשחוט, ואפילו אחר עומד על גביו[66], אך רוב הפוסקים סבורים, שמותר לו להיות שוחט, בפרט אם יש שם שני שוחטים, או שאחר עומד על גביו ומשגיח עליו, או שהוא יודע להרגיש מתי יבוא התקף, ויזהר באותו זמן מלשחוט[67].

טיפולים סגוליים — בעבר היו מקובלים דרכי ריפוי שונות ומשונות לחולים ניכפים, ושאלת ההיתר של

בט״ז יו״ד סי׳ פד סקכ״ד. **[60]** שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ ז. ויש להעיר, כי מתיאור הנתונים בתשובה זו יתכן שכלל לא מדובר בחולה כפיוני, אלא במי שנוטה להתעלפות אולי על רקע ירידה ברמת הסוכר בדם (hypoglycemia). **[61]** שו״ת אור לציון ח״ב פי״ד סמ״ד, בהערות. **[62]** שו״ת הרי בשמים מהדו״ת סי׳ קצב. **[63]** ס׳ שבת שבתון, סי״ז סקי״ז, בשם הגרי״ש אלישיב. וראה שם דעות רופאים מומחים ביחס לאכילה ושתיה של חולה כפיוני ביום הכיפורים, וביחס לחילול שבת עבורו במצבים שונים. **[64]** ר״ה כח א; רמב״ם חמץ ומצה ו ג; טושו״ע או״ח תעה ה. **[65]** מ״ב שם סקל״ח. **[66]** שו״ת טוטו״ד מהדו״ג סי׳ כח. **[67]** שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ ז; שו״ת צמח צדק החדשות חיו״ד סי׳ ח; שו״ת שארית יעקב סי׳ עב; שו״ת אבני צדק חיו״ד סי׳

הטיפולים הבאים נידונה בהלכה:

היה מקובל באופן סגולי שחולה נכפה היה הולך למקום שבו יש אדם מת קודם הקבורה, ולוקח את יד המת בידו, ואומר הלחש "קח ממני החולי שאינו מזיק לך, ולי אתה מטיב" — יש מי שהתיר לכהן נכפה לעשות סגולה כזו במת גוי, אם הכהן נטמא ממת ישראל באותו יום, ואפילו אם יש ספק אם רפואה זו היא בדוקה[68]; ויש מי שאסר[69].

השבעת הרוחות והשדים של הנכפה על ידי כמרים בהזכרת שמות עבודה זרה — אסורה[70].

קמיעות עם שמות — מותרים[71], אבל דווקא למניעת המחלה ולמניעת התקפים, אבל לא להתרפאות, משום שאסור להתרפא בדברי תורה[72], ומותר לצאת בשבת לרשות הרבים בקמיע של מומחה, היינו שכבר ריפא שלוש פעמים, ואפילו כשהמטרה היא מניעתית[73].

אכילת ביצת עוף טמא ושרץ העוף, ששרפו אותם והכינו מהם מרקחת — מותר, אך בתנאי שידוע שהרפואה היא בדוקה[74]; ויש מי שהסתפקו להתיר אפילו אם אין הרפואה בדוקה[75].

בעקרון יש להעיר, שלאור ידיעותינו כיום, שדברים אלו אינם מועילים לרפואת הנכפה, ומאידך יש תרופות יעילות למרבית החולים, הרי שהשימוש בטיפולים העממיים הנ"ל יהא אסור.

בענייני אבן העזר

קידושין

מום לשידוכים — מחלת כפיון ברורה היא סיבה לביטול השידוכים, אבל כשיש ספק אם אחד מהצדדים סובלים ממחלת הכפיון, או שהיתה עדות שאחד מהם סבל מכפיון בילדותו ונרפא — נחלקו הפוסקים אם זה עילה לבטל את השידוכים[76].

מום לקידושין — אשה נכפית, אם יש לה עתים קבועים להתקפים, הרי זה מום שבסתר, כי היא נזהרת ביום זמנה מלצאת בין הבריות; ואם אין לה עתים קבועים, הרי זה מום שבגלוי[77]. אם היו לה עתים קבועים, הרי זה מקח טעות בקידושין,

א; שו"ת אמרי בינה סי' ה. **[68]** שו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלט. **[69]** שו"ת טוטו"ד סי' רידּ. **[70]** שו"ת דבר שמואל (אבוהב) סי' שנט. **[71]** ס' חסידים, הובא בדרכ"ת יו"ד סי' קעט סקל"ה. **[72]** שו"ת הרשב"א ח"ב סי' רפא. וראה עוד בשו"ת שער אפרים, סי' צ. **[73]** שבת סא א. **[74]** שו"ת מהר"ם מרוטנבורג, ח"ד (דפוס פראג) סי' קס; הגהמ"י מאכלות אסורות, פי"ד אות ב; או"ה כלל נט סל"ה; ט"ז יו"ד סי' פד סקכ"ד, בשם הרש"ל; מג"א סי' שכח סק"א; שו"ת אדמת הקודש ח"א חיו"ד סי' ו; שו"ת חת"ס חיו"ד סי' עו, וחאבהע"ז ח"א סי' קטז; תהילה לדוד, או"ח סי' שכח סק"ב; שו"ע הרב או"ח שכח ב; ערוה"ש יו"ד פד צב. וראה עוד בשו"ת עזרת יהודה (איסר יהודה מברייסק) סי' כו; שו"ת מהר"ש אנגל, סי' ד. **[75]** ראה תוס' יוהכ"פ, יומא פג א ד"ה מי שנשכו; פרמ"ג או"ח סי' שכח באו"א סק"א. באופן כללי בעניין שרץ לרפואה — ראה ב"י יו"ד סוסי' פד, ושו"ע יו"ד פד יז; רמ"א יו"ד קנה ג. **[76]** ראה באוצה"פ סי' נ סקל"ו אות' ה-ו. **[77]** כתובות עז א; רמב"ם אישות כה לב; רמ"א אבהע"ז לט

והפסידה כתובתה, ומכל מקום צריך הבעל להוכיח בעדים שהיה לאשה מחלה זו קודם הנישואין[78].

גירושין — אשה נכפית

נכפית לפני הנישואין — אשה שהיה לה התקף לפני נישואיה, ובמשך שנה לא היו לה עוד התקפים, והתארסה, יכול הבעל לטעון שלא ידע שהיא נכפית, כי עבר זמן רב מאז ההתקף, ויוצאת בלא כתובה, אבל כופים עליה לקבל גט[79].

לעניין אם לא גילתה את מחלתה לפני הנישואין — ראה ערך קדושין וגרושין.

נכפית אחרי הנישואין — אשה שחלתה בכפיון אחרי הנישואין, והבעל טוען שאינו יכול לחיות עמה — רוב הפוסקים סבורים, שכופים עליה להתגרש, כי מצב זה הוא מום גדול, ולא חל על מצב זה חרם דרבינו גרשום שלא לגרש בכפיה[80]; יש אומרים, שיש מחלוקת אם מצב זה הוא עילה ברורה לכפיית גט, ולכן כיום אין לכפות גט גם באשה נכפית, אבל מכל מקום יכול הבעל למנוע ממנה שאר כסות ועונה[81]; ויש מי שאסר לגרש אשה נכפית גם בעת פקחותה, כדין עתים חלים עתים שוטה, שאסור לכמה דעות לגרשה, כדי שלא ינהגו בה מנהג הפקר בעת שטותה[82].

כפיון ידוע — אשה שנתקפה במחלת הכפיון, והבעל ידע שאשתו סובלת מכפיון, ובכל זאת המשיך לחיות עמה, והוא-הדין להיפך, כשהבעל חולה במחלת הכפיון והאשה ידעה על כך, ובכל זאת המשיכה לחיות עמו — יש אומרים, שבכך גילו דעתם שמחלו על המחלה, ולא יכולים עוד לגרש בעל כורחם[83]; יש אומרים, שגם אם הבעל המשיך לחיות עמה איזה זמן, אין אומרים שסבר וקיבל ומחל, אלא יכול לדרוש גירושין גם לאחר זמן[84], אך חייב לתת לה כתובתה[85]; ויש מי שכתבו לחלק בין נכפית במצב חמור, שהשתיקה אמנם אינה סימן למחילה, לבין

ד; שם קיז ה. וראה תוס׳ כתובות עו א ד״ה ואמאי, וב״ש סי׳ קיז סקי״ד, שבנכפית לזמן ידוע אין אומרים חזקה אין אדם שותה בכוס אלא אם כן בודקו. **[78]** שו״ת יכין ובועז ח״א סי׳ קט. **[79]** שו״ת מהר״ח אור זרוע סי׳ קע. **[80]** שו״ת מהר״ם מרוטנברג (בלאך) סי׳ קנד; שו״ת מהר״ם מלובלין, סי׳ א; שו״ת הרדב״ז ח״א סי׳ נג; ב״ש סי׳ קיז סקכ״א; שו״ת כתב סופר חאבהע״ז סי׳ ק; שו״ת מהרח״ש סי׳ לג; שו״ת אמרי יושר ח״ב סי׳ קיט; אגודת אזוב חאבהע״ז סי׳ כב; שו״ת מהריט״ץ סי׳ ג; פסד״ר ח״ב עמ׳ קכט (בי״ד רבני הגדול). שו״ת ציץ אליעזר ח״כ סי׳ סב. ומה שדחה בשו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ קטז, שכיום אין הרופאים סבורים שיש סכנת הדבקה במחלת הכפיון, ולכן אין כופים להתגרש — יש שכתבו, שזה דווקא כשהכפיון הוא באיש, שעליו נחלקו הפוסקים אם כופים או לא, וראה להלן הע׳ 94, אבל אם זה באשה, גם החת״ס יודה שכופים, כי זה מום גדול — פסד״ר שם. **[81]** ח״מ סי׳ קיז סקכ״א; פסד״ר ח״י עמ׳ רמט. וראה בשו״ת חבצלת השרון ח״ב חאבהע״ז סי׳ סז; שו״ת עזרת כהן סי׳ נו. **[82]** גט פשוט (למהר״ם חביב), הל׳ גיטין, קיט, לח. וראה ע׳ שוטה הע׳ 306 ואילך והע׳ 363 ואילך. **[83]** שו״ת שואל ומשיב ח״א סי׳ קפ. וראה בפסד״ר חי״א עמ׳ ד, שמשמע שיכול למנוע ממנה שאר כסות ועונה, ויכול לשאת אשה אחרת על אשתו זו. **[84]** שו״ת אור גדול סי׳ ה; שו״ת רעק״א מהדו״ת סי׳ פד; שו״ת בית יצחק חאבהע״ז ח״א סי׳ קכח; שו״ת אמרי יושר ח״ב סי׳ קיט; שו״ת ציץ אליעזר חט״ז סי׳ מו; פסד״ר ח״ב עמ׳ קכט (בי״ד רבני הגדול). **[85]** ב״ש סי׳

נכפית במצב קל ומאוזן על ידי טיפול, שהשתיקה היא סימן למחילה[86].

מי שסבלה ממחלת הכפיון ונרפאה — יש אומרים, שמכל מקום זה נחשב כמום, ויש לחשוש שמא יחזרו ההתקפים לקדמותם, ולכן יכולים לכוף לגרשה[87]; יש מי שחילקו, שאם חלתה קודם הנישואין, ולא ספרה לבעלה על כך, יכול בעלה לגרשה גם אם נרפאה מהמחלה, אבל אם חלתה לאחר הנישואין ונרפאה, אין לכופה להתגרש, ולא הפסידה כתובתה[88]; ויש מי שכתבו לחלק בין איש נכפה, שאין לכופו כל עוד אין עדות ברורה שהמחלה עדיין מקוננת בו, לבין אשה שיכולים לכופה גם בתנאים כאלו[89].

יש מי שכתבו, שחולה בכפיון שניתן לרפאותו בתרופות, אין לכפות גירושין[90].

חרם דרבנו גרשום — יש מי שכתב, שגם לשיטת הסוברים שכופים אשה נכפית להתגרש, אין להתיר חרם דרבינו גרשום שיוכל בעלה של הנכפית לשאת אשה אחרת רק על סמך עצם האבחנה של מחלת כפיון, אלא צריך לדעת בבירור מה חומרת המחלה, ואם באמת היא בדרגה שאין הבעל יכול לסבול[91].

דרגת הכפיון — יש דרגות שונות וחומרות שונות במחלת הכפיון, ויש לבית הדין להתחשב בכך כשבאים לכפות גירושין[92]. יש מי שכתבו, שאשה הסובלת מכפיון בצורה קלה, ומאוזנת היטב על ידי תרופות, ואין כל הפרעה במהלך החיים המשותפים, אין זה נחשב כמום באשה שמצדיק כפייתה לקבל גט, ואפילו אם יש סיכון קטן של תורשתיות[93].

גירושין — איש נכפה

איש שחלה בכפיון — נחלקו הפוסקים אם כופים עליו לגרש את אשתו: יש אומרים, שכיוון שלא נמנה הכפיון בין המומים הגדולים באיש[94], ואשה מוכנה לקבל יותר את מומי הבעל[95], ואין מום זה נחשב כצער הגוף לאשה, וגם המום אינו מונע ממנו מלהוליד[96], אין כופים את הבעל לגרש את אשתו, אבל מכל מקום אין כופים אותה שתהיה עמו, הואיל ובאתה מחמת טענה[97]; יש אומרים, שמום הנכפה הוא מום גדול, וכופים את הבעל לגרש את אשתו[98], ובפרט אם הוא במצב

קיז סקכ״א. **[86]** פסד״ר חי״א עמ׳ ד. **[87]** ח״מ סי׳ קיז סקי״ב; שו״ת חת״ס חאבהע״ז סי׳ קמא; שו״ת דברי חיים חאבהע״ז סי׳ ז; שו״ת תפארת צבי חאבהע״ז סי׳ לח; שו״ת דברי מלכיאל ח״ג סי׳ צח. וראה בשו״ת אור גדול סי׳ ה, שמביא מחלוקת בינו לבין שו״ת תפארת צבי, אם כופים לגרש אשה נכפית שכעת אין לה התקפים. **[88]** פסד״ר חי״א עמ׳ ד. **[89]** פסד״ר חי״א עמ׳ ד. **[90]** פסד״ר ח״י עמ׳ רמט (בי״ד רבני אזורי ברחובות). **[91]** שו״ת עזרת כהן סי׳ ב. **[92]** פסד״ר ח״י עמ׳ רמט (בי״ד רבני אזורי ברחובות). **[93]** פסד״ר ח״ח עמ׳ רסא. **[94]** המומים נמנו בכתובות עז א; רמב״ם אישות כה יא-יג; טושו״ע אבהע״ז קנד א-ד. **[95]** כי אשה בכל דהוא ניחא לה. **[96]** שו״ת חכמי פרובינציה ח״א סי׳ עז. **[97]** ראבי״ה סי׳ רא, ורבנו יואל הלוי, הובאו דבריהם במרדכי כתובות עז א, בהגהמ״י אישות פכ״ה אות א, ובהג׳ אשרי, כתובות פ״ז סי׳ יז; שו״ת מבי״ט ח״ב סי׳ ריב; שו״ת מהרי״ק החדשים סי׳ כד; כנה״ג אבהע״ז סי׳ קנד הגהב״י אות ו. **[98]** שו״ת הרא״ש כלל מב סי׳ א; שו״ת הרדב״ז

שאינו יכול להרוויח לפרנסת ביתו[99]; ויש מי שכתבו, שמעיקר הדין היה מקום לכפות לגרש את אשתו, אלא שבגלל חומרת איסור אשת איש, ועל פי הכלל[100], שכל מקום שיש מחלוקת הראשונים, אין כופים גט, מחשש לגט מעושה — לא הסכימו לכוף[101].

בהפרעה לתשמיש — יש מי שכתבו, שאם מחלת הכפיון מתגברת מחמת תשמיש המיטה, והתשמיש קשה עליו עד שמבטל מצות עונה, יש לכפות הגירושין, גם לשיטת הסוברים שבדרך כלל אין כופים במחלת הכפיון[102].

הסברים — מצינו מספר הסברים בשיטת הפוסקים הסבורים שיש לכפות גט בחולה נכפה: יש אומרים, מפני שזו מחלה מדבקת, ומסכנת את האשה[103]; יש מי שכתבו, שהנכפה הוא מום קשה בגלל הנזק הנפשי שהתקפים כפיוניים גורמים לאלו שרואים זאת[104]; ויש אומרים שהנכפה הוא מום גדול, שאי אפשר לסובלו, ויש מקום לטענת "מאוס עלי" מחמת המחלה, ואשה שטוענת כך על בעלה הנכפה, אין בדבריה משום מורדת, ויכולה לקבל גט מבלי לאבד את כתובתה[105].

טענת "מאוס עלי" מתקבלת דווקא אם האשה באמת טוענת כך, וגם יש אמתלה לדבריה, אבל אם מסכימה לחיות עמו, אפילו מתוך חוסר ברירה, אין כופים על הבעל לגרשה[106]. יש מי שכתב, שטענת

ח"א סי' נג (אמנם ראה בשו"ת הרדב"ז ח"ד סי' רס, שהכריע כדעת הראבי"ה שלא לכפות, וצ"ע); שו"ת מהרי"ט ח"א סי' קיג; שו"ת מהרח"ש סי' לג; שו"ת חיים ושלום ח"ב סי' לה; שד"ח, מערכת גירושין, סי' א אות טו, בשם שער אשר. וראה שו"ת מהר"ם מלובלין, סי' א, וח"מ סי' קיז סקכ"א, שלא הכריעו בין שיטות הראבי"ה והרא"ש. **[99]** שו"ת מר אהלות חאבהע"ז סי' י. **[100]** ראה טור אבהע"ז סוסי' קנד. **[101]** שו"ת מהר"ם מרוטנברג (בלאך) סי' קנד; שו"ת אמונת שמואל סי' ו; שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' קטז; שו"ת כתב סופר חאבהע"ז סי' ק. וכן הרמ"א אבהע"ז קנד ה הביא את שתי הדעות (של הראבי"ה ושל הרא"ש) ולא הכריע, וראה בשו"ת כתב סופר חאבהע"ז סי' ק, שו"ת דבר יהושע ח"ג חאבהע"ז סי' ל סק"ג, שו"ת ציץ אליעזר ח"ו סי' מב פ"א אות ד, ושם חי"ז סי' נג, שדעת הרמ"א נוטה לדעת הרא"ש, ובכל זאת לא הכריע להלכה לכוף. וראה בשו"ת התוספות סי' נה, שמביא מחלוקת אם כופים להוציא בבעל נכפה — לדעת רבנו שמחה כופים; לדעת רבינו יואל הדבר הוא ספק; לדעת המהר"ם מרוטנברג בוודאי יכולה לסרב לפני הנישואין, ולבטל הקידושין, אבל לאחר הנישואין אין בכוחנו לכוף את הבעל לתת גט, אף שמסתבר שהנכפה הוא מום גדול. וראה עוד באוצה"פ סי' לט סקל"ב אות יט. **[102]** שו"ת מבי"ט ח"ב סי' ריב; שו"ת כתב סופר חאבהע"ז סי' ק. **[103]** ח"מ אבהע"ז סי' קיז סקי"ט; ב"ש אבהע"ז סי' קיז סקכ"א, וסי' קנד סק"ט; משאת משה חאבהע"ז סי' שח; שו"ת מהרימ"ט ח"ב סי' יד; שו"ת מר ואהלות חאבהע"ז סי' י; שו"ת מהריט"ץ ח"א סי' ג. וראה גם בשו"ת חת"ס חיו"ד סי' עו, ובחאבהע"ז ח"ב סי' סב. וראה לעיל הע' 43 ואילך. **[104]** שו"ת התשב"ץ ח"ב סי' רס; שו"ת מר אהלות חאבהע"ז סי' י; שו"ת חת"ס חיו"ד סי' ז. **[105]** שו"ת מהרי"ק שורש קז; שו"ת רדב"ז ח"א סי' נג; שו"ת מבי"ט ח"ג סי' ריב; שו"ת מהר"ם מלובלין סי' א; מנחת פתים אבהע"ז סי' קיט; שו"ת אמונת שמואל סי' ו; שו"ת רעק"א מהדו"ת סי' עד; שו"ת שמחה לאיש חאבהע"ז סי' סז; שו"ת אגודת אזוב חאבהע"ז סי' כב; שו"ת אמרי יושר ח"ב סי' קיט סק"ד; שו"ת ציץ אליעזר חי"ז סי' נג. **[106]** שו"ת כתב סופר

מאוס עלי היא דווקא בזמן התקף כפיוני, אבל שלא בזמן התקף, אם טוען שמאוס עליו, מקבלים טענתו, אבל אם לא טוען כך בעת שנודע לו על מחלת הכפיון, ורק אחר כך בא לטעון שמאוס עליו, אין מקבלים טענתו זו[107].

חיי אישות — גם לשיטת הסוברים שאי אפשר לכוף בעל נכפה לגרש את אשתו, מכל מקום אין לכוף על אשתו לחיות עמו, ומקבלים טענתה שמאוס עליה, ואין לה דין מורדת[108]; יש מי שכתבו, שגם לשיטת יראי ההוראה שנמנעו מלכוף גט במצב כזה, בכל זאת יכול בית הדין לפסוק על החיוב לגרש בלבד, ולפי זה תוכל האשה לגור בנפרד מבעלה, והוא יהא חייב במזונותיה[109], ואין לחשוש לגט מעושה אם מחמת כך יבוא לגרשה[110]; ויש מי שכתב, שאמנם מתחילה אין לכוף על הבעל הנכפה לגרש את אשתו, ורשאית היא להיפרד ממנו אם אינה יכולה לסבול את מחלתו, ואם עברו שנתיים כשחיו בנפרד, ולא הסכים הבעל לתת לה גט, רשאי בית הדין לכופו בשלב זה[111].

בענייני חושן משפט

עדות — חולה נכפה פסול לעדות בעת כפייתו, בין אם הוא נכפה מזמן לזמן, או נכפה תמיד בלא עת קבוע; ובעת שהוא בריא, הרי הוא כשר, ובתנאי שלא תהיה דעתו משובשת תמיד, שהרי יש נכפים שגם בעת בריאותם דעתם מטורפת עליהם, וצריך להתיישב בעדות הנכפים הרבה[112].

נהג נכפה — יש חובה על רופא למסור מידע רפואי על חולה כפיוני לרשויות הרישוי לנהיגה כדי שיחליטו אם הוא רשאי לנהוג, או שיש לשלול את רשיונו, כי נהיגתו עלולה לסכן את עצמו ואת האחרים[113].

בעניינים עתידיים

כהן נכפה פסול לעבודה, אפילו אם ההתקפים הם לעתים נדירות וקבועות[114].

המוכר עבד או שפחה, ונמצא שהם נכפים, הרי זה מקח טעות[115].

חאבהע"ז סי' ק; פסד"ר חי"א עמ' ד. **[107]** שו"ת שואל ומשיב מהדו"ג ח"ג סי' יט; פסד"ר חי"א עמ' ד. אכן, מיתר הפוסקים שהשתמשו בנימוק זה — לא משמע כן. **[108]** שו"ת מהרש"ם ח"ב סי' צו. וראה בשו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' קטז. **[109]** שו"ת מהרי"ט ח"א סי' קיג; שו"ת מר ואהלות חאבהע"ז סי' י; שו"ת נכח השולחן חאבהע"ז סי' טו; שו"ת ציץ אליעזר חט"ז סי' מו; שם חי"ז סי' נג. אמנם בערוה"ש אבהע"ז קנד יא כתב, שאמנם אין כופים על האשה לחיות עם בעלה הנכפה, אבל מכל מקום אין הוא חייב במזונותיה. **[110]** שו"ת מבי"ט ח"ג סי' ריב; שו"ת ציץ אליעזר חט"ז סי' מו. **[111]** שו"ת חיים ושלום (חיים פלאג'י) ח"ב סי' לה. **[112]** רמב"ם עדות ט ט. וראה בנו"כ שם, שמקורו של הרמב"ם מדין עתים חלים עתים שוטה; טושו"ע חו"מ לה ט. **[113]** שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פא אות א; יחוה דעת, ח"ד סי' ס. וראה ע' סודיות רפואית הע' 121 ואילך. **[114]** משנה בכורות מד ב; רמב"ם ביאת המקדש ח טז. **[115]** ב"מ פ א; רמב"ם מכירה טו יג; טושו"ע חו"מ רלב יט.

נכרי — ראה ערך גוי

נִסּוּיִים רְפוּאִיִּים בִּבְנֵי אָדָם

א. הגדרת המושג

מרבית הידע הרפואי, הכולל נתונים על גוף האדם ותיפקודו, על המחלות, ועל דרכי האבחון, הריפוי, והמניעה שלהן, בא כתוצאה ממחקרים וניסויים מגוונים, אשר בחלקם הגדול נשענים על עריכת ניסויים בבני אדם.

מצד אחד קיימת חשיבות רבה למחקר בבני אדם לטובת האנושות והחברה, במטרה לשפר את הבריאות, ולשם השגת פתרונות רפואיים למחלות; אך מאידך קיימת החובה להגן על שלומו וחירותו של היחיד הבריא או החולה, אשר צריך להיות נשוא המחקר, ואשר עלול להינזק, או לפחות לא להפיק כל תועלת מהניסוי. לפיכך, קיים הכרח למצוא את האיזון הנכון בין הצרכים הללו.

באופן עקרוני כמעט כל טיפול יומיומי הוא ניסוי, שכן במקרים רבים אין לדעת מראש אם הטיפול יהיה יעיל, חסר תועלת, או מזיק[1]. הנסיבות המיוחדות של כל חולה, כל מחלה, וכל רופא שונים ממקרה למקרה, ומכאן יסוד הניסוי שבמרבית הטיפולים הרפואיים[2]. אכן זו דרך העולם ברפואה, שכן היא מבוססת על ניסיון קודם וידע סטטיסטי, אשר בדרך כלל מסייע להכריע בעד או נגד טיפול, גם אם אין ההכרעה תמיד וודאית ומוחלטת. לפיכך, טיפול הנחשב כשגרתי ומקובל איננו מוגדר כניסוי. כמו כן יש הבדל בין המטרות המוצהרות של טיפול, גם כשהוא איננו וודאי, לבין מטרות הניסוי.

ניסוי מדעי הוא מחקר פרוספקטיבי, שיטתי ומתוכנן, המיועד לבדוק בטיחות, יעילות, או מינון של הנחה, שיטה, תרופה, מיכשור, או פעולה רפואית, בדרכים מבוקרות ובשיקולים סטטיסטיים, בהתאם לתוכנית פעולה מוגדרת מראש, תוך מעקב לזיהוי תופעות רצויות או בלתי רצויות של הדבר הנחקר. הניסוי מורכב מבדיקת שינויים הנובעים מפעולה נחקרת, ומאיסוף המידע המתקבל בדרך זו. הניסוי הרפואי בבני אדם מתייחס לכל פעולה הנעשית בבני אדם שאיננה מקובלת כשגרתית, או שימוש הנעשה בבני אדם בתכשירים, בתרופות, או בחומרים מגוונים, שלא בהתאם לפעולות הידועות והמקובלות לתכשירים אלו.

הניסויים בבני אדם מיועדים לגרום להרחבת הידע התיאורטי או המעשי, הנוגע למבנה או לתיפקוד של גוף האדם, או חלקים ממנו; הבנת תהליכי מחלה; הבנת תהליכי ריפוי; הבנת תהליכי פעולה של חומרים שונים הניתנים לבני אדם; ובחינת השפעות של חומרים על בריאותו, גופו או נפשו של אדם, עובר, או המערך התורשתי.

הניסויים הרפואיים הכרחיים לתהליך הרישוי והרישום של כל טכנולוגיה רפואית, ולקבלת אישור רשמי לשיווקה

[1] ראה — Rosner F, *Am J Med* 82:283, 1987. **[2]** therapeutic trial.

לאוכלוסיית היעד. המדובר בתרופות, ציוד או מכשור רפואי, או פעולות ניתוחיות חריגות.

על פי ההלכה יש הבחנה בין קמיע מומחה, לבין קמיע שאינו מומחה[3], ובלשון הפוסקים יש הבחנה בין רפואה בדוקה, לבין רפואה שאינה בדוקה[4], היינו קיימת הבחנה בין טיפול ניסיוני, לבין טיפול שיעילותו הוכחה בעקבות חזרה מוצלחת[5].

יש מי שהגדיר את ההבדל בין בחינה לניסוי בכך, שבחינה בודקת תכונות הנמצאות בטבעו של החפץ, בעוד שניסוי בודק אם נמצא בדבר תכונה שאינה ידועה בטבעו של החפץ[6].

בערך זה יידונו רק העניינים הנוגעים לניסויים בבני אדם[7].

ב. רקע היסטורי

בעולם העתיק — רופאי העולם העתיק לא עסקו בניסויים בבני אדם במובן המקובל של המושג, היינו הם לא בדקו באופן שיטתי ומבוקר תוצאות של שינויים בנחקרים בעקבות טיפולים, אלא הם עסקו רק בתצפיות, ובתיאור המצב הטבעי, או המצב לאחר התערבות רפואית. באותן שנים נעשו מחקרים רפואיים רק בבעלי חיים ובגוויות.

גלינוס היה מהראשונים שערך מחקרים מכוונים לבדיקת מצב נתון או שינוי בבעלי חיים, ורופאי אלכסנדריה בעת העתיקה היו מהראשונים שערכו ניסויים בגוויות. מחקר כזה מתואר בתלמוד[8], בניסוי של המלכה קליאופטרה, על עוברים של נשים שהוצאו להורג[9].

בימי הביניים — האנטומיסט הפלמי אנדריאס וזליוס (1514-1564) היה כנראה הראשון שביצע נתיחות על גוויות בצורה מסודרת, לצורך לימוד האנטומיה.

בראשית העת החדשה החלו מחקרים בבני אדם, אך הם בוצעו על ידי החוקרים בקרובי משפחה וידידים, כגון אדוארד ג׳נר (1749-1823) שפיתח את החיסון נגד אבעבועות שחורות, על ידי הזרקה לבנו ולילדי השכנים; או שהחוקרים ביצעו את המחקרים בגופם-הם, כגון ג׳ון הנטר (1728-1793) שהדביק עצמו בעגבת ובזיבה, יוהן יורג (1779-1856) שבלע 17 תרופות ניסיוניות כדי לבדוק את השפעותיהן, וג׳יימס סימפסון שנשם כלורופורם במטרה למצוא תכשיר הרדמה חדש[10].

רק בסוף המאה ה-19 הוחל במחקרים על מספרים קטנים של חולים מאושפזים

[3] ראה שבת נג א-ב; שם ס ב; שם סא א; ירושלמי שבת ה ד; שם ו ב; שם יז ו; רמב״ם שבת יט יד; שם כ יג; טושו״ע או״ח שא כה. **[4]** ראה מור וקציעה או״ח סי׳ שכח; שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ עו. **[5]** וראה להלן בפרטי דינים, במשמעות ההלכתית של הבחנות אלו. **[6]** מלבי״ם, בראשית כב א. **[7]** על בעיית הניסויים הרפואיים בבעלי חיים — ראה ע׳ צער בעלי חיים. **[8]** נידה ל ב. **[9]** ראה ע׳ נתוח המת הע׳ 14. **[10]** וראה עוד — Brieger GH.

בבתי חולים[11]. אחד המחקרים המתוכננים הראשונים בבני אדם היה המחקר שבדק את דרכי ההעברה של הקדחת הצהובה[12], שבוצע על ידי ולטר ריד בשנת 1900. המחקר בוצע בקובה, על ידי חשיפת מתנדבים ליתוש המעביר את המחלה, בעת שלא היה ידוע חיסון או טיפול למחלה[13].

תקופת מלחמת העולם השניה היוותה נקודת מפנה במחקר רפואי בבני אדם, וביחס הראוי למחקרים כאלו. האמריקאים החלו לראשונה לבצע מחקרים בקנה מידה גדול. המחקרים יועדו בעיקר למציאת חיסונים למחלות זיהומיות נפוצות בין החיילים ברחבי העולם בתוך המלחמה, כגון דיזנטריה, שפעת, מחלות מין, מלריה וכיו״ב[14]. המחקרים בוצעו בעיקר על חיילים, ולעתים על מפגרים, ועל אסירים. במחקרים אלו לא היתה הקפדה על הסכמה מודעת, ולא על שיקולים ברורים של נזק מול תועלת. נדרשה הנחה הגיונית למחקר, מחקר קודם על בעלי חיים, ומניעת נזק חמור או מוות. ההנחה המוסרית היתה, שכל האומה צריכה להתגייס למאמץ המלחמתי, וכל אחד חייב לתרום את חלקו לחברה, גם אם יש בכך סיכון. החיילים בחזית בוודאי מסתכנים עבור הזולת והציבור, ללא הסכמה מודעת, וללא חישובים מדוייקים של נזק מול תועלת, ולפיכך מוצדק לחשוף חיילים שאינם בחזית, וכן אזרחים

[11] ראה Rothman DJ, *N Engl J Med* 317:1195, 1987. [12] yellow fever. [13] ראה Brieger GH. In: *Encyclopedia of Bioethics*, pp. 684-692. וראה שם עוד פרטים היסטוריים הנוגעים למחקר בבני אדם. [14] על

אחרים, לסיכונים מסויימים לטובת הכלל, גם ללא הסכמתם המודעת[15].

הניסויים של הנאצים — סוג אחר של ״מחקרים״ שהתפתח בתקופת מלחמת העולם השניה היו הניסויים האכזריים והמחרידים של הרופאים הנאצים[16]. בשנות מלחמת העולם השניה נעשו במחנות הריכוז כ-70 מחקרים רפואיים שונים. מספר בני האדם שעליהם נערכו הניסויים הכפויים נאמד ב-7,000. נתונים אלו מתבססים על תיעוד, ויש להניח שנעשו הרבה יותר ניסויים שלא תועדו. את כל הבקשות לניסויים רפואיים ריכז הרופא הראשי של הס״ס, ארנסט רוברט גרוויץ.

הניסויים הנאציים התחלקו למספר קבוצות:

ניסויים למטרות מילוט והצלה, בעיקר של הטייסים הנאציים: הניסויים הללו נערכו במחנה הריכוז דכאו. זיגפריד רוף, האנס רומברג, וזיגמונד ראשר בדקו את כושר ההסתגלות לגובה רב עם לחץ חמצן נמוך, וללא תוספת חמצן. כ-200 אסירים הוכנסו לתוך חדר, ונחשפו לתנאי לחץ אטמוספירי שתאמו לגובה של 21 ק״מ מעל פני המים. 80-70 אסירים נפטרו במהלך הניסוי; ארנסט הולצלונר, א. פינקה, וזיגמונד ראשר בדקו את יכולת

[15] ראה Rothman, *N Engl J Med*, שם. [16] החומר דלהלן לקוח מתוך האנציקלופדיה של השואה, כרך ד, ע׳ נסויים רפואיים כפויים בבני אדם, עמ׳ 817-823. וראה עוד — Alexander L, *N Engl J Med* 241:39,

ההישרדות בתנאים של טמפרטורות נמוכות ביותר[17]. כ-300 אסירים הוכנסו למי קרח, והוחזקו שם כשעה וחצי עד לאיבוד הכרה. אחר כך הוציאו אותם מהמים, והפעילו שיטות חימום שונות. בסך הכל נפטרו כ-90 אסירים, חלקם בתוך המים הקפואים, וחלקם בעת החימום מחדש; כ-60 אסירים הוצאו עירומים לחצר המושלגת של בלוק הניסויים בחודשי ינואר פברואר, והוחזקו שם בטמפרטורות של 6- מעלות צלסיוס במשך כל הלילה. מפאת זעקות הכאב נאלצו הנאצים להפסיק ניסוי זה[18]; 44 בני אדם הושקו כ-1000 סמ״ק ביממה של מי ים מלוחים, או מי ים שטעמם שופר באמצעים כימיים, אך ריכוז המלח נשאר זהה, על מנת להוכיח שאין הבדל בין שני סוגי מים אלו.

ניסויים למטרות ריפוי: גבהארט בדק את יעילות התרופה סולפניל-אמיד[19] כתכשיר אנטיביוטי לפצעי מלחמה מזוהמים, ובעיקר כטיפול לגז-גנגרינה. לצורך זה נלקחו 75 אסירות במחנה רבנסברוק. הנאצים פצעו אותם, זיהמו את הפצעים, ונתנו להן את התרופה הניסיונית. מאחר והזיהומים לא היו קשים מספיק, נערך ניסוי חוזר עם זיהום קשה יותר לפצעיהן, ובמהלך הניסוי מתו 5 נשים מסיבוכי הזיהום, ושאר הנשים נותרו נכות לכל חייהן; גבהארט שבר את רגליהן של 24 אסירות במחנה רבנסברוק, כדי לבדוק שיטות ריפוי שונות בשברים של גפיים. במהלך הניסויים הללו גם הוציאו עצמות שלימות ורקמות אחרות, ואף כרתו גפיים שלימות, כדי להשתילם בחיילים גרמניים; באותו מחנה נערכו גם ניסויים לטיפול בפצעים מוגלתיים, על ידי הזרקת מוגלה לרקמות רכות של כ-60 אסירים, ובדיקת יעילותם של תכשירים כימיים שונים. 19 מהאסירים מתו; אוגוסט הירט ערך ניסויים נרחבים בגז החרדל בכ-220 בני אדם, במחנה נאצויילר, שמתוכם מתו כ-50 מהאסירים; באותו מחנה ערך ביקנבך ניסויים בגז פוסגן, שהוא גז משניק הגורם למצוקה נשימתית. כ-40 אסירים מתו בניסויים אלו; במחנה נוינגמה נערכו ניסויים בכ-150 בני אדם במי שתיה שזוהמו בחומרי לוחמה כימיים; כ-1,200 אסירים במחנה הריכוז דכאו הודבקו על ידי שילינג בקדחת הביצות. כ-400 מהם מתו כתוצאה מהמחלה, או מהתרופות שניתנו להם; קארל גנצקן ויואכים מרוגובסקי הדביקו כ-730 אסירים במחנה בוכנואלד במחלת טיפוס[20], כדי לבדוק יעילות חיסון ניסויי. מתוכם מתו 154 מחמת הזיהום; האאגן ערך ניסויים דומים בתרכיבי חיסון נגד טיפוס על כ-90 אסירים במחנה נאצויילר, ומתוכם מתו כ-30 בני אדם.

ניסויים אידיאולוגיים נאציים, להוכחת הייחוד הארי, והנחיתות של גזעים אחרים: יוזף מנגלה במחנה הריכוז אושוויץ ערך ניסויים מוזרים ואכזריים בתאומים, כדי למצוא את הסיבה הגנטית ללידת תאומים, במטרה לאפשר תכנון הכפלת הגזע הארי. הוא הרג כ-180 תאומים, כדי לערוך בהם

[17] hypothermia. 1949. **[18]** תיאור ניסויים מחרידים אלו, ומשמעותם המדעית, ראה Berger RL, *N Engl J Med* 322:1435, 1990. **[19]** sulfanil-amide. **[20]** Typhus.

בדיקות פתולוגיות; פישר והורנק עשו ניסויים בבני גזעים שונים, כדי להוכיח קיומם של הבדלים סרולוגיים; אוגוסט הירט אסף 115 אסירים ממחנה הריכוז באושוויץ, שלח אותם למחנה נאצויילר, שם הם הומתו בשיטות מיוחדות ואכזריות, ואחר כך נשלחו הגוויות למכון לאנטומיה באוניברסיטת שטראסבורג, כדי ללמוד אנתרופולוגיה על השלדים, ולהוכיח שיש הבדל במבנה השלד של היהודים.

ניסויים לעיקור המוני: הורסט שומאן ניסה לפתח שיטה לעיקור המוני על ידי חשיפה לקרני רנטגן. במבנה 10 של מחנה אושוויץ נערכו מחקרים כאלו על כ-500 אסירים, ונבדקה כמות הקרינה המינימלית הדרושה לעיקור. האסירים עברו הקרנות שונות, והשחלות או האשכים נכרתו לצורך בדיקה פתולוגית; ויקטור ברק ערך ניסויים דומים במחנה רבנסברוק; קרל קלאוברג הזריק חומר כימי לתוך הרחם, וגרם להרס רירית הרחם והשחלות, ובכך נגרם עיקור מוחלט בצורה מהירה. הוא הגיע עד 1,000 עיקורים ליום.

ניסויים של יפנים — בשנים האחרונות הולכות ומתגלות עדויות על "ניסויים" מזעזעים רבים שביצעו היפנים בשבויים סיניים בזמן מלחמת העולם השניה.

מחקרים בלתי מוסריים בעולם המערבי — לאחר מלחמת העולם השניה עדיין בוצעו מחקרים בלתי מוסריים, וחלק מהם פורסם ברבים. המדובר הוא במחקרים שבוצעו במרכזים רפואיים מפורסמים, תוקצבו על ידי מוסדות מרכזיים בארה"ב, ופורסמו בבטאונים רפואיים מהשורה הראשונה[21]. להלן מספר דוגמאות:

במשך למעלה משלושים שנה, בשנים 1907-1941, בצעו רופאים אמריקאיים למעלה מ-40,000 עיקורים, לרוב באנשים מוגבלים בשכלם, ללא כל הסכמה[22].

במשך שלושים שנה, בין השנים 1944-1974, נערכו מחקרים על אזרחים אמריקאיים רבים, ללא הסכמתם וללא ידיעתם, ביחס להשפעת קרינה על מחלות[23].

בשנות ה-50 הודבקו ילדים שהתקבלו למוסד לילדים מפגרים במדינת ניו-יורק[24] בנגיף דלקת הכבד[25]. הדבר נעשה על ידי הזרקת נסיוב דם מזוהם, או על ידי האכלת הילדים בתמציות צואה מילדים שחלו בדלקת הכבד. מטרות המחקר היו להעמיק את ההבנה על המהלך הטבעי של דלקת כבד נגיפית, ולנסות לפתח חיסונים יעילים נגד מחלה זו[26].

Rothman DJ, *N Engl J Med* 317:1195, **[21]** 1987. Reilly PR, *The Surgical* **[22]** *Solution: A History of Involuntary Sterilization in the United States*, Baltimore, 1991. **[23]** ראה דו"ח וועדה מיוחדת שהוקמה על ידי הנשיא קלינטון לבדיקת הטענות הנוגעות למחקרים אלו — Advisory Committee on Human Radiation Experiments, *JAMA* 276:403, 1996. וראה עוד בנידון — McCarthy M, *Lancet* 343:106, 1994; Faden RR, et al, Willowbrook **[24]** *JAMA* 276:1667, 1996. State Hospital. **[25]** hepatitis. **[26]** Ward R, et al, *N Engl J Med* 258:407, 1958. על הוויכוחים סביב מחקרים אלו באותה תקופה

במשך כארבעים שנה, עד שנת 1972, נערך מחקר על כ-400 אנשים השייכים לאוכלוסית השחורים בארה"ב לבירור המהלך הטבעי של עגבת, לעומת מהלך המחלה בעת טיפול בפניצילין. החוקרים לא יידעו את הנחקרים שהם סובלים מעגבת, לא קבלו הנחיות למניעת הדבקה במחלה, ולא קיבלו טיפול תרופתי כלשהו. מחקר זה נערך בתקופה שכבר היתה ידועה ההשפעה החיובית של פניצילין לריפוי העגבת, ובכך נגרם נזק לקבוצת הבקרה שלא קיבלה את הטיפול הראוי, וכמו כן הוא נערך על קבוצת אנשים מקופחים, שגוייסו למחקר בכפיה ובמרמה[27].

בשנות ה-60 בוצע מחקר בבית החולים לחולי סרטן בניו-יורק[28] לבדיקת מידת יכולתו של הגוף לדחות תאים סרטניים המוזרקים מתחת לעור. בבדיקות קודמות נמצא, שבני אדם בריאים דוחים 'שתל' זה במשך 4-6 שבועות, בעוד שחולי סרטן דוחים זאת תוך 6 שבועות עד מספר חודשים. המחקר הזה בא לבדוק את מידת הדחייה אצל אנשים הסובלים ממחלות כרוניות ובמצב כללי ירוד. המחקר נערך על 22 זקנים בבית החולים היהודי לחולים כרוניים בניו-יורק, שהוזרקו להם תאים סרטניים אלו, מבלי לקבל את הסכמתם

המודעת לכך[29].

בשנות ה-60 נערך מחקר על 109 חולים, שלקו בזיהום סטרפטוקוקלי בדרכי הנשימה העליונים. חלק קיבלו טיפול בזריקות פניצילין, וחלק קיבלו אינבו[30], זאת בעת שכבר היתה ידועה ההשפעה החיובית של פניצילין למניעת דלקת פרקים שגרונית. בקבוצת האינבו לקו שניים בדלקת פרקים, ואחד לקה בדלקת כליות חריפה[31].

בשנות ה-60 נערך מחקר סמוי-כפולות לבירור ההשפעות של הגלולות למניעת הריון. המחקר נערך בנשים מכסיקניות, שלא ידעו כלל כי הן משתתפות במחקר. קבוצה אחת קיבלה גלולות למניעת הריון, וקבוצה שניה קיבלה אינבו. עשר מתוך 76 הנשים שקיבלו אינבו נכנסו להריון, למרות שלא רצו בכך, וחשבו לתומן כי הן מוגנות על ידי "הגלולות" למניעת הריון שקיבלו מהרופאים[32].

בשנות ה-70 נערך מחקר בניו-זילנד לבדיקת המהלך הטבעי של סרטן צוואר הרחם[33], שבו מנעו טיפולים מקובלים מחלק מהנשים, וכמו כן ביצעו בדיקות וטיפולים ללא הסכמה מודעת של הנחקרות. לצורך בירור פרשה זו הוקמה

ראה — Goldby S, *Lancet* 1:749, 1971; Melnick JL, *N Engl J Med* 288:790, 1973; Ingelfinger F, *N Engl J Med* 288:791, 1973. **[27]** מחקר זה ידוע בשם Tuskegee, והוא תואר בספר — Jones J, *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment*. New-York, 1981. וראה עוד במאמר Corbie-Smith G, *Am J Med Sci* 317:5, 1999. Sloan Kettering **[28]** **[29]** המחקר נערך על ידי Southam C, והתפרסם בשנת 1964. **[30]** placebo. וראה להלן הע' 53 ואילך, והע' 187 ואילך. **[31]** ראה — Beecher HK, *N Engl J Med* 274:1354, 1966. **[32]** ראה — Veatch RM, *Hastings Cent Rep*, June 1971. **[33]** carcinoma

וועדת חקירה ממלכתית בשנת 1987[34].

מחברים שונים דיווחו על מחקרים בלתי מוסריים רבים אחרים[35].

יתר על כן, אפילו בשלהי המאה ה-20 עדיין היו דיווחים ועדויות אמינים על חריגות משמעותיות מדרכי המוסר, החוק והנורמות המחייבות בניהול מחקרים בבני אדם[36].

התפתחויות מוסריות — עד מלחמת העולם השניה לא היתה פעילות ציבורית, חוקית ומוסרית להגנה על נחקרים. בכל המסמכים האתיים של רופאים מהזמן העתיק, דרך ימי הביניים, ועד למחצית הראשונה של המאה ה-20 אין איזכורים ודיונים ישירים בנושא הניסויים בבני אדם. אמנם יש לציין, כי המדען הדגול קלוד ברנארד הקדיש דיון להיבטים המוסריים

הבסיסיים לניסויים בני אדם[37], אך היו אלו מחשבות ראשוניות בלבד[38].

לאור זוועות "המחקרים" של הרופאים הנאציים התעורר העולם לפעולה, וזאת בעיקר לאור "משפט הרופאים" הנאציים בנירנברג[39].

המסמך המוסרי הראשון בנידון היה קוד נירנברג[40], שנוסח בעקבות משפטי הרופאים הנאציים, ואשר הכיל עשרה עקרונות מוסריים-חוקיים בסיסיים הנדרשים למחקר בבני אדם, אם כי המימסד הרפואי בעולם המערבי לא הפנים את המשמעות של המסמך עד שנות ה-60[41] .

בעקבות ההתפתחויות הללו התכנסו חברי ההסתדרות הרפואית העולמית

[34] ראה — Paul C, *in-situ* of the cervix. *BMJ* 297:533, 1988. **[35]** סיכום מחקרים בלתי מוסריים ראה במקורות הבאים — Ladimer I and Newman RW, *Clinical Investigation in Medicine*, Boston 1963; Beecher HK, *N Engl J Med* 274:1354, 1966. במאמר זה נימנו 22 דוגמאות של מחקרים בלתי מוסריים בארה"ב באותן שנים, שבוצעו ללא הסכמה מודעת של הנחקרים; Pappworth MH, *Human Guinea Pigs — Experimentation on Man*, Boston, 1968. בספר זה תוארו הפרעות מוסריות בכ-500 מחקרים שפורסמו על ידי חוקרים בארה"ב, אנגליה, קנדה, אוסטרליה ודנמרק; Beecher HK, *Research and the Individual: Human Studies*. Boston, 1970; Pappworth MH, *BMJ* 301:1456, 1990; Brody BA, *Ethical Issues in Drug Testing, Approval and Pricing*. New York, 1995. **[36]** דוגמאות לכך ניתנו על ידי שרת הבריאות של ארה"ב במאמרה — Shalala D, *N Engl J Med* 343:808, 2000. **[37]** ראה — Bernard Claude, *An Introduction to the Study of Experimental Medicine*, 1865 (Translated into English by Green HC, 1957, p. 101). **[38]** וראה במאמר — Vollman J and Winau R, *BMJ* 313:1445, 1996, על אודות ניצנים מוקדמים להסכמה מודעת במחקר. **[39]** המשפט נערך בפני בית הדין הצבאי האמריקני בנירנברג, מיום 25.10.1946 ועד 20.8.1947. במשפט זה הועמדו לדין 20 רופאים נאציים, 4 נשפטו למוות בתליה; 9 נשפטו למאסר בין 10 שנים ועד מאסר עולם; 7 נמצאו בלתי-אשמים. וראה בע' רופא הע' 268 ואילך. **[40]** Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10 (Vol 11), Washington, DC, Government Printing Office, 1949, pp. 181-2. **[41]** Faden RR, et al, *JAMA*

וניסחו את הצהרת הלסינקי בשנת 1964[42].

מאז נוסחו מסמכים, הנחיות והצהרות לאומיים ובינלאומיים רבים[43], וכמו כן נחקקו חוקים מפורטים כמעט בכל מדינות העולם[44].

מחקרים מודרניים — המחקר הקליני הראשון בדרך של מחקר אקראי[45] היה המחקר שנעשה מיד לאחר מלחמת העולם השניה לבחינת ההשפעה של התרופה האנטיביוטית סטרפטומיצין על שחפת הריאות[46].

ג. רקע מדעי

כללי — כל מערכת הרפואה בנויה על ניסיונות ברמות ובדרגות שונות. בעבר היו הניסויים מוגבלים מאד, והתייחסו בעיקר לטיפול המיידי של רופא בודד בחולה בודד. התוצאות החיוביות או השליליות של טיפולים שונים התקבלו באיטיות ולאחר זמן רב. כיום מדובר על ניסויים בקנה-מידה עצום: ריבוי נחקרים, גיוון

שיטות, שימוש בעקרונות סטטיסטיים, עלות כלכלית גבוהה, ותוצאות המתקבלות במהירות ובמהימנות.

מטרות — הניסויים המודרניים מתחלקים למספר מטרות:

יש מחקרים המיועדים להרחבת הידע בלבד, ללא השלכה טיפולית מיידית; יש שהמחקר בא לבדוק תרופה, תכשיר, או שיטת טיפול חדישה, שמעולם לא הופעלה; ויש שהמחקר בא לאשר או לשלול תוצאות של טיפולים שכבר קיימים במידה זו או אחרת.

מטרות מחקרים יישומיים כוללות ריפוי מחלות, הארכת תוחלת החיים ושיפור איכות החיים. אמנם קיימים קשיים מתודולוגיים בבדיקת ההישגים של חלק ממטרות אלו[47].

שיטות מחקר — קיימות שיטות מחקר מגוונות, כגון בדיקת נחקרים בלבד,

276:1667, 1996. **[42]** ראה בנספח. **[43]** ראה לדוגמא — The Belmont Report, *National Commission for the Protection of Human Subjects and Biomedical and Behavioral Research*. US Government Printing Office, Washington, 1978; President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Protecting human subjects.* US Government Printing Office, Washington, 1981; ibid, *Whistleblowing in biomedical research.* 1981; ibid, *Implementing human research regulations.* 1983; British Medical Association, *Handbook of Medical Ethics*, London, 1981; American College of Physicians Ethics Manual, 3rd Edition, *Ann Intern Med* 117:947, 1992; Council of International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), and World Health Organization (WHO), *International Ethical Guidelines for Bioethical Research Involving Human Subjects*, Geneva, 1993 Levine RJ, *Ann* — (ראה על מסמך זה במאמר *Intern Med* 119:339, 1993). **[44]** על המצב החוקי בישראל — ראה להלן ברקע המשפטי ובנספח. **[45]** randomized. ראה להלן ברקע המדעי. **[46]** Medical Research Council, *BMJ* 2:769, 1948. **[47]** Editorial, *Lancet* 346:1:1995.

והסקת מסקנות מממצאים המתרחשים בנחקרים עצמם[48]; התייחסות לקבוצות בקרה מהעבר, מבלי לחשוף אנשים נוספים כקבוצת בקרה בעת עריכת המחקר, ומבלי להשתמש באינבו[49]; שיטות תצפית בממצאי מחקר[50]; ממצאי מעקב של רופאים-מטפלים לאורך זמן[51].

אכן, כיום התקבלה בעיקר שיטת מחקר אחת, והיא מחקר אקראי, סמוי כפולות[52]. במחקר כזה מפולגים הנחקרים לשתי קבוצות: הקבוצה הנחקרת וקבוצת בקרה. הקבוצה הנחקרת מקבלת את הטיפול הניסויי, וקבוצת הבקרה מקבלת אינבו[53], היינו תכשיר או פעולה דומים באופן חיצוני לזה הנחקר, אך חסר הפעילות הפיסיולוגית הנחקרת, או טיפול שגרתי ומקובל. הקבוצות נבחרות באקראי, כגון לפי רשימה של ספר טלפונים, או לפי סדר קבלתם של הנחקרים לבית החולים וכד׳, וגם התפלגותם לקבוצה נחקרת ולקבוצת בקרה נעשית באקראי. הן החוקרים והן הנחקרים בשתי הקבוצות אינם יודעים מי מהם מקבל את התרופה הנחקרת, ומי מקבל את האינבו.

הצורך בשיטות מחקר אלו נובע מהעובדה, שללא קבוצות בקרה נוצר לעתים הרושם שהטיפול יעיל, אך לאמיתו של דבר יכולים היו להיות גורמים אחרים שהטעו את החוקרים. לפיכך, המטרה בשימוש בשיטות המחקר הללו היא להביא לתוצאות אובייקטיביות ככל האפשר, ללא השפעות חיצוניות וצדדיות, כגון המהלך הטבעי של המחלה, השפעת האינבו[54] על החולים, או הטייה מכוונת או בלתי מכוונת של החוקרים. דבר זה יכול להתברר רק אם בו זמנית נחקרת קבוצת בקרה[55].

שלבי המחקר — מחקרים לפיתוח תרופות חדשות בבני אדם מתחילים רק לאחר שיש יסוד תיאורטי סביר להצעה, ולאחר ניסויים במעבדה ובבעלי חיים.

בבני אדם עוברות התרופות הניסיוניות ארבעה שלבים:

שלב 1[56] הוא השלב שבו מתחיל ניסוי בקבוצה קטנה של בני אדם (80-20), ללא קבוצת ביקורת, במטרה לברר ולהגדיר את נתוני התרופה מבחינת הספיגה, ההפרשה, ופעילויות פרמקולוגיות אחרות; הדרך הנבחרת ללקיחת התרופה; המינון היעיל הנמוך ביותר; משך ההשפעה של התרופה; והרעילות של התרופה. במחקרים הנוגעים לתרופות שאינן מיועדות לחולי סרטן נעשה שלב זה בדרך כלל במתנדבים בריאים; בתרופות המיועדות לחולי סרטן נעשה שלב זה

Louis TA, et al, *N Engl J Med* 310:24, **[48]** 1984. Gehan EA and Freireich EJ, *N* **[49]** *Engl J Med* 290:198 1974. Horwitz **[50]** RI and Feinstein AR, *JAMA* 246:2455, 1981 Lasagna L, *N Engl J Med* 307:1339, **[51]** 1982. וראה עוד Green SB and Byar — DP, *Statistics in Med* 3:361, 1984. randomized, double-blind **[52]** placebo. מקורו מהשורש הלטיני placere, **[53]** שפירושו ׳אני אגרום נחת׳. על תולדות המושג והשימוש בו ראה — Brodeur D, *J Am Pharmaceutical Assoc* 12:642, 1965. placebo effect **[54]** וראה עוד להלן **[55]** ברקע האתי. phase I **[56]** על התהליכים

בחולים שכבר נוסו בכל הטיפולים המקובלים ללא הצלחה.

שלב 2 הוא השלב שבו נחקרים חולים במספר מוגבל ומצומצם (100-300), בהשוואה לקבוצת בקרה שמקבלת אינבו, או טיפול מקובל. המטרה בשלב זה היא לבחון את יעילות התרופה למחלה המוגדרת, ובמקרים של חולי סרטן — לאפשר להם סיכוי נוסף, לאחר שכל הטיפולים המקובלים נכשלו.

שלב 3 הוא שלב המחקר שבו משתתפים מספר גדול של נחקרים (1,000-3,000), כולל קבוצת בקרה המטופלת באינבו, ובמקרה של תרופה נוגדת סרטן נבדקת התרופה הניסויית מול תכשירים מקובלים, במטרה לבחון אם התרופה החדשה יעילה יותר, ו/או גורמת פחות תופעות לוואי ורעילות, וכמו כן נבחנות התגובות ותופעות הלוואי בשימוש ממושך יותר. כאשר יש צורך בשיווק מהיר של תרופה חדשה, כגון כאשר המדובר במחלות חמורות ביותר ומסכנות-חיים, ניתן לאחד את שלבים 2-3.[57]

שלב 4 הוא השלב בו מוכנסת התרופה החדשה לטיפול מקובל, אך נמשך ניטור קפדני ורישום ודיווח מדוייקים יותר של תופעות לוואי ורעילות בהשוואה לתרופה שנמצאת כבר תקופה ארוכה בשימוש.

מהלך פיתוח תרופה והעלויות הכרוכות בכך — לאור הדרישות הנוקשות לצורך אישור תרופה חדשה משלב ניסיוני לשלב טיפולי נמצא כי משך הזמן הממוצע מרגע שעולה רעיון לתרופה חדשה במעבדה ועד לשיווקו לציבור הנצרך הוא כ-12-15 שנים; רק 5 תרופות מתוך 4,000 תירכובות ניסיוניות עוברות משלב המעבדה לשלב הניסוי בבני אדם; ורק תרופה אחת מה-5 הנ"ל עוברת את כל הביקורות, ומאושרת לשימוש בבני אדם[58].

במקביל להתארכות משך הפיתוח והאישור של תרופות גברו גם העלויות הכרוכות בפיתוח תרופות. לדוגמא: בשנת 0220 היתה ההוצאה הכוללת על ניסויים קליניים בארה"ב לבדה בסך 15 מיליארד דולר; על פי ניסיון העבר עולה כי צפויה עלייה שנתית ממוצעת בשיעור של 12.3%.[59]

מחקרים קליניים בישראל — הניסויים הרפואיים בישראל מבוצעים הן על ידי חוקרים מקומיים, והן כחלק ממחקרים רב-מרכזיים בינלאומיים על ידי חברות תרופות גדולות מהעולם המערבי. בשנת 1997 אושרו כ-1600 מחקרים קליניים על ידי ועדות הלסינקי מקומיות ומשרד הבריאות; בשנת 2001 אושרו 2850 בקשות; ובשנת 2003 — 2450 בקשות. קיימות מספר סיבות להעדפה של מדינת ישראל לביצוע ניסויים רפואיים: קיימת מערכת בריאות מודרנית ומאורגנת עם

הקשורים בשלב 1 של מחקרים בבני אדם בישראל — ראה Atsmon J, et al, *IMAJ* 2:417, 2000. **[57]** ראה — Andre FE, et al, *Dev Biol Stand* 95:57, 1998. **[58]** מתוך נתוני ה — Food and Drug Administration = FDA בארה"ב. וראה גם במאמר א. טמיר וי. שמר, הרפואה קמג:232, 2004. **[59]** Rajan M, *The Clinical Trials Business*, 2003.

כללי אתיקה נאותים; קיימת רמה מקצועית גבוהה של חוקרים ורופאים בתחום מדעי הבריאות והחיים; יש שיעור היענות גבוה של חולים-מתנדבים; עלות מחקרית נמוכה יחסית למדינות באירופה המערבית ובארה״ב; מינהל המזון והתרופות של ארה״ב מכיר בישראל כמדינה שבה ניתן לבצע ניסויים קליניים[60].

ההשקעה הכספית בניסויים קליניים בישראל עמדה בשנת 2000 על סך 70 מיליון ש״ח, ובשנת 2002 היא הגיעה ל-83 מיליון ש״ח[60].

בעלי חיים — לא ניתן להתמיר מחקרים בבני אדם על ידי מחקרים בבעלי חיים בלבד, שכן יש הבדלים בפיסיולוגיה, בפרמקולוגיה, ובעיקר בתגובת המחלות לעצם התרופה ולמינונים השונים, בין בני אדם לבין בעלי חיים[61].

הנחקרים — המחקרים בבני אדם מצריכים שיקולי בחירה של הנחקרים ושל קבוצות הבקרה בהתאם למטרות המחקר, ובהתאם לנתונים מוקדמים על הצפוי במחקר. יש להחליט את מי לכלול במחקר, ואת מי לא לכלול, וכן את מי להוציא מהמחקר תוך כדי ביצועו; מה מספר הנחקרים המתאים לסוג המחקר הספציפי; איזה משתנים צריכים להיות קבועים; בחירת השיטה הסטטיסטית המתאימה. קיימות בעיות שונות בהשגת מספר אופטימלי של נחקרים וקבוצות בקרה[62], ויש לעשות מאמץ כן והוגן לכלול את האנשים המתאימים במחקרים מבוקרים[63].

ד. פרטי דינים

השיקולים הבסיסיים — קיימים מספר עקרונות הלכתיים-מחשבתיים המנחים את גישת ההלכה בשאלת המחקר בבני אדם[64]:

הערך העליון של חיי אדם — כל המאבד נפש אחת מישראל מעלה עליו הכתוב כאילו איבד עולם מלא, וכל המקיים נפש אחת מישראל מעלה עליו הכתוב כאילו קיים עולם מלא[65]; איסור התאבדות[66]; איסור חבלה עצמית[67]; החובה להציל ולשמור על החיים והבריאות של עצמו, והחיוב להתרחק מסכנות[68]; החיוב להציל את הזולת מדין מצות פיקוח נפש[69], ומדין ׳לא תעמד על

[60] א. טמיר וי. שמר, הרפואה קמג:232, 2004. **[61]** וראה באריכות בע׳ צער בעלי חיים ברקע המדעי. **[62]** ראה MacIntyre IMC, *BMJ* 302:1099, 1991. **[63]** על הצעות שונות איך לעודד ולהשיג נחקרים, וכיצד לבחור אותם ראה Baum M, *Lancet* 341:812, 1993; — Thornton H, *Lancet* 341:795, 1993; Walson PD, *Pediatrics* 104:619, 1999. על קבוצות מיעוטים באוכלוסיה — ראה Seto B, *Am J Med Sci* 322:246, 2001. **[64]** ראה הרב ע. יעקובוביץ, אסיא, א, תשל״ו, עמ׳ 260 ואילך. **[65]** סנהדרין לז א; רמב״ם רוצח א טז. אמנם בכתב-יד מינכן של התלמוד, ובאבות דר׳ נתן פל״א חסרה המילה ׳ישראל׳, ומשמע שקדושת כל אדם היא עילאית. ראה על גלגולי הנוסח הזה בספרו של א.א. אורבך, מעולמם של חכמים, ירושלים, תשמ״ח, עמ׳ 561 ואילך. **[66]** ראה ע׳ אבוד עצמו לדעת. **[67]** ראה להלן הע׳ 75 ואילך. וראה ע׳ סכון עצמי. **[68]** ראה ע׳ בריאות, וע׳ חולה. **[69]** ראה ע׳ פקוח נפש.

דם רעך'[70], והחיוב לגמול טוב לאחרים מדין 'ואהבת לרעך כמוך'[71], ומדין 'ועשית הישר והטוב'[72]; השאלה אם מותר לאדם להכניס עצמו לספק סכנה עבור הצלת חברו מסכנה וודאית[73]; השאלה אם מותר לאדם להקריב ספק חיי שעה שלו מול ספק חיי עולם[74].

בעניין איסור חבלה עצמית — יש אומרים, שהאיסור לחבול בעצמו הוא איסור תורה[75]; ויש אומרים, שמן התורה אדם רשאי לחבול בעצמו[76].

כמו כן נחלקו הפוסקים אם מועילה נתינת רשות לזולת לחבול בעצמו[77] — יש אומרים, שאסור להכות את חברו, אפילו הוא נותן רשותו לכך, כי אין לאדם רשות על גופו כלל להכותו, ולא לביישו, ולא לצערו בשום צער[78]; יש אומרים, שלא מועילה נתינת רשות להכות את אביו ואת אמו, אבל באחרים מועילה נתינת רשות[79]; יש אומרים, שבכל מקרה מועילה נתינת רשות, ואפילו באביו ואמו[80]; ויש מי שכתב, שלעניין נטילת נפשו לכל הדעות אין לאדם רשות על עצמו להסכים לכך, אבל לעניין נזקי גוף ונפש, אמנם בדרך כלל אסור להכותו, וגם לא מועילה הסכמתו, אבל כאשר יש סיבה מוצדקת לכך, כגון שההכאה היא לטובתו לצורך תשובה, או לצורך רפואה[81], או כשההכאה היא לטובת זולתו, יש רשות לאדם להסכים להכותו, אבל אין עליו חובה לעשות זאת[82].

יישום העקרונות לניסויים בבני אדם — הגישה ההלכתית לניסויים בבני אדם תלויה בהגדרת העקרונות הללו, ובאיזון ביניהם בהתאם לנתוני המחקר, והיא משתנה בהתאם למטרות המחקר, סיכוניו, ומהות הנחקרים.

[70] ויקרא יט טז. וראה בע' לא תעמד על דם רעך. וראה בפסק דין של השופט מ. אלון, ע"א 548/78, שרון נ' לוי, פד"י לה(1) 736, בעמ' 755. **[71]** ויקרא יט יח. וראה ירושלמי נדרים ט ד — זהו כלל גדול בתורה. **[72]** דברים ו יח. וראה ע"ז כה א. וראה ע' תורת המוסר היהודי חלק ב. **[73]** ראה ע' סכון עצמי הע' 84 ואילך. **[74]** ראה בע' סכון עצמי הע' 50 ואילך. **[75]** בה"ג ריש הל' שבועה; שו"ת הרשב"א ח"א סי' תרטז; פסקי הרא"ש ב"ק פ"ח סי' יג; ר"ן שבועות כז א, ושו"ת הר"ן סי' לב; מאירי ב"ק צא ב; ס' חסידים סי' תרעו; רדב"ז על הרמב"ם, שבועות ה יז; לח"מ דעות ג א; ש"ך חו"מ סי' רלו סק"ג; ביאור הגר"א שם סק"ה. וראה עוד בשו"ת יביע אומר ח"א חיו"ד סי' ח אות ו. **[76]** טור חו"מ סי' תכ, בשם הרמ"ה; שו"ת דעת כהן סי' נה. וראה ישו"ש ב"ק פ"ח סי' נט; שד"ח פאת השדה מע' אל"ף אות מ. וראה בס' המצוות להגר"י פערלא ח"ב עמ' מו ואילך, שמנה הרבה ראשונים הסוברים כן. **[77]** ראה ב"ק צב א-צג א, בעניין ההבדל בין רשות להכות ראשי איברים לשאר מכות ופצעים. יש פוסקים שאדם מוחל אף על ראשי איברים — רי"ף ורא"ש, ב"ק שם; מאירי שם, בשם קצת מפרשים; רמ"א חו"מ תכא יב, בשם י"א; ויש חולקים ומחייבים חמישה תשלומים אפילו אם הסכים — רמב"ם חובל ה יא; חי' הראב"ד ב"ק שם; המחבר חו"מ שם. **[78]** שו"ת הריב"ש סי' תפד; שו"ע הרב חו"מ הל' נזקי גוף ונפש ס"ב; חזו"א חו"מ סי' יט. **[79]** שאילתות שאילתא ס; טו"א מגילה כז א; משך חכמה דברים כז טז. **[80]** הרלב"ח בקונטרס הסמיכה ק"א ד"ה עוד אני אומר; מנ"ח מ' מח. וראה מה שהשיג עליו הגרש"י זוין בספר לאור ההלכה עמ' שיט. וראה עוד בע' הורים הע' 25. **[81]** ראה סנהדרין פד ב ורש"י שם ד"ה ואהבת; רמב"ן תורת האדם, מהדו' שעוועל עמ' מב ואילך. **[82]** הרב ש. קוק, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 288 ואילך.

סוגי הנחקרים — יש שהניסוי נערך בבני אדם בריאים, המתנדבים למחקר לתועלת הרבים, אך להם עצמם לא צפויה כל תועלת ישירה מהניסוי. קבוצה זו מתחלקת לשתי תת קבוצות: קבוצת-מחקר שבו לא צפוי כל נזק לנחקר, פרט לאי-נוחות והזמן הכרוך במחקר, וקבוצת-מחקר שצפוי נזק בדרגות שונות לנחקר; יש שהניסוי נערך בבני אדם שהם בעצמם חולים, והמטרה היא לבחון טיפול תרופתי או טיפולי אחר שהוא ניסיוני, אך עשוי לעזור לנחקרים בעצמם, ולפיכך הוא נעשה לטובתם של הנחקרים. קבוצה זו מתחלקת לשתי תת-קבוצות: מחקרים הנוגעים לחולים שיש בהם סכנה, ומחקרים הנוגעים לחולים שאין בהם סכנה.

ניסויים במתנדבים בריאים, כאשר לא צפוי נזק כלשהו לנחקר — יש מי שכתב, שבמקרה כזה יש חובה להשתתף במחקר מדין ׳לא תעמד על דם רעך׳, ומדין החובה לגמול חסד לזולת, שהרי יתכן שהמחקר יניב תוצאות שיהיה בהם עזרה לזולת[83], וגם אם המחקר כרוך בהוצאת דם, אף שיש בזה חבלה לגופו — מותר, כי אין זה חובל לצורך בזיון או לצורך נציון[84]; ויש מי שכתב, שבכל מקרה אין חובה לאדם להתנדב לניסוי בגופו, ואפילו אם יש צורך להועיל לחברו הנתון בסכנה, שכן מצות גמילות חסדים בגופו הכוונה להשתדל בגופו, אבל לא מצינו כל חיוב לתת מגופו, ולפיכך מותר לאדם להתנדב לניסוי שאין לו כל סכנה בו, ואף עושה בכך מצווה, אבל אין לחייב אותו לניסוי כלשהו[85], ובכל מקרה יש צורך בקבלת הסכמתו להשתתף בניסוי[86].

יש מי שכתב, שאין איסור לבצע מחקר בקטן או במי שאינו בר-דעת, אם מדובר בבדיקות שלא גורמות נזק, כאב או צער; אבל אם הניסוי כרוך בצער או בנזק, אפילו כלשהו — אסור, ולא מועילה לכך הסכמת ההורים, אלא אם כן מדובר בנזק מועט והניסוי עשוי לעזור לקטן עצמו[87].

ניסויים במתנדבים בריאים כאשר צפוי נזק לנחקר — השאלה תלויה במחלוקת אם מותר לאדם להכניס עצמו לספק סכנה בשביל להציל את חבירו מוודאי סכנה[88]. וכתבו מפוסקי זמנינו, שאמנם אין חיוב לאדם להתנדב להכניס עצמו אפילו לספק סכנה עבור זולתו גם אם חברו נמצא במצב של וודאי סכנה, אבל מותר לו לעשות כן, ואף יש מצווה בכך, אם על כל פנים יש סיכוי שתינצל נפש מישראל[89], ובתנאים אלו מותר אפילו אם הניסוי כרוך

[83] Rabbi I. Jakobovits, *Jewish Medical Ethics*, 2nd ed, 1975, p. 291-4 — וראה עוד Stern K, *Tradition* 17(4):41, 1979. **[84]** תורת הרפואה, עמ׳ 284 ואילך. **[85]** שו״ת ציץ אליעזר חי״ג סי׳ קא. ולכאורה שיטה זו צ״ע מהגדרת דין לא תעמוד על דם רעך בגמ׳ סנהדרין עג א, שחייב להציל חברו הטובע בנהר, וזה מעשה בגופו, ולא סתם השתדלות. **[86]** שו״ת תשובות והנהגות ח״א סי׳ תתצה. **[87]** הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח״ה חיו״ד סי׳ קנה סק״ג. **[88]** ראה ע׳ השתלת אברים הע׳ 187, וע׳ סכון עצמי הע׳ 84 ואילך. **[89]** שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ב סי׳ קעד ענף ד; שו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פ״ז; יחוה דעת ח״ג סי׳ פד. אמנם בתשובות אלו משמע, שמדובר כשיש חולה לפנינו, וצ״ע אם

בסכנת איבר, ואפילו לצורך פרנסה[90], אבל אם יש חשש לסכנת נפשות לנחקר — אסור, והמסכים לכך דינו כמאבד עצמו לדעת, והעושה על פי הסכמתו קרוב להיות רוצח[91], ואם יש חולה מסוכן לפנינו, ויש סבירות שהמחקר יועיל להציל את חייו, מותר להתנדב, אפילו כשיש חשש סכנה למתנדב[92], ויש לראות בניסויים לתרופות חדשות כמו מצב של מלחמת מצווה, כאשר המחלות הן האויב האורב לבני האדם להמיתם, וכן יש להתייחס למצב כדין "חולה בפנינו", שהרי המחלות והחולים נמצאים בעולם, ולפיכך יש בניסויים על תרופות חדשות משום ספק הצלת נפשות, ולא רק ריבוי חוכמה ומחקר, ולכן כאשר הדבר נעשה על ידי מומחים ובזהירות רבה, אין איסור להתנדב לכך[93].

ניסויים בחולים שיש בהם סכנה — חולה שצפוי למות בזמן קרוב, וכבר קיבל את כל הטיפולים הידועים והמקובלים עד כה, וכעת רוצים לנסות עליו תרופה חדשה, או טיפול ניסיוני אחר, אשר מצד אחד יתכן שיאריך את חייו, אך מאידך עלול לקרב את מיתתו — דין זה תלוי בשאלה, אם מותר לאדם לסכן חיי שעה שלו עבור ספק חיי עולם. מסקנת הפוסקים היא, שמותר לעשות כן אם הסיכוי להצלה הוא גדול יותר מהסיכון למות, אך אין חיוב לאדם לסכן את חיי השעה שלו עבור חיי עולם[94], ואפילו אם לא צפוי כל סיבוך בגלל השימוש בטיפולים הניסויים, אין חובה על חולה להשתמש בהם[95]. ומכל מקום מותר לחולה כזה להסכים לטיפול הניסיוני[96]. התנאים להיתר זה הם: מדובר בחיי שעה, היינו שהתחזית היא לחיים פחות משנים עשר חודש, והחולה ימות בוודאי ממחלתו; רוב הרופאים מסכימים שהמחלה היא סופנית, שנוסו כבר כל הטיפולים המקובלים, ושקיימת סבירות שהטיפול הניסויי יוכל לסייע; כל זה הוא דווקא היתר אבל לא חובה[97].

הסכמת החולה להיכנס לספק חיי שעה עבור חיי עולם היא בעלת משמעות חשובה בנידון, אפילו לשיטת הסוברים שאין לאדם בעלות על גופו[98].

בשבת מותר לרופא לערוך ניסויים רפואיים בחולה שיש בו סכנה, גם כאשר יש ספק אם הטיפולים הללו יועילו, וגם

הוא-הדין בניסויים עבור חולים עתידיים. **[90]** הרב ש. קוק, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 288 ואילך. **[91]** הרב ש. קוק, אסיא, שם; תורת הרפואה, עמ' 288. **[92]** הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו"ד סי' שמט סק"ג (עמ' רסו); הרב ש. קוק, אסיא, שם. **[93]** שו"ת מנחת שלמה ח"ב סי' פב אות יב. **[94]** שו"ת שבות יעקב ח"ג סי' עה; שו"ת אחיעזר ח"ב סי' טז; הגרא"י אונטרמן, נועם, יג, עמ' ה ואילך; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' נח, וכתב שם שהסכים עמו הגרי"א הענקין; שם חיו"ד ח"ג סי' לו; הרב ש. גורן, שנה בשנה, תשל"ו, עמ' 149 ואילך; הנ"ל, תורה שבעל פה, יח, תשל"ו, עמ' יא ואילך; הנ"ל, מאורות, 2, תש"מ, עמ' 46 ואילך, הנ"ל, תורת הרפואה, עמ' 9 ואילך, ועמ' 288; י. לוי, נועם, יג, תש"ל, עמ' עז ואילך. **[95]** שו"ת לב אריה ח"ב סי' לה; Bleich JD, *Judaism and Healing*, 1981, Ch 20. **[96]** שו"ת מנחת שלמה ח"ב סי' פב אות יב. **[97]** ראה Steinberg A, *Cancer Invest* — 9:99, 1991. **[98]** ראה דרך חיים לר"ש קלוגער, או"ח סי' שכח; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' לו; שו"ת ציץ אליעזר ח"ד סי' יג; הרב א. גרוסנס, הלכה ורפואה, א, תשמ"א, עמ'

אם הם כרוכים בחילול שבת מן התורה[99].

ניסויים בחולים שאין בהם סכנה — חולה אשר טיפולים מקובלים לא מועילים לו, ולפיכך באים לנסות טיפול חדיש, שעלול להחמיר את מצבו, אך מאידך עשוי לשפר או לרפא את מחלתו — יש מי שכתב שהדבר מותר, בין אם יש לו צער, ובין אם אין לו צער[100]; ויש אומרים, שאם אין לו צער, אסור לו להכניס עצמו בספק סכנה של טיפולים בלתי מקובלים וניסיוניים[101].

חובת הזהירות והכבוד לנחקרים — באופן כללי חייבים הרופאים והחוקרים העורכים ניסויים בבני אדם להישמר מכל משמר שהחולה לא ייהפך לשפן-ניסויים, היינו שלא ינצלו בני אדם למחקרים ללא ידיעתם, ותוך גרימת נזק לגופם או לנפשם[102]. יתר על כן, יש חובה להתייחס לנחקר בכבוד, ואם המחקר כרוך בבושה, יש לשלם לנחקר דמי בושת[103].

חובת המדען — לכל מדען יש אחריות אישית לתוצאות מחקרו, ולפיכך עליו לשקול היטב את התוצאות האפשריות של מחקרו, ומה יהיו השלכותיו ביחס ליחידים וביחס לחברה בכללותה. הוא חייב לקחת בחשבון את התועלת האפשרית שתצא ממחקרו ולשקול אותה לעומת האפשרות שיצא נזק מיידי או עתידי ממחקרו, כולל האפשרות של ניצול לרעה ושימוש בתוצאות המחקר למטרות שליליות[104].

בשר מן החי ואיבר מן החי — מותר לערוך ניסויים רפואיים על בשר מן החי, כגון איבר שנכרת מחולה, שכן אין כלל איסור הנאה מבשר מן החי, אלא רק מבשר מן המת[105], ואף שיש אומרים שאיבר מן החי חייב בקבורה[106], הכוונה רק שיאבד מן העולם ולא יהיה מונח בביזיון, ולכן אם עושים מחקר עליו, והוא נשמד בדרך כלשהי, אין בכך איסור, ובלבד שיקברו את הנותר[107].

פרסום מחקרים — בעת פירסום תוצאות מחקרים רפואיים חייבים לדייק בנתונים ובתוצאות, ואסור לשנותם או להעלים חלק מהפרטים על מנת שיתקבלו לפרסום, ואפילו אם אין בשינויים כדי לגרום תקלה[108].

איסורים — טיפולים ותכשירים שהם בשלבים ניסיוניים, היינו שטרם הוכחה יעילותם, בדרך כלל אסור להשתמש בהם

קמג ואילך. **[99]** שמירת שבת כהלכתה פל״ב סל״ו. אמנם ראה במג״א סי׳ שכח סק״א. וראה עוד בע׳ שבת הע׳ 355. **[100]** שערים המצויינים בהלכה סי׳ קנט סק״ד. **[101]** ראה מור וקציעה סי׳ שכח; הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו במאמרו של א.ס. אברהם, אסיא, ה, תשמ״ו, עמ׳ 18 ואילך. **[102]** שו״ת ציץ אליעזר חי״א סי׳ מב אות ג. וראה פירוש קול סופר על המשנה בסוף קידושין — טוב שברופאים לגהינום. **[103]** כך מבואר בנידה מז א, בניסוי שערך שמואל על אמתו, ושילם לה ארבע מאות זוז דמי בושתה. **[104]** הרב ג.א. רבינוביץ, הלכה ורפואה, ד, תשמ״ה, עמ׳ רכ ואילך. **[105]** ש״ך יו״ד סי׳ עט סק״ג; שו״ת מהרי״ל דיסקין קו״א אות קפח; גשר החיים ח״א פט״ז ג-ג. **[106]** ראה ע׳ אברים ורקמות הע׳ 43 ואילך. **[107]** שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״א סי׳ רלב; שו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פ״ח; שם חט״ו סי׳ יג אות ג. **[108]** שו״ת ציץ אליעזר חט״ו סי׳ יב.

עבור חולה שאין בו סכנה כשהשימוש כרוך באיסור. לפיכך, אסור לצאת בשבת בקמיע שאינו מומחה, היינו בקמיע שלא הוכחה יעילותו שלוש פעמים[109]; אין לכפות על חולה טיפול ניסיוני, שטרם הוכחה יעילותו[110]; אין להאכיל חולה ברפואה המיוצרת מדברים אסורים, אם היא איננה בדוקה[111].

שימוש בתוצאות של מחקרים אסורים — ניסוי בבני אדם שנעשה בדרך אסורה, שלכתחילה היה צריך לאסור את ביצועו, אבל בדיעבד התברר שתוצאות הניסוי מביאים תועלת רבה לבני אדם, יש לראות בזה משום "מצווה הבאה בעבירה", ולפיכך לכאורה אסור להשתמש בתוצאות מחקרים כאלו, בפרט שכאן מדובר במצב שמחמת העבירה באה המצווה, והיא הגורם הישיר להתהוות המצווה, והעבירה נעשתה במזיד, באיסור חמור, וללא דרך לתקן את העבירה[112]. אכן, יש הסבורים שכאשר העבירה כבר נעשתה ונגמרה, ואי אפשר לחזור ולתקנה, אדם יוצא ידי חובת המצווה מכאן ולהבא[113]; כמו כן יש הסבורים, שאיסור מצווה הבאה בעבירה הוא רק מדרבנן[114], ויתכן שבמקום שיש תועלת ממשית לבני האדם מתוצאות המצווה הבאה בעבירה לא גזרו חכמים, ובפרט שעל ידי איסור השימוש בתוצאות המועילות גם בדיעבד גורמים נזק ממשי לבני אדם[115]; ועוד יתכן לומר שלפנינו מצב של איסור גברא ולא איסור חפצא, ויש הסבורים שבמצב כזה אין איסור מצווה הבאה בעבירה[116].

ה. רקע אתי

צדדי הדילמה האתית — הדילמה המוסרית במחקר בבני אדם היא מציאת האיזון הנכון בין הצורך לקידום רפואי לטובת הכלל, והחובה של כל יחיד לתרום את חלקו לטובת הכלל מחד גיסא, לבין הצורך להגן על חירותו ושלומו של כל יחיד, והחובה של החברה למנוע נזק ופגעים מאזרחיה מאידך גיסא. מדינות ותרבויות המדגישות את עליונות החברה והעם, יטו את הכף לטובת עריכת מחקרים, גם כאשר קיים חשש לנזק לנחקרים; תרבויות ומדינות המדגישות את עליונות האזרח והפרט בחברה, יטו את הכף להגבלת מחקרים רפואיים, גם במחיר עיכוב בקידמה הרפואית[117]. השאלה

[109] ראה שבת ס ב; סא א; רמב"ם שבת יט יד; טושו"ע או"ח שא כה. וראה שם, ובמ"ב שם סקפ"ט, בהגדרת המומחיות של הקמיע. וראה במ"ב סי' שח סקקכ"ט. **[110]** מור וקציעה סי' שכח. **[111]** ראה פרטי דינים לגבי החולה ודרגת הספק של התרופה בע' כשרות. וראה שם, בעניין תרופות הומיאופטיות. **[112]** ראה בשיטות השונות בנידון בשד"ח מערכת המ"ם כלל עז, סק"א, סק"ח, סק"י. **[113]** שו"ת נובי"ת חאו"ח סי' קלד, בשם בן המחבר. וראה רמב"ם מכירה ל ז, וטור חו"מ סי' רח, לעניין מקח וממכר שנעשה באיסור, שהמקח קיים. **[114]** ראה בשד"ח שם סק"ג, בשיטות השונות בנידון. **[115]** ראה מאמר — Bleich JD, *Contemporary Halakhic Problems*, Vol 4, pp. 218-236. **[116]** ראה בשד"ח שם סק"ה בגדרי כלל זה. וראה באריכות בגדרי מצווה הבאה בעבירה בשד"ח שם; א. שוחטמן, מעשה הבא בעבירה, ירושלים, תשמ"א. וראה להלן ברקע האתי. **[117]** ראה — Ackerman TF. In: Gillon R (ed), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons, Chichester 1994, pp. 873-884. וראה במאמר Harris J, *J Med*

המרכזית היא, איפוא, מתי מותר לחברה בכלל, ולחוקרים בפרט, לחשוף בני אדם לנזק, על מנת למצוא מזור והטבה לזולת, ומה היא ההצדקה המוסרית לנצל יחידים מהחברה לטובת אחרים.

הבעיות המוסריות הנוגעות לשאלת הניסויים בבני אדם הם: שימוש וניצול אנשים עבור זולתם, ופגיעה בחירות הפרט, בעיקר במחקרים על מתנדבים בריאים, שתועלת המחקר היא אך ורק עבור הזולת; הפגיעה האפשרית באנשים בריאים או חולים, ועקב כך פגיעה בעקרון של מניעת נזק לזולת[118]; הפגיעה באיזון שבין חובת הרופא כלפי החולה האינדיבידואלי שלו, לבין חובתו כחוקר לחברה בכללותה, שכן החובה הראשונית של רופא לחולה שלו היא לדאוג לשלמותו, בריאותו וחייו במידה המירבית, בעוד שחובתו של החוקר כלפי החברה היא לשפר את הידע המדעי, האבחוני והטיפולי לטובת אנשים רבים, ולעתים מטרה אחת באה על חשבון המטרה השניה[119].

החמרת הדילמות האתיות — בשנים האחרונות הפך נושא המחקר הרפואי בבני אדם לבעייתי במיוחד מכמה סיבות:

המחקרים המודרניים מבוצעים על מספר גדול של בני אדם, בשיטות בעייתיות מבחינת ההסכמה המודעת,

בתיחכום מדעי רב, ובשיטות העלולות לגרום נזק מצד אחד, ולמנוע תועלת משמעותית מצד שני[120]; משאבים מוגבלים, אשר מקשים על תיקצוב ותיגמול חוקרים ונחקרים; דרישות אקדמיות למחקרים, שהם היסוד להתקדמות אקדמית של חוקרים במדעי הבריאות ושל רופאים, ומכאן הלחץ לעסוק במחקר ובפרסום; נטיה גוברת והולכת לטיפולים מורכבים ונמרצים, ודרישה ציבורית לעשות יותר ויותר למען חולים קשים ומסובכים יותר.

שאלת המניע[121] במחקר הרפואי הפכה להיות בעייתית במיוחד, שכן השפעת גורם זה על המחקרים היא רבה. קיימים מניעים שביסודם הם חיוביים, כגון הרצון לשרת את האנושות ולהיטיב לבני האדם — מטרה חיובית כשלעצמה[122], אך היא תלויה בהגדרות מוסכמות מה הוא הדבר הטוב לאנשים בחברה נתונה, ויש שהרצון לשרת את האנושות או חלק ממנה גורם לניצול לרעה אנשים אחרים, כמו שקרה אצל הנאצים; סקרנות שכלית ורצון להעשיר את הידע האנושי והפרטי של החוקר — מטרה שכשלעצמה איננה סותרת רעיון מוסרי, אך היא עלולה להוביל להתנהגות בלתי נאותה.

מבחינת ההשקפה היהודית מניע חשוב ביותר במחקר מדעי בכלל הוא השאיפה להלל ולכבד את הקב״ה, בבחינת ׳מה

Ethics 31:242, 2005, שיש חובה מוסרית להשתתף במחקרים מכוח החובה לסייע לזולת. **[118]** non maleficence. ראה **[119]** Steinberg A, *Cancer Invest* 9:99, 1991.

[120] ראה לעיל ברקע המדעי. **[121]** motivation. וראה על גישת היהדות בנידון בנספח ג — היחס העקרוני האמוני/השקפתי, מוסרי/התנהגותי והלכתי/ **[122]**

גדלו מעשיך ה׳[123], ו׳מה רבו מעשיך ה׳[124].

אכן, קיימים מניעים אחרים, מודעים או תת-מודעים, שמניעים את מרבית החוקרים, אף אם אין הם מודים בכך בגלוי. מניעים אלו כוללים את הרצון להשיג פרסום עצמי, ואמנם רבים מגדולי החוקרים בעולם נלחמו על ההכרה בזכויותיהם לצרכי פרסום עצמי[125]; הרצון להתקדם באופן אקדמי, שכן תנאי הקידום האקדמי בכל האוניברסיטאות מותנה בפרסומים מדעיים של מחקרים רבים ככל האפשר; והרצון להתקדם באופן כלכלי, שכן רבים מהחוקרים מתפרנסים ממחקרים שהם מבצעים, או שזוכים לתמלוגים מחברות מסחריות שונות עבור חידושיהם המחקריים. יתר על כן, לא מעטות הן הרמאויות השונות במחקרים, כדי להשיג את המטרות האישיות של פרסום, קידום אקדמי, או קידום כלכלי של חוקרים שונים[126].

פרסומים — בשנים האחרונות נכתבו עשרות ספרים ואלפי מאמרים על ההיבטים המוסריים וההנהגות הראויות במחקר בבני אדם.

מסמכים — עקרונות, הצהרות, הנחיות, חוקים, ומסמכים שונים, לאומיים ובין לאומיים, ניסחו כללים שונים בדרך ההתנהגות הראויה במחקר בבני אדם[127]. כמו כן ניסחו גופים מרכזיים שונים נהלים מפורטים המוטלים על החוקרים והגופים-המאשרים על מנת להבטיח מחקר בבני אדם שיהיה מוסרי[128]

קיימים הבדלים דקים בין המסמכים השונים, אך באופן עקרוני קיימת הסכמה במרבית ההנחיות.

סיכום עקרונות והנחיות — להלן סיכום העקרונות החשובים הדרושים לשמירה על המוסריות והחוקיות של מחקרים בבני אדם[129]:

כללים הנוגעים לתוכנית המחקר

כל מחקר בבני אדם צריך להתנהל על פי אמות-מידה נאותות מבחינה

משפטי לחידושים מדעיים. **[123]** תהלים צב ו. **[124]** תהלים קד כד. וראה רמב״ם יסודי התורה ב ב — והיאך היא הדרך לאהבתו ויראתו, בשעה שיתבונן האדם במעשיו וברואיו הנפלאים וכו׳, מיד הוא אוהב ומשבח וכו׳, ולפי הדברים האלו אני מבאר כללים גדולים ממעשה רבון העולמים וכו׳, כמו שאמרו חכמים בעניין אהבה, שמתוך כך אתה מכיר את מי שאמר והיה העולם. **[125]** ראה Marton R, *The Sociology of Science*. Chicago, 1973. **[126]** ראה להלן הע׳ 206 ואילך. **[127]** ראה לעיל הע׳ 40 ואילך, רשימה של מסמכים עיקריים. **[128]** ראה — Food and Drug Administration (FDA), Federal Code of Regulation #21 parts 50, 56, 312 (revised version, April 1994); Guidelines for Good Clinical Practice and Commission Directive of 19 July 1991 (91/507/EEC), *Off J Europ Comm*, 1991: No. L 270/32; WHO Guidelines for Good Clinical Practice (GCP) for Trials on Pharmaceutical Products, 1994. וראה עוד נ. גרטי, הרפואה קל:253, 1996. **[129]** הנתונים סוכמו במאמר — Steinberg A, *Cancer Invest* 9:99, 1991. וראה עוד — Capron AM. In: *Encyclopedia of Bioethics*, pp. 692-9.

מדעית, סטטיסטית ורפואית;

כל ניסוי בבני אדם צריך להיות מבוסס מבחינה תיאורטית ומחקרית, ולעולם צריך להקדים לניסויים בבני אדם ניסויים במעבדה ובבעלי חיים, בהתאם לתחזית המדעית-מחקרית, ובהתאם לתנאי המחקר;

יש לבצע הכנות מתאימות למחקר, ולספק אמצעים נאותים לביצועו ולהגנה מירבית על הנחקרים;

אין לבצע מחקרים בבני אדם כשתוצאותיהם הצפויות הן חסרי תועלת, בלתי נחוצות ואקראיות בלבד;

על המחקר להניב תוצאות מועילות לטובת החברה, אשר לא ניתנות להשגה בדרכים אחרות, שאינן כרוכות בניסויים בבני אדם;

מידת הנזק הצפוי לנחקרים לעולם לא תעלה על החשיבות והתועלת החיובית הצפויים מהמחקר; לעולם צריכה התועלת מהמחקר לעלות על הנזק הצפוי;

כל מחקר בבני אדם צריך להתנהל כך שיפחית, ובמידת האפשר ימנע לחלוטין, כל סבל, כאב, או נזק גופני או נפשי לנחקרים;

יש להפעיל את המחקר על המספר הקטן ביותר של נחקרים על פי השיקולים הסטטיסטיים המתאימים למחקר;

יש להפסיק כל מחקר ברגע שהחוקר סבור או חושש שהמשכו עלול להזיק לנחקר;

אסור להציע מחקר בבני אדם כאשר ישנה סבירות משמעותית למוות או לנכות חמורה של הנחקרים.

כללים הנוגעים לחוקר

כל מחקר בבני אדם יבוצע אך ורק על ידי מדענים בעלי כישורים ומיומנויות נאותים לביצוע המחקר הנתון, ובשיתוף ושילוב פיקוח קליני נאות של רופא עם כישורים מתאימים לכך;

על החוקר והרופא המשתתפים במחקר בבני אדם להישאר המגן על חייו ובריאותו של הנחקר, ושיקול זה עולה על שיקולי המחקר לטובת הזולת והחברה;

אסור לחוקר להשתמש בשקרים, ברמאויות או בהסתרת האמת מנחקרים;

על החוקרים לבחון ולסלק כל סיבוך חזוי שניתן למניעה.

כללים הנוגעים לנחקר

אין לשתף שום אדם בניסוי, אלא אם כן הביע את הסכמתו המודעת להשתתף במחקר. לפיכך, צריך כל נחקר לקבל את מלוא המידע הנחוץ לו לשם קבלת החלטתו להשתתף במחקר;

נחקר שאינו כשיר לקבל החלטות, כגון קטין, מפגר, מוגבל, פסיכוטי, סנילי, או מחוסר הכרה, לא ישתתף במחקר אלא אם כן ניתנה לכך הסכמתו המודעת של אפוטרופסו (אכן, אין הסכמה כללית

שאפוטרופוס מוסמך לתת הסכמה למחקר בחסוי);

הנחקר רשאי בכל עת להפסיק את השתתפותו במחקר, מכל סיבה שהיא;

בחירת נחקרים צריכה להיות על בסיס שוויוני ואקראי במידת האפשר, מבלי להטיל את מלוא העומס על קבוצות בודדות בחברה;

הדאגה לחייו ולבריאותו של הנחקר צריכה תמיד לגבור על הרצון להשיג הישגים לטובת הזולת או החברה.

כללים הנוגעים לחברה

על החברה מוטלת חובה לחקוק חוקים ולהתקין תקנות, אשר יסדירו את האיזון הנכון והצודק בין צרכי המחקר לבין טובת הפרט הנחקר;

על החברה למנות וועדות שתפקידן לבקר את המחקרים בבני אדם, ולפקח על הביצוע הנאות של המחקרים.

יש מי שסיכמו שבעה עקרונות, ששמירתם הופכת מחקר בבני אדם להליך מוסרי:

ערכו של המחקר — צפי לשיפור הבריאות והידע הנחוץ לתועלת בני האדם; תקפות מדעית — שימוש בשיטות מתודולוגיות מוצקות ונכונות; בחירה הוגנת של נחקרים — התייחסות למטרות אובייקטיביות, ופיזור הוגן בין כל סוגי האוכלוסיה של היתרונות והחסרונות הצפויות מהמחקר, ולא ניצול אוכלוסיות חלשות ופגיעות או בעלות יתרונות סובייקטיביים; יחס נכון בין התועלת לנזק — מאמץ להפחית את הנזק ולהגדיל את התועלת, כשבכל מקרה התועלת הצפויה ליחיד ולחברה חייבת לעלות באופן ניכר על הנזק הצפוי; בקרה בלתי-תלויה — מינוי אנשים בלתי תלויים במחקר שיבקרו את המטרות, השיטות, והביצוע של המחקר, תוך סמכות להפסיקו אם יש צורך בכך; הסכמה מודעת — הנחקרים צריכים לקבל מידע רלוונטי על המחקר; כיבוד הנחקרים — הגנה על פרטיותם, שמירה על בריאותם ושלימותם, ומתן הזדמנות להפסיק את המחקר בכל שלב[130].

קשיי יישום — הרבה מהעקרונות ופרטי ההתנהגות במחקר בבני אדם ניתנים ליישום ולמימוש, אך יש פרטים חשובים מאד שקשים ביותר ליישום.

הסכמה מדעת — אחת הדרישות המוסריות המרכזיות לעריכת מחקר בבני אדם היא ההסכמה המודעת[131] של הנחקרים. דרישה זו נחוצה הן מבחינה מוסרית וחוקית, והן מבחינה חברתית. זכותו של היחיד לחופש בחירה ולהחלטה עצמית ראויה להגנה קפדנית, במיוחד כאשר מדובר במחקר טהור, שאינו משולב בטיפול רפואי. אין מתנדב יכול להיות, אלא מי שמבין לאשורה את ההזמנה להתנדב, והחליט מרצונו החופשי לעשות כן. על מנת למלא את דרישות ההסכמה

[130] Emanuel EJ, et al, *JAMA* 283:2701, 2000. **[131]** על עקרונות informed consent.

המודעת חייב החוקר לספק לנחקר מידע הולם לגבי הנתונים הבאים: מהות הניסוי, מטרתו, הליכיו, שיטות המחקר, הסיכונים הכרוכים בו לנחקר, התועלת שעשויה לצמוח ממנו לזולת או לחברה, אפשרויות טיפוליות חלופיות, זכותו המלאה של הנחקר להסתלק מהמחקר בכל שלב, והמשמעות של ניסוי אקראי סמוי-כפולות. על ההסבר להינתן באופן, בסגנון ובצורה שכל נחקר יוכל להבין במה מדובר.

אכן, במקרים רבים קל יותר לדרוש זאת מאשר לבצע זאת, ויש המטילים ספק באפשרות קיומו של דו-שיח יעיל, מלא והוגן כזה בין חוקר לנחקר. במקרים רבים, אף אם ממלאים את הדרישות להסכמה מודעת עושים זאת כחובה משפטית, אך לא כדרישה מוסרית, ולכן רמת ההסבר לא תמיד נאותה[132]. בעיה חמורה במיוחד בהקשר זה נוגעת לניסויים בעולם השלישי, שבו במקרים רבים אין הקפדה על קני המידה המוסריים המקובלים בעולם המערבי.

קיימים מספר קשיים ביישום ההסכמה המודעת במחקרים בבני אדם:

רמת הידיעה וההבנה של הנחקרים — בבדיקת נושא ההסכמה למחקר התברר, שמרבית הנחקרים ידעו שהם משתתפים במחקר, אך חלק גדול מהם לא ידע את מטרות המחקר, ואת העובדה שיכולים הם לסגת מהסכמתם במהלך המחקר. כמו כן נמצאו חסרים אחרים במהות המידע שנמסר, וההנחה היא שבחלק מהמחקרים הבעיה נאוצה בצורה שבה החוקרים מעבירים את המידע[133]. יתר על כן, יש הסבורים, שמילוי כל הדרישות להסכמה מודעת עלול לגרום נזק לנחקרים עצמם, ובוודאי שיש בו משום פגיעה למחקר, וליכולת להשיג מספר גדול של נחקרים מתאימים.

בעיה מיוחדת היא כאשר חוקרים קבוצות שאינן מסוגלות לתת הסכמה כלשהי, כגון עוברים, יילודים, קטינים, מפגרים, פסיכוטים, סנילים, חולים במצב וגטטיבי, ומחוסרי הכרה. לעתים יש צורך לערוך את המחקרים דווקא על פסולי דין כאלו, כי לא תמיד ניתן להסיק מסקנות לגביהם מנחקרים בריאים ובוגרים. מכאן יש חשיבות וטובה רבה לנחקרים מאוכלוסיות אלו, אך יש צורך בהקפדה רבה במציאת האיזון בין טובתם וההגנה על חירותם לבין טובת הזולת, והפתרון של אפוטרופוס טבעי ו/או חוקי לא תמיד עונה על הצרכים האמיתיים.

[132] ראה — Riecken HW, *JAMA* 248:344, 1982; Ravich R and Angell M, *N Engl J Med* 322:1462, 1990. וראה עוד על הקשיים היישומיים של הדרישה התיאורטית להסכמה מודעת בניסויים רפואיים במאמר — Horton R, *Lancet* 344:211, 1994. במאמר זה מוצע שתהליך ההסכמה בניסויים רפואיים יהיה תהליך מתמשך וחוזר, ולא תהליך חד-פעמי, כך שבכל שלב יידונו מחדש ההיבטים של הניסוי ותנאי המשך ההסכמה. **[133]** Lynoe N, et al, *BMJ* 303:610, 1991; Grossman SA, et al, *J Clin Onc* 12:2211, 1994. וראה עוד על הבעייתיות של הבנה לקויה גם בנוכחות תפקוד שכלי תקין, ועל דרכים לתקן בעיה זו במאמר Wendler D, *Arch Intern Med* 164:2201, 2004.

ביחס לקטינים — בשנים הראשונות של התגבשות הכללים המוסריים במחקר בבני אדם לא הוקדש דיון רב לילדים, אך בשנים האחרונות הוקדש לנושא זה דיון נרחב. יש הסבורים, שקיימת הצדקה למחקר עליהם רק אם המחקר הוא לטובתו האישית של הילד, וגם להורים אין זכות להסכים למחקר על ילדיהם הקטנים, אם אין במחקר טובה ישירה לילד[134]; יש הסבורים, שאם מדובר במחקר שלא ניתן לבצעו במבוגרים, וניתן להניח שמבוגר סביר היה מסכים להתנדב לניסוי כזה, וניתנה לכך הסכמה מודעת של ההורים, יש להתיר את המחקר[135]; ויש הסבורים, שיש חובה מוסרית לסייע לזולת, ולכן אם אין סיכון במחקר, יש זכות מוסרית להורים להסכים למחקר על ילדיהם[136]. בכל מקרה יש להקפיד על כללים מוסריים נוקשים בשימוש בקטינים למחקר[137].

ביחס למחוסרי הכרה — יש המציעים לקבל הסכמה מדעת מחולים הנוטים למות בעת היותם כשירים, בטרם יגיעו למצב שבו לא יהיו כשירים עוד לתת הסכמה[138].

רמת חופש ההחלטה של הנחקר — אחת הדרישות המרכזיות בהסכמה מודעת היא הצורך בהסכמה חופשית לחלוטין, ללא כל מרכיב של כפיה או רמאות. אכן, דרישה זו לא תמיד מתמלאת בצורה נאותה. שכן אנשים מוכנים להיות מתנדבים בריאים למחקר, ולשמש כקבוצת מחקר או קבוצת ביקורת בגלל סיבות שונות: רצון אידיאלי לתרום לזולת ולחברה; שאיפה להרפתקנות; רווח כספי, או רווח ממשי אחר; תחושת כבוד והערכה לחוקר; חשש שמא יבולע להם אם יסרבו. הסכמה מודעת בחלק מתנאים אלו מעוררת בעיות, שכן לא תמיד ניתן להתייחס להסכמה כחופשית לחלוטין, או כאוטונומית לחלוטין. יתר על כן, יש שמשתמשים בקבוצות 'שבויות'[139], כגון אסירים, חיילים, עובדי המוסד החוקר, וכיו"ב[140], ובהם בוודאי קיים חשש סביר שההסכמה, גם אם היא ניתנת באופן רשמי, איננה חופשית[141].

במחקרים מסויימים יש בעיות ייחודיות בנושא ההסכמה המודעת. במחקרים אפידמיולוגיים על תיקים של חולים רבים

Ramsey P, *The Patient as a Person*. **[134]** Yale University Press, New-Haven, 1970, Curan WJ and Beecher HK, **[135]** .pp. 1-58 McCormick R, **[136]** .*JAMA* 210:77, 1969 ראה **[137]** .*Perspect Biol Med* 18:2, 1974 פירוט עקרונות וכללים במחקר בילדים — American Academy of Pediatrics, *Pediatrics* 60:91, 1977; Editorial, *Arch Dis Child* 53:441, 1978; British Paediatric Association, *Arch Dis Child* 55:75, 1980; Lantos JD and Frader J, *N Engl J Med* 323:409, 1990; American Academy of Pediatrics, *Pediatrics* 95:286, 1995; Bush A, *Arch dis Child* Rees E and Hardy J, **[138]** .83:370, 2000 .*BMJ* 327:198, 2003 .captive group **[139]** .Ivy AC, *Science* 108:1, 1948 ראה **[140]** וראה על שימוש באסירים למחקרים שונים על ידי חוקרים אמריקאיים — Hornblum AM, .*BMJ* 315:1437, 1997 **[141]** על הקשיים המעשיים בעבר ובהווה להשגת הסכמה מודעת מלאה וחופשית ראה בהרחבה — Beecher HK, *JAMA* 195:34, 1966; Maeir DM. In: Carmi A (ed), *Medical Experimentation*. Ramat-Gan, 1975 p. 17 ff; Gray BH, et al, In: *Encyclopedia of Bioethics*, 1978, pp 88; Levine RJ, *Arch Intern Med* 143:1229, 1983;

לא ניתן לבקש הסכמה מודעת מאלו שמשתמשים בנתוניהם בתיקים הרפואיים. לפיכך, יש שהציעו לבקש מראש הסכמת כל חולה, שייתכן שבעתיד ישתמשו בממצאים שלו למחקר, ויש שהציעו לוותר על הסכמה מודעת בתנאים אלו, ובלבד שתישמר בקפדנות רבה האנונימיות של הנחקרים, ולא יוטרדו במהלך המחקר, ויהיה על כך פיקוח קפדני של וועדה ציבורית[142]; במחקרים הנוגעים לפעולות חירום, שאין כל אפשרות להשיג הסכמה מודעת מהחולה או מבני משפחתו בטרם המחקר, יש מי שהציעו מושג מיוחד, והוא הסכמה מודעת נדחית, היינו שמותר להתחיל במחקר ללא הסכמה, ומיד לאחר מכן לבקש הסכמה. דוגמא לכך היא ניסויים בתרופות החייאה, שניתן לבצעם רק בבני אדם שנפגעו בצורה חריפה וקשה, ולא ניתן להשיג הסכמתם המודעת מראש[143]; במחקרים אקראיים וסמויי-כפולות[144] יש וויכוח האם צריך לספר לנחקרים את העובדה שהם חלק ממחקר סמוי-כפולות, או שיש לחשוף בפניהם רק

את הסיבוכים והסיכונים הידועים והצפויים מהשיטה החדישה, מבלי לגלות להם שחלק מהם לא ייהנה כלל מהטיפול — יש המצדיקים הסתרה זו של האמת, כי אחרת הסיכוי למצוא נחקרים קטן מאד; ויש הסבורים, שקיימת חובה מוסרית לגלות את כל האמת ואת כל הנתונים לצורך הסכמה מודעת[145].

מחקרים אקראיים, סמויי-כפולות — בשנים האחרונות הפכה המובהקות הסטטיסטית לדבר הכרחי במחקרים, ולכן מרבית המחקרים מתנהלים בדרך של אקראיות וסמוי-כפולות[146].

יש המצדיקים דבקות מירבית בשיטות סטטיסטיות, כי אחרת אין אמינות לתוצאות מחקרים שלא נעשו בשיטות כאלו, שכן הם יכולים להיות בלתי משמעותיים, מקריים, בלתי קבועים, או מוטים בגלל סיבות צדדיות שונות[147].

אכן, התמדת יתר ודבקות מוגזמת

Levine C and Veatch RM (eds), *Cases in Bioethics*, New-York, 1984, pp. 74; Editorial, *Lancet* 1:82, 1987; Rosner F, *Am J Med* 82:283, 1987; ע. שפירא, עיוני משפט, יד:225 ואילך, 1989; Bok S, *JAMA* 267:1118, 1992; Saunders CM, et al. In: Gillon R (ed), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons, Chichester, 1994, pp. 457-469. **[142]** ראה — Waters WE, *Int J Epidemiol* 14:48, 1985; Rothman KJ, *N Engl J Med* 304:600, 1981; Appelbaum PS, et al, *Clin Res* 33:399, 1984. וראה עוד על שינויים בגישה למחקרים אפידמיולוגיים באירופה במאמרים — Editorial, *Lancet* 336:846, 1990; Wald N, et al, *BMJ* 309:1422, 1994.

Abramson NS and Safar P, *Ann Emerg Med* 19:781, 1990; American College of Emergency Physicians Ethics Manual, *Ann Emerg Med* 20:1153, 1991. וראה עוד על הבעיות האתיות במצבי אלו — Adams JG and Wegener J, *Ann Emerg Med* 33:218, 1999. **[144]** ראה לעיל בחלק המדעי. וראה להלן הע' 146 ואילך, על הבעיות המוסריות הנוגעות למחקרים כאלו. **[145]** ראה — Capron AM, In: *Encyclopedia of Bioethics*, 1978, pp. 692-699. **[146]** ראה לעיל ברקע המדעי. **[147]** ראה — Sacks H, et al, *Am J Med* 72:233, 1982; Chalmers TC, et al, *N Engl J Med* 309:1358, 1983; Sacks HS, et al, *Arch Intern Med* 143:753, 1983; Lawrence W,

בשיטות סטטיסטיות יכולות לגרום לעתים לנזק, הן לקבוצה הנחקרת, והן לקבוצת הבקרה. יתר על כן, גם מחקרים סטטיסטיים מובהקים אינם חסינים מפני טעויות, ויש לקבל כהנחת יסוד את העובדה שקיימת דרגה מסויימת של חוסר וודאות בכל החלטה רפואית[148]. עוד יש לציין כי נתונים סטטיסטיים ניתנים לפרשנויות שונות, או שניתן להשתמש בשיטות סטטיסטיות שאינן מתאימות לנתוני המחקר, ויש מי שכתב שאם החוקר "מענה" זמן מספיק את הנתונים, הם יגידו לו בדיוק מה שהוא רוצה לשמוע, שכן שיטות איסוף נתונים, שיטות ניתוחים סטטיסטיים, החלטה על מספר המשתנים, שיטת גיוס הנחקרים וכיו"ב, יכולים להשפיע בצורה ניכרת על התוצאה הסופית, שלא תמיד היא התוצאה הנכונה אלא התוצאה הרצויה[149]. עוד מתברר, שלמרות האמינות הגבוהה יותר של מחקרים אקראיים סמויי-כפולות, אין הרופאים ממהרים ליישם את התוצאות בגלל סיבות מגוונות, ובכך אובד במידה רבה היתרון של מחקרים כאלו[150]. כמו כן יש נתונים המעידים על חוסר שביעות רצון של החולים המשתתפים בניסויים כאלה, כאשר יש הקפדת-יתר על שיטת האקראיות, דבר המשפיע על ירידה בהסכמת חולים להשתתף במחקרים כאלה[151].

לפיכך, יש צורך באיזון בין הדרישות הללו. מחד גיסא צריך להגיע לדרגה גבוהה של דיוק, אמינות והוכחה מדעיים, על ידי שימוש מושכל במחקרים אקראיים סמויי-כפולות ושיטות סטטיסטיות נאותות, ובפרט הצורך להקפיד הקפדה יתירה על ביצוע נכון של המחקר, שימוש נכון בשיטות הסטטיסטיות, וביקורת רצינית לפני פרסום[152]. עוד נמצא בשנים האחרונות שיש יתרון לבדיקת תוצאות מחקריות ממקורות שונים ומגוונים[153], ובכך להגדיל את מספר הנתונים, לברור את המחקרים הטובים יותר, ולהפחית את השפעת המחקרים הטובים פחות. אכן, אף שהיא טובה יותר ממחקרים בודדים, אין היא חסינה מפני בעיות וביקורות[154]. אך מאידך גיסא אין להקריב עבור זה שיקולים מוסריים-אנושיים, ולא להפסיד הטבות שיכולות לקרות גם ללא הוכחות מדעיות הנוהגות במדעים המדוייקים. עובדה זו מצריכה שיקול דעת והגינות מצד כל המעורבים במחקרים, הן החוקרים עצמם, והן העורכים של כתבי העת המדעיים המפרסמים מחקרים אלו. ואמנם קבוצות שונות של חוקרים ועורכי כתבי

[148] ראה Lantos JD and Frader J, *N Engl J Med Cancer* 72(Suppl 9):2798, 1993. **[149]** ראה Mills JL, *N Engl J Med* 323:409, 1990. וראה עוד — Torgerson DJ and Roberts C, *BMJ* 319:375, 1999; Pocock SJ, et al, *N Engl J Med* 317:426, 1987; Baylar JC, *Ann Intern Med* 104:259, 1986. **[150]** ראה — Editorial, *Lancet* 342:877, 1993; Haines A and Jones R, *BMJ* 308:1488, 1994. **[151]** ראה — Silverman WA, *Lancet* 343:1586, 1994; Silverman WWA and Altman DG, *Lancet* 347:171, 1996. **[152]** ראה רשימת-ביקורת לצרכים אלו במאמר — The Asilomar working group on recommendations for reporting of clinical trials in the biomedical literature, *Ann Intern Med* 124:741, 1996. **[153]** השיטה מכונה meta-analysis. ראה על השיטה ויתרונותיה במאמר — Egger M, et al, *BMJ* 315:1533, 1977. **[154]** ראה — Villar

עת מדעיים הציעו מבנים מפורטים של עריכת ניסויים כאלו ודרכי הדיווח שלהם[155].

יתר על כן, יש הצדקה מוסרית לבצע מחקרים בדרך של סמוי-כפולות ואקראיות רק בתנאי שלדעת החוקר שני צידי המחקר שווים באי הידיעה שלנו לגביהם[156], היינו שבעת ההצעה למחקר לא ידוע אם יש עדיפות או מגרעת לאחד מענפי המחקר[157], ובתנאי שאין טיפול ידוע ומקובל יעיל עבור החולים הנחקרים[158]; אבל אם קיימת סבירות שלגבי חולים מסויימים יש עדיפות לצד אחד של המחקר, אין להכניסו לסוג כזה של מחקר[159], ובוודאי אם המחקר בא רק לאשש ולחזק נתונים שכבר הוכחו, ולחוקר או לקהיליה המדעית יש נתונים מספיקים להניח שצד אחד של המחקר עדיף או גרוע מהצד השני, אין הצדקה מוסרית למחקר המיועד לצרכים סטטיסטיים בלבד.

ברמה העקרונית, כמעט שאי אפשר לספק את כל הדרישות המוסריות המוגדרות בהנחיות למחקרים בבני אדם בעת עריכת מחקרים המערבים מספרים גדולים של אנשים, ואשר נעשים באופן אקראי וסמוי-כפולות[160]. אי לכך, יש הסבורים שלעתים יש הצדקה למימוש תוצאות מחקרים פתוחים, אף אם לא עונים הם על כל דרישות הסטטיסטיקה[161], ומכל מקום אין הצדקה מוסרית להפוך את השיקול הסטטיסטי לגורם המכריע בכל מקרה[162].

בעיות מוסריות בניסויים אקראיים, סמויי כפולות — בעיה מוסרית גדולה היא השאלה אם להפסיק מחקר שתוך כדי ביצועו מתגלה ענף אחד עם תוצאות חיוביות בולטות, או כאשר בו זמנית מתנהלים מחקרים דומים, וחלק מהחוקרים מקדימים את האחרים, ומפרסמים תוצאות חיוביות, בעת שהאחרים טרם סיימו את מחקריהם. מצד אחד, אין הצדקה מוסרית

[155] ראה J, et al, *Lancet* 345:772, 1995 Grant A, *Br J Obstet Gynecol* 96:397, — 1989; Gore SM, et al, *Lancet* 340:100, 1992; The Standard of Reporting Trials Group, *JAMA* 272:1926, 1994; Begg C, et al, *JAMA* 276:637, 1996; Rennie D, *JAMA* 276:649, 1996; Meade TW, et al, *BMJ* 314:1126, 1997; Altman DG, et al, *BMJ* 314:1127, 1997; Moher D, et al, *Lancet* 354:1896, .1999; Moher D, et al, *JAMA* 285:1987, 2001 **[156]** על equipose or null hypothesis. **[157]** על הגדרת מצב זה והקשיים הכרוכים בו — ראה Freedman B, *N Engl J Med* 317:141, 1987. **[158]** Levine RJ, *Cancer* 72(Suppl 9):2805, 1993. **[159]** Korn EL and Baumrind S, ראה Baum — **[160]** ראה *Lancet* 337:149, 1991. **[161]** ראה — M, *Lancet* 341:812, 1993 Schafer A, *N Engl J Med* 307:719, 1982; Hollenberg NK, et al, *N Engl J Med* 303:1067, 1980. וראה בהרחבה סיכום הנימוקים בעד ונגד מחקר אקראי בלבד — Rosner F, *Am J Med* 82:283, 1987; Hellman S and Hellman DS, *N Engl J Med* 324:1585, 1991; Passamani E, *N Engl J Med* 324:1589, 1991; Saunders CM, et al. In: Gillon R (ed), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons, Chichester, 1994, pp. 457-469; Lantos J, *Cancer* 74(9 Suppl):2653, 1994; Marquis D, *N Engl J Med* 341:691, 1999. **[162]** Steinberg A, *Cancer Invest*

למנוע את הטובה שבתכשיר הניסויי מקבוצת הביקורת שאיננה מקבלת אותו רק על מנת למלא אחר הדרישות הסטטיסטיות. לפיכך יש "לשבור את הקוד", להפסיק את המחקר, ולתת לכל החולים את הטיפול שנראה על פניו כיעיל, אף על פי שטרם הוכח על פי כל עקרונות התורה הסטטיסטית; מאידך, ישנם שיקולים נגד הפסקת מחקר בשלב שיש רושם על יעילות התכשיר הנחקר, אך לפני שנתקבלה הוכחה סטטיסטית מובהקת. שיקולים אלו הם: חוסר אימון של הקהיליה המדעית והרפואית בתוצאות כאלו; משך זמן ארוך עד שהתכשיר יתקבל לשימוש רחב; ציפיות גבוהות ובלתי מבוססות מצד ציבור הצרכנים; ובעיקר החשש מטעות בממצאים, והכנסת תרופה לשימוש רחב, כאשר לאמיתו של דבר יתכן שהיא בלתי יעילה, ואולי אף מזיקה. לפתרון שאלה זו נדרשת גישה מאזנת עדינה, ושיקול דעת מעמיק בכל מקרה לגופו[163].

להלן מספר דוגמאות הנוגעות לשאלה הנידונה:

המחקר בתרופה חדישה[164] לחולי איידס שנערך בשיטה סמויית-כפולות, ובמהלך ביצוע המחקר התברר שמתוך 137 חולי-בקרה שקיבלו אינבו היו 13

מקרי מוות, בעוד שמתוך 145 החולים שקיבלו את התרופה הניסויית היה רק מקרה מוות אחד. הוחלט להפסיק את המחקר בשלב זה, למרות שלא הגיע לסיומו מבחינה סטטיסטית, ולתת גם לקבוצת הבקרה את התכשיר החדש.

המחקר ליעילות תרופה[165] לדלקת-מוח בגין נגיף השלבקת[166], שהיא מחלה קטלנית ב-70% מהחולים. הנחקרים נחלקו באופן אקראי לשתי קבוצות: אחת קיבלה את התרופה הנחקרת, והאחרת קיבלה אינבו. בשלב מוקדם של המחקר התברר בעליל, כי בקבוצת הבקרה היתה התמותה 70% כמקובל במחלה זו, בעוד שבקבוצה הנחקרת היתה התמותה רק 28%. אי לכך הופסק המחקר, למרות שבאותו שלב טרם הגיעו החוקרים לנתונים סטטיסטיים מובהקים. מחקר זה עורר וויכוח נרחב בקהיליה המדעית, הן בגין ההחלטה לבצעו מלכתחילה בדרך אקראית סמויית כפולות, והן בגין הפסקת הטיפול בשלב שאיננו סטטיסטי[167].

המחקר האקראי סמוי-כפולות לטיפול ביילודים עם יתר לחץ ריאתי מתמיד[168], שבו נערכה השוואה בין קבוצת יילודים שקיבלה טיפול תרופתי מקובל, לבין קבוצת ניסוי בטיפול חדשני של חימצון הדם בדרך של מעקף לב-ריאות[169]. תוך

[163] ראה על הדיון האתי וההחלטה להפסיק את המחקר בתנאים כאלו במאמר — Laupacis A, et al, *Ann Intern Med* 9:99, 1991. **[164]** AZT = azido-thymidine. **[165]** adenine arabinoside = ara-A. **[166]** herpes simplex encephalitis. **[167]** ראה — Whitley RJ, et al, *N Engl J Med* 297:289, 1977; McCartney JJ, *Hastings Cent Rep* 8:5, 1978; Whitley RJ, et al, *Hastings Cent Rep* 9:46, 1979. **[168]** persistent pulmonary hypertension. **[169]** extracorporeal membrane oxygenation = ECMO. ראה על כך — O'Rourke PP, et al, *Pediatrics* 84:957, 1989; Lantos JD and

כדי הניסוי התברר, שארבעה יילודים מתוך עשרה בקבוצת הבקרה מתו, בעוד שלא היה אף מקרה מוות בקבוצת הניסוי. הוחלט להפסיק את הניסוי בשלב זה, למרות שטרם התקבלה הוכחה סטטיסטית מובהקת, ולתת לכל היילודים עם הפרעה זו את הטיפול החדשני[170]. החלטה זו עוררה וויכוח מדעי ואתי, ועד כה טרם הוכרע סופית אם אמנם הטיפול הזה יעיל[171].

במחקר לבדיקת יעילות תרופות מונעות הפרעות קצב לב לאחר התקפי לב חילקו את החולים לקבוצת מחקר שקיבלה תרופה נגד הפרעות-קצב, ולקבוצת בקרה שקיבלה אינבו. במהלך המחקר התברר, שדווקא בקבוצה שקיבלה טיפול פעיל היה אחוז התמותה גבוה בהרבה מהקבוצה שקיבלה (7.7% לעומת 3.0%). לפיכך, הוחלט להפסיק את המחקר לפני השלמתו המתוכננת[172].

במחקר האקראי סמוי-הכפולות לבירור יעילות תרופה מונעת קרישי-דם[173] למניעת תמותה מהתקפי לב[174] בחמשת השבועות הראשונים לאחר ההתקף, נחקרו 17,187 חולים, כשחלק מהם קיבלו את התרופה הניסויית, וחלק קיבלו אינבו. בקבוצה הנחקרת היה שיעור התמותה 9.2%, בעוד שבקבוצת הבקרה היתה התמותה 12.0%, ומבחינה סטטיסטית היה הבדל זה משמעותי באופן מובהק ביותר[175]. עורכי הניסוי התמידו בו עד תום, למרות שללא ספק כבר בשלב מוקדם יותר ניתן היה לראות שהתרופה יעילה למניעת תמותה[176]. החלטה זו עוררה וויכוח מוסרי בקהיליה המדעית, שכן המשך הניסוי חשף אנשים לתמותה בשלב שניתן היה למנוע זאת[177].

במחקר לבירור יעילות תכשיר[178] לטיפול בחולים הסובלים מטרשת צד חוט-השדרה[179] נתנו לקבוצה אחת את התרופה, ולקבוצה אחרת נתנו אינבו. המחקר נערך בשיטה אקראית סמויית-כפולות. בשלב מסויים של המחקר התברר שאין לתרופה הניסויית כל השפעה חיובית על מהלך המחלה בהשוואה לאינבו, ועלה אף החשד שיש בתרופה הניסויית נזק. לפיכך, הוחלט להפסיק את המחקר לפני תום השלב המתוכנן[180].

במחקר אקראי סמוי-כפולות על הטיפול המומלץ לחולים עם היצרות קשה של עורק התרדמת[181], התברר בשלב מסויים של המחקר כי הטיפול הכירורגי לכריתת החומר החוסם בתוך העורק עדיף על טיפול תרופתי. לפיכך, הוחלט להפסיק

.Frader J, *N Engl J Med* 323:409, 1990
.Ware JH, *Statistical Sci* 4:298, 1989 **[170]**
Pocock SJ, *BMJ* 305:235, 1992. ראה — **[171]**
The cardiac arrhythmia suppression trial investigators (CAST), *N Engl J Med* 321:406, 1989. תכשיר טרומבוליטי, המונע היווצרות קרישים בלב. **[172]** myocardial infarction.
ISIS-2 Collaborative Group, *Lancet* 2:349, 1988. **[173]**
Doll R, *J Biosoc Sci* 23:365, 1991. ראה — **[174]**
.Pocock SJ, *BMJ* 305:235, 1992 **[175]**
.branched-chain amino acids **[176]**
.amyotrophic lateral sclerosis = ALS **[177]**
The Italian ALS Study Group, *Neurology* 43:2466, 1993. **[178]**
carotid **[179]**
[180]
[181]

את המחקר בטרם סיומו המתוכנן, ולהמליץ טיפול כירורגי גם לקבוצת הבקרה שקיבלה טיפול תרופתי בלבד[182].

נערך ניסוי במתן חומצה פולית לנשים בהריון, כדי למנוע לידת יילודים עם פגם רציני בעמוד השדרה[183]. הניסוי נערך בשיטה אקראית עם שימוש בקבוצות בקרה שקיבלו אינבו, לעומת קבוצות נחקרות שקיבלו את החומצה הפולית, כאשר התוצאות הדגימו בבירור את היעילות של הויטמין למניעת המום החמור[184].

במחקר לבדיקת יעילות תרופה למניעה שניונית של מחלות לב וכלי דם בחולים בסיכון מוגבר ללקות באוטם בשריר הלב או בשבץ מוחי, נמצאה בתוצאות ביניים ירידה מובהקת סטטיסטית בסיכון לחלות במחלות אלו ובעיקר בסיכון לתמותה ממחלות אלו בקבוצת הניסוי שטופה באותה תרופה לעומת קבוצת הבקרה שטופלה באינבו. עקב כך הופסק הניסוי שנה לפני המועד המתוכנן[185].

השיקול הסטטיסטי צריך להיות השיקול העיקרי להפסקה מוקדמת של מחקר אקראי סמוי-כפולות, הן כאשר

מתגלים סימנים חיוביים לתרופה הניסויית, והן כאשר מתגלות תופעות שליליות, כך שלעתים יש מספיק ממצאים לחישוב סטטיסטי שיביא להפסקה מוקדמת של ניסוי[186].

מחקר בשימוש באינבו — שאלה מוסרית נוספת היא השימוש באינבו[187], כאשר קבוצה של נחקרים מקבלת תכשיר דומה באופן חיצוני לתכשיר הנבדק, אך הוא חסר כל השפעה פיסיולוגית-פרמקולוגית על המחלה הנחקרת. שאלה זו חמורה במיוחד במחקרים פסיכולוגיים-פסיכיאטריים, שבהם יש צורך לוודא את ההשפעה הנפשית של תרופות, ללא ההשפעה הצדדית של אינבו. במחקרים מודרניים יש שימוש רחב בכך, ולעתים מפסידים החולים בקבוצת האינבו מכך שאינם מקבלים את התכשיר הפעיל. הבעיה המוסרית בשימוש באינבו כוללת גם את מרכיב הרמאות.

יש הטוענים, כי במקרים שבהם יש תרופה קיימת למחלה נתונה, ורוצים להשוותה לתרופה ניסיונית חדשה, די להשוות בין שתי התרופות, או שניתן להסתפק בהשוואת חולים המקבלים את התרופה הניסויית לעומת חולים שלא

[182] North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators, *N Engl J Med* 325:445, 1991. **[183]** ראה — *Lancet* 338:131, neural tube defect. **[184]** המדובר בתרופה Ramipril — Yusuf S, et al, *N Engl J Med* 342:145, 2000. **[185]** ראה על שיקולים אלו — Pocock SJ, *BMJ* 305:235, 1992. **[187]** המדובר כאן בשימוש באינבו לצורכי מחקר. שאלה נפרדת היא ביחס לשימוש באינבו כדרך טיפולית — יש שהוכיחו כי אין הצדקה לשימוש קליני באינבו, כי יעילותו נמוכה ביותר (Hrobjartsson A and Gotzsche PC, *N Engl J Med* 344:1594, 2001), ויש הסבורים, כי בנתונים קליניים ואישיים מתאימים יכולה להיות לאינבו השפעה קלינית חיובית (Bailar JC, *N Engl J Med* 344:1630, 2001). וראה עוד על הגדרות שונות של טיפול באינבו ועל השימושים השונים בו — Gotzsche PC, *Lancet* 344:925, 1994; Thomas KB, *Lancet* 344:1066, 1994;

מקבלים טיפול כלשהו, ואין לחשוף את החולים לאינבו; ולעומתם יש הסבורים, שקיים יתרון מדעי ממשי בהשוואה לאינבו, ולפיכך כאשר לא צפוי נזק לחולים בגין הימנעות מטיפול בתרופה פעילה, מוסרי הוא להשתמש באינבו[188].

תיגמול כספי או אחר לנחקרים — אחת הבעיות המוסריות הנובעות מהצורך במספר גדול של נחקרים, ובעיקר כאשר מדובר בנחקרים בריאים, היא שאלת התשלום. מחד גיסא, יקשה להשיג מתנדבים למחקרים בחינם, ומבחינה מהותית גם אין הצדקה למנוע תגמול נאות לאי-הנוחות, הסיכון ובזבוז הזמן הכרוך בהשתתפות במחקר; אך מאידך, קיים חשש סביר שהמתנדבים יבואו דווקא משכבות נחשלות ועניות, אשר יראו בהשתתפות במחקר דרך להכנסה, אך ספק אם תהיה זו הסכמה חופשית לחלוטין, וקיים החשש להיווצרות מעמדות ניזוקות במחקר.

קיימות שיטות תיגמול שונות לאנשים המסכימים להשתתף במחקרים מרובי-נחקרים. יש שיטות של תיגמול עקיף, כגון כיסוי ביטוח בריאות, מתן תרופות בחינם וכיו״ב, ויש שיטות תיגמול ישיר, היינו תשלום בכסף. מבין שיטות התיגמול הישיר יש הדוגלים בתבנית השוק, היינו התשלום לנחקרים ספציפיים במחקר ספציפי ייקבע בהתאם להיצע וביקוש, היינו כאשר מדובר במחקרים שכרוכים בהם אי-נוחות או סיכון ללא כל תועלת ישירה לנחקר, או כאשר יש צורך בגיוס מהיר של מספר גדול של נחקרים, יקבלו הנחקרים תשלומים גבוהים, לעומת זאת כאשר מדובר בניסויים שלנחקרים צפויה תועלת ישירה רבה, וכאשר יש ״קופצים״ רבים לניסויים כאלו, לא יקבלו הנחקרים תשלום כלל, או שיקבלו תשלום מועט; יש הדוגלים בתבנית שכר-עבודה, היינו תשלום שוויוני כמקובל בשוק-העבודה עבור עיסוק בלתי מקצועי, בדרך כלל בגובה שעת-עבודה, עם תוספות לפי סיכונים ועומסים מיוחדים לכל מחקר; ויש הדוגלים בתבנית החזר הוצאות, היינו תשלום לנחקר על הוצאותיו הכרוכות באותו ניסוי בלבד[189].

תיגמול כספי או אחר לחוקרים — בעיה מוסרית מיוחדת במחקר בבני אדם כיום היא ההשפעה של המקורות הכספיים במימון המחקר. חברות תרופות מעוניינות להוציא לשוק תכשירים רפואיים למטרות רווח. אי לכך הן משלמות לחוקרים תמלוגים שונים, שעולים בהרבה על היכולת של מוסדות מחקר לשלם לעובדיהן. חוקרים כאלו עלולים להיות מוטים לטובת חברת התרופות הן בגיוס

Laporte J-R and Figueras A, *Lancet* 344:1206, 1994 .**[188]** Temple R and Ellenberg SS, *Ann Intern Med* 133:455, 2000. ראה עוד על הבעיות המוסריות בשימוש באינבו — Rosner F, *Am J Med* 82:283, 1987; Oh VM, *BMJ* 309:69, 1994; Rothman KJ and Michels KB, *N Engl J Med* 331:394, 1994; Kleijnen J, et al, *Lancet* 344:1347, 1994; Devinsky O and Fisher R, *Neurology* 47:866, 1996; Simon R, *Ann Intern Med* 133:474, 2000; Lewis JA, et al, *Lancet* 359:1337, 2002; Weijer C and Glass KC, *N Engl J Med* 346:382, 2002. **[189]** ראה על הדילמות השונות בנידון — Dicket N and

נחקרים, אף שלא תמיד יש הצדקה לעצם המחקר, או להשתתפות אנשים מסויימים בו, והן בהצגת התוצאות לטובת החברה שממנה הם מקבלים תשלומים. יש מי שהציעו למנוע מחברות התרופות לשלם ישירות לחוקרים, אלא להפנות את התשלומים למוסדות המעסיקים את החוקרים, והללו יעשו שימוש מתאים בכסף, וכמו כן לחייב את החוקרים ליידע את הנחקרים על מקורות המימון, כדי שיחליטו אם הם מעוניינים להשתתף במחקרים כאלו[190].

בעיה אתית נוספת היא העובדה שהתשלום לחוקרים איננו מדווח לנחקרים, ואין זה חלק מתהליך ההסכמה מדעת שלהם. יש הסבורים, שאי-גילוי נתון זה הוא מעשה בלתי מוסרי[191].

נחקרים מארצות מתפתחות — בעיה מוסרית נוספת נוגעת למחקרים המבוצעים על אוכלוסיות של העולם השלישי על ידי חוקרים מהעולם המערבי. קיימות סיבות שונות לרצונם של חוקרים ממדינות מפותחות לבצע את המחקר במדינות מתפתחות. בעיקר יש לציין את הסייגים המחמירים והנוקשים לביצוע מחקרים בבני אדם במדינות המערביות לעומת קלות יחסית מבחינת הפיקוח והדרישות המוסריות-חוקיות בעולם המתפתח. כמו

כן יש לציין את העלויות הנמוכות ביותר בביצוע מחקרים בעולם המתפתח, לעומת עלויות גבוהות מאד בעולם המערבי. יתר על כן, פעמים רבות מדובר בניסויים על תרופות שאף אם יוכחו כיעילות לטיפול במחלות המתאימות תהיה עלותן לשימוש גבוהה ביותר, ולפיכך הנהנים מתוצאות המחקר בעולם המתפתח יהיו דווקא אזרחי העולם המפותח, ולא האזרחים במדינות שבהן נערכו הניסויים. לאור זאת הוצעו הגבלות שונות לביצוע מחקרים בעולם השלישי שמטרתן למנוע ניצול בלתי-מוסרי של התושבים במדינות אלו[192].

שימוש בתוצאות מחקרים בלתי מוסריים — נחלקו הדעות ביחס לשאלה אם מותר ללמוד ממסקנות של מחקרים, שנעשו בתנאים ובדרכים בלתי מוסריים בעליל, ובעיקר נידונה השאלה ביחס למחקרים הנאצים. יש אומרים, שאסור להפיק כל תועלת ממחקרים כאלה, כדי לא לחלל את זכרם של הקרבנות, וכדי לא לעודד בדרך כלשהי מחקרים מסוג כזה. כמו כן קיים ספק רציני באמינות הממצאים, כאשר הביצוע היה כה בלתי-מוסרי[193]; אחרים אומרים, שאם ניתן להפיק תועלת מהמחקרים הללו לעזרת חולים, יש לעשות זאת כדי לעזור לחיים[194].

[190] Shimm DS and Spece RG, *Ann Intern Med* 115:148, 1991. וראה עוד על מערכת האינטרסים המנוגדים בין מחקר אקדמי ובין מחקר מסחרי בתחום הרפואה במאמר — Witt MD and Gostin LO, *JAMA* 271:547, 1994; Grady C, *N Engl J Med* 341:198, 1999.

[191] Rao JN and Sant Cassia LJ, *BMJ* 325:36, 2002.

[192] ראה על כך — Lurie P and Wolfe SM, *N Engl J Med* 337:847, 1997; Angell M, *N Engl J Med* 337:801, 1997; *N Engl J Med* 345:139, 2001.

[193] ראה לעיל ברקע ההיסטורי.

[194] ראה Angell M, *N Engl J Med* 322:1462, 1990; סדרת מכתבים למערכת ב-*N Engl J Med*

באשר לניסויים של הנאצים[195] — היתה קיימת הנחה כי הניסויים היחידים בעלי משמעות מדעית כלשהי הם ניסויי ההישרדות בתנאי קור קיצוני[196]. אכן, בדיקת הנתונים הללו הראתה כי השיטות והביצוע, בנוסף להיותם חייתיים ואכזריים, היו חסרי ערך מדעי, ולכן לא ניתן להסיק מהם מסקנות מדעיות[197]. לפיכך, כל הוויכוח אם מוסרי הדבר להשתמש בתוצאות המחקרים הנאציים הוא חסר משמעות מעשית, שכן אין תוצאות בעלי ערך מדעי לניסויים אלו[198].

משאבים מוגבלים — שיקולי העלות היא בעיה מוסרית הנוגעת למחקרים רפואיים, ומצריכה החלטות של קדימויות[199]. יחד עם זאת, אין להפסיק מחקר שהוחל בו בטרם ניתן להגיע להערכת התוצאות רק בגלל שיקולי קדימויות בהשקעות הכספיות. הפסקה מוקדמת של מחקר שיכול להועיל היא בלתי מוסרית אם היא נעשית רק בגלל שיקולי כלכליים של החברה[200].

מקצועות ייחודיים — קבוצות מקצועיות מוגדרות דנו בבעיות הייחודיות שלהן ביחס למחקר בבני אדם[201].

הונאה ותרמית במחקר בצורה כלשהי — אסורה. לפיכך, אסור לשנות נתונים[202], להמציא נתונים[203], להשתמש ללא רשות ו/או ללא הודעה בנתונים של חוקרים אחרים[204], להעלים נתונים, ולנהוג בכל דרך שקרית ביחס להצעות מחקר, ביצוע מחקר, ודיווח על תוצאות המחקר[205].

ואמנם, מעשים כאלו אינם נדירים בקהיליה המדעית, והדברים הגיעו עד לחקירה של הקונגרס האמריקאי בנידון בשנת 1981[206], ולאחר מכן עוד כ-12 חקירות נוספות של הקונגרס האמריקאי. אי לכך החליט משרד הבריאות האמריקאי

324:845-7, 1991; Medical News, *JAMA* 263:791, 1990. **[195]** במקורות שונים פורסמו כ-45 מאמרים על המחקרים הנאציים — ראה Moe K, *Hastings Cent Rep* 14:5, 1984. **[196]** hypothermia experiments ראה לעיל. ברקע ההיסטורי. **[197]** ראה — Berger RL, *N Engl J Med* 322:1435, 1990. **[198]** וראה עוד בעניין הרפואה הנאצית — Maretzki TW, *Soc Sci Med* 29:1319, 1989; O'Reilly M, *Can Med Assoc J* 148:819, 1993. **[199]** על השיקולים השונים הנוגעים להקצאת משאבים מוגבלים — ראה ערך משאבים מגבלים. Livre M, et al, *BMJ* 322:603, 2001; **[200]** Boyd K, *BMJ* 322:606, 2001. **[201]** ראה למשל: אפידמיולוגיה — Soskolne CL, *Am J epidemiol* 129:1, 1989; Coughlin SS and Beauchamp TL, *Epidemiology* 3:343, 1992; רפואת חירום — Iserson KV and Mahowald MB, *Crit Care Med* 20:1032, 1992; Miller BL, *Ann Emerg Med* 22:118, 1993; Olson CM, *JAMA* 271:1445, 1994; הרדמה — *Lancet* 339:337, 1992; Sneyd JR, *Anaesthesia* 53:422, 1998; רפואה ציבורית — Brett A and Grodin M, *JAMA* 265:1854, 1991; גריאטריה — Sachs GA and Cassel CK, *Law Med Health Care* 18:234, 1990; נוירולוגיה — *Neurology* 50:592, 1998; פסיכיאטריה — Fulford KWM and Howse K, *J Med Ethics* 19:85, 1993; Dresser R, *JAMA* 276:67, 1996; Elliott C, *Arch Gen Psychiatry* 54:113, 1997; פרינטולוגיה — Brocklehurst P, *Br J Obstet Gynecol* 104:765, 1997. וראה לעיל הע' 134 ואילך, בעניין מחקר על ילדים. **[202]** falsification. **[203]** fabrication. **[204]** plagiarism. **[205]** Buzzelli DE, *Science* 259:584, 1993. **[206]** ראה —

להתקין תקנות מיוחדות נגד תופעה זו, עם סנקציות למניעת תקציבים פדרליים למפירים תקנות אלו[207]. לפרסום שלילי במיוחד של רמאות במחקר זכה המקרה של דרסי[208], וכן המחקר לגילוי נגיף האיידס[209].

האיזון הראוי — קיים צורך לאזן בין הדרישות למחקר לטובת הכלל, לבין הדרישות להגנת הפרט. מספר דרכים אפשריות: שליטה עצמית של החוקרים; פיקוח על החוקרים על ידי גופים מקצועיים, כגון מוסדות המחקר, חברות מקצועיות, כתבי עת מדעיים; פיקוח ציבורי ומשפטי על מחקרים.

שליטה עצמית — אין ספק שיש חשיבות עליונה ליושרה, להגינות, למיומנות ולמוסריות של החוקרים. אכן ההסתמכות הבלעדית על יושרם ותבונתם של החוקרים עצמם לנהל מחקרים בצורה מוסרית, להגן על הנחקרים, ויחד עם זאת להגיע להישגים מחקריים התבררה כבלתי יעילה במידה מספקת[210].

פיקוח על ידי גופים מקצועיים — דבר זה נעשה על ידי חינוך והדרכה בבתי ספר לרפואה ובמוסדות מחקר; קביעת נהלים והנחיות עקרוניים לניהול מחקרים נאותים בבני אדם מבחינה מוסרית-מקצועית; ביקורת מקצועית של חברים למקצוע[211]; מדיניות של כתבי עת מדעיים, אשר אינם מקבלים לפרסום עבודות מחקר בבני אדם שהושגו באמצעים בלתי מוסריים, ללא קשר לחשיבות הממצאים מבחינה מדעית[212]. ברם, גם שיטות אלו לא הוכחו כמספקות להשגת המטרה של פיקוח יעיל למניעת מחקרים בלתי מוסריים בבני אדם[213].

פיקוח ציבורי ומשפטי — בהרבה מדינות בעולם, ובתוכם בישראל, נחקקו חוקים המסדירים את תנאי המחקר בבני אדם; נקבעו תקנות והנחיות מפורטות

Schachman HK, *Science* 261:148, 1993. **[207]** Federal Register, Aug 8, 1989;54:32446-51. וראה על המאבק בארה״ב ביחס להגדרות המדוייקות של מעשי תרמית במחקר — Dresser R, *JAMA* 269:895, 1993; Rennie D and Gunsalus CK, Editorial, *Lancet* 347:843, 1996; Smith R, *BMJ* 312:789, 1996; *JAMA* 269:915, 1993. וראה עוד על תרמיות במחקר ועל היחס הראוי למעשים כאלו — Dingell JD, *N Engl J Med* 328:1610, 1993; Kassirer JP, *N Engl J Med* 328:1634, 1993; Rennie D and Gunsalus CK, *JAMA* 269:915, 1993; Evered D and Lazar — Darsee **[208]** .P, *Lancet* 345:1161, 1995. ראה *Ann Intern Med* 104:252, 1986. **[209]** ראה ע׳ אידס. דוגמאות נוספות סוכמו בספרים ובמאמרים הבאים — Broad W and Wade N, *Betrayers of the Truth*, New York, 1982; Kohn A, *False Prophets, Fraud and Error in Science and Medicine*, Oxford, 1986; Editorial, *Nature* 325:181, 1984; Engler RL, et al, *N Engl J Med* 317:1383, 1987; Lock S, *BMJ* 296:326, 1988; Hamilton DP, *Science* 256:604, 1992; Dingell JD, *N Engl J Med* 328:1610, 1993; Fisher B and Redmond CK, *N Engl J Med* 330:1458, 1994; Editorial, *Lancet* 343:1443, 1994; Lock S and Wells F, *Fraud and Misconduct in Medical Research*, London, 2nd ed, 1996; Editorial, *Lancet* 347:843, 1996. **[210]** ראה לעיל ברקע ההיסטורי. **[211]** ראה peer review. **[212]** ראה Frankel MS, In: *Encyclopedia of Bioethics*, p. 704; Angell M, *N Engl J Med* 322:1462, 1990. **[213]** ראה — Frankel, שם

כיצד ראוי לנהוג במחקרים בבני אדם[214], ובעיקר יש לציין את הקמת וועדות מיוחדות להערכת תוכניות המחקר בכל מוסד שבו נערכים מחקרים בבני אדם. בישראל הן מכונות "וועדות הלסינקי", על שם הצהרת הלסינקי, שבעקבותיה הוקמו וועדות כאלו[215]. תפקידי הוועדה להעריך את מטרות הצעת המחקר בבני אדם, את הנתונים המדעיים, את יחסי הנזק הצפוי מול התועלת הצפויה, את כישורי החוקרים, את התאמת הנחקרים, ואת תהליכי קבלת הסכמתם[216]. הגדרת התפקידים של וועדות אלו דומה במדינות שונות בעולם[217].

אכן, לא די בוועדות הבוחנות את הצעות המחקר, היינו בדיקת ההתאמה של הצעות המחקר לדרישות המוסריות והחוקיות המתאימות, אלא יש צורך בוועדות שיבקרו את ביצוע המחקר בעת שהוא מיושם בפועל, היינו וועדה שתבדוק אם אמנם מבצעים החוקרים את המחקר על פי הדרישות המוקדמות והמוסכמות על וועדת המחקרים ועל החוקרים[218].

ואמנם בנוסף לוועדות בקרה ואישור של מחקרים בבני אדם, מקובל כיום שבמחקרים אקראיים סמויי-כפולות ממנים וועדת ניטור-ממצאים. מדובר בוועדת בקרה חיצונית, המורכבת מאנשים בלתי תלויים בחוקרים, חסרי עניין אישי מבחינה מחקרית או כספית במחקר הנדון, מומחים בתחום הנחקר מבחינת המחלה הנחקרת, ומבחינת דרכי המחקר המתאימים, מומחים בשיטות סטטיסטיות, אשר אינם מעורבים בתכנון המחקר ובביצועו. חברי הוועדה חייבים לקבל באופן שוטף את ממצאי הביניים של תוצאות המחקר[219]. חברי וועדה זו צריכים לדאוג לטובתם ולבטיחותם של הנחקרים בכל שלב של המחקר, לוודא נוהל תקין של הוצאות כספי ציבור, ולייעץ לחוקרים מתי מוצדק מבחינה מוסרית ומחקרית להפסיק את המחקר לפני תום כל השלבים המתוכננים[220]. מומלץ שנציגי חברות התרופות לא ישותפו בוועדות הניטור הללו, מחשש שתהיה להם השפעה אינטרסנטית על קבלת ההחלטות[221], או לפחות שמעורבותם תהיה מוגבלת ומבוקרת[222].

בארה"ב[223] ובאיחוד האירופאי[224]

[214] ראה — Frankel, שם עמ' 702-710. **[215]** בארה"ב הן נקראות Institutional Review Boards=IRB's. וועדות אלו הוקמו על ידי המכונים הלאומיים לבריאות (NIH=National Institutes of Health) בשנת 1966, בעקבות המחקר על החדרת תאים ממאירים לזקנים — ראה לעיל הע' 28-29. על ההיסטוריה של וועדות אלו בארה"ב ועל תיפקודן ראה — Silverman WA, *Arch Pediat Adol Med* 154(12), 2000. **[216]** וראה להלן ברקע המשפטי. **[217]** בישראל — ראה להלן ברקע המשפטי ובנספח; בארה"ב — ראה President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Implementing human research regulations*, 1983; בבריטניה — ראה Moodie PCE and Marshall T, *BMJ* 304:1293, 1992. **[218]** ראה — Smith T, et al, *BMJ* 314:1588, 1997. **[219]** ראה — Barnett HJM and Sackett DL, *Neurology* 43:2437, 1993; DeMets DL, et al, *Lancet* 354:1983, 1999. **[220]** Hampton JR and Julian DG, *Lancet* 2:1258, 1987. **[221]** Pocock SJ, *BMJ* 305:235, 1992. **[222]** Food and Drug Administration = FDA. **[223]** The

קיימים גופים מפקחים המוסמכים על ידי המדינה לאשר או לשלול תוצאות של מחקרים רפואיים. גופים אלו קובעים אמות-מידה מחמירות מאד על דרכי הניסויים בבני אדם, ומהווים בלמים למחקרים בלתי מוסריים ולשיווק תרופות או ציוד רפואי שאינם בטוחים או יעילים דיים.

עיתוי הפרסום — היבט חברתי נוסף הוא הצורך למנוע פרסום ציבורי מוקדם של מחקרים, בשלב שנראית השפעה חיובית לתרופה הנחקרת, אך היא טרם הוכחה סטטיסטית. פרסום כזה לציבור רחב בלתי מקצועי יכול לגרום לנזק רב, ורק במקרים חריגים מאד יש הצדקה להתנהגות כזו[225].

ההגינות הנדרשת — אכן, למרות כל התקנות, ההנחיות, החוקים והביקורות החברתיים בנידון עדיין תלויים אנו הרבה בהגינות, ביושר ובאחריות האישית של כל חוקר, כדי שהמחקרים אכן ישיגו את מטרותיהם החיוביות מבלי לפגוע שלא לצורך ובמידה בלתי מוצדקת בנחקרים[226]. צורך זה גבר במיוחד בשלהי המאה ה-20, בעקבות הגל העצום של חידושים בכל תחומי הרפואה, וסביר להניח שהוא עוד יגבר במאה ה-21, בעיקר בעקבות הפיתוחים הצפויים בתחום הגנטיקה.

ו. רקע משפטי

הבסיס החוקי — הגדרת ניסויים רפואיים בבני אדם, ודרכי הפיקוח עליהם מוסדרים בישראל בצורה חוקית[227].

החוק בארץ מסדיר רק את הניסויים הרפואיים בבני אדם הנערכים בבתי חולים; כאשר המדובר בניסויים שאינם נערכים בבתי חולים חלים עליהם תקנות הצהרת הלסינקי.

הצהרת הלסינקי[228] איננה בגדר מסמך משפטי מחייב בישראל, אך היא מהווה בסיס לחוק בישראל, אשר מסדיר את עניין המחקר בבני אדם, והיא משמשת כמדריך לכל מי שעוסק במחקר בבני אדם[229].

בצה"ל קיימת "וועדה למחקרי אנוש", אשר ממונה על אישור כל מחקר הנערך בחיילים, בין אם החוקרים הם מחוץ לצבא, ובין אם הם מן הצבא, ובין אם החיילים הנחקרים שוהים בצבא, או שהם שוהים בבתי חולים. באופן עקרוני יש היבטים ייחודיים למחקרים הנוגעים לאנשי צבא, שאינם יכולים להיחקר באוכלוסיות אזרחיות, ואשר תועלתם הצפויה לבריאותם של החיילים יכולה להיות משמעותית; מאידך, מהווים חיילים "אוכלוסיה שבויה" בכך שהם נתונים

European Agency for the Evaluation of Medical Products = EMEA. **[225]** ראה — ראה בנספח. וראה עוד על החוק בישראל ביחס לניסויים רפואיים בבני אדם — Shapira A, In: Spicker SF, et al (eds): *The Use of Human Beings in Research*. Kluwer, Dordrecht, 1988, pp. 103-119 **[228]** ראה בנספח. **[229]** ראה ע. שפירא, עיוני משפט, ה, עמ' 504 ואילך. Angell M and Pocock, שם. וראה עוד — Kassirer JP, *N Engl J Med* 331:189, 1994 **[226]** ראה — Steinberg A, *Cancer Invest* 9:99, 1991. **[227]** תקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) ה'תשמ"א-1980 —

ללחצים ולפחדים שונים, שאינם מצויים במיגזר האזרחי. אשר על כן, שומה על וועדה אתית-מקצועית לוודא כי מחד גיסא לא נפגעים זכויותיהם המלאות של החיילים הנחקרים כבני אדם, ומאידך גיסא לאפשר מחקרים הולמים עם פוטנציאל מועיל[230].

פסיקות בית המשפט העליון — אסור לעשות שימוש ניסיוני בתכשיר רפואי שלא בהתאם להתוויה שנקבעה לו ואושרה לו[231], אפילו אם רופא ממליץ על כך. כך נפסק על ידי בית המשפט העליון בשני מקרים: המקרה של מעיין[232], והמקרה של טיבט[233].

במקרה של ראובן מעיין היה מדובר בגבר שחלה בסרטן הריאות, והידרדר למצב סופני. הרופאים קבעו שהטיפולים הידועים אינם יעילים עוד. המשפחה ביקשה לטפל בחולה בתרופה ניסיונית[234], שפותחה על ידי ד"ר דוד רובין, אשר לא היתה רשומה בפנקס התכשירים, ואשר הוועדה לניסויים קליניים של משרד הבריאות קבעה, שתכשיר זה אינו עומד במבחן הדרישה המוקדמת לתקיפות מדעית מקצועית, ואף שלא היו ידועים סיבוכים לתכשיר זה, לא ניתן לוודא זאת בהיעדר נתונים מחקריים מתאימים. בית המשפט העליון דחה את בקשת העותרים, ולא אישר את השימוש בתרופה זו, מחשש שהתרופה עלולה לקצר את חיי החולה, ובעיקר מפני ההיבטים הכלליים וההשלכות שתהיינה לחריגה זו על הציבור, והחשש לניצול לרעה של משפחות במצוקה, המוכנות להקריב כל אשר להן, גם לרפואות שאינן בדוקות. החלטה זו עוררה הד ציבורי נרחב, ואפילו דיון במליאת הכנסת, שכן על פי הידוע אז לא היו לתכשיר זה תופעות לוואי, והחולה הביע את רצונו לקבל טיפול ניסויי זה[235].

במקרה של טיבט היה מדובר בשימוש בהורמון מסויים[236] לצורך הרזייה. הורמון זה מאושר לטיפול בעקרות, אך הרזייה איננה נימנית בהתוויות של תרופה זו.

דיון משפטי ותגובה ציבורית דומים לאלו התקיים בארה"ב בנושא 'התרופה' לטריל[237], שחלק מהציבור האמריקאי האמין שהיא יעילה נגד מחלת סרטן, וחולים סופניים במחלה זו ביקשו לספק להם תרופה זו. מינהל התרופות והמזון בארה"ב התנגד בתוקף להכנסת תרופה זו, בהיותה בלתי יעילה לחלוטין. עמדה זו ניבחנה על ידי בית המשפט העליון בארה"ב[238], אשר אסר את השימוש בתכשיר זה, אפילו בחולים סופניים "שאין

[230] ראה י. מורד ואח', הרפואה קלח:765, 2000. **[231]** אישור התוויות ותרופות הוא בסמכות אגף הרוקחות של משרד הבריאות על פי תקנות הרוקחים (תכשירים רפואיים) תשל"ח-1977. **[232]** בג"צ 30/82, מעין ואח' נ' מנכ"ל משרד הבריאות, פד"י לו(2), 477. **[233]** בג"צ 70/80, טיבט נ' שר הבריאות, פד"י לח(2), 353. **[234]** המדובר היה בתכשיר DMBG. **[235]** ראה ע. שפירא, עיוני משפט, יד:225 ואילך, 1989; ע. פרוש, משפטים, יב:530 ואילך, 1982; ש. שילה, משפטים, יב:565 ואילך, 1982. **[236]** כוריגון — HCG. **[237]** laetril. **[238]** United States v. Rutherford 442 U.S. 544, 1979. וראה עוד בנושא זה — Ingelfinger, *N Engl J Med* 296:1167, 1977; Moertal, *N Engl J Med* 298:219, 1978; Relman, *N Engl*

להם מה להפסיד״.

על הצהרות וחוקים שונים הנוגעים להסדרת הבעיה של ניסויים בבני אדם — ראה בנספח.

מחקרים על עוברים — ראה ערך עֻבָּר.

טיפולים מסוכנים — ראה ערך סכון עצמי.

מחקרים הנוגעים למערכת התורשה — ראה ערך תורשה.

נספח א

חקיקה מוסרית של ההסתדרות הרפואית העולמית — הצהרת הלסינקי, 1964[239]

א. הקדמה

1. ההסתדרות הרפואית העולמית פיתחה את הצהרת הלסינקי כמסמך של עקרונות מוסריים הנותן הנחיות לרופאים ומשתתפים אחרים במחקר רפואי בבני אדם. מחקר רפואי בבני אדם כולל מחקר בחומר אנושי מזוהה או בנתונים מזוהים.

2. חובתו של הרופא היא לשמור על בריאותם של בני-אדם. ידיעותיהם ומצפונם צריכים להיות מוקדשים כולם למילוי משימה זו.

3. הצהרת ג׳נבה של ההסתדרות הרפואית העולמית מחייבת את הרופא ששלומו של החולה יהא בראש מעייניו, והחוקה הרפואית-מוסרית הבינלאומית מצהירה: ׳הרופא יפעל אך ורק לטובתו של החולה בעת מתן טיפול רפואי, וכל פעולה או עצה העלולה להחליש את העמידות הגופנית או הנפשית של יצור אנושי תבוצע רק לטובתו-הוא׳.

[239] הצהרה זו נתקבלה על ידי העצרת ה-18 של ההסתדרות הרפואית העולמית בהלסינקי שבפינלד, ביוני 1964 (פורסמה ב-*World Med J* 11:281, 1964), ומאז היא נקראת ״הצהרת הלסינקי״. הצהרה זו עברה על כה חמישה עידכונים ותיקונים: בעצרת ה-29 של ההסתדרות הרפואית העולמית בטוקיו שביפן, באוקטובר 1975; בעצרת ה-35 של ההסתדרות הרפואית העולמית בונציה שבאיטליה, באוקטובר 1983; בעצרת ה-41 של ההסתדרות הרפואית העולמית בהונג-קונג, בספטמבר 1989; בעצרת ה-48 של ההסתדרות הרפואית העולמית בסומרסט שבדרום אפריקה, באוקטובר 1996; בעצרת ה-52 של ההסתדרות הרפואית העולמית באדינבורג שבסקוטלנד, באוקטובר 2000. הצהרה זו מהווה בסיס לחוקים במדינות רבות, כולל ישראל — ראה 81th WMA Assembly, *JAMA* 277:925, 1997. וראה ברקע המשפטי. וראה על העידכון האחרון משנת 2000 במאמר — Forster HP, et al, *Lancet* 358:1449, 2001. הנוסח להלן הוא תרגום לעברית של המסמך משנת 2000. *J Med* 298:215, 1978.

4. קידמה רפואית מבוססת על מחקר שבסופו של דבר זקוקה בחלקו לערב ניסויים בבני אדם.

5. במחקר רפואי בבני אדם יש להעדיף שיקולים לשלמותו של החולה על פני טובת המדע והחברה.

6. המטרה העיקרית של המחקר הביו-רפואי שכרוכים בו בני אדם חייבת להיות שיפורם של הליכים מניעתיים, אבחוניים וריפויים, והבנתן של הסיבות להתחוללות מחלות. אפילו השיטות המניעתיות, האבחוניות והטיפוליות הטובות ביותר צריכים לעמוד במבחן חוזר ורציף של מחקר באשר ליעילותן, לנגישותן ולאיכותן.

7. בנוהג הרפואי ובמחקר הרפואי המצוי כרוכים סיכונים במרבית הליכי האבחון, הריפוי או המניעה.

8. מחקר רפואי נתון לבקרה של סטנדרטים אתיים המעלים על נס את הכבוד לכל בני האדם, והמגנים על בריאותם וזכויותיהם. אוכלוסיות נחקרות מסויימות הן פגיעות במיוחד וזקוקות להגנה מיוחדת. יש להכיר בצרכים המיוחדים של אוכלוסיות נזקקות מבחינה כלכלית ורפואית. תשומת לב מיוחדת נדרשת גם לאלו שאינם יכולים להסכים או לסרב למחקר, לאלו העלולים לתת הסכמתם מתוך כפיה, לאלו שבאופן אישי לא ייהנו מתוצאות המחקר, ולאלו שהמחקר כרוך אצלם עם הטיפול.

9. חוקרים צריכים להיות מודעים לדרישות האתיות והחוקיות הנוגעות למחקר בנני אדם במדינותיהם וכן לדרישות הבינלאומיות המתאימות. אין להרשות שום דרישה אתית או חוקית המפחיתה או מונעת הגנה כלשהי על בני אדם כמבואר בהצהרה זו.

ב. עקרונות יסודיים

10. חובתו של הרופא החוקר להגן על חייו, בריאותו, פרטיותו וכבודו של האדם הנחקר.

11. מחקר ביו-רפואי בבני אדם חייב להתאים לעקרונות מוסריים ומדעיים מקובלים המצדיקים מחקר רפואי, והוא חייב להתבסס על ידע מעמיק של הספרות המדעית, על עובדות מדעיות מבוססות אחרות, ועל ניסויים מעבדתיים מתאימים, ובמידת הצורך על ניסויים בחיות.

12. יש לנקוט בזהירות מיוחדת בניהול מחקר העלול לפגוע בסביבה, ויש לשמור על רווחתם של בעלי חיים המשמשים למחקר.

13. תיכנונו וביצועו של כל מחקר ביו-רפואי בבני אדם צריך להיות מנוסח בבהירות בפרוטוקול ניסויי. פרוטוקול זה חייב להימסר לעיון, הערות והנחיות של וועדה אתית שנתמנתה במיוחד לשם כך. וועדה זו חייבת להיות בלתי תלויה בחוקר, בממן, או בכל השפעה בלתי ראויה אחרת. וועדה בלתי תלויה זו צריכה להיות תואמת לדרישות החוקיות של המדינה בה היא פועלת. לוועדה זכות לנטר את המחקר במהלך ביצועו. לחוקר יש חובה לספק לוועדה נתוני-ניטור מתאימים, ובמיוחד אירועים חריגים של תופעות לוואי. על החוקר להמציא לוועדה נתונים הנוגעים למימון, לממנים, לקשרים מוסדיים, וכל ניגודי אינטרסים אחרים.

14. פרוטוקול המחקר חייב להכיל תמיד הצהרה בדבר השיקולים האתיים הקשורים במחקר בבני אדם, ויצויין כי ממלאים הם אחר העקרונות שהובעו בהצהרה זו.

15. מחקר ביו-רפואי בבני אדם חייב להתנהל אך ורק על ידי אנשים בעלי כישורים מדעיים, ותחת השגחתו של איש רפואה בעל הכשרה רפואית. האחריות לגבי בני האדם תהא מוטלת תמיד על איש הרפואה, ולעולם לא תהא מוטלת על הנחקרים, אפילו נתנו הסכמתם המלאה לכך.

16. כל תכנית מחקר ביו-רפואי בבני אדם צריכה לעבור הערכה זהירה מקדימה של הסיכונים הטבועים בה והניתנים לחיזוי, בהשוואה לתועלת הצפויה לנחקר או לאחרים. דרישה זו איננה שוללת השתתפות נחקרים מתנדבים בריאים במחקר. תכנית המחקר צריכה להיות פומבית.

17. רופאים חייבים להימנע מהשתתפות במחקר בבני אדם אלא אם כן הם משוכנעים שהסיכון הכרוך בו נשקל היטב, וניתן לטפל בו אם יהיה צורך בכך. רופאים חייבים להפסיק כל מחקר אם מתברר כי הסיכון בו עולה על התועלת הצפויה, או בשלב בו יש הוכחה סופית לתוצאות חיוביות או מועילות של המחקר.

18. מחקר ביו-רפואי בבני אדם לא יכול להתבצע באורח חוקי אלא אם כן חשיבות מטרתו עולה על הסיכון העלול להיגרם לנחקר. דבר זה חשוב במיוחד כאשר מדובר בנחקרים מתנדבים בריאים.

19. יש הצדקה למחקר רפואי רק כאשר קיימת סבירות שהאוכלוסיות הנחקרות יוכלו להפיק תועלת מתוצאות המחקר.

20. הנחקרים חייבים להיות מתנדבים ומודעים לתכנית המחקר.

21. יש לכבד תמיד את זכותו של הנחקר לשמור על שלימות אישיותו. יש לנקוט בכל אמצעי זהירות כדי לשמור על פרטיותו וסודיותו של הנחקר, ולהפחית למינימום את הפגיעה בשלימותו הגופנית והנפשית, ובאישיותו של הנחקר.

22. בכל מחקר בבני אדם יש להודיע במידה מתאימה לכל מועמד להיות נחקר על מטרותיו, שיטותיו, מקורות המימון, כל ניגוד עניינים צפוי, קשרים מוסדיים של החוקרים, תועלתו הצפויה של המחקר, הסיכונים הטמונים בו, וכן על אי-הנוחות העלולה להיגרם בעקבותיו. יש להודיע לכל נחקר כי הוא בן-חורין להימנע מהשתתפות במחקר, וכי הוא חופשי להסתלק בכל עת מהסכמתו להמשך השתתפותו במחקר. לאחר שהחוקר השתכנע כי הנחקר הבין את המידע, עליו לקבל את הסכמתו המודעת של כל נחקר כשהיא חופשית, רצוי בכתב. אם לא ניתן לקבל את ההסכמה בכתב, יש לתעד רשמית, בנוכחות עדים, את ההסכמה הבלתי-כתובה.

23. בקבלת ההסכמה המודעת לתוכנית המחקר, על הרופא להיות זהיר במיוחד אם הנחקר מצוי ביחסי תלות עמו, או שהסכמתו עלולה להיות ניתנת מתוך כפיה. במקרה זה ישיג ויקבל את ההסכמה המודעת רופא המודע היטב למחקר, שאינו מועסק במחקר, ושהוא בלתי תלוי לחלוטין במערכת היחסים שלו עם הנחקר. קבוצות אלו לא ייכללו במחקר אלא אם כן המחקר נחוץ לקידום בריאותם של האוכלוסיות הללו, וכי מחקר כזה לא יכול להתבצע בבני אדם כשירים.

24. כאשר נחקר מוגדר כבלתי כשיר מבחינה חוקית, כגון קטין, אך הוא מסוגל להביע דעתו ביחס להחלטה על השתתפותו במחקר, חובה על החוקר לקבל את הסכמתו בנוסף להסכמה של האפוטרופוס החוקי.

25. מחקר על בני אדם שלא ניתן לקבל את הסכמתם, כולל הסכמה מראש, יוכל להתבצע רק אם המצב הפיסי או השכלי המונע את קבלת ההסכמה המודעת הוא מאפיין הכרחי של האוכלוסיה הנחקרת. יש לציין בפרוטוקול המחקר את הסיבות הספציפיות לשילובם של בני אדם עם המצב המונע מהם לתת הסכמה מודעת, והדבר צריך לקבל את אישורה של הוועדה. יש לציין בפרוטוקול כי הסכמת הנחקרים הללו או אפוטרופוס חוקי שלהם להמשיך במחקר תתבקש מיד לכשיתאפשר הדבר.

26. קיימות חובות מוסריות הן על המחברים והן על המפרסמים. בפרסום תוצאות המחקר חייב החוקר לשמור על דיוק מירבי של התוצאות. יש לפרסם הן תוצאות שליליות והן תוצאות חיוביות. יש לדווח על מקורות

מימון, על קשרים מוסדיים, ועל כל ניגוד אינטרסים. דיווחים על תוצאות ניסויים שנערכו שלא בהתאם לעקרונות שנקבעו בהצהרה זו, לא יתקבלו לפרסום מדעי.

ג. עקרונות נוספים למחקר רפואי משולב עם טיפול רפואי

27. רופא רשאי לשלב מחקר רפואי עם טיפול רפואי אך ורק כאשר המחקר מוצדק מבחינת ערכו המניעתי, האבחוני או הטיפולי. כאשר מחקר רפואי משולב עם טיפול רפואי יחולו עליו סטנדרטים נוספים הבאים להגן על החולה שהוא גם נחקר.

28. התועלת, הסיכונים, אי-הנוחות והיעילות הצפויים מהשיטה הנחקרת צריכים להישקל לעומת היתרונות שבשיטות האבחון או הריפוי הנהוגות הטובות ביותר. זה איננו שולל שימוש באינבו, או אי-טיפול, במחקרים שאין לגביהם שיטות מניעתיות, אבחוניות או טיפוליות מוכחות.

29. בסיומו של המחקר הרפואי יבטיחו לכל חולה נגישות לשיטות המניעה, האבחון או הריפוי הטובות ביותר שהוכחו על ידי המחקר.

30. על הרופא ליידע את החולה איזה היבטים של הטיפול קשורים למחקר. סירובו של חולה להשתתף במחקר אסור שתיפגע במערכת היחסים שבינו לבין רופאו.

31. בטיפול בחולה, כאשר לא קיימות שיטות מניעתיות, אבחוניות או טיפוליות, או שהשיטות הקיימות הן בלתי יעילות, חייב הרופא, לאחר קבלת הסכמתו המודעת של החולה, להיות חופשי להשתמש באמצעי אבחון או ריפוי חדש שטרם הוכח, אם לפי שיפוטו יש בכך תקווה להצלת חיים, שיקום הבריאות, או הקלת הסבל. במידת האפשר, אמצעים אלו צריכים להיות מטרות המחקר לצורך הערכת יעילותם ובטיחותם. בכל מקרה, מידע חדש צריך להיות מתועד, ומפורסם במידת התאמה. יש למלא אחרי ההנחיות המתאימות האחרות של הצהרה זו.

בגירסאות הקודמות של הצהרת הלסינקי הופיעו סעיפים נוספים:

בתחום המחקר הביו-רפואי יש להכיר בהבחנה יסודית בין מחקר רפואי שמטרתו העיקרית אבחנה או ריפוי של חולים נחקרים, לבין מחקר רפואי שמטרתו העיקרית מדעית טהורה, בלא כל ערך אבחנתי או טיפולי לאדם הנחקר.

הואיל וחיוני הדבר שתוצאות ניסויים מעבדתיים ייושמו על בני אדם כדי לקדם את הידע המדעי וכדי להקל את סבל האנושות, הכינה ההסתדרות הרפואית העולמית את

ההמלצות הבאות, כהדרכה לכל רופא במחקר ביו-רפואי שכרוכים בו בני אדם.

יש להדגיש, שקני-המידה המותווים בזה מהווים רק הדרכה לרופאים ברחבי תבל. רופאים אינם פטורים מאחריות פלילית, אזרחית, ומוסרית בהתאם לחוקים של מדינותיהם-הם.

בשטח המחקר הקליני יש להכיר בהבחנה יסודית בין מחקר קליני שמטרתו המהותית היא טיפול בחולה, לבין מחקר קליני שמטרתו המהותית היא מחקרית טהורה, ללא ערך טיפולי לאדם נשוא-המחקר.

אם רופא סבור, שחיוני הוא שלא לבקש הסכמה מודעת, עליו לציין את הסיבות המיוחדות למצב זה בפרוטוקול הניסוי, לשם שיקול דעת של הוועדה הבלתי תלויה לבחינת הניסוי.

הרופא רשאי לשלב מחקר קליני עם טיפול מקצועי, במטרה לרכוש ידע רפואי חדש, רק במידה שהמחקר הקליני מוצדק בשל ערכו האבחנתי או הטיפולי לחולה.

ג. מחקר קליני בלתי טיפולי

1. ביישום מחקר קליני מדעי טהור המבוצע בבני אדם, חובתו של הרופא להישאר המגן על החיים והבריאות של הנחקר אשר עליו מבוצע המחקר הקליני.

2. הנחקרים יהיו מתנדבים, והם יכולים להיות בני אדם בריאים או חולים, אשר מטרות המחקר ותוצאותיו אינן קשורות למחלתם.

3. בכל שלב של המחקר הקליני חופשי הנחקר או האפוטרופוס שלו לבטל את הסכמתו להמשך המחקר. החוקר או צוות המחקר חייבים להפסיק את המחקר, אם לפי שיפוטו או שיפוטם המשך המחקר עלול לגרום נזק לנחקר.

4. במחקר הנעשה על בני אדם, לעולם לא תהא עדיפות לענייני מדע וחברה על פני שיקולים הקשורים ברווחתו של הנחקר.

נספח ב

תקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) תשמ"א-1980[240]

1. הגדרות (תיקון: תשמ"ב, תשמ"ד)

"בית ספר מוכר לרפואה" — בית ספר לרפואה שהכירה בו המועצה להשכלה גבוהה;

"הפנקס" — פנקס התכשירים הרפואיים כמשמעותם בתקנות הרוקחים (תכשירים רפואיים), התשל"ח-1977 (להלן — תקנות הרוקחים);

"הצהרת הלסינקי" — ההצהרה בדבר המלצות המנחות רופאים במחקר ביו-רפואי שכרוכים בו בני אדם, הלסינקי 1964, כפי שתוקנו בטוקיו 1975, ושנוסחה נתון בתוספת;

"ועדת הלסינקי" — ועדה לפי סעיף 2 בפרק א להצהרת הלסינקי;

"ועדת הלסינקי של בית החולים" — ועדה שהרכבה, דרכי מינויה ומניינה החוקי הם כאמור בתוספת השניה ואשר תפקידה הוא לאשר כל ניסוי רפואי בבן-אדם, שייערך בבית חולים;

"הועדה העליונה" — ועדת הלסינקי עליונה לניסויים רפואיים בבני אדם, שהרכבה, דרכי מינויה, ומניינה החוקי הם כאמור בתוספת השלישית שמונתה באופן כללי או לעניין מסויים ואשר תפקידה הוא לתת חוות דעת בכל עניין הקבוע בתקנה 3(2);

"מתו"ם" — מינהל תרופות ומזון במשרד הבריאות;

"ניסוי רפואי בבני אדם" —

(1) עשיית שימוש בתרופה, בקרינה, בחומר כימי, ביולוגי, רדיולוגי, או פרמקולוגי, בניגוד לאישור שניתן לאותו שימוש לפי חיקוק, או כאשר השימוש האמור אינו מקובל בישראל לצרכים שמבוקש לייעדו להם, או שטרם נוסה בישראל, ויש בו או שמייעדים אותו להשפיע על בריאותו, גופו, או נפשו של אדם, או של עובר, או חלק מהם, לרבות המערך הגנטי;
(2) עשיית כל הליך, פעולה, או בדיקה בבן אדם שאינם מקובלים.

[240] מנכ"ל משרד הבריאות, בתוקף סמכותו לפי סעיף 33 לפקודת בריאות העם, 1940, התקין תקנות אלו. פורסמו ק"ת תשמ"א מס' 4198; תוקנו תשמ"ד-1984, ק"ת מס' 4635; תשמ"ד-1984, ק"ת מס' 4706; תשמ"ה-1984, ק"ת מס' 4733. תוקנו

"המנהל" — המנהל הכללי של משרד הבריאות, או מי שהוא הסמיך לעניין תקנות אלה, כולן או מקצתן.

2. (א) לא ייעשה ניסוי רפואי בבן אדם בבית חולים אלא אם אישר מנכ"ל משרד הבריאות את הניסוי בכתב, ובכפוף לתנאי האישור.
(ב) לא ייעשה ניסוי רפואי בבן אדם בבית חולים בניגוד לתקנות אלה, ובניגוד להצהרת הלסינקי.

3. לא יתן המנהל אישור לניסוי רפואי בבן אדם בבית חולים אלא אם כן קויימו הוראות אלו:
(1) וועדת הלסינקי של בית החולים המתכוון לערוך את הניסוי הודיעה למנהל בכתב כי היא אישרה את הניסוי (להלן — הודעת אישור הניסוי);
(2) המנהל שוכנע כי הניסוי אינו בניגוד להצהרת הלסינקי ולתקנות אלו;
(3) נתקבלה חוות דעת ממתו"ם או מהוועדה העליונה בעניינים שפורטו בתקנות 3א או 3ב, לפי העניין; בפיסקה זו "חוות דעת ממתו"ם" — לרבות מועדה מועדותיה, שמינה המנהל.

3א. אלה הניסויים בבני אדם שלגביהם לא יתן המנהל אישור אלא אם כן קיבל חוות דעת ממתו"ם:
(1) ניסויים בבני אדם בתכשירים שאינם רשומים בפנקס;
(2) ניסויים בתכשירים רשומים בפנקס שלא בהתאם לתנאים ולאישורים שניתנו לאותם תכשירים לפי כל דין.

3ב. אלה הניסויים בבני אדם שלגביהם לא יתן המנהל אישור אלא אם כן קיבל חוות דעת מהוועדה העליונה:
(1) ניסוי הנוגע למערך הגנטי של אדם;
(2) ניסוי הנוגע להפריית אשה שלא בדרך הטבע;
(3) עניין אחר שמנהל ביקש כדי לקבוע אם קויימו הוראות תקנה 3(2).

4. בקשה לאישור לניסוי רפואי בבני אדם, תוגש בכתב למנהל מאת מנהל בית החולים שבו עומדים לבצע את הניסוי ומאת הרופא האחראי לניסוי; לבקשה תצורף תוכנית מפורטת לניסוי המבוקש, שתכלול את מטרותיו והצורך בו, ופירוט בדבר בדיקות, מחקרים וניסויים שנעשו כבר במסגרת אותו ניסוי או במסגרת ניסוי דומה בישראל ומחוץ לה.

5. המנהל רשאי לדרוש פרטים נוספים בכל הנוגע לניסוי המבוקש, בכל עת, הן לפני מתן האישור והן לאחריו.

6. המנהל רשאי בכל עת להתנות את האישור בתנאים, להגבילו ולהוסיף תנאים, וכן לבטלו.

7. הטוען שניתן אישור לפי תקנות אלו — עליו הראיה.

8. אישור המנהל למחקר רפואי או מדעי אחר לפי תקנה 17(5) לתקנות הרוקחים (תכשירים רפואיים), התשל"ח-1977, דינו כאישור שניתן לפי תקנות אלו.

תוספת ראשונה לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) (תיקון), התשמ"ד-1984, ק"ת 4635; תשמ"ה-1984, ק"ת 4733.

הצהרת הלסינקי

תוספת שניה לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) (תיקון), התשמ"ד-1984, ק"ת 4635; תשמ"ה-1984, ק"ת 4733.

וועדת הלסינקי של בית החולים

מניינה שבעה חברים לפחות, ובהם —
(1) נציג ציבור שהוא איש דת או משפטן;
(2) שלושה רופאים שהם מנהלי מחלקות או בעלי תואר פרופסור-חבר בבית ספר מוכר לרפואה, ואשר לפחות אחד מהם מומחה לרפואה פנימית;
(3) רופא אחד נציג ההנהלה.

לכל חבר יכול שימונה ממלא מקום.

דרך מינויה — בידי מנהל בית החולים, באישור המנהל.

מניינה החוקי — חמישה חברים, ובהם נציג ציבור, רופא פנימי, ונציג ההנהלה.

תוספת שלישית לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) (תיקון), התשמ"ד-1984, ק"ת 4635.

וועדה עליונה

מניינה עשרה חברים, ובהם —
(1) שני אנשי ציבור: עורך דין אחד, ואיש דת אחד;
(2) ששה פרופסורים במוסדות אקדמיים מוכרים, אשר שלושה מהם

לפחות רופאים בעלי תואר פרופסור-מן-המנין;
(3) המנהל הכללי של משרד הבריאות או נציגו, ובלבד שהם רופאים מורשים;
(4) יושב ראש ההסתדרות הרפואית בישראל.

לכל חבר יכול שימונה ממלא מקום.

דרך מינוייה — בידי המנהל.

מניינה החוקי — ששה חברים, ובהם איש ציבור אחד, ונציג ההנהלה.

הוועדה לניסויים קליניים באגף הרוקחות של משרד הבריאות הוסיפה עידכונים לנוהל אישור ניסויים קליניים כאשר מדובר בניסוי של תרופה כדלקמן:

בקשה לאישור ניסוי קליני יכול להגיש אך ורק רופא בעל רשיון ישראלי לעסוק ברפואה; יש להגיש תוכנית מפורטת על מטרות הניסוי, מספר וסוג המטופלים, קריטריונים להכללה/אי הכללה בניסוי, מינון, משך הטיפול, המעקב הקליני, בדיקות מעבדתיות, ומבחנים אחרים; הצהרה של הרופא האחראי על התחייבות להקפיד על נוהלי החוק; טופס הסכמה לביצוע ניסוי/טיפול/מחקר רפואי בבני אדם, או טופס הסכמת הורים אפוטרופסים לניסוי בקטין, או טופס הסכמת בן/בת זוג במקרים בהם ניסוי/טיפול/מחקר רפואי מבוצע בקשר לפוריות והריון.

נפל — ראה ערך ילוד ולחקור נתונים רפואיים שונים[2].

נִתּוּחַ הַמֵּת

א. הגדרת המושג

ניתוח המת[1], היא פעולת ביתור המבוצעת בגופו של נפטר, כדי ללמוד הענפים ברפואה העוסקים בנתיחת מתים הם: אנטומיה[3], שהיא הענף ברפואה העוסק בתיאור מבנה הגוף, והיחס בין חלקי הגוף השונים; פתולוגיה[4], שהיא הענף ברפואה העוסק בהבנת היווצרות המחלות, בעיקר על בסיס שינויים במבנה חלקי הגוף; כירורגיה[5], שהיא הענף

[1] post-mortem examination או autopsy — מילה מורכבת משתי מילים יווניות: autos — עצמי; opsis — הסתכלות, היינו הסתכלות לעצם הגוף. [2] על המטרות השונות של נתיחת גוויה — ראה להלן ברקע המדעי. [3] מילה המורכבת משתי מילים יווניות: ana, קידומת הציינת מעלה, מטה או הרבה; temnein — לחתוך, היינו לחתוך בכיוונים שונים. [4] מילה המורכבת משתי מילים יווניות: pathos — מחלה; logos — מילה, תורה, היינו תורת המחלות. [5] מילה המורכבת משתי מילים יווניות: cheir — יד; ergon — עבודה, היינו

ברפואה העוסק בניתוחים; ורפואה משפטית[6], שהיא הענף ברפואה העוסק בהוכחות רפואיות הנוגעות לבעיות משפטיות, כגון חשד לרצח, או זיהוי גוויות.

ב. רקע היסטורי

יוון ורומא העתיקים — ניתוח מתים היה אסור אצל היוונים והרומאים העתיקים מטעמים דתיים. ואמנם אפילו גלינוס, שהיה מגדולי רופאי העולם העתיק, מעולם לא ניתח אדם מת, ורק פעם אחת בימי חייו ראה שלד שלם של אדם באלכסנדריה של מצרים. גלינוס שאב את כל ידיעותיו האנטומיות מניתוח קופים, ומחלקי שלדים של בני אדם שראה על שפת הנהר טיבר. היו אלו שאריות של מתאבדים, שרק אותם השליכו היוונים בלי קבורה על שפת הנהר, ואף אותם אסרו לנתח באותם ימים[7].

תרבויות עתיקות אחרות — איסורים דתיים דומים חלו גם בתרבויות המזרח העתיק, כמו בהודו, בסין ובסוריה[8].

מצרים העתיקה — הירופילוס והיראסיסטרטוס, שחיו במאה הרביעית לפני מניינם באלכסנדריה שבמצרים, היו הראשונים שניתחו גופות בני אדם מתים לצורך לימוד רפואה, לאחר שקיבלו רשות לכך מתלמי המלך. יש מי שכתב, שהטעם שהתפתח מדע האנטומיה בדרך של נתיחות לאחר המוות דווקא במצרים הוא בגלל הצורך שלהם לחנוט את המתים[9].

חכמי התלמוד היו בין הראשונים בהיסטוריה האנושית שניתחו גוויות של בני אדם, כדי ללמוד מהם פרטים רפואיים שיש להם השלכות הלכתיות.

דבר זה נמצא בשני מקורות בתלמוד: המקור האחד — "מעשה בתלמידיו של רבי ישמעאל, ששלקו זונה אחת שנתחייבה שריפה למלך, בדקו ומצאו בה מאתים וחמישים ושנים (איברים). אמר להם, שמא באשה בדקתם, שהוסיף לה הכתוב שני צירים ושני דלתות"[10]. יש להניח, שרבי ישמעאל בעצמו לא השתתף בניסוי בגלל היותו כהן[11], ולא יכול היה להיטמא למת[12]. יש מי שכתב, שהאשה הזו היתה נכרית, ולכן לא היה איסור לנתחה לאחר מותה[13]. המקור השני הוא מה שמסר רבי ישמעאל שניתחו את שפחותיה של קליאופטרה מלכת מצרים, כדי לדעת מתי נגמר עובר זכר ועובר נקבה[14].

הנצרות הקדומה נחשבת כגורם העיקרי

[6] forensic medicine. מלאכת-יד. [7] וראה עוד בס' הרפואה והיהדות עמ' 162-163, על הידיעות האנטומיות וביתור גוויות אצל היוונים הקדמונים. [8] הרפואה והיהדות, עמ' 163. [9] ד. מרגלית, דרך ישראל ברפואה, עמ' 476 ואילך. וראה עוד על הגישה המצרית הקדומה לנתיחת גוויות בס' הרפואה והיהדות, עמ' 161. [10] בכורות מה א. [11] חולין מט ב. [12] ראה בספר התלמוד וחכמת הרפואה, עמ' 237, על האמת ההיסטורית של מעשה זה. [13] שו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלו. וראה עוד במאמרו של הרב נ.ש. שכטר, נועם, ה, תשכ"ב, עמ' קסה ואילך. [14] תוספתא נידה ד יז, ונידה ל ב. וראה על משמעות מקור זה בס' הרפואה והיהדות, עמ' 164. וראה עוד התייחסות חיובית לביתור גוויות לצורכי לימוד רפואה בספרו של

למניעת התפתחות מדע האנטומיה, עקב התנגדותה החריפה לכל ביתור של גוויות בני אדם[15].

תחילת עידן ניתוחי מתים — ניתוחי מתים בצורה מסודרת החלו רק במאה ה-י״ג למניינם. בשנת 1238 הוציא הקיסר פרידריך השני פקודה, שאחת לחמש שנים ינתחו באוניברסיטה של סאלרנו באיטליה, שנחשבת לאוניברסיטה הראשונה בעולם, גווית אדם אחד בפומבי לתועלת לומדי הרפואה. למטרה זו השתמשו בגופות של עולי גרדום, וכן בחולים שנפטרו בבתי חולים. בשנת 1316 פורסם החיבור המודרני הראשון על אנטומיה על ידי הרופא מונדינו דה לוצי מבולוניה שבאיטליה (1323-1270), אשר נחשב כרופא המודרני הראשון שביצע נתיחות מתים לצורכי לימוד אנטומיה. הספר היה מבוסס על ביתורי גוויות בפומבי[16]. ביתורי הגוויות במאה ה-י״ד למניינם היו עדיין נדירות, והן נערכו בפומבי, בגופם של פושעים בלבד, ובעיקר באוניברסיטאות באיטליה. נתיחות אלו התנהלו כהצגות וכהילולות, כאשר המשתתפים בניסוי אוכלים ושותים[17]. הציבור הרחב לא ראה בעין יפה ניתוחים אלו, ולעתים אף נהג באלימות כלפי החוקרים[18].

אחד האישים הראשונים שביצע נתיחת גוויות לצרכי לימוד אנטומיה היה האמן הגאוני ליאונרדו די-וינצי (1519-1452).

האיש שנחשב לאבי האנטומיה המודרנית הוא אנדריאס וזאליוס (1564-1514), אשר ביצע נתיחות פומביות של גופות, ושינה את התפיסות האנטומיות המוטעות שהיו מקובלות מימי גלינוס.

ביתור גוויות כדרך מקובלת ללימוד האנטומיה נכנס לשיגרה אקדמית במרבית מדינות אירופה רק החל מהמאה ה-י״ז[19].

שוד קברים — בתחילת המאה ה-י״ט למניינם היה נפוץ מסחר בגוויות, ורבו שודדי קברים שהוציאו את הגוויות מקבריהן, ומכרו אותן בכסף רב לבתי ספר לרפואה ולחוקרים שונים. דבר זה היה נפוץ בצרפת, באנגליה ובארה״ב, והיה צורך לשכור שומרים מיוחדים, ולגדור את בתי הקברות[20]. גם בעידן המודרני התפרסמו אירועים שונים של גניבת איברים ממתים לצורכי לימוד ומחקר, ללא ידיעת בני המשפחה[21].

הסדרים חוקיים — במאה ה-20 למניינם החלו הסדרים חוקיים ביחס

פילון האלכסנדרוני — De Special. leg. III, 117. **[15]** ראה להלן ברקע האתי. **[16]** ראה Singer C: *The Evolution of Anatomy*, 1925, p. 73. **[17]** הרפואה והיהדות, עמ׳ 168. **[18]** ראה בספרו של הרב מיכאל גרייבר, נתוח המתים לצרכי למוד וחקירה מנקודת השקפת הדת הישראלית, תש״ג, עמ׳ טז. **[19]** הרפואה והיהדות, עמ׳ 168-169. **[20]** ראה הרפואה והיהדות, עמ׳ 176 175; מ. גרייבר, עמ׳ לא, והע׳ 1; Hutchens MP, *JAMA* 278:1115, 1997.

וראה בשו״ת עין יצחק חיו״ד סי׳ לג — ״היו מקרים שנגנבו בלילה כמה מתים מקבריהם לחתוך לצורכי הרפואה״. וראה גם שו״ת שערי ציון (שטרנפלד) סי׳ לא, שהסכים לשינוי צורת הקבורה על מנת למנוע גניבת גופות מתים יהודיים. **[21]** דוגמא לכך היא גניבת מאות לבבות מתינוקות שנפטרו בבית החולים Alder Hey Children's Hospital בבריסטול שבאנגליה, והעלמת מאות עוברים שנפטרו באותו בית חולים. לאחר גילוי ממצאים אלו בשלהי המאה

לנתיחת גוויות בכמה מדינות באירופה. ההסדר המקובל היה לנתח גופות של חולים עירירים שנפטרו בבתי חולים, אשר אין להם קרובים, ואשר לא הודיעו במפורש מחיים שהם מתנגדים לנתחם לאחר מותם[22].

ניתוחי מתים ביהודים בעבר — מתי ישראל היו מובאים לקבורה תמיד, אך בבתי החולים היהודיים בגרמניה היה כנראה מקובל לנתח מידי פעם מתים יהודיים באופן סודי, מבלי לגלות דבר לבני המשפחה, ומבלי שהדבר הגיע לידיעתם של הרבנים[23]. דבר זה כנראה לא היה קיים בארצות מזרח אירופה, ובעיקר בפולין, מקום שחברות הקדישא וחברות "חסד של אמת" למיניהן היו פעילות מאד, ודאגו שאפילו מתים שלא היו להם קרובים, ואפילו מתים עירירים שלא מבני ישראל, יובאו לקבורה[24].

בין הרופאים היהודיים המפורסמים בראשית העת החדשה היו שעסקו בעצמם בניתוחי מתים. ביניהם יש לציין את אמטוס לוזיטאנוס במאה ה-16 למניינם, ואת אברהם זכות לוזיטאנוס במאה ה-17 למניינם. יש המציינים את העובדה, שבשער הספר 'מעשי טוביה' משנת 1707 נמצא ציור המראה גוף פתוח באמצעיתו[25].

ראשית הדיון ההלכתי — בהלכה נידונה שאלת ניתוחי המתים לראשונה רק במאה ה-י"ח למניינם, בשנת תצ"ז (1737)[26], אלא שהדיון ההלכתי נגע רק בשאלה אם מותר ללמוד חכמת האנטומיה על גופות של כלבים בשבת, ורק בעקיפין נידונה שאלת ביתור גוויות אדם.

מספר שנים לאחר מכן, במחצית הראשונה של המאה ה-י"ט למניינם, החלו פוסקי ההלכה להתייחס לראשונה לעצם השאלה של ניתוחי מתים, כדי ללמוד על מחלתם של הנפטרים. הפוסק הראשון שדן בכך היה ר' יחזקאל לנדא[27], ואחריו נידונה השאלה על ידי ר' משה סופר[28]. היבטים הלכתיים עקרוניים ומיוחדים בשאלת ניתוחי המת נידונו בהרחבה בוויכוח בין שנים מפוסקי הדור ההוא, ר' יעקב אטלינגר[29], ור' משה שיק[30].

המשך הדיון ההלכתי — רק במאה ה-20 למניינם תפסה שאלת ניתוחי המתים מקום נרחב ביותר בדיון ההלכתי והציבורי במרכזים היהודיים השונים בעולם.

בארה"ב, בשנת תרע"ו (1916), עורר ד"ר חיים ספיוואק, רופא בבית החולים לחולי שחפת בדנוור קולורדו, את שאלת ניתוחי המתים, ופנה לאגודת הרבנים של

ה-20 נפתחה חקירה משטרתית ומשפטית, והאחראים לכך נענשו. **[22]** ראה גרייבר שם, עמ' כח-ל. **[23]** ראה גרייבר, עמ' כט. **[24]** גרייבר שם עמ' ל. **[25]** ראה בנידון בס' הרפואה והיהדות, עמ' 174-175. וראה שם בהע' 170, ביחס לשאלה אם הרמב"ם עסק בנתיחת מתים לצורך לימוד אנטומיה. **[26]** שו"ת שאילת יעבץ ח"א סי' מא. **[27]** בשו"ת נובי"ת חיו"ד סי' רי (התאריך לתשובה זו לא מצויין). וראה להלן בהרחבה. **[28]** בשו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלו, בשנת תקצ"ו (1836). **[29]** בחוברת שומר ציון הנאמן, חוב' קטז, יח כסלו, תרי"ב (1852), וחוב' קכג, כח אדר תרי"ב, פורסם בשו"ת בנין ציון סי' קע-קעא. **[30]** בחוב' שומר ציון

ארה״ב בשאלה זו[31]. הרב נחמיה מוזיסון[32] פירסם ״קונטרס בעד החיים אל המתים״, להתיר ניתוח מתים לצורך לימוד רפואה[33], והרב שמעון אלבוים משיקגו יצא נגדו בחוברת ״תשובה על דבר חנוטת המתים״[34]. באותה שנה הצטרפו רבנים אחדים בארה״ב לוויכוח על שאלת ניתוחי המת[35], ובשנת תרע״ז (1917) התפרסם גילוי דעת של חברי אגודת הרבנים בארה״ב נגד ניתוחי מתים לצורך לימוד ומחקר[36]. גילוי דעת זה התבסס על חוות דעת של וועדת רבנים מיוחדת שנבחרה על ידי אגודת הרבנים להכרעה בשאלת ניתוחי המתים. הוועדה היתה מורכבת מהרבנים שלום אלחנן הלוי יפה מניו-יורק, אברהם נחמן שווארץ מבולטימור, אליעזר סילבר מהריסברג, אליעזר מאיר פריל מטורונטו, ודב רעוועל מניו-יורק. הוועדה החליטה לאסור ניתוחי מתים, ואגודת הרבנים אישרה את החלטתם.

בפולין הפכה שאלת ניתוחי המתים לבעייתית במיוחד החל משנת תרפ״ב (1922). באותה שנה דרשו מנהלי האוניברסיטאות בוורשה, וילנה ולבוב, שהסטודנטים היהודיים לרפואה יספקו גופות של יהודים ללימוד אנטומיה, שאם לא כן לא יאפשרו ליהודים ללמוד רפואה. עניין זה אף גרם לפרעות ביהודים, ושימש טוענה לאנטישמים להתנפל על היהודים. לאור זאת פנו מספר עסקנים מהעיר קרקוב לרבנים רבים בפולין בשנת תרפ״ד (1924) לברר את עמדת ההלכה בנידון. כל הרבנים שנשאלו על כך הכריעו לאיסור[37]. בשנת תרפ״ז (1927) התכנסו רבני פולין לוועידה על הנושא, ואף הם החליטו לאיסור[38], ופירסמו גילוי דעת נגד ניתוחי מתים לצרכי לימוד ומחקר[39]. אכן, תוך מספר שנים נפרצה הגדר, ומתי ישראל נמסרו למחלקות לאנטומיה בבתי הספר לרפואה בלבוב (בשנת 1922), בוורשה (בשנת 1929), ובווילנה (בשנת 1930)[40]. וועד הרבנים של וורשה פרסם החלטה ביום טז בשבט תר״ץ (1930), ״שלמרות גודל הנחיצות של מתים לצורך לימוד הרפואה הנוגע לפיקוח נפש של האנושיות, אין אנו רואים שום מקור ויסוד למצוא היתר לעכב קבורת המת ולהלינו ולנוולו בידים על פי דיני תורתנו הקדושה״[41]. המאבק בנושא ניתוחי המתים בפולין הלך וגבר, כאשר האוניברסיטאות חזרו ודרשו מהסטודנטים היהודיים לרפואה לספק להם גוויות של יהודים ללימוד אנטומיה, אחרת יגורשו מהאוניברסיטאות, ולא יורשו ללמוד

הנאמן חוב׳ קכא, ל שבט תרי״ב, פורסם בשו״ת מהר״ם שיק חיו״ד סי׳ שמז-שמח. **[31]** ראה שו״ת מלכי בקודש ח״ג עמ׳ 6 ואילך. **[32]** עורך העתון Jewish Tribune בפורטלנד שבאורגון. **[33]** ראה גרייבר שם, עמ׳ מא. **[34]** גרייבר, עמ׳ מא. **[35]** הוויכוח בין רבני אמריקה התנהל במשך מספר שנים מעל דפי המאסף התורני יגדיל תורה (משנה ח, תרע״ו עד שנה י, תרע״ט) — ראה בסקירה הביבליוגרפית של הרב ק. כהנא, ספר אסיא, ו, תשמ״ט, עמ׳ 303 ואילך, אות יא. **[36]** יגדיל תורה, שנה ט, קונ׳ א, ניסן תרע״ז. **[37]** ראה על ׳אוסף קראקא׳ בספרו של גרייבר עמ׳ לב ואילך. **[38]** ראה שו״ת אור המאיר סי׳ עד; ירחון שערי ציון, אייר-סיון, תרפ״ז, שנה ז סי׳ מג, ושם נכתב שהסכימו לאיסור גם הג״ר דן רפאל פלאצקי, והג״ר דוד שפירא מקאוונא. **[39]** שערי ציון, סיוון תרפ״ז. **[40]** ראה גרייבר, עמ׳ מח. **[41]** ההחלטה מצוטטת במלואה

רפואה. ואמנם בשנת תרצ״ו (1936) נקבע באופן רשמי בפקולטה לרפואה של פוזנן ״שהמועמדים בני דת משה לא יוכלו לגשת אל הבחינות, מפני שהקהילה היהודית לא המציאה מתי ישראל״. נציגי היהדות הדתית עמדו בתוקף נגד כפיה זו, אך בהדרגה חל כרסום במצב, ומתים יהודים שונים אמנם נמסרו לנתיחה לצורך לימוד אנטומיה[42].

בישראל עלתה הבעיה בחריפות רבה בעקבות הקמתה של האוניברסיטה העברית, שקמה בירושלים בשנת תרפ״ה (1925). במשך כעשרים שנה התעכבה פתיחתה של פקולטה לרפואה באוניברסיטה העברית בגלל הקושי למציאת פתרון הולם לבעית ניתוחי המתים. באביב תרפ״ח נפטר פרופ׳ דולזנסקי, שהיה מייסד כתב העת ״הרפואה״, בגלל דלקת מוגלתית בדרכי המרה והכבד. לפני מותו הוא ציווה את גופו למדע, ולאחר מותו בוצעה נתיחה בגוויתו בהסכמת הרבנות הראשית בירושלים. דבר זה נעשה על פי הסבר שניתן לרבנים שיש בנתיחה זו תועלת לחולים דומים לו. הוא גם דרש שהשלד שלו יימסר לרשות המכון לאנטומיה, אך דבר זה לא מומש, כי לא היה קיים באותה עת מכון כזה[43]. על פי הנתונים מאותה תקופה היו מבצעים ניתוחי מתים מזמן לזמן, אך רק כאשר קרובי המת הסכימו לכך, ולאחר שהבהירו לרבני העיר שהדבר

בספרו של גרייבר, עמ׳ מט. **[42]** על השתלשלות העניינים משנות ה-30 ואילך בפולין — ראה בספרו של גרייבר עמ׳ נ ואילך. **[43]** י.ל. רוקח, הרפואה, 28.4.1930. **[44]** י.ל. רוקח, שם. **[45]** ראה תשובתו בהמשכים של

נחוץ לגילוי מחלות ומניעתן. במקרים אלה לא היתה התנגדות מצד הרבנות[44].

בשנת תש״ז (1947), בעת הייסוד בפועל של הפקולטה לרפואה באוניברסיטה העברית, פנו הנהלות האוניברסיטה וההסתדרות המדיצינית הדסה בשאלה בנידון לרבנות הראשית לישראל[45]. במשא ומתן שהתקיים בין הרב הראשי לישראל, הגריא״ה הרצוג, והרב הראשי לירושלים הגרצ״פ פרנק, לבין הנהלת ״הדסה״, בראשותו של מנכ״ל הדסה פרופ׳ יסקי, הושג הסכם לפיו מותרים ניתוחי מתים בתנאים הבאים: כאשר יש בהם צורך לרפואה משפטית; כאשר לא ניתן היה להגיע לאבחנת סיבת המוות בחיים, ובתנאי שהדבר יאושר בכתב על ידי שלושה רופאים; כאשר הנתיחה עשויה להציל חיים של חולים אחרים בפועל, ובתנאי שהדבר יאושר בכתב על ידי שלושה רופאים; כאשר הנתיחה דרושה לבירור מחלה תורשתית לשמירת בריאותם של קרובי הנפטר שנותרו בחיים. כל זאת בתנאי שינהגו בגופה בכבוד הראוי בעת ביצוע הנתיחה, ובתנאי שימסרו לחברה קדישא לקבורה את הגופות על כל חלקיהן[46]. כמו כן נקבע בהחלטת הרבנות הראשית לארץ ישראל במועצתה המורחבת, שאין הרבנות הראשית מתנגדת שבגופותיהם של אלה אשר הסכימו לזה מחיים בכתב, חתום על ידיהם מרצונם הטוב, ישתמשו לניתוחים

הגריא״ה הרצוג, קול תורה, סיוון-תמוז תש״ז עד ניסן-אייר תש״ט, שנה א-ג; שו״ת משפטי עוזיאל ח״א חיו״ד סי׳ כח-כט; שו״ת ישכיל עבדי ח״ו חיו״ד סי׳ יט; שו״ת ציץ אליעזר ח״ד סי׳ יד. **[46]** ראה נוסח ההסכם בנספח לערך זה.

אנטומיים לצורכי לימוד הרפואה בבית הספר לרפואה, בתנאי שישמרו על החלקים המנותחים להביאם לקבורה בכבוד כדין תורה[47].

במשך הזמן החלו לבצע ניתוחי מתים בישראל ללא הסכמת הרבנים, ואף ללא הסכמת הקרובים[48]. התנהלו מאבקים פוליטיים וציבוריים חריפים ואף אלימים, ולשם כך הוקמה וועדה ציבורית להגנת כבוד האדם, אשר פרסמה במשך תקופה ארוכה בטאון מיוחד בשם "במאבק על כבוד האדם". הדים למצב בארץ הופיעו בעתונות הכללית בארץ ובתפוצות, ואפילו בספרות המקצועית העולמית[49]. לפיכך, בחודש טבת תשכ"ב (1962) הוקמה על ידי משרד הבריאות וועדה מיוחדת של רופאים ורבנים בהרכב הבא: הרבנים — הגר"י אריאלי, והגר"א כהנא שפירא; הרופאים — פרופ' ח. אונגר, פרופ' א. דה-פריס, ד"ר מ. חן, ד"ר מ. יהל, פרופ' ח. שיבא, ד"ר פ. שלזינגר. כמו כן השתתפו העו"ד נ. ליפשיץ, ד"ר מ. מאיר, עו"ד א.ל. גלובוס, ועו"ד ש. רוזנטל. ד"ר יהל נבחר כיו"ר הוועדה. הוועדה דנה בהיבטים הרפואיים, ההלכתיים והציבוריים של הבעיה. הוועדה נפגשה עשרות פעמים, ושמעה עדויות של 14 מומחים שונים. הוועדה הציעה תיקונים לחוק האנטומיה והפתולוגיה, שעל פיהם

יוגבלו הנתיחות לאחר המוות רק למקרים שצפויה תועלת להצלת חיים, או לצורך השתלת איברים, וכמו כן דרשה את הבטחת מעמדה של המשפחה בהחלטה אם לנתח את המת, למעט מצבים שבאי הנתיחה יש חשש לפגיעה בציבור, או שיש חשש שנעשתה טעות רפואית משמעותית בטיפול בחולה. הצעות אלו עברו שינויים והתאמות שונות, ודיונים רבים בכנסת ובממשלה[50]. כל ההצעות למיניהן נדחו במשך שנים, ובעיקר היתה התנגדות חריפה מצד הרופאים לתקן את החוק על ידי תוספת הדרישה להסכמת המשפחה. התנגדותם נבעה מתוך הנחה, שבמקרה כזה ירד אחוז הנתיחה לפחות מ-10%, בגלל הצפי להתנגדות עזה של משפחות לניתוחי מתים.

בשנת תשכ"ו (1966) התפרסמו גילויי דעת של רופאים דתיים, ושל אגודת אנשי מדע שומרי תורה, בקריאה לחברי הכנסת לחוקק חוק שימנע נתיחות מתים ללא הסכמה מפורשת של המשפחה, להקפיד על נתיחות הכרחיות בלבד, ולנהוג כבוד במת[51].

ביום א' דר"ח מרחשון תשכ"ז (1967) התפרסם פסק דין של רבני ישראל בעניין ניתוחי מתים, וזהו נוסח פסק הדין:

[47] ראה — מ.ד. זילברשטיין, יבנה, ניסן תש"ט, עמ' 214 ואילך; שו"ת ציץ אליעזר ח"ד סי' יד. על הרקע להסכם זה — ראה הרב ק. כהנא, המעין, ז(ב), טבת תשכ"ז, עמ' 49. תנאים אלו הפכו להיות חוק האנטומיה והפתולוגיה משנת 1953 — ראה בנספח. **[48]** ראה גרייבר, עמ' נו-נז. **[49]** ראה — Sohn D, *NY State J Med* 68:398, 1968 ;Medical World News, June 1967, p. 45 ;Rosner F, *Tradition* 11:43, 1971. **[50]** ראה על הנוסחאות השונות בספר Rosner F, *Modern Medicine and Jewish Ethics*, 1986, Ch. 20. **[51]** ראה תורה ומדע, ד, מנחם אב תשל"ד, עמ' 88-90; ספר אסיא, א, תשל"ו, עמ' 208-209.

״בהיות שגדלה הפירצה בניתוחי מתים, אנו מביעים דעתנו כי ניתוח מתים בכל דרך שהיא, אסור לפי דין תורה. ואין מקום להיתר אלא באופן של פיקוח נפש מיידי, וזאת רק בהסכמה לכל מקרה ומקרה של רב מובהק המוסמך לכך. פסק דין זה מהווה אזהרה נגד חקיקת חוק בניגוד להאמור בו״.

חתמו על פסק דין זה 356 רבנים, דיינים, וראשי ישיבות מכל גווני הציבור הדתי, ובראשם שני הרבנים הראשיים דאז, הגר״י ניסים, והגרא״י אונטרמן, ועמם הגר״י אברמסקי, נשיא וועד הישיבות.

מועצת הרבנות הראשית לישראל התכנסה ביום כט בניסן תשכ״ז (1967), בהשתתפות חברי הרבנות הראשית, דייני בית הדין הרבני הגדול, ורבנים מערי ישראל לדיון בבעיית ניתוחי המתים. המועצה החליטה:

״א. לא ייתכן כל הסדר של פשרה בשאלת ניתוחי המתים בניגוד לדין.

ב. המועצה קובעת, כי ניתוח אדם לאחר מותו שלא הסכים בכתב במפורש לניתוחו, או משפחתו לא הסכימה בכתב לניתוח מהווה כפייה לעבור על הדת״.

בחנוכה תשכ״ח התפרסמה ״קריאת קודש של גדולי ומאורי הדור שליט״א בארץ ובתפוצות״, אשר קראה לכל אחד ואחד לפעול ולעשות כפי כוחו לסייע

בפעולות למניעת הגזירה של ניתוחי מתים בארץ ישראל. על קריאה זו חתמו 38 ראשי ישיבות ואדמורי״ם מישראל, והצטרפו אליהם 15 רבנים מאירופה, ו-22 ראשי ישיבות ואדמורי״ם מארה״ב.

הוויכוחים והדיונים הציבוריים ביחס לניתוחי מתים בישראל היו מהחריפים והחמורים שידעה המדינה, וכללו הפגנות אלימות, עצרות המוניות, חוברות הסברה, כתבי פלסתר, מאבקים בכנסת, ומשברים ממשלתיים. נוצר משבר אימון חמור ביותר בין הרבנים לבין קהילית הרופאים סביב נושא זה, ונאמנות הרופאים נפגעה בצורה חמורה בעיני הרבנים[52]. היו ידיעות כי רופאים חותמים על מסמכי הסמכה לביצוע נתיחות לאחר המוות בצורה עיוורת ומראש, כדי למלא באופן רשמי את דרישת החוק לחתימת שלושה רופאים, אך מבלי לבדוק את נחיצות הנתיחה. מאידך, היתה התנגדות חריפה מצד הרופאים להרשות נוכחות רבנים, או רופאים דתיים מטעם הרבנות, שישתתפו בתהליכי קבלת ההחלטות לביצוע נתיחות. מצב זה הביא להחמרה באיסור הנתיחות אפילו במצבים שמצד ההלכה יש להם היתר. המאבקים הציבוריים החריפים והממושכים הביאו בסופו של דבר לתיקון חוק האנטומיה והפתולוגיה בשנת 1980, אשר כלל בעיקר את הדרישה לקבלת הסכמת המשפחה לכל נתיחה[53].

היקף הדיון ההלכתי — מאז תחילת הדיון ההלכתי בנושא ניתוחי המתים

[52] ראה — הרב י. יעקובוביץ, תורה שבעל פה, ו, תשכ״ד, עמ׳ סא ואילך. **[53]** ראה בנספח.

נכתבו מאות תשובות בנידון[54]. כמו כן כמעט כל הבטאונים ההלכתיים בארץ ובעולם הקדישו מקום נרחב לדיונים בין רבני הדור בסוגיה זו[55].

ג. רקע מדעי

מטרות הנתיחה לאחר המוות[56]:

לימוד והכשרה של סטודנטים לרפואה ומתמחים ברפואה — מטרה זו מתחלקת למספר תת-קבוצות: לימוד אנטומיה, היינו המבנה התקין של איברי הגוף ורקמותיו השונים; לימוד פתולוגיה, היינו הסטיות במבנה התקין של מערכות הגוף, והסיבות למחלות; רכישת מיומנות ניתוחית למתמחים במקצוע הכירורגיה.

איבחון המחלה ממנה נפטר החולה — מטרה זו מתחלקת למספר תת-קבוצות: ניטור וביקורת אודות נכונות או אי-נכונות הממצאים ושיקולי הדעת הרפואיים בעת היות הנפטר בחיים, והסקת מסקנות לימודיות על הטיפול בו, בכדי לשפר את רמת הטיפול הרפואי של הרופא; לימוד התופעות החולניות בחולה שנפטר, כדי לסייע בטיפולם של חולים עם מחלות דומות; בירור מצבים תורשתיים, כדי לסייע לקרובי הנפטר.

מחקר רפואי — למטרה זו מספר תת-קבוצות: חקר גורמי המחלות ואופני התפתחות המחלות; זיהוי ואיפיון מחלות חדשות; בירור והכרת תופעות הלוואי וההשפעות של תרופות וטיפולים ניסיוניים; בדיקת היעילות והאמינות של שיטות איבחון חדשות; רכישת ידע אפידמיולוגי, היינו לימוד התחלואה באוכלוסיות מסויימות מבחינת הגיל, המין, המוצא וכיוצ״ב; וחקר מחלות זיהומיות וסביבתיות.

רפואה משפטית — מטרה זו מיועדת לסייע לבית המשפט בקביעת סיבת המוות, כאשר הוא קרה בנסיבות בלתי טבעיות. דבר זה חשוב בקביעת מעשים פליליים שהביאו למותו של האדם במשפטי רצח, וכן בקביעת זכאותם של

[54] סקירה ביבליוגרפית רחבה וממצה על התשובות הנוגעות לשאלת ניתוחי מתים פורסמה על ידי הרב קלמן כהנא לראשונה בחוברת המעין, ז(ב), טבת תשכ״ז. לאחר מכן נוספו על ידו השלמות בהמעין, ז(ג), ניסן תשכ״ז; תורה ומדע, ד(ב), מנחם-אב, תשל״ד, עמ׳ 92 ואילך; ספר אסיא, ו, תשמ״ט, עמ׳ 303 ואילך. מאז סקירתו הממצה נוספו עוד תשובות ומאמרים חשובים בנידון. **[55]** שומר ציון הנאמן, בשנים תרי״ב-תרט״ז (בסקירה הביבליוגרפית של הרב ק. כהנא, אות ג); יגדיל תורה, ניו-יורק, בשנים תרע״ו-תרע״ט (ק. כהנא, שם, אות יא); תל תלפיות, בודפסט, משנים תרפ״ד-תרפ״ה (ק. כהנא, שם, אות טו); שערי ציון, ירושלים, שנים תרפ״ה-תרפ״ז (ק. כהנא, שם, אות טז); הפוסק, תל-אביב, משנת תש״א (ק. כהנא, שם, אות מב); הפרדס, שיקגו, שנת תש״ב (ק. כהנא, שם, אות מג); קול תורה, ירושלים, בשנים תש״ז-תשט״ו (ק. כהנא, שם, אות נ); אור המזרח, ניו-יורק, בשנים תשט״ז-תשל״ג (ק. כהנא, שם, אות סא); נועם, ירושלים, תש״ך-תשל״ח (ק. כהנא, שם, אות סז); הדרום, ניו-יורק, בשנים תשכ״א-תשכ״ח (ק. כהנא, שם, אות עא); סיני, ירושלים, בשנים תשכ״ד, תשל״א (ק. כהנא, שם, אות עד); המעין, ירושלים, בשנים תשכ״ז-תשמ״א (ק. כהנא, שם, אות פב); אסיא, ירושלים, בשנים תש״ל-תשל״ח (ק. כהנא, שם, אות פט). כמו כן נדפסו מאמרים בודדים בנושא זה בבטאונים נוספים. **[56]** ראה

יורשיו לדמי ביטוח חיים. כמו כן נעשים לעתים נתיחות לאחר המוות כדי לזהות את המת[57].

השתלת איברים — נתיחה להשגת חלקים מן המת, כדי לטפל באנשים החסרים חלקים אלו[58].

חשיבות הנתיחה לאחר המוות — אין ספק שהנתיחות לאחר המוות תרמו תרומה חשובה מאד להתקדמות מדע הרפואה על ידי ביסוס הידע האנטומי והפתולוגי והעמקתו, ועל ידי שיפור הבקרה הרפואית על אבחנות רפואיות מוטעות. ואמנם בעבודות שונות הודגמו טעויות באבחנה הקלינית בהשוואה לממצאים בנתיחה שלאחר המוות בשיעור של כ-50%[59]. מרבית הטעויות היו בעלי ערך אקדמי בלבד, ללא משמעות טיפולית, אך בכ-10% היו הטעויות בעלי משמעות מעשית[60]. אחוז זה של טעויות לא השתנה במשך כשלושים שנה, למרות השינויים המדעיים הכבירים ברפואה באותה תקופה[61]. עובדה זו ממשיכה להיות נכונה אפילו בשנים האחרונות, למרות שיפורים איבחוניים הולכים וגדלים. מצד אחד, מעוררת עובדה זו ספק בתועלת המעשית של הנתיחות לאחר המוות, שהרי למרות הנתיחות המרובות שבוצעו לא חל שיפור ביכולת האיבחון הקליני. אך מאידך גיסא ניתנו מספר הסברים לעובדה זו, אשר מוכיחים את הצורך בהמשך הנתיחות: ירידה בשגיאות ישנות לעומת עליה בשגיאות חדשות, על רקע של איבחונים מתקדמים; עליה בשגיאות של גילאים מבוגרים יותר, עם העליה בגיל הנפטרים; עליה במספר הטעויות של בתי חולים קהילתיים לעומת בתי חולים אוניברסיטאיים, ועוד.

ירידה בשיעור הנתיחות לאחר המוות — בשנים האחרונות מסתמנת ירידה משמעותית במספר נתיחות המתים בכל העולם[62]. לדוגמא: בארה״ב בשנת 1946 היה שיעור הנתיחות לאחר המוות בבתי החולים 50%, בשנת 1964 — 41%, בשנת 1975 — 22%, ובשנת 1989 — 11.5%[63]; בסקוטלנד — ירידה מכ-50% בשנת 1961, לכ-23% בשנת 1974[64]; באנגליה ובווילס שיעור הנתיחה לאחר

ד. ארליך, תורה ומדע, ד:73, תשל״ד; Roberts WC, *N Engl J Med* 299:332, 1978. **[57]** על תולדות הענף של רפואה משפטית ומטרותיה — ראה Cordner SM, *Lancet* 344:799, 1994. על שיטות העבודה של ענף רפואי זה ראה — Randall BB, et al, *Arch Pathol Lab Med* 122:1056, 1998. **[58]** ראה ע׳ השתלת אברים. **[59]** ראה — Goldman L, et al, *N Engl J Med* 308:1000, 1983; McPhee SJ and Bottles K, *Am J Med* 78:107, 1985; Landefeld CS, et al, *N Engl J Med* 318:1249, 1988. **[60]** Goldman, שם. וראה עוד — Britton M, *Acta Med Scand* 196:211, 1974; וולמן מ, הרפואה, קו:48, 1984; Lauder I, *BMJ* 303:1214, 1991. **[61]** Goldman, שם; Hill RB and Anderson RE, *Ca Cancer J Clin* 42:456, 1992. **[62]** ראה — Roberts WC, *N Engl J Med* 299:332, 1978; McPhee SJ & Bottles K, *Am J Med* 78:107, 1985; Council on Scientific Affiars, *JAMA* 258:364, 1987; Boers M, *Am J Med* 86:322, 1989; Hill RB & Andersson RE, *Milbank Q* 69:51, 1991. **[63]** Roberts WC, *N Engl J Med* 299:332, 1978; Pollock DA, et al, *JAMA* 269:1525, 1993; Lundberg GD, *JAMA* 271:317, 1994. **[64]** Cameron HM, et al, *BMJ* 1:1577, 1977.

המוות בסוף שנות ה-80 היה כ-25%, מתוכם כ-90% היו לפי דרישת חוקר מקרי מוות[65]; בצרפת ירד שיעור הנתיחה לאחר המוות מ-15.4% בשנת 1988 ל-3.7% בשנת 1997[66]. גם בישראל חלה ירידה משמעותית בשיעור הנתיחות לאחר המוות, ולדוגמא בבית החולים שיבא בתל-השומר היתה ירידה מ-700 נתיחות לשנה בשנות ה-50 של המאה ה-20 ל-150 נתיחות בשנה בשנות ה-80[67]. שיעור נתיחות המתים בבתי חולים בישראל בשלהי המאה ה-20 עומד על אחוזים בודדים בלבד.

אמנם שיעורי הנתיחה לאחר מוות בגין פציעה/חבלה או חשד לרצח/התאבדות הוא גבוה בהרבה, ונע בין המדינות בארה"ב בין 60%-100%[68].

הירידה בשיעור הנתיחות לאחר המוות כוללת גם את היילודים, ובסקר גדול שפורסם בראשית המאה ה-21 בארה"ב נמצא כי בעוד שבשנים 1984-1988 היה שיעור הנתיחה לאחר המוות של יילודים בגובה 71.2%, הרי שבשנים 1989-1993 היה השיעור רק 47.7%[69], אם כי על פי סקרים אחרים עדיין היה שיעור הנתיחה של יילודים יותר מ-70%[70]. באנגליה, למרות המלצות הקולג' המלכותי של רפואת נשים ומיילדותית והקולג' המלכותי של הפתולוגית, שיש לשאוף ל-100% נתיחות של עוברים או יילודים מתים, ואין לקבל שיעור פחות מ-75%, הרי שבפועל יש אזורים שבהם שיעור הנתיחות של עוברים ויילודים מתים הוא פחות מ-50%[71].

יש לציין, כי נתיחת עוברים שנפלו או יילודים שמתו, יכולה לתרום להבנת סיבת המוות באחוזים ניכרים מעבר להערכה הקלינית. במחקר אחד נבדקו תוצאות הנתיחה לאחר המוות של עוברים שנפלו אחרי שבוע הריון 20, ושל יילודים עד גיל חודש שנפטרו בתוך 48 שעות מלידתם. נמצא כי ב-44.7% מכלל הנתיחות נמצאו ממצאים משמעותיים שהיו שונים מהאבחנה הקלינית לפני הנתיחה, או שהוסיפו נתונים משמעותיים על הנתונים הקליניים הראשוניים[72].

סיבות לירידה בשיעור הנתיחות לאחר המוות — החוקרים מציינים מספר סיבות לירידה המשמעותית בשיעור הנתיחות לאחר המוות: התנגדות המשפחות בגלל סיבות דתיות, רגשיות, חברתיות ואחרות. אכן מגמות אלו בוודאי אינן אחידות

שונים בנידון — ראה Editorial, *Lancet* 344:1517, 1994. **[68]** Pollock DA, et al, *JAMA* 269:1525, 1993. **[69]** Kumar P, et al, *Arch Pediatr Adolesc Med* 154:38, 2000. **[70]** Saller DN, et al, *JAMA* 273:663, 1995. **[71]** Cartlidge PHT, et al, *BMJ* 310:155, 1995. וראה גם Chiswick M, *BMJ* 310:141, 1995. **[72]** Saller DN, et al, *JAMA* 273:663, 1995.

[65] Ashworth TG, *J Clin Pathol* 44:265, 1991. **[66]** Chariot P, et al, *Arch Pathol Lab Med* 124:739, 2000. **[67]** א. ברשק וי. קופולוביץ, הרפואה קלד:807, 1998. וראה עוד סיכומי נתונים על הירידה בשיעור נתיחות לאחר המוות בעולם — Svendsen E and Hill RB, *Arch Pathol Lab Med* 111:846, 1987. במדינות אחדות נמצאה ירידה ניכרת בשיעורי הנתיחה לאחר המוות בעקבות חקיקת חוקים

בעולם, ובמדינה כמו שבדיה דווח כי 84% מהאוכלוסיה מסכימים לנתיחה אחר המוות בגופם; 80% מסכימים לכך ביחס לקרוב משפחה; אך רק 15% מסכימים לתרום את גופם ללימוד אנטומיה[73]. באנגליה, 35% מהמשפחות של נפטרים סרבו להסכים לניתוח קרובם המת[74]. וביחס ליילודים נמצא סקר אחר שבו הסכימו 62% מההורים לנתיחה לאחר המוות של יילודים שנפטרו בשלהי המאה ה-20[75]; חוסר מוטיבציה של הקלינאים לבקש נתיחות לאחר המוות, בגלל ההערכה שהן לא יקדמו את ידיעותיהם, או בגלל החשש לגלות את טעותם, או בגלל חשש לתביעות על רשלנות רפואית; שינויים דמוגרפיים במיקום מותם של חולים, כאשר יותר חולים מתים בתיהם או במוסדות לזקנים, ולא בין כתלי בתי חולים; חוסר מוטיבציה של הפתולוגים לבצע נתיחות לאחר המוות בגלל המאבקים הכרוכים בהשגת הסכמה לנתיחות כאלו, חוסר תיגמול מתאים, והתעניינותם בשטחי מחקר אחרים; עלות גבוהה של נתיחות לאחר המוות, שבדרך כלל לא מתוגמלות על ידי חברות ביטוח או מענקי מחקר[76].

אכן, הסיבה העיקרית לירידה בשיעור הנתיחות לאחר המוות נובעת מההנחה שיש תועלת מועטה בנתיחות אלו כיום,

[73] ראה Sanner M, *JAMA* 271:284, 1994. **[74]** Cameron HM, et al, *BMJ* 281:985, 1980. **[75]** McHaffie HE, et al, *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 85:F4, 2001. **[76]** ראה Roberts WC, *N Engl J Med* 299:332, 1978. וראה עוד Thomas KB and Weller RO, *BMJ* 308:1054, 1994. **[77]** ראה

לאור ההתקדמות הרבה שחלה בשנים האחרונות באמצעי איבחון, הדמייה והמחשה. ביתר פירוט — לצורכי הוראת אנטומיה ופתולוגיה ניתן להשתמש כיום באמצעי המחשה משוכללים, שאינם נופלים מהבדיקות הנעשות בגוף המת, ולעיתים אף עולים עליהם. במיוחד יש לציין דגמים משוכללים, ותוכנות מחשב מתוחכמות. לאור זאת גם השתנה החוק בארה״ב, ואין בתי החולים חייבים עוד לבצע ניתוחי מתים כדי לזכות להכרה ולסינוף אוניברסיטאי[77]; לצורכי איבחון קליני של מחלות ניתן להגיע כיום לדיוק רב בעוד החולה בחיים בעזרת בדיקות ואמצעים משוכללים: אמצעי הדמייה משוכללים, כגון אולטרא-סאונד, טומוגרפיה ממוחשבת, תהודה מגנטית ועוד, בדיקות מעבדה מתוחכמות בדם, בשתן, בצואה, בנוזל השדרה וכיו״ב, הכוללות בדיקות תססים[78], בדיקות גנטיות, בדיקות זיהומיות וכיו״ב, בדיקת דגימות מרקמות שונות באזורים שונים בגוף[79], וכיו״ב[80].

יתר על כן, נדיר מאד שהקלינאי אשר טיפל בנפטר בחייו יהיה נוכח בעת הנתיחה שלאחר המוות[81], ובדרך כלל מגיעות תוצאות נתיחה כזו לידיעת הקלינאים מאוחר, וללא יכולת יישומית ולימודית יעילה[82]; בדרך כלל אין

Goldman L, et al, *N Engl J Med* 308:1000, 1983. **[78]** enzymes. **[79]** biopsy. **[80]** ראה מאמרו של ד. ארליך, אסיא, ו, תשמ״ט, עמ׳ 290. וראה *JAMA* 233:441, 1975. **[81]** ראה Lauder I, *BMJ* 303:1214, 1991. **[82]** ראה Whitty P, et al, *BMJ* 303:1244, 1991.

בתוצאות הנתיחה חידושים לעומת מה שהיה ידוע או לא ידוע לפני מותו של המנותח; מצב שכיח הוא שדווחי הפתולוגים לוקים בחסר, והם שטחיים וקצרים, כך שאינם משיגים את המטרה שלשמם נדרשה הבדיקה[83]; לעיתים קרובות אין הנתיחה מספקת תשובות לשאלות שהקלינאי שאל[84].

ואמנם לא מעטים הם הרופאים, המדענים ואפילו הפתולוגים אשר סבורים כי הצורך בנתיחות לאחר המוות הצטמצם ביותר בשנים האחרונות[85].

צורך בנתיחות — לעומת זאת, סבורים הפתולוגים כי גם בעידן המודרני הנוכחי יש עדיין חשיבות רבה לנתיחות לאחר המוות, ולא רק ללקיחת דגימות מרקמות (ביופסיה) אלא לנתיחות מלאות[86]. חוקרים רבים מתריעים על ההשפעה השלילית שיש למיעוט הנתיחות לאחר המוות על הנתונים האפידמיולוגיים של מחלות שונות, ובעיקר מחלות ממאירות[87]. הירידה בשיעור הנתיחות לאחר המוות משפיעה באופן שלילי גם על המחקר הרפואי, ובעיקר בתחומים חדישים של הרפואה, כמו מחלת איידס, השתלות איברים, תרופות נגד מחלות ממאירות, וכן מחקרים הנוגעים לתהליכי הזדקנות[88].

חשיבות מיוחדת יש לנתיחות של עוברים ויילודים מתים כדי לברר את סיבת מותם, שלעתים יש לכך השלכות לגבי ההריונות הבאים, ולגבי קרובי משפחה אחרים, בעוד שלא ניתן לברר את סיבת המוות של העוברים או היילודים בדרכים אחרות[89].

הגברת מודעות לנתיחות — אי לכך הוצעו דרכים שונות להגברת המודעות לצורך בנתיחות, ולשיטות שונות לקבלת הסכמות רבות יותר לנתיחה[90].

יש מהמדענים והרופאים הסבורים, שיש לשאוף לשיעור של 100% נתיחות מתים. גישה זו איננה מוצדקת לא מבחינה מדעית, ולא מבחינה אנושית. שכן נתיחות רבות וחוזרות באותה מחלה אינן מוסיפות דבר, כמו שחזרה על ניסוי מוכח אלף פעמים, לא מוסיפה דבר במקום שפעמים בודדות מספיקות[91].

יש שהציעו שעל הפתולוגיה להתרכז במספר מוגבל של נתיחות, שלא ניתן היה להגיע לתוצאות מתאימות בעוד הנפטר בחיים, וכאשר צפוי שהנתיחה תתרום

[83] ראה — Lauder I, *BMJ* 303:1214, 1991.
[84] ראה — Edwards JE, *Mayo Clin Proc* 56:457, 1981.
[85] ראה — Angrist A, *JAMA* 193:86, 1965; Davidson CS, *JAMA* 193:813, 1965; Cameron HM, et al, *BMJ* 1:1577, 1977; Goodale F, *Am J Clin Pathol* 69:260, 1978; Abronheim JC, et al, *JAMA* 250:1182, 1983; Geller SA, *Sci Am* 248:110, 1983.
[86] ראה לדוגמא — Kleiner DE, et al, *Lancet* 346:945, 1995.
[87] Veress B and Alafuzoff I, *Hum Pathol* 25:140, 1994; Szende B, et al, *Hum Exp Toxicol* 13:671, 1994.
[88] Editorial, *Lancet* 344:1517, 1994.
[89] Saller DN, et al, *JAMA* 273:663, 1995.
[90] ראה — Saracci R, *BMJ* 303:898, 1991; Hershey CO, *Am J Med* 92:82, 1992; Lauder I, *BMJ* 303:1214, 1991.
[91] Wearn JT, *J Med Education* 36:113, 1961; King LS, *JAMA* 191:1078, 1965.

תרומה משמעותית[92].

יש המציעים לנצל את ניתוח המת המבוצעים כחלק מהרפואה המשפטית לצורך מחקר רפואי-פתולוגי. אכן, יש מדינות שאסרו באופן חוקי את השימוש ברקמות שנתקבלו ברפואה משפטית לצרכים שאינם נוגעים ישירות למטרת הנתיחה המשפטית[93]. בין המומחים ברפואה משפטית חלוקות הדעות על המוסריות בשימוש בחלקי גופה ממתים שנבדקו במסגרת רפואה משפטית לצורך לימוד או מחקר[94].

דרכים חלופיות — עם התפתחות אמצעי הדמיה משוכללים[95] היו שהציעו, ואף ביצעו, שימוש באמצעי הדמיה אלו כדי להגיע לאבחנה לאחר המוות, ללא צורך בביתור הגוויה. יש הסבורים, שבדיקות כאלו יכולות להגיע לדיוק של קרוב ל-100% באבחנות לאחר המוות, בהשוואה לנתיחה פתוחה ומלאה של הגוויה. כמו כן יש בשימוש באמצעי הדמיה כאלו כדי לאתר במדוייק את האזור הגופני שבו מצויה הפתולוגיה, כך שהדבר מאפשר נתיחה מוגבלת, ולעתים אף ביופסיה בלבד, על מנת להגיע לאבחנה הסופית[96].

מקור הגוויות — באנגליה, עד מלחמת העולם השניה, באו כמעט כל הגוויות בבתי הספר לרפואה מן העניים או ממתים במוסדות לחולי נפש. דבר זה בא לידי ביטוי בוטה בחקיקה בשנת 1832, שלפיה מותר היה לנתח מת עירי מבתי עניים בתמורה להוצאה הכספית של קבורה[97].

בשלהי המאה ה-20 באו מרבית הגוויות הללו מאנשים שציוו את גופם למדע. במחקר שבדק את הסיבות לתרומת גוויות למדע הסתבר כי בנוסף לגישות אלטרואיסטיות היו גם מניעים של רצון להימנע מטקסי קבורה, למנוע בזבוז של החומר הגופני, ולחסוך את הוצאות הקבורה. תרומות הגופות היו למטרות לימוד ולמטרות מחקר[98].

ד. פרטי דינים

1. מקורות ראשוניים

סוגיות היסוד — רוב ככל הפוסקים שדנו בנושא של ניתוח המת התייחסו למספר סוגיות המהוות את היסוד לדיון בשאלה זו:

"מעשה בבני ברק באחד שמכר בנכסי אביו ומת, ועמדו עליו בני המשפחה וערערו לומר קטן היה בשעת מיתה (ולפיכך אין ממכרו ממכר), ובאו ושאלו

[92] ראה — Editorial, *BMJ* 2:588, 1978.
[93] Svedsen E and Hill RB, *Arch Pathol* Roberts LW, **[94]** .*Lab Med* 111:846, 1987 et al, *Arch Pathol Lab Med* 124:1485, 2000.
[95] כגון CT, ובעיקר MRI. **[96]** ראה Ros PR, et al, *Magn Reson Imaging* 8:303, 1990; Hiss Y and Bar Ziv, *J Trauma* 9:1057, 1990; Brookes JAS, et al, *Lancet* 348:1139, 1996; Bisset RAL, et al, *BMJ* 324:, 2002; Thali, et al, *J Forensic Med* 48:386, 2003.
[97] Richardson R, *Death, Dissection and the Destitute*, London, Penguin Books, 1989.
[98] Richardson R and Hurwitz B, *Lancet* 346:277, 1995.

את רבי עקיבא מהו לבודקו (היינו להסתכל עליו, ולבדוק אם יש לו סימני גדלות). אמר להם, אי אתם רשאים לנוולו, ועוד סימנים עשויים להשתנות לאחר מיתה"[99], היינו שהסימנים נושרים[100]. התלמוד מסיק, שהאיסור הוא דווקא משום שהיתה זו דרישת בני המשפחה, והטעם הוא שהיורשים אינם רשאים לנוולו, כי לא נתנו לו דבר, וגם בתור קרובי המת יש להם חיוב מיוחד שלא לנוולו[101], ויש מי שכתב, שדין איסור הניוול הנוגע לקרובים מתייחס לשבעת הקרובים שחייבים להתאבל על המת, וכן על האלמנה[102], אבל אילו הלקוחות היו מערערים, לא היו צריכים לישתוק, אלא לומר "אנו נתנו לו כסף, ולפיכך רשאים אנו לנוולו"[103].

התלמוד דן בשאלה מנין שהולכים אחר הרוב מן התורה, ואחד הניסיונות לפתור שאלה זו הוא מדין רוצח שנהרג על פי בית דין, למרות שיתכן שהנרצח היה טריפה, ואז אין דין מוות לרוצח. "ואם תאמר שבודקים את הנרצח לסימני

טריפות, הרי זה ניוול למת, ואם תאמר שכדי להציל את נפשו של הרוצח יש לנוול את הנרצח, שמא במקום סייף היה נקב" (ואם כן הנרצח הוא באמת טריפה, אבל דבר זה לא יכול להתגלות)[104]. יש שהוכיחו מסוגיא זו, שאיסור ניוול המת בדרך כלל הוא מן התורה[105], ומכל מקום במקרה של ספק פיקוח נפש מותר לנוול את המת, כדי להציל את הרוצח ממיתה[106]. ויש מי שכתב, שמסוגיא זו משמע שאדרבה אין לנוול המת כדי להציל רוצח, שהרי גם אם במקום סייף היה נקב, בכל זאת יכלו לנוולו ולבודקו מכל יתר הטריפות, שהן רוב מוחלט לגבי הטריפה של נקב במקום סייף, ואם ימצאו טריפה כלשהי יצילו את הרוצח, אלא כיוון שיש איסור ניוול, לא הותר לנוול את המת אלא אם יש ביטחון וודאי שיצילו את הרוצח, אבל על ספק אין לנוולו[107].

"האשה שישבה על המשבר ומתה בשבת, מביאים סכין וקורעין את כריסה, ומוציאין את הוולד"[108]. יש שהוכיחו מכאן, שבמקום פיקוח נפש דוחים איסור

[99] ב"ב קנד א; מס' שמחות ד יב; רמב"ם מכירה כט טז; טושו"ע חו"מ רלה יג. וראה עוד טושו"ע יו"ד שסג ז. **[100]** מ"מ שם. **[101]** תוס' שם קנד ב ד"ה זוזי. **[102]** שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קנא. **[103]** וראה להלן הע' 143 ואילך, באיזה ניוול ובאיזה תנאים מדובר כאן. וראה על סוגיא זו בגשר החיים ח"ב פ"כ. **[104]** חולין יא ב. וראה בתוס' שם ד"ה ליחוש (וראה מה שכתב ברש"ש שם, ומקום הנוב"י שציין ושכחו הוא בחיו"ד סי' רי). **[105]** שו"ת השיב משה חאו"ח סי' יג; שו"ת רמ"ץ חיו"ד סי' פה; שו"ת אמרי שפר סי' פב; הרב מ. שטינברג, נועם, ג, תש"ך, עמ' פז ואילך; שו"ת ציץ אליעזר ח"ד סי' יד. וראה בשו"ת משפטי עוזיאל ח"א חיו"ד סי' כח מה שהקשה בסתירת סוגיא זו והסוגיא בב"ב, הע' 99 לעיל. וראה עוד על ההשלכה של סוגיא זו לשאלת ניתוחי מתים בכלל, ולשאלת ניתוחי מתים לצורך רפואה משפטית — שו"ת נובי"ת חיו"ד סי' רי; שו"ת מהר"ם שיק חיו"ד סי' שמז; שו"ת בנין ציון ח"א סי' קע; שו"ת אמרי שפר סי' פב. וראה להלן הע' 143 ואילך. **[106]** ראה בצדדי העניין בשו"ת נובי"ת חיו"ד סי' רי; שו"ת בנין ציון סי' קע-קעא; שו"ת מהר"ם שיק חיו"ד סי' שמז-שמח. וראה להלן הע' 298 ואילך. **[107]** שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קנא. **[108]** ערכין ז א; רמב"ם שבת ב טו; טושו"ע או"ח של ה.

ניוול המת, ומותר לנתחו[109], ויש שכתבו שהיינו דווקא כאשר החולה המסוכן נמצא בפנינו[110], ויש שדחו כל ראיה מסוגיא זו, שכן שם המצב הוא כמו לכבודו של המת, כי אומדים את דעתה של האם שהצלת זרעה הוא נוח לה, ועוד שהוולד הוא כאילו נולד כבר, אלא שהדלת נעולה בפניו שלא יכול לצאת, ואם כן יש לאם המתה דין של רודף, אבל במקום שהמת לא עושה כל רע, אין ראיה להתיר ניוולו[111].

"מנין למלין את מתו שעובר עליו בלא-תעשה, תלמוד לומר[112] 'כי קבור תקברנו', מכאן למלין את מתו שעובר בלא-תעשה; יש אומרים וכו' רמז לקבורה מן התורה מנין, תלמוד לומר[112] 'כי קבור תקברנו', מכאן רמז לקבורה מן התורה"[113].

נשאלה השאלה בתלמוד, האם חיוב הקבורה הוא משום בזיון (שלא יתבזה המת לעין כל, שיראוהו מת ונרקב ונבקע), או משום כפרה (שבכך שמורידים את המת ומשפילים אותו בתחתיות, יש בהטמנה זו משום כפרה), והיינו שכוונת השאלה איזה משתי האפשרויות היא העיקרית, אבל מכל מקום תמיד יש יסוד של כפרה[114], ומשמעות ההבדל בין שתי אפשרויות אלו היא במקרה שאדם אמר שאיננו רוצה שיקברוהו לאחר מותו, אם טעם הקבורה הוא משום בזיון, לא מועילה בקשתו (כי הבזיון הוא לקרוביו), ואם הטעם הוא משום כפרה, הרי אמר שאינו חפץ בכך (ואפילו אם יקברוהו לא יתכפר בכך)[115]. בעיה זו לא נפשטה בתלמוד, והפוסקים הכריעו לחומרה, שהטעם הוא משום בזיון המשפחה, ולפיכך לא מועילה צוואתו של אדם שלא יקברוהו לאחר מותו[116]. ויש שכתבו, שהטעם הוא משום בזיון כל החיים ולא רק המשפחה[117].

עניין החניטה — יש מהפוסקים, שדנו בה בקשר עם שאלת ניתוחי המתים, והסיקו שאין ממנה כל ראיה, כי הדרך שבה חנטו את האבות לא היתה בדרך של בזיון[118].

פילגש בגבעה — מסופר במקרא 'ויבא

[109] שו"ת משפטי עוזיאל ח"א חיו"ד סי' כח. [110] שו"ת מהר"ם שיק סי' שמז שמח; שו"ת ישכיל עבדי ח"ו חיו"ד סי' יט. ומה שכתב שם עוד, שקריעת הכרס אינו ניוול כל כך, זה תימה. [111] שו"ת בנין ציון ח"א סי' קע; נחל אשכול, ח"ב, עמ' 117 אות ה; שו"ת אור המאיר סי' עד; שו"ת דבר יהושע ח"ג חיו"ד סי' כד. וראה רא"ש יומא פ"ח סי' יג. [112] דברים כא כג. [113] סנהדרין מו ב. ובגליון שם מביא את גירסת הילקוט — מנין למלין את מתו שהוא עובר בלא-תעשה, תלמוד לומר (דברים כא כג) לא תלין נבלתו. מנין שעובר אף בעשה, תלמוד לומר כי קבור תקברנו. [114] וכתבו התוס' שם ד"ה קבורה. וראה מה שכתבו על דבריהם בשו"ת משפטי עוזיאל מהדו"ת חיו"ד כרך ב סי' קי; הגריא"ה הרצוג, קול תורה, סיוון-תמוז תש"ז-ניסן-אייר תש"ט. [115] סנהדרין שם ובפירש"י. [116] רמב"ם אבל יב א; טושו"ע יו"ד שמח ג; שם שסב א. [117] רמב"ן, תורת האדם, עניין הקבורה, הובאו דבריו בכס"מ אבל יב א. וראה להלן במשמעות הסוגיא לגבי שאלת ניתוח המת. [118] ראה — שו"ת נובי"ת חיו"ד סי' רי; שו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלו; משנת אברהם על ס' חסידים, סי' של; שו"ת ציץ אליעזר ח"ד סי' יד. וראה באריכות בשיטות החניטה, בדרכי החניטה של האבות, ובפרטי דיני

אל ביתו ויקח את המאכלת ויחזק בפילגשו וינתחה לעצמיה לשנים עשר נתחים וישלחה בכל גבול ישראל'[119]. לא מצינו בחז"ל ובראשונים שהתייחסו לנתיחה לאחר המוות הזו, אף שבוודאי מדובר במתה ישראלית, ואף שהאיש היה אדם כשר[120]. ומפוסקי דורנו יש מי שכתב, שמעשה זה היה מותר כדי לעורר את עם ישראל על הנבלה הגדולה שנעשתה, ואינה דומה שמיעה לראיה[121].

2. עקרונות ויסודות

קדושת גוף המת — אדם מישראל שמת, אינו הופך להיות גוש בשר חסר ערך, אלא גם לאחר מותו יש בגופו קדושה[122], ואין הגוף רק נרתיק של קדושה ששימש לנשמה העילאית, אלא שהוא עצמו נתקדש גם בקדושה עצמית[123]. קדושת גוף האדם דומה לספר תורה[124], והעומד על המת בשעת יציאת נשמה חייב לקרוע, כמו על ספר תורה שנשרף[125], ומטפחת של ספר תורה שבלתה, עושים אותה תכריכים למת[126]. קדושה זו היא מיוחדת לגוף של יהודי, מצד הקדושה המיוחדת של ישראל, שקראם הקב"ה גוי קדוש[127]. ולפיכך, יש הסבורים שנתיחת מת יהודי פוגעת בקדושתו[128].

הישארות הנפש, תחיית המתים, וחרדת הדין — הקשר של הנפש עם הגוף אינו נפסק לחלוטין גם לאחר המיתה[129], והנפש מצטערת כשרואה שהגוף מתבזה[130]. ולפיכך יש הסבורים, שנתיחת מת מהווה כפירה באמונה על הישארות הנפש[131]; ויש מי שכתב, שאין במעשה נתיחת המת, כשהיא מותרת, משום כפירה בהישארות הנפש[132].

כמו כן יש מי שכתב, שאם מבתרים את הגוף המת שלא כדין, יש בכך משום

חניטה — בע' חניטה. **[119]** שופטים יט כט. וראה במלבי"ם שם, בעניין הרעיוני. **[120]** ראה גיטין ו ב. וראה מה שכתב בנידון בשו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קנ ד"ה הרביעית. **[121]** שו"ת אגרות משה, שם. וראה להלן בס"ק2 מקורות נוספים שעל פיהם דנו הפוסקים בשאלת ניתוחי מתים. **[122]** שו"ת חת"ס ח"ו סי' י. **[123]** גשר החיים ח"א פ"א ס"א סק"א. וראה עוד בשו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלו, ובשו"ת דעת כהן סי' קצט. **[124]** ברכות יח א. **[125]** שבת קה ב; מו"ק כה א; טושו"ע יו"ד שמ ה. **[126]** מגילה כו ב. וראה בס' הרפואה לאור ההלכה, כרך ב, ח"א פ"א, מקורות שונים לעניין כבוד המת וקדושתו. וראה מאמרו של הגר"י אריאלי תורה שבעל פה, ו, תשכ"ד, עמ' מ ואילך, והנ"ל, נועם, ו, תשכ"ג, עמ' פב ואילך, שמפני קדושתו של מת יהודי חלה עליו גם טומאה חמורה. **[127]** שו"ת דעת כהן סי' קצט.

[128] שו"ת דעת כהן שם; הגר"י אריאלי, שם. **[129]** ראה דרשות הר"ן, דרוש שביעי; חי' המהר"ל על ר"ה טז; מעבר יבק, חלק שפ"א פ"ז. וראה עוד באריכות בגשר החיים ח"ג פ"ה, ובמאמרו של הרב נ.ש. שכטר, נועם, ה, תשכ"ב, עמ' קסה ואילך. **[130]** איוב יד כב — 'אך בשרו עליו יכאב'; שבת יג ב — "המת מרגיש באיזמל, וקשה רימה למת, כמחט בבשר החי". וראה ס' חסידים סי' תתשסג; שו"ת הרשב"א ח"א סי' שסט; שו"ת הרדב"ז ח"א סי' תפד; רמ"א יו"ד שסג ב; חי' המהר"ל שבת שם; תויו"ט אבות ב ז; שו"ת שבות יעקב ח"ב סי' צז; שו"ת חת"ס ח"ו סי' לו. וראה עוד ספורנו דברים כא כג. וראה גם בשו"ת יביע אומר ח"ג חיו"ד סי' כג. **[131]** שו"ת שערי שמים ח"ב סי' לז; הגר"י אריאלי, שם; שו"ת דבר יהושע ח"ג חיו"ד סי' כד; תורת הרפואה, עמ' 206. **[132]** שו"ת משפטי עוזיאל ח"א חיו"ד סי' כט.

הכחשה באמונה בתחיית המתים[133].

עוד יש מי שכתב, שאם חלק מהמת לא נקבר, הרי זה מעכב את עלית הנשמה השמימה[134].

ועוד יש מי שאסר[135] ניתוחי מתים משום חרדת הדין[136]. ובעיקר יסוד חרדת הדין יש להעיר, שנחלקו הפוסקים אם הוא דווקא בהוצאת המת מקברו, ובפינויו למקום אחר, לפי שהבלבול קשה למתים שמתייראים מן הדין[137], או שיש משום חרדת הדין גם בעצם פתיחת הקבר[138]; ועוד יש להעיר, שבמת בגיל פחות מעשרים שנה — יש אומרים, שאין כלל חרדת הדין[139], ויש חולקים[140]; וכן יש מי שסוברים, שאחר י״ב חודש, ואחר שנתעכל הבשר, אין חרדת הדין[141], ויש חולקים וסבורים שגם בעצמות יש חרדת הדין[142].

ניוול המת ובזיונו — איסור ניוול המת הוא מן התורה[143], וכן משמע מסוגיות אחדות בתלמוד[144]. יסוד האיסור הוא מדין איסור הלנת המת[145], ויש מי שכתבו, שיסוד איסור ניוול המת הוא מדין ׳ואהבת לרעך כמוך׳[146].

[133] שו״ת מנחת יצחק ח״ה סי׳ ט. **[134]** הרב ג. פלדר, אסיא, א, עמ׳ 216 — על פי ויקרא רבה יב ז; זוהר ר״פ אמור. **[135]** שו״ת אור המאיר ח״א סי׳ עד. **[136]** כמבואר בשמו״א כח טו — ׳למה הרגזתני להעלות אתי׳, ובאיוב ג יג — ׳ישנתי אז ינוח לי׳. וראה חגיגה ד ב. **[137]** ב״י יו״ד סי׳ שסג, בשם הכל-בו; ש״ך ט״ז יו״ד סי׳ שסג סק״א; שו״ת שבות יעקב ח״ב סי׳ קג; שו״ת אגודת אזוב סי׳ כו; שו״ת מהר״ש ענגיל ח״ה סי׳ מה; כל בו על אבלות ח״א עמ׳ 220 הע׳ 5. **[138]** שו״ת רעק״א סי׳ יז; שו״ת חכם צבי סי׳ מז, וסי׳ נ. וראה עוד בנידון בשד״ח מערכת אבלות אות קלז; גשר החיים ח״א פכ״ו ג א; שו״ת יביע אומר חיו״ד ח״ג סי׳ כג, ושם ח״ז חיו״ד סי׳ לז. **[139]** שו״ת שיבת ציון סי׳ סה; שו״ת רעק״א סי׳ יז; שו״ת כנסת יחזקאל סי׳ מד; שו״ת חת״ס חחו״מ סי׳ קכד. **[140]** שו״ת חכם צבי סי׳ מז וסי׳ נ; שו״ת כתב סופר חיו״ד סי׳ קפג; שו״ת יהודה יעלה חיו״ד סי׳ שנט; שו״ת מהר״ש ענגיל ח״ו סי׳ כ. **[141]** שו״ת נובי״ק חיו״ד סי׳ פט; שו״ת מהר״ם שיק חיו״ד סי׳ שנד. **[142]** שו״ת פרשת מרדכי סי׳ כד; שו״ת שיבת ציון סי׳ סג; שו״ת בית שלמה ח״ב חיו״ד סי׳ ריט; שו״ת כנף רננה חיו״ד סי׳ לו. **[143]** ראב״ד מו״ק ח א; ב״י יו״ד סי׳ שסה; שו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ רי; שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ שלו; שו״ת שאגת אריה סי׳ ו; שו״ת כתב סופר חיו״ד סי׳ קעד; הרב יעקב קאפיל הלוי במברגר מוואורמס, שומר ציון הנאמן, ז אב תרי״ב, חוב׳ קיב; נחל אשכול על ספר האשכול ח״ב עמ׳ 117 ואילך; שו״ת אור המאיר סי׳ עד; שו״ת השיב משה חאו״ח סי׳ יג; שו״ת רמ״ץ חיו״ד סי׳ פה; שו״ת אמרי שפר סי׳ פב; שו״ת משפטי עוזיאל ח״א חיו״ד סי׳ כח-כט; שו״ת חבלים בנעימים ח״ג חיו״ד סי׳ סד; שו״ת כהנא מסייע כהנא סי׳ יא; הגריא״ה הרצוג, קול תורה, סיוון-תמוז תש״ז-ניסן-אייר תש״ט; שו״ת מנחת יצחק ח״ה סי׳ ט; שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ב סי׳ קנט; הגר״י אריאלי, תורה שבעל פה, ו, תשכ״ד, עמ׳ מ ואילך, והנ״ל, נועם, ו, תשכ״ג, עמ׳ פב ואילך; הרב מ. שטינברג, נועם, ג, תש״ך, עמ׳ פז ואילך; שו״ת עמוד הימיני סי׳ לד; שו״ת ציץ אליעזר ח״ד סי׳ יד; שו״ת חמדת צבי חיו״ד סי׳ כ. **[144]** ב״ב קנד א; חולין יא ב. וראה לעיל הע׳ 99, והע׳ 104. וראה בשו״ת אור המאיר סי׳ עד; שו״ת משפטי עוזיאל ח״א חיו״ד סי׳ כח; הגר״י אריאלי, שם. **[145]** ראה ספרי פר׳ תצא סי׳ רכא — מה עץ מיוחד שהוא ניוול לו, אף כל שהוא ניוול לו; סנהדרין מז א — לא תלין נבלתו על העץ, דומיא דתלוי דאית ביה בזיון. כן כתב בשו״ת אור המאיר סי׳ עד. ובשו״ת אמרי שפר סי׳ פב כתב שהלימוד ממצות קבורה שהיא משום בזיון המת. **[146]** הרב מ. שטינברג, שם,

בהגדרת ניוול המת מצינו דעות אחדות בפוסקים:

יש הסבורים, שניוול אינו מוגדר אלא כשהוא נעשה לשם בזיון, או שנעשה ללא תועלת, אבל אם הדבר נעשה לצורך הכרחי, כגון לכבודו של המת או לתועלתו, או למניעת הפסד ממון, או לפיקוח נפש, אין זה נקרא ניוול[147].

יש מי שכתב, שהסתכלות חיצונית, עיכוב הקבורה, או פתיחת הקבר, הם רק כעין ניוול, ולכן מותרים הם לצרכים שונים; אבל נתיחת הגוף, היא ניוול ממש, ואסורה בכל מקרה, פרט לפיקוח נפש[148].

יש מי שכתב, שהוצאת המת מקברו לצורך בדיקה, אפילו על ידי הסתכלות בלבד, הוא ניוול גדול, ולכן אסור אפילו במקום הפסד ממון; אבל דחיית הקבורה והסתכלות בלבד הוא ניוול קל, ולפיכך הוא מותר למניעת הפסד ממון, אבל דווקא למי שאינו מחוייב בקבורת אותו מת[149].

יש מי שכתב, שאין ניוול אחר ניוול, כי הגוף כבר מנוול, ולפיכך אם התחיל גוי לנתח מת יהודי, מותר לישראל אחר כך להמשיך בניתוח[150]; ויש אומרים, שאסור להוסיף ניוול על ניוולו של מת[151].

יש הסבורים, שניוול נחשב רק מה שנקרא ניוול גם לגבי החי, ואם הדבר מצוי מאד שעושים פעולה מסויימת לאנשים חיים, אין זה נחשב כניוול כשעושים אותו למת. לפיכך מותר לבצע ניתוח קיסרי באשה שמתה, על מנת להציל את עוברה[152]; מותר לבצע ביופסיה במת, או לקחת דגימת דם ממנו[153], בין אם מדובר לצורכי איבחון ובירור, ובין אם מדובר לצורכי מחקר, ובלבד שגודל הדגימות לא יעלה על שיעור כזית, ולא יכלול חלקים המוגדרים כאיבר מן המת, אשר יהוו מכשול לטומאת כהנים[154]; ומותר להכניס מכשירים לחללי הגוף המת, שבאמצעותם אפשר לראות את פנים הגוף[155].

ולכאורה נראה, שכללי ההיתר הזה מוגבלים דווקא לפעולות הנעשות באנשים

על פי הריטב"א מכות ז א; שו"ת עמוד הימיני, שם. **[147]** שו"ת הרשב"א ח"א סי' שסט; שו"ת רדב"ז ח"א סי' תפה; שד"ח כרך ד, צוואת המחבר; דבר שאול לבעל השו"מ יו"ד שעג ז; שו"ת משפטי עוזיאל ח"א חיו"ד סי' כח-כט; הרב י. לוין, התורה והמדינה, ז-ח, תשט"ז-י"ז, עמ' שכב ואילך. **[148]** נחל אשכול על ס' האשכול ח"ב עמ' 118; שבט מיהודה, בסוף הספר במהדורת תשט"ו; הרב ד. שפירא, אור המזרח, שנה ה, חוב' ג-ד, אלול, תשי"ח, עמ' 37. **[149]** שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קנא. **[150]** שו"ת דודאי השדה סי' עו וסי' עט. ולכאורה לשיטה זו גם אם התחיל יהודי לחתוך את גוף המת, אפילו שלא כדין, יכול אחר להמשיך, כי אין ניוול אחר ניוול, וי"ל. **[151]** הרב נ.ש. שכטר, נועם, ה, תשכ"ב, עמ' קסה ואילך; שו"ת חמדת צבי ח"ב חיו"ד סי' כ. **[152]** שו"ת בנין ציון ח"א סי' קעא. **[153]** שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סוסי' קנא; הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו"ד סי' שמט סק"ב הע' 121, ושם ח"ד סי' שמט סק"ב. **[154]** מסקנות ועדה ציבורית לבחינת נהלים ותיקוני חקיקה לחוק האנטומיה והפתולוגיה ('ועדת שטינברג'), 2003. **[155]** כגון laparoscope. הגר"מ פיינשטיין, נועם, ח, תשכ"ה, עמ' ט ואילך. וראה להלן הע' 346 ואילך.

חיים לצורך בירור ואבחון, אבל פעולות הנעשות באנשים חיים לצורך ריפוי והצלה אסורות בגוף המת. טעם ההבדל הוא, שכל הדוגמאות להתיר פעולות ניוול במת שמצינו בחז״ל הן דווקא לצורך בירור ואיבחון מצבים שונים, וכמבואר לעיל, אבל פעולות הנעשות לצורך ריפוי והצלה מותרות במת רק לצורך פיקוח נפש של אדם חי אחר, בדיוק כמו שהדבר מותר בחי עצמו, אבל שלא לצורך פיקוח נפש הוא מוגדר כניוול. כמו כן יש לראות כניוול כל צורה של נתיחה המשאירה מום גדול, כמו כריתת גפה, או הוצאת איברים פנימיים חיוניים, שגם זה לא נעשה בחי אלא לצורך ריפוי והצלה[156].

ביטול מצות קבורה — קבורת המת נהגה בישראל בכל הדורות. ביחס לאישי התורה מצינו מספר דוגמאות לכך: הבל[157], שרה[158], אברהם[159], יצחק[160], לאה[161], רחל[162], יעקב[163], מרים[164], אהרן[165], משה[166]. בנביאים יש עוד דוגמאות רבות[167].

חיוב הקבורה נאמר בתורה ביחס להרוגי בית דין שניתלו[168]. ואמנם יש הסבורים, שרק באנשים כאלו חיוב הקבורה הוא מן התורה, ובטעם הדבר שדווקא בהרוגי בית דין הניתלים יהיה חיוב קבורה מן התורה, כי בהם נהגו העמים בעבר בזיון רב[169], אבל בשאר כל אדם מישראל החיוב הוא רק מגדר מנהג ומדרבנן[170]. ולעומתם יש הסוברים, שחיוב הקבורה הוא מן התורה בכל אדם, ולאו דווקא בהרוגי בית דין שניתלו[171].

קיימים שיעורי קבורה שונים: אם שייר חלק מהמת בלא קבורה, לא קיים מצות קבורה בשאר החלקים שקבר, ועובר על ביטול קבורה ואיסור הלנת המת על

[156] לפי האמור מיושבת הערתו של הרב מ. קורצטג, אסיא, ו, תשמ״ט, עמ׳ 341, שעל פי הכלל המורחב שכל שהניתוח לאחר המוות נעשה בתנאים דומים ומכובדים כמו שנעשה בניתוח של אנשים חיים, אין זה ניוול, יוצא שכמעט כל ניתוח לאחר המוות יהיה מותר, שכן כיום נעשים הרבה ניתוחים פולשניים לאנשים חיים, הכוללים פתיחת גולגולת, פתיחת חזה, ופתיחת בטן. אך לפי הכלל המצומצם האמור לעיל, פעולות כאלו אינן מותרות אלא במקום פקוח נפש. **[157]** בראשית רבה כב ח, ותנחומא, בראשית, י. **[158]** בראשית כג יט. **[159]** בראשית כה ט. **[160]** בראשית לה כט. **[161]** בראשית מט לא. **[162]** בראשית מח ז. **[163]** בראשית נ יג. **[164]** במדבר כ א. **[165]** דברים י ו. **[166]** דברים לד ו. **[167]** וראה סנהדרין מו ב, שיתכן לומר שלא היה זה אלא בגדר מנהג בעלמא. **[168]** דברים כא כג; סנהדרין מו ב. **[169]** ראה בראשית מ יט; שמו״א יז מד; ברכות מח א; חולין קכג א. **[170]** רב סעדיה גאון, ס׳ המצוות, עשין יט (וראה מה שכתב שם הגר״י פערלא); ר״ח סנהדרין מו ב; שו״ת חות יאיר סי׳ קלט; גינת וורדים ח״א חיו״ד כלל ח סי׳ ב, בשם הרדב״ז; שו״ת ויצבר יוסף סי׳ סח; שו״ת פורת יוסף ח״א סי׳ יז; תו״ת דברים כא כג. וראה מה שכתבו על דבריהם בשו״ת חבצלת השרון ח״א סי׳ צה; מלכי בקודש ח״ו עמ׳ 62; שם 204; שם 208. והוא כלשון הגמ׳ סנהדרין מו ב — רמז לקבורה מן התורה מנין. **[171]** כן משמע מירושלמי נזיר ז א. וראה סוטה יד א — הקב״ה קבר מתים וכו׳, אף אתה קבור מתים. וכן דעת בעל השאילתות, שאילתא קלג, וראה בהעמק שאלה שם, אות א; רש״י סנהדרין מו ב ד״ה ד״ה ה״ג ת״ל; ר״ן סנהדרין שם; רמב״ם ס׳ המצוות עשין רלא; רמב״ם אבל יב א, ובכס״מ שם; רמב״ם זכיה יא כד (אמנם מרמב״ם אבל יד א משמע, שהחיוב הוא רק מדרבנן, וראה בנידון בגשר החיים ח״ב

החלקים שלא קבר[172].

יש אומרים, שיש מצוות קבורה על כזית מן המת[173]; יש אומרים, שחיוב הקבורה הוא אפילו על פחות מכזית[174]; יש אומרים, שאין חיוב קבורה על כזית, והשיעור הוא ראשו ורובו של המת[175]; ויש מי שכתבו, שאם מביאים לקבורה חלקים-חלקים, אזי החיוב הוא בראשו ורובו, אבל אם קברו חלקים מהמת, ונותרו עוד חלקים בלא קבורה, הרי הם חייבים בקבורה גם בשיעור כזית[176], ויש חיוב כבוד המת לקבור כל חלק מהמת, גם אחרי שנקבר ראשו ורובו[177].

איסור הלנת המת — איסור הלנת המת נאמר בתורה ביחס להרוגי בית דין הניתלים, שעליהם נאמר 'לא תלין נבלתו על העץ'[178], והוא לאו הנמנה בין הלאווין[179]. אכן, לדעת רוב הפוסקים איסור הלנת המת חל מן התורה על כל המתים, גם באלו שאינם תלויים על העץ[180]; יש שכתבו, שבשאר המתים תלויה השאלה במחלוקת אמוראים, אך מכל מקום להלכה יש איסור הלנת המת מן התורה בכל המתים[181]; ויש שכתבו, שאיסור הלנת המת בשאר מתים הוא רק מדרבנן[182].

קרובי המת שעליהם מוטל לקוברו הם

פ״ב אות ב; שו״ת משפטי עוזיאל מהדו״ת חיו״ד כרך ב סי׳ קי; שו״ת יביע אומר ח״ג חיו״ד סי׳ כב; הגר״י אריאלי, תורה שבעל פה, ו, תשכ״ד, עמ׳ מ ואילך, והנ״ל, נועם, ו, תשכ״ג, עמ׳ פב ואילך); רמב״ן על ס׳ המצוות לרמב״ם, שורש א, ורמב״ן עה״ת דברים כא כג; תשב״ץ, זוהר הרקיע מ׳ לא; ס׳ החינוך, מ׳ תקלז; שו״ת אור זרוע סי׳ תרנב; שו״ת הרדב״ז ח״ב סי׳ תשפ (אמנם בח״א סי׳ שיא, ובפירושו על רמב״ם אבל ד ח, כתב שהחיוב מן התורה הוא רק בהרוגי בי״ד); העמק שאלה, שאילתא לד אות ז; גשר החיים ח״ב פ״ב אות ב; שו״ת קול מבשר ח״א סי׳ ע; שו״ת שבט הלוי ח״ח סי׳ רנו. וראה בתו״ש בראשית פ״ג אות קסא, בעניין הלשון 'רמז' לקבורה מן התורה לשיטה זו. **[172]** שו״ת אור המאיר ח״א סי׳ עד. על פי ירושלמי נזיר ז א — תקברנו, כולו ולא מקצתו. **[173]** תויו״ט שבת י ה; שו״ת תפארת צבי חאו״ח סי׳ כז; שו״ת מהרש״ם ח״ד סי׳ קיב; שו״ת שבט הלוי ח״א סי׳ קלד; שם ח״ח סי׳ רנט. **[174]** שו״ת נובי״ק חיו״ד סי׳ צ. וראה בתויו״ט שם, ובמנ״ח מ׳ תקלז סק״א, שהסתפקו על פחות מכזית. וראה עוד בשו״ת קול מבשר ח״א סי׳ ע. **[175]** משל״מ אבל יד כא; שו״ת עמוד הימיני סי׳ לד. וראה בחזו״א יו״ד סי׳ רח סק״ו, שלא הביא מחלוקת התויו״ט והמשל״מ, והסתפק אם יש חיוב קבורה בחלקים קטנים מהמת, עיי״ש. וראה עוד מה שכתב בחזו״א יו״ד סי׳ רי אות טז. וראה מה שכתב על דבריו בשו״ת שבט הלוי ח״ח סי׳ רנט אות׳ ב-ד. וראה עוד בנידון בס׳ הרפואה לאור ההלכה, כרך ב, ח״א פ״ה; שו״ת וישב משה ח״ב סי׳ עה-עו; הגר״י אריאלי שם. **[176]** שו״ת אור המאיר סי׳ עד; גשר החיים ח״ג פכ״ח אות ג. וראה עוד בשו״ת עמוד הימיני שם. **[177]** שו״ת יביע אומר ח״ג חיו״ד סי׳ כב; שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ב סי׳ קנ. **[178]** דברים כא כג; ספרי תצא רכא; סנהדרין מו א-ב; רמב״ם סנהדרין טו ז. **[179]** ס׳ המצוות ל״ת סו; סמ״ג לאווין קצז; ס׳ החינוך מ׳ תקלו. וראה בזוהר נשא קמג סוע״ב, שהסמיך איסור הלנת המת על הפסוק 'ואדם ביקר בל ילין נמשל כבהמות נדמו' (תהלים מט יג). **[180]** ספרי וסנהדרין שם; ר״ח סנהדרין שם; רמב״ם סנהדרין טו ח, ואבל ד ח; טושו״ע יו״ד שנז א; ראב״ד מו״ק ח א; רמב״ן עה״ת שם; ב״י יו״ד סי׳ שסה; שו״ת שאגת אריה החדשות סי׳ ו; משך חכמה דברים שם; שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ג סי׳ קלט. וראה בגשר החיים ח״ב פ״ב אות א. **[181]** חי׳ הר״ן סנהדרין שם; לח״מ אבל יב א. **[182]** שו״ת הרדב״ז ח״א סי׳ שיא, ובפירושו על רמב״ם אבל ד ח (אמנם בשו״ת הרדב״ז בח״ב סי׳ תשפ כתב, שגם בשאר המתים האיסור מן התורה); מאורי אור על סנהדרין שם

המוזהרים על הלאו של לא תלין[183], ואם הוא מת שאין לו קרובים, בני העיר מוזהרים על לאו זה[184].

יש מי שכתבו[185], שהמלין את המת בארץ ישראל עובר גם על לאו של 'ולא תטמא את אדמתך'[186], ויש חולקים[187]. בירושלים יש חומרה מיוחדת להלנת המת[188], ואיסור זה הוא אפילו לכבודו של המת[189]. יש מי שכתב, שדבר זה מסורת הוא בידינו, ואין טעם לדבר[190]; ויש מי שכתב, שהוא כדי לא להשהות הטומאה בירושלים[191]. האיסור המיוחד לירושלים — יש אומרים שהוא חל אף בזמן הזה[192]; ויש מי שכתב, שבזמן הזה אין חומרה זו נוהגת[193], ומכל מקום האיסור הזה חל דווקא בירושלים שלפנים מן החומה[194].

נחלקו הפוסקים בעניין זמן חלות איסור הלנת המת — יש אומרים, שהוא דווקא לאחר לינת כל הלילה עד הבוקר[195]; ויש אומרים, שמיד עם שקיעת החמה עוברים על הלאו[196]. ואם הלינו אותו בלילה הראשון כדין — יש אומרים, שעוברים על הלאו על כל לילה ולילה שלאחר מכן עד הקבורה[197]; ויש אומרים, שאין עוברים על לאו זה אלא בלילה הראשון בלבד[198].

מצינו במקרא שדחו קבורת מתים בגלל סיבות שונות, כגון שרה[199]; יעקב[200]; ושבעת בני שאול[201]. ואמנם איסור הלנת המת נדחה מפני סיבות אחדות:

משום כבודו של המת, ודבר זה מותר אף לכתחילה[202], ואפילו לכמה ימים[203], אך כבוד המת הוא דווקא כבוד אמיתי,

(הובאו דבריו באנציקלופדיה תלמודית כרך ט, ע' הלנת המת, הע' 21. וראה בשו"ת חות יאיר סי' קלט, ובהע' באנציקלופדיה תלמודית שם). **[183]** שו"ת חות יאיר סי' קלט; שו"ת שאגת אריה החדשות סי' ו. וראה בשו"ת ישכיל עבדי ח"ז קונט' אחרון חיו"ד סוסי' ד. **[184]** שו"ת אור זרוע ח"ב סי' תכא; שו"ת דברי חיים ח"א חיו"ד סי' סד. **[185]** רד"ק, יהושע ח כט; רמב"ן עה"ת דברים כא כג; הנ"ל בהשגות על ס' המצוות, שורש ה. וראה בגשר החיים ח"ב פ"ב אות ג. וראה שם, אם לאו זה נדחה משום כבודו של המת כמו לאו דבל תלין. **[186]** דברים כא כג. **[187]** מגילת אסתר ומרגניתא טבא, ס' המצוות שם. וראה באנציקלופדיה תלמודית, כרך ט, ע' הלנת המת הע' 114. **[188]** תוספתא נגעים פ"ו; אבות דרבי נתן פל"ה; ב"ק פב ב; רמב"ם בית הבחירה ז יד. **[189]** שטמ"ק וי"ש, ב"ק שם. **[190]** רש"י ב"ק שם ד"ה גמרא. **[191]** שו"ת הרדב"ז ח"א סי' תרלג. וראה עוד בזוהר פר' נשא דקמ"ד; גשר החיים ח"ב פ"ג אות א. **[192]** כפתור ופרח פ"ו; פאת השולחן סי' ג סכ"ג, ובבית ישראל שם. **[193]** שו"ת הרדב"ז שם. **[194]** גשר החיים ח"א פ"ז סי' ג. וראה עוד באריכות במאמרו של הרב א. הראל, תחומין, כב, תשס"ב, עמ' 485 ואילך. **[195]** ס' יראים השלם סי' שפד; שו"ת הרדב"ז ח"א סי' שיא; רש"ש על סנהדרין מו ב; מנ"ח מ' תקלז; שו"ע הרב סי' עב ס"ב. **[196]** רמ"ה סנהדרין שם. וראה בשד"ח מערכת אבלות, כלל פד; גשר החיים ח"ב פ"ב אות ד; אנציקלופדיה תלמודית, כרך ט, ע' הלנת המת, הע' 49 54. **[197]** שו"ת שאגת אריה החדשות סי' ו; שו"ת ישכיל עבדי ח"ז קונט' אחרון חיו"ד סי' ד. **[198]** העמק שאלה שאילתא לד אות ז; אור שמח סנהדרין טו ח. **[199]** ראה סנהדרין מו ב. **[200]** בראשית נ ב. **[201]** שמו"ב כא י, וברש"י שם; ירושלמי סנהדרין ו ז. וראה יבמות עט ב. **[202]** ספרי תצא רכא; שמחות רפי"א; סנהדרין מו א; רמב"ם אבל ד ח; טושו"ע יו"ד שנז א. **[203]** פסקי תוס' סנהדרין סי' קה. וראה אנציקלופדיה

וכפי שהגדירוהו חז״ל והפוסקים, ולא כבוד מדומה[204], ויש מי שכתב, שניתוח מתים כדי להציל נפשות אין לך כבוד החיים גדול מזה[205].

מפני כבודם של קרובי המת[206]. יש מי שכתב, שאם מלין בשביל כבוד החיים, אין איסור הלנת המת[207]; ויש מי שהסתפק בכך[208].

מלך ישראל רשאי להלין ימים רבים אפילו את התלוי[209].

מותר להלין את המת כדי לשלם חוב[210].

מותר להלין את המת בשביל שיתקדש שם שמים ברבים[211].

מותר להלין את המת כאשר רוצה בעל לשאת את אחות אשתו המתה[212].

כמה גדולים התקינו שלא לקבור מי שמת סמוך לשבת, כדי לא להגיע לחילול שבת, אף שבכך מלינים אותו[213].

נהגו להלין את המת עד שיתפשרו בני המשפחה עם החברא קדישא על דמי הקבורה וכיו״ב[214].

איסור הנאה מהמת — איסור זה נלמד בגזרה שווה בין מותה של מרים לבין עגלה ערופה[215]. רוב הפוסקים סבורים, שאיסור הנאה מן המת הוא איסור מן התורה[216]; ויש מי שכתב, שאיסורו מדרבנן[217].

יש מי שכתב, שאיסור הנאה מן המת הוא דווקא קודם שנקבר, אבל לאחר קבורתו, אין בו עוד איסור הנאה מן התורה[218]. טעמו: כיוון שכבר נעשתה מצוותו, פקע ממנו איסור הנאה; ויש הסבורים, שאיסור הנאה מן המת נשאר גם לאחר קבורתו[219]. טעמם: מצות הקבורה

תלמודית, כרך ט, ע׳ הלנת המת, הע׳ 89. **[204]** שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ג סי׳ קלט. **[205]** שו״ת פורת יוסף ח״א סי׳ יז. **[206]** רש״י סנהדרין מז א ד״ה כי אמר. **[207]** גליון מהרש״א יו״ד סי׳ שנז. **[208]** שו״ת נובי״ק חאו״ח סי׳ טז. **[209]** רמב״ם מלכים ג י. וראה בהג׳ מהר״ץ חיות, יבמות עט א; שו״ת חת״ס חאו״ח סי׳ רח. **[210]** רמ״א טושו״ע חו״מ קז ב — ראובן שהיה חייב לשמעון ומת ראובן, יכול שמעון לעכב קבורתו עד שיפרעו לו. **[211]** ראה שמו״ב כא י; יבמות עט א; ירושלמי קידושין ד א. **[212]** ראה שד״ח מערכת אבלות כלל פו. **[213]** ראה שד״ח, שם כלל פז. **[214]** שד״ח שם כלל פח. **[215]** ע״ז כט ב; סנהדרין מז ב; ירושלמי ע״ז ה יב. על ההבדל בלימוד בין הבבלי לירושלמי — ראה תוס׳ רי״ד קידושין נז א. וראה תוס׳ סנהדרין מח א ד״ה משמשין, ותוס׳ ע״ז שם ד״ה אתיא. **[216]** רש״י סנהדרין מז ב ד״ה פינהו; תוס׳ שם מח א ד״ה משמשין, ותוס׳ ב״ק י א ד״ה שהשור; שו״ת הרשב״א ח״א סי׳ שסה; רמב״ן, הובא במ״מ מאכלות אסורות ב ג; ספר יראים השלם סי׳ שי; ס׳ החינוך, מ׳ קנד; ש״ך יו״ד סי׳ עט סק״ג; שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ שלו; שו״ת מהר״ם שיק חיו״ד סי׳ שמט; שו״ת שבט הלוי ח״ז סי׳ קפט אות א; שו״ת יביע אומר ח״ג חיו״ד סי׳ כ-כא. **[217]** שו״ת שאילת יעבץ ח״א סי׳ מא. וראה במשל״מ אבל פי״ד סוד״ה וראיתי, שהסתפק בדעת הרמב״ם בנידון. וראה עוד בשער המלך אישות ה א; שד״ח בדברי חכמים סי׳ נא. **[218]** שו״ת טוטו״ד מהדו״ג ח״ב סי׳ רלו, ושו״ת קנאת סופרים סי׳ טו. **[219]** שו״ת נובי״ק חיו״ד סי׳ צ; הר אבל יו״ד סי׳ שמט; שו״ת אמרי שפר סי׳ יג; שו״ת קול מבשר ח״א סי׳ ע. וראה עוד

היא משום בזיון המת, ולא שייכת לאיסור ההנאה שבו; בקבורת המת לא נשלמה המצווה, כי צריך לחזור ולקוברו כל פעם שמתגלה.

יש הסבורים, שמת אסור בהנאה אפילו שלא כדרך הנאתו[220]; ויש הסבורים, שמת מותר בהנאה שלא כדרכו[221].

יש מי שכתבו, שלימוד רפואה מגוף מת הוא איסור הנאה, כי עצם הלימוד נחשב כהנאה[222], וכן מכיוון שהרופאים לומדים מלאכה זו להנאת עצמם, ומרוויחים מפעולה זו[223]. אך לעומתם רבו הפוסקים הסוברים שאין איסור הנאה ממת חל ביחס לשימוש במת לצורך לימוד ומחקר, ומספר טעמים נאמרו על כך:

השימוש בגוף המת לצורך לימוד נחשב כהנאה שלא כדרכו, שכל שאין ההנאה מגופו, אלא שגורם לו הנאה וריווח ממקום אחר[224], וההנאה ממילא באה[225], אינו נחשב כהנאה מן האיסור[226].

לימוד כשלעצמו אינו נחשב כהנאה כלל[227], ולכן אין בלימוד על ידי הסתכלות במת משום איסור הנאה[228].

ההנאה איננה מחיתוך גוף המת, שהוא הדבר האסור, אלא מההבנה הנובעת מפעולה זו[229].

אין הלימוד מתקיים רק מההנאה של ההסתכלות במת, אלא בצירוף מקורות רבים של הוראה, ולכן זה בבחינת "זה וזה גורם — מותר"[230].

בגדרי איסור הנאה בדרך של הסתכלות — פשוט וברור הוא, שמראה עינים בלבד אינו בגדר איסור הנאה מן התורה[231]. ואפילו להסתכל בקודש כדי ללמוד אינו נחשב לאיסור, שכן קול מראה וריח אין בו משום מעילה[232]. ואמנם טעם זה מבטל את האיסור מן התורה, אך עדיין נותר

שו"ת שרידי אש ח"א סי' מב. **[220]** גינת וורדים, חיו"ד כלל א סי' ד; חי' רעק"א יו"ד סי' שמט; שו"ת מנחת שלמה ח"ב סי' צו אות יז; הגרב"צ אבא שאול, בשו"ת יביע אומר ח"ג חיו"ד סי' כ. **[221]** שו"ת הרדב"ז ח"ג סי' תתקעט; משל"מ סוף הל' אבל; שער המלך אישות ה א; שו"ת חסד לאברהם (תאומים) ח"א חיו"ד סי' קט. וראה באריכות בשו"ת יביע אומר שם סי' כא. **[222]** שו"ת שאילת יעבץ ח"א סי' מא; שו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלו; שו"ת מהר"ם שיק חיו"ד סי' שמז; שו"ת מלמד להועיל חיו"ד סי' קח. **[223]** שו"ת חבצלת השרון ח"א סי' צה; שו"ת חלקת יעקב ח"א סי' פד; שו"ת שערי שמים, ח"ב, סי' לז; שו"ת אהל משה, ח"א סי' ד. **[224]** ראה רשב"א (ריטב"א) סוכה לא ב ד"ה והאמר; שער המלך הל' לולב ה א. **[225]** ר"ן נדרים מא ב ד"ה אבל. **[226]** שו"ת אור המאיר ח"א סי' עד; שו"ת חבלים בנעימים ח"ג חיו"ד סי' סד; רופאים ורפואות בתלמוד, בתוך קוי אור, עמ' סב; שו"ת בית אב חמישאי ח"ח, דעת אברהם חיו"ד סי' שנה; מלכי בקודש ח"ו עמ' 64; שו"ת הר צבי חיו"ד סי' רעח; הגר"י אריאלי תורה שבעל פה, ו, תשכ"ד, עמ' מ ואילך, והנ"ל, נועם, ו, תשכ"ג, עמ' פב ואילך; שו"ת נצר מטעי ח"א סי' לא; תורת הרפואה, עמ' 225 ואילך (הרב ש. גורן, מאורות, 2, אביב תש"מ, עמ' 5 ואילך). **[227]** ר"ן נדרים לז א ד"ה אמר שמואל; קצוה"ח סי' עב סקל"ד. וראה בשו"ת חוות בנימין ח"א סי' כה אות ד. **[228]** שו"ת מהרש"ג סי' רי; שו"ת מחנה חיים חיו"ד ח"ב סי' ס; תורת הרפואה, עמ' 216. **[229]** שו"ת נצר מטעי סי' לא. **[230]** הגר"י אריאלי, שם; שו"ת כתר אפרים סי' נו. **[231]** שו"ת הרדב"ז ח"א סי' רצז; חזו"א יו"ד סי' רח אות ז. **[232]** פסחים כו א. וראה

איסור מדרבנן בהנאת הסתכלות באיסורי הנאה[233]. אכן יש מי שכתבו, שאם אמנם הוא נהנה מעצם הראיה, יש בכך איסור מדרבנן, אבל בהסתכלות שאין בה בעצמה כל הנאה, אלא רק בתועלת שיוצאת מזה, אין איסור אפילו מדרבנן[234], ולפיכך אין לימוד אנטומיה על ידי הסתכלות בגוף מת נחשב בגדר הנאה[235]; יש מי שחילקו בין הסתכלות בחלקי המת לצורך לימוד רפואה מבלי לגעת בו כלל, שמותר אפילו מדרבנן, לבין הסתכלות לצורך לימוד בתוספת הזזה, מישמוש וכיו״ב, ובוודאי כאשר חותך ממש בגוף המת, שאז יש איסור ממש, אם עושה כן שלא לצורך פיקוח נפש[236]; יש מי שכתב, שאם לוקחים שכר בעד הנתיחה, הרי אסור מדין איסור הנאה מגופו של דבר, אבל אם לומד על ידי הסתכלות בלא שכר — מותר[237].

יש מי שכתבו, שאין איסור הנאה ממת לצורך לימוד רפואה, כי הוא עושה בכך מצווה, ומצוות לאו ליהנות ניתנו[238]; ויש מי שכתב, שאין כל חיוב על אדם ללמוד רפואה, אלא שאם יודע רפואה יש עליו חיוב הצלה, ולפיכך אין כל מקום להתיר איסור כלשהו כדי ללמוד רפואה, ואפילו אם הוא רק איסור קל[239].

גזל המת — יש הסבורים, שאיסור גזל אינו נדחה אפילו בפני פיקוח נפש, ויש בניתוח המת משום גזל המת[240], ולפיכך אסור לנתח מתים אפילו אם הנתיחה עשויה להציל חולה מסוכן לפנינו; יש הסבורים, שאיסור גזל נדחה אף הוא בפני פיקוח נפש, ככל האיסורים הנידחים בפני פיקוח נפש[241], שאין לך דבר שעומד בפני פיקוח נפש[242], ולפיכך מותר לנתח גוף של מת כאשר יש בפנינו חולה מסוכן שניתוח

באריכות בשו״ת כפי אהרן סי׳ טו. **[233]** ראה בשו״ת חוות בנימין ח״א סי׳ כה אות ד. **[234]** שו״ת חוות בנימין שם; תורת הרפואה, עמ׳ 225 ואילך (הרב ש. גורן, מאורות, 2, אביב תש״מ, עמ׳ 5 ואילך). **[235]** וכן משמע מהמבואר בגמ׳ נידה כד ב, אבא שאול אומר קובר מתים הייתי, ומסתכל בעצמות. **[236]** שו״ת מנחת שלמה ח״ב סי׳ צו אות יז; שו״ת חוות בנימין ח״א סי׳ כה אות ד. הגרא״י אונטרמן זצ״ל, הגר״י אריאלי זצ״ל, והגרא״י וולדינברג שליט״א, פסקו לי לפני שהתחלתי ללמוד אנטומיה בבית הספר לרפואה בירושלים בשנת תשכ״ז, להתיר לימוד אנטומיה על ידי הסתכלות על ניתוח גופה שמישהו אחר מנתח אותה. **[237]** תורת הרפואה, עמ׳ 225 ואילך (הרב ש. גורן, מאורות, 2, אביב תש״מ, עמ׳ 5 ואילך); הרב י. זילברשטיין, אסיא, ו, תשמ״ט, עמ׳ 42 ואילך, שאלה ז. **[238]** משנת אברהם על ס׳ חסידים סי׳ של; שו״ת חלקת יעקב ח״א סי׳ פד; שו״ת כתר אפרים סי׳ נו. וראה בנשמת אברהם ח״ד חיו״ד סי׳ שמט סק״ב, שכתב בשם הגרש״ז אויערבאך, שאין זה נקרא איסור הנאה מה שלומדים ומתחכמים בענייני רפואה כדי לעזור לחולה הבא. **[239]** שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ב סי׳ קנא. וראה בע׳ למוד הרפואה הע׳ 38 ואילך, שהוא מחלוקת אם יש בעצם לימוד הרפואה משום מצווה. **[240]** שו״ת בנין ציון ח״א סי׳ קע-קעא, שם ח״ג סי׳ קג, והנ״ל בחוברת שומר ציון הנאמן, תרי״ב, סי׳ קטז; שו״ת דובב מישרים ח״א סי׳ נח. ראיותם — בראשית רבה כ כו, ׳א״ל הקב״ה, קומץ עפר שנבראת ממנו לא גזלה הוא בידך׳; ב״ק ס ב, אסור לאדם להציל עצמו בממון חברו; ב״ק פ א, מעשה בחסיד אחד וכו׳; רש״י ב״ק ס ב ד״ה ויצילה (אך ראה מה שכתב עליו בפרשת דרכים דרוש יט ד״ה וסימנין). וראה עוד בשו״ת שבט הלוי ח״ח סי׳ רס אות׳ י-יא. **[241]** שו״ת מהר״ם שיק חיו״ד סי׳ שמז-שמח (וראה גם מכתבו שפורסם בשו״ת בנין ציון ח״ג סי׳ קג); נחל אשכול על ספר האשכול ח״ב עמ׳ 117 ואילך; שו״ת בית אב חמישאי חלק דעת אברהם חיו״ד סי׳ שנה; שו״ת חבלים בנעימים ח״ד חיו״ד סי׳ סד. **[242]** יומא פב א.

המת עשוי להצילו; יש מי שכתב, שאיסור גזל נדחה דווקא במקום וודאי פיקוח נפש, אבל כאשר יש ספק אם מעשה הגזל יביא להצלה, אין ספק זה דוחה איסור גזל. לפיכך, מותרת נתיחת מת רק אם יש חולה בפנינו שיוכל להינצל מסכנת חיים, אבל כשאין חולה ממש לפנינו הזקוק לתוצאות הנתיחה הרי שתועלת הנתיחה להצלת חיים היא רק ספק ואסורה[243]; ויש מי שכתב, שלא שייך כלל גזל במת, כי אין קנין למת[244].

מכשול לכהנים — אם מחסרים איבר מכהן מת, אין שבעת הקרובים הכהנים (היינו אמו, אביו, בנו, בתו, אחיו, ואחותו מן האב, וכן איש על אשתו הנשואה, ואשה על בעלה[245]), יכולים לקיים מצות עשה של 'לה יטמא'[246], ולא עוד אלא שאסור לכהן להיטמא לאחד משבעת

וראה בע' פקוח נפש. ומה שמשמע מב"ק שם (ס ב), הכוונה רק שחייב לשלם אח"כ, אבל לא שלא יציל עצמו כלל בממון חברו — תוס' ב"ק שם ד"ה מהו; חי' הרשב"א שם; רא"ש ב"ק שם; ראב"ד על הרי"ף ב"ק קיז ב; טושו"ע חו"מ שנט ד; סמ"ע שם סק"י. וראה ביאור הגר"א שם סק"ד. וראה רמב"ן כתובות יט ב, וחי' הריטב"א והרא"ה שם. וראה באריכות בנידון בשד"ח מערכת האל"ף כלל טז; שבט מיהודה עמ' נט ואילך; הגר"י אריאלי, תורה שבעל פה, ו, תשכ"ד, עמ' מ ואילך, והנ"ל, נועם, ו, תשכ"ג, עמ' פב ואילך. וראה בספרו של גרייבר שם, עמ' עו, שגזל נדחה אף מפני צורכי רבים, וראייתו מעירובין יז א, מחנה היוצאת למלחמת הרשות, מותרים בגזל עצים יבשות. **[243]** הרב י. זילברשטיין, הלכה ורפואה, ה, תשמ"ח, עמ' קפט ואילך. **[244]** שו"ת חבלים בנעימים ח"ד חיו"ד סי' סד. **[245]** רמב"ם אבל ב א. **[246]** ויקרא כא ג; זבחים ק א; רמב"ם שם ב. **[247]** נזיר מד א; רמב"ם אבל ב טו; טושו"ע יו"ד שעג ט.

הקרובים[247]. לפיכך, מת שניתחוהו והשאירו חלקים ממנו בלא קבורה, אסור לקרוביו הכהנים להיטמא לו[248]. ודין זה נכון גם כאשר חיסרו איבר פנימי[249].

פגיעה בדיני אנינות ואבלות — כל זמן שלא הובאו לקבורה כל חלקי המת, יש לחשוש שדין אנינות לא סר מקרוביו החייבים להתאבל עליו, והם באנינות כל ימי חייהם[250], ואפילו אם נעשה הניתוח בהסכמת הקרובים[251]; ויש מי שכתב, שאם מסר גופו מחייו למדע מתוך שאיננו מאמין בתחיית המתים ובעולם הבא, אין מתאבלים עליו כלל, ולא באים לנחם את קרוביו האבלים; ואם ציווה גופו למדע משום שחשב שבכך עושה דבר טוב ומצווה, קרוביו יושבים עליו שבעה, והאבלות מתחילה מאותה שעה שהאבלים מסרוהו לאותו מקום שציווה, ונתייאשו

[248] שו"ת לבושי מרדכי מהדו"ג חאו"ח סי' כט; שו"ת שערי שמים ח"ב סי' לז; שו"ת מנחת יצחק ח"ה סי' ט; שו"ת יביע אומר ח"ג חיו"ד סי' כג אות כו; הרב י. יעקובוביץ, הדרום, ניסן תש"ך, עמ' 9 ואילך; הגר"י אריאלי תורה שבעל פה, ו, תשכ"ד, עמ' מ ואילך, והנ"ל, נועם, ו, תשכ"ג, עמ' פב ואילך; הגרי"ד סולובייציק, הובאו דבריו בס' נפש הרב, עמ' רמח. **[249]** כן משמע מחזו"א יו"ד סי' רי סקט"ו סוד"ה בב"י. אמנם בשו"ת אגרות משה חיו"ד ח"א סי' רנא כתב שחיסרון מפנים לא מיקרי חסרון לעניין טומאת כהנים לקרוביו, אך ראה בשו"ת משנה הלכות ח"ג סי' קכא, שהגרמ"פ חזר בו בעניין זה. **[250]** הרב י. יעקובוביץ, תורה שבעל פה, ו, תשכ"ד, עמ' סא ואילך; הרב י.י. ווכטפויגל, נועם, ה, תשכ"ב, עמ' קס ואילך. וכתב שם, שאין זה כדין אנוס המבואר במג"א סי' תקמח סק"ח שאין הם אוננים, אלא כיוון שהמת ניתן לקבורה, וחל על הקרובים דין אבלות, הרי הם אוננים עד לקבורת כולו. **[251]** הרב י.י. ווכטפויגל, נועם,

ממנו[252].

3. מצבים ותנאים שונים באיסור והיתר נתיחת המת

א. ניתוח המת לצורך לימוד רפואה

כללי — מטרה זו מיועדת לתלמידי רפואה לרכוש ידע בתחומי האנטומיה והפתולוגיה. ניתן להשיג מטרה זו בדרך של נתיחה ממשית בפועל של גוויה, או בדרך של הסתכלות על נתיחת גוויה אשר מבוצעת על ידי אחרים[253].

ניתוח המת בפועל — רוב הפוסקים אוסרים פעולה זו לצורך לימוד רפואה[254], בגלל האיסורים והבעיות ההלכתיות שנימנו בחלק 2 לעיל. אמנם יש מהפוסקים שהתירו ניתוחי מתים לצורך לימוד רפואה[255], ומספר טעמים נאמרו על כך:

איסור ניוול איננו מוגדר כשהמטרה היא לצורך רפוי והצלה, ולימוד אנטומיה ופתולוגיה נחוץ להצלה; אין איסור הנאה ממת בדרך של לימוד והסתכלות; אין גדר של גזל המת בניתוח המת; כאשר הניתוח בגוף המת מיועד למטרה חיובית אין בזה משום כפירה בתחיית המתים ובהישארות הנפש; איסור בל תלין וביטול קבורה לא שייך כשהדבר נעשה לכבודו של המת, ולצורך לימוד רפואה; יש להניח שחז״ל בוודאי עשו ניתוחי מתים כפי שעולה מהמקרים המתוארים בתלמוד, ובאופן יותר כללי כפי שעולה מידיעותיהם הרבות באנטומיה ובפתולוגיה[256]; יש מי שהתירו ניתוחי מתים משום חילול השם, ועלבון לאומה, שיאמרו הגויים שהיהודים אינם חוששים לתועלת הבריאות ולצורכי החיים[257], ואוכלוסי ישראל יגידו שמצב

שם. **[252]** נס להתנוסס, סי׳ ח. **[253]** וראה לעיל בחלק המדעי על דרכים אחרות ללימוד האנטומיה, ללא צורך בניתוח מתים. **[254]** שו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ רי; שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ שלו; שו״ת מהר״ם שיק חיו״ד סי׳ שמז-שמח; שו״ת בנין ציון ח״א סי׳ קע-קעא; שו״ת חבצלת השרון ח״א סי׳ צה; שו״ת אור המאיר ח״א סי׳ עד; שו״ת דעת כהן סי׳ קצט; חזו״א אהלות סי׳ כב סקל״ב; גשר החיים ח״א פ״ה סק״ו; שו״ת שרידי אש ח״ב סי׳ קיט; שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״א סי׳ קנא; שו״ת ציץ אליעזר ח״ד סי׳ יד; שו״ת מנחת יצחק ח״ה סי׳ ט; שו״ת יביע אומר ח״ג חיו״ד סי׳ כג אות כו; עשה לך רב ח״ו סי׳ סד. **[255]** הרב ישששכר דב אילאווי מסנט לואיס, הובאו דבריו בספרו של גרייבר, עמ׳ כו-כז; הר״ר מרגליות, קוי אור, רופאים ורפואות בתלמוד, ח״א עמ׳ 30; הרב נפתלי צבי אדלר, רבה הראשי של אנגליה — Adler H, *Anglo-Jewish Memories*, 1909, p. 137; שו״ת מחנה חיים חיו״ד ח״ב סי׳ ס; שו״ת לבושי מרדכי מהדו״ג חאו״ח סי׳ כט (אלא שאסר זאת בשבת); זכרון אברהם משה על מס׳ סנהדרין סח א; שו״ת משפטי עוזיאל ח״א חיו״ד סי׳ כח-כט; שו״ת ישכיל עבדי ח״ו חיו״ד סי׳ יט. וראה בספר הרפואה לאור ההלכה, כרך ב ח״א עמ׳ סה, מה שהעיר הגרא״ז מלצר להתיר אפילו כשאין פיקוח נפש לפנינו, לפי תשובת רב שרירא גאון. **[256]** הפוסקים בהע׳ 255 לעיל. **[257]** שו״ת חבלים בנעימים ח״ד חיו״ד סי׳ סד. וראה שם שהוכיח שמניעת חילול השם בכוחו לדחות איסורים, כולל איסור ניוול המת. וראה בשו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ רי שכתב להיפך, שאפילו רופאי אומות העולם אינם מנתחים מתים כי אם הנהרגים על פי משפט, או במי שהסכים לכך, ואם אנו ח״ו מקילים בזה אם כן ינתחו כל המתים כדי ללמוד סידור האיברים. וכמובן שדברים אלו היו נכונים בזמנו, אבל כיום מנתחים גם אומות העולם כל מת מתאים, וי״ל.

הרפואה בישראל ירוד מאד מפאת איסור הרבנים[258]; ויש שהתירו להעלים עין מניתוחים של יהודים בבתי חולים של גויים בחו״ל משום איבה, אבל לא התירו ניתוחי מתים של יהודים רק כדי שלא לדחות סטודנטים יהודיים מבתי ספר לרפואה[259]; ויש מי שהתירו לימוד רפואה על ידי ניתוחי מתים במדינת ישראל, שלדעתם מדינה לא יכולה להתקיים ללא בתי ספר לרפואה, ומדע הרפואה לא יכול להתקיים ללא נתיחות מתים, ואין להעלות על הדעת שמדינת ישראל תסתפק ברופאים גויים, או ברופאים שהתחנכו בחו״ל, ולכן אין דומה הפסקים של האחרונים ביחס לשאלות של רופאים פרטיים בחו״ל לבין מצב של מדינה, וכן יש לראות במצב הרפואה של מדינה משום ספק פיקוח נפש של תושבי המדינה[260].

הסתכלות על נתוחי מתים — יש מי שאסרו אפילו הסתכלות על נתיחת המת[261]; אכן, רוב הפוסקים התירו לימוד רפואה על ידי הסתכלות בנתיחת המת, בעת שהיא נעשית על ידי אחרים[262].

ב. ניתוח המת לצורך בירור סיבת המוות

כללי — מצב זה מתחלק למספר תת-קבוצות: בירור סיבת המוות כדי להציל חולה מסוכן בפנינו; בירור סיבת המוות לצורך לימוד המחלה עבור חולים עתידיים; בירור סיבת המוות בחשש למחלה מדבקת ולמחלה תורשתית.

חשש פיקוח נפש — יש מי שכתבו, שאיסור ניתוחי המת חל גם במקרה של פיקוח נפש, ואפילו החולה המסוכן נמצא לפנינו[263]. טעמיהם: ניוול המת לא הותר אפילו במקום פיקוח נפש, כי המתים חופשים מכל המצוות, ואיסור גזל לא נידחה מפני פיקוח נפש; אכן רוב

[258] כתבי הגאון רבי יחיאל יעקב ווינברג זצ״ל, ח״א סי׳ כב. **[259]** שו״ת עצי חיים חיו״ד סי׳ לד; שו״ת חבלים בנעימים ח״ד חיו״ד סי׳ סד. **[260]** כתבי הגאון רבי יחיאל יעקב ווינברג זצ״ל, ח״א סי׳ כב; תורת הרפואה, עמ׳ 214-216, ועמ׳ 217-220. **[261]** שו״ת מהר״ם שיק חיו״ד סי׳ שמד; כל בו על אבלות ח״א סי׳ ג סי״ב סק״3. **[262]** שו״ת שאילת יעבץ ח״א סי׳ מא; שו״ת מהרש״ג ח״ג סי׳ רי-ריג; שו״ת מחנה חיים ח״ב חיו״ד סי׳ ס; שם ח״ג חיו״ד סי׳ ס; שו״ת לבושי מרדכי מהדורא תליתאי חאו״ח סי׳ כט-ל; שו״ת כפי אהרן סי׳ טו; משנת אברהם על ס׳ חסידים, עמ׳ 180; חזו״א יו״ד סי׳ רח אות ז (אהלות סי׳ כב סקל״ב); שו״ת הר צבי חיו״ד סי׳ רעח; שו״ת משפטי עוזיאל ח״א חיו״ד סי׳ כח-כט; שו״ת חלקת יעקב ח״א סי׳ פד; שו״ת דודאי השדה סי׳ עו; שו״ת ישכיל עבדי ח״ו סי׳ יט; רופאים ורפואות בתלמוד, בתוך קוי אור, עמ׳ סב; שו״ת פורת יוסף ח״א סי׳ יז; תורת הרפואה, עמ׳ 225 ואילך (הרב ש. גורן, מאורות, 2, אביב תש״מ, עמ׳ 5 ואילך). וראה שם שכתב, שבתנאים הלכתיים שמותר לבצע נתיחות מתים, מותר לסטודנטים לרפואה להשתתף בהם, ואז מותר גם לסטודנטים אחרים, כגון סטודנטים לפסיכולוגיה, להסתכל על הנתיחות. וראה לעיל על טעמיהם. **[263]** שו״ת בנין ציון ח״א סי׳ קע-קעא; שם ח״ג סי׳ קג; נחל אשכול, עמ׳ 117, אות ח, בשם הג״ר יעקב קאפיל הלוי במברגר מוואורמס (מאמרו בשומר ציון הנאמן ז אב תרי״ב חוב׳ קיב); שו״ת מנחת אלעזר ח״ד חיו״ד סי׳ כח, ובמפתחות שם; שו״ת חבצלת השרון ח״א סי׳ צה; שו״ת ירך יעקב ח״ב חיו״ד סי׳ טו; שו״ת עצי חיים חיו״ד סי׳ לד; שו״ת דובב מישרים ח״א סי׳ נח; כל בו על אבלות, ח״א עמ׳ 43; שו״ת דבר יהושע ח״ג חיו״ד סי׳ כד (וראה שם באריכות, שאפשר להוסיף דברים על ג׳ העבירות שאינם עומדים אפילו בפני פיקוח נפש).

הפוסקים סוברים, שמותר לנתח את המת במקום ספק פיקוח נפש[264]. טעמיהם: כל האיסורים בתורה, פרט לשלוש עבירות, נידחים מפני פיקוח נפש, ואפילו איסור גזל ואיסור ניוול המת נדחה מפני פיקוח נפש[265].

תנאים בספק פיקוח נפש — מספר תנאים נאמרו על ידי הפוסקים המתירים ניתוח המת לצורך חשש פיקוח נפש:

חולה בפנינו — יש אומרים, שמה שהתירו ניוול המת לצורך פיקוח נפש הוא דווקא כשהחולה המסוכן לפנינו[266]. טעם הדבר הוא, שאם נתיר כל ניתוחי מתים לצורך לימוד אפשרי עבור חולה מסוכן שיזדמן בעתיד, ואף על פי שכרגע אין חולה כזה בפנינו, נמצינו מתירים לחלל שבת בכל זמן, שמא יזדמן חולה מסוכן שיזדקק לאותה עזרה.

בהגדרת "החולה בפנינו" נחלקו הפוסקים — יש אומרים, שהכוונה שבפועל ובמציאות צריך שיהיה לפנינו חולה עם מחלה דומה לנפטר, שניתוח המת יסייע להצילו[267]; יש מי שכתבו, שאין החילוק בין אם החולה נמצא לפנינו או לא, אלא בין אם המחלה מצויה או לא, ולפיכך אם המצב מצוי, הרי זה בגדר פיקוח נפש, אף על פי שאין חולה ממש בפנינו, כי יש להניח שאם המחלה נפוצה וודאי נמצא חולה כזה במקום אחר שאפשר להצילו, אבל אין להחשיב כפיקוח נפש מצב עתידי שכעת אין לו כל זכר[268]; יש מי שכתבו, שבזמנינו שמרבים בניתוחים, ובבתי חולים ששם לומדים להיות רופאים, שכיחים חולים וחולאים רבים, נחשב המצב תמיד כאילו החולה לפנינו[269]; ויש מי שכתבו, שבמדינת ישראל, שיש צורך ציבורי לרופאים יהודיים, וזו אחריות המדינה ואזרחיה

[264] שו"ת נובי"ת חיו"ד סי' רי; שו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלו; שו"ת מהר"ם שיק חיו"ד סי' שמז-שמח; נחל אשכול, עמ' 118, אות ה; שו"ת חבלים בנעימים ח"ד חיו"ד סי' סד; שו"ת בית אב חמישאי חלק דעת אברהם חיו"ד סי' שנה; שבט מיהודה בסוף הספר במהדורת תשט"ו; שו"ת ציץ אליעזר ח"ד סי' יד; שו"ת מנחת שלמה ח"ב סי' צו אות ג (וכתב שם, שלמעשה אין חוששים לדעת שו"ת בנין ציון שאוסר אפילו במקום פיקוח נפש). וראה גם במג"א סי' של סק"י. וראה להלן בהערות הבאות. **[265]** וראה כתובות יט א; סנהדרין עד א. וראה ע' פקוח נפש. **[266]** שו"ת נובי"ת חיו"ד סי' רי; שו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלו; שו"ת מהר"ם שיק חיו"ד סי' שמז-שמח; נחל אשכול על ספר האשכול ח"ב עמ' 117 ואילך; שו"ת מלמד להועיל חיו"ד סי' קח; שו"ת דודאי השדה סי' עו; שבט מיהודה, בסוף הספר במהדורת תשט"ו; הגר"י אריאלי, תורה שבעל פה, ו, תשכ"ד, עמ' מ ואילך, והנ"ל, נועם, ו, תשכ"ג, עמ' פב ואילך; שו"ת שבט הלוי ח"ח סי' רס אות א. **[267]** שו"ת נובי"ת חיו"ד סי' רי; שו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלו; שו"ת מהר"ם שיק חיו"ד סי' שמז-שמח; נחל אשכול ח"ב עמ' 117 ואילך; שו"ת זכר שמחה סי' קנח; שו"ת שרידי אש ח"ב סי' קיט; שו"ת חמדת צבי ח"ב חיו"ד סי' כ. **[268]** חזו"א יו"ד סי' רח אות ז (אהלות סי' כב סקל"ב), (וראה הוויכוח במאמריהם של הרופאים י. לוי וד. מאיר בספר אסיא, א, עמ' 202 ואילך, בהבנת משמעות דבריו של החזו"א); הגרי"ד סולובייציק, הובאו דבריו במאמרו של צ. זינגר, טורי ישורון, גליון ה, תשרי תשכ"ז, עמ' 33; הרב י.א. ליעבעס, נועם, יד, תשל"א, עמ' כח; הרב ח.ד. רגנשברג, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' ט ואילך; תורת הרפואה, עמ' 209 ואילך (הרב ש. גורן, הרפואה קכו: 416, 1994). **[269]** הר"ר מרגליות, קוי אור, רופאים ורפואות בתלמוד, ח"א עמ' 30; הרב ה. פוסק, הפוסק, כרך יא, חוב' קיא, אב תש"ט; משנת אברהם על ס'

שיהא מערך רפואי רצוף וברמה גבוהה, יש להחשיב את הצורך בפקולטה לרפואה ובנתיחת גוויות לצורך לימוד רפואה כדין חולה לפנינו[270].

יש מי שכתב, שצריך שני תנאים להיתר ניתוח לאחר המוות כשהנימוק הוא פיקוח נפש, שיש בניתוח לאחר המוות כדי להציל חולה אחר מצוי, וקרוב הדבר שעל ידי הניתוח יינצל, וכן בתנאי שאפשר להודיע מיד על תוצאות הבדיקה ולהציל את החולה, אבל ניתוח לשם בירור סיבת המוות גרידא, דינו כניתוח לחולה שאינו מצוי — ואסור[271].

רשות או חובה — גם במקום פיקוח נפש לפנינו, יש מי שכתב שהוא רק רשות שמותר לנתח את המת בהסכמת משפחתו, אבל אין חיוב לעשות כן[272]; ויש מי שכתב, שבמקום פיקוח נפש חובה על הרבנים לדרוש ולהסביר לקרובים שירשו לנתח את מתם[273].

יש מי שכתב, שכאשר יש חשש שההיתר עבור מצב של פיקוח נפש יביא לפריצת גדר ואיסורים חוזרים שלא במצבי פיקוח נפש, אין להתיר גם עבור פיקוח נפש. ולפיכך, מאחר וקיים חשש סביר ששימוש בכלל שקרובים נעשו רחוקים, והיתר נתיחת המתים בגלל נימוק של פיקוח נפש עלול להביא לנתיחות רבות שאינן קשורות לפיקוח נפש — אין להתיר[274].

לעומתם יש שחלקו על עצם היסוד שצריך שהחולה המסוכן יהיה לפנינו, וסבורים שכל ניתוח מת לצורכי לימוד על מחלתו הוא בגדר ספק פיקוח נפש, שכן יוכלו ללמוד ממנו בעתיד לגבי חולים דומים. ומה שחששו הפוסקים, שלפי זה יהיה מותר לחלל שבת עבור חולה עתידי בבישול ואפיה וכיו״ב, בנידוננו אין זה דומה, שכן דברים אלו אפשר להכין מערב שבת, אבל כאן אם לא נתיר ניתוחי מתים, לעולם יהיה אסור, ולפיכך יש לראות בכל ניתוח מתים כאילו החולה המסוכן לפנינו[275].

בירור סיבת המוות לצורך לימוד המחלה עבור חולים עתידיים — לאור הספקות הרבים שיש בפעולה זו להגיע אל חקר האמת[276], ולאור העובדה שניתן כיום

[270] הגרי״י וינברג, תחומין, יב, תשנ״א, עמ׳ 382 ואילך; תורת הרפואה, עמ׳ 209 ואילך, ועמ׳ 225 ואילך (הרב ש. גורן, מאורות, 2, אביב תש״מ, עמ׳ 5 ואילך; הנ״ל, הרפואה קכו: 416, 1994). [271] הגר״י אריאלי, נועם, ו, תשכ״ג, עמ׳ פב ואילך; הנ״ל תורה שבעל פה, ו, תשכ״ד, עמ׳ מ ואילך. [272] שו״ת מנחת יצחק ח״ה סי׳ ט אות׳ כב-כד. [273] הרב י. יאקאבאביטש, נועם, ו, תשכ״ג, עמ׳ רעא ואילך. [274] הרב י. זילברשטיין, הלכה ורפואה, ה, תשמ״ח, עמ׳ קפט ואילך. [275] שו״ת מחנה חיים חיו״ד ח״ב סי׳ ס; שו״ת חבלים בנעימים ח״ד חיו״ד סי׳ סד; שו״ת פורת יוסף ח״א סי׳ יז; משנת אברהם על ס׳ חסידים סי׳ של; זכרון אברהם משה על מס׳ סנהדרין סח א; שו״ת משפטי עוזיאל ח״א חיו״ד סי׳ כח-כט; שו״ת ישכיל עבדי ח״ו חיו״ד סי׳ יט; שו״ת נצר מטעי ח״א סי׳ לא. וראה בשו״ת ציץ אליעזר ח״ד סי׳ יד, שאם תחליט מועצת הרבנות הראשית להתיר גם כשאין חולה בפנינו משמע שיסכים עמם. [276] ראה במאמרו של הגר״י אריאלי תורה

בדרך כלל להגיע לבירור סיבת המחלה והמוות באמצעים איבחוניים משוכללים שאינם מצריכים נתיחה לאחר המוות[277], ולאור העובדה שבדרך כלל אין הממצאים מגיעים לידיעת הרופאים המטפלים ממילא, אלא במקרים חריגים ומחקריים בלבד[278] — אין בדרך כלל היתר לנתח מת בגלל סיבה זו[279]; אך יש הסבורים, שניתוחי מת לבירור סיבת המוות מוגדרים בגדרי חשש פיקוח נפש, גם כשהמטרה היא ליישם את הידע עבור חולים עתידיים[280].

מחלה מדבקת — במצב כזה מותר לבדוק את המתים מאותה מגיפה[281], שכן במקום שהמת מזיק את הרבים מותר לנתחו[282].

בחשש למחלה תורשתית, כאשר מתו כבר ילדים קודמים, מותר לנתח את המת, כדי לברר את סיבת המחלה, שכן מצב זה נחשב כחולה לפנינו[283].

ניתוח המת לצורך השתלת איברים — ראה ערך השתלת אברים.

ג. ניתוח המת לצרכים ממוניים

לצורך סיוע בבירור תביעה ממונית — אם התביעה היא מצד היורשים, אסור להם בכל מקרה לגרום לניוול המת, שהם חייבים בכבודו ובקבורתו[284]. ואם התביעה היא מצד הלקוחות — יש מי שכתב, שמותר להם אפילו לנוולו ממש, כדי לא להפסיד ממון[285]; יש מי שכתב, שגם ללקוחות אסור לנוול ממש, ורק ניוול קל מותר משום הפסד ממון[286]; ויש מי שכתב, שאם יש דרישה לכך מצד הלקוחות לנוול את המת משום שהם עלולים להפסיד ממון, אין היורשים רשאים לעכב את ניוולו של קרובם המת[287]. וכל זה דווקא אם הנפטר גרם להפסד ממון, אבל אם לא היה במעשיו שום דבר שיכול היה להביא להפסד ממון לזולת, גם ללקוחות אסור לנוולו[288].

יש מי שכתב, שאם אדם טוען שהוא אחיו של המת, ורוצה חלק בירושה, וכדי להוכיח את טענתו צריך לפתוח את קברו כדי לקחת דגימת רקמה לצורך זיהויו — אסור[289].

שבעל פה, ו, תשכ״ד, עמ׳ מ ואילך, והנ״ל, נועם, ו, תשכ״ג, עמ׳ פב ואילך, אות יא. **[277]** ראה לעיל ברקע המדעי. **[278]** ראה י. לוי, ספר אסיא, א, עמ׳ 202 ואילך. **[279]** הגר״י אריאלי, שם; י. לוי שם; שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ד סי׳ נט. **[280]** הפוסקים בהע׳ 275 לעיל. **[281]** ספר חסידים סי׳ תנא, מובא בבאה״ט יו״ד סי׳ שנב; הרב ש.י. לוין, הפרדס, חוב׳ ג, סיוון תש״ב. **[282]** חזו״א יו״ד סי׳ רח אות ז. **[283]** הרב י.י. גרינוואלד, חוב׳ הפוסק, סי׳ תקמה; שו״ת שואלין ודורשין סי׳ נב; הרב י. אריאלי, נועם, ו, תשכ״ג, עמ׳ פב ואילך; הנ״ל, תורה שבעל פה, ו, תשכ״ד, עמ׳ לט ואילך; שו״ת שאילת יצחק מהדו״ת סי׳ קמד; כל בו על אבלות עמ׳ 43. **[284]** תוס׳ ב״ב קנד ב ד״ה זוזי; הגהות אשר״י ב״ב פרק מי שמתו סי׳ לב; רמ״א חו״מ קז ב; שו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ רי; שו״ת חות יאיר סי׳ קלט; שו״ת ציץ אליעזר ח״ד סי׳ יד. **[285]** שו״ת נובי״ת חיו״ד סי׳ רי; וראה עוד בשו״ת ציץ אליעזר חי״ד סי׳ פג סק״ב. **[286]** שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ב סי׳ קנא. **[287]** שו״ת משפטי עוזיאל ח״א חיו״ד סי׳ כח. **[288]** שו״ת בנין ציון סי׳ קע; שו״ת כתב סופר חיו״ד סי׳ קעד; שו״ת ישכיל עבדי ח״ו חיו״ד סי׳ יט. **[289]** ראה מאמרו של הרב י.צ. בן יעקב, תחומין, כב, תשס״ב, עמ׳ 412 ואילך. והכוונה

לצורך קבלת דמי ביטוח חיים — כגון שחברת הביטוח מחייבת את הניתוח לאחר המוות, וללא פעולה זו לא יתנו ליורשים את דמי ביטוח החיים של הנפטר, או שיהיה הבדל משמעותי בגובה דמי הביטוח בהתאם לתוצאות הנתיחה, אם יתברר שהמוות היה בנסיבות בלתי טבעיות — יש מי שכתבו, שרשאים היורשים להגיש את תביעת הביטוח, ואין על היורשים חובה למחות נגד הנתיחה, ובתנאי שהדרישה לנתיחה היא מצד חברת הביטוח, ולא מצד היורשים[290]. טעמיהם: לא היורשים הם הדורשים את ביצוע הנתיחה אלא חברת הביטוח, ניתוח זה הוא לטובתו של המת ולכבודו, שכן הוא שילם דמי ביטוח שנים רבות, ורצה שיורשיו יזכו בזה, יש להחשיב את הנתיחה כאילו היא בהסכמת הנפטר ולדבר נחוץ; ויש מי שכתבו, שאסור ליורשים להסכים לנתיחה זו, אפילו אם יפסידו את דמי הביטוח[291]. טעמיהם: מוטל על היורשים לכבד את מתם, ולא הותר להם לגרום לניוולו, אפילו לצורך ממון; לא הותר ניוול לצורך מניעת הפסד ממון אלא דווקא בדיקה חיצונית על ידי הסתכלות שאיננה ממש ניוול, אבל לא ניתוח שהוא ממש ניוול.

כל זה כאשר בדיעבד חתם הנפטר בחייו על חוזה ביטוח חיים המכיל סעיף המחייב נתיחה לאחר המוות, אבל לכתחילה אין לחתום על חוזה כזה, וגם אין לחברת ביטוח יהודית לכלול סעיף כזה בחוזה הביטוח[292].

לצורך התרת עגונה — מת בלתי מזוהה שנקבר, ויש מי שטוען שלבעל האשה העגונה היו סימנים מובהקים בגופו, ורוצים לפתוח את הקבר כדי לברר אם הקבור הוא בעל האשה — יש הסבורים שהדבר אסור[293], אבל אם יש הוכחה בלאו הכי שהקבור הוא בעל האשה, אלא שלא היו די סימנים להתירה מעגינותה, וכעת יש אפשרות לבדוק סימנים מובהקים — מותר[294]; ויש הסבורים, שבכל מקרה מותר לנוול את המת על ידי פתיחת קברו כדי להציל אשה מעגינותה[295].

לבדיקת דגימת רקמה לדנ״א. אמנם ראה בשו״ת שואל ומשיב מהדו״ק ח״א סי׳ רלא, שהתיר לפתוח קבר של נפטר כדי לבדוק סימנים על מנת להתיר מעגינות, וכתב שזה נחשב צורך גדול אשר מתיר ניוול המת. ולעומתו כתב בשו״ת שיבת ציון סי׳ סד לאסור פתיחת הקבר גם כדי להתיר אשה מעגינותה. **[290]** שו״ת כפי אהרן סי׳ ו; זכרון אברהם משה על מס׳ סנהדרין סח א, עמ׳ פב; שו״ת כהנא מסייע כהנא סי׳ יא; הרב י. לוין, התורה והמדינה, ז-ח, תשט״ז-י״ז, עמ׳ שכב ואילך. **[291]** שו״ת חמדת צבי ח״ב חיו״ד סי׳ כ; הרב ד. שפירא, אור המזרח, שנה ה, חוב׳ ג-ד, אלול, תשי״ח, עמ׳ 37; הרפואה לאור ההלכה, כרך ב, ח״א פי״ז. **[292]** שו״ת יחוה דעת ח״ג סוסי׳ פה בהערה אחרונה; מ. סליי, דיני ישראל, ז, תשל״ו, עמ׳ קפא ואילך; הנ״ל, הביטוח בהלכה, תש״מ, פ״ט עמ׳ 127. וראה עוד בשאלת סעיף הביטוח בס׳ אח לצרה עמ׳ 27; שיירי המנחה סי׳ לד (עמ׳ שטז). **[293]** שו״ת שיבת ציון סי׳ סד-סו. וראה שם במחלוקתו עם בעל התשובה מאהבה; שו״ת כתב סופר חיו״ד סי׳ קעד. **[294]** שו״ת כתב סופר שם. **[295]** שו״ת שואל ומשיב מהדו״ק ח״א סי׳ רלא; שו״ת אמרי יושר ח״ב סי׳ כט אות ה. וראה עוד פוסקים בדעה זו באוצה״פ סי׳ יז סק״ר אות יט. וראה עוד בנידון בשו״ת פני יהושע ח״ב חאבהע״ז סי׳ נג; שו״ת כנסת יחזקאל חאבהע״ז סי׳ מו; שו״ת מהרי״ל דיסקין סי׳ לא.

נטילת דגימות מן המת לצורכי זיהוי חללים — זיהוי וודאי של גופת מת מתקיים כאשר הנתונים שנאספו לאחר המוות מושווים לנתונים שנאספו מאדם בעודו בחיים ונמצאים מתאימים ברמה שמאפשרת לקבוע שהנתונים שלפני המוות והנתונים שלאחר המוות שייכים לאותו האדם, ואין סתירה ביניהם. לאלו שייכים טביעות אצבע, נתוני שיניים, פרופיל גנטי וסמנים רפואיים, כגון צלקות ניתוחיות, קטיעות, צילומי רנטגן, מומים, כתובות קעקע, וכיו״ב.

זיהוי אפשרי או משוער של גופת מת מתקיים כאשר מספר גורמים הקשורים לגופה נלקחים בחשבון לזיהוי. היינו כאשר כל גורם בנפרד איננו מאפשר זיהוי, אך שילוב של מספר גורמים מאפשר זיהוי אפשרי. לאלו שייכים חפצים אישיים שנמצאו על הגופה, זיהוי אנטרופולוגי (מין, גיל, קבוצה אתנית), או היכרות אישית של המזהה עם המנוח.

זיהוי עתידי מתייחס לאיסוף מירב הנתונים מהגופה לפני קבורתה הארעית כגופת אלמוני/ת על מנת לאפשר זיהוי עתידי וודאי.

יש מצבים שבהם גופות אלמוניות נותרות ללא זיהוי, בהיעדר נתונים מאפיינים או עדויות של היכרות. כמו כן יש מצבים שגופה נפגעה כך שהיא התפרקה לחלקים רבים, ולא ניתן לקבוע את זהות החלקים השונים כשייכים לאדם מסויים, ובכך נמנעת האפשרות להביא לקבורה אדם שלם. במקרים אלו קיימות שתי אפשרויות: האחת, היא קבורת הגופה או חלקים ממנה כאלמוני/ת ללא נקיטת אמצעים מראש לאפשרויות זיהוי עתידי. במקרה כזה יתכן שבעתיד יהיה צורך להוציא את הגופה מן הקבר, כדי לבצע את מלאכת הזיהוי; השניה, לקיחת נתונים מהגופה או מחלקיה שיאפשרו זיהוי עתידי לפני קבורת הגוויה, ושמירת הנתונים עד שתיווצר האפשרות לזהות את הגופה, מבלי שיהא צורך בעתיד להוציאה מהקבר.

לפיכך במקרה של מת אלמוני יש לעשות כל הנחוץ לצורך זיהוי הגופה בעתיד לפני קבורת הגופה, לרבות תיאור חיצוני, צילום הגופה, טביעת אצבעות, בדיקות הדמיה רנטגניות ואחרות, מנשר שיניים, וכן שימור דגימת שערות, ציפורן, רירית הפה, דם, או רקמות אחרות בשיטת ביופסית מחט, בכמות שלא תעלה על 20 גר׳ רקמה (פחות משיעור כזית), או כל שיטה מקובלת אחרת לזיהוי גופה, כל זאת במידרג המפורט כאן, למעט בדיקות הכרוכות בפגיעה מבנית של הגופה, בכריתת אברים או חלקי גוף אחרים, או כל פעולה פולשנית. דגימות אלו יישמרו אך ורק לצורכי זיהוי עתידי, ולא ישמשו לצורכי מחקר, או מטרות אחרות כלשהן, תוך שמירה קפדנית על הדגימות מפני שימוש בלתי ראוי. בהיעדר אפשרות לבצע את הנחוץ לזיהוי גופת אלמוני תיקבר הגופה ללא זיהוי[296].

פתיחת קבר לשם זיהוי — מי שנקבר כאלמוני, ואחר כך רוצים לזהותו

[296] מסקנות ועדה ציבורית לבחינת נהלים ותיקוני חקיקה לחוק האנטומיה והפתולוגיה

באמצעות בדיקת דנ״א, ולשם כך צריך לפתוח את קברו, ולהוציא חלקי עצמות לביצוע הבדיקה, מעיקר הדין יש בפעולה כזו משום איסור ניוול המת. אם הקרובים מבקשים לבצע פעולה זו כדי להקים מצבה על קברו, ועל ידי כך לכבד את המת, ולאפשר לחיים לעלות על קברו — יש צדדים לומר שאין זה משום ניוול המת[297].

לצורך הוצאת עזרים מלאכותיים שהושתלו בגופו מחייו — ראה ערך השתלת אברים.

ד. ניתוח המת לצרכי רפואה משפטית

הוכחת רצח — כאשר רוצח עומד למשפט, וכדי להביאו לדין ולעונש, או לחילופין כדי לזכותו מאשמת רצח, יש צורך בנתיחת הנרצח לבירור סיבת מותו — יש מי שאסר לנתח את הנרצח, אף אם על פי החוק אפשר להעניש את הרוצח רק לאחר נתיחת הנרצח[298]**; אך רוב הפוסקים מתירים**[299].

(׳ועדת שטינברג׳), 2003. **[297]** מצינו בכמה הלכות שכאשר פעולת הניוול נעשית לכבודו של המת הרידהי מותרת. כך למשל, מותר משום כבוד המת לעכב את קבורתו של נפטר כדי לאפשר לרבים, או לבני משפחה, להשתתף בהלווייתו. כמו כן, משום כבודו של המת מותר לפנות אותו מקברו כדי להעבירו לקבורה בקברי אבותיו או בארץ ישראל. בשו״ת הרדב״ז ח״ב סי׳ תריא אף התיר, מאותו שיקול של כבוד המת, לשבור את עצמות המת כדי להכניסן לתוך כד, לשם הבאתו לקבורה בארץ ישראל. ומדברי שו״ת הרשב״א ח״א סי׳ שעה משמע לכאורה, שהקמת מצבה על קברו של מת היא כבוד גדול למת. אלא שלא דיבר הרשב״א במצב שהקמת המצבה כרוכה בניוול המת. אך ראה שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ד סי׳ נז, שכתב שהכבוד שיש למת בהעמדת מצבה על קברו קשור בבני משפחתו ״כדי שידעו היכן הוא קבור, כדי שיהיה נקל להם למצוא קברו כשירצו לבקרו״. וראה עוד בשו״ת פסקי עוזיאל בשאלות הזמן סי׳ לו, שהתיר את פינוי עצמותיהם של שלושה חיילים שנקברו בקבר אחים, ובין שאר נימוקיו כתב: ״ובוודאי שכבודו ורצונו של אדם הוא להיקבר בקבר מיוחד כמנהגם של ישראל שהיא תורה בחיים ובמות״. לפי זה, כבוד המת שבקבורה אישית ומזוהה, וייחוד מצבה וכיתוב שמו של החלל עליה, הרי הוא בכלל מנהג ישראל שיש בו כדי להצדיק ניוול המת. אבל יש להעיר, שמתשובה אחרת שהשיב הרב עוזיאל (שם, סימן לה, ס״ק ח), בעניין קברי אחים עולה מסקנה שונה לחלוטין, שכן הוא כותב שם: ״דהלכה פסוקה היא אין מפנים אפילו מקבר בזוי למכובד״, ומשום כך הוא אוסר פינוי קבר אחים: ״כל שהוא נקבר בבית קברות של ישראל אעפ״י שאין קברו מכובד כגון שיש הרבה מתים בקבר אחד, מכל מקום כיון שהוא בבית הקברות של ישראל אין מפנים אותו אפילו לקוברו בבית הקברות של ישראל״. וצריך עיון כיצד מתיישבים דבריו אהדדי. וראה עוד בשו״ת בנין אב ח״ד סי׳ סז, בעניין שיירת הדסה, שהתיר למעשה לפתוח קבר אחים כדי לבצע בדיקות גנטיות, ולהביא את הקבורים בו לקבורה אישית. לעומת זאת יעויין בשו״ת שבט הלוי ח״ה סי׳ קעח, שכתב שאין מקום להסתפק בזה, דלקבור מיד בלי ניתוח עדיף (אף אם תמצי לומר שיש איזה היתר לנתח, מה שהוא רחוק)״. היינו שאסר לעכב את קבורת המת על מנת לאפשר את זיהויו, ואם כך הדין לעניין עיכוב קבורה, כך הדין גם כן לעניין ניוול המת, שכן ניוול המת נלמד מאיסור הלנת המת. ראה: ספרי, פרשת כי תצא, סימן רכא; סנהדרין מז ע״א. עוד אפשר לומר שרצונו המשוער של הנפטר הוא שלא יצטערו קרוביו, ולפיכך אולי זה מפחית מאיסור ניוול המת (הדברים נכתבו על ידי ד״ר מיכאל ויגודה, ראש תחום משפט עברי במשרד המשפטים). **[298]** שו״ת חמדת צבי ח״ב חיו״ד סי׳ כ. **[299]** שו״ת אמרי שפר סי׳ פב (וכתב שם, שהמונעים זאת שלא כדין הם עושים, ואדרבה צריך לסייע לפקידי הממשלה בזה);

יש מי שכתב, שאם על ידי ניתוח הנרצח יביא הדבר להוצאתו להורג של הרוצח — מותר, אבל אם העונש שיגיע לרוצח הוא רק מאסר, אין היתר לנוול את הנרצח[300]; ויש מי שהתיר לנתח כל מת שמותו היה בלתי טבעי, ויכולה להיות לכך משמעות משפטית למת או ליורשיו[301].

לזהות המת על מנת לשחרר את אשתו מעגינותה — יש מי שכתבו, שהדבר מותר[302], ויש מי שחולקים[303].

יש מי שכתב, שגם מתים חללי מלחמה אין לנתח בכדי לזהות אותם[304].

ה. ניתוח המת כשהנפטר מחל על כך מחייו

אדם שמחל על בזיונו מחייו, וכגון שאמר שנוח לו להתנוול לתועלת הרפואה, או שמכר את גופו לצורך הלימוד והבירור הרפואי — יש אומרים, שאין איסור ניוול בניתוחו לאחר המוות, כיוון שהוא עצמו אינו מקפיד על בזיונו[305], ואף מותר לסטודנט לרפואה ללמוד אנטומיה על גופות של אנשים שציוו מחייהם את גופם למדע[306]; יש מי שכתב, שמועילה מחילת הנפטר מחייו דווקא על מנת ללמוד על מחלתו ולקוברו מיד, אבל אם הכוונה ללמוד עליו אנטומיה, ולהשאירו ימים רבים בלא קבורה, לא מועילה מחילתו[307];

שו״ת מאורות נתן חיו״ד סי׳ עט; הרב נ. אדלר (בעל נתינה לגר, רבה הראשי של לונדון), Oxident (ירחון בפילדלפיה), כרך 14, עמ׳ 129/37, תשט״ז; הגריא״ה הרצוג, במכתב להנהלת הדסה, פורסם ב״יבנה׳ ניסן תש״ט (וראה — ק. כהנא, המעין, ז(ב), טבת תשכ״ז, עמ׳ 49 ואילך. וראה לעיל ברקע ההיסטורי); גשר החיים ח״ב פכ״ח אות ב; שו״ת ציץ אליעזר ח״ד סי׳ יד; ליקוטי שיחות, הרמ״מ שניאורסון מליובביטש, ספר ג, כרך ב, שמות תשל״ג, עמ׳ 327; תורת הרפואה, עמ׳ 219. **[300]** הרב ש.א. יודלביץ, קול תורה, שנה ח, חוב׳ ו-יג. וכן שמעתי בשם הגרי״ש אלישיב. **[301]** גשר החיים ח״ג פכ״ח אות ג. **[302]** שו״ת שואל ומשיב מהדו״ק ח״א סי׳ רלא; שו״ת פני יהושע ח״ב חאבהע״ז סי׳ נז; שו״ת כנסת יחזקאל חאבהע״ז סי׳ מו; שו״ת מהרי״ל דיסקין חיו״ד סי׳ לא; הגר״י אריאלי, תורה שבעל פה, ו, תשכ״ד, עמ׳ מ ואילך, והנ״ל, נועם, ו, תשכ״ג, עמ׳ פב ואילך; שו״ת בנין ציון סי׳ קע-קעא; שו״ת מחנה חיים ח״ב חיו״ד סי׳ ס; שו״ת חבלים בנעימים ח״ד חיו״ד סי׳ סד; שו״ת אמרי שפר סי׳ פב; נחל אשכול על ספר האשכול ח״ב עמ׳ 117 ואילך; שו״ת כהנא מסייע כהנא, סי׳ יא; הגראי״ה הרצוג — ראה לעיל הע׳ 299 (וראה כתבי הגאון רבי יחיאל יעקב ווינברג זצ״ל, ח״א סי׳ כב (הובא גם בתחומין, יב, תשנ״א, עמ׳ 382 ואילך) ״וכבר הורה זקן, ראש הרבנים לישראל הגאון מהרי״א הרצוג זצ״ל להתיר״, ואף הוא הסכים להלכה זו); הרב מ. שטינברג, נועם, ג, תש״ך, עמ׳ פז ואילך; כל בו על אבלות ח״א עמ׳ 43; הגר״י אריאלי, תורה שבעל פה, ו, תשכ״ד, עמ׳ מ ואילך, והנ״ל, נועם, ו, תשכ״ג, עמ׳ פב ואילך (וכתב שם, שהוא דווקא אם הסכימו גם בני המשפחה); שו״ת נצר מטעי ח״א סי׳ לא; תורת הרפואה, עמ׳ 225 ואילך (הרב ש. גורן, מאורות, 2, אביב תש״מ, עמ׳ 5 ואילך). וראה שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ שכז ד״ה שלישית, שבמקום שהחיים יודעים שכך מנהגם, ומוחלים על כבודם — שרי. **[306]** הגרא״י אונטרמן, הגר״י אריאלי, והגרא״י וולדינברג, שפסקו לי כן לפני שהתחלתי ללמוד אנטומיה בבית הספר לרפואה בירושלים בשנת תשכ״ז. **[307]** שו״ת

יש מי שכתב, שראשו ורובו של המת חייבים לקבור מיד לאחר מותו, ועל כך לא מועילה מחילתו, אבל אם מחל מחייו, מועיל הדבר ללמוד על חלקים ממנו[308]; ויש אומרים, שלא מועילה כלל מחילתו מחייו על ניוולו[309].

ומכל מקום לכתחילה אסור לאדם למכור או לתרום את גופו לצורך לימוד רפואה[310].

ו. מעמד המשפחה

באופן עקרוני אין לאף אחד בעלות על המת, ובוודאי שאין למדינה כל בעלות עליו[311], ואף בני המשפחה והיורשים אין להם בעלות על גוף המת[312]. ולפיכך, במקום שיש איסור לנתח מת, לא מועילה הסכמת המשפחה[313]. אך מאידך יש חובה בכל מקרה לקבל את הסכמת המשפחה לניתוח קרובם המת, ויש כוח בידי בני

המשפחה למחות ולהתנגד לנתיחת המת, הן מפני הצדדים האנושיים והרגשיים, והן מפני חיובם בקבורת המת ובמניעת בזיונו, והן מפני בזיונם-הם ופגם המשפחה[314]. ויש מי שכתב, שאף לכל אדם בישראל יש מעמד למחות נגד נתיחת מת שלא כדין, הן משום ערבות, והן משום בזיון כל החיים[315]; ויש מי שכתב, שבמקום פיקוח נפש אין בני המשפחה יכולים לעכב[316].

יש מי שכתב, שבכל מקרה שיש צורך לנתיחה לאחר המוות, חובת הרב לשכנע את המשפחה להסכים לכך, אבל במקרי ספק יש להתחשב בדעת המשפחה, ואם הם מסרבים, אין לבצע את הנתיחה, כי מושג "כבוד המת" כולל את דעת המשפחה בנידון[317].

4. אישים שונים

כללי — השאלה ביחס לאישים

ציץ אליעזר ח"ד סי' יד. **[308]** שו"ת עמוד הימיני סי' לד. **[309]** שו"ת חת"ס חיו"ד סי' שלו; שו"ת מהר"ם שיק חיו"ד סי' שמז-שמח; שו"ת דעת כהן סי' קצט; שו"ת ישכיל עבדי ח"ו חיו"ד סי' יט; שו"ת דבר יהושע ח"ג חיו"ד סי' כד; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' קמ; שם, חיו"ד ח"ד סי' נט; שו"ת שבט הלוי ח"ח סי' רס אות ג; שו"ת עמוד הימיני סי' לד; הרב ג. פלדר, אסיא, א, תשל"ו, עמ' 216 ואילך. וראה בשו"ת יחוה דעת ח"ג סוסי' פה בהערה אחרונה. **[310]** שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' קמ; הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו"ד סי' שמט סק"ב3. **[311]** ראה הגר"י אריאלי, תורה שבעל פה, ו, תשכ"ד, עמ' מ ואילך, והנ"ל, נועם, ו, תשכ"ג, עמ' פב ואילך, אות יד. **[312]** ראה הגר"י אריאלי שם, על פי הרמב"ם רוצח א ד. **[313]** הרב י.י. ווכטפויגל, נועם, ה, תשכ"ב, עמ' קסד; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' קמ; שם, חיו"ד ח"ד סי' נט; הגר"י אריאלי שם. **[314]** שו"ת מנחת יצחק ח"ה סי' ט אות כד; הגר"י אריאלי שם — על פי סנהדרין מו ב, וברש"י שם; רמב"ם אבל יב א; טושו"ע יו"ד שמח ב, ושסב א — שהאומר אל תקברוני, אין שומעים לו משום בזיון קרוביו; ועל פי כתובות פד א; ב"ב ג ב; בכורות נב ב; רמב"ם מכירה כד יז; טושו"ע חו"מ ריז ז; שם יו"ד שסו א — שהמוכר קברו וכו', באים בני המשפחה וקוברים אותו בעל כורחו של לוקח משום פגם משפחה. **[315]** הגר"י אריאלי שם — על פי הרמב"ן בתורת האדם, עניין הקבורה, הובאו דבריו בכס"מ אבל יב א; טושו"ע יו"ד שמח ג, ובש"ך שם — שאי קבורה הוא בזיון כל החיים, ולא רק בזיון בני המשפחה. וראה מאמרו של הרב ג. פלדר, אסיא, א, תשל"ו, עמ' 216 ואילך. **[316]** שו"ת ישכיל עבדי ח"ו חיו"ד סי' יט. **[317]** הגרי"ד סולובייציק, הובאו דבריו במאמרו

המנויים להלן היא האם חל לגביהם איסור ניוול המת, הנאה מן המת, חיוב קבורה, ובל תלין.

גוי — מצינו מחלוקת הפוסקים ביחס לחלות חלק מהיסודות הנוגעים לשאלת ניתוח המת ביחס לגוי: בעניין איסור ניוול המת בגוי — יש מתירים[318], ויש מי שאוסר[319]; בעניין איסור הנאה ממת גוי — יש מתירים, יש אוסרים, ויש סוברים שהאיסור הוא מדרבנן[320]; בעניין חיוב קבורה של מת גוי — יש מחייבים מן התורה[321], ויש סבורים שחיובו מדרבנן בלבד, מפני דרכי שלום[322]; בעניין איסור הלנת מת גוי, שאינו מהרוגי בית דין — יש האוסרים[323], יש הסבורים שאין חיוב זה חל עליו[324], ויש שפקפקו אם חל איסור זה לגביו[325].

לפיכך, יש מי שכתבו, שאין להבדיל בין יהודי לבין גוי, ובמקום שאסור לנתח מת יהודי, אסור לנתח גם גוי[326]; ויש שכתבו, שאין איסור בנתיחת גוף של גוי, ובמקום שיש צורך ללמוד רפואה על ידי נתיחת מת, יש לנתח דווקא גופות גויים[327].

פושעי ישראל שנהרגו על ידי המלכות, ומתו בלא ווידוי, וכל הפורשים מדרכי הציבור — יש הסבורים, שמותר לנתח אנשים אלו לאחר מותם[328]; ויש הסבורים, שגם פושעי ישראל אסור לנוולם על ידי

של צ. זינגר, טורי ישורון, גליון ה, תשרי תשכ״ז, עמ׳ 33. **[318]** שו״ת דעת כהן סי׳ קצט; שו״ת אור המאיר סי׳ עד; שו״ת מהרש״ג סי׳ רי; גשר החיים ח״ב פ״ב אות ג(ד). וראה שם שכתב, שבמת גוי בארץ ישראל יש לאו של ׳ולא תטמא את אדמתך׳ לשיטת הרמב״ן — ראה לעיל הע׳ 185. וראה עוד בנשמת אברהם ח״ה חיו״ד סי׳ שמט סק״א, בשם הגרש״ז אויערבאך, שדבר שאינו נחשב כניוול אצלם, או שיש צורך בניוול — מותר בגוי. וראה בשו״ת ציץ אליעזר ח״ד סי׳ יד. **[319]** שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ שלו. **[320]** ראה במחלוקת זו בע׳ גוי הע׳ 212 ואילך. וראה עוד בנשמת אברהם חיו״ד סי׳ שמט סק״א. **[321]** רמב״ן עה״ת דברים כא כב, וכן משמע מרד״ק ורלב״ג יהושע ח כט; שו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פ״ט. **[322]** ראה ע׳ גוי הע׳ 218 ואילך. וראה בשו״ת קול מבשר ח״א סי׳ ע. **[323]** ראה ע׳ גוי הע׳ 215 ואילך. וכן משמע רמב״ן עה״ת דברים כא כג; רד״ק יהושע ח כט; יוסף דעת על יו״ד סי׳ שמט. **[324]** גשר החיים ח״א פ״ז, ושם ח״ב פ״ב ד. **[325]** וראה בשד״ח מערכת הבי״ת אות קג. ובעניין איסור הלנת מת גוי מהרוגי בית דין — ראה אנציקלופדיה תלמודית, כרך ט, ע׳ הלנת המת, אות ג.

[326] שו״ת שאילת יעבץ ח״א סי׳ מא; הרב נ. אדלר (בעל נתינה לגר, רבה הראשי של לונדון), Oxident (ירחון בפילדלפיה), כרך 14, עמ׳ 129/37, תשט״ז; הגרי״ד סולובייציק, הובאו דבריו במאמרו של הרב י. יעקובוביץ, תורה שבעל פה, ו, תשכ״ד, עמ׳ סא ואילך; שו״ת משפטי עוזיאל ח״א חיו״ד סי׳ כח; תורת הרפואה, עמ׳ 225 ואילך (הרב ש. גורן, מאורות, 2, אביב תש״מ, עמ׳ 5 ואילך). **[327]** שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ שלו; שו״ת דעת כהן סי׳ קצט; משנת אברהם על ס׳ חסידים סי׳ של; שו״ת ישכיל עבדי ח״ו חיו״ד סי׳ יט. ובדין עבד ושפחה כנעניים — ראה תוס׳ ב״ק י א ד״ה שהשור; משל״מ אבל פי״ד; קצוה״ח סי׳ תי סק״א; שו״ת חת״ס שם. ובדין גר שמל ולא טבל, אף על פי שנכנס כבר בדת ישראל, מכל מקום דינו עדיין כגוי לדיני התורה, ולכן לא חלה על גופו קדושת ישראל, ולפיכך יכולים למסור את גופו ללימוד אנטומיה — חוקת הגר, קונט׳ התשובות, סי׳ ד אות א. **[328]** שו״ת פורת יוסף ח״א סי׳ יז (וראה שם, שהתיר לנתח לאחר המוות גם מתאבדים לדעת. וראה בכל בו על אבלות ח״ב סי׳ ג אות ג); וועד הרבנים של וורשה, בהחלטה מיום טז בשבט תר״ץ — הובא בספרו של גרייבר, עמ׳ מט. וראה בשו״ת ציץ

נתיחה אחר המוות[329], ואיסור הלנת המת חל גם על מי שפשע ביותר[330].

ערירים, ומי שאין להם קרובים ומטפלים — אנשים אלו דינם כדין מת מצווה, ובוודאי אסור לנתחם[331], ואדרבה יש חיוב גדול יותר על הציבור למנוע את ניתוחם לאחר המוות[332].

נפל[333] — אסור לבצע ניתוח לאחר המוות בנפל[334], אך לקיחת ביופסיה מנפל — מותרת[335].

יש מי שכתב, שמותר לנתח נפל שלא נרקמו עוד איבריו[336].

אשה שהפילה כמה פעמים, וקיימת אפשרות שעלי ידי ניתוחו של הנפל יהיה אפשר למנוע הפלה חוזרת בהריונות הבאים, ואפילו בספק נפל, כגון שמת בתוך שלושים לאחר לידתו, מותר לנתחו[337]. וכן אם יש חשש למחלה תורשתית, ובלבד שהחשש רציני, ויש סיכוי שהניתוח לאחר המוות של הנפל יועיל לעוברים העתידיים, ושכל חלקי הנפל יובאו לקבורה[338].

תרבית של תאים ממאירים ממת — יש מי שכתב, שדינם כדין שאר בשר המת, וחלים עליהם כל הכללים והחששות של ניתוח המת[339].

5. תנאים שונים בביצוע הנתיחה

תשלום — בשום מקרה אסור לקחת תשלום על הסכמה לנתיחת המת, אפילו במקום שהנתיחה מותרת, וגם אסור לאדם עצמו לקחת תשלום עבור הסכמתו

אליעזר חט״ז סי׳ לד, בשולי התשובה, בשם ס׳ בן יהוידע לבעל בן איש חי על מס׳ פסחים מט ב, שיתכן שמותר לנתח עם הארץ לפי הגדרת חז״ל, וצ״ע. **[329]** שו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ שלו; כל בו על אבלות ח״א עמ׳ 40; חזו״א יו״ד סי׳ רח אות ז; שו״ת חמדת צבי ח״ב חיו״ד סי׳ כ; שו״ת שבט הלוי ח״ח סי׳ רס אות ו. **[330]** שו״ת אור המאיר ח״א סי׳ עד. הטעם — שהרי עיקר האיסור נלמד מהרוגי בית דין, וכמבואר במשנה סנהדרין מו ב. וראה בשו״ת בשמים ראש סי׳ סד, ושד״ח מערכת הבי״ת כלל קג, שאפילו רשע גמור כל ימיו, אין רשאים להלינו כדי לבזותו. **[331]** שו״ת ציץ אליעזר ח״ד סי׳ יד; שו״ת שבט הלוי ח״ח סי׳ רס אות ז. **[332]** שו״ת אור המאיר ח״א סי׳ עד; הרב נ.ש. שבטר, נועם, ה, תשכ״ג, עמ׳ קעא. וראה עוד בס׳ הרפואה והיהדות, עמ׳ 182. **[333]** אם יש חיוב קבורה, איסור בל תלין, ואיסור הנאה בנפל — ראה הרפואה לאור ההלכה, כרך ב, ח״א פי״ח; הרב י. זילברשטיין, אסיא, ו, תשמ״ט, עמ׳ 42 ואילך, שאלה ז. וראה בע׳ ילוד הע׳ 288 ואילך. **[334]** חידושי הגר״י אייבשיץ על רמב״ם הל׳ יו״ט א כג; שו״ת בנין ציון סי׳ קיט-קכ; שו״ת מהר״ם שיק חיו״ד סי׳ שמד; שו״ת חבלים בנעימים ח״ג סי׳ סד, וח״ה סי׳ כב (ומכל מקום כתב שם, שאין חיוב על ההורים להוציא הוצאות כדי למחות ברופאים שלא ינתחו הנפל); שו״ת הלל אומר חיו״ד סי׳ ריג; הגר״י אריאלי, תורה שבעל פה, ו, תשכ״ד, עמ׳ מ ואילך, והנ״ל, נועם, ו, תשכ״ג, עמ׳ פב ואילך. **[335]** שו״ת כתר אפרים סי׳ נו. וראה שם, שגם הגרא״י אונטרמן הסכים להתיר. **[336]** הגרי״י נויבירט, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו״ד סי׳ שמט סק״ב (4). וראה הגר״י אריאלי, שם. **[337]** הגרש״ז אויערבאך והגרי״י נויבירט, הובאו דבריהם בנשמת אברהם חיו״ד סי׳ שמט סק״ב (4); שו״ת באהלה של תורה ח״א סי׳ נז. וראה בתורת היולדת פל״ו הע׳ ז. **[338]** שו״ת תשובות והנהגות, ח״ב סי׳ תרג. **[339]** שו״ת באהלה של תורה ח״א סי׳ נח.

שינתחוהו לאחר מותו[340].

גוי — במקום שאסור לנתח את המת, אסור גם לומר לגוי שהוא ינתח מת יהודי[341].

קבורה — גם לדעת המתירים ניתוחי מתים בתנאים מסויימים, אסור שיישאר אפילו חלק קטן מהגוף בלא קבורה, ואפילו שומרים על חלקים אלו במקום מכובד, ואם שייר חלק בלא קבורה, לא קיים מצות קבורה עד שיקבור את כל חלקי המת[342].

כבוד המת — גם במצבים שיש היתר לנתח מת, יש חובה לשמור בהקפדה רבה על כבודו. לפיכך, אסור לאכול ולשתות, אסור לעשן, אסור להתבדח, ואסור לנהוג בקלות ראש בנוכחות הגוויה. יש שהציעו נוכחות של רב בעת ביצוע הנתיחה לפי בקשת המשפחה, לצטט פסוקים או פתגמי חז"ל מתאימים, ולשוחח על חשיבות ההקפדה לנהוג כבוד בגופו של אדם שנברא בצלם אלקים[343].

בדיקות איבחוניות — כל פעולה שנעשית באדם חי לצורך בירור ואיבחון, מותרת גם במת. לפיכך, מותר להסתכל במת באופן חיצוני (אם זה יסייע לאבחנה); מותר לקחת ביופסיות מכל איבר ורקמה שנחוצים לאבחנה; מותר לבצע בדיקות הדמייה לסוגיהן, כמו צילומי רנטגן; מותר לקחת תרביות דם ורקמות; מותר לבצע בדיקות כרומוזומליות; מותר לבצע בדיקות להרעלות; וכן מותר להסתכל בעזרת מכשירים שונים[344] לתוך איברים פנימיים שונים[345].

לעומת זאת, כל נתיחה שמבוצעת באדם חי לצורך ריפוי והצלה, אינה מותרת במת אלא לצורך פיקוח נפש. לפיכך, כל נתיחה המביאה לפתיחה כירורגית של חללים כמו גולגולת, חזה, בטן, וכן כל נתיחה פתוחה להוצאת איברים, וכן כל נתיחה הגורמת למום ניכר אסורה בכל מקרה פרט למצבי פיקוח נפש.

היקף הנתיחה — גם במצבים שיש היתר לנתח מת, מותר לעשות כן רק באופן מוגבל, ובאותם חלקים שקיימת סבירות רבה שניתן ללמוד מהם דבר שיציל נפש. אי לכך, אסורה נתיחה שגרתית הכוללת פתיחת הגולגולת, החזה והבטן לכל אורכם, וביתור חלקים פנימיים רבים, ולקיחת דגימות מאזורים שונים, כאשר לא צפויה תועלת מיידית מפעולה זו. ולפיכך, על הקלינאים והפתולוגים להגדיר היטב את השאלה הרפואית ואת דרכי הפתרון בנתיחה, ולבתר רק באופן מוגבל לפי הצרכים לפתרון השאלה[346].

[340] שו"ת משפטי עוזיאל ח"א חיו"ד סי' כח-כט. **[341]** שו"ת כהנא מסייע כהנא סי' יא; שו"ת ציון לנפש חיה סי' טז, תשובת אבי המחבר הרב נתן נטע לייטער אב"ד לבוב. וראה באריכות דין אמירה לעכו"ם בשאר איסורים בס' מלכים אמניך, פי"ג. **[342]** שו"ת משפטי עוזיאל מהדו"ת ח"ג חיו"ד כרך ב סי' קי. וראה לעיל הע' 172. **[343]** ראה הרפואה והיהדות, עמ' 184. **[344]** laparoscopy, endoscopy, colonoscopy, bronchoscopy, cystoscopy וכיו"ב. **[345]** הגרש"ז אויערבאך, שם. **[346]** על הנחיות כאלו ראה — Bleich JD, *Judaism and*

שבת — כשמותר לקחת ביופסיה מן המת, מותר אפילו בשבת, אך רק בתנאי שיש חולה מסוכן לפנינו, שמתוצאות הבדיקה אפשר יהיה ללמוד איך לעזור לו, ומותר להכניס בשבת את הרקמה שנלקחה מהמת לשימור בתמיסה מתאימה רק אם הדבר נעשה כדי לעזור לחולה מסוכן הנמצא לפנינו[347].

יש מי שכתב, שבמקום הדחק כשהרופא עלול להפסיד פרנסתו, והוא נדרש לנתח מת בשבת, מותר לבצע את הנתיחה כלאחר יד וללא מידה מדוייקת, כי אין בזה איסור חובל, אבל יש איסור מוקצה וחשש לאיסור מחתך[348].

גוסס — יש מי שכתב, שאסור לטלטל גוסס ולהוציאו מבית חולים, גם כשיש חשש שינתחוהו לאחר מותו, כי המטלטל גוסס מקרב את מותו, ויש בזה איסור רציחה[349].

פעולות למניעת ניתוחי מתים — אין לגנוב איברי מת מבית החולים, אם על ידי זה יש חשש שלא יתנו לקבור את יתר האיברים, או שיגרמו על ידי כך שימנעו קבורת מתים אחרים[350].

מותר להביא להפגנה איברים ממתים שנותחו נגד ההלכה, כדי שדבר זה יעורר רושם, ויסייע למניעת ניתוחי מתים שלא כדין[351].

יש מי שכתב, שמותר להלין את המת, כדי להצילו מניתוח לאחר המוות[352].

מותר לטלטל את המת בשבת על ידי ככר כדי להצילו מניתוח לאחר המוות[353], ואפילו למקום שאסור לטלטל בו, אם אין זה רשות הרבים גמורה[354].

אסור לחתום בשבת וביום-טוב על טופס התנגדות לניתוח המת[355].

אבלות — מי שציווה בחייו למסור את גופו למדע, כדי שילמדו עליו, ואפילו אם ציווה כן לצורך לימוד אנטומיה, אף שרבים הפוסקים האוסרים זאת, בכל זאת חייבים קרוביו להתאבל עליו, ופשוט שהאבלות מתחילה לאחר שהגופה תובא לקבורה[356].

מעמד הקרובים — יש מי שכתב, שאם אדם ציווה גופו מחיים למחקר, והוא אינו מכלל הכופרים והמומרים להכעיס וגם ידוע שבסופו של דבר יגיע הגוף לקבורה,

Healing, 1981, pp. 184-7. **[347]** הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו״ד סי׳ שמט סק״ב (6). ונסתפק שם אם מותר להוציא דם מהמת בשבת. **[348]** שו״ת תשובות והנהגות, ח״ב סי׳ קפו. **[349]** שו״ת באר משה ח״ח סי׳ רלט-רמג. וראה בע׳ נוטה למות (2), הע׳ ו ואילך. **[350]** שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ב סי׳ קנ. **[351]** שו״ת אגרות משה שם. **[352]** שו״ת בית אב״י ח״א סי׳ קט. **[353]** נימוקי או״ח חיים אלעזר שפירא תר״ץ סי׳ שיא; שו״ת חלקת יעקב ח״ג סי׳ קעב; שמירת שבת כהלכתה פס״ד סי״ג (וראה שם בהע׳ נז). וראה עוד כף החיים סי׳ שיא סקל״א; שו״ת הר צבי חיו״ד סי׳ רצד. **[354]** שמירת שבת כהלכתה שם, והע׳ נח שם. **[355]** שמירת שבת כהלכתה פס״ד ס״ד. וראה בהע׳ כא שם, שהסתפק אם מותר לומר לגוי לחתום על טופס כזה, ובפרט אם הוא בכתב שלהם. **[356]** שערי משה לאאמו״ר ח״ב סי׳ נו; שו״ת משברי ים לאאמו״ר סי׳ קז אות ב.

אין חיוב על היורשים למנוע את הניתוח; ואם ידוע שבסופו של דבר לא יגיע הגוף לקבורה, חייבים היורשים למנוע את הנתיחה. אכן אם מדובר בכופרים ובמומרים להכעיס, בכל מקרה אין חיוב למנוע את הנתיחה[357].

כהן — בדין כהן הלומד רפואה, והוא נזקק לניתוחי מתים — ראה ערך כהן.

שלד של מת — בדין שלד של מת שנמצא בבית רופא או סטודנט לרפואה, אם השלד הוא של גוי, אין הוא מטמא באוהל כדעת רוב הפוסקים בנידון, ומותר לכהן להיכנס לאותו בית אף על פי שהדלת פתוחה, אבל אסור לו להיכנס לחדר שבו נמצא השלד; ואם הוא של יהודי, יש לתלות שלט ולהזהיר הכוהנים[358].

אימון על גוויה — יש מי שכתב, שמותר להתאמן על המת בהכנסת צינור לקנה הנשימה[359], כדי שיוכל בעתיד להציל חולה שבסכנה, ואין בזה משום איסור הנאה מן המת[360].

ה. רקע אתי

חשיבות הנתיחה בימינו — נתיחת מתים מהווה תרומה חשובה לקידמה הרפואית, להרחבת הידע התיאורטי והמעשי, ולחינוך הרפואי. תרומה זו היתה משמעותית בהרבה בעבר, כאשר הידע היה מועט, וכאשר לא היו אמצעי הדמייה משוכללים. כיום, לאחר שכבר נרכש כמעט כל הידע שאפשר להפיק מנתיחות לאחר המוות, ולאור השיכלולים הרבים באמצעי איבחון והוראה, הצטמצמה החשיבות של נתיחת מתים. יחד עם זאת, יש הסבורים, שגם כיום יש חשיבות לנתיחות לאחר המוות על מנת ליצור את השילוב הנחוץ בין פרטי המידע הרבים מתחומי האיבחון השונים, ויש אחריות מוסרית למשפחות, לבתי החולים, ולחברה בכללותה לעודד את הנתיחה לאחר המוות לצורך הקידמה המדעית-רפואית[361].

מעמד המשפחה — יש הטוענים, שהגוף המת הוא חסר כל זכויות, ואין לגביו שום קניינים, לא לעצמו ולא לקרובי משפחה, ולפיכך אם אפשר להפיק ממנו תועלת לטובת החיים, אין להגביל זאת. מאידך, אין כל ספק שמבחינה אנושית יש להתחשב ברגשות של בני המשפחה שקרובם המת יקר להם, וצריך לנהוג בו לפי המנהגים המקובלים. יתר על כן, ההנחה שאין לגוף המת שום חשיבות איננה מקובלת כלל מבחינה דתית[362], ולפיכך יש להתחשב בדעות החולים ובני משפחותיהם על פי עקרון האוטונומיה וחירות הפרט, המחייב לאפשר לאדם להחליט מה ייעשה בו, ואין לתת למדינה בעלות על גופו של אדם[363].

[357] שו״ת תשובות והנהגות ח״ג סי׳ שסח. **[358]** שמעתי מפי הגר״י אריאלי והגרא״י וולדינברג. **[359]** intubation. **[360]** הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח״ד חיו״ד סי׳ שמט סק״ב. **[361]** Pellegrino ED, *Arch Pathol Lab Med* 120:739, 1996. **[362]** ראה לעיל הע׳ 122 ואילך. וראה להלן הע׳ 374 ואילך, ביחס לעמדות הנצרות והאיסלם. וראה מה שכתב בנידון בגשר החיים ח״ב פכ״ח אות ב. **[363]** ראה — Bierig JR, *Arch*

דגימות רקמה למחקר — שימור דגימות מיקרוסקופיות לצורך מחקר עתידי מחייב הסכמה של הנפטר עצמו, או של בני משפחתו, ואין להשתמש ללא רשות בדגימות שנלקחו מהמת לצורך איבחון סיבת מותו על מנת להשתמש בהן בעתיד למחקרים[364].

אימון רפואי על גופה — יש הסבורים, שקיימת הצדקה מוסרית להשתמש בגוף מת לצורך תירגול ואימון של פעולות רפואיות הנחוצות להצלת חיים, כגון הכנסת צינור לקנה הנשימה[365], ואף קיימות תכניות לימוד במדינות שונות אשר מחייבות פעולה כזו. בדרך כלל נעשית הפעולה ללא הודעה למשפחה, וללא קבלת הסכמה מודעת לפעולה. הדבר נעשה מתוך הנחה שהנפטר היה מסכים לפעולה זו. יחד עם זאת, מומלץ לקבל הסכמה מודעת מפורשת מהחולה בטרם מותו, או מבני משפחתו[366].

ואמנם קיימת מחלוקת בין החוקרים אם יש הצדקה מוסרית לבצע פעילות אימון על גופו של נפטר טרי ללא הסכמת המשפחה אם לאו. התומכים בביצוע האימון ללא הסכמת המשפחה טוענים שהנפטר איננו אישיות עוד, לקרוב המשפחה אין זכויות מיוחדות על גופו של הנפטר, יש קושי בהסברת הצורך הזה לקרובים אבלים ויש בכך משום הטלת מעמסה רגשית מיותרת, והצורך לאימון הרופאים גובר על שיקולים אחרים בנידון. לעומתם, השוללים פעולה כזו ללא הסכמה מודעת של בני המשפחה טוענים שיש בכך מעשה הונאה, יש בכך פגיעה בעקרונות האתיקה הרפואית המקובלת של כיבוד האוטונומיה והצורך בהסכמה מודעת, הדבר עלול לגרום להרעת היחסים בין חולים לרופאים וליצירת אי-אימון ביניהם, הצוות הרפואי עלול להגיב בצורה שלילית, ויתכן שיש בכך משום עבירה על החוק[367]. במחקרים שבדקו את שכיחות ההסכמה של בני המשפחה לפעולות אימון רפואי על גופת קרובם הנפטר נמצא כי ביחס לנפטרים מבוגרים — 59% הסכימו לכך לאחר הסבר נאות[368], וביחס ליילודים — 73% מההורים הסכימו לכך, אף כי חלקם התנגדו לניתוח לאחר המוות[369]. אמנם בפועל נמצא כי רק ב-10%-18 מהמקרים שהשתמשו במתים לצורך אימון בארה״ב נתבקשה הסכמתם

[364] ראה — Grizzle WE, et al, *Arch Pathol Lab Med* 125:1425, 2001. **[365]** ראה על השיקולים בעד ונגד הצורך בקבלת הסכמת קרובי משפחה במאמרים — Feinberg J, *Hastings Cen Rep* 15(1):31, 1985; Iserson KV and Culver CM, *Hastings Cen Rep* 16(3):28, 1986; Orlowski JP, et al, *J Clin Ethics* 201:1, 1990; Benfield DG, et al, *JAMA* 265:2360, 1991; American Heart Association, *JAMA* 268:2282, 1992; Burns JP, et al, *N Engl J Med* 331:1652, 1994; Goldblatt AD, *Ann Emerg Med* 86:25, 1995; McNamara RM, et al, *JAMA* 273:310, 1995; Council on Ethical and Judicial Affairs of AMA, *Acad Med* 77:1212, 2002; Jones JW, et al, *Surgery* 135:108, 2004; Sperling D, *Ann Health Law* 13(2):393, 2004. **[366]** ראה — Orlowski JP, et al, *N Engl J Med* 319:439, 1988. **[367]** ראה על intubation. **[368]** Benfield DG, et al, *JAMA* 265:2360, 1991. **[369]** Burns JP, et al, *N Engl J Med* 331:1652, 1994; Morhaim DK and Heller MMB, *J Emerg Med* 9:515, 1991.

של קרובי המשפחה[370]. במחקר שנערך בארה״ב בין יחידות לטיפול נמרץ וחדרי מיון נמצא כי 39% השתמשו במתים ׳טריים׳ לצורכי לימוד ואימון פרוצדורות רפואיות. הטיפול השכיח ביותר היה אימון להחדרת צינור לתוך קנה הנשימה, אך נעשו גם אימונים לפיום הקנה, החדרת צנתר ווורידי מרכזי, החדרת נקזים לבית החזה ולחלל כיס-הלב, ביופסית כבד, החדרת מחט לעצם לצורך מתן עירוי נוזלים, ועוד[371]. באוסטרליה יש שימוש נפוץ בגופות של בני אדם שזה עתה נפטרו לצורך אימון פעולות רפואיות מצילות חיים, אך הדבר נעשה ללא תוכניות לימוד מוגדרות ומובנות, וללא קבלת הסכמה מודעת מבני המשפחה[372].

יש מי שהציעו להגביל את השימוש בנפטרים לצורכי אימון רק לקבוצות רופאים שבמקצועם זקוקים לידע טכני-רפואי כזה; רק לפרוצדורות שאינן גורמות לפגיעה נראית לעין בחלקי המת; רק לאחר שהרופאים-המתלמדים למדו את הטכניקה הדרושה בכל הדרכים האחרות, והאימון על המת הוא שלב סופי; ורק לאחר קבלת הסכמה מודעת מקרובי הנפטר.

אמנם אימונים לפעולות מצילות חיים מתקיימים על בובות ודגמים ממוחשבים,

על חיות מורדמות, ועל מנותחים חיים בחדר ניתוח, תוך פיקוח והדרכה של מרדים מנוסה. אכן, יש הסבורים, שיש חסרונות משמעותיים לכל השיטות הללו, ובעיקר נחוץ האימון על גופות של בני אדם שנפטרו זה עתה כדי לחוש את המצב האמיתי, ולהיות מוכן לטיפולים מצילי חיים בתנאי לחץ, במצבים דחופים, ואצל רופאים צבאיים — גם בתנאי קרב ותחת אש[373].

עמדת הנצרות — הנצרות הקדומה התנגדה בחריפות רבה לכל ביתור של גוויות בני אדם[374], ובעיקר יש לציין את אגרתו של האפיפיור בוניפיציוס השמיני משנת 1300, אשר הטיל חרם על אנשים השולקים גוויות בני אדם[375].

שינוי בעמדה של הנוצרים הקתולים חל במאה ה-ט״ו למניינם, כאשר האפיפיור סיקסטוס הרביעי נתן הסכמה עקרונית לביתור גופות לצורכי לימוד אנטומיה בשנת 1482, והחלטה זו אושרה גם על ידי האפיפיור קלמנט השביעי בשנת 1524[376]. בשנת 1556 פנה הקיסר קארל החמישי למנהיגי הקתולים בסלמנקה שבספרד, כדי שיורו מה נכון מבחינה דתית, והמכון התיאולוגי בעיר זו התיר את הנתיחות, כדי שאפשר יהיה לקדם את הרפואה לטובת

[370] Burns et al, *N Engl J Med*, loc. cit; Kaldjian LC, et al, *N Engl J Med* 341:2088, 1999. **[371]** Ginifer G and Kelly AM, *Med J Australia* 165:445, 1996. **[372]** Burns et al, *N Engl J Med*, loc. cit. וראה עוד סדרת מאמרים בעניין זה — *Ann Emerg Med* 25:86, 1995. **[373]** ש.ח. שפירא וי. שמר, הרפואה קלח:658, 2000. וראה עוד בנספח. **[374]** ראה Alsoton MN, *Bull Hist Med* 16:255, 1944; הרפואה והיהדות, עמ׳ 167-168. **[375]** האיגרת היא De Sepulturis. על משמעותה ההיסטורית בהתפתחות מדע האנטומיה — ראה בשני המקורות דלעיל. **[376]** Singer C, *The Evolution of*

האנושות[377]. בשנת 1737 נקבעה העמדה הרשמית של הכנסיה הקתולית על ידי האפיפיור בנדיקטוס ה-14, המחייבת את ביתורי הגוויות לתועלת האומנויות והמדעים[378].

המוסלמים התנגדו התנגדות עזה לניתוח מתים, ויש אף רמז לאיסור זה בקוראן[379]. למרות זאת נהגו בעבר בבתי חולים של מוסלמים לנתח מתים[380]. אכן, בשנים האחרונות אין כמעט נתוחי מתים במדינות מוסלמיות, ואף מוסלמים במדינות אחרית מתנגדים בחריפות לניתוחי מתים[381].

ו. רקע משפטי

כללי — על ההתפתחות של החוק הישראלי ביחס להסדר נתיחת גופות — ראה לעיל ברקע ההיסטורי; על פרטי החוק בישראל הנוגע לנתיחת מתים — ראה בנספח.

באופן עקרוני קבע בית המשפט העליון כי כבוד האדם אינו רק כבודו של האדם בחייו, זהו גם כבודו של אדם לאחר מותו, וזהו גם כבודם של יקיריו, השומרים את זכרו בלבם, וכבודו עומד לו לאדם לא רק בחייו אלא גם לאחר מותו[382].

שינויים בחוק האנטומיה והפתולוגיה — על פי חוק האנטומיה והפתולוגיה

המקורי משנת ה׳תשי״ג-1953 היו בידי הרופאים סמכויות נרחבות ביותר לניתוחי מתים, ואשר היו כמעט בלתי מוגבלות. שכן לפי סעיף 6 לאותו חוק היה מותר לנתח כל גוויה לשם קביעת סיבת המוות, או כדי להשתמש בחלק ממנה לריפויו של אדם, אם נקבע בתעודה שנחתמה על ידי שלושה רופאים שהוסמכו לכך בהתאם לתקנות, כי הניתוח משמש לאחת המטרות הללו. לפי סעיף זה היתה החלטתם של שלושה רופאים סופית, בלתי ניתנת לערעור, ובלתי תלויה בהסכמת המשפחה או בהתנגדותה. באותם ימים היתה ישראל אחת משתי המדינות המערביות היחידות (השניה היתה אוסטריה), שעל פי החוק לא נדרשה הסכמת המשפחה לביתור גוויה[383]. דבר זה השתנה בתיקון לחוק האנטומיה והפתולוגיה, התשמ״א-1980, שבו נוספו סעיפים וסעיפי-משנה המעגנים את מעמד המשפחה והנפטר עצמו בצורה חוקית, ומגבילים את סמכותם של הרופאים לבצע נתיחות בנפטרים[384].

פרשנות משפטית לחוק האנטומיה והפתולוגיה — היועץ המשפטי לממשלה דאז, מר יוסף חריש, כתב פרשנות לחוק האנטומיה והפתולוגיה[385], אשר לפי סעיפי החוק והתקנות עולות המסקנות הבאות:

משהתנגד אדם בחייו שגווייתו תנותח, אין לבצע בה ניתוח מסוג כלשהו, אפילו כשיש בו להציל חיים.

[377] הרפואה והיהדות, *Anatomy*,1925, p. 85 **[378]** Alsoton MN, *Bull Hist Med* עמ׳ 172. 16:255, 1944. **[379]** ראה הרפואה והיהדות, עמ׳ 173. **[380]** ראה בספרו של גרייבר, עמ׳ טו, הע׳ 3. **[381]** ראה Editorial, *Lancet* 344:1517, 1994. **[382]** ע״א 294/91 חברה קדישא גחש״א קהילת ירושלים נ׳ קסטנבאום, פ״ד מו (2), 523. **[383]** ראה ש. שרשבסקי, נועם, ז, עמ׳ שפז. **[384]** ראה בנספח. **[385]** ראה מכתב לחבר, נ(6):13-14, סיוון תמוז

אם הסכים אדם בחייו שגווייתו תנותח, מותר לבצע בה ניתוח לצורך קביעת סיבת המוות, או לצורך שימוש בחלק מאיבריו להצלת חיי הזולת, וזאת גם בנוכחות התנגדות בני משפחה. בכל מקרה נדרשת הודעה על הפטירה לאחד מבני המשפחה המנויים בחוק, ובכל מקרה נדרשת חתימה של שלושה רופאים על נחיצות הנתיחה.

משנפטר אדם שלא התנגד בכתב ולא הסכים בכתב מחייו שגווייתו תנותח, אם לא השאיר בני משפחה, אין לבצע בו ניתוח לאחר המוות לצורך קביעת סיבת המוות, או לצורך שימוש באיבריו להצלת חיי הזולת; אם נותרו בני משפחה מהמנויים בחוק, אין לבצע ניתוח לאחר המוות לצורך קביעת סיבת המוות, או לשם ריפוי הזולת, אלא אם כן הסכים לכך אחד מבני המשפחה המנויים בחוק, אך אם מדובר בניתוח להצלת חיי הזולת, מותר לבצע ניתוח בגווייתו, זולת אם התנגד לכך אחד מבני המשפחה המנויים בחוק. בכל מקרה נדרשת הודעה על הפטירה לאחד מבני המשפחה המנויים בחוק, ובכל מקרה נדרשת חתימה של שלושה רופאים על נחיצות הנתיחה[386].

ענישה — העבירה על חוק האנטומיה והפתולוגיה, והעונש הקבוע בצידה, הוא מסוג העבירות הפליליות, אבל אין הוא יכול לשמש עילה לתביעת פיצויי נזיקין אזרחית מצד בני המשפחה. לפיכך, גם אם נהגו רופאים שלא כדין, והוציאו חלקים מגופו של נפטר לצורך הצלת חיים ללא קבלת הסכמת המשפחה כנדרש בחוק, אין עילה לחייבם בתשלומי נזיקין לבני המשפחה[387].

מעמד הנפטר והמשפחה — יש מי שהעלה שאלה מהותית על משמעות ההסכמות של הנפטר ו/או בני משפחתו לנתיחה על פי הקביעה המשפטית שכל אדם כשר לזכויות ולחובות מגמר לידתו ועד מותו, ולפיכך המת חדל למעשה להיות נושא זכויות לגבי התקופה שלאחר מותו. אי לכך אין תוקף משפטי להוראותיו של אדם בצוואתו הקובעת מה ייעשה בגופו לאחר מותו. מאחר ושליחות מסתיימת מבחינה משפטית במותו של השולח, הרי שגם לשלוחיו של המת, כגון בני משפחתו, אין זכות כזו. כמו כן אין גופו של המת בגדר "עזבון", ולפיכך אין ליורשיו זכות להורות מה ייעשה בגופו של הקרוב המת מכוח היותם יורשיו[388]. אכן, למרות הסתייגויות עקרוניות אלו, מחייב החוק לנהוג בגוף המת על פי דרישות הנפטר או בני משפחתו.

תשמ"ח. **[386]** וראה עוד במכתב לחבר, מט(11):5-6, תשמ"ח — וויכוח על פרשנות החוק בין עו"ד א. נאור, היועץ המשפטי להסתדרות מדיצינית הדסה, לבין עו"ד י. קרנות, ס. היועץ המשפטי למשרד הבריאות. **[387]** ת.א. 17/78 בביהמ"ש המחוזי ירושלים, א. ס. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה ואח'. על נתוח המת לצורכי בירורים משפטיים כשיש חשש למעשה פלילי, או לצורך הגנה על בריאות הציבור — ראה בג"צ 66/81 המפקח הכללי של משטרת ישראל נ' בית משפט השלום ברמלה. וראה א. שטינברג, אסיא, חוב' נט-ס, אייר תשנ"ז, עמ' 129 ואילך. **[388]** ראה — א. כרמי, הרופא החולה והחוק, 1977, עמ' 57-58.

נספח — חוקים ותקנות

נוסח ההסכם בין הרבנות הראשית לישראל לבין הנהלת הדסה — תש״ז (1947)

1. הרבנות הראשית לא״י אינה מעכבת ניתוחי מתים בארבעה הסוגים הבאים:

סוג א — ניתוחי גופות עפ״י דרישת החוק;

סוג ב — מקרים בהם אין הרופא יכול, מחוסר ידיעה, לקבוע שום מחלה לסיבת המוות בלי ניתוח;

ההיתר לנתח גופה מסוג זה ניתן בתנאי שתהיה תעודה, לפי הדוגמה המצורפת בזה, אשר תעיד כי אין שום אפשרות לקבוע את סיבת המוות בלי ניתוח הגופה. תעודה זו תינתן ותיחתם ע״י שלושת הרופאים דלהלן לאחר התייעצות ביניהם: רופא המחלקה בה נפטר החולה, ובהיעדרו, הרופא התורן של בית החולים; מנהל המכון לאנטומיה ולהיטולוגיה פתולוגית, ובהיעדו, ממלא מקומו; מנהל בית החולים, ובהיעדרו, ממלא מקומו.

סוג ג — ניתוחי גופות מטעמי פיקוח נפש.

סוג זה כולל מקרים בהם עלול הניתוח להועיל לחולה אחר הנמצא בזמן הניתוח בבית החולים או מחוצה לו. ההיתר במקרה זה ניתן גם כן בתנאי שתהיה תעודה כדוגמת זו שנקבעה לגבי סוג ב.

סוג ד — מקרי מחלה תורשתית, כשהכרחי להדריך את המשפחה באמצעי זהירות.

במקרים אלו תונהג בתורת ניסיון התייעצות מוקדמת עם הרבנות.

2. מלבד התעודה החתומה ע״י שלושת הרופאים ינהיג בית החולים טופס לפי הדוגמה המצורפת בזה, שיציין את הסוג שלפיו נותחה גופת הנפטר. באותם מקרים שבהם לא תתעורר שאלת הסודיות תצויין גם המחלה. הנהלת בית החולים תמציא העתק אחד מהטופס לחברה קדישא ואחד למועצה הדתית לקהילת ירושלים, כנסת ישראל.

3. הנהלת ביה״ח תשתדל למסור את הטופס לחברה קדישא או להודיעה בטלפון על ביצוע ניתוח גופה בהקדם זמן לפני הלוויה.

4. הנהלת ביה״ח מתחייבת לבצע את ניתוחי הגופות בכבוד הראוי לנפטרים.

5. חלקים שיילקחו מהגופה לשם בדיקה רפואית מיקרוסקופית או אחרת, ההכרחית לדעת המכון לאנטומיה ולהיסטולוגיה פתולוגית לשם קביעת סיבת המוות, ישארו במכון כל אימת שיהיה צורך בהם. בגמר הבדיקה ימסרו החלקים לחברה קדישא לשם קבורה, והנהלת ביה״ח תשא בהוצאות הקבורה.

נוסח משולב של חוק האנטומיה והפתולוגיה, תשי"ג-1953[389], והתיקון לחוק האנטומיה והפתולוגיה (תיקון), התשמ"א-1980[390]

1. בחוק זה —

"בית ספר לרפואה" פירושו — אוניברסיטה או בית ספר לרפואה בישראל שהוכרו על פי פקודת המתעסקים ברפואה, 1947;

"הסכמה" — הסכמה שניתנה מרצון חופשי ומתוך דעה צלולה בטופס שנקבע בתקנות;

"בן משפחה" — בן-זוג, ילד, הורה, אח, אחות[391].

2. גוייתו של אדם שהסכים בכתב כי תשמש למטרות מדעיות, מותר לבתרה בבית ספר לרפואה לצרכי לימוד ומחקר[392].

3. מי שברשותו גוייה כאמור בסעיף 2, יודיע על כך לבית הספר לרפואה וימסרנה לו לפי דרישתו, תוך הזמן ובדרך שנקבעו בתקנות; אך אין הוראה זו חלה על מי שהגוייה נמסרה לו לשם קבורה בלבד.

4. הוראות סעיפים 8 (2) ו-22 (6) (א) של פקודת בריאות העם, 1940, לא יחולו על גוייה כאמור בסעיף 2, ובמקומם יבואו הוראות שייקבעו בתקנות.

5. (א) לא יאוחר משנה מהיום שבו נתקבלה הגוייה בבית הספר לרפואה יובאו הגוייה וחלקיה המבותרים לקבורה לפי דיני העדה הדתית שעמה נמנה המת, ובית הספר לרפואה ישא בכל הוצאות הקבורה.

(ב) מותר לבית הספר לרפואה לשמור על הגוייה או על חלקים ממנה, אם הסכים לכך הנפטר בכתב, או אם הרשאי לדרוש אותה לפי התקנות לא התנגד לכך תוך הזמן ובדרך שנקבעו בתקנות.

6. (א) מותר לרופא לנתח גוייה לשם קביעת סיבת המוות, או כדי להשתמש בחלק ממנה לריפויו של אדם, אם נקבע בתעודה שנחתמה על ידי שלושה רופאים שהוסמכו לכך בהתאם לתקנות, כי הניתוח משמש לאחת המטרות האמורות.

[389] פורסם בס"ח 134, ביום כד אלול תשי"ג, עמ' 162. **[390]** פורסם בס"ח 992, מיום ג טבת תשמ"א, עמ' 42. **[391]** ההגדרות של הסכמה, ובן משפחה — מופיעות רק בתיקון משנת 1980.

[392] בחוק המקורי משנת 1953 היתה הפיסקה הבאה — וכן גוייתו של אדם שהרשאי לדרוש אותה לפי התקנות לא דרש אותה תוך הזמן ובדרך שנקבעו בתקנות.

(ב) (1) לא תנותח גוייה לפני תום חמש שעות לאחר מתן הודעה על הפטירה לאחד מבני המשפחה; ימי שבת ומועדי ישראל, ולגבי בן משפחה שאינו יהודי — שבתה וימי חגיה של עדתו, לא יבואו במנין חמש השעות האמורות.

(2) על אף האמור בפסקה (1), אם היה הניתוח דרוש כדי להשתמש בחלק מהגוייה לריפויו של אדם, תימסר על כך הודעה לאחד מבני המשפחה בזמן סביר לפני עשיית הניתוח.

(ג) (1) נתגלה צורך להשתמש בחלק מגוייה להציל חייו של פלוני, יבוא במקום הזמן האמור בסעיף-קטן (ב) — הזמן שעד המועד המאוחר ביותר שבו אפשר להוציא את החלק מהגוייה לשם שימוש כאמור; לא ניתן למסור הודעה לפי סעיף קטן(ב) תוך המועד האמור, מחמת חוסר אפשרות לאתר בן-משפחה, מותר הניתוח לפי סעיף-קטן זה ובלבד שנעשה נסיון סביר למסור את ההודעה.

(2) בלי לפגוע בכלליות האמור בפסקה (1), שימוש בקרנית של נפטר להשתלה באדם פלוני להצילו מעיוורון, שימוש למניעת ליקוי בראיה או בשמיעה, שימוש בכליה של נפטר, ושימוש ברקמות עור של נפטר להשתלה להציל את חייו של אדם פלוני הם שימושים בחלקי גוייה להצלת חיים[393].

6א. (א) השאיר הנפטר בני משפחה, לא תנותח גוייתו לפי סעיף 6 — למעט ניתוח בנסיבות כאמור בסעיף 6(ג) — אלא אם נתקיימו גם שני אלה:

(1) הסכים לכך בן זוגו של הנפטר, ובהיעדר בן זוג — ילדיו, ובהיעדר ילדים — הוריו, ובהיעדר הורים — אחיו או אחותו.

(2) לא התנגד לכך בכתב בן משפחה שבאותה דרגת קירבה של מי שהסכים כאמור, או בן משפחה שבדרגת קרבה שלאחריו בנסיבות המקרה בהתאם לסדר דרגות הקרבה שבפסקה (1).

(ב) התנגד אדם בחייו בכתב שגוייתו תנותח, הרי על אף האמור בסעיף 6 ועל אף כל הסכמה של בן משפחה לפי סעיף-קטן (א) — לא יבוצע הניתוח.

(ג) הסכים אדם שגוייתו תנותח, מותר לנתחה על אף כל התנגדות של בן משפחה.

(ד) בנסיבות כאמור בסעיף 6(ג) מותר לנתח את הגוייה זולת אם התנגד האדם בחייו בכתב שגוייתו תנותח, או אם התנגד לכך בכתב בן זוגו, אחד מילדיו או אחד מהוריו.

[393] סעיפים 6(ב) ו-6(ג) על סעיפי המשנה שלהם מופיעים רק בתיקון משנת 1980.

(ה) לא השאיר אדם בני משפחה, לא תנותח גוייתו אלא אם הסכים לכך בחיים.

(ו) הוראות סעיף זה באות להוסיף על האמור בסעיף 6[394].

6ב. (א) המגלה מידע שנמסר לו, אגב מקצועו או מלאכתו, בדבר זהותו של נפטר שחלק מגוויתו הוצא או יוצא ממנה כדי להשתמש בו לרפויו של אדם, ואינו נדרש לגלות מידע זה מכוח הדין, דינו — מאסר ששה חדשים; הוראות סעיף קטן זה לא יחולו על מתן הודעה לפי סעיף 6.

(ב) המפרסם מידע בדבר זהותו של נפטר כאמור בסעיף קטן (א), דינו — מאסר שנה אחת.

(ג) על אף האמור בסעיף קטן (ב), לא יהיה בפרסום לפיו משום הפרת חובת הסודיות אם הנפטר הסכים לכך בכתב בחייו או שנתקיים, לעניין הפרסום, האמור בפסקאות (1) ו(2) של סעיף 6א(א)[395].

6ג. הוצאת יילוד מגופה של נפטרת כדי לאפשר לו חיים, לא יראו בה ניתוח לענין חוק זה[396].

6ד. בעת מלחמה או בעת פיגוע המוני או בעת תאונה או אסון שגרם למספר רב של נפגעים לא יחולו הוראות סעיף 6א[397].

7. (א) המוסר גוייה לבית הספר לרפואה שלא נתמלאו לגביה הוראות סעיף 2, המבתר גוייה שלא ברשות בית הספר לרפואה, או המנתח גוייה שלא לפי הוראות סעיף 6, דינו מאסר שלוש שנים או קנס 1500 לירות או שני העונשים כאחד.

(ב) העובר על הוראות סעיף 3 או סעיף 5 (א), דינו מאסר שנה אחת או קנס 500 לירות או שני העונשים כאחד.

8. שר הבריאות ממונה על ביצוע חוק זה, והוא רשאי להתקין תקנות בכל הנוגע לביצועו, לרבות תקנות בדבר מתן הודעה על המוות.

9. חוק זה לא יפגע בהוראות חוק חקירת סיבות מוות, התשי"ח-1958, אולם שופט חוקר כאמור באותו חוק לא יצווה על ניתוח גוייה אלא אם ראה שיש יסוד סביר לחשש שהמוות נגרם בעבירה או ברשלנות או בהזנחה, ולאחר שניתנה לאחד מבני המשפחה הודעה על כוונתו לצוות כאמור; התייצב אחד מבני המשפחה או אדם או גוף בעל ענין בהליך כאמור, תינתן לו הזדמנות להשמיע את דבריו[398].

[394] סעיף 6א על כל סעיפי המשנה שלו מופיע רק בתיקון משנת 1980. **[395]** סעיף 6ב על כל סעיפי המשנה שלו מופיע רק בתיקון משנת 1991. **[396]** סעיף 6ג מופיע רק בתיקון משנת 1980. **[397]** סעיף 6ד מופיע רק בתיקון משנת 1980. **[398]** סעיף 9 מופיע רק בתיקון משנת 1980.

10 על אף האמור בחוק זה, אם היתה סכנה מוחשית ומיידית לבריאות הציבור והתעורר צורך דחוף ומיוחד בניתוח גוייה כדי למנוע סכנה כזאת, מותר לנתחה; שר הבריאות יתקין, באישור ועדת החוקה חוק ומשפט של הכנסת, תקנות לגבי סכנה כאמור[399].

תקנות האנטומיה והפתולוגיה, תשי"ד-1954[400]

1. "קרוב" פירושו — בן זוג או בת זוג, צאצא, ילד מאומץ וצאצאיו, הורים, הורי הורים, אח או אחות וצאצאיהם, דוד או דודה וצאצאיהם;
"גוף מוכר" פירושו — חברה קדישא וכל חבר אנשים ששר הבריאות הכיר בו לעניין תקנות אלה כמוסמך לטפל בקבורת מתים, בארץ כולה או באזור מסויים בה.

2. נפטר אדם ואין ממנו הסכמה בכתב שגוייתו תשמש למטרות מדעיות (להלן — גוייה שלא הותרה), רשאי קרובו או גוף מוכר לדרוש את גוייתו מידי מי שהגוייה ברשותו.

3. עברו עשרים וארבע שעות משעת מותו של אדם שגוייתו לא הותרה, או משעה שנמצאה הגוייה ולא נדרשה על ידי קרוב או גוף מוכר, מי שהגוייה ברשותו יודיע על כך מיד לגוף מוכר ולבית הספר לרפואה.

4. נפטר אדם ויש ממנו הסכמה בכתב שגוייתו תשמש למטרות מדעיות (להלן — גוייה שהותרה), מי שהגוייה ברשותו יודיע על כך מיד לבית ספר לרפואה.

5. קיבל בית הספר לרפואה הודעה כאמור בתקנות 3 או 4, יודיע מיד למי שהגוייה ברשותו, אם הוא דורש אותה לשם ביתור לצרכי לימוד ומחקר ואם לאו.

6. לא נתקבלה מבית הספר לרפואה הודעה כאמור עד שעברו ארבעים ושמונה שעות משעת המוות או משעת הימצא הגוייה, יראו את בית הספר לרפואה כמוותר על הגוייה.

[399] סעיף 10 מופיע רק בתיקון משנת 1980. לפרשנות סעיף זה ראה פסק דינו של נשיא בית המשפט המחוזי בירושלים, השופט ו. זיילר, מזוז נ' הרופא המחוזי לשכת הבריאות (פורסם במאמרו של א. שטינברג, אסיא, חוב' נט-ס, אייר תשנ"ז, עמ' 129 ואילך). **[400]** פורסם בק"ת

7. נתקבלה מבית הספר לרפואה דרישה לגוייה תוך ארבעים ושמונה שעות כאמור, ולא נדרשה על ידי קרוב או גוף מוכר, מי שהגוייה ברשותו ימסור אותה לבית הספר שדרשה.

8. העברת הגוייה תיעשה על ידי בית הספר לרפואה ועל חשבונו.

9. (א) בשעת מסירת הגוייה יחתום בא-כוח בית הספר לרפואה על קבלה בשלושה טפסים בה יצויינו פרטים אלו בדבר המת, במידה שהם ידועים[401].

10. בית הספר לרפואה ינהל פנקס בו יירשמו הפרטים ביחס לכל גוייה כאמור בתקנה 9 (א), וכן תאריכה ושעת הוצאת הגוייה או חלקים ממנה מרשותו, השם והכתובת של האדם אשר לו נמסרה הגוייה או חלקים ממנה, ואם נקברה — התאריך והמקום של הקבורה.

11. ההתנגדות של קרוב או גוף מוכר לפי סעיף 5 (ב) לחוק, שגוייה או חלק ממנה יהיו שמורים בידי בית ספר לרפואה, תהא בת תוקף אם נמסרה במכתב רשום שנשלח לבית הספר לרפואה לפחות חודש לפני תום שנה מיום מסירת הגוייה לבית הספר.

12. הרופאים המוסמכים לקבוע בתעודה שנחתמה על ידיהם שניתוח גוייה משמש לאחת המטרות המותרות לפי החוק כאמור בסעיף 6 לחוק, הם:

(1) לגבי אדם שמת בבית חולים — הרופא שטיפל בו באחרונה לפני מותו, מנהל בית החולים או ממלא מקומו, ומנהל המחלקה של בית החולים שבה מת האדם או ממלא מקומו;

(2) לגבי אדם שמת מחוץ לבית חולים — הרופא שטיפל בו באחרונה לפני מותו, ואם לא היה בטיפולו של רופא — כל רופא אחר, רופא ממשלתי, ומנהל בית חולים.

13. מי שלא הודיע לגוף מוכר כאמור בתקנה 3 או עבר על התקנות 9 או 10, דינו מאסר שלושה חודשים או קנס 50 ל״י או שני העונשים כאחד.

תשי״ד, עמ׳ 334. **[401]** כאן בא פירוט פרטים מזהים שונים.

תקנות האנטומיה והפתולוגיה (ניתוחים במקרים מיוחדים), התשמ"ה-1985[402]

1. הגדרות — בתקנות אלה, "המנהל" — המנהל הכללי של משרד הבריאות או רופא עובד המדינה זהוא הסמיכו לענין תקנות אלו.

2. ראה המנהל כי קימת סכנה מוחשית ומיידית לבריאות הציבור עקב פטירתו של אדם באחת מן הנסיבות האמורות להלן או עקב הגעה לישראל של גוויה שלא על פי תקנות בריאות העם (קבורה מחדש), 1941, או ללא מסמכים רפואיים מקובלים, רשאי הוא לקבוע כי קיים צורך דחוף ומיוחד בניתוח הגוויה כדי למנוע סכנה כאמור; ואלה הנסיבות:

(1) רופא קבע כי הפטירה אירעה ממחלה העלולה לפגוע בכלל האוכלוסיה של המדינה או בחלקים ממנה, או בצוות רפואי שבא במגע עם הנפטר או בבני משפחתו של הנפטר;

(2) רופא קבע כי הפטירה אירעה ממחלה שאינה מוכרת בישראל;

(3) רופא קבע כי הפטירה אירעה ממחלה בלתי מזוהה;

(4) הפטירה אירעה כתוצאה ממחלה כמשמעותה בסעיף 20 לפקודת העם, 1940;

(5) פטירה פתאומית בבית חולים.

חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות, מס' 10/2002 מיום 15.4.02 — תקנות האנטומיה והפתולוגיה (תיקון) התשס"א-2001: נתיחות לשם הכשרת רופאים לביצוע פעולות מצילות חיים

1. ביום 21 לפברואר 2001 נכנס לתוקפו תיקון לתקנות האנטומיה והפתולוגיה (פורסם בקובץ התקנות התשס"א 6079, ביום 21.1.2001), המוסיף את האפשרות לבצע נתיחה בגוויה לשם הכשרת רופאים לביצוע פעולות ניתוחיות מצילות חיים, בתנאים הבאים:

א. המנוח — בחייו, או בני משפחתו — לאחר פטירתו, נתנו הסכמתם בכתב על גבי הטפסים החדשים המיועדים לכך (טופס 2א או טופס 5, לפי העניין — מצ"ב נספח א' בחוזר זה), לביצוע פעולה ניתוחים כאמור, וזאת לאחר שקיבלו הסבר על הנושא, ודף הסבר המצורף לחוזר זה (נספח ב').

ב. הפעולה הניתוחית שמבוקש לבצע במנוח נמנית על הסוגים

[402] ק"ת 4752 תשמ"ה, 555.

המפורטים ברשימה המצורפת (נספח ג׳) בלבד.

ג. חתימת שלושה רופאים (כרגיל) המאשרת כי נתיחת הגוויה היא למטרת ריפויו של אדם.

רופא לא יחתום על אישור כאמור בתנאי (ג) לעיל, אם מבוקש לבצע לשם הכשרת רופאים פעולה ניתוחית שאינה מנויה ברשימה בנספח ג׳.

2. יובהר להלן, כי הוצאת איברים לשם השתלה, הינה בעדיפות קודמת לביצוע נתיחה לשם הכשרת רופאים לביצוע פעולות מצילות חיים, ולפיכך, אין לבצע נתיחה להכשרת רופאים כאמור, אם יש בנתיחה כזו כדי למנוע שימוש באיבר מאיברי גופו של הנפטר לצרכי השתלה.

נספח ג

רשימת סוגי פעולות ניתוחיות מצילות חיים לעניין תקנה 12(ב) לתקנות האנטומיה והפתולוגיה תשי״ד-1954

- החדרת צינור תוך-קני בדרכי האוויר
- החדרת מסיכה לרינגיאלית (LMA) בדרכי האוויר
- קוניוטומיה
- טרכיאוסטומיה (פיום הקנה)
- החדרת צנתר לווריד תת בריחי
- החדרת צנתר לווריד היוגולרי החיצון
- החדרת צנתר לווריד הספנא
- ביצוע Venesection (וונסקציה)
- החדרת מחט תוך לשדית (Intraosseous)
- החדרת נקז בין צלעי וקיבועו הנכון לניקוז חזה
- שחרור לחץ בחזה על ידי החדרת מחט גדולה
- ניתוח להשתלת לב מלאכותי
- הכנסת צנתר לשלפוחית השתן

חוק חקירת סיבות המוות, תשי"ח-1958[403]

1-18. הסעיפים הללו מפקודת חוקרי סיבות המוות בוטלו.

19. מת אדם ויש יסוד סביר לחשש שסיבת מותו אינה טבעית, או שמותו נגרם בעבירה, וכן מת אדם בהיותו נתון במעצר או במאסר או בהיותו מאושפז בבית חולים לחולי נפש או במוסד סגור לילדים מפגרים, רשאי היועץ המשפטי לממשלה או בא-כוחו, קצין משטרה, רופא, או כל אדם מעוניין, לבקש מאת שופט של בית משפט השלום שבתחום שיפוטו אירע המוות או נמצאת הגוויה (להלן — שופט חוקר) לחקור בסיבת המוות. בסעיף זה "אדם מעוניין" — בן זוגו של הנפטר, הוריו, הורי-הוריו, צאצאיו, אחיו ואחיותיו.

20. משהוגשה בקשה לפי סעיף 19, לא יעשה אדם דבר בגוויה בלי הוראה או היתר של השופט החוקר.

26. שופט חוקר רשאי, אם הדבר דרוש לבירור סיבת המוות בחקירה לפי סעיף 19, לצוות על בדיקתה או ניתוחה של הגוייה על ידי רופא או מומחה אחר, על דחיית הקבורה עד לאחר הבדיקה או הניתוח, או על פתיחת הקבר והוצאת הגוייה לשם ביצוע הבדיקה או הניתוח.

27. על צו לפתיחת קבר לפי סעיף 26, רשאי כל אדם מעוניין, כמשמעותו בסעיף 19, וגוף מוכר, כמשמעותו בתקנות האנטומיה והפתולוגיה, תשי"ד-1954, לערער לפני בית המשפט המחוזי.

28. הוראות חוק האנטומיה והפתולוגיה, תשי"ג-1953, יחולו, בשינויים המחוייבים לפי העניין, גם על בדיקה וניתוח לפי סעיף 26.

29. הודיע פרקליט מחוז לשופט החוקר, בכתב, שנמסרה הודעת אישום או שהוגש כתב אישום בקשר עם מקרה המוות הנמצא בחקירה, יפסיק השופט את חקירתו.

חוק השיפוט הצבאי, התשל"ו-1975 — סימן ד'

לפי סעיף 298 (א)(א) רשאי הפרקליט הצבאי הראשי מיוזמתו או לפי בקשת אדם מעוניין, להחליט כי ימונה שופט חוקר לחקור בסיבת המוות כאשר יש יסוד סביר לחשש שסיבת המוות אינה טבעית או שהמוות נגרם בעבירה או שהמוות אירע בשעה

[403] פורסם בס"ח תשי"ח, עמ' 54.

שהחייל היה נתון במעצר, במחבוש או במאסר, או בהיותו מאושפז בבית חולים לחולי נפש.

לפי סעיף 298 (א)(ב) ממונה השופט החוקר על ידי נשיא בית הדין הצבאי לערעורים.

לפי סעיף 298 (א)(ג) אם הודיע הפרקליט הצבאי הראשי לאדם מעוניין שבקש את החקירה כי אין לצבא עניין בעריכת החקירה, או אם תוך שלושים יום מיום הגשת הבקשה לפרקליט הצבאי הראשי לא החליט הוא על מינוי שופט חוקר, תהא קיימת האפשרות לחקור את סיבת מותו של החייל, ובכלל זאת נתיחת גופתו, בהתאם לחוק חקירת סיבות מוות.

לפי סעיף 298 (א)(ד) לא יחולו ההוראות בדבר חקירת סיבות המוות על מות חייל בקרב.

לפי סעיף 298 (ו)(א) רשאי השופט החוקר, אם היה סבור כי הדבר דרוש לבירור סיבת המוות, לצוות על בדיקתה או ניתוחה של הגווייה על ידי רופא או מומחה אחר, על דחיית הקבורה עד לאחר הבדיקה או הניתוח, או על פתיחת הקבר והוצאת הגווייה לשם ביצוע הבדיקה או הניתוח.

לפי סעיף 298 (ו)(ב) נתונות סמכויות אלו לקצין משטרה צבאית שהפרקליט הצבאי הראשי הסמיכו לכך, כל עוד לא נתמנה שופט חוקר.

לפי סעיף 298 (י) אם היה היועץ המשפטי לממשלה סבור כי המוות אירע שלא במסגרת הצבא או עקב השתייכותו של הנפטר לצבא, רשאי הוא בכל עת עד לגמר החקירה לצוות כי החקירה תיערך על פי חוק חקירת סיבות המוות, תשי"ח-1958.

נְתוּחִים

א. הגדרת המושג

ניתוח בלשון המקרא הוא חיתוך וגזירה[1]. מושג זה מתייחס בעיקר לבעלי חיים, אך הוא מופיע גם ביחס לבני אדם[2]. אך מכל מקום הוא מתייחס רק לגופות מתים.

הענף ברפואה העוסק בניתוחים הוא הכירורגיה[3].

בשנים האחרונות חל פיצול רב במקצועות הכירורגיים, שהם נפרדים

[1] שמות כט יז; ויקרא א ו, ועוד. [2] שופטים יט כט. [3] מילה מורכבת משתי מילים יווניות:

מהכירורגיה הכללית, אשר עוסקת כיום בעיקר בניתוחי בטן, צוואר ושד.

תת-המקצועות הכירורגיים מתייחסים לאיברי הגוף השונים: אף-אוזן-גרון; עינים; נוירוכירורגיה (ניתוחי מוח וחוט שדרה); כירורגית לב-חזה (ניתוחי לב, כלי דם גדולים, וריאות); כירורגיית כלי דם; אורתופדיה (ניתוחי שלד — עצמות, שרירים וגידים); אורולוגיה (ניתוחים בדרכי השתן — כליות, צינורות השתן, שלפוחית השתן, וכן באיבר המין הזכרי); גינקולוגיה (ניתוחים באיברי המין של האשה); כירורגיה פלסטית (ניתוחים קוסמטיים וניתוחי עור, כולל לאחר כוויות); כירורגית ילדים; השתלות איברים.

בערך זה נידונים מספר ניתוחים. נושאים רבים הנוגעים לניתוחים, מנתחים, ומנותחים נידונים בערכים אחרים באנציקלופדיה זו.

ב. רקע היסטורי[4]

כללי — פעולות כירורגיות קדומות ביותר כללו טיפול בפצעים ובשברים, הוצאת גופים זרים, ברית מילה, ניתוח קיסרי, וכריתת איברים. מרבית הידע והעיסוק הכירורגי התייחס לפציעות שונות, הן במצבים אזרחיים, והן במצבים צבאיים[5].

היחס לכירורגיה בעולם העתיק — כבר היוונים הקדמונים, ובראשם היפוקרטס, הפרידו בין הרפואה הפנימית לבין הכירורגיה. בעת העתיקה ובתקופת ימי הביניים לא נחשבה הכירורגיה כחלק של מדע-הרפואה אלא כמלאכת-יד, שהעוסקים בה היו בדרך כלל חסרי השכלה רפואית, ונימנו עם גלבים, בלנים וכיו״ב. מקצוע זה נחשב כנחות, ובלתי ראוי לעיסוקו של רופא. למשל, בשבועת היפוקרטס מופיעה פיסקה ״מעולם לא אחתוך אבן מתוך כיס השתן״, שהוא כנראה ביטוי כללי להתרחקות הרופא מעיסוק כירורגי. אי לכך לא הורו מקצוע זה באוניברסיטאות, ותקופה ארוכה לא חלה התקדמות כלשהי במקצוע זה. רק בסוף ימי הביניים ובתקופת הרנסנס החלו להתייחס ביתר רצינות למקצוע זה, ונתחברו ספרי לימוד ומחקר ברמה מדעית.

בשנת 1800 נוסד בלונדון הקולג׳ המלכותי לכירורגיה, ורק אז הוחל בהכשרת מנתחים ברמתם של רופאים אחרים. אכן, המנתחים היו כה גאים בהתבדלותם מיתר הרופאים, עד שהחליטו להשאיר את הכינוי ״מר״ כתואר לשם כבוד, ועד עצם היום הזה אין פונים למנתחים בבריטניה ובאירלנד בתואר ״ד״ר״ אלא בתואר ״מר״[6].

התפתחויות ראשוניות בכירורגיה מודרנית — לאחר ביסוס מדע האנטומיה,

cheir — יד; ergon — עבודה, היינו מלאכת-יד. **[4]** פרטים היסטוריים על התפתחות ענף הכירורגיה ברפואה ראה — Smith DC, In: Greenblatt SH, Dagi TF, Epstein MH (eds), *A History of Neurosurgery*, American Association of Neurological Surgeons, 1997:11-26. **[5]** ראה באנציקלופדיה עברית, כרך כ, ע׳ כירורגיה, עמ׳ 797 ואילך, בפרטי הידע הכירורגי באותה תקופה. **[6]** ראה — *BMJ* 321:1589, 2001.

ולאחר ההתקדמות בפיסיולוגיה ובמיקרוביולוגיה נסללה הדרך להתפתחות משמעותית בתחום הכירורגיה. ג׳ון הנטר האנגלי (1728-1793) נחשב כמניח היסוד לכירורגיה כמקצוע רפואי מדעי-ניסויי, וממנו ואילך נכנסה הכירורגיה למכלול ההוראה הרפואית והמחקר האקדמי. עד תקופה זו נאלצו הכירורגים לעבוד במהירות מירבית כדי להפחית עד כמה שניתן את כאביו וייסוריו של החולה, ואת הסיכון לזיהום, ולפיכך בוצעו רק ניתוחים קצרים, חד-שלביים ודחופים. המנתחים נדרשו להיות קשוחי-לב לצעקותיהם של המנותחים[7], ובדרך כלל היה צורך לקשור את החולים, כדי לאפשר את הניתוח[8].

הרדמה וחיטוי — במאה הי״ט למניינם חלה מהפכה בתחום הכירורגיה בגלל שני הישגים גדולים: הכנסת שיטות הרדמה באמצעות אתר וכלורופורם באנגליה ובארה״ב, בשנת 1846/7; והכרת הזיהום החיידקי הבתר-ניתוחי על ידי ליסטר בשנות ה-60 של המאה הי״ט, והנהגת שיטות חיטוי ומניעת זיהום. החל מתקופה זו יכלו הכירורגים להפנות את כישוריהם ומרצם גם לניתוחים ארוכים ומורכבים יותר, וגם לניתוחים מתוכננים ולאו-דווקא דחופים. ראשון הכירורגים של התקופה החדישה נחשב תיאודור בילרות הגרמני (1829-1894).

הכירורגיה המודרנית — במאה ה-20 למניינם חלה התפתחות עצומה בכירורגיה, הן בתחום המדעי עיוני-מחקרי, והן בתחום המעשי-ביצועי. הבנה מעמיקה בגורמים הרפואיים הדרושים להצלחת ניתוחים, שיטות טכניות מורכבות ומתוחכמות של ניתוחים, ושימוש במכשור מתוחכם ומשוכלל ביותר — כל אלו הביאו להגדלה עצומה במספר הניתוחים, במיגוון הניתוחים, ובשיעורי הצלחה גבוהים בכירורגיה.

ג. ניתוחים ומנתחים בחז״ל ובפוסקים

בתלמוד

סוגי הניתוחים — הניתוחים העיקריים המוזכרים בתלמוד מתייחסים להקזת דם[9]; ברית מילה[10]; ניתוחים נוירו-כירורגיים[11]; ניתוח בטן להסרת שומן[12]; ניתוחים גינקולוגיים[13]; נטילת הטחול[14]; פתיחת פי טבעת אטום ביילוד[15]; בשר שנתמסמס, היינו נרקב (כנראה הכוונה לנמק שרירים[16]), הרופא קודרו, היינו נוטלו בסכין[17]; אין בשר המת שבחי מרגיש

[7] ראה מעשה טוביה ח״ג פ״ג סע׳ יח — המחזיקים בה יהיו אבירי לב. [8] ראה איגרת ביקורת להיעב״ץ ד״ה ע״א — וכן כפתו אותו (היינו נער שעבר ניתוח לתיקון בקע מפשעתי) וחתכו למעלה בבטן וכו׳. [9] ראה ע׳ דם חלק ד. [10] ראה ע׳ מילה. [11] כתובות עז ב; גיטין נו ב; חולין נז ב. וראה ע׳ עצבים, מערכת ה-, הע׳ 188 ואילך. [12] ב״מ פג ב, בניתוח של ר׳ אלעזר ב״ר שמעון, שהיה שמן ביותר, שהשקוהו סם שינה והכניסוהו לבית-שיש, וקרעו את כריסו, והוציאו ממנו סלים מלאים שומן. המדובר בניתוח מסוג liporeduction, שגם כיום מבצעים אותו לצרכים קוסמטיים, ולעתים לצרכים רפואיים במצבי השמנת יתר. [13] ראה ע׳ לדה. [14] סנהדרין כא ב; ע״ז מד א. וראה ע׳ טחול הע׳ 16 ואילך. [15] שבת קלד א. וראה ע׳ עכול, מערכת ה-, הע׳ 193 ואילך. [16] gangrene. [17] חולין עז א.

באיזמל, ולאו בר רפואה הוא[18]; מי שעלתה לו מכה ברגלו, הרופא כופתו, ומחתך בבשרו בשביל לרפאותו[19]; מי שעלתה לו נימא ברגלו, היינו בשר מת (כנראה הכוונה לכיב[20]), יקטענה ויחיה[21]; מעשה ביוסף בן הכסס הכהן שעלתה נומי ברגלו, וקרא לרופא וחתכה[22]; וכך היו מוכי שחין עושים בירושלים, הולך אצל הרופא וחותכו[23].

כלים של כירורגים — בתלמוד מוזכרים מכשירים וכלים שונים של מנתחים: מקדח של רופאים לניתוחי מוח[24]; סכין ואיזמל למילה; סכין לחיתוך דופן הבטן של מעוברת שמתה[25]; איזמל לחיתוך בשר חולה[26]; טני, שהוא כלי מתכת גדול שבו שמים את מכשירי הרופא[27], או תרונתק, שהוא תיק ובו כלים שונים, שרופאי החבורות משתמשים בו[28].

מקום הניתוחים — ניתוחים מורכבים היו מבוצעים בבית שיש[29], ואם אין אפשרות כזאת, ניתחו בבית עם דפנות עבים מאד[30], כנראה כדי לשמור על מקום נקי, ולמנוע חדירת אוויר (קר או מזוהם?) לאזור הניתוח.

בימי הבינים

חכמי ימי הביניים הפרידו בין כירורגים לבין רופאים אחרים[31]. הרמב"ם הקדיש פרק רפואי לתיאור הידע הכירורגי בזמנו[32].

בתשובות שונות מימי הביניים וראשית העת החדשה מוצאים אנו תיאורי ניתוחים באיברי המין; תיקוני בקע מפשעתי[33]; הסרת אבני שלפוחית שתן ואבנים באיבר המין; וכריתת גפיים נימקיות[34].

ד. פרטי דינים

1. כללים ועקרונות

תפילות — יש מי שכתב, שלא רצוי להתקין תפילה מיוחדת לפני ניתוח — לא לחולה, ולא לרופא המנתח, וטובה היא התפילה היוצאת מקירות ליבו של אדם, ועל כל פנים פרק תהלים עדיף מתפילה ממוסדת הנהפכת לשגרה[35]. ויש מי שכתב, שכדאי לומר את כל ספר תהילים בשבת שלפני הניתוח, ואם אפשר יאמר את הספר ללא הפסק, היינו גם ללא אמירת "יהי רצון" בין הפרקים[36].

תפילין — מי שזקוק לניתוח בעינו, או בחלק אחר של ראשו, ובגלל זה לא יוכל להניח תפילין של ראש למשך כמה ימים, אין לדחות את הניתוח לחול המועד, אלא

[18] שבת יג ב. **[19]** תוספתא שקלים א ב. **[20]** ulcer — יסטרוב בספר המילים. **[21]** ע"ז י ב. **[22]** ירושלמי נזיר ז א. **[23]** כריתות טו א. **[24]** משנה אהלות ב ג. וראה ע' עצבים, מערכת ה-, הע' 190. **[25]** ערכין ז א. **[26]** חולין עז א. וראה אבות דרבי נתן כג ד. **[27]** כלים יב יג. **[28]** כלים טז ח, וברע"ב שם. **[29]** כתובות עז ב; ב"מ פג ב. **[30]** כתובות שם. **[31]** ראה כוזרי מאמר ד, לא; שו"ת תשב"ץ ח"ג סי' פב; פחד יצחק, ע' רופא. על כירורגים יהודיים בימי הביניים ראה בספרו של צימלס, *Magicians Theologians and Doctors*, עמ' 151. **[32]** פרקי משה, מאמר טו, הכולל פרקים התלויים במלאכת-היד. **[33]** inquinal hernia. **[34]** ראה צימלס, עמ' 151-153. **[35]** שו"ת עשה לך רב, ח"ח סי' צב. **[36]** שערי הלכה

יניח באותם ימים תפילין של יד בלבד[37].

רופא מתמחה — יש מי שכתב, שאסור לרופא מתמחה לבצע ניתוח בהרדמה כללית, כי חוסר מיומנותו גורם להארכת הניתוח, ועקב כך נגרם חשש סכנה לחולה[38]; ויש מי שכתב, שאם החולה אינו דורש במפורש שינתח אותו רופא מומחה, מותר גם למתמחה לנתחו, כי אחרת לא יוכלו להיות רופאים מומחים[39].

מחלוקת בין כירורגים — יש מי שכתב, שאם רופא אחד אומר שיש לעשות ניתוח, ורופא אחר אומר שאין לעשות ניתוח, ולדעתו יש סכנה באותו ניתוח, שב ואל תעשה עדיף; ואם שני רופאים אומרים שצריך לעשות ניתוח, ורופא אחד אומר שאין צריך, אף שלדעתו יש סכנה בניתוח, שומעים לשניים[40].

בעניין סיכון עצמי בניתוח — ראה ערך סכון עצמי.

בעניין סדר עדיפויות בניתוח — ראה ערך קדימויות בטפול רפואי.

בעניין הסכמה לניתוח — ראה ערך הסכמה מדעת.

בעניין טיפול ניתוחי בהורים — ראה ערך הורים.

בעניין טיפול ניתוחי בכהן — ראה ערך אבר, וערך כהן.

בעניין טעויות ורשלנות בניתוחים — ראה ערך רשלנות רפואית.

בעניין ניתוחים בשבת — ראה ערך שבת.

ניתוחים בערב חג — ראה ערך מועדים.

בעניין ברכת הגומל לאחר ניתוח — ראה ערך ברכות ותפלות.

בעניין חציצה בטבילה לאחר ניתוחים שונים — ראה ערך חציצה בטבילה.

בעניין צנתרים ופיומים — ראה ערך ברכות ותפלות.

בעניין שימוש ברקמות עודפות לאחר כריתה כירורגית — ראה ערך אברי אדם.

2. ניתוחים מיוחדים

ניתוח פלסטי לנוי

היבטים רפואיים — ניתוחים פלסטיים מבוצעים בגין מספר הוריות:

ניתוחים לנוי ולשיפור המראה החיצוני, כגון תיקון הגודל והצורה של האף, תיקון מחיצת האף, סילוק קמטים מהפנים, הסרת שומן, תיקוני עפעפיים, ושינוי גודל

ומנהג, ח״ג סי׳ קלא. **[37]** שו״ת ישועת משה (יהושע משה אהרונסון), ח״ג סי׳ ו. וראה עוד שו״ת בית ישראל (לנדא) חאו״ח סי׳ ח. **[38]** שו״ת ציץ אליעזר חי״ד סי׳ פד-פה. **[39]** הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו״ד סי׳ קנה סק״ב4. **[40]** שו״ת

השדיים[41]; ניתוחים לתיקון או לסילוק מומים מולדים שונים בחלקים חשופים של הגוף; וניתוחים לתיקון צלקות ופגמים בעור כתוצאה מפציעות, כוויות, או ניתוחים.

יחס נשים/גברים — נשים עוברות ניתוחים פלסטיים בשיעורים גדולים בהרבה בהשוואה לגברים. בשנת 1998 עברו קרוב למיליון נשים ניתוחים פלסטיים שונים בארה״ב, בעוד שבאותה שנה עברו רק כ-100,000 גברים בארה״ב ניתוחים דומים.

היבטים הלכתיים — הפוסקים נחלקו בשאלה אם ניתוחים פלסטיים מותרים או אסורים:

שיטת האוסרים — יש הסבורים, שניתוחים אלו אסורים בכל מקרה ובכל תנאי, בין באיש ובין באשה[42].

מספר נימוקים ניתנו לדבר: קיימת סכנה עקב ההרדמה, ואסור לאדם להכניס עצמו אפילו לספק סכנה רחוקה, ואפילו בשביל לקיים מצווה; לא ניתנה רשות לרופא לרפאות אלא דווקא מחלה וכאב, אבל כל דבר שנברא כך בטבעו מלידה, ואין בו שום חולי וכאב, יש בכך משום שינוי מעשה בראשית, וסתירת גזירת מלכו של עולם[43]; אסור לאדם לחבול בעצמו, או להסכים שיחבלו בו. ואמנם חבלה לצורך רפואה מותרת, אבל שלא לצורך רפואה, אפילו אם זה לצורך אחר, אסור לאדם לחבול בעצמו[44]; איסור מיוחד יש באיש העושה ניתוח פלסטי לשם נוי, והוא האיסור של ׳ולא ילבש גבר שמלת אשה׳[45].

שיטת המתירים — רוב הפוסקים סבורים שניתוח פלסטי מותר, ומכל מקום יש תנאים ומצבים להיתר כזה[46]. פוסקים אלו דחו את כל צדדי האיסור כדלקמן.

אין לאסור מדין חובל בעצמו מכמה טעמים: איסור זה הוא דווקא דרך נציון

תשובות והנהגות ח״א סי׳ תתסה. וראה בע״ע יום הכפורים; שבת. **[41]** בניתוח להגדלת השדיים לצורך נוי משתמשים בסיליקון. בשנים האחרונות יש וויכוח ניכר בספרות המקצועית על רמת הבטיחות של שימוש בסיליקון, ועל החשש שחומר זה עלול לגרום לשינויים ממאירים — ראה לדוגמא Council on Scientific Affairs AMA, *JAMA* 270:2602, 1993; Bridges AJ, *Lancet* 1451, 1994; Silverman BG, et al, *Ann Intern Med* 124:744, 1996; Cooper C and Dennison E, *BMJ* 316:403, 1998. על הניתוחים האתיים והמשפטיים הנוגעים לכך ראה Macklin R, *Am J Public Health* 89:484, 1999. **[42]** שו״ת ציץ אליעזר חי״א סי׳ מא אות׳ ח-ט; שו״ת שבט הלוי ח״ו סי׳ קצח. וראה גם שו״ת מנחת יצחק ח״ו סי׳ קה אות ב.

[43] ראה שו״ת שערי צדק חיו״ד סי׳ קמג. **[44]** ראה תוס׳ ב״ק צא ב ד״ה אלא; יש״ש ב״ק פ״ח סי׳ נט. אמנם בטור בשם הרמ״ה התיר לחבול בעצמו לצורך. **[45]** דברים כב ה. וראה להלן הע׳ 56. **[46]** שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ סו; שו״ת מנחת שלמה ח״ב סי׳ פב אות ז; הרב י. יעקובוביץ, נועם, ו, תשכ״ג, עמ׳ רעג ואילך; שערים המצויינים בהלכה סי׳ קצ סק״ד; שו״ת בנין אב ח״א סי׳ נ אות ג; שו״ת חלקת יעקב ח״ג סי׳ י-יא; שו״ת משנה הלכות ח״ד סי׳ רמו-רמז; שו״ת עשה לך רב ח״ד סי׳ סה; שו״ת שערי עזרה (בצרי) ח״ב חחו״מ סי׳ קנג; שו״ת יביע אומר ח״ח חחו״מ סי׳ יב; הגרי״ש אלישיב, הובאו דבריו בשו״ת ישיב משה (טורצקי) עמ׳ רפב; Bleich JD, *Judaism and Healing*, 1981, pp. 126-8. וראה עוד מאמרו של הרב ח.

או בזיון[47], אבל כשחובל בעצמו לצורך שלא בדרך כזו — מותר[48]; כאשר החבלה נעשית לטובתו של הזולת וברצונו, היא מותרת מדין ׳ואהבת לרעך כמוך׳[49]; אין איסור חובל כאשר הדבר נעשה לצורך תיקון[50]; יש הסבורים, שאיסור חובל בעצמו אינו חל אם האדם מסכים לכך[51]; אין איסור חובל כשעושה זאת כדי להינצל מצער וסבל נפשי[52], ודבר זה מוגדר גם כשיש לו בושה ללכת בין הבריות[53].

אין לאסור משום שמכניס עצמו לספק סכנה מכמה טעמים: מצינו שאנשים מכניסים עצמם בהיתר לסכנות מסויימות כשיש צורך בדבר, כגון לצורך פרנסה, ולכן סכנה מועטת כזו אין לאסור; מותר לאדם להכניס עצמו לספק סכנה כדי למנוע כאב וסבל; מותר לאדם להכניס עצמו לספק סכנה אם בדבר זה כבר דשו רבים, והוא מקובל, מדין ׳שומר פתאים ה׳[54].

אין לאסור מדין שינוי מעשה בראשית, וסתירת גזירת מלכו של עולם מכמה טעמים: כל דבר הנעשה לשיפור הבריאה, אין בו משום סתירת גזירת מלכו של עולם; כל דבר הנעשה לצורך מניעת סבל וצער נחשב כצורך רפואי, והוא כלול בגדרי ההיתר לעסוק ברפואה, שכן אין הבדל בין בעיה גופנית לבין בעיה נפשית ביחס למצות הרפואה[55]; פעולה כזו אינה נקראת שינוי בעצם הנברא, ואין בזה משום שינוי מעשה בראשית.

אין לאסור מדין ׳לא ילבש׳, שכן במקום צער — מותר, וגם משום שניתוחים כאלו בתנאים אלו מבוצעים כיום גם באנשים, ואין הם מיוחדים לאשה דווקא[56].

תנאים מגבילים — יש מהפוסקים שהתירו ניתוח פלסטי רק לצורך מוגדר:

כשהדבר נעשה לנוי באשה, וכדי שיקפצו עליה לקדשה[57]; כאשר יש פגיעה חיצונית לאחר פציעה או מחלה, או כאשר המצב עלול לגרום לדכאון נפשי עמוק, או שבלעדי הניתוח אי אפשר למצוא מקום עבודה ופרנסה, ויש בזה משום כדי חייו ופרנסת בני ביתו, או שהדבר נחוץ לשידוך, או לשמירת שלום בית, כדי שלא תתגנה האשה על בעלה[58]; כאשר יש לאדם צער במצבו, או שהוא מתבייש ממצבו, והניתוח הפלסטי מיועד לתיקון מצב הגורם סבל ועגמת נפש, ואז הוא

אייזנשטיין, בס׳ עטרת שלמה, ח״א עמ׳ נז ואילך. **[47]** רמב״ם חובל ה א. וראה שם שתי גירסאות אלו. **[48]** ראה — שו״ת מהרי״א אסאד חיו״ד סי׳ רמט; שו״ת מנחת יצחק ח״א סי׳ לו אות ד; שם ח״ו סי׳ קה אות ב. **[49]** כמבואר בסנהדרין פד ב. **[50]** שו״ת מנחת שלמה ח״ב סי׳ פב אות ז. **[51]** מנ״ח מ׳ מח; טורי אבן מגילה כז א. אמנם יש אומרים שלא מועילה הסכמת האדם לחבול בו, כי אין אדם בעלים על גופו לענין זה — ראה הגרש״י זווין, לאור ההלכה, עמ׳ קפא ואילך. **[52]** על פי המבואר ברמ״א יו״ד רמא ג; מאירי סנהדרין פד ב. **[53]** כמבואר בתוס׳ שבת נ ב ד״ה בשביל. **[54]** ראה נספח לע׳ סכון עצמי. **[55]** וראה בשו״ת מנחת יצחק ח״ו סי׳ קה אות ב, שאמנם דאגה וצער מחשיבו לחולה לעניין זה, אלא שאין בזה חולה שיש בו סכנה, ולכן הניח שאלה זו בצ״ע. **[56]** שו״ת משנה הלכות ח״ד סי׳ רמז. **[57]** שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ סו; שו״ת יביע אומר ח״ח חחו״מ סי׳ יב. **[58]** הרב י. יעקובוביץ, נועם,

מותר גם באיש[59].

יש מי שכתב, שאם אפשר לעשות את הניתוח הפלסטי בהרדמה מקומית, מותר לאשה לעבור ניתוח כזה גם לשם יופי בלבד, ולאיש מותר הניתוח רק בתנאי שמניעתו גורמת לו צער יום-יומי ועגמת נפש, אך לא לשם יופי בלבד; ואם יש צורך בהרדמה כללית, יש לפנות בכל מקרה בשאלה לרב[60].

שיחזור שד — אשה שעברה כריתת שד בגלל גידול ממאיר, או כריתת שד מונעת בחשד לממאירות עתידה, מקובל כיום לשחזר בניתוח פלסטי את מבנה השד על ידי העברת קטע עור ושומן מדופן הבטן התחתונה, או העברת עור ושומן מהעכוז, או העברת שריר עור ושומן מהגב. יש גם אפשרות לשחזר את השד על ידי החדרת תותבות של חומר מרחיב רקמה מתחת לשריר החזה, ומתיחה והרחבה הדרגתית עד הגודל הרצוי. השיחזור יכול להתבצע מיידית לאחר ניתוח הכריתה, או בשלב מאוחר יותר. לשיחזור השד יש מספר יתרונות, הכוללים שיפור ההתמודדות הנפשית של החולות, שיפור תדמית הגוף, ושיפור במיניות[61].

על מנת להשלים את השיחזור, מקובל לקעקע צורת פיטמה ליד העוקץ המשוחזר, והקיעקוע נעשה בדרך של שריטה ומילוי בצבע[62]. יש מי שסובר, שבשעת הדחק, כגון באשה צעירה, שיש חשיבות פסיכולוגית לשחזור מלא של השד, מותר לעשות כן, אלא שעדיף לעשות זאת על ידי גוי, ובהרדמה מלאה של האשה, שאז אין היא מסייעת כלל[63].

ניתוח להפיכת המין

היבטים רפואיים — ניתוחים לשינוי המין נעשים בשני מצבים:

באנדרוגינוס, היינו אדם שיש בו גם איברי זכר, וגם איברי נקבה, ובאמצעות ניתוח יוצרים צורה חיצונית כאחד המינים[64].

ניתוח לשינוי מין באדם שהוא מבחינה ביולוגית זכר מלא או נקבה מלאה. יש אנשים הנולדים באופן אנטומי ופיסיולוגי כבני מין אחד, אך סובלים מחוסר שביעות-רצון קיצונית מההזדהות עם מינם, ומרגישים צורך נפשי חזק להיות מזוהים עם המין האחר[65]. תיסמונת זו

ו, תשכ״ג, עמ׳ רעג ואילך; שו״ת משנה הלכות ח״ד סי׳ רמו-רמז; שו״ת יביע אומר ח״ח חחו״מ סי׳ יב; שו״ת רבבות אפרים ח״ח סי׳ שפט.

[59] שו״ת מנחת שלמה ח״ב סי׳ פב אות ז; שו״ת חלקת יעקב ח״ג סי׳ יא; שו״ת משנה הלכות ח״ד סי׳ רמז; שו״ת יביע אומר ח״ח חחו״מ סי׳ יב; שו״ת בנין אב ח״א סי׳ נ אות ג; Bleich JD, *Judaism and Healing* 1981, pp. 126-8.

[60] שו״ת עשה לך רב ח״ד סי׳ סה.

[61] ראה — Reaby LL, *Plast Reconstruct Surg* 101:1810, 1998; Constant CM, et al, *Patient Educ Coun* 40:201, 2000.

[62] Spear SL and Arias J, *Ann Plast Surg* 35:232, 1995.

[63] תשובת הגר״י זילברשטיין במכתבו אלי, בשם הגרי״ש אלישיב. טעמו — על פי שיטת המעיל צדקה סי׳ לא, שאין אפילו איסור דרבנן אם כתובת הקעקע איננה באותיות אלא בצורות בלבד. וראה עוד בע׳ עוֹר הע׳ 265 ואילך.

[64] ראה ע׳ אנדרוגינוס חלק ז.

[65] מצב זה נקרא trans-sexualism. על

תוארה לראשונה בשנת 1949[66]. אנשים כאלו מבקשים להפוך את מינם בדרך הורמונלית וכירורגית. שכיחות תופעה זו מוערכת בכ-4 לכל 1,000,000 גברים, וכרבע משיעור זה בנשים[67]. שינוי המין ניתן להיעשות על ידי טיפול הורמונלי וכירורגי מתאים, כך שבאופן חיצוני יהפוך זכר לנקבה ולהיפך. ניתוחים כאלו החלו להתבצע באירופה כבר בשנות ה-30 של המאה ה-20, ובארה"ב — בשנות ה-60, ובמשך השנים התפתחו שיטות כירורגיות מגוונות הן לגבר והן לאשה[68].

איסורים הלכתיים בהפיכת זכר לנקבה הם: איסור סירוס[69]; איסור של פצוע דכא וכרות שפכה[70]; איסור משום 'ולא ילבש גבר שמלת אשה'[71], כשאיסור זה מתייחס לא רק לאיסור לבוש של המין האחר, אלא לכל התנהגות ופעולה המיוחדת למין אחד כשהיא נעשית על ידי המין האחר, כגון שלא יתקן איש בתיקוני אשה[72], האיסור לגבר ללקט שערות לבנות מתוך שחורות[73], והאיסור על האשה לצאת בכלי מלחמה[74]. על אלו יש להוסיף עוד איסורים אחרים, כגון הסתכנות שלא לצורך בניתוח והרדמה; איסור חובל בעצמו; שינוי מעשה בראשית, וסתירת גזירת מלכו של עולם, שלא הותרה הרפואה למצבים כאלו[75].

איסורים הלכתיים בהפיכת נקבה לזכר הם: איסור סרוס[76], ואיסור משום 'לא יהיה כלי גבר על אשה'[77].

תוצאות הלכתיות — יש מי שכתבו, שזכר גמור שנשא אשה, ואחר כך עבר ניתוח להפיכת זכר לנקבה על ידי כריתת גידו ואשכיו, קידושיו בטלים, ואשתו מותרת לעולם בלא גט[78], וכן לאחר ניתוח להפיכת המין של נקבה לזכר על ידי בניית גיד זכרי, בטלים הקידושין, ואין בעלה זקוק לגט[79]; ויש מי שכתב, שבמקרים כאלו נחשב כזכר גמור, ואשתו צריכה גט מן התורה והיא אשת איש ודאית, ואין לה תקנה[80].

מי שעבר ניתוח לכריתת גידו ואשכיו

ההגדרות ראה במאמר ח. קפלן ואח', הרפואה קמג:500, 2004. **[66]** תיסמונת זו תוארה על ידי Roberto GL, *Arch Sex Behav* 12:445, 1983 — ראה Caulduell. הוא גם היה זה שטבע את המונח טרנס-סקסואליות. אמנם הניתוח הראשון לשינוי מין בוצע כבר בשנת 1931 על ידי אברהם. **[67]** Kuiper AJ, et al, *Med Law* 4:373, 1985; Hoenig J and Kenna JL, *Br J Psychiatry* 124:181, 1974; Walinder J, *Br J Psychiatry* 119:195, 1971. **[68]** סיכום שיטות ניתוחיות שונות ראה במאמר — ח. קפלן ואח', הרפואה קמג:500, 2004. **[69]** ראה ע' סריס. **[70]** אמנם ראה בע' אנדרוגינוס הע' 181, דעת הגרש"ז אויערבאך, שאין איסור לעשות אדם פצוע דכא, אלא שמי שהוא כזה, אסור לו לבוא בקהל. **[71]** דברים כב ה. **[72]** נזיר נט א. **[73]** שבת צד ב. **[74]** נזיר נט א. וראה עוד פרטי דינים כנ"ל בטושו"ע יו"ד סי' קפב. וראה מאמרו של הרב מ. אמסעל, המאור, כסלו-טבת, תשל"ג. **[75]** וראה על איסורים אלו לעיל הע' 42 ואילך. **[76]** ראה ע' סריס. **[77]** דברים כב ה. וראה לעיל הע' 44. **[78]** שו"ת ציץ אליעזר ח"י סי' כה פכ"ו אות ו. **[79]** יוסף את אחיו (יוסף פלאג'י) מערכת ג אות ב. **[80]** שו"ת לב אריה ח"ב סי' מט. וראה בשו"ת בשמים ראש סי' שמ דן בשאלה כזו, ולא הכריע, ובכסא דהרסנא שם כתב שאשה קונית עצמה רק בגט ובמיתת הבעל, אבל לא על ידי

לכתחילה אסור לבוא בקהל[81].

יש מי שכתב, שהבא על אדם שהיה זכר, ויצרו לו איברי מין נקביים על ידי ניתוח פלסטי, עובר על איסור של ביאה דרך איברים, חשש לביאת זכר, ואיסור השחתת זרע[82].

אשה שעברה ניתוח לשינוי מינה ונראית כגבר, אפילו יצרו לה איבר זכרי, אין חיוב מילה באיבר זה, ואפילו הוא הדגדגן[83] הטבעי שלה[84].

אשה גויה שעברה ניתוח לשינוי המין לזכר, אין לקבלה לגירות[85].

מעמדו של המנותח — נחלקו הפוסקים בדינו של אדם שעבר ניתוח לשינוי המין: יש מי שכתב, שקביעת מינו של האדם תלויה במראהו החיצוני, ולפיכך תועיל הפיכת זכר לנקבה להקנות לו דין נקבה, ובכך יופקע מהמצוות שהיה חייב בהם בהיותו זכר, ויופקעו קידושיו, והוא-הדין בהפיכת נקבה לזכר[86]; ויש הסבורים, שניתוח חיצוני לשינוי המין איננו משנה כלל מצד ההלכה, שכן ברור שמבחינה ביולוגית גנטית לא הפך הזכר לנקבה ולהיפך, וכל השינוי הוא חיצוני בלבד, ולפיכך אין הניתוח גורם לשינוי הדין ביחס למנותח[87]. לפי זה אשה שהפכה לגבר אין להתיר לה לשבת בעזרת הגברים, ואין להעלותה לתורה, אלא יש לנהוג בה כאשה לכל דבר[88].

עוד יש מי שכתב, שאם המנותח אימץ לעצמו שם המתאים למין החדש, אין לקרוא לו בשם זה בגט[89].

המצב החוקי בעולם — שבדיה היתה המדינה הראשונה אשר כבר בשנות ה-70 של המאה ה-20 הכירה והסדירה את המצב המשפטי של המנותחים לשינוי המין.

הולנד היתה המדינה הראשונה אשר הכירה בשינוי מין ניתוחי כמצב חדש וחוקי אפילו לצורך נישואין עם בן מינו הקודם.

שנחתך האיבר לאחר קידושין, עיי״ש. **[81]** שו״ת בשמים ראש סי׳ שמ. **[82]** הגרי״ש אלישיב, בשבילי הרפואה, ב, תשל״ט, עמ׳ טו ואילך. וראה עוד בשו״ת ציץ אליעזר חט״ז סי׳ ד סוף אות א. **[83]** clitoris. **[84]** ראה שו״ת שאילת יעבץ ח״א סי׳ קעא; שו״ת יד נאמן, הובאו דבריו בשו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פכ״ו אות ו, ושם חכ״ב סי׳ ב; יוסף את אחיו מערכת ג אות ב. **[85]** שו״ת במראה הבזק ח״ה סי׳ פז. **[86]** שו״ת ציץ אליעזר חי״א סי׳ עח. אמנם ראה שם חכ״ב סי׳ ב שמסיק שדינו כאנדרוגינוס, עיי״ש. **[87]** שו״ת ישכיל עבדי ח״ז חאבהע״ז סי׳ ד; הרב א. הירש, נועם, טז, תשל״ג, עמ׳ קנב; שו״ת לב אריה ח״ב סי׳ מט; אאמו״ר הגר״מ שטינברג, אסיא, א, עמ׳ 144 ואילך; נשמת אברהם חאבהע״ז סי׳ מד אות ג; חכמת גרשון, עמ׳ תנה ואילך; הרב י. שפרן, תחומין, כא, תשס״א, עמ׳ 117 ואילך. וכן משמע מר״ח המובא על ידי א״ע ויקרא יח כב. וראה Bleich JD, *Contemporary Halakhic Problems*, I, 1977, p. 103 n. 10. וראה בלייך שם, שדן בשאלה איזה ברכה מברכות השחר יברך איש שהפך על ידי ניתוח לאשה ולהיפך — שלא עשני אשה, או שעשני כרצונו. **[88]** הרב י. שפרן, תחומין, שם. **[89]** הרב ח. ג׳קטר, תחומין, כג, תשס״ג, עמ׳ 144 ואילך. והוא על פי ר״ת בתוס׳ גיטין לד ב ד״ה

במדינות שונות באירופה יש הסדרים שונים ביחס למנותחים הללו, ורבות מהמדינות לא מכירות בשינוי המין מצב משפטי חדש לצורך שינוי השם בתעודת הזהות או לצורך נישואין[90].

בתי המשפט בארה״ב קבעו בעבר, שלניתוח לשינוי המין אין כל משמעות עובדתית ומשפטית על מינו של המנותח, ודינו של המנותח לענייני משפטיים, כולל לענייני אישות, כמינו המקורי לפני הניתוח[91]. אכן, החל משנות ה-80 של המאה ה-20 חל שינוי מובהק בפסיקות ובחקיקה בארה״ב, ומי שעבר שינוי מין ניתוחי רשאי לשנות את שמו, לשנות את מינו בתעודת הזהות בהתאם למינו החדש, ואף הכירו בשינויים אלו לצורך נישואין. התפיסה המשפטית האמריקאית קובעת שאין לקבוע את מינו של האדם רק על פי מבנה הכרומוזומים שלו, אלא גם על פי מראהו החיצוני ורצונו[92].

המצב החוקי בישראל — בשנת 1986 אישר משרד הבריאות בישראל ביצוע ניתוחים לשינוי המין, אך הגביל את ההיתר לבתי חולים ציבוריים בלבד, ובתנאי שמדובר בחולים הסובלים מבעיה נפשית מתאימה, חיים בזהות המין הנגדי במשך שנתיים לפחות, קיבלו טיפול הורמונלי ממושך, עברו הערכה רב-מקצועית מקיפה, וחתמו על טופס הסכמה מיוחד. בראשית המאה ה-21 פעל רק מרכז אחד בישראל שביצע ניתוחים לשינוי המין, בבית חולים שיבא בתל-השומר, ובה מכהנת ועדה רב-מקצועית שהקומה על פי הנחיות משרד הבריאות[93].

ניתוחי השתלת איברים — ראה ערך השתלת אברים.

ניתוחים ספציפיים — נידונו בערכים מתאימים באנציקלופדיה זו[94].

והוא, שאין לקרוא בשם שמפרסם חטא גדול. **[90]** ראה — Rogers A, *Lancet* 341:1085, 1993. **[91]** ראה — Bleich JD, *Contemporary Halakhic Problems*, I, 1977, p. 104. **[92]** ראה — 34 DePaul L. Rev 553, D.M. Neff, Daniel of Title VII protection to transsexuals: Ulaine v. Eastern Airlines, Inc. **[93]** ראה ח. צור ואח׳, הרפואה קטז:509, 1989; ח. קפלן ואח׳, הרפואה קמג:500, 2004. וראה עוד — ב. לוי, מכתב לחבר, מט, כסלו-טבת, תשמ״ז, עמ׳ 7. **[94]** לדוגמא: ניתוחי אשך, ערמונית, סרוס ועיקור — בע״ע סריס, פוריות ועקרות; ניתוחים גניקולוגיים — בע״ע אנדרוגינוס, בתולים, לדה, נדה וזבה, פוריות ועקרות, רחם; ניתוחים אורולוגיים — בערך מילה. כמו כן ראה בערכים על האיברים השונים (לב, עין וכיו״ב) — ביחס לניתוחים באיברים אלו.

סבל — ראה ערך יסורים

סוֹדִיוּת רְפוּאִית

א. הגדרת המושג

סודיות רפואית[1] היא החובה לשמור בסוד כל מידע שנמסר לרופא או לעובדי בריאות אחרים על ידי הנבדק, או ביחס אליו. סודות אישיים ומקצועיים מוגדרים בהתאם לתוכן הסוד, לאישים שלהם יש נגישות לסוד, ולדרך בה מטפלים ומנהלים חומר סודי.

באופן מצומצם מתייחסת חובה זו לכל מידע שהגיע לידיעת עובדי הבריאות בתוקף תפקידם, והוא מידע שבדרך כלל נמסר לרופא מתוך אימון שישמרם בסוד, ולפי טיבו הוא מידע הנמסר מתוך הנחה כזו. באופן רחב יותר מתייחסת החובה הזו לכל מידע שהגיע לעובדי הבריאות, אשר כולל גם מידע שהגיע לידיעתם בעקיפין, וללא קשר ישיר לצרכי האיבחון והטיפול בנבדק. לחובה זו יש תנאים ומגבלות מבחינה הלכתית, מוסרית ומשפטית.

חובת הסודיות הרפואית מתייחסת לבעיית גילוי המידע לזולת. אכן מסירת מידע לחולה עצמו היא בעיה נפרדת[2].

בערך זה יידונו גדרי חובת הסודיות, והתנאים בהם מותרת, או אף מחוייבת, הפרת הסודיות הרפואית.

ב. פרטי דינים

1. עקרונות וכללים

גדרי איסור רכילות ולשון הרע — לא מצינו בהלכה מושג נפרד ומיוחד לסודיות מקצועית[3], ובכלל זה סודיות רפואית, שכן דרישה זו כלולה בחובה הכללית של איסור רכילות ולשון הרע[4]. ואמנם כל אדם, ובכלל זה רופא, היודע דבר על חברו ומגלה אותו לאחרים, עובר על לאו מן התורה, שנאמר ״לא תלך רכיל בעמיך״[5], ועוון גדול הוא, וגורם להרוג נפשות רבות מישראל, לכך נסמך לו ״לא תעמד על דם

[1] medical confidentiality. **[2]** ראה על כך בע׳ גלוי מידע לחולה. **[3]** מצינו רק סוד אחד שהתייחד לאיסור, והוא האיסור על הדיינים לפרסם את הסתייגויותיהם מפסק דין שהתקבל ברוב (סנהדרין כט א; טושו״ע חו״מ יט א).

[4] ויקרא יט טז; משלי כה ט; תהלים לד יג-יד. ספר שלם הוקדש לבירור מהות האיסור, גדריו ותנאיו, הלוא-הוא ספר ״חפץ חיים״, מאת הגאון ר׳ ישראל מאיר הכהן מראדין, מחבר המשנה ברורה. **[5]** ויקרא יט טז. וכן במשלי יא יג —

רעך'[6]. בהצטרפות נסיבות שונות יכול אדם המספר על חברו לעבור על שבעה עשר לאווין, ארבעה עשר עשין, ושלושה ארורים[7].

איסור הרכילות חל אפילו כאשר אין המספר מתכוון ברכילותו להכניס שנאה בליבו על אותו פלוני, ואפילו אם הדברים הם אמת גמורה[8], וחייב האדם להסתיר הסוד אשר יגלה אליו חברו דרך סתר, אף על פי שאין בגילוי הסוד ההוא עניין רכילות[9]. כמו כן יש חובה לשמור על הסוד לעולם, ולא חלה עליו כל התיישנות[10].

לפיכך, רופא היודע דבר על חולה, בין אם הידיעה היא על פי סיפורו של החולה, או שהידיעה באה בעקבות בדיקות ובירורים שערך הרופא, אסור לו להפר את הסוד מדיני רכילות ולשון הרע. ואמנם על פי גדרי הלכות רכילות ברור ופשוט, שאסור לרופא לספר לחבריו במקצוע, לבני משפחתו, או לכל אדם אחר, דברים שנמסרו לו על ידי החולה, כאשר אין בכך כל תועלת לחולה[11]. ואף שדבר זה הוא ברור, שכיח הדבר מאד, שהעוסקים ברפואה אינם מקפידים על כך[12], ואף אינם מכירים את החוקים המתאימים ביחס לסודיות רפואית[13].

הפרת סודיות להגנת הזולת — אכן, אם ישנו חשש שעלול להיגרם נזק לזולת בגין שמירת הסוד, צריך להגיד לו, כדי להצילו מן הנזק. הטעם הוא, שבכל מקרה שיש ניגוד בין זכות הפרט לסודיות רפואית, לבין טובת החברה בחשד לנזק לזולת, יש להעדיף את מניעת הנזק לזולת[14].

תנאים להפרת הסודיות — מסירת מידע לאחר מותרת רק אם התקיימו מספר תנאים:

התברר למספר לאחר שיקול דעת והתבוננות זהירה, שאמנם מדובר בתוצאה אפשרית רעה.

המדובר הוא במחלה ממשית, ולא בחולשה גרידא.

יש להקפיד ביותר לספר את פרטי המחלה כפי שהיא, ללא כל הגזמה.

כוונת המספר צריכה להיות רק לתועלת הגורם שעלול להינזק, ולא משנאת הנבדק.

הולך רכיל מגלה סוד ונאמן רוח מכסה דבר.

[6] רמב"ם דעות ז א. וכן פירש א"ע עה"פ. וראה חזקוני עה"ת שם, שפירוש הפסוק הוא 'לא תלך רכיל' כדי ש'לא תעמוד על דם רעך', ושני חלקי הפסוק הם לדעתו רק מצווה אחת. וראה גם יחזקאל כב ט — 'אנשי רכיל היו בך למען שפך דם'. **[7]** חפץ חיים, פתיחה. **[8]** פסחים קיג ב; רמב"ם דעות ז ב-ג; המאירי, חיבור התשובה. **[9]** שערי תשובה, שער שלישי אות רכה.

[10] ראה סנהדרין לא א, בעניין תלמיד שגילה סוד שנאמר בבית המדרש לאחר עשרים ושתים שנה, והוציאוהו מבית המדרש. וראה רמב"ם סנהדרין כב ז; שו"ת ראנ"ח סי' קיא. **[11]** ראה שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' קד אות א. **[12]** ראה א. שטינברג, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 326 ואילך. **[13]** ראה — Shrier I, et al, *Acad Med* 73:710, 1998. **[14]** ראה — אור החיים, ויקרא יט טז ד"ה לא תעמוד; העמק דבר שם;

על המספר לברר היטב, שאמנם תצא תועלת מסיפורו, ושיש רגלים לדבר שדבריו יתקבלו.

אם המספר יכול להביא את התועלת הרצויה מבלי שיצטרך לגלות את סודו של הנבדק, אין לספר עליו.

על המספר לדעת את פרטי המחלה מידיעה עצמית וראשונית, ולא מתוך שמועות.

וכל זה בתנאי שלא תיגרם רעה ממשית למי שמספרים נגדו, ולא תהא הרעה לו גדולה יותר מהתועלת שתיגרם לזולת[15].

מכללים אלו עולה גם שאין למסור אלא דווקא אותם פרטים שיש להם חשיבות למניעת הנזק הצפוי, וכן אין למסור פרטים אלא דווקא למי שהנזק עלול להיגרם לו בלבד[16].

במקרה שמותר לספר לזולת, אין הבדל בין אם הזולת שואל ממנו שיספר לו את הידוע לו, לבין נקיטת יוזמה על ידי המספר להציל את הזולת מנזק. הטעם הוא, שבכל מקרה שהתנאים מתאימים להיתר, יש להציל את הזולת אף מיוזמתו של היודע[17].

יסודות ההיתר להפרת הסוד — קיימים מספר יסודות הלכתיים שעל פיהם מתבטלים איסורי רכילות ולשון הרע במקום שעלול להיגרם נזק לזולת:

האיסור של 'לא תעמד על דם רעך'[18] כולל לא רק מצבים של שפיכות דמים ממש, אלא כל העומד מנגד ונמנע מלעשות פעולה כדי להציל את חברו מרעה כלשהי, עובר על איסור זה[19]. לפיכך, גילוי מידע שיציל את הזולת כלול בגדרים אלו.

המצווה של השבת אבדה של גופו וממונו כוללת חיוב לעשות פעולות למניעת נזק לזולת[20].

החיוב להציל את הנרדף מידי הרודף אותו[21] חל גם במי שאינו מתכווין לרדוף ולסכן מתוך רוע לב[22], ובמקרה כזה מצווה על כל אחד לעשות הכל כדי למנוע מ"הרודף" להזיק ל"נרדף"[23].

היתר או חיוב — יש הסבורים,

פת"ש או"ח סי' קנו. **[15]** חפץ חיים, ח"ב כלל ט סע' א-ב; שם סע' יב יג; שם סוף כלל ט, ציור ג, סע' י. וראה עוד בשערי תשובה, שער שלישי אות רכח. **[16]** וראה בשו"ת נובי"ק חאו"ח סי' לה, ושו"ת האלף לך שלמה חאו"ח סי' ז — בעניין גילוי ניאוף של אשה לבעלה, שיש לגלות רק לבעל, ורק מה שנחוץ לדעת בנידון, עיי"ש. **[17]** חפץ חיים ח"ב הל' רכילות, כלל ט סע' ח, ובבאר מים חיים שם סק"ח. **[18]** ויקרא יט טז. **[19]** פת"ש על או"ח סי' קנו; שו"ת חלקת יעקב חאבהע"ז סי' עט (ח"ג סי' קלו); שו"ת יחוה דעת ח"ד סי' ס; שו"ת באר משה ח"ח סי' נט אות ד; שו"ת ציץ אליעזר חט"ז סי' ד — על פי רמב"ם רוצח א יד; טושו"ע חו"מ תכו א. וראה העמק דבר עה"פ ויקרא יט טז, שאם יודע שאיש אחד רוצה לירד לחייו של אדם אחר, הרי זה מחוייב להודיע ואסור לעמוד על דם רעך. וכן הוא הפירוש השני עה"פ בחזקוני. **[20]** פתחי תשובה על או"ח סי' קנו; שו"ת ציץ אליעזר חט"ז סי' ד. **[21]** רמב"ם רוצח א ו. **[22]** ביאור הגר"א חו"מ סי' תכה סק"י. **[23]** הרב ש. רפאל, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 332 ואילך.

שבמקרה שעלול להיגרם נזק לזולת, ובמקרה שהתקיימו כל התנאים שלפיהם לא חלים איסורי רכילות ולשון הרע, לא רק שמותר לגלות את הסוד לזולת העלול להינזק, אלא שיש חובה לספר לזולת, כדי למנוע ממנו נזק[24]; ויש מי שכתב, שאולי גם במקרים אלו יש רק היתר לספר, והעושה כן איננו עובר על איסור רכילות ולשון הרע, אבל אין חובה לספר[25].

מצבים להיתר הפרת הסוד — החיוב לגלות את הסוד הוא לאו דווקא כשמדובר במחלה מסוכנת, אלא בכל מקרה שמדובר במחלה קבועה, הגורמת לסבל, אי-נוחות, והפרעות בחיים[26]; כמו כן יש הסבורים שהחיוב חל גם כאשר מדובר בהפסד ממון לזולת, ולאו דווקא בנזק רפואי-בריאותי[27].

נגד רצון בעל הסוד — החיוב לגלות מידע מתאים לניזוק אפשרי הוא גם כאשר החולה דורש לשמור על סודו, ואפילו אם באותו רגע הבטיח לו הרופא שלא יגלה את סודו[28].

דרכי הפרת הסוד — בכל מקרה צריך להשתדל לשכנע את החולה שיסכים בעצמו לגלות את מחלתו לצד שעלול להיות ניזוק מכך, או שיסכים להרשות לרופא לעשות זאת: "ואמנם המטיבים דרכם דבר ידברו בראשונה את החוטא, אולי יוכלו הועיל בדרך התוכחה להשיבו מדרכו הרעה, ואם מאן ימאן, אז יודיעו לרבים את דרכיו ומעלליו"[29], ורק אם הוא נשאר בהתנגדותו, צריך הרופא לגלות את סודו מיוזמתו[30].

עד אחד — בכל מקרה שמותר להפר את הסוד הרפואי, הדבר מותר גם אם הוא עד אחד בדבר, ואין צורך לעניין זה בשני

[24] פת"ש על או"ח סי' קנו; שו"ת חלקת יעקב חאבהע"ז סי' עט (ח"ג סי' קלו); שו"ת ציץ אליעזר חט"ז סי' ד אות ג; הרב ש. רפאל, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 332 ואילך. וראה בשו"ת ציץ אליעזר שם, שמה שנקט החפץ חיים לשון "מותר", הוא מפני שהוא דן באיסורי רכילות ולשון הרע, ומבחינה זו הוא הגדיר שאין איסור כזה, וממילא חלה חובה מדינים אחרים. ויש להעיר, שאמנם בפירוש מבואר בכלל ט סעיף א, ובבאר מים חיים שם סק"א, שדעת הח"ח שצריך להודיע כדי להציל, ולא רק שמותר. **[25]** הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חאבהע"ז סי' ב סק"א (בעמ' כז), בהסתמך על לשון הח"ח שדבר זה "יש לגלות לו", ולא כתב "צריך לגלות", וראה בהע' הקודמת. ולכאורה ראיה לשיטה זו מדברי שערי תשובה לרבנו יונה, שער שלישי אות רכא: "ודע כי בדברים שבין אדם לחברו, כמו גזל ועושק ונזק וצער ובושת ואונאת דברים, יכול לספר הדברים לבני אדם, גם היחיד אשר יראה יגיד, כי לעזור לאשר אשם לו ולקנא לאמת". **[26]** שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פא אות ב. **[27]** רמב"ם סהמ"צ לא תעשה רצז; ס' החינוך מ' רמד; פתחי תשובה על או"ח סי' קנו; חפץ חיים ח"ב הל' רכילות כלל ט; שו"ת יחוה דעת ח"ד סי' ס. אך ראה במשך חכמה ויקרא יט טז, ובשו"ת באר משה ח"ח סי' נט, שלדעתם אין איסור 'לא תעמד על דם רעך' חל במקרה של הפסד ממון. ומכל מקום נראה שמדין השבת אבדה בוודאי חייב להצילו גם מהפסד ממון, וראה לעיל הע' 18-20. **[28]** שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פא אות ב, וחט"ז סי' ד אות ד. **[29]** שערי תשובה, שער שלישי אות רכח. וראה בחפץ חיים, כלל י בבאר מים חיים סק"ז, שבאמת מחוייב מן הדין להוכיחו קודם שיפרסם עליו מצד מצות תוכחה, אלא שרבנו יונה מדבר רק לעניין איסור לשון הרע. **[30]** שו"ת ציץ אליעזר חט"ז סי' ד אות ז. וראה מאמרו של הרב י. זילברשטיין, עמק הלכה-אסיא, תשמ"ו, עמ'

עדים[31].

2. מצבים רפואיים מוגדרים

עדות לבית הדין — כל מי שיודע עדות לחברו, וראוי להעידו, ויש לחברו תועלת בעדותו, חייב להעיד אם יתבענו שיעיד לו, בין שיש עד אחד עמו, בין שהוא לבדו[32], ואפילו נשבע על איזה דבר שלא לגלותו, ואחר כך נתנו עליו חרם, חייב להגיד[33]. לפיכך, חייב הרופא להעיד את כל הידוע לו על חולה שלו העומד לדין, גם נגד רצונו של החולה[34].

כמו כן יש חובה על שלטונות הצבא, כשיש צורך בדבר, להמציא לבית הדין את כל המסמכים הרפואיים שברשותם בדבר מצב בריאותו של בעל הדין[35].

יש מי שכתב, שחובת הרופא להעיד היא גם בבית משפט של ערכאות שדנים שלא על פי דיני התורה, אלא שאז חובתו להעיד היא לא משום מצוות הגדת עדות, אלא משום 'לא תעמד על דם רעך', שלא ייגרם הפסד לממונו או לגופו של הזולת[36].

עדות נגד שבועה — אם נשבע הרופא לחולה במפורש, שלא יגלה את פרטי מחלתו — יש מי שכתב[37], שמעיקר הדין אין השבועה חלה עליו כאשר הוא נקרא להעיד בבית דין, כי היא שבועה לבטל המצווה של הגדת עדות[38], אלא שנחלקו הפוסקים אם מכל מקום צריך שבעל הדין יתיר את שבועתו והבטחתו[39], או שגם התרה אין צריך במקרה שיש חובת עדות[40], ולפיכך, מוטב לכתחילה לעשות קודם התרה על השבועה[41]; ויש מי שכתבו, שהשבועה חלה עליו[42], ולפיכך אם חולה השביע רופא שישמור בסוד את דבר מחלתו, אף אם בית הדין יזמין את הרופא להעיד על מחלתו, השבועה חלה, ואסור לרופא לגלות אפילו לבית דין את פרטי המחלה. וכל זה בתנאי שמדובר על דברים שאי-גילויים לא יביא לידי פיקוח

159 ואילך. **[31]** הרב ש. רפאל, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 332 ואילך. **[32]** ויקרא ה א; ב"ק נו א; רמב"ם עדות א א; טושו"ע חו"מ כח א. וראה במלבי"ם עה"פ שם: "שהגם שהזהרתי מרכילות, בכל זאת אם ידעת עדות לחברך, הגם שבזה תלך רכיל ותגלה סוד, צריך אתה לגלות ולהעיד". וראה עוד נ. רקובר, הפרקליט כו:563, תש"ל; השופט צ.א. טל, רע"א 1917/92 סקולר נ' ג'רבי, פ"ד מז(5), 780. **[33]** רמ"א יו"ד רכח לג. וראה סוף שו"ת מהר"י וייל. **[34]** פסקי דין רבניים, כרך ט, עמ' 331; הרב ב. רקובר, נועם, ב, עמ' קפח ואילך. **[35]** פסקי דין רבניים, כרך ה, עמ' קנג ואילך. **[36]** שו"ת באהלה של תורה ח"א סי' פג. **[37]** שו"ת ציץ אליעזר חט"ז סי' ד אות' ה-ו. **[38]** שבועות כט א; רמב"ם שבועות ה טו; רמ"א יו"ד רכח לג, ובט"ז שם סק"ב, ובביאור הגר"א שם סקצ"ה. ויש שדנו בשאלה אם דין זה הוא אפילו בעד אחד — ראה חקרי לב חחו"מ הל' עדות סי' יד; אמרי בינה חחו"מ הל' עדות סי' ח; ערוה"ש חו"מ כח ה. **[39]** סמ"ע חו"מ סי' כח סק"א. **[40]** ט"ז חו"מ רסי' כח. **[41]** שו"ת ציץ אליעזר, שם; שו"ת באהלה של תורה, ח"א סי' פג. **[42]** הגרי"ש אלישיב, הובאו דבריו במאמרו של הרב י. זילברשטיין, עמק הלכה-אסיא, תשמ"ו, עמ' 149 ואילך. וכתב שם, שאין זה בגדר נשבע לבטל את המצווה, שהוא דווקא במצב שבו לפני השבועה כבר היתה חלות מצווה, וחיוב המצווה קדם לשבועה, אבל כאשר אדם נשבע לחברו לפני שידע את המידע שלא יגלה לשום אדם, הרי לפני חלות השבועה עדיין לא ידע את הנתונים, ובעת שהנתונים נתגלו לו כבר חלה על זה השבועה. ודעה זו לכאורה צ"ע מהמבואר ברמ"א יו"ד רכח לג, ובביאור הגר"א יו"ד שם סקצ"ה,

נפש, אבל אם הדבר יסכן את חיי הזולת, חייבים לגלות אפילו נגד שבועה[43].

ומה שהרופאים נשבעים "שבועת הרופאים"[44], וכלולה בהם פיסקה לשמור על הסודיות הרפואית — יש מי שכתב, שבמצב כזה חלה השבועה מדין שבועה שבכולל[45], יש מי שכתב, שלפיכך עדיף שיתירו לו השבועה בבית דין של שלושה על ידי חרטה[46]; יש מי שכתב, שיש לראות "בשבועת הרופאים" רק גדר של הבטחה, ולא שבועה ממש[47], ורופא דתי בוודאי לא התכוין בקבלת "שבועת הרופאים" שהיא תכלול העלמת מידע מבית הדין, דבר שהוא נגד ההלכה[48]; ויש מי שכתב, שאם שבועת הרופא נעשית על ידי חתימתו, אין זה גדר של שבועה על פי ההלכה[49], ולפיכך תחול חובת עדות בבית דין על הרופא גם אם קיבל על עצמו בגמר לימודיו את "שבועת הרופאים".

ליקוי ראיה — אדם הסובל מליקוי ראיה חמור, ועקב כך עלול הוא לגרום לתאונה בנהיגה, בעבודה, או בצבא, מחוייב הרופא להודיע לגורמים המתאימים על הבעיה, גם אם החולה מתנגד לגילוי סודו הרפואי, וגם אם הדבר עלול לגרום לו נזק כלכלי או חברתי; ואם לא עשה כן, עבר הרופא על איסור של "לא תעמד על דם רעך", ובלבד שכל כוונתו איננה להזיק לאותו חולה, אלא להציל אנשים אחרים[50]. חובה זו חלה גם אם יש חשש שהחולה יפגע ברכוש הרופא, ובתנאי שראייתו גרועה מאד, שאז החשש לסכנת הציבור גדולה מאד; אבל אם ראייתו לא כל כך גרועה, אלא ששלטונות הרישוי החליטו ליתר בטחון למנוע רשיון נהיגה מאנשים כאלו, יכול הרופא להעלים עין מכך, במקום שנשקפת סכנה לרכושו[51].

חולה המבטיח שלא לנהוג לאור הממצאים הרפואיים, וניכרים דברי אמת, אם כושר הראייה לקוי בצורה לא חמורה (כגון 6/15) רשאי הרופא לסמוך עליו, ולא לדווח על כך לרשויות הרישוי; אבל אם כושר ראייתו לקוי ביותר (כגון 6/30), אל יתחשב הרופא בהבטחת החולה, אלא ידווח לשלטונות[52].

מחלת הכפיון[53] — יש הסבורים, שקיימת חובה על הרופא לגלות למשרד הרישוי את דבר מחלתו, כדי למנוע ממנו לנהוג, שכן נהיגתו עלולה לסכן את הרבים, ודבר זה נכון אפילו אם החולה מתנגד לכך, ואפילו אם פרנסתו תלויה בנהיגתו[54]; ויש מי שכתב, שעל הרופא

וי"ל; הרב ש. גורן, מאורות, 2, תש"מ, עמ' 20. **[43]** הרב זילברשטיין שם; שו"ת באהלה של תורה ח"א סי' פג. **[44]** ראה ע' רופא — נספח 2. **[45]** הרב ש. גורן, מאורות, 2, תש"מ, עמ' 20. וראה תומים חו"מ סי' כח סק"א; שער המשפט שם סק"ב; פת"ש שם סי' לד סקי"ד. **[46]** שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פא אות ב. **[47]** הרב ש. רפאל, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 332 ואילך. **[48]** שו"ת ציץ אליעזר, שם. **[49]** שו"ת באהלה של תורה ח"א סי' פג. **[50]** שו"ת ציץ אליעזר חט"ו סי' יג אות א; שו"ת תשובות והנהגות ח"א סי' תתסט; הרב י. זילברשטיין, עמק הלכה-אסיא, תשמ"ו, עמ' 149 ואילך. **[51]** הרב זילברשטיין, שם; שו"ת תשובות והנהגות שם. **[52]** הרב י. זילברשטיין, שם. **[53]** epilepsy. ראה ע' נכפה. **[54]** הרב ג.א. רבינוביץ, הדרום, כו, תשכ"ח, עמ' 74; שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פא אות ב; שו"ת יחוה דעת

להתרות בחולה, ולהסביר לו את הסיכון לעצמו ולאחרים, אבל אין בזה להתיר את חובתו לשמור על סודו של החולה שלו, ואל לו לדווח למשרד הרישוי, אלא אם כן ראה שהחולה אמנם ממשיך לנהוג ברכב, ומפר את הוראותיו, ומסכן את הרבים[55].

שידוכין — איש ואשה שהשתדכו זה עם זו, והרופא יודע שלאחד מהם יש מחלה רצינית, והצד השני אינו יודע על כך, ואילו היה יודע, לא היה מתרצה לשידוך, יש לגלות לו[56]. ההיתר לגלות מידע זה הוא לא רק לפני שהשתדכו, אלא גם לאחר שכבר השתדכו, ואף על פי שעקב הגילוי יתבטל השידוך, אך צריך שיהיה הרופא בטוח בידיעה שמוסר, ושידע שהצדדים יתנהגו על פי דין לאחר קבלת המידע[57]. אכן אם ידוע שהצד הנפגע יתעלם ממחלת הצד השני, ויתחתן עמו למרות מחלתו, אסור לספר[58].

להלן מספר דוגמאות שדנו בהם הפוסקים, שחייב הרופא ליידע את הצד השני. אמנם ברור שדין זה נכון לא רק לרופא, אלא לכל אדם שיודע דבר כזה בוודאות. ומכל מקום צריך שיתקיימו כל התנאים להיתר ולאיסור כמבואר לעיל[59]:

מחלה פנימית רצינית, שהצד השני לא יכול לדעת עליו, כי הוא דבר פנימי אשר לא נגלה לכל[60]. יש מי שכתב, שאם אחד הצדדים סובל מסוכרת, מכיב קיבה, או מכפיון, או שיש לאחד מהם רק כליה אחת, חייב הוא להודיע על כך לצד השני, וגם אדם שלישי שיודע על כך חייב לספר לצד השני אם נשאל על כך, אם מדובר בהפרעה משמעותית. אבל אם האיש והאשה בעצמם בריאים, אלא שיש במשפחתם מישהו עם כפיון או סוכרת, אין חובה לספר על כך[61]; ויש מי שכתב, שאם אחד הצדדים סובל מכיב, אין לגלות זאת לצד השני, כי זה דבר הניתן לריפוי, והליקויים הם זמניים; וכן כאשר אחוז הסיכון למחלה משמעותית הוא קטן (כגון 5%), אין לגלות לצד השני, וכגון חתן שאחיו סובל ממחלת הכפיון, ויש חשש תורשתי של 4% לחתן[62].

מחלת הסרטן[63].

מחלת אידס. מי שאובחן כסובל ממחלת אידס, יש חובה ליידע את אשתו על כך, שכן קיום יחסי אישות יכולה

ח״ד סי׳ ס. **[55]** תורת הרפואה עמ׳ 289 ואילך (הגר״ש גורן, מאורות, 2, תש״מ, עמ׳ 20). נימוקו: לכל אדם יש חזקת כשרות, ולפיכך בדרך כלל יש להניח שהחולה אכן לא ינהג במצבו; שבועת הרופאים מחייבת את הרופא לשמור על סודו של החולה — ראה לעיל הע׳ 41. **[56]** חפץ חיים, כלל ט סע׳ ד-י; הגר״מ פיינשטיין, הובאו דבריו במאמר — Tendler MD: In Rosner F (ed), *Medicine and Jewish Law*, Vol :2 67-75, 1993. ואגב, היתר זה מקובל גם בחוגי הכנסיה הקתולית — ראה הרפואה והיהדות, עמ׳ 260, הע׳ 87. **[57]** חפץ חיים ח״ב סוף כלל ט, ציור ג, סע׳ ט-י, וראה שם פרטי ההיתר; שו״ת ציץ אליעזר חט״ז סי׳ ד אות ד. **[58]** הרב י. זילברשטיין, עמק הלכה-אסיא, תשמ״ו, עמ׳ 149 ואילך. **[59]** ראה לעיל הע׳ 17-15. **[60]** חפץ חיים ח״ב סוף כלל ט, ציור ג, סע׳ ו-ז. **[61]** שו״ת תשובות והנהגות, ח״א סי׳ תתעט. **[62]** הרב י. זילברשטיין, עמק הלכה-אסיא, תשמ״ו, עמ׳ 159 ואילך. וראה שם, בעניין מחלת ITP=idiopathic thrombocytopenic purpura, והערת העורך בנידון. **[63]** שו״ת חלקת יעקב

לגרום להדבקתה[64].

מחלת נפש[65]. יש מי שכתבו, שאם היו התקפים של מחלת נפש בעבר, והאיש או האשה עדיין לוקחים תרופות, אף שכרגע הם בריאים, חייבים להודיע; ואם כבר אינם לוקחים תרופות, והיתה סיבה מיוחדת להתקפים בעבר, וכעת לדעת הרופא הם בריאים, לא חייבים לגלות על ההתקפים בעבר; ואם יש חשש שהתקפים כאלו יחזרו לאחר לידה, חייבים לגלות באשה[66].

איש או אשה, שהם עקרים עקב מומים קשים באיברי המין[67], או שסובלים מהפרעות בפוריות, או הפרעות בדרך קיום יחסי אישות, או יכולת לטפל בילדים[68].

כלה הסובלת ממחלה שאיננה ידועה לחתן, ויש חשש שאם יגלו לחתן את דבר המחלה, ייפרד הקשר ביניהם, ואז עלולה הכלה להישאר עגונה, ומרוב צער עלולה מחלתה להתגבר ולסכן אותה — יש מי שכתב, שבמקרה כזה לא יגלו לחתן את מחלת הכלה, ויש לייעץ לכלה שתספר בעצמה את דבר מחלתה לחתן[69].

אישי ציבור — יש מי שכתב ביחס לאנשי ציבור שהכרעות גורליות מסורות לידם, כגון ראש ממשלה, שר בטחון, רמטכ"ל וכד', שיש חובה למסור מידע רפואי אודותם לסובבים אותם, שעליהם לדעת נאמנה אם כושר שיפוטם לא נפגם, אבל גם לגביהם אין כל היתר לחשוף את סודות בריאותם לציבור הרחב, ומכל שכן שאין לחשוף סודות רפואיים של אנשי ציבור, שתפקידם אינו כרוך בהחלטות הנוגעות לפיקוח נפש[70].

הוראת סטודנטים — אין בהוראת סטודנטים לרפואה ליד מיטת החולה משום איסור רכילות, מכיוון שיש בזה תועלת עתידית, שאם לא כן לא יוכלו להיות רופאים, וגם יכול להיות שתצמח תועלת לחולה עצמו, על ידי שידונו במצבו ביתר פירוט ועמקות, אלא שראוי שיבקשו את רשותו של החולה לכך[71].

סיכום מחלה — מותר לרופא למסור למזכירה להדפסה סיכום מחלה, או חוות דעת על מתמחה וכיו"ב, ואין במסירת המידע למזכירה משום רכילות ולשון הרע, כי זה דרכו של עולם, ועל דעת כן מוסכם

חאבהע"ז סי' עט (ח"ג סי' קלו). **[64]** נשמת אברהם ח"ד חאבהע"ז סי' ב, בשם הגרש"ז אויערבאך. וראה בע' אידס. **[65]** שו"ת באר משה ח"ח סי' נט אות ד. **[66]** שו"ת תשובות והנהגות ח"א סי' תתעט; שם ח"ב סי' תרכד; שו"ת קנה בשם סי' קכא. **[67]** שו"ת ציץ אליעזר חט"ז סי' ד. וראה שם, שאף שאחר כך יכול הצד השני לדרוש גט כדין קידושי טעות, מכל מקום הדבר אינו פשוט וכרוך בסבל רב, ולכן יש חובה למנוע סבל זה. **[68]** הגר"מ פיינשטיין, הובאו דבריו במאמר — Rabbi MD Tendler, *National Jewish Law Rev* 4:1, 1989.

[69] הרב י. זילברשטיין, עמק הלכה-אסיא, תשמ"ו, עמ' 159 ואילך. **[70]** הרב ש. רפאל, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 332 ואילך. וראה במאמר Annas GJ, *N Engl J Med* 333:945, 1995, שגם לדעת מחבר זה אין הצדקה למסור פרטים רפואיים של נשיא ארה"ב או מועמד לנשיאות לציבור הרחב. **[71]** שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' פא אות ב; הרב י. שפרן, עמק הלכה, ב, תשמ"ט, עמ' 124 ואילך. וראה העמק דבר, דברים כד ח. אלא שלדעת הציץ אליעזר שם, יש לאסור הוראת סטודנטים סביב מיטת החולה מצד הלבנת פני החולה והבושה הנגרמת לו, ולכן הדבר מותר

על כולם[72].

ג. רקע אתי

סודיות מקצועית — הסודיות הרפואית שייכת למסגרת כללית יותר של סודיות מקצועית. החובה לשמור על סודיות מקצועית קיימת בין בעלי מקצוע שונים, שנחשפים לסודות של הזולת, כגון רועים רוחניים, עורכי דין, עיתונאים, שוטרים, עובדים סוציאליים, ועובדי בריאות (אחיות, פסיכולוגים, משקמים, סטודנטים, ורופאים). גורמים אלו חשופים לסודותיהם של הפונים אליהם הן בתחום המקצועי הישיר שבגינו נוצר הקשר בין המטפל למטופל, והן סודות שונים שמתגלים במהלך הטיפול, ללא קשר ישיר לתחום המקצועי או לבעיה הראשונית[73].

סודיות רפואית בקודים אתיים — כללים רפואיים-אתיים עתיקים ומודרניים כאחד מדגישים מאד את נושא הסודיות הרפואית כאחד הסעיפים הבולטים בשמירת המוסריות הרפואית.

בשבועת היפוקרטס נאמר: "כל אשר אראה ואשמע בשעת הטיפול, וגם שלא בטיפול, באורח חיי האנשים, ואשר אין להשמיע מחוץ לביתם, לא אגלה מזה מאומה, כי ידעתי כי סוד מופלא הוא שאין להזכירו"; בשבועת אסף הרופא: "ואל תגל את סוד אדם אשר האמין לכם"; בשבועת אמטוס לוזיטנוס: "לא גיליתי לאדם שום סוד שהופקד בידי"; בשבועת הרופא העברי: "שמרו אמונים לאדם שהאמין בכם, אל תגלו סודו, ואל תלכו רכיל"[74]; בכללי האתיקה הרפואית של אמנת ג'נבה[75]: "אכבד סודותיהם של השמים מבטחם בי"; בכללי האתיקה הרפואית של ההסתדרות הרפואית בישראל (כלל 7): "(1) רופא ישמור בסוד כל דבר שהובא לידיעתו על ידי החולה או מטעמו תוך כדי מילוי תפקידו, זולת אם הסכים החולה במפורש או מכללא אחרת, או אם נדרש להפר סודיות זו מטעם החוק; (2) רופא ינקוט באמצעים סבירים להבטיח שבני אדם העובדים ברשותו, לרבות רופא אחר, ישמרו על סודיות העניינים המגיעים לידיעתם במהלך עבודתם"; בקוד הבינלאומי לאתיקה סיעודית[76]: "האחיות שומרות על סודיות כל המידע האישי שנמסר להן".

עקרונות מוסריים לחובת שמירת הסוד — שמירת סודות, והפקדתם רק בידי מי שיש לאדם אימון מלא בו, טבועים בטבע האדם[77]. חובת השמירה על הסודיות

דווקא אם הסכים לכך החולה בפירוש, וראה מה שהשיג עליו הרב שפרן, שם. **[72]** שו"ת ציץ אליעזר ח"כ סי' נב. **[73]** ראה דוגמאות לכך ב- Burnum JF, *N Engl J Med* 324:1130, 1991. **[74]** וראה על שבועות אלו בע' רופא — נספח 2. וראה בס' הרפואה והיהדות, עמ' 259 הע' 84, שסעיף הסודיות הרפואית בשבועות הרופאים היהודיים משקף יותר את השפעתה של שבועת היפוקרטס מאשר מקורות יהודיים. וראה א. שטינברג, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 326, שהכוונה לייחוד הרפואי של גילוי הסוד, אבל לא לעצם האיסור של גילוי סוד, שהוא מרכיב בהלכות רכילות, כמבואר לעיל הע' 3 ואילך. **[75]** התקבל על ידי האגודה הרפואית העולמית בשנת 1949. **[76]** התקבל במליאת המועצה הבינלאומית של האחיות, פרנקפורט, 1965. **[77]** וראה באופן כללי על הסוד והסודיות בספר ב- Bok S, *Secrets*, Oxford University Press, —

הרפואית מבוססת על עקרונות המוסר הכוללים את חובת ההטבה לזולת, החובה למנוע נזק לזולת, ועקרון כיבוד האוטונומיה של החולה, וכיבוד זכותו לפרטיות[78]. יש הרואים בחובה לשמור על הסוד הרפואי חובה המעוגנת בדיני החוזים, כחלק מההסכם של מתן השירות לחולים[79].

כמו כן מבוססת חובה זו על דרישות מעשיות: הצורך לשמירת האימון ביחסי חולה-רופא; הצורך להגביר את רצונו של החולה לספק מידע אמין ומלא לרופא, כדי שהאחרון יוכל לטפל בו בצורה טובה יותר; והצורך לאפשר לחולים רבים יותר להגיע לייעוץ וטיפול רפואי, מתוך ידיעה שהדברים הנאמרים שם נשמרים בסוד. החובה הבסיסית לשמור על החסיון הרפואי היא, איפוא, מובנת ומקובלת, ואפילו בעידן המחשבים, כאשר קיים פוטנציאל לחשיפה רבה של נתונים אישיים ואינטימיים, יש צורך בהגנה מתאימה על הנתונים מפני חשיפתם לגורמים בלתי מוסמכים[80].

ערך יחסי או מוחלט — יש המתייחסים לסודיות הרפואית כערך מוחלט, וכחובה מוסרית שלא ניתנת להפרה בשום תנאי. לפי דעה זו הפרת הסודיות הרפואית היא פגיעה חמורה בעקרון הפרטיות, והיא פגיעה ישירה וברורה ביחסי האימון שבין החולה לרופא, אשר מביאה להתרחקות חולים מרופאים, ובכך נגרמת פגיעה ברמת הרפואה ובשירות הרפואי לחולים; לעומת זאת, גרימת נזק לצד שלישי הוא בגדר חשש בלבד, שדרגתו ועצם התקיימותו נתונים בספק, ולכן יש להעדיף בכל מקרה את מניעת גילוי הסוד הרפואי[81]. אך רוב האתיקאים סבורים, שהסודיות הרפואית היא ערך יחסי, ובנויה על שיקולים תועלתניים, ולפיכך יש מצבים ויש ערכים שבכוחם לדחות את חובת הסודיות הרפואית[82].

מצבים ותנאים להפרת סודיות רפואית — להלן מספר שיקולים וערכים, אשר דוחים את חובת הסודיות הרפואית:

הסכמת החולה — הפרת הסודיות הרפואית מתייחסת רק למקרים שבהם העברת מידע היתה ללא הסכמת החולה, ולגורמים שאין בידיעתם כדי לסייע לחולה עצמו[83], אבל אם החולה הסכים להרשות את גילוי סודו, כמובן שאין בכך משום הפרת הסודיות. אכן, צריך שהסכמה זו תהא ברורה ומדוייקת, היינו היא צריכה לקבוע מה בדיוק יספר הרופא, וכן למי, מתי, ובאיזו דרך יגלה הרופא את הסוד. במקרים שאדם נדרש להערכה רפואית לצורך קבלתו לעבודה, להסכמי ביטוח וכיו״ב, יש להניח מכללא שהוא מסכים

[78] ראה Kottow MH, In: Gillon R (ed), *Principles of Health Care Ethics*, pp. 874-174, 1994. **[79]** ראה — א. כרמי, הרופא והחולה, 1977, עמ׳ 130. **[80]** ואמנם הוקמו וועדות מקצועיות שונות, אשר הציעו דרכים טכניות וחוקיות נאותות להגנות כאלו — ראה Editorial, *Lancet* 339:784, 1992. **[81]** ראה Kottow MH, In: Gillon R (ed), *Principles of Health Care Ethics*, 1994, pp. 471-478. **[82]** ראה — Winslade WJ, In: *Encyclopedia of Bioethics*, 1978, pp. 194-200. **[83]** Black D, In: Gillon R (ed),

להעברת המידע לגורם שהוא מעוניין להצטרף אליו, שכן לצורך זה הוא הסכים לעצם ההערכה הרפואית[84].

טובת החולה — אין משום הפרת סוד רפואי במצבים שבהם ברור שהדבר נעשה לטובתו של החולה, כגון כאשר יש צורך להעביר מידע בין מומחים שונים, שהתבקשו על ידי החולה עצמו לטפל בו, שכן יש להניח, שהחולה הסכים שהמידע המתאים יימסר לאותם מומחים ובעלי מקצוע, ויש לראות בכך משום הסכמה מכללא.

נזק לצד שלישי חף-מפשע — מקובל כמעט על כל האתיקאים, שכאשר קיים ניגוד אינטרסים בין זכות היחיד לחסיון, והחובה של הזולת לשמור על הסוד, לבין זכותה של החברה למנוע נזק מיחידים או רבים בתוכה, והצורך להגן על צד שלישי שהוא חף-מפשע, גובר הצורך המוסרי להגן על הזולת. האיזון הנכון בין זכויות אלו לא ניתן לקביעה מוחלטת, והוא תלוי בנסיבות השונות, ובשיקול הדעת של הנפשות הפועלות. אכן, בדרך כלל מוסכם, שיש צורך בהצדקה מוסרית חזקה כדי להפר את הסודיות הרפואית. המצב המתאים והמקובל להגדרה זו הוא כאשר קיימת תחזית מבוססת היטב, שמניעת המידע יגרום לנזק רציני — גופני, נפשי, או ממוני — למישהו מוגדר וספציפי, ולא סתם נזק כללי ובלתי מוגדר לחברה.

עדות רפואית — במקרה שיש צורך להעיד על חשוד בעבירה, לא חלה החובה של שמירת סודיות, ובית המשפט יכול לצוות על הרופאים למסור כל מידע רלוונטי על החולים שלהם, גם נגד הסכמתם. בכל מקרה שיש לרופא מידע שיכול למנוע פשע רציני, או לסייע בהענשת פושע, חובתו להביא מידע זה לידיעת הרשויות המתאימות.

באותה מידה ברור שיש לדווח לרשויות מתאימות על מצב חולה העלול לסכן באופן משמעותי את שלום הזולת או שלום הציבור, כגון דיווח למשרד הבריאות על מחלות מדבקות; דיווח למשטרה על כוונות פליליות; דיווח למשרד הרישוי על מחלות העלולות לסכן את הנהג, וכיו״ב.

תנאים ומצבים שבהם יש דילמה ביחס להפרת הסודיות — ישנם מספר מצבים רפואיים, שבהם קיימת דילמה כיצד לנהוג ביחס לסוד הרפואי:

רופא מוסד — שלוחו של מי הוא, האם חובתו הראשונית היא למוסד שבו הוא מועסק (כגון הצבא, חברת ביטוח, מפעל וכיו״ב), או לנבדק האינדיבידואלי.

יש להבחין בין שני מצבים: רופא המשמש כשכיר של מוסד ציבורי, חברת ביטוח, צבא וכיו״ב, והוא עובד מטעם המוסד, שאז ברור לכל מי שרוצה בשירותיו, שהוא ידווח לממונים עליו את תוצאות בדיקותיו, ולפיכך אין חובת שמירת סודיות כלפי אותו מוסד, שכן הנחת היסוד היא שהנבדק המעונין

Principles of Health Care Ethics, 1994, pp. 480-488.

Mendelson D, *Jewish Law* **[84]**

בשירותי אותו מוסד מסכים שידווחו לו על מצבו[85]; רופא שעובד במוסד כממונה לטפל בעובדי המוסד, אם הוא מגלה באקראי בעיה רפואית של העובד, קיימת דילמה מוסרית למי נתונה חובתו.

מחקרים אפידמיולוגיים — בנושא מחקרים רפואיים-קליניים, ובעיקר מחקרים אפידמיולוגיים, שבהם יש צורך לאסוף מידע מתיקי חולים, ובכך לחשוף את סודותיהם — יש הסבורים, שבכל מקרה צריך לקבל את הסכמתו המפורשת של הנחקר; ויש הסבורים, שניתן להשתמש במידע כזה ללא הסכמה מפורשת, ובתנאי שזהותו של הנחקר נשמרת כאנונימית בצורה קפדנית ומבוקרת[86].

התיק הרפואי — שאלה שנויה במחלוקת היא, למי יש בעלות על הנתונים הכלולים בתיק הרפואי של חולה: לחולה עצמו, לרופא, או למוסד הרפואי בו נבדק החולה? בפתרון שאלה זו תלויה באופן חלקי התשובה לשאלה כלפי מי יש לשמור בסוד את הנתונים הכלולים בתיק הרפואי.

לאחר מות המטופל — שאלה שנתונה בוויכוח היא, האם הסודיות הרפואית נמשכת גם אחרי מותו של החולה, ולמשל כאשר רוצה אדם לכתוב ביוגרפיה אודות הזולת שנפטר, האם נותרת החובה לשמור על הסודיות הרפואית לאחר מותו[87]. כמו כן נידונה שאלת הסודיות הרפואית הנוגעות לממצאים רפואיים ביחס לנתיחות לאחר המוות[88].

שטחי רפואה רגישים במיוחד — קיימים שטחים רפואיים מסויימים, שבהם גדול במיוחד הניגוד בין חובת השמירה על הסוד, לבין הצורך להפר אותו. להלן מספר דוגמאות:

פסיכיאטריה — מצד אחד, חובת השמירה על סודו של החולה, ואפילו עצם העובדה שהוא ביקר אצל פסיכיאטר, היא חשובה ביותר, שכן מצבים פסיכיאטריים מהווים תווית חברתית שלילית, ואנשים יימנעו מללכת לטיפול נפשי, אם יחשדו שסודותיהם ייחשפו. בכך עלולים החולים עצמם והחברה שסביבם להינזק ביותר, על ידי התגברות מספר המתאבדים, הרוצחים, המכורים לסמים, מכי הילדים, וסוטים מיניים. כמו כן עלולים חולים נפשיים להימנע מלפרט בפני המטפל את נטיותיהם והרגשותיהם, כולל הנטיות הפליליות, ובכך למנוע את האפשרויות לטפל בהם כראוי, ולמנוע את הפשע הצפוי; מאידך, חולים אלו יכולים להיות מסוכנים ביותר לסביבתם, ואי-גילוי סודותיהם יכול להביא לנזק חמור לזולת, עד כדי רצח. אחד המקרים שזכה לפרסום רב הוא המקרה של טרסוב[89], אשר קרה בארה"ב בשנת 1967. סטודנט הודי בשם

[85] ראה Kottow MH, In: Gillon R (ed), *Principles of Health Care Ethics*, 1994, pp. 471-478. **[86]** וועדות שונות ניסו לקבוע כללים להתנהגות נאותה בתחום זה — ראה Knox EG, *BMJ* 304:727, 1992. **[87]** ראה — א. כרמי, הרופא החולה והחוק, 1977, עמ' 127. **[88]** ראה — Council on Ethical and Judicial Affairs, AMA, *Arch Pathol Lab Med* 125:1189, 2001. **[89]** Tarasoff v. Regents of

פודר באוניברסיטת ברקלי בקליפורניה התאהב בנערה בשם טניה טרסוב, אך היא סירבה להשיב על אהבתו. עקב כך נכנס הסטודנט למצב דכאוני והחל לקבל טיפול פסיכולוגי. במהלך הטיפול הוא הודיע לפסיכותרפיסט שלו, שהוא מתכוון להרוג את הצעירה הנ״ל בגין אהבה נכזבת. המטפל הודיע על כוונה זו למשטרת הקמפוס ולאחיה של טניה, אשר הטילה פיקוח על הסטודנט, אך כעבור זמן קצר התרשמו השוטרים והמטפלים הפסיכולוגים כי האיש נוהג בצורה סבירה, והסירו את הפיקוח עליו. אף אחד לא טרח ליידע את הנערה עצמה, או את הוריה, על כוונותיו של האיש. כעבור זמן קצר רצח הסטודנט את הנערה. ההורים תבעו לדין את הפסיכותרפיסטים על כך שהם לא הזהירו אותם על הסכנה. בית המשפט העליון של מדינת קליפורניה, בדעת רוב, מצא את המטפל אשם, וקבע שהצורך להגן על הזולת החף-מפשע מפני נזק משמעותי, עולה על הצורך לשמור על הסודיות הרפואית, ואפילו בנתונים של חולים פסיכיאטריים, כאשר הנחת בית המשפט היתה שדבר כזה לא בהכרח ימנע מחולים פסיכיאטרים בעתיד לבוא לטיפול ולחשוף את סודותיהם[90].

מחלות מין ומחלות מדבקות — גם מחלות אלו גורמות לתווית שלילית, ובעיות מיוחדות ועדינות נגרמות בגין חשיפת סודו של חולה במחלת מין, שכן בדרך כלל הדבר נובע מהתנהגות בלתי מוסרית; מאידך, יש חשיבות רבה לתחקיר אפידמיולוגי, ולגילוי כל הגורמים האפשריים המעורבים בגרימת ההדבקה ובאפשרות להדבקה עתידית, שכן אחרת תיווצר מגיפה המונית ונזק חברתי ניכר. בשנים האחרונות בולטת הבעיה במיוחד ביחס לחולי אידס[91].

גנטיקה — בדיקות גנטיות עלולות לחשוף מידע, שידיעתו על ידי הזולת יכולה להועיל לו, אך חשיפתו עלולה להזיק לנבדק. להלן מספר דוגמאות: בדיקה גנטית של עובר למטרות גילוי מומים עלולה לגלות באופן אקראי ממצאים אחרים, כגון שבעל האשה איננו אבי-העובר — רוב הגנטיקאים סבורים, שיש להעדיף את חובת שמירת הסודיות הרפואית של האם, על פני החשיפה של המידע לבעל; יש שמתגלה מחלה תורשתית באדם, והוא מסרב לגלות עובדה זו לקרובי משפחתו — חלק מהגנטיקאים סבורים, שיש לכבד את זכותו של הנבדק

University of California I, 118 Cal. Repr. 129, *California* II, 17Cal.3d 425, 131 Cal. Repr. 14, 551 P.2d 334 (1976). **[90]** ראה בנידון — Annas GJ, Orthopedic Rev 4:55, 1975; Slovenko R, *J Psychiat Law* 16:139, 1988. וראה במאמר — Mendelson D, *Jewish Law Annual* 12:217, 1997, שעל פי פסיקת בית המשפט העליון באוסטרליה לא היתה חובה כזו על המטפל. לעומת זאת באנגליה על פי הספיקה שם, יהא זה תפקיד בית המשפט להעריך רטרוספקטיבית אם הפרת הסוד למען אדם שלישי חף מפשע היה מוצדק אם לאו. **[91]** בפסיקה של בית משפט (ת״פ (השלום אשקלון) 1326/92 מ״י נ׳ אברהם פלנסיה, פ״מ תשנ״ו (4) 397) נקבע כי חובתו של חולה אידס להודיע לבן זוגו על דבר מחלתו, שאם לא כן הוא עלול להיות מורשע בעבירה בגין הפצת מחלה ברשלנות או במזיד על פי סעיף 218 לחוק

לפרטיות, ויש הסבורים, שיש להעדיף את התועלת שתצמח לקרובי המשפחה מידיעת המחלה התורשתית, ויש אף הסבורים, שצריך לחפש את הקרובים ולגלות להם, כדי שיוכלו לתכנן את עתידם[92].

מחלות ילדים — יש הסבורים, כי החובה לשמור על סודו של מתבגר זהה לחובה זו כלפי מבוגר, בעיקר בגלל הצורך לעודד מתבגרים עם בעיות רפואיות נפשיות לפנות לרופאים; ויש הסבורים, שחובה זו היא יחסית, שכן המתבגרים אינם בשלים דיים מבחינה חברתית, וזקוקים להנחיות והדרכות של ההורים, ולפיכך יש לרופא חובות הן כלפי המתבגר, והן כלפי הוריו. דוגמאות לבעיה כזו: נערה המבקשת אמצעים למניעת הריון; גילוי מחלת מין במתבגר; גילוי שימוש בסמים או באלכוהול על ידי מתבגר[93].

מחקר קליני — דיווח בספרות מקצועית על ממצאים רפואיים מצריך לעתים זיהוי פרטי החולה, ואף צילום תמונתו, כדי לעמוד על הנתונים הלימודיים מהמקרה. דבר זה פוגע בצורה בולטת בסודיות הרפואית של החולה. לאחרונה נקבעו כללים כיצד לשמור על האנונימיות של החולים בפרסומים מדעיים, וכאשר אין דרך יעילה למנוע את זיהוי החולה, אין לפרסם את הנתונים אודותיו אלא בהסכמתו המפורשת[94].

נזק לזולת — כאשר קיים ניגוד אמיתי בין זכות החולה לשמור על סודו, לבין זכות הזולת או החברה לדעת את הסוד כדי להתגונן מפני נזק אפשרי, ניתן לפתור את הדילמה בכמה דרכים: להשאיר את שיקול הדעת בכל מקרה לגופו לרופא ולנבדק, כאשר שיקול הדעת צריך להיות מבוסס על בחינת המאזן של התועלת מול ההפסד של הנבדק והזולת. גישה זו תלויה מאד בדעות ובהשקפות של בני האדם; לפרט באופן חוקי ומשפטי את המותר והאסור בכל מקרה, ולקבוע מפורשות בחוק כיצד לנהוג. גישה זו מקילה על היחידים בקבלת ההחלטות, אך לעתים גורמת לקשיים בגלל נוקשות החוק מול נסיבות טבעיות משתנות; להקים וועדות רב-מקצועיות במוסדות רפואיים, שהם יחליטו כיצד לנהוג בכל מקרה לגופו, ולאחר שיקול דעת רחב[95].

סודיות רפואית בעידן המודרני — בשנים האחרונות יש המטילים ספק בעצם המשמעות של הסודיות הרפואית, לאור העובדה שחולים מטופלים על ידי אנשים רבים (יועצים רפואיים, אחיות, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, משקמים, פקידים, לבורנטים, רוקחים, סטודנטים ועוד), והמידע אודותם נאגר במחשבים, וממילא רבים הם האנשים היודעים את פרטי מחלתו ותלונותיו של החולה. כמו

[92] Wertz DC & Fletcher JC (eds), *Ethics and Human Genetics*, 1989, pp. 13 14. **[93]** ראה — Lovett J and Wald MS, *J Pediatr* 106:517, 1985. **[94]** International Committee of Medical Journal Editors, *JAMA* 265:2697, 1991; Riis P and Nylenna M, *JAMA* 265:2720, 1991; Smith J, *BMJ* 302:1168, 1991. **[95]** ראה — א. שטינברג, אסיא, ג, תשמ"ג, עמ' 326 ואילך.

העונשין, תשל"ז-1977.

כן יש פיזור מידע רב באמצעי תקשורת חדישים, מהירים וחובקי עולם כמו דואר אלקטרוני, אינטרנט, טלפונים סלולריים וכיו"ב, עובדה המקשה על שמירת הנתונים הפרטיים בסוד. לפיכך לא קיים עוד הקשר האינטימי והייחודי שבין החולה לרופאו האישי.

אכן, דווקא בעידן זה, ודווקא בגלל הפרצות האפשריות בהגנה על פרטיות החולה ושמירת סודותיו הרפואיים מוטלת חובה גדולה יותר על מערכת הבריאות בכלל, ועל כל מטפל אינדיבידואלי בפרט, לעשות כל האפשר, הן בזהירות והן בשימוש באמצעי הגנה טכנולוגיים, כדי לא להפר את הסודיות הרפואית[96].

ד. רקע משפטי[97]

כללי — חוק זכויות החולה[98] קובע את המותר והאסור מבחינת החוק בכל הנוגע לסודיות רפואית ביחסי מטפל-מטופל. יחד עם זאת ישנם חוקים נוספים ופסקי דין של בתי המשפט שקדמו לחוק זכויות החולה, ואשר הסדירו נושאים שונים בתחום הסודיות הרפואית מבחינה משפטית.

מסירת מידע לקרובי חולה — בהיעדר הסדר ביחס לשיתוף בני משפחה במידע על חולה מאושפז בחוק זכויות החולה, הנהיג משרד הבריאות בתקנה[99] שעל הצוות הרפואי לבקש ממטופל בעת כניסתו לאשפוז או בעת טיפול בטשטוש או בהרדמה מלאה לציין בכתב למי מותר לצוות הרפואי למסור מידע אודות טיפול לפני, תוך כדי, אחרי הטיפול, במצבים בהם המטופל איננו בהכרה. במידה והמטופל לא ציין למי מותר למסור מידע, באחריות הצוות הרפואי למסור את המידע אך ורק לקרובי משפחה מדרגה ראשונה. במקרה והמטופל מצוי בהכרה יש להקפיד כי המידע יינתן אך ורק בנוכחותו.

חובות יסוד וענישה — החוק בישראל מחייב שמירה על הסודיות הרפואית, ומקנה זכות לכל אדם לחסיון רפואי של המידע אודותיו. מסירת מידע, שהגיע לידיעת הרופא בתוקף תפקידו, ללא סמכות כדין, לאדם שלא היה מוסמך לקבלה, הינה עבירה פלילית[100]. החיסיון לא חל רק על הרופא, אלא על כל אדם שעובד עמו. ממכלול ההוראות בחוק עולה, כי חסיון רפואי אינו חל על כל מידע רפואי, אלא אך ורק על מידע שנמסר לרופא בנסיבות מסויימות. כמו כן יש חריגים שונים לחובה המשפטית לחסיון של עובדות רפואיות, וכפי שיבואר להלן.

הפגיעה בפרטיות של אדם היא עבירה פלילית, ומצב כזה מוגדר בין השאר כאשר היתה הפרה של חובת הסודיות

[96] ראה לדוגמא — Dodek DY and Dodek A, *Can Med Assoc J* 156:847, 1997; Andreae M, *Lancet* 347:487, 1996; Woodward B, *N Engl J Med* 333:1419, 1995. **[97]** ראה על כך בהרחבה בס' בריאות ומשפט, כרך ב, עמ' 1561 ואילך. **[98]** חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, סעיפים 19-20. וראה נספח 1. וראה על משמעויות שונות של פרק הסודיות הרפואית בחוק זכויות החולה במאמר — מ. קוטלר וא. ויצטום, הרפואה קלג:108, 9719. **[99]** מינהל הרפואה של משרד הבריאות, חוזר מס' 53/2003, 20.7.03. **[100]** חוק העונשין

שנקבעה בדין; כאשר נעשה שימוש בידיעה על ענייניו הפרטיים של אדם, או מסירתה לאחר, שלא למטרה שלשמה נמסרה; וכן כאשר היה פרסום עניין הנוגע לצנעת חייו האישיים של אדם, או למצב בריאותו או להתנהגותו ברשות היחיד[101]. כמו כן נקבעה חובת שמירת הסודיות ביחס למידע המצוי במאגרי מידע ממוחשבים, ונקבעו הוראות מיוחדות לכך[102]. גם חשיפת תמונות של מטופל בדרך הניתנת לזיהויו היא הפרת סודיות רפואית[103]. על פי חוק זה אין כל משמעות כיצד הגיע המידע לידי הרופא, וכן אין הוא חל דווקא על הרופא ו/או עובדי בריאות, אלא על כל אדם שיש בידו מידע הנוגע לפרטיותו של הזולת, ובכלל זה כל מידע רפואי, חלה חובה לשמור על כך בסוד, גם אם מידע זה הגיע לידיעתו שלא בתוקף תפקידו, ושלא אגב מילוי מקצועו, אלא אם כן יש היתר חוקי להפרת החסיון. הזכות לפרטיות מוכרת בחוק הישראלי כזכות יסוד, כחלק מחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו[104].

מאגרי מידע — תקנות הגנת הפרטיות מפרטות הוראות לניהול מאגרי מידע[105].

חולי נפש — קיים איסור חוקי מיוחד למסור מידע כלשהו על חולי נפש[106], אלא אם כן יש הוראה מיוחדת בחוק להתיר מסירת מידע זה[107]. כמו כן חובה על רופא או פסיכולוג או מטפל אחר, אשר יודע על כוונה של מטופל לבצע פשע מסויים כלפי אדם מסויים והוא מתרשם מרצינותה, לנקוט בכל האמצעים הסבירים למניעת הפשע ובכלל זה, במקרה הצורך, דיווח למשטרה ואזהרה לקרבן. אכן הגילוי חייב להיות רק לקצין משטרה בכיר בדרגת סגן ניצב ומעלה שהוסמך לכך על ידי שר המשפטים, והגילוי טעון הסכמתו של ראש שירותי בריאות הנפש או של מנהל בית החולים לחולי נפש או הפסיכיאטר המחוזי[108].

לאחר המוות — הסודיות הרפואית אינה פוקעת לאחר מותו של האדם, וגם היורשים אינם רשאים לשחרר את הרופא מחובת הסודיות הרפואית כלפי הנפטר, אלא אם הותר הדבר על ידי בית המשפט[109].

היתרים להפרת הסודיות הרפואית — לעקרון הכללי של חובת השמירה על חסיון מידע רפואי יש מספר חריגים המעוגנים בחוק:

ויתור על חיסיון — אם וויתר החולה על זכותו לחסיון, מותר לרופא לדווח על

[101] חוק התשל"ז-1977, סעיף 117, וסעיף 496. **[102]** חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, סעיף 2 (7-11). וראה עוד — נ. רקובר, ההגנה על צנעת הפרט, סדרת מחקרים וסקירות במשפט העברי, חוב' ד, תש"ל 1970. **[103]** שם, סעיף 16. **[104]** ת.א. שלום ת"א 160771/02 (ההליך התנהל באיסור פרסום). **[105]** תקנות הגנת הפרטיות (תנאי החזקת מידע ושמירתו וסדרי העברת מידע בין גופים ציבוריים), תשמ"ו-1986. **[106]** חוק לטיפול בחולי נפש, תשט"ו-1955, סעיף 28 (ס"ח תשט"ו, עמ' 121). **[107]** לדוגמא — בקשת רשיון לכלי יריה (ראה להלן הע' 119); תקנת שירות הבטחון (ראה להלן הע' 126). **[108]** חוק לטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, סעיף 42(א)(5). **[109]** המ'

המידע, ולעתים אף חלה חובה על הרופא לגלות את המידע[110].

עדות בבית משפט — פקודת הראיות מעניקה חסיון בהתייחס למידע הנוגע לאדם הזקוק לשירותי הרופא והגיע אליו תוך כדי עבודתו והוא מן הדברים שמוסרים לרופא בדרך כלל מתוך אמון שישמרם בסוד. אם זאת יש סמכות לבית המשפט לקבוע כי למרות קיום החסיון יהא חייב הרופא לגלות את המידע, אם מצא בית המשפט כי הצורך לגלות את המידע לשם עשיית צדק עולה על העניין לשמור על החיסיון[111]. סמכות זו נתונה גם לגופים ולאישים אחרים שעל פי דין יש להם סמכות לגבות ראיות[112].

מידע בלתי חוקי — מידע רפואי הוא חסוי רק אם הגיע לידיעת הרופא תוך עבודתו החוקית כרופא, אבל לא יחול החסיון כאשר הפנייה היתה למטרה בלתי חוקית, כגון לביצוע הפלה בלתי חוקית, או להשגת סמים בניגוד לחוק[113].

תכנים לא חסויים — המידע שעליו חל חסיון רפואי הוא כזה שבדרך כלל נמסר לרופא מתוך אימון שישמרם בסוד, ולפי טיבו הוא מידע הנמסר מתוך הנחה כזו. לפיכך, מידע שאינו עונה על שני ההגדרות הללו: לא חל לגביו חסיון, וכגון כתובתו של אדם, אינו מידע שלפי טיבו נמסר לרופא מתוך אימון שישמרו בסוד[114]. ואמנם יש תכני מידע, או נסיבות של העברת מידע, שבעצם טיבם אינם חסויים, כגון עצם העובדה שניתן טיפול רפואי; תאריכי הביקור ומספרם; מידע שנמסר לרופא בנוכחות צד שלישי; פרסום מדעי ללא זיהוי החולה; ראיה המושגת מנתיחת גוויה[115].

חיקוקים ספציפיים להפרת הסודיות — חיקוקים רבים מסמיכים את הרופא, מחייבים אותו, או מתירים לו, להעמיד מידע רפואי המתייחס לחולה, לשלטונות, לממלאי תפקידים, או לבני אדם זולת החולה. טובת הציבור משמשת קו מנחה במקרים המיוחדים המוסדרים על ידי חיקוקים אלו, והאינטרס הציבורי גובר על האינטרס של היחיד:

מחלות מדבקות — רופא המטפל בחולה, או אשר נקרא לבקר חולה, חייב למסור הודעה בטופס הקבוע לרופא הממשלתי של המחוז מיד בהיוודע לו כי החולה נגוע במחלה מדבקת, ולעולם — תוך שתים עשרה שעה משעה שהודיעו

(ירושלים) 938/96, עזבון המנוח גרשון נ' מדליון לביא, תקדין-מחוזי, 96(2) 1809. **[110]** ראה פקודת החוק הפלילי, 1936, סעיף 387; חוק לטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991; א. כרמי, הרופא החולה והחוק, 1977, עמ' 142. וראה שם על דרכי הוויתור. הדרך הנאותה ביחס לויתור על סודיות היא על ידי חתימה על כתב ויתור על סודיות. משרד הבריאות פירסם נוסח של מסמך כזה — מינהל הרפואה, ויתור סודיות — מסירת מידע רפואי על מטופל, חוזר מס' 15/2003.

[111] פקודת הראיות (נוסח חדש) התשל"א-1971, סעיף 49. על הפרטים הנוגעים לחסיון ביחס לעדות בבית משפט — ראה א. כרמי, שם, עמ' 143 ואילך. **[112]** שם, סעיף 52. **[113]** בג"צ 447/72, ישמחוביץ נ' ברוך ואח', פד"י כז(2) 253. **[114]** ראה — א. כרמי, הרופא החולה והחוק, 1977, עמ' 131. **[115]** א. כרמי, שם, עמ' 132. וראה תיק המרצה 417/93, ות.א. 1030/93, בימ"ש שלום עפולה, פלמונית נ' כל הקריות.

לו, או שנודע לו דבר המקרה[116].

רשימת המחלות המדבקות החייבות בדיווח מורכבת משלושה חלקים: חלק א: מחלות בעלות חשיבות בינלאומית המחייבות הודעה מיידית; חלק ב: מחלות מחייבות הודעה אינדיבידואלית; חלק ג: מחלות חייבות הודעה קולקטיבית. הרשימה עודכנה מספר פעמים על ידי שרי הבריאות ו/או ראש מינהל הרפואה במשרד הבריאות[117].

בית המשפט נזקק לשאלה הנוגעת לניגוד אינטרסים בין הזכות לפרטיות, וההגנה על אינטרס צנעת הפרט ושמו הטוב של אדם מחד, לבין חשש לנזק לזולת ולשלום הציבור, וחופש הביטוי של העיתונות מאידך. הדיון התייחס לבקשת עיתונאים לפרסם את שמה של אשה נגועה במחלת האידס. היועץ המשפטי לממשלה טען נגד פרסום שמה של החולה, מתוך מניעים של שלום הציבור, והיינו מתוך הנחה שהדרך המועילה ביותר להגנה על הציבור מפני התפשטות מחלת האידס היא על ידי הבטחת הסודיות הרפואית של הנבדקים, נשאים וחולים. הכרעת בית המשפט היתה שיש למצוא את האיזון הנכון בין האינטרסים הנוגדים בכל מקרה לגופו, ולפיכך אם מדובר בחולת אידס העוסקת בזנות, יש להתיר את פרסום שמה ברבים, כדי להגן על חיי האנשים הבאים עמה במגע מיני; אבל אם מדובר באשה פרטית, אין לפרסם את שמה ברבים בניגוד לרצונה, אך יש לחייבה בכתב ליידע כל אדם שעמו היא מתכוונת לבוא במגע מיני, מבעוד מועד, על היותה נשאית או חולה באידס[118].

שימוש בכלי ירייה — רופא או פסיכולוג המטפלים באדם, והם סבורים כי אם יחזיק נשק תהיה בכך סכנה לציבור, יודיעו על כך למנכ"ל משרד הבריאות, וכן חלה חובת הודעה זו כאשר נודע להם כי האדם שבטיפולם אכן מחזיק נשק[119]; פקיד רישוי, שקיבל בקשה לרשיון כלי ירייה, יעבירנה למנכ"ל משרד הבריאות, והוא רשאי להודיע לפקיד הרישוי אם המבקש סבל או סובל ממחלת נפש. לצורך ההודעה כאמור רשאי המנהל להשתמש בידיעות על טיפול בחולי נפש המצויות במשרד הבריאות, או במערכת הבטחון על כל שלוחותיה, וכל הוראה בדין האוסרת מסירת ידיעה על חולה נפש, לא תחול על מסירת ידיעה לפי סעיף זה[120].

רשיון נהיגה — רופא המטפל באדם שמלאו לו 16 שנים והוא מאבחן אצלו מחלה וסבור כי אותו אדם עלול בנהיגתו לסכן את עצמו או את זולתו מחמת אותה מחלה ידווח על המחלה לרשות שקבע שר הבריאות[121]. דין זה נכון לא רק לגבי נהג,

[116] פקודת בריאות העם, 1940, סעיף 12 (1)(ב).
[117] רשימת המחלות המדבקות קבועה בחוק, בתוספת ב לפקודת בריאות העם, 1940. רשימת המחלות — ראה בנספח 2 לערך זה.
[118] תיק המרצה 417/93, ות.א. 1030/93, בימ"ש שלום עפולה, פלמונית נ' כל הקריות.
[119] חוק כלי יריה תש"ט-1949, סעיף 11א.
[120] חוק כלי יריה (תיקון מס' 4), תשל"א-1971, ס"ח 634, תשל"א, עמ' 171, סעיף 11א.
[121] פקודת התעבורה (נוסח חדש) תשכ"א-1961, סעיף 12ב (א). וראה על פרטי חוק זה — א. כרמי, מכתב לחבר, מט(1): 6, תשמ"ז.

אלא גם לגבי טייס[122].

שר הבריאות קבע את המכון הרפואי לבטיחות בדרכים במשרד הבריאות כרשות הרפואית שמתפקידו להודיע לרשות הרישוי במשרד התחבורה על המלצתו לעניין מתן רשיון נהיגה, התלייתו או ביטולו. המנהל הכללי של משרד הבריאות[123], ומינהל הרפואה במשרד הבריאות[124] קבעו כללים והנחיות בנידון[125].

גיוס לצבא — פוקד לשירות הבטחון רשאי לדרוש מרופא, או ממוסד רפואי, כל פרט הדרוש לו לשם קביעת כושרו הכללי של האדם לשירות בטחון, לרבות מידע רפואי הנחוץ לשם קביעת מידת התאמתו למילוי תפקידים שונים, ולרבות מידע הנוגע לטיפול נפשי[126].

"ילד מוכה" — רופא או אחות המטפלים בקטין, שנפגע בבריאותו הגופנית או הנפשית, ויש להם יסוד להניח, כי הפגיעה נגרמה בידי האחראי על הקטין, או משום שהאחראי על הקטין אינו מסוגל לטפל בו או להשגיח עליו, או מזניח את הטיפול או ההשגחה, ימסרו על כך לפקיד סעד[127].

מעשים פליליים — רופא שנחקר על ידי איש משטרה בעניין עבירה של אדם שבטיפולו, חייב למסור לו את המידע שברשותו, גם כאשר מידע זה חסוי על פי הוראה אתית[128], ודבר זה נכון גם ביחס לחולה המאושפז בבית חולים לחולי נפש[129]; על פי תקנות מיוחדות יש חובה על מנהלי בתי חולים, וכל האחראים על קבלת חולים לטיפול, להודיע ללא דיחוי לתחנת המשטרה הקרובה על כל אדם פצוע, חסר הכרה, או מת, שהגיע לבית החולים, ושיש חשש סביר שהיה מעורב במעשה אלימות[130]; רופא היודע מפי החולה שלו, שהלה מתכנן לבצע פשע, חייב להשתמש בכל האמצעים הנכונים כדי למנוע את עשייתו או השלמתו, ובכלל זה הודעה למשטרה[131].

מס הכנסה — רופא חייב לנהל יומן-רופא לצורכי דיווח למס הכנסה, וזכותו של פקיד השומה לעיין בכל המסמכים והתעודות, שעל פיהם יוכל לקבוע את גובה השומה למס הכנסה. לפיכך לא חלה סודיות רפואית כלפי שלטונות מס ההכנסה על רישום שמות החולים שנמצאים בטיפולו של רופא,

[122] חוק הטיס (תיקון מס' 6), התשנ"ב-1992, סעיף 12א. **[123]** חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 4/97 מיום 5.3.97. **[124]** חוזר מינהל הרפואה במשרד הבריאות מס' 61/98 מיום 16.9.98. **[125]** ראה נספח 3 לערך זה. על הרחבת איסור הנהיגה גם לחולי אלצהיימר — ראה Drachman DA, *Ann Neurol* 24:787, 1988. **[126]** חוק שירות בטחון תשי"ט-1959 (נוסח משולב), סעיף 33; תקנות שירות הבטחון, תשכ"ז-1967, ק"ת תשכ"ז, עמ' 3399, סעיף 4(ג).

[127] חוק הנוער (טיפול והשגחה) (תיקון מס' 5), תשל"ד-1974, סעיף 2(א) (ס"ח תשל"ד, עמ' 89). **[128]** א. כרמי, הרופא החולה והחוק, 1977, עמ' 135. **[129]** חוק לטיפול בחולי נפש, תשט"ו-1955, סעיף 28(א). **[130]** פקודת בריאות העם, 1940, סעיף 29ב; תקנות בריאות העם (הודעה על חשש אלימות), תשל"ו-1975, ק"ת 3419. וראה בנידון בספרו של א. כרמי, שם, עמ' 137 ואילך. **[131]** א. כרמי, שם, עמ' 138, על פי פקודת החוק הפלילי, 1936, סעיף 33. וראה

כולל פסיכיאטר או מומחה למחלות מין[132].

סטטיסטיקה ואפידמיולוגיה — הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מוסמכת, בין היתר, לאסוף, לעבד, לנתח, לערוך ולפרסם סטטיסטיקה הנוגעת לפעולות האוכלוסיה בתחום הבריאות, ולצורך זה חובה על כל מי שנדרש לכך לספק את המידע הדרוש, ובכלל זה גם רופאים ומוסדות רפואיים[133].

מומים מולדים — מנהל בית החולים או מי שמינה חייב לדווח למנהל הכללי של משרד הבריאות על כל תינוק שנולד עם מום או עם חשש למום[134].

גידולים ממאירים — מנהל בית החולים חייב להגיש דו"ח לרופא הממשלתי על כל מקרה של גידול ממאיר שנמצא אצל אדם. החובה חלה גם על מנהל המכון הפתולוגי או מנהל מכון אחר שבו נערכה הבדיקה[135].

סיבוכי הרדמה — מוטלת חובה על מנהל המחלקה או מנהל בית החולים להודיע למנהל הכללי של משרד הבריאות על אדם המאושפז בבית החולים ולא התאושש ולא חזרה אליו הכרתו תוך עשרה ימים לאחר הרדמה שנעשתה לו[136].

מגבלות להיתרים — בכל המקרים שחלה חובת דיווח לרשויות המתאימות נשאר בתוקפו האיסור על הפרת הסודיות כלפי כל אדם או גורם אחר, פרט לרשות המוסמכת לאותו עניין. כמו כן מוגבלת החובה למסור מידע לגורמים הקבועים בחוק, רק במידה שיש בכך צורך לשם ביצוע החוק או התקנות על פיו, או כדי להגן על הציבור, ואין לחרוג ממידת היקף המידע הנדרש לצורך אותו תפקיד.

נספח א

חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996

19. (א) מטפל או עובד מוסד רפואי, ישמרו בסוד כל מידע הנוגע למטופל, שהגיע אליהם תוך כדי מילוי תפקידם או במהלך עבודתם.

(ב) מטפל, ובמוסד רפואי — מנהל המוסד, ינקטו אמצעים הדרושים כדי להבטיח שעובדים הנתונים למרותם ישמרו על סודיות העניינים המובאים לידיעתם תוך כדי מילוי תפקידם או במהלך עבודתם.

לעיל, בעניין עדות רופא בבית משפט. **[132]** בג"צ 447/72, ישמחוביץ נ' ברוך ואח', פד"י כז(2) 253. **[133]** פקודת הסטטיסטיקה (נוסח חדש), תשל"ב-1972, סע' 10-15. **[134]** תקנות בריאות העם (דיווח על לידת תינוקות עם מומים), התשמ"ד-1982. **[135]** תקנות בריאות העם (דיווח ומידע מיוחד על מחלת הסרטן), התשמ"ב-1982. וראה שם על אופן הדיווח. **[136]** תקנות בריאות העם (הודעה על אי התאוששות לאחר הרדמה), התשמ"א-1980.

20. (א) מטפל או מוסד רפואי רשאים למסור מידע רפואי לאחר בכל אחד מאלה:

(1) המטופל נתן את הסכמתו למסירת המידע הרפואי;

(2) חלה על המטפל או על המוסד הרפואי חובה על פי דין למסור את המידע הרפואי;

(3) מסירת המידע הרפואי היא למטפל אחר או לצורך טיפול במטופל;

(4) לא נמסר למטופל המידע הרפואי לפי סעיף 18(ג) וועדת האתיקה אישרה את מסירתו לאחר;

(5) ועדת האתיקה קבעה, לאחר מתן הזדמנות למטופל להשמיע את דבריו, כי מסירת המידע הרפואי על אודותיו חיונית להגנה על בריאות הזולת או הציבור וכי הצורך במסירתו עדיף מן העניין שיש באי מסירתו;

(6) מסירת המידע הרפואי היא למוסד הרפואי המטפל או לעובד של אותו מוסד רפואי לצורך עיבוד המידע, תיוקו או דיווח עליו על פי דין;

(7) מסירת המידע הרפואי נועדה לפרסום בבטאון מדעי, למטרות מחקר או הוראה בהתאם להוראות שקבע השר ובלבד שלא נחשפו פרטים מזהים של המטופל.

(ב) מסירת מידע כאמור בסעיף קטן (א) לא תיעשה אלא במידה הנדרשת לצורך העניין, ותוך הימנעות מרבית מחשיפת זהותו של המטופל.

(ג) קיבל אדם מידע לפי סעיף קטן (א), יחולו עליו הוראות סעיף 19 והוראות סעיף זה, בשינויים המחוייבים.

נספח ב

חובת הודעה על נהגים חולים המסוכנים לעצמם ולזולתם על פי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 4/97 מיום 5.3.97, וחוזר מינהל הרפואה במשרד הבריאות מס' 61/98 מיום 16.9.98

מחלות גופניות החייבות דיווח:

ירידה בכושר הראיה, שאינו ניתן לתיקון באמצעות משקפיים; ירידה בכושר השמיעה, שאינו ניתן לתיקון באמצעות עזרי שמיעה; מצבי סחרחורת חוזרים; הפרעות בשיווי משקל; תסחיפים חוזרים; מצב לאחר אירוע מוחי וסקולרי; אירועים חוזרים של איסכמיה מוחית חולפת; מחלות נוירולוגיות עם פגיעה בתיפקוד המוטורי ו/או הקוגניטיבי; אירועים חוזרים של הפרעות בקצב הלב; תסמונת תעוקת לב בלתי נשלטת; אי ספיקת לב כרונית; שאתות במוח או מחלות ממאירות פעילות; ליקוי קבוע בתיפקוד

הגפיים; שימוש קבוע בתרופות העלולות לגרום לחוסר עירנות; מחלת הכפיון; סוכרת שאינה מאוזנת באמצעות דיאטה ותרופות או מלווה בסיבוכים מערכתיים; אירועים של דום-נשימה.

מחלות נפשיות החייבות דיווח:

הפרעות נפשיות עקב נזק מוחי או כתוצאה ממחלה גופנית אחרת; הפרעות באישיות ובהתנהגות עקב מחלה, נזק, או ליקוי תפקודי של המוח; הפרעות נפשיות קוגניטיביות והתנהגותיות כתוצאה משימוש חולני בחומרים פסיכואקטיביים ו/או חומרים הלוצינוגניים; הפרעות נפשיות קוגניטיביות והתנהגותיות במשך תהליך הגמילה הפיסית מהתמכרות לחומרים פסיכואקטיביים ו/או הלוצינוגניים; סכיזופרניה; הפרעות במצב הרוח על רקע מחלות נפש; תגובה לדחק חמור והפרעות הסתגלות; הפרעת אישיות פרנואידית; הפרעת אישיות דיסוציאלית; הפרעות של הרגלים ושל דחפים, הימור פתולוגי, הצתה פתולוגית, וגניבה פתולוגית; פיגור שכלי.

סומא — ראה ערך עִוֵּר

סטיות מיניות — ראה ערך מיניות

סִפּוּן עַצְמִי

א. הגדרת המושג

ענייני סכנה בכלל נוגעים לנושאים מגוונים ברפואה והלכה, והם נידונים בערכים אחרים של אנציקלופדיה זו[1].

בערך זה יידונו פעולות שונות של חולים ושל רופאים הכרוכות בסיכון עצמי בדרגות שונות. הנושא מתחלק לשני חלקים — סיכון עצמי של חולה בביצוע פעולות רפואיות; סיכון עצמי של רופא, או של אדם אחר, כדי להציל את חברו מסכנה.

ב. מקורות ראשוניים

1. סיכון עצמי של חולה בביצוע פעולה רפואית

ארבעת המצורעים — המקור העיקרי לדיון בשאלה זו הוא הסיפור על ארבעת המצורעים[2], שישבו בפתח העיר בעת המלחמה בין ארם לישראל: 'ויאמרו איש

[1] כגון החובה להימנע מסיכון וסכנה — ראה ע' בריאות, וע' חולה; סכנה והצלת נפשות — ראה ע' פקוח נפש; הצלה מסכנה של אחד לפני האחר — ראה בע' קדימויות בטפול רפואי; הסתכנות למען תרומת איברים — ראה ע' השתלת אברים; הסתכנות למען מחקר רפואי — ראה ע' נסויים רפואיים בבני אדם. [2] לפי הגמ' סנהדרין קז ב הם היו גיחזי ושלושת בניו

אל רעהו, מה אנחנו ישבים פה עד מתנו, אם אמרנו נבוא העיר והרעב בעיר ומתנו שם, ואם ישבנו פה ומתנו, ועתה לכו ונפלה אל מחנה ארם, אם יחינו נחיה, ואם ימיתנו ומתנו׳[3].

התלמוד מסיק מסיפור מעשה זה, שאין חוששים לחיי שעה כאשר יש סיכוי לחיי עולם[4], ובכל מקרה של סכנה צריך לדאוג לטובת המסוכן, לפיכך מי שנמצא מתחת למפולת אבנים בשבת, מחללים עליו את השבת, וחוששים לחיי השעה שלו, כי אחרת ימות; ולעומת זאת אם החשש לחיי שעה יביא למותו הוודאי, אין חוששים לחיי השעה כשיש סיכוי להצילו, וכגון שמדובר בחולה מסוכן שוודאי ימות, ויש רופא גוי שספק ירפא אותו וספק יהרגנו (במקום ובזמן שהגויים היו חשודים להרוג יהודים), אין חוששים לחיי השעה של החולה, ומותר לו להתרפא מהגוי[5]; וכן יש מי שכתב, שלחיי שעה אכן חוששים, אלא שכאשר יש ספק חיי שעה מול אפשרות של חיי עולם, מעדיפים את הסיכוי לחיי עולם[6].

עקרון — באופן כללי קבע אחד הראשונים, שכל העיסוק ברפואה כרוך בסיכונים, ״שאין לך ברפואות אלא סכנה, מה שמרפא לזה ממית לזה״, ובכל זאת נתנה התורה היתר לרופאים לעסוק ברפואה[7].

2. סיכון עצמי של אחד, כדי להציל את חברו מסכנה

להלן מספר מקורות תלמודיים שמהם דנו הפוסקים בשאלה אם חייב אדם לסכן עצמו עבור חברו:

רבי אימי, רבי יונתן וריש לקיש — המקור העיקרי שממנו דנים כל הפוסקים בנידון הוא הסיפור הבא מהתלמוד הירושלמי:

רבי אימי נתפס על ידי גזלנים מסוכנים. אמר רבי יונתן, יכרך המת בסדינו (כלומר, התייאש מחייו והחשיבו כמת, ואין לו לר׳ אימי אלא להכין לעצמו תכריכין). אמר רבי שמעון בן לקיש, או שאני הורג או שאני נהרג, אלך ואצילנו בכוח. הלך ופייס אותם גזלנים, ונתנו לו אותו[8].

יש מהפוסקים שהביאו את הירושלמי והכריעו כדעתו, על פי מעשהו של רבי שמעון בן לקיש, והיינו שחייב אדם להכניס עצמו לספק סכנה, כדי להציל חברו מוודאי סכנה[9]; יש מהפוסקים, שדחו הראיה מהירושלמי מכמה סיבות: השאלה

— וראה מה שדנו בכך הגר״מ פיינשטיין בשו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ג סי׳ לו, והגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חיו״ד סי׳ קנה סק״ב הע׳ 14. וראה עוד בפירוש אזנים לתורה להגר״ז סורוצקין, פר׳ מצורע, ובמאמרו של א. בנר, אסיא, עג-עד, תשס״ד, עמ׳ 37 ואילך.

[3] מל״ב ז ג-ד. **[4]** ע״ז כז ב; טושו״ע יורה דעה קנה א. **[5]** תוס׳ שם ד״ה לחיי.

[6] רמב״ן תורת האדם, עניין הסכנה (עמ׳ לז-לח בהוצאת שעוועל). וראה באריכות בהסבר גמ׳ זו והשייך לה לענייננו בשו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ג סי׳ לו. **[7]** רמב״ן תורת האדם, עניין הסכנה (עמ׳ מג בהוצאת שעוועל). וראה עוד בע׳ רפואה הע׳ 55 ואילך. **[8]** ירושלמי תרומות סופ״ח. **[9]** כס״מ רוצח א יד, וב״י חו״מ סי׳ תכו, מהגהות מיימוניות בשם הירושלמי (בהגהות

שלפנינו היא מחלוקת אמוראים שם; יתכן שלא עשה ריש לקיש אלא משום מידת חסידות; רבי אימי היה גדול מריש לקיש, ולכן היה על ריש לקיש להצילו[10]; יש שהתקשו בהבנת שיטת הירושלמי, למה יתחייב לסכן עצמו בקום ועשה כדי לא לעבור על הלאו של 'לא תעמד על דם רעך', הרי אפשר לומר מה ראית שדם חברך אדום יותר, ובעצם הלאו הזה אינו שונה מכל לאו אחר, ונדחה בפני פיקוח נפש כמו כל האיסורים בתורה[11]; ויש מהפוסקים שהוכיחו, שהתלמוד הבבלי חולק על התלמוד הירושלמי, ופסקו כדעת הבבלי[12].

קיתון אחד של מים — "שנים שהיו מהלכים בדרך, וביד אחד מהם קיתון של מים, אם שותים — שניהם מתים בצמא, שאין המים מספיקים לשניהם, ואם שותה אחד מהם — מגיע ליישוב. דרש בן פטורא, מוטב שישתו שניהם וימותו, ואל יראה אחד מהם במיתתו של חברו, שנאמר 'וחי אחיך עמך'[13], כלומר יחיה עמך, עד שבא רבי עקיבא ולימד 'וחי אחיך עמך', חייך קודמים לחיי חברך"[14], והלכה כרבי עקיבא[15].

יש שהוכיחו מכאן, שאין אדם חייב לסכן את חייו, כדי להציל את חברו ממיתה[16]; ויש שהוכיחו להיפך, שדווקא אם שניהם ימותו, אזי ישתה רק בעל המים, אבל אם ספק אם ימותו, אזי ישתו שניהם, כי צריך להכניס עצמו לספק סכנה עבור חברו[17].

מיימוניות שלפנינו ליתא, אך נמצא בדפוס קושטא. וכתבו האחרונים, שהמקור בירושלמי שאליו התכוונו ההגמ"י הוא הירושלמי תרומות סופ"ח הנ"ל); שו"ת חות יאיר סי' קמו; שו"ת הרדב"ז ח"ה ללשונות הרמב"ם סי' אלף תקפב (ריח) (אמנם בשו"ת הרדב"ז ח"ג סי' תרכז (ובחדשות אלף נב) משמע, שלדעתו אין להיכנס לספק סכנה כדי להציל את חברו — ראה להלן הע' 49, ולכאורה שתי תשובות הרדב"ז סותרות. וראה מה שכתבו בנידון הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' כה ואילך; ס' הרפואה לאור ההלכה, כרך ד, ח"א פ"ב); שו"ת נשמת חיים, בחלק הדרושים די"א ע"א; שו"ת מהרשד"ם חיו"ד סי' רד; שו"ע הרב נזקי גוף ונפש ס"ז, דעה א; הגר"ח מבריסק (ראה בס' נפש הרב עמ' קסו. וראה שם סיפור המעשה בגר הצדק בווילנא, הגראף פוטוצקי, שהגר"א הסתפק בשאלה זו); ערוה"ש חו"מ תכו ד. וראה בביאור הגר"ח הליר לסה"מ ל"ת רצז, שהאריך בדברי הירושלמי. **[10]** שו"ת יד אליהו סי' מג. וראה אור שמח רוצח ז ח. **[11]** מנ"ח מ' רלז סק"ב, ובקומץ המנחה מ' רצו; שולחן ערוך הרב או"ח שכט ח. וראה שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד ענף ד; הרב מ. הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' כט ואילך, פ"ו; הרב מ.י. סלושץ, הלכה ורפואה, ג, תשמ"ג, עמ' קנח ואילך; האדמו"ר מצאנז, בשבילי הרפואה, ו, תשמ"ד עמ' ז ואילך. **[12]** ואמנם רבים מהפוסקים סבורים, שממקורות שונים בבבלי משמע שהוא חולק על הירושלמי, אך יש שדחו את ההוכחות מכל הסוגיות דלהלן, וכתבו שאין מקור שהבבלי חולק על הירושלמי בנידון — ראה שבט מיהודה שער א פ"ט. **[13]** ויקרא כה לו. **[14]** תו"כ בהר פר' ה; ב"מ סב א. **[15]** מאירי ב"מ שם; מנ"ח מ' רצו; העמק שאלה שאילתא קמז אות ד. אמנם ראה בשו"ת משפט כהן סי' קמד, שנסתפק כמי ההלכה. וראה עוד על סוגיא זו בע' קדימויות בטפול רפואי הע' 27 ואילך. **[16]** שו"ת יד אליהו (לובלין) סי' מג; שו"ת מהר"ם שיק חיו"ד סי' קנה, שם ח"ב סי' רי, ובחי' על ס' המצוות מ' רלח; העמק שאלה שם. **[17]** שו"ת חות יאיר סי' קמו; שו"ת נשמת חיים בחלק הדרושים די"א ע"א. וראה עוד במאמרו של הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' כה ואילך. וראה עוד על ההשלכות של סוגיא זו לנידוננו — ראשון לציון לבעל אור החיים על שו"ע יו"ד רמז א; כלי

מעיין משותף — ״מעיין של בני העיר, חייהם וחיי אחרים — חייהם קודמים, שאם אינו מספיק לשתיית כולם, שתייתם קודמת, שחייך קודמים; חיי אחרים וכביסתם — חיי אחרים קודמים לכביסתם, רבי יוסי אומר כביסתם קודמת לחיי אחרים״[18].

יש מי שפירשו, שמדובר במצב שבמניעת הכביסה יש ספק סכנה לכמה בני אדם, ומחלוקת התנאים היא בשאלה אם חייבים להיכנס בספק סכנה, כדי להציל אחרים מוודאי סכנה. ומכאן שלדעת הבבלי אין חיוב להכניס עצמו לספק סכנה, כדי להציל חברו מסכנה[19], והיינו משום שצער רב הופך להיות פיקוח נפש[20]; ויש שכתבו, שלא מדובר בספק סכנה כלל, שכן מדובר במצב שבני העיר האחרת יכולים לטרוח ולהביא מים ממקום אחר, או שיכולים לעקור ממקומם, אלא שהדבר כרוך בצער וסבל[21], ומחלוקת התנאים היא אם צריך להכניס עצמו לספק סכנה, כדי למנוע צער מהזולת, ובזה הלכה כרבי יוסי, שאינו חייב בכך, אבל אין ראיה שבמקום סכנה לזולת לא יהא חיוב על המציל להיכנס לספק סכנה[22]. הלכה כרבי יוסי, שכביסתם קודמת לחיי אחרים[23].

רבי טרפון — ״מעשה בבני הגליל, שיצא עליהם קול שהרגו את הנפש. באו לפני רבי טרפון וביקשו ממנו שיחביא אותם. אמר להם: כיצד נעשה? אם לא אחביא אתכם, יראו אתכם; ואם אחביא אתכם, הרי אמרו חכמים שאין לקבל לשון הרע, אבל יש לחוש לו, לכן לכו והחביאו את עצמכם[24]. מהראשונים יש שפירשו את חששו של רבי טרפון שמא באמת הרגו אותם בני הגליל את הנפש, ומצד הדין אסור להצילם[25]; ויש שכתבו, שחששו של רבי טרפון היה שמא הרגו את הנפש, ואם יטמין אותם יסכן את חייו, כי המלך יהרגו, ולכן צריך להיזהר שלא יבוא הפסד לא לו ולא לאחרים[26].

יש מהפוסקים שהוכיחו מכאן, שאין לאדם לסכן עצמו בספק סכנה[27]; יש מי שכתב להוכיח מכאן, שבדרך כלל יש לאדם לסכן עצמו עבור הצלת חברו, שאילו ידע רבי טרפון בוודאות שהעלילה

חמדה, פר׳ כי תצא אות ה; חזו״א יו״ד סי׳ סט אות ה, ובחו״מ ליקוטים סנהדרין סי׳ כו; האדמו״ר מצאנז, בשבילי הרפואה, ו, תשמ״ד, עמ׳ ז ואילך; הרב נ. בר-אילן, אסיא, ז, תשנ״ד, עמ׳ 177 ואילך, בהע׳ 8. **[18]** נדרים פ ב. וראה בעניין סוגיא זו בע׳ משאבים מגבלים הע׳ 61 ואילך. **[19]** העמק שאלה, שאילתא קכט אות ד, ושאילתא קמז אות ד; קרן אורה, נדרים שם; זר זהב על או״ה כלל נט דין לח. וראה בתפא״י יומא סופ״ח. **[20]** ר״ן נדרים שם; שו״ת מהרש״ם ח״ב סי׳ רי. **[21]** ס׳ יחוסי תנאים ואמוראים, ע׳ בן פטורין, עמ׳ 41; הפלאה בקונטרס אחרון סי׳ פ ס״ה. **[22]** שבט מיהודה שער א, פ״ט; שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״א סי׳ קמה; הגר״ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל״ו, עמ׳ כה ואילך. וראה ב״ש אבהע״ז סי׳ פ סקי״ב. **[23]** שאילתות, שאילתא קמז; ב״ש אבהע״ז סי׳ פ סקי״ב; שו״ת שואל ומשיב מהדו״ק ח״א סי׳ כב; שו״ת מהרש״ם ח״ב סי׳ רי. **[24]** נידה סא א. **[25]** רש״י שם ד״ה מיחש; ס׳ חסידים סי׳ תרפג. **[26]** תוס׳ שם ד״ה אטמרינכו, בשם שאילתות דרב אחאי (והוא בשאילתא קכט). וראה רא״ש שם פ״ט סי׳ א. **[27]** שו״ת יד אליהו סי׳ מג; אגודת אזוב, ספר הדרשות סוף דרוש א לחודש אלול, ד״ג ע״ב, ודל״ח ע״ב (הובא בפת״ש חו״מ סי׳ תכו סק״ב). והיינו על פי פירוש

היא שקר, היה מסתכן להצילם[28]; יש שדחו ראיה זו מכמה סיבות: המדובר במצב שיכלו להחביא עצמם במקום אחר, ולכן לא היה זה בגדר וודאי סכנה של הניצולים; אם היה נודע למלכות היו הורגים גם את הניצולים, ומכאן שגם הצלתם היתה בספק, ולכן לא צריך להכניס עצמו לספק סכנה עבור ספק הצלה[29]; ויש מי שכתב, שלאור העובדה שאפשר לפרש את הסוגיא בכמה דרכים, אין להביא ראיה מסוגיא זו לכאן או לכאן[30].

מתוך גדרי חיוב הצלה — בדין חיוב ההצלה של הזולת מסיק התלמוד, שמהפסוק 'והשבתו לו'[31] — לרבות אבדת גופו, נלמדת ההלכה שחייב להצילו בגופו, ומהפסוק 'לא תעמד על דם רעך'[32], נלמדת ההלכה שחייב לטרוח ולשכור מצילים[33]. ויש מי שכתב, שמפסוק זה הוזהרנו להשתדל בהצלת חברינו ולשית עצות לעזרתם בעת צרה, ואם יש לך כוח להציל בעצה או בהשתדלות, ואתה מראה את נפשך שאין בך יכולת, יקצר כוחך מידה כנגד מידה[34].

יש שהוכיחו מכאן, שאין אדם חייב להכניס עצמו לספק סכנה כדי להציל חברו מסכנה, אלא רק שחייב להוציא הוצאות על הצלתו[35]; ויש שדחו ראיה זו, כי המדובר בסוגיא זו במצב שיש ספק בהצלת המסוכן, שאז באמת אין חיוב למציל להכניס עצמו לסכנה, אבל אילו היתה ההצלה וודאית — חייב להציל[36].

אמימר, מר זוטרא ורב אשי ישבו בפתח ביתו של המלך אזגדר. חלף לפניהם האיש שמביא מזון לפני השרים. ראה רב אשי שמר זוטרא מחוויר ופניו זועפים, כי נתאווה למזון. לקח רב אשי באצבעו מן המזון, ושם בפיו של מר זוטרא. אמר לו הממונה, הפסדת את סעודת המלך! אמרו שוטרי המלך לרב אשי, מדוע עשית זאת? אמר להם רב אשי, מי שעושה מאכל כזה, אין ראוי שיאכל המלך מאכל מידו. אמרו לו מדוע? אמר להם, בשר של חזיר מצורע ראיתי במאכל וכו'. בדקו ומצאו כדבריו, שנעשה לו נס ונמצא שם בשר חזיר מצורע. אמרו חכמים לרב אשי, מדוע סמכת על הנס? אמר להם, ראיתי רוח צרעת שפרחה על מר זוטרא[37].

השאילתות. **[28]** העמק שאלה, שאילתא קכט אות ד, ושאילתא קמז אות ד. אך ראה מאמרו של הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' כה ואילך, שדחה שיטה זו. וראה עוד בשו"ת ציץ אליעזר חט"ו סי' ע. **[29]** שו"ת עמודי אור סי' צו; זר זהב על או"ה כלל נט דין לח; כלי חמדה פר' כי תצא; שבט מיהודה, שער א פ"ט; הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' כה ואילך. **[30]** שו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' מה. **[31]** דברים כב ב. **[32]** ויקרא יט טז. וראה ע' לא תעמד על דם רעך. **[33]** סנהדרין עג א. **[34]** שערי תשובה לרבנו יונה שער שלישי אות ע. **[35]** ערוך לנר סנהדרין עג א; שו"ת יד אליהו סי' מג; אגודת אזוב ספר הדרשות סוף דרוש א לחודש אלול, דל"ח ע"ב; שו"ת מהר"ם שיק חיו"ד סי' קנה, ובספרו על המצוות מ' רלח. וראה עוד בהעמק שאלה, סוף שאילתא קכט; אמרי בינה חאו"ח סי' יג אות ה. **[36]** כלי חמדה, פר' כי תצא; ר' חיים הליר על ס' המצוות, עמ' קעה; הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' כה ואילך — על פי הר"ן בחידושיו שם. וראה עוד בשו"ת יחל ישראל ח"ב סי' עג, מה שדן לענייננו מדיני רודף. **[37]** כתובות סא א. הובא בראש יומא סי' יג.

יש שהוכיחו מכאן, שצריך להכניס עצמו לספק סכנה, כדי להציל חברו מסכנה, אך דחו זאת מכמה סיבות: המדובר במצב שרב אשי היה בטוח בצדקתו, ולא ראה בכך נס, ולא היה כלל בגדר סכנה[38]; רב אשי היה מקורב למלכות, ולכן לא היה בגדר סכנה[39]; ויש מי שהוכיח מכאן, שאדרבה אסור להכניס עצמו לספק סכנה, כדי להציל חברו מסכנה, שכן חז"ל הקפידו על רב אשי שסמך על הנס[40].

רוצח שברח לעיר מקלט — אינו יוצא מעיר מקלטו, אפילו כל ישראל צריכים לתשועתו, שמא ייהרג על ידי גואל הדם[41].

יש מי שהוכיח מכאן, שאין לאדם להכניס עצמו לספק סכנה כדי להציל חברו מסכנה, ואפילו אם המדובר להציל רבים מישראל[42]. ודחו ראיה זו, שכן בהצלת כל ישראל לכל הדעות חייב לסכן עצמו, אלא שברוצח בעיר מקלט גזירת הכתוב הוא שלא יצא[43], או שהכוונה שאינו חייב לצאת, אבל אין בזה איסור[44].

בנוסף למקורות המצויינים לעיל דנו הפוסקים באירועים שונים במקרא ובסוגיות נוספות בתלמוד ביחס לשאלה אם צריך אדם להכניס עצמו לספק סכנה כדי להציל חברו מוודאי סכנה אם לאו[45].

להלכה — נחלקו הפוסקים אם חייב אדם לסכן עצמו מספק, כדי להציל את

[38] הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' כה ואילך. **[39]** זר זהב על או"ה כלל נט אות כא. **[40]** קרבן נתנאל על רא"ש יומא סי' יג אות ד. **[41]** מכות יא ב; רמב"ם רוצח ז ח. **[42]** אור שמח רוצח ז ח. וראה במשך חכמה שמות ד יט, שהוכיח כנ"ל דלא כהירושלמי מהפסוק בתורה, שמשה לא חזר להציל את בני ישראל עד שמתו האנשים המבקשים את נפשו (שמות ד יט). **[43]** כלי חמדה פר' פנחס אות א; שו"ת היכל יצחק חאו"ח סי' לט. **[44]** שבט מיהודה שער א פ"ט. ומהפסוק בשמות בעניין משה אין ראיה, כפי דרשת חז"ל על הפסוק (נדרים סה א), או מפני שאם היה חוזר ונהרג לא יכול היה ממילא להושיע את ישראל. וראה עוד במאמרו של הרב מ.י. סלושץ, הלכה ורפואה, ג, תשמ"ג, עמ' קנח ואילך. **[45]** דוגמאות לדיונים אלו: אברהם הסתכן כדי להציל את לוט (בראשית יד יב-טז); יהודה הסתכן כדי להציל את בנימין (בראשית מד א); משה רבנו הסתכן כדי להציל את העברי המוכה ביד המצרי (שמות ב יא). אכן, כבר כתב המשך חכמה בעניין משה והעברי המוכה, שאין להביא ראיה ממעשים שקודם מתן תורה להלכות הנוהגות לאחר מתן תורה. ובשו"ת אבן פנה ח"ב סי' קפו, הביא הסבר זה גם ביחס לאברהם וליהודה. ובס' גבורת יצחק על התורה סי' טו, תירץ את עניין אברהם בכך שלפי המדרש נועדה מלחמת המלכים נגד אברהם, ולפיכך חלו עליו דיני מלחמה, ששם בוודאי מותר וצריך להסתכן; אסתר מלכה, שסיכנה עצמה בהיכנסה אל אחשורוש כדי להציל את כלל ישראל (ראה נשמת חיים דרשות די"א ע"א; הגהות זר זהב על או"ה כלל נט אות כא; אור שמח רוצח ז ח; כלי חמדה ריש פר' פנחס; שו"ת משפט כהן סי' קמג); וכן דנו ממעשי ניסים של צדיקים, שסיכנו עצמם עבור כלל ישראל, כגון רבי חנינא בן דוסא (ברכות לג א), הרוגי לוד (ב"ב י ב), ועוד (ראה תו"ת ויקרא פי"ט פס' טז; הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' כה ואילך). וראה להלן הע' 101 ואילך, בעניין הצלה של כלל ישראל. ועוד דנו מהדין במשנה הוריות יג א, שהאדם עצמו קודם לכולם להצלת עצמו, ומכאן שאין לו חיוב להכניס עצמו לסכנה עבור חברו (ראה שו"ת

חברו מוודאי סכנה:

יש אומרים, שחובתו להסתכן[46]. ולשיטה זו — יש הסבורים, שלא רק שחייב אדם להסתכן כדי להציל את חברו, אלא שמותר לו גם להקריב את חייו למען מטרה זו[47]; ויש הסבורים, שאסור לאדם לוותר על חייו, ודין חייך קודמים הוא דין מוחלט ולא רק זכות קדימה, ולכן אם יש סכנה וודאית למציל, אסור לו לכל הדעות להיכנס לסכנה כזו, כדי להציל את חברו[48]; ויש אומרים, שאין חובה לאדם לסכן עצמו עבור חברו, אך רשאי הוא לעשות כן[49].

ג. פרטי דינים

1. סיכון עצמי של חולה בביצוע פעולה רפואית

גדרי סיכון בניתוחים — חולה שנותרו לו רק חיי שעה[50], ומציעים לו לעבור ניתוח או טיפול מסוכן אחר, שאפשר שהטיפול או הניתוח יגרמו להבראתו ויחיה חיי עולם, אבל אפשר שימות מהר יותר כתוצאה מהטיפול לעומת המהלך הטבעי של מחלתו, מותר לו לעבור ניתוח זה או טיפול זה[51]; ולא רק שמותר לאדם לסכן את חיי השעה שלו עבור חיי עולם

יד אליהו סי׳ מג). **[46]** כס״מ רוצח א יד, בשם הירושלמי; ב״י וב״ח חו״מ סי׳ תכו; שו״ת הרדב״ז ח״ה ללשונות הרמב״ם סי׳ אלף תקפב (ריח); שו״ת חות יאיר סי׳ קמו; שו״ע הרב הל׳ נזקי הגוף והנפש ס״ז, לשון א; חי׳ חת״ס כתובות סא ב ד״ה מ״ט; שו״ת נשמת חיים בחלק הדרושים די״א ע״א; שו״ת מהרשד״ם חיו״ד סי׳ רד; שו״ת עמודי אור סי׳ צו; כלי חמדה פר׳ כי תצא; הגר״ח מבריסק (ראה בס׳ נפש הרב, עמ׳ קסו); ערוה״ש חו״מ תכו ד. וראה תפא״י ברכות מ״א אות ג, שמותר להכניס עצמו לספק סכנה בשביל לקיים מצווה, אבל בתנאי שלא שכיח היזקא (וראה מה שכתב על דבריו בס׳ לאור ההלכה עמ׳ יד. על סיכון עצמי של חולה כדי לקיים מצוות — ראה ע׳ חולה הע׳ 88 ואילך, וע׳ יום הכפורים הע׳ 71 ואילך. וראה עוד מאמרו של הרב א. רוט, עמק הלכה, ב, תשמ״ט, עמ׳ 59 ואילך). **[47]** ראה שו״ת הלכות קטנות ח״א סי׳ רכט; שו״ת משפט כהן סי׳ קמג. **[48]** מהר״ם שיק על ס׳ המצוות מ׳ רלח; שבט מיהודה שער ראשון פ״ח אות ה; שו״ת אגרות משה חיו״ד ח״ב סי׳ קעד ענף ד. וראה מאמרו של הרב נ. בר-אילן, אסיא, ז, תשנ״ד, עמ׳ 177 ואילך. וראה בשו״ת משפט כהן סי׳ קמד אות טו, שנסתפק בשאלה זו. **[49]** ס׳ חסידים סי׳ תרעד; שו״ת הרדב״ז ח״ג סי׳ תרכז (ובחדשות אלף נב. וראה בקומץ המנחה מ׳ רצז, ופת״ש חו״מ סי׳ תכו בשם אגודת אזוב ספר הדרשות סוף דרוש א לחודש אלול, ד״ג ע״ב, שהוכיחו מכאן שלדעתו של הרדב״ז אין להיכנס לספק סכנה כדי להציל את חברו. וראה באמרי בינה חאו״ח סי׳ יג, מה שתמה על הרדב״ז הזה. וראה לעיל הע׳ 9); או״ה כלל נט דין לח (הובא בבאר היטב או״ח סי׳ שכט סק״ו); כנה״ג חו״מ סי׳ תכה בהגה״ט אות יח, ושם סי׳ תכו בהגב״י אות א; סמ״ע חו״מ סי׳ תכו סק״א, בדעת הרי״ף, הרמב״ם, הרא״ש, הטור, והשו״ע; שו״ת חקקי לב חחו״מ סי׳ כו; אגודת אזוב שם; א״ר או״ח סי׳ שכט סק״ח; שו״ע הרב או״ח שכט ח, ושם נזקי גוף ס״ז, דעה ב; העמק שאלה שאילתא קמז אות ד; קרבן נתנאל על רא״ש יומא סי׳ יג אות ד; שו״ת יד אליהו סי׳ מג; מנ״ח מ׳ תכו; אור שמח רוצח ז ח; מ״ב סי׳ שכט סקי״ט. וראה עוד בנידון במאמרו של הרב י. נבון, תחומין, ד, תשמ״ג, עמ׳ 153 ואילך. **[50]** בהגדרת מצב זה — ראה ע׳ נוטה למות (ב), הע׳ 168 ואילך. **[51]** טושו״ע יו״ד קנה א; תשב״ץ על כתובות ח א (הובאו דבריו בדרכ״ת יו״ד סי׳ קנה סק״ב); שו״ת שבות יעקב ח״ג סי׳ עה (הובאו דבריו בפת״ש יו״ד סי׳ שלט סק״א); גיליון מהרש״א יו״ד סי׳ קנה ס״א; בית מאיר יו״ד סי׳ שלט ס״א; תפא״י יומא פ״ח אות יא; בינת אדם שער איסור והיתר, כלל פח שאלה צג; שו״ת בנין ציון ח״א סי׳ קיא; אורחות

בשב ואל תעשה, אלא הדבר מותר גם בקום ועשה[52].

יש אומרים, שההיתר הוא דווקא אם הסיכויים להצלחת הניתוח הם לפחות מחצה על מחצה[53]; יש מי שסבור, שאמנם אין צורך בסיכויים של 50%, אך מכל מקום צריך לפחות סיכויים של 30%[54]; ויש אומרים, שאפילו אם קרוב יותר שימות מהניתוח, אך יש סיכויים שיחיה חיי עולם — מותר; ואפילו אם הוא ספק רחוק שיתרפא מהניתוח, ויותר קרוב שימות תיכף בעת הניתוח — מותר, כי לא חוששים במצב כזה לחיי שעה, כשהדבר נעשה לטובתו[55], ויש מי שכתב, שגם 5% סיכויים מספיקים להסכמה לניתוח בתנאים כאלו[56], אלא שאין כופים עליו ניתוח בתנאים אלו, ואם הוא מסרב, אין דינו כמאבד עצמו לדעת, ושומעים לו, ודין זה הוא בין אם הרופא הוא יהודי ובין אם הוא גוי[57]; ויש מי שכתב, שדין זה נכון גם בגוי, היינו שאם הוא מבקש שינתחוהו, אף שיש סיכון גבוה שימות יותר מהר, אבל אם יש סיכוי שיחיה חיי עולם — מותר[58].

נוטה למות — כאשר החולה צפוי למות ממחלתו בתוך חודש ימים, ויש אפשרות לתת טיפול חלקי, שימנע את מותו הקרוב, אבל יהא צורך בטיפולים וניתוחים חוזרים בעתיד, וגם חייו יהיו חיי סבל, ולעומת זאת יש אפשרות לבצע ניתוח גדול שיתקן את המצב החולני בצורה יסודית ללא צורך בטיפולים חוזרים וללא סבל בהמשך חייו, אלא שבגין היות הניתוח גדול ומסובך יש סיכון שהחולה ימות מהניתוח עצמו, יש להעדיף את האפשרות השניה[59].

יש מי שכתבו, שדווקא אם הניתוח עשוי לרפא את החולה ממחלתו, מותר לו להסתכן, אף אם הטיפול עלול לקרב את מותו; אבל אם גם לאחר הניתוח יישאר במחלתו ובסכנתו, אלא שללא הניתוח

חיים החדש (המהרש"ם) על או"ח סי' שכח ס"י; שו"ת בית דוד ח"ב סי' שמ; שו"ת מלמד להועיל חיו"ד סי' קד; שו"ת יד הלוי ח"א חיו"ד סי' רז; שו"ת משפט כהן, סי' קמד אות ג; שו"ת אחיעזר חיו"ד סי' טז אות ו; הגרא"י אונטרמן, נועם, יג, עמ' ה ואילך; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' לו; שו"ת ציץ אליעזר ח"ד סי' יג; שם ח"י סי' כה פי"ז; שו"ת יחל ישראל ח"ב סי' ס; שו"ת תשובות והנהגות ח"א סי' תתסג. **[52]** הרב נ. בר-אילן, אסיא, ז, תשנ"ד, עמ' 177 ואילך. **[53]** משנת חכמים על הל' ע"ז, ביבין שמועה סוסי' לט; שו"ת ציץ אליעזר ח"י סי' כה פ"ה סק"ה. **[54]** שמעתי מהגר"י זילברשטיין, בשם הגרי"ש אלישיב. נימוקו הוא שמעיקר הדין היה צריך להיות 'שב ואל תעשה', ולא לסכן בידיים חיי שעה, שגם בזה יש גדר רציחה, אלא שמעשה המצורעים (ראה לעיל הע' 2 ואילך) מלמד שחיי עולם דוחה חיי שעה אפילו בקום ועשה, אלא שמכל מקום יש לצמצם את החידוש. וראה מה שכתב הגרי"ש אלישיב, מוריה אלול תשנ"ח (גליון רנג-ד), לחלוק על האחיעזר, אלא שלא כתב שם מה מידת הסיכון המותרת. **[55]** שו"ת אחיעזר חיו"ד סי' טז אות ו; הגרא"י אונטרמן, נועם, יג, תשל"ט, עמ' א ואילך; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' נח (וכתב שם, שהסכים עמו הגרי"א הענקין); שם חיו"ד ח"ג סי' לו (והסכים עמו גם הגרא"ל גרוסנס). וראה עוד מאמרו של הרב מ.י. ריזל, עמק הלכה-אסיא, א, תשמ"ו, עמ' 118 ואילך. **[56]** שו"ת תשובות והנהגות ח"ב סי' תשלט, בשם החזו"א. וראה עוד שם ח"ג סי' שסב. **[57]** שו"ת תשובות והנהגות ח"ב סי' תשלט. **[58]** שו"ת תשובות והנהגות ח"ג סי' שנו. **[59]** שו"ת מנחת יצחק, חלק ליקוטי תשובות, סי' קכ.

הסכנה היא קרובה, ועל ידי הניתוח הסכנה מתרחקת, אסור לעשות הניתוח, אם יש חשש שהוא יקרב את מותו[60].

רשות או חובה — אין חיוב על החולה להיכנס לסכנה בניתוח שעשוי לרפאותו אבל עלול לקרב מותו, אלא שהוא רשאי לעשות כן; אבל אם רוב הסיכויים שהניתוח יצליח, חייב לעשות הניתוח, שהרי אדם מצווה לחיות[61]; ויש מי שכתב, שבמקרה כזה צריך אפילו לכפות על החולה את הניתוח בעל כורחו[62].

ספק או הוודאי — ההיתר לאדם לסכן עצמו בריפוי הוא דווקא כשיש וודאות בצורך בניתוח, שאם לא כן החולה ימות בוודאי, אבל כשיש ספק אם יש צורך בניתוח, ואולי יוכל החולה לחיות גם ללא הניתוח, ומאידך יש ספק שהניתוח יקרב מותו, אסור להכניס עצמו לספק זה[63].

ללא חשש סכנת חיים — יש מי שכתב, שחולה במחלה שאיננה מסכנת את חייו, אלא שהוא סובל ממחלתו או שהוא מוגבל, ויש אפשרות לנתחו ולרפאותו מסבלו, אבל יש סיכון בניתוח, והוא עלול למות ממנו, אסור לעשות ניתוח זה[64]; ויש מי שכתבו, שאם הוא סובל מיסורים קשים, אף שאין מחלתו מסכנת את חייו, אמנם אין להורות לו לעשות הניתוח, אבל אם רוצה בכך, מותר לו להסתכן, כדי למנוע יסורים קשים[65].

הסכמה וסירוב — ההיתר לסכן חיי שעה כדי לזכות בחיי עולם הוא דווקא אם החולה מסכים לכך, והסכמתו מועילה ואינה נחשבת כאיבוד עצמי לדעת, וכמו כן אם הוא מסרב, אין זה נחשב כאיבוד עצמי לדעת, ויש לו זכות לסרב[66].

רופא יהודי או גוי — יש מי שכתב, שההיתר להכניס חולה לספק חיי שעה כדי להצילו לחיי עולם הוא דווקא לרופא גוי, אבל לרופא יהודי אסור לגרום ספק רציחה[67]; ויש מי שכתבו, שגם לרופא יהודי מותר לבצע הניתוח[68], ואדרבה עדיף שרופא יהודי יעשה הניתוח[69].

מחלוקת בין הרופאים — בחולה שימות בוודאי ממחלתו, אבל יש מחלוקת

[60] שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' לו; שו"ת יחל ישראל ח"ב סי' ס. וכן משמע מתוס' שאנץ ע"ז כז ב, שנדפס בשיטת הקדמונים. וראה עוד מאמרו של הרב מ.י. ריזל, עמק הלכה-אסיא, א, תשמ"ו, עמ' 118 ואילך. **[61]** שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' לו. **[62]** שו"ת תשובות והנהגות ח"א סי' תתסג, ושם ח"ג סי' שנו. **[63]** בנין אב ח"א סי' נ אות א. **[64]** שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' לו; שו"ת תשובות והנהגות ח"א סי' תתסג. וראה שו"ת ציץ אליעזר ח"י סי' כה פ"ה סק"ה. **[65]** מור וקציעה סי' שכח; שו"ת ציץ אליעזר ח"ד סי' יג, אות ב; הרב ל.י. הלפרין, הלכה ורפואה, ג, תשמ"ג, עמ' קלט ואילך. **[66]** ספר החיים או"ח סי' שכח; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ג סי' לו; שו"ת ציץ אילעזר ח"ד סי' יג; הרב מ. שטרנבוך, בשבילי הרפואה, ג-ד, תש"מ, עמ' קיא ואילך; שו"ת לב אריה ח"ב סי' לה. **[67]** משנת חכמים, על הל' ע"ז ביבין שמועה סוסי' לט, הובא בשו"ת אחיעזר חיו"ד סי' טז אות ו. וראה מאמרו של הרב מ. שטרנבוך, בשבילי הרפואה, שם. **[68]** שו"ת בנין ציון ח"א סי' קיז; שו"ת ציץ אליעזר ח"ד, סי' יג, אות ב, ושם חי"ז סי' עב אות' ד-ו. וראה בשו"ת חת"ס חיו"ד סי' עו. **[69]** שו"ת אחיעזר שם; שו"ת

בין הרופאים אם הניתוח המוצע יועיל — יש מי שכתב, שהולכים על פי הכללים של מחלוקת רופאים ביום הכפורים[70], וכן שאין חוששים לחיי שעה, וספק נפשות להקל. ולפיכך, בין אם הרופאים הנחלקים שווים במספרם; ובין אם רוב הרופאים אומרים שלא יצליח הניתוח, אבל יש מיעוט שאומרים שיצליח; ובין אם בקרב המיעוט המתנגד לניתוח יש בקיאים ומומחים יותר מאשר בקבוצה התומכת בניתוח; ובין אם התומכים בניתוח הם רופאים גויים, בכל אלו מותר לחולה להסכים לניתוח[71]; ויש מי שכתב, שבכל מקרה של סיכון חיי שעה עבור חיי עולם צריך לעשות זאת על פי דעת רוב ניכר של הרופאים המומחים בעיר, היינו רוב כפול, ובהסכמת החכם שבעיר[72].

אם חלק מהרופאים אומרים שהחולה ימות ממחלתו אם לא ינתחוהו, וחלק מהם אומרים להיפך, שממחלתו לא ימות, אבל ימות מהניתוח — יש מי שכתב, שלא יעשו הניתוח, ושב ואל תעשה עדיף[73]; ויש מי שכתב, שגם במקרה כזה מותר לעשות הניתוח, כי אין אנו חוששים לחיי שעה[74].

חיסונים ורפואה מונעת — במקומות שונים בעולם יש אחוז קטן של הורים המסרבים לתת חיסון כלשהו לילדיהם. נימוקיהם: על פי תורות הומיאופטיות מסויימות מחליש החיסון המלאכותי את החיסון הטבעי של הגוף ובכך נגרם נזק לתינוק; אמונות דתיות מסויימות[75] רואות בכל התערבות רפואית פגיעה דתית בדרך הטבעית של העולם; חשש מפני סיבוכים שמתרחשים בגין החיסונים; צידוקים רפואיים ואפידמיולוגיים שונים, שבתנאים רגילים אין חשש להידבקות הילדים בעתיד, ולכן מיותר לתת טיפול רפואי כזה[76].

על פי ההלכה מותר לאדם להכניס עצמו לספק סכנה של חיסון נגד אבעבועות שחורות, כדי להימנע ממחלה זו שהיא סכנה ממשית, והיינו שמותר להכניס עצמו לסכנה רחוקה, כדי להציל עצמו מסכנה קרובה, ומותר להציל עצמו בספק רחוק של סכנה עכשווית, כדי להינצל מסכנה חמורה בעתיד[77].

בכל רפואה מונעת, אף שכרגע אין סכנה, מותר ואף חובה לאדם לפעול בסכנה מועטת כעת, כדי למנוע סכנה גדולה בעתיד, ואף יש כוח בידי הרשויות לכפות חיסון המוני, כדי להציל את הכלל ממחלות נגיפיות מדבקות[78].

מחלות התקפיות — מותר לאדם להכניס עצמו לספק סכנה בטיפול במחלה שבאה בהתקפים שמסכנים את חיי החולה, למרות שבכל פעם שההתקף

אגרות משה חיו״ד ח״ג סי׳ לו. **[70]** ראה ע׳ יום הכפורים הע׳ 245 ואילך. **[71]** ספר החיים לר״ש קלוגר, או״ח סי׳ שכט פ״ט; הרב מ. שטרנבוך, בשבילי הרפואה, שם. **[72]** שו״ת שבות יעקב ח״ג סי׳ עה. **[73]** ספר החיים, שם; שו״ת ציץ אליעזר ח״ד סי׳ יג אות ב. **[74]** דעת תורה או״ח סי׳ שכח ס״י. **[75]** בעיקר Christian Scientists. **[76]** ראה לדוגמא Simpson N, et al, *BMJ* 310:227, 1995. **[77]** תפא״י יומא פ״ח אות ג. **[78]** הרב י. שפרן, פסקי דין — רפואה ומשפט, א, 1989, עמ׳ 79 ואילך.

חולף, חולפת גם הסכנה[79].

ניתוחים מקובלים — יש מי שמשמע ממנו, שאם מקובל לעשות ניתוחים או טיפולים מסויימים, גם אם יש בהם סיכון, מותר לאדם להסתכן בהם לרפואתו, אף שהוא לפעמים נגד כללי ההלכה בנידון, והוא על פי הכלל שכיוון שדשו בה רבים, שומר פתאים ה'[80]; ויש מי שכתב, שמותר לאדם להסכים לניתוח שיש לו תועלת ממנו והוא לצורך מניעת צער, גם אם אין שום הכרח חיוני בניתוח כזה, אך בתנאי שהסיכון הוא קטן ביותר, כגון שכל הסיכון כרוך בעצם ההרדמה, שכיום נחשב לסיכון מזערי[81].

יישוב הדעת ומתינות — ומכל מקום, בכל המקרים שמותר לסכן חיי שעה של חולה, צריך ההיתר להיות בדרך מתונה וביישוב הדעת[82], בהסכמת בית הדין, ועל פי הרופאים היותר מומחים[83].

2. סיכון עצמי של האחד, כדי להציל את חברו מסכנה

ספק סכנה למציל — כתבו רבני דורנו, שלהלכה הסכימו רוב האחרונים שאין אדם צריך להכניס עצמו לספק סכנה, כדי להציל את חברו מוודאי סכנה[84].

אמנם גם לשיטה זו מצינו חילוקי מצבים שונים, שדנו הפוסקים לחייב או להרשות סיכון עצמי לצורך הצלת הזולת:

אסור או רשאי — יש אומרים, שמחלוקת הפוסקים[85] היא רק אם יש חיוב להסתכן כדי להציל חברו מסכנה, אבל לכל הדעות רשאי המציל לעשות כן, והוא ממידת חסידות[86], ומי שנדבה רוחו להציל את הזולת גם על ידי סיכון עצמו — אשרי חלקו[87]; יש הסבורים, שהמחלוקת היא על עצם ההיתר, ולדעת האוסרים יש אמנם איסור להסתכן[88]; ויש מי שכתב,

[79] שו"ת ציץ אליעזר ח"י סי' כה פי"ז סק"א-ב. **[80]** ראה חי' תשב"ץ על כתובות, הובא בדרכ"ת יו"ד סי' קנה סק"ב; שו"ת לבושי מרדכי חיו"ד מהדו"ת סי' פז; שו"ת ציץ אליעזר ח"י סי' כה פי"ז סק"א-ב. וראה בגדרי שומר פתאים ה' — בנספח לערך זה. **[81]** שו"ת שבט הלוי ח"י סי' רצב אות א. **[82]** שבות יעקב ח"ג סי' עה. **[83]** משנת חכמים, על הל' ע"ז ביבין שמועה סוסי' לט, הובא בשו"ת אחיעזר שם. ואגב, מבחינה משפטית נידונה סוגיא זו בבית המשפט העליון — בג"צ 30/82, ראובן מעין ואח' נ' המנהל הכללי של משרד הבריאות, פ"ד לו(2), 477. וראה על ההיבטים ההלכתיים בפסיקה זו במאמרו של ש. שילה, משפטים, יב:565, 1982. **[84]** מ"ב סי' שכט סקי"ט; שבט מיהודה שער א פ"ט; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד ענף ד; שו"ת מנחת יצחק ח"ו סי' קג; יחוה דעת ח"ג סי' פד, והגר"ע יוסף, הלכה ורפואה, ג, תשמ"ג, עמ' סא ואילך; שו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' מה, וח"י סי' כה פ"ז ופי"ח, וחט"ו סי' ע, וחט"ז סי' כג; שו"ת יחל ישראל ח"ב סי' עג. וראה לעיל בחלק ב(2). **[85]** ראה לעיל הע' 49-48. **[86]** העמק שאלה, שאילתא קכט אות ד; תפא"י יומא פ"ח אות ג; שו"ת משפט כהן סי' קמד אות טו; הגר"י ויינברג, קובץ יד שאול עמ' שצא ועמ' שצג בהערות (וכתב שם, שאם החמיר על עצמו, ומסר נפשו להציל את חברו, מיקרי קדוש וחסיד); שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד ענף ד; הרב נ. בר-אילן, אסיא, ז, תשנ"ד, עמ' 177 ואילך. וכן משמע מערוה"ש חו"מ תכו ד. **[87]** הרב י. זילברשטיין, בשבילי הרפואה, י, תשנ"ג, עמ' נח ואילך; הנ"ל, אסיא, ז, תשנ"ד, עמ' 3 ואילך. וראה עוד שו"ת חת"ס חיו"ד סי' קמה; כלי חמדה, פר' כי תצא, ה. וראה מאמרו של הרב י. אריאל, תחומין, יז, תשנ"ז, עמ' 66 ואילך. **[88]** שו"ת מקדשי השם ח"א שער מחמדים אות

שקודם מתן תורה היה מותר לאדם להסתכן עבור הצלת חברו, אבל מאז מתן תורה יש איסור בדבר, כי הוא היזק כללי להכלל כולו, וכולם הם מרגישים בהיעדרו, ואיך רשאי להזיק להכלל[89].

מידת ספק הסכנה למציל ולניצול — יש מי שכתב, שאם הספק נוטה יותר אל ההצלה, חייב המציל להיכנס לקצת סכנה ולהציל את חברו, ואם לא הציל, עובר משום 'לא תעמד על דם רעך'[90]; ואם הספק נוטה לוודאי, ואפילו כשהספק שקול, אינו חייב למסור נפשו[91]. ובשיטה זו יש מי שכתב, שהכוונה לכל מידת סכנה שאדם מוכן ליטול על עצמו ולהסתכן בה למען תועלתו הפרטית, כגון לרווח ממון, או למען כבודו, שבסיכון כזה חייב להיכנס גם למען הצלת חברו, אבל כאשר יש חשש גדול של סכנה, שאדם לעולם לא מכניס עצמו לתוכה אפילו תמורת הון רב, או כאשר יצטרך להיכנס לסכנה של עינויים קשים, לא יכניס עצמו גם להצלת חברו[92]; ויש מי שכתבו, שבשום מקרה אין חיוב להכניס עצמו לידי ספק מיתה[93].

ולשיטה זו יש מי שכתב, שהכוונה שכל ספק סכנה שמחללים בגללה את השבת, אין המציל חייב להיכנס בה כדי להציל את חברו, ואפילו בספק סכנה הנוטה יותר להצלה[94].

דעת המתירים לאדם להכניס עצמו לספק סכנה כדי להציל את חברו היא דווקא אם ההצלה היא וודאית, שאז אף אם המציל מסתכן — מותר; אבל אם הצלת המסוכן לא תלויה בחיי המציל, ואף אם המציל ימות, יש ספק אם המסוכן יינצל, אסור להסתכן[95]; ויש מי שכתב, שגם אז מותר להסתכן[96].

ההיתר להסתכן עבור חברו הוא דווקא כשיש רק ספק סכנה למציל, אבל אם יש סכנה וודאית למציל, אסור לו להסתכן עבור חברו[97]. אבל אם מדובר בצדיק גדול, שמובטח לו שיתקיים נס על ידו — יש מי שכתב, שיכול הוא לעשות פעולות שבסתם בני אדם הם נחשבים כסכנה, כדי להציל אחרים מסכנה[98].

ד, ובהערה שם; שו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' מה; שם ח"י סי' כה פכ"ח. וכן משמע מאו"ה כלל נט דין לח (וטעמו משום שנאמר 'וחי אחיך עמך' (ויקרא כ ה) — חייך קודמים לחיי חברך (ב"מ סב א), ולכאורה כן משמע משו"ת הרדב"ז ח"ג סי' תרכז, שאסור להסתכן כדי להציל חברו, שהרי קרא לאדם כזה 'חסיד שוטה', וראה סוטה כא ב, וירושלמי סוטה ג ד — שביטוי זה משמעו איסור. **[89]** משך חכמה דברים לד ח. אך ראה במאמרו של הרב בר-אילן שם, הע' 20, 20א. וראה בשו"ת משפט כהן סי' קמד אות טו, שנסתפק בשאלה זו. **[90]** ראה ע' לא תעמוד על דם רעך. **[91]** שו"ת הרדב"ז ח"ה ללשונות הרמב"ם סי' אלף תקפב (ריח). וראה הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' כה ואילך. **[92]** הרב י. זילברשטיין, אסיא, ז, תשנ"ד, עמ' 3 ואילך; כנ"ל, בשבילי הרפואה, י, תשנ"ג, עמ' נח ואילך. וראה שבט מיהודה שער א פ"ט. **[93]** שו"ע הרב או"ח שכט ח. **[94]** הרב י. זילברשטיין, אסיא, ובשבילי הרפואה, שם. **[95]** הגר"ח הלוי, על ס' המצוות לא תעשה רצז; שו"ת עמודי אור סי' צו; הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' כה ואילך. **[96]** כלי חמדה, פר' כי תצא, סי' ו אות ה, שלדעת המתירים לאדם להסתכן עבור חברו, מותר גם בספק הצלה. **[97]** שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד ענף ד; שו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' יז פ"ה. **[98]** הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' כה

סכנה עקב פשיעה עצמית — אם אדם גרם במעשיו שייכנס למצב של סכנה, לכל הדעות אין חיוב על אחרים להיכנס לסכנה עבור הצלתו[99].

יש מי שכתב, שמטייל שלא שמר על הוראות הבטיחות ונקלע למצב של סכנה, אין לראות בו כמי שהכניס עצמו למצב של סכנה, כי לא התכוונו למות למרות חוסר הזהירות, ולכן חייבים להצילם; אבל מטיילים שנקלעו מספר פעמים למצבי סכנה מתוך חוסר זהירות וזלזול, אין חובה למצילים להכניס עצמם לסכנה עבור מטיילים כאלו[100].

הצלה של כלל ישראל — יש מי שכתב, שלדעת האוסרים לסכן עצמו עבור חברו, הוא הדין שאינו מחוייב לסכן עצמו אפילו עבור הצלת כלל ישראל[101]; יש הסבורים, שעבור הצלת כלל ישראל מחוייב כל יחיד לסכן עצמו לכל הדעות[102]; ויש מי שחילק בין הצלת רבים מישראל, שאם אין היחיד בכלל הסכנה, אינו מחוייב להיכנס לסכנה עבורם, ובזה אין הבדל בין הצלת יחיד לבין הצלת רבים, לבין הצלת כלל ישראל, שכל יחיד חייב לסכן עצמו עבורם[103]. ומכל מקום אין לכפות אדם למסור נפשו להצלת הרבים[104].

סיכון של רופא — יש מי שכתב, שביחס לרופא לכל הדעות אין איסור להיכנס לספק סכנה, ובוודאי שלא ייקרא חסיד שוטה אם יגיש עזרה רפואית. לפיכך, מותר לרופא לטפל בחולה במחלה מדבקת, עם הזהירות המתחייבת מפעולה כזו[105]. טעמו: בדרך כלל המחלות המדבקות אינן מסכנות את המטפל בצורה וודאית; התורה נתנה רשות לרופא לרפא, ולא מצינו חילוק בין חולה במחלה מדבקת ושאינה מדבקת; ברופא אפשר לומר שזהו גדרו של עולם; כיוון שהרופא עוסק במלאכתו לפרנסתו, מצינו שמותר להסתכן בספק סכנה עבור פרנסה.

וכמו כן יש מי שכתב, שאין חובה על רופאה בהריון לטפל בילד הסובל מאדמת מחשש שתידבק במחלה, וייגרם נזק לעוברה, אבל אם רוצה להתמסר להצלת החולה, מותר לה, ואשרי חלקה[106].

ואילך. וראה ברכות לג ב, במעשה רבי חנינא בן דוסא והערוד, וראה במהרש"א שם, ובתורה תמימה ויקרא יט טז. **[99]** שו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' מה. **[100]** הרב י. אריאל, תחומין, יז, תשנ"ז, עמ' 66 ואילך. **[101]** משך חכמה שמות ד יט, ואור שמח רוצח ז ח. **[102]** כלי חמדה, פר' פנחס, אות א; שו"ת היכל יצחק חאו"ח סי' לט (וראה מה שכתב בשו"ת הגרי"א הרצוג חאו"ח ח"א סי' מח אות ז); שבט מיהודה שער א פ"ט; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד ענף ד; הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' כה ואילך; שו"ת רבבות אפרים ח"ד סי' רמא. **[103]** שו"ת משפט כהן סי' קמג. וראה מאמרו של הרב ש. דיכובסקי, תורה שבעל פה, לא, תש"ן, עמ' מ ואילך. **[104]** הגרא"י אונטרמן, התורה והמדינה, ז, עמ' לה; הרב י. נבון, תחומין, ד, תשמ"ג, עמ' 153 ואילך. וראה מאמרו של א. וורהפטיג, תחומין, שם, עמ' 144 ואילך. **[105]** שו"ת ציץ אליעזר ח"ח סי' טו פ"י סקי"ג; שם ח"ט סי' יז פ"ה, על פי שו"ת הרמ"א סי' יט. וראה בס' נפש הרב עמ' קסו, שהגר"ח מבריסק הורה לטפל בחולי חולירע, אף שהיה בזה סיכון הידבקות למטפלים. ולעניין ביקור חולים אצל חולה במחלה מדבקת — ראה ע' בקור חולים הע' 119 ואילך. **[106]** הרב י. זילברשטיין, אסיא, ז, תשנ"ד, עמ' 3 ואילך; הנ"ל, בשבילי

סיכון במלחמה — חייל פצוע המוטל בשדה הקרב בעת מלחמה, חייב החובש להכניס עצמו לספק סכנה כדי להצילו, כי בעת מלחמה הדין שונה מעת שלום, והכללים ההלכתיים של 'וחי בהם' ושל 'וחי אחיך עמך', אינם חלים בתנאי מלחמה, ולפיכך חייב כל אחד למסור נפשו עבור הצלת הרבים[107]. וכל זה מפני שדיני מלחמה שונים מדינים רגילים של שלום להרבה עניינים, כולל לעניין זה שמותר ואף חייב כל אזרח לסכן נפשו במלחמה, ואפילו במלחמת הרשות. וטעמים אחדים נאמרו לכך: זהו טבעו של עולם; זהו ממשפטי המלך; הבדל בין דיני יחיד לדיני ציבור[108].

אם יש חולה בעיר שלא מאנשי הצבא, והוא מקום של סכנה בגלל מלחמה, אין חיוב על הרופא לסכן עצמו להיכנס למקום המלחמה כדי להציל את החולה[109].

סכנת איבר מול סכנת נפשות — אם הסכנה למציל היא רק סכנת איבר, והסכנה לחברו היא סכנת נפשות — יש אומרים, שחייב להצילו[110]; ויש אומרים, שאינו חייב להסכים לחיתוך איבר שלו להצלת חברו[111].

צער למציל — אם מדובר שיהיה רק צער למציל, חייב להציל את חברו מסכנת נפשות, כי אדם מחוייב לסבול צער כדי שלא ייהרג חברו[112]; ויש מי שכתב, שבמקום יסורים קשים למציל אינו חייב לעשות כן כדי להציל מפיקוח נפש[113].

עם הארץ ותלמיד חכם — יש מי שכתב, שאם המציל הוא עם הארץ, והניצול הוא תלמיד חכם, יש מידת חסידות שיסכן עצמו עבור חברו הגדול ממנו, ובפרט אם הניצול הוא תלמיד חכם שרבים זקוקים לו[114], והיינו שהמתנדב למות תחת השני, אין זה בגדר מתחייב

הרפואה, י, תשנ"ג, עמ' נח ואילך. וראה השגותיהם של הרב א. נבנצל והרב י. בן מאיר, אסיא שם עמ' 10-11. **[107]** שו"ת ציץ אליעזר חי"ב סי' נז, ושם חי"ג סי' ק; שו"ת בנין אריאל עמ' 55; הרב י. זילברשטיין, אסיא ובשבילי הרפואה שם; הרפואה לאור ההלכה, כרך ד, ח"א פ"ז. **[108]** וראה בנידון בשו"ת מקום שמואל סי' ח; מנ"ח מ' תכה-תכו, ומ' תרד; שו"ת משפט כהן סי' קמג; מהר"ץ חיות, תורת הנביאים, מאמר דין מלך בישראל; שו"ת שם אריה סי' כז; חי' הגרי"ז הלוי, פר' בשלח; שו"ת היכל יצחק חאו"ח סי' לט; ס' לאור ההלכה, עמ' יד-פד; שו"ת ציץ אליעזר, חי"ג סי' ק; הרב י. נבון, תחומין, ד, תשמ"ג, עמ' 163 ואילך; הרב ש. זעפרני, תחומין, יט, תשנ"ט, עמ' 91 ואילך. **[109]** הרב זילברשטיין שם. **[110]** פסקי ריקאנטי סי' תע; אור שמח רוצח ז ח; חי' חת"ס כתובות סא ב. וראה ביאור הגר"י פערלא לרס"ג

ח"ג פר' לג. **[111]** שו"ת הרדב"ז ח"ג סי' אלף נב (תרכז); שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד ענף ד. וראה עוד בשו"ת יחל ישראל ח"ב סי' עד-עה. **[112]** יחוסי תנאים ואמוראים, ע' בן פטורין עמ' 41; מג"א סי' קנו; הפלאה בקונטרס אחרון סי' פ סי"ב; תפא"י, פאה א א; העמק שאלה שאילתא קכט אות ד; זר זהב על או"ה כלל נט דין ט; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"א סי' קמה; הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' כה ואילך. **[113]** מגדל עוז להיעב"ץ אבן בוחן אות פג. **[114]** ס' חסידים סי' תרח"ץ; מגדל עוז להיעב"ץ אבן בוחן פינה א, אות פה; שו"ת יד אליהו מלובלין סי' מג; שו"ת ציץ אליעזר ח"י סי' כה פ"ז אות' ט-יב. וראה עוד בשו"ת ציץ אליעזר ח"ט מפתחות לסי' מה; שם ח"ו סי' כה פ"ז ופי"ח; שם חט"ו סי' ע. וראה עוד מאמרו של הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' כה ואילך; הרב י. דיק, אסיא, נג-נד, תשנ"ד עמ' 48

בנפשו, אבל בוודאי שאחרים אינם יכולים לכפותו על כך[115], וכן להציל ממיתה יכול למחול על דמו בשביל אביו, אפילו אינו תלמיד חכם כמותו, ובוודאי שדין זה נכון בשביל רבו מובהק[116]; ויש מי שכתב, שאם הסיכון של המציל הוא וודאי, אין לו להכניס עצמו לסכנה כזו, גם אם המציל הוא עם הארץ, והניצול הוא תלמיד חכם[117].

חיי שעה עבור חיי עולם — יש מי שכתב, שמי שיש לו רק חיי שעה, לא רק שאין עליו איסור להקריב חייו להצלת מי שיש לו חיי עולם, אלא שחובה על מי שיש לו חיי שעה למסור נפשו להצלת מי שיש לו חיי עולם[118].

דרגת הסיכון — יש שחילקו בין סכנה שבדרך העולם בני אדם לוקחים עליהם לצורך פרנסה, שמותר גם לצורך הצלת חברו, לבין סכנה שלא לוקחים אפילו לצורך פרנסה[119].

עקרון כללי — באופן עקרוני אין לתת כללים ברורים וקבועים בנידוננו, אלא הכל לפי העניין, ויש לשקול העניין בפלס ולא לשמור על עצמו יותר מדאי, ולא לדקדק ביותר, כאותה שאמרו: המדקדק עצמו בכך, סופו שבא לידי כך[120], וכל המקיים נפש מישראל כאילו קיים עולם מלא[121]; ולא כל חשש רחוק נקרא ספק פיקוח נפש, ואם אין בזה גדר ספק נפשות, יש חיוב הצלה, ודבר זה מסור לחכמים ולבקיאים[122,123].

נספח — גדרי 'שומר פתאים ה', ו'דשו בה רבים'

'שומר פתאים ה'[1], ו'דשו בה רבים' נזכר בחמישה מקומות בש"ס: הקזה בערב שבת[2], ביאה ביום תשעים להריון[3], משמשת כדרכה בשלוש הנשים[4], אכילת ענבים ותאנים בלילה בחשש מגולה[5], ומילה ביום המעונן או כשרוח דרומית מנשבת[6]. המשותף לכל אלו הוא, שהעולם אינו נזהר מחשש סכנה במקום שבאמת יש סכנה.

ואילך. **[115]** הרב מ. הרשלר, הלכה ורפואה, ד, תשמ"ה, עמ' פב. **[116]** מגדל עוז שם. **[117]** שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' קעד ענף ד. **[118]** שו"ת משפט כהן סי' קמג-קמד. וראה עוד שו"ת שבט הלוי ח"ו סי' רמב; נ. רקובר, בד"ד, 3, תשנ"ו, עמ' 11 ואילך. **[119]** שבט מיהודה שער א פ"ט; שו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' יז פ"ה; הרפואה לאור ההלכה, כרך ד, ח"א, פ"ד. בעניין הסתכנות לצורך פרנסה — ראה ב"מ קיב א; שו"ת נובי"ת חיו"ד סי' י; שו"ת שם אריה סי' כז; שו"ת משפט כהן סי' רמג; שו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' יז פ"ח. **[120]** ראה ב"מ לג א; טושו"ע חו"מ רסד א. **[121]** פת"ש חו"מ סי' תכו סק"ב; ערוה"ש חו"מ תכו ד; מ"ב סי' שכט סקי"ט. **[122]** פת"ש שם. **[123]** על הסתכנות עצמית לצורך הבאת חללי מלחמה לקבורה — ראה משיב מלחמה ח"ג עמ' יב ואילך, עמ' ע, ועמ' קנד-ה; הגרז"נ גולדברג, המעין מד (ד), תמוז תשס"ד, עמ' 76 ואילך; הגר"י אריאל, תחומין, כה, תשס"ה, עמ' 415 ואילך; הרב י. זולדן, תחומין, שם, עמ' 420 ואילך. על ההסתכנות העצמית עבור הזולת לפי הדת הקתולית — ראה הרפואה והיהדות, עמ' 121.

[1] תהלים קטז ו. **[2]** שבת קכט ב. **[3]** נידה לא ב. **[4]** יבמות יב ב; שם ק ב; כתובות לט א; נידה מה א; נדרים לה ב; תוספתא נידה פ"ב, ובהגי' הגר"א שם. **[5]** ירושלמי תרומות ח ג; בבלי ע"ז ל ב; חולין ט ב. **[6]** יבמות עב א.

יש לציין כי גם הרי״ף וגם הרמב״ם לא הזכירו כלל את הגדר של ׳שומר פתאים ה׳, אף שפסקו כדברי הש״ס במקומות הנזכרים.

יש מהפוסקים שהוסיפו את הטעם של ׳שומר פתאים ה׳ לדברים שנוהגים בהם היתר בימינו, אף שלפי התלמוד היו אסורים משום סכנה, אבל כיום כיוון שדשו בה רבים — שומר פתאים ה׳[7]; ויש מי שכתבו, שדווקא בדברים שחז״ל והראשונים אמרו שדשו בה רבים מותר להסתכן, אבל דברים שחז״ל אסרו משום סכנה, לא מועיל שהאחרונים קובעים שדשו בה רבים[8].

יש מי שכתב, שההסתמכות על שומר פתאים ה׳ הוא רק בדיעבד, אבל לכתחילה ראוי לאדם שלא לסמוך על כלל זה, ולהיזהר בדברים שיש בהם סכנה, גם אם דשו בה רבים[9]; ויש הסבורים, שכלל זה נאמר גם לכתחילה, וגם תלמידי חכמים יכולים לסמוך על זה[10].

בגדרי כלל זה דנו האחרונים, שכן לכאורה קשה, היכן מצינו שמותר יהיה לאדם להכניס עצמו ואחרים בספק סכנה, ולומר ׳שומר פתאים ה׳, ומן השמים ירחמו? מספר הסברים והגבלות נאמרו על כך:

כל דבר שהוא מנהגו של עולם, ודשו בו רבים, והוא דרך הכרח, אין לחוש לספק סכנה, וסומכים על רחמי שמים, שהרי בכל הדרכים יש סכנה, וכן עצם הלידה היא סכנה, ואף על פי כן מותר, ואף חייבים, לנהוג כדרך העולם למרות הסכנה, אבל דבר שהעולם חוששים לו משום סכנה, הרי הוא בגדר סכנה[11].

כלל זה נאמר דווקא כשמדובר בסכנות במסגרת גדרי הטבע, אבל כאשר הסכנה היא מחמת סיבה מקרית, ואין הטבע מחייב אותה, אין ההליכה בדרך הטבע שומרת מן הסכנה[12].

הכלל הזה נאמר דווקא בדבר הרגיל, כי אין אדם חייב להימנע ממנהג דרך ארץ, אבל במקום שבידו להיזהר, אינו בכלל ׳שומר פתאים ה׳, ואם לא ישמור עצמו,

[7] ראה תוס׳ יומא עז ב, בעניין רוח רעה; שו״ת תרומת הדשן סי׳ ריא, בשם האו״ז, בעניין קטלנית; המאירי חולין ט א, בעניין גלוי; בינת אדם על חכמת אדם שער איסור והיתר סי׳ סג, בעניין אוכלים ומשקים תחת המיטה; שו״ת חת״ס חאו״ח סי׳ כג, ושו״ת עזרת כהן סי׳ ו, בדברים שהשתנו הטבעים; האדר״ת, הובאו דבריו בשד״ח מע׳ למ״ד כלל קמא אות לא, בעניין אכילת ביצה קלופה. **[8]** שו״ת חיים שאל סי׳ נט; שו״ת חלקת יעקב חיו״ד סי לט; שו״ת דברי יציב חיו״ד סי׳ לא; שו״ת ציץ אליעזר ח״ט סי׳ יז פ״ב. **[9]** ריטב״א בשם רבו, הובאו דבריו בחידושי הריטב״א יבמות עב א, ובנימוקי יוסף, יבמות פ״ח, ובב״י יו״ד סי׳ רסב; בן איש חי שנה ב, פר׳ פנחס; שו״ת שאילת יעבץ ח״א סי׳ יד. **[10]** רבינו ירוחם, הובאו דבריו בב״י שם; יש״ש יבמות, פרק הערל סי׳ ד; שו״ת צמח צדק חאבהע״ז סי׳ יא; ערוה״ש יו״ד רסג ה; שו״ת דברי יציב חיו״ד סי׳ לא. וראה בס׳ מעדני שלמה ח״א עמ׳ קמו, שכך היתה דעתו של הגרש״ז אויערבאך. **[11]** שו״ת שם אריה סי׳ כז; שבט מיהודה ח״א שער א פי״ט; שו״ת חלקת יעקב ח״ב סי׳ יג; שמירת שבת כהלכתה פל״א סי׳ א סק״ב, ובדעת הגרש״ז אויערבאך. **[12]** צפנת פענח, בראשית, בעריכת הרב מ.מ. כשר, תש״ך, פרקי מבוא, עמ׳ 49.

לא ישומר מן השמים[13].

כלל זה נאמר דווקא בחששות רחוקים ובמיעוט שאינו מצוי, אבל לא בחששות ממשיים, שאז חייבים לעשות כל מאמץ שלא להיכנס בסכנה[14].

כלל זה חל דווקא ביחס לשלוש הנשים, כיוון שלעניין תשמיש וחיוב עונה הוא כמו הבטחה מהקב״ה שלא יארע כל רע וכל צער, כי הוא דבר טבעי ותמידי, והתורה חייבה אותו ללא הגבלות[15]; או שאף שבמקום סכנה חוששים גם למיעוט, ואין סומכים על רחמי שמים, אבל יתכן שהתעברות שלוש הנשים הללו היא מיעוטא דמיעוטא, ולכן לא חששו חכמים[15]; או ששייך לומר שומר מצווה לא ידע דבר רע, ואף שאין האשה מצווה בפריה ורביה, אבל היא מצילה את בעלה מהרהורי עבירה וזו מצווה, וגם מסייעת לבעלה לקיים מצוותו, ובכך יש גם לה מצווה, וזה מצטרף לסמוך על רחמי שמים[16].

כלל זה נאמר דווקא בדבר השכיח שאינו מזיק, ודווקא כשדשו בה רבים[17].

כלל זה נאמר דווקא למי שאינו יודע שהדבר מזיק[18].

יש מי שכתב, שכלל זה נאמר רק בדבר מצווה[19]; ויש מי שכתב, שהכלל חל על כל דבר[20].

יש מי שכתבו, שכלל זה נאמר דווקא בסכנות סגוליות, או בסכנות שהטבעים השתנו, אבל בסכנה טבעית אין סומכים על ׳שומר פתאים ה׳[21].

יש מי שכתב, שכלל זה נאמר דווקא בספק סכנה[22]; ויש מי שכתב, שהכלל נאמר אף בסכנה וודאית[23].

אף שדשו בה רבים, והיינו שהרבים התרגלו למצב הזה ולא רואים בו עוד סכנה, יכול היחיד לחשוש לסכנה, ולא לסמוך על הכלל ׳שומר פתאים ה׳, ואז גם מותר לו לחלל שבת ככל דין ספק פיקוח נפש[24].

בטעם הדבר שהתירו חז״ל לסמוך על ׳שומר פתאים ה׳, משום שלעת עתה עדיין אין סכנה, והחשש הוא לסכנה שתבוא

[13] קובץ שיעורים להגר״א ווסרמן, כתובות, אות קלו. **[14]** אחיעזר ח״א חאבהע״ז סי׳ כג; שו״ת עזרת כהן סי׳ לז; שו״ת היכל יצחק חאבהע״ז ח״ב סי׳ טז. **[15]** שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ד סי׳ עג אות א. **[16]** שו״ת מחזה אברהם ח״ב חאבהע״ז סי׳ מד. וראה ר״ן רפ״ב דקידושין. **[17]** קרבן נתנאל על רא״ש, ע״ז פ״ב סי׳ יב אות כ; תפארת צבי על יו״ד סי׳ צא; שו״ת ציץ אליעזר חט״ו סי׳ לט; שו״ת חלקת יעקב ח״ב סי׳ יא. **[18]** ראה שו״ת תרומת הדשן סי׳ ריא. **[19]** שו״ת זכר יהוסף חאו״ח סי׳ כח. **[20]** ערוה״ש יו״ד רסג ה. **[21]** שו״ת חת״ס חאו״ח סי׳ כג; שו״ת עזרת כהן סי׳ ו; שו״ת היכל יצחק חאבהע״ז ח״ב סי׳ טז; שו״ת יביע אומר ח״ג חיו״ד סי׳ ז. **[22]** שו״ת אבני נזר חאבהע״ז סי׳ א וסי׳ פא; שו״ת עזרת כהן סי׳ ו; שו״ת היכל יצחק חאבהע״ז ח״ב סי׳ טז; שו״ת חלקת יעקב חאבהע״ז סי׳ נט; שו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה, וחי״ב סי׳ מו; שו״ת יביע אומר ח״ג חיו״ד סי׳ ז. **[23]** שו״ת יהודה יעלה חיו״ד ח״א סי׳ רכב. **[24]** ראה ב״י יו״ד סי׳ רסב, בשם הריטב״א; שו״ת מנחת שלמה ח״ב סי׳ לז; שו״ת ציץ

בעתיד, ובחשש כזה מותר לסמוך על הנס, והולכים אחר הרוב, ואין חוששים למיעוט[25]; או כאשר מדובר בצורך גדול לבריאות, למשפחה ובעיקר לקיום מצווה, שאז יש הגנה של 'שומר מצוה לא ידע דבר רע'[26,27].

סוכות — ראה ערך מועדים

סָרִיס

א. הגדרת המושג

סריס זכר[1] הוא כל מי שנפגע במערכת הרביה שלו, ולפיכך אינו יכול להוליד. דבר זה נכון בין אם הפגיעה היא ישירה או עקיפה, ובין אם היא בחלקי הרביה שבתוך חלל הגוף, או מחוץ לחלל לגוף.

יש סריס-חמה, או סריס בידי שמים, היינו סריס מלידה[2], ולפיכך נקרא סריס חמה, לפי שלא ראה החמה אלא בסריסות, והיינו שלקה ממעי אמו[3]; ויש סריס אדם, היינו שנסתרס לאחר לידה על ידי פגיעה חבלתית באיברי ההולדה[4].

מקור המונח "סריס" הוא אכדי, ופירושו "אשר לראש המלך", או חילוף אות שי"ן בסמ"ך כמקובל באשורית "סריס" = "שראש", כלומר השומר אשר לראש המלך[5], שכן בין העמים הקדמונים היו שרי המלך מסורסים[6]. לאור העובדה, שסריסים שימשו את המלכים בעבר, הושאל המונח "סריס" לכל מי שמשרת אדם חשוב, אף אם אינו סריס במובן הרפואי[7].

אליעזר ח"ט סי' יז פ"ב. **[25]** ראה שו"ת בנין ציון סי' קלז; שו"ת אחיעזר ח"א חאבהע"ז סי' כג; שו"ת יביע אומר ח"ו חיו"ד סי' יג. **[26]** קהלת ח ה. ראה — מאמרו של הרב ש. כהן-דוראס, תחומין, כד, תשס"ד, עמ' 445 ואילך. **[27]** וראה עוד באריכות בגדרי שומר פתאים ה' — שו"ת תרומת הדשן ח"א סי' ריא; אחיעזר ח"א חאבהע"ז סי' כג; שו"ת בנין ציון סי' קלז; שו"ת עזרת כהן סי' ו, וסי' לה; שו"ת אגרות משה חיו"ד ח"ב סי' מט, וסי' צז; שו"ת יביע אומר ח"ב חיו"ד סי' ז; שם ח"ג חיו"ד סי' ז; שם ח"ו חיו"ד סי' יג; שו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' יז פ"ב; שם ח"י סי' כה פי"ג; שם חי"ב סי' מו; שם חט"ו סי' לט, וסי' מד; הרב י.מ. בוימל, עמק הלכה-אסיא, עמ' 296 ואילך. וראה במאמרו של הרב נ. לאם, עמק הלכה, ב, תשמ"ט, עמ' 18 ואילך, הע' 6, על ההקשר בתהילים לדרשת חז"ל. **[1]** castrate או eunuch. ביוונית eunouchos הוא איש מסורס, שהועסק כשומר נשים בהרמונות. **[2]** congenital eunuch. המקביל לו בנקבה היא אילונית — ראה ע' אילונית. וראה בשו"ת היכל יצחק חאבהע"ז ח"ב סי' פה; פסקי דין רבניים, ח"ג עמ' רמח. **[3]** רש"י ומאירי יבמות עט ב; פיהמ"ש לרמב"ם יבמות ח ד. וראה עוד פירושים אחרים בפי' ר"ש בן חפני עה"ת בראשית עמ' פד; ערוך ע' סרס; שו"ת ריב"ש סי' תיט. וראה באריכות בס' זכות משה (בולה) סי' עד. ויתכן עוד הסבר למושג זה, שכן 'חמה' פירושה שמש ופירושה חום, ועל פי הגמ' יבמות פ א, נוצר סריס חמה ממעי אמו, כאשר האם אופה לחם בתנור חם בחום הצהרים, וכנראה סברו שחום סביבתי בעת ההריון גורם לעובר להיות סריס מלידה (אף כי הסבר זה לא מובן לפי ידיעותינו כיום). ובערוך ע' סרס פירש שנסתרס על ידי קדחת. **[4]** ראה להלן הע' 164 ואילך, פירוט-יתר של הגדרות הסריס וסוגיו השונים. **[5]** דעת מקרא, אסתר פ"א הע' 20. **[6]** ראה להלן ברקע ההיסטורי. ואמנם תרגומי אונקלוס ויונתן לסריס הוא 'רב', או 'מושל'. **[7]** ובמיוחד מצינו סריס במובן של משרת

קיימים סוגים שונים של סריסים: מרוח אשך[8] — מונח זה התפרש על ידי חז"ל בארבעה אופנים שונים[9]; שחוף[10] — יש מי שפירש, שהכוונה למי שבועל כדרכו ואינו מזריע[11], ויש שמשמע מהם ששחוף הוא חסר כוח גברא[12]; גווזא[13], והוא מלשון חיתוך; גניחה[14] — יש מי שכתב, שמושג זה הוא כנראה שיבוש מגווזא, שהוא לשון חיתוך[15]; שליפא[16], והוא תרגום אונקלוס למונח נתוק[17].

הסריס נמשל לעץ יבש[18]. שם גנאי לסריס הוא קרח[19].

גם בצמחים יש מושג של סריס[20], והכוונה לזנים שאינם מפתחים זרעים.

פצוע דכא[21] הוא מי שנפצעו האשכים שלו, וכרות שופכה הוא מי שנכרת הגיד שלו[22]. וכל זה דווקא אם הפגיעה היתה באיברי הרביה החיצוניים — אשך, גיד או

העושה שיכר — ראה קידושין נב ב; ב"מ מב ב; בכורות לא ב. **[8]** ויקרא כא כ. **[9]** משנה בכורות ז ה — חסר ביצה אחת; נמרחו אשכיו, היינו שנכתתו ונתמעכו ביציו; רוח באשכיו, היינו מי שצבע עורו שחור ככושי (רש"י שם. ולפי זה אין מושג זה מתייחס כלל לפגעים באשכים. אמנם בערוך ע' חשך (ב) פירש, שמי שיש לו מרוח אשך לעולם פניו חשוכין, ומשמע שיש קשר בין הסירוס לפירוש זה. וראה פירושים אחרים בתו"ש, תרגומי התורה, כרך כד, עמ' לז ואילך). **[10]** תוספתא בכורות פ"ה; סוטה כו ב; רמב"ם סוטה א א. **[11]** ערוך, ע' שחף. **[12]** רמב"ם שם; רש"י סוטה כז ב. וראה תוס' סוטה שם ד"ה שחוף. וראה בתו"ש שם פירושים נוספים. וראה עוד בשו"ת יביע אומר ח"ג חאבהע"ז סי' ז אות' יב-יג. **[13]** שבת קנב א, ורש"י שם ד"ה גווזא; מגילה כח א; קידושין לג א, ורש"י שם. **[14]** ב"מ צ ב. **[15]** יסטרוב, ספר המילים. וראה הע' קודמת. **[16]** שבת קנב א. **[17]** ויקרא כב כה. **[18]** ישעיה נו ג. **[19]** ראה שבת קנב א. **[20]** בצלים הסריסין — משנה שביעית ב ט; ר"ה יד א. וראה ביאורו של י. פליקס למשנה שביעית שם, במשמעויות השונות של המושג הזה ובזיהוי הבצלים הללו. **[21]** נחלקו הפוסקים בענין כתיבת התיבה 'דכה' או 'דכא' בספר תורה. יש שהכריעו לכתוב 'דכא' — ראה במנחת שי דברים כג ב (שבכמה ספרים קדמונים מצא שהיה כתוב בא'); הרד"ק בספר שרשים. וכן הוא בגירסת התימנים (ראה יחוה דעת ח"ו סי' נו), ובגירסת הרב מרדכי ברויאר. אך רוב הפוסקים הכריעו לכתוב 'דכה' — ראה שו"ת בית אפרים חיו"ד סי' סד, ובשערי אפרים שער ו סע' מד; קסת הסופר פר' כי תצא; שו"ת תשובה מאהבה ח"א סי' עא; שו"ת מעיל צדקה סי' כט; פסקי הלכות יד דוד (להר"ד פרידמן מקארלין) ח"א בשו"ת שאילת דוד סוסי' א; מנ"ח מ' תריג; לדוד אמת (להחיד"א) סי' יא אות טז (וכתב שם, שאם נכתב בא' יקראו בספר תורה זה רק כשאין ס"ת אחר, ובלא ברכה, אך בשיורי ברכה יו"ד סי' רעה סק"ג כתב, שאמנם לכתחילה צריך לכתוב 'דכה', אבל אם נכתב 'דכא' לא נפסל); משך חכמה דברים כג ב. ובספר שאילת דוד שם כתב, שהדבר תלוי בפירוש מילה זו — אם הכוונה על שם האיבר, שהוא נמוך, והוא מלשון 'דכא ושפל רוח', ואז צריך לכתוב בא', או שהכוונה לחולי ולפגיעה באיבר שהוא נידך, והוא מלשון 'או דכו במדוכה', ואז צריך לכתוב בה'. וראה כנ"ל במשך חכמה דברים כג ב. אכן להלכה נפסק, שאין לפסול ספר תורה בשביל צורת כתיבה של תיבה זו, שאלו ואלו דברי אלקים חיים — ראה שו"ת זרע אמת ח"ג חיו"ד סי' קמא; שו"ת בעי חיי חיו"ד סי' רלג; יחוה דעת ח"ו סי' נו; שו"ת ציץ אליעזר חי"ח סי' נח אות א. וראה עוד באריכות בשו"ת יביע אומר ח"ח חיו"ד סי' כה, בהבדל שבין האשכנזים והספרדים בכתיבת 'דכא-דכה'. ומכל מקום בין הפוסקים מקובל השימוש ב'דכא' — ראה הע' המערכת, אוצה"פ ריש סי' ה, וכן נהגתי בערך זה. **[22]** יבמות ע א; שם עה א.

שבילי הזרע, ובתנאי שהפגיעה היתה ישירה בדרך של ניתוק, פציעה, כריתה, או דיכה[23].

בערך זה יידונו ההגדרות וההלכות הנוגעות לסריס, לפצוע דכא ולכרות שופכה, ופרטי ניתוחים שונים במערכת המין של הזכר ושל הנקבה.

ב. רקע היסטורי

סירוס בעבר — היהדות היא הדת היחידה האוסרת סירוס של בני אדם ובעלי חיים. לעומת זאת, כמעט כל העמים הקדמונים ביצעו סירוס של גברים, וניתוחי סירוס נחשבים בין הניתוחים הקדומים ביותר.

סירוס הגברים בוצע בגלל סיבות אחדות: יש שעשו זאת כאמצעי ענישה; רבים עשו זאת לצורך אספקת סריסים = משרתים להרמונות המלוכה, שכן המלכים ואנשים חשובים אחרים החזיקו נשים רבות, ועבורם נצרכו גברים-משרתים שהם סריסים; ויש שסירסו נערים בגיל צעיר, כדי לשמר את קולם הילדותי הערב.

סירוס למקהלות — סירוס נערים על מנת לשמר את קולם הילדותי היה נפוץ בעיקר בכנסיה הקתולית במחצית השניה של המאה ה-16, ומנתחים איטלקיים התמחו בביצוע הסירוס בילדים בדרכים שונות. פעולה זו היתה בלתי חוקית, ולפיכך לא נותרו עדויות על הרופאים שעסקו בכך. השימוש בזמרי מקהילה כנסייתיים שעברו סירוס בילדותם נמשך בוותיקן עד סוף המאה ה-19, והוא היה נפוץ גם בכנסיות אחרות, בעיקר באיטליה. הזמר הסריס האחרון בוותיקן מת בשנת 1922[24]. במקביל הלכה והתפתחה הפעילות של סירוס ילדים לצורך שימור קולם הערב כזמרים באופרות של אירופה במאות ה-17-18, אשר דעכה בהדרגה בגלל שינוי בטעמם של המאזינים[25].

בסין השתמשו בטכניקות סירוס למטרות אלו כבר כאלף שנים לפני ספירתם[26], והסריס האחרון של חצר המלוכה בסין נפטר רק בדצמבר 1996[27].

בבל — סמיראמיס, מלכת בבל המסתורית, היתה הראשונה שציוותה על סירוס כל הילדים הזכרים בבתי התינוקות המלכותיים, בכדי למנוע תביעות כלשהן על כסא מלכותה.

יוון ורומי — לפי מיתולוגיות יווניות ואגדות של הרומאים היו אלים שונים שביצעו סירוס לאחרים, כגון אוראנוס שסורס על ידי בנו קרונוס ועוד. בחגיגות לכבוד האלה ציבלה היו הגברים המעוניינים לשרת אותה ככוהנים מסרסים את עצמם, ואת איבר המין שלהם היו מניחים על המזבח שלה[28].

בתקופות היסטוריות מוקדמות מוצאים אנו מרכזי ניתוח מיוחדים לאספקת סריסים להרמונות של מלכים באי דילוס, ולפי

[23] ראה להלן הע׳ 242. **[24]** ראה בהרחבה במאמר Jenkins JS, *Lancet* 351:1877, 1998. **[25]** ראה במאמר של Jenkins שם, רשימת זמרי אופרה מסורסים מפורסמים. **[26]** הרפואה והיהדות, עמ׳ 192. **[27]** Jenkins JS, *Lancet* 351:1877, 1998. **[28]** ראה ט. וגו, הרפואה

הירודוטוס — באי כיאוס. בתקופה היוונית כנראה בוצעו ניתוחי סירוס על ידי מנתחים שלא השתייכו לעילית הרפואית[29].

עמים אחרים — באופן דומה בוצעו מעשי סירוס אצל המצרים הקדמונים, הבבלים, הפרסים, ואחרים[30].

תפקידי סריסים — במשך הזמן הפכה הסריסות במזרח הקדמון להוות דרג של שררה או פקידות, כגון פוטיפר שר הטבחים, ושרי המשקים והאופים של פרעה[31], שרי יהודה ושרי ירושלים הסריסים והכהנים[32]. היו גם נושאי משרה בשם 'רב-סריס'[33] ו'שר-סריסים'[34], שהיו ממונים על השרים-הסריסים האחרים.

נצרות — עם הופעת הנצרות הפך ביצוע הסירוס למעשה דתי חיובי, המיועד לכבוש את היצר, ולדכא את המאוויים המיניים. ואמנם בין ראשי הנוצרים היו רבים שביצעו סירוס מרצון, וכרתו לעצמם את האשכים ואת איבר המין, כדי להימנע מתאוות החושים[35]. יתר על כן, היו כיתות שלימות שנהגו כך, כגון כת הוואלסים, במאה ה-3 למניינם, שהיתה כת של סריסים מרצון, שסירסו אף את אורחיהם, וכן רוב הפטריארכים בקונסטנטינופול היו סריסים[36]. במיוחד יש לציין את כת הסקופצים[37] ברוסיה במחצית השניה של מאה הי"ח למניינם. כת זו נוסדה על ידי איכר רוסי בשם קונדרטי סליבנוב, שהטיף לסירוס כאמצעי המועיל ביותר להימנעות מהחטא הקדמון. הסירוס של חברי הכת נעשה על ידי ברזל מלובן או מכשיר חד, והוא כלל כריתת האשכים ו/או כריתת איבר המין הזכרי. גם נשים היו חלק מכת זו, והן כרתו חלקים מהשדיים או את השדיים בכללותן, וכן כרתו חלקים מאיבר המין הנקבי. בשנת 1866 היו 5444 חברים וחברות בכת זו, ביניהם 3979 גברים ו-1465 נשים. יש לציין שהיו ביניהם גם שני יהודים[38]. רק בשנת 1940 יצא גינוי מהכנסיה הקתולית נגד סירוס, כדבר הנוגד את החוק הטבעי[39].

דת האיסלאם אף היא איננה אוסרת סירוס, ואמנם יועצים סריסים מילאו

קלח:167, 2000. **[29]** ואמנם החוקרים חלוקים בדעותיהם אם איסור הסירוס מוזכר בשבועת היפוקרטס — ראה על כך בס' הרפואה והיהדות, עמ' 192-193. **[30]** ראה להלן הע' 76 ואילך. **[31]** בראשית לז לו; שם לט א; שם מ ב. **[32]** ירמיה לד יט. וראה עוד שמו"א ח טו. וראה עוד רש"י קידושין לג א ד"ה רב נחמן; מגילה כח א ד"ה גווזי. **[33]** מל"ב יח יז; ירמיה לט יג; דניאל א ג. **[34]** דניאל א ז-ח, י-יא. וראה מל"ב כג יא — לשכת נתן מלך הסריס, ופירש"י שם שכך היה שמו של אותו פקיד סריס. **[35]** ראה הרפואה והיהדות, עמ' 193. דוגמא מפורסמת לכך הוא אוריגנס (Origenes = 452-581), שהיה סריס מרצון. **[36]** ראה אנציקלופדיה עברית, כרך כו, ע' סרוס, עמ' 531; הרפואה והיהדות, עמ' 193-194. וראה עוד בספרו של יוסף בן מתתיהו, קדמוניות היהודים, ד:ח:מ. **[37]** Skoptsi, שפירושו סריסים ברוסית. **[38]** ראה על כת זו במאמר ט. וגו, הרפואה קלח:167, 2000. וראה עוד על הרקע ההיסטורי של סירוס זכרים בנצרות — Savas H, *Bull Hist Med* 7:723, 1937; Cawadias AP, *Proc Royal Soc Med* 39:502, 1946; הרפואה והיהדות, עמ' 191 ואילך. **[39]** ראה הרפואה והיהדות, עמ' 194.

תפקיד חשוב בתקופת בית עבאס, וסירוס לשם שירות בהרמון מקובל באיסלאם גם בעת החדשה[40].

שבועה — חלקי איברי המין הזכריים, הגיד והאשכים, בהיותם כלי רביה, נחשבו על ידי הקדמונים כאיברים קדושים המסמלים כוחות עליונים. אי לכך היה מקובל להישבע עליהם, על שימת הידיים על הגיד או על האשכים[41]. אף בתקופת האבות נהגו להישבע על ידי אחיזת הגיד, שהיה מקום המילה, המצווה הראשונה שנצטווה אברהם[42], וזה מקביל לנקיטת חפץ של מצווה כמו ספר תורה או תפילין על פי ההלכה[43].

עיקור בעלי חיים אף הוא היה נפוץ בעולם העתיק, והיו לכך מספר סיבות: לשמור על הזנים המיוחדים במדינות מסויימות, כגון עדותו של תודוס הרופא, שאין פרה וחזירה יוצאת מאלכסנדריה של מצרים שאין חותכים האם שלה, בשביל שלא תלד[44]; להביא את בעלי החיים למצב של השמנה ופיטום[45]; לבטל את התשוקה המינית של הזכרים, ולהשביח בכך את כושר עבודתם החקלאית[46]; להביא דבורים ליצירת דבש[47].

ג. רקע מדעי

אנטומיה

כללי — חלק ממערכת הרביה של הזכר היא כפולה, היינו מערכת מכל צד של הגוף (האשך, צינורות הזרע, ושלפוחית הזרע); וחלק אחר הוא יחיד במרכז הגוף (הערמונית, השופכה, והאיבר הזכרי).

הביצה או האשך[48] — הוא מקום יצירת הזרע. הממדים הממוצעים של כל אשך הם 2.5/3/4 ס״מ. האשך עטוף בקופסית, הנקראת הגלימה הלבנה[49], אשר בחלקה האחורי חודרת לתוך האשך, ומפרידה אותו על ידי מחיצות דקות לכ-250 אוניות[50]. כל אונית מכילה 1-4 צינוריות-זרע מפותלות מאד באורך של כ-60 ס״מ. כל הצינוריות מתנקזות ומתלכדות ליצירת עילית-האשך[51]. בתוך כל צינורית יש שני סוגי תאים — תאי תמיכה[52], ותאים המייצרים זרע. רקמת החיבור שבין הצינוריות מכילה תאים בשם

[40] אנציקלופדיה העברית, שם (הע׳ 35 לעיל). **[41]** אשכים באנגלית הם testes, ומכאן המושג testimony לעדות ו-testament לצוואה. **[42]** בראשית כד ב, וברש״י עה״פ שם; בראשית מז כט; בראשית רבה נט יא. וראה בתו״ש בראשית פכ״ד אות׳ לט-מא. **[43]** שבועות לח ב, וברש״י שם; רש״י גיטין לה א ד״ה חוץ לב״ד. **[44]** בכורות כח ב. **[45]** ראה Preuss J, *Biblical and Talmudic Medicine*, trans. F. Rosner, p.378. **[46]** ראה ב״מ צ ב, ובפירש״י שם ד״ה לשחיטה, ששור מסורס דמיו יקרים יותר אם הוא מיועד לחרישה. **[47]** ראה משנה ב״ב פ א, וברשב״ם שם. אך ראה בגמ׳ שם פירוש שני למסורס והוא לשון דילוג ולסירוגין, וכן נפסק להלכה ברמב״ם מכירה כג יג וטושו״ע חו״מ רכ יח, ולפיכך אין כאן עניין לסירוס במובן הרגיל. **[48]** testis. **[49]** tunica albugineatestis. **[50]** lobules. **[51]** epididymis. **[52]** תאי

תאי ליידיג[53], המייצרים את ההורמון הזכרי טסטוסטרון, אשר לו תפקיד ביצירת סימני המין הגבריים.

שק האשכים[54] מחולק לשניים על ידי מחיצה של רקמת חיבור, ובתוך כל שק מונח אשך. שק האשכים מכיל שריר דק[55], אשר על ידי התכווצותו והרפייתו עוזר לוויסות החום הסביבתי של האשכים.

עילית-האשך הוא צינור מפותל מאד, הנוצר מהתלכדות צינוריות-הזרע שבכל אשך, והוא ממשיך כצינור-הזרע[56].

צינור הזרע נמצא בתוך חבל הזרע[57] העובר בתוך תעלת המפשעה[58] לתוך אגן הירכיים. צינור הזרע ממשיך כצינור יורה-הזרע[59]. לתוך צינור זה נפתחת גם שלפוחית הזרע[60], המונחת מעל הערמונית, ומתחת לשלפוחית השתן. אורך כל שלפוחית זרע הוא כ-6 ס״מ. צינורות יורי-הזרע משני הצדדים חודרים דרך הערמונית, נשפכים לתוך השופכה[61], והזרע כמו גם השתן נשפכים החוצה דרך השופכה העוברת לאורך הערמונית והאיבר הזכרי[62], כלומר שיש מוצא משותף לשתן ולזרע.

הערמונית[63] היא איבר שרירי-בלוטי בצורת חרוט הפוך דמוי ערמון. היא מונחת קדימה לחלחולת, ומתחת לשלפוחית השתן. חלקה העליון של הערמונית הוא המשכי עם צוואר שלפוחית השתן. משקל ממוצע של ערמונית הוא כ-8 גר׳, וממדיה 3/2/4 ס״מ. הערמונית מורכבת משרירים חלקים ורקמת חיבור, והיא עטופה בקופסית דקה. בתוך הערמונית ולכל אורכה עובר החלק הראשון של השופכה באורך של כ-2.5 ס״מ. כמו כן נמצאים בחלק האחורי של הערמונית צינוריות יורי-הזרע, אשר חודרים לגוף הערמונית באלכסון, ונכנסים לתוך השופכה מעל לשריר הסוגר החיצוני. בתוך הערמונית ישנן בלוטות הפרשה הנפתחות לשופכה.

האיבר הזכרי של הגבר[64], מורכב מגוף האיבר ומהעטרה. גוף האיבר מורכב משני גופים מחילתיים[65] וגוף ספוגי[66] הנמצא מתחתיהם, ובתוכו עובר החלק הסופי של השופכה. קוטר השופכה במקום זה הוא 8-9 מ״מ. הגוף הספוגי מתרחב בסופו, מעבר לגופים המחילתיים, ויוצר את העטרה. איבר המין הזכרי מכוסה בעור דק, אשר מעל העטרה הוא יוצר כפל עור, מעין שק, וזהו עור הערלה. אורך האיבר במבוגר הוא כ-5-7 ס״מ ברגיעה, וכ-12-18 ס״מ בזיקפה. בעת גירוי מיני חודרת לשלושת הגופים שבגוף האיבר כמות גדולה של דם הגורמת לזיקפה, היינו התארכות והתקשות של האיבר, ובמצב זה ניתן לקיים יחסי אישות.

סרטולי = Sertoli. **[53]** Leydig. **[54]** scrotum. **[55]** הנקרא dartos muscle. **[56]** vas deferens. **[57]** spermatic cord, אשר מכיל בנוסף לצינור הזרע גם את העורקים, הווֹרידים, כלי הלימפה, והעצבים. **[58]** inguinal canal.

[59] ductus ejaculatorius. **[60]** seminal vesicle. **[61]** urethra. **[62]** penis. **[63]** prostate. **[64]** בחז״ל מצינו לו מספר שמות — ראה ע׳ אברים ורקמות, הע׳ 15. **[65]** corpora cavernosa. **[66]** corpus spongi-

פיסיולוגיה

תאי הזרע נוצרים בצינוריות-הזרע שבאשכים, הם מועברים דרך מערכת צינורות-הזרע, ונאגרים בעילית האשך. בעת פעילות מינית נדחפים תאי הזרע דרך שבילי הזרע — צינורות הזרע וצינורות יורי-הזרע — לתוך השופכה. במקביל נשפך לתוך השופכה נוזל הזרע, הנוצר בעת הפליטה עצמה על ידי שלפוחיות הזרע, הערמונית, וזוג בלוטות על שם קופר בבסיס איבר המין. תאי הזרע יחד עם נוזל הזרע מהווים את שכבת הזרע[67]. בעת הקישוי והביאה מתכווצים השרירים של צוואר שלפוחית השתן ושל השופכה בחלק הסמוך לצוואר שלפוחית השתן, ולפיכך אין כניסת שתן מהשלפוחית לשופכה בעת הפעילות המינית, בעוד שכבת הזרע נכנסת דרך צינורות הזרע לתוך השופכה בחלקה המרוחק יותר, וממשיכה לזרום לתוך החלק של השופכה שבאיבר הזכרי, ומשם יוצאת החוצה.

פתולוגיה

כללי — הסירוס יכול לקרות באופן בלתי ישיר, כגון על ידי קרינה גבוהה לאזור האשכים או השחלות, או על ידי תרופות מעקרות, הפועלות על מערכת ההורמונים המיניים; והוא יכול להתבצע על ידי פגיעה ישירה באיברי המין, כגון ניתוח או חבלה. סירוס הגבר הנפוץ ביותר כיום הוא על ידי קשירת צינורות הזרע[68].

תוצאות סירוס — סירוס על ידי סילוק בלוטות הרביה הראשוניות, היינו האשכים בזכר, והשחלות בנקבה, גורם לשתי תופעות: עקרות, היינו חוסר יכולת רביה, בגין היעדר יצירה של תאי הזרע או הביציות; ופגיעה בסימני המין המשניים, בגין היעדר ההורמונים האחראיים להתפתחות סימנים אלו. לפיכך, מי שהפך להיות סריס בגיל צעיר יהיה עקר, וגם יוכר חיצונית לפי היעדר סימני מין משניים האופייניים למינו, כגון זכר סריס יסבול מפיזור נקבי של שיעור, וקול נשי. כיום ניתן לתקן חסר זה על ידי מתן הורמונים מתאימים, אך לא ניתן לתקן את העקרות.

כדי לסרס אדם יש צורך לכרות את שני אשכיו או לקשור את צינורות הזרע משני הצדדים, שכן פגיעה בצד אחד בלבד איננה גורמת לעקרות.

אשכים טמירים — האשכים מתפתחים בעובר בתוך חלל הבטן, ונודדים לכיוון שק האשכים. האשכים זקוקים לסביבה החיצונית של שק האשכים כדי לפתח את כושר יצירת תאי הזרע, שכן באזור זה החום הסביבתי נמוך יותר בהשוואה לחום שבתוך הגוף. בדרך כלל מגיעים האשכים לשק בחודש השמיני להריון, אך יש שהם נשארים בתוך תעלת המפשעה, או אפילו בתוך חלל הבטן, גם לאחר הלידה. מצב זה מכונה טמירות האשכים[69]. אם אשך איננו יורד לשק הוא מאבד את כושרו לייצר תאי זרע; נגרמת בכך הפרעה בתיפקוד האשך השני, אף אם הוא תקין ונמצא בשק האשכים; ולעתים הופכים

[67] וראה חוז״א אבהע״ז סי׳ יב סק״ז. osum.

[68] vasectomy.

[69] cryptorchidism.

התאים שבתוך האשך הטמיר לתאים ממאירים. לפיכך יש צורך לפעול להורדת האשכים למקומם הטבעי, דבר שיכול להיעשות באמצעות תרופות הורמונליות או בדרך ניתוחית, ואם דבר זה אינו אפשרי, יש לכורתם.

גידולים באשכים — באשכים ובשבילי הזרע יכולים להתפתח גידולים, שבדרך כלל הם ממאירים, ודורשים כריתת האיבר הנגוע. גידולים ממאירים באשכים הם נדירים, עם כי יש מגמת עליה בשכיחות גידולים אלו בשנים האחרונות. הסיבות לגידולים אלו בדרך כלל אינן ידועות, אך חבלות וטמירות האשכים מקובלות כגורמי סיכון. קיימים חילוקי דעות אם עיקור על ידי חיתוך או קשירת צינור הזרע מהווה גורם סיכון להתפתחות ממאירות באשכים[70].

גידולי הערמונית — הערמונית יכולה לגדול מעבר לממדיה הטבעיים בגלל שני תהליכים: גדילה שפירה[71], או גידול ממאיר[72].

הבעיה העיקרית של הגדילה השפירה של הערמונית היא חסימת השופכה, ובכך נגרמת חסימה ליציאת השתן, אשר גורמת לכאבים עזים, ולעתים להפרעות בתיפקוד הכליות. מעניין לציין כי עובדה זו תוארה כבר בפפירוסים מצריים משנת 1500 לפסה״נ, וכן נידונה כבר על ידי היפוקרטס. התופעה שכיחה מאד אצל זקנים, ונמצאה בשכיחות של 51% בגברים בני 60-69 שנה. קיימות מספר שיטות טיפוליות במצב זה: טיפולים תרופתיים שמטרתם לכווץ את שרירי הערמונית, ובכך להקל על התסמינים של חסימת דרכי השתן; טיפולים הורמונליים; הרחבת השופכה בעזרת בלון; ועוד. אכן, כיום טיפול הבחירה במצבים הגורמים לתסמינים משמעותיים בדרכי השתן הוא ניתוח. מוכרות שתי שיטות ניתוח עיקריות: כריתת הערמונית דרך השופכה, בדרך כלל באמצעות מכשירים פיברו-אופטיים, או באמצעות קרני לייזר. בדרך זו לא שכיחה התפתחות זיהום באשכים, ולכן אין צורך בניתוק שבילי הזרע; וכריתת הערמונית דרך דופן הבטן — כאן שכיח זיהום של האשכים העובר מאזור הניתוח דרך שבילי הזרע, ולכן מקובל לנתק גם את צינורות הזרע משני הצדדים, כדי למנוע זיהום זה. בעת הניתוח להוצאת הערמונית חותכים תמיד גם את החלק של השופכה העובר בתוכה. לאחר ניתוח זה האדם יהא בהכרח עקר, שכן בדרך רגילה, בעת קישוי וביאה, יש התכווצות של צוואר כיס השתן ושל השופכה, כך שהזרע הנכנס דרך צינורות הזרע לתוך השופכה ממשיך קדימה לתוך החלק של השופכה שבאיבר הזכרי ויוצא החוצה. אבל כאשר נכרת החלק של השופכה שבתוך הערמונית, מתבטל המנגנון הזה, ובעת הקישוי והביאה הזרע נשפך לתוך החלל שנוצר בערמונית, חוזר אחורה, ונכנס לתוך שלפוחית השתן, ומאוחר יותר הוא יוצא יחד עם השתן החוצה. כך שהאדם הוא עקר גם אם לא כורתים את שבילי הזרע שמחוץ לערמונית. אך ניתוח זה אינו פוגע בכושר

[70] ראה — West RR, *BMJ* 304:729, 1992.

[71] benign prostatic hyperplasia = BPH.

[72] adenocarcinoma of prostate.

הזיקפה, והאיש יכול לקיים יחסי אישות.

באשר לממאירות בבלוטת הערמונית — קיימות דרכי טיפול והתייחסות שונים, בהתאם לסוג הגידול, גודלו ומיקומו[73]. כאשר מדובר בשלב מתקדם של גידול ממאיר עם גרורות מקובל לכרות את הערמונית ובלוטות הלימפה שבאגן, ולהוסיף הקרנות, או טיפול הורמונלי, או כריתה של האשכים, אם כי יעילות הטיפולים הניילווים הללו טרם הוכחה סופית[74]. התפרסמו עבודות שיש סיכון יתר לממאירות זו בגברים שעברו עיקור על ידי חיתוך או קשירת צינור הזרע, אך עדיין לא הוכרעה השאלה מבחינה מדעית אם אמנם יש קשר ישיר כזה[75].

על הרקע המדעי הנוגע לאיברי הרביה של האשה והניתוחים הקשורים בה — ראה ערך רחם.

ד. הסריס במקרא ובחז״ל

סירוס בין העמים — הסירוס היה מעשה נפוץ ומכובד בין העמים הקדמונים ביחס למשרתי המלך ונשותיהם[76], כגון במצרים[77] ובפרס[78]. אצל מלכי ישראל בימי המקרא מוזכרים סריסים[79], אך אין כל הוכחה שהם היו יהודים שהמלכים סרסו אותם באיסור, אלא שהיו לוקחים אותם מן הגויים, או שהיו סריסים מחמת חולי[80].

אישים סריסים במקרא — בנוסף לסריסים-משרתים של מלכים מצינו מספר אישים במקרא שהיו סריסים[81]:

נח[82], פרעה[83], פוטיפר[84], שר המשקים ושר האופים של פרעה[85], המצרים לאחר מכת הצפרדעים[86], אמנון[87], עבד מלך הכושי[88], שבעת סריסי המלך אחשורוש[89], הגא סריס המלך[90], שעשגז שומר

[73] ראה סיכום הגישות השונות — Catalona WJ, *N Engl J Med* 331:996, 1994. **[74]** ראה — Cheng WS, et al, *Urology* 42:283, 1993; Smith PH, *Cancer* 71(Suppl 3):1074, 1993; Johansen TE and Fjaere HT, *Br J Urol* 68:62, 1991; Zincke H, *Urology* 33(Suppl 5):27, 1989. **[75]** ראה — Howards SS and Peterson HB, *JAMA* 269:914, 1993. **[76]** אסתר ב ג; שם ב יד. **[77]** ישעיה לט ז. **[78]** אסתר א י; שם ד ד. וראה דעת מקרא על אסתר פ״א הע׳ 20, שמביא מהירודוטוס שמלכי פרס היו מרבים להשתמש בסריסים משרתים. **[79]** סריסי מלך באופן כללי — שמו״א ח טו; ישעיה לט ז (וראה סנהדרין צג ב, מחלוקת אמוראים אם הכוונה לסריסים ממש, עיי״ש); שם נו ג; סריס של אחאב — מל״א כב ט; סריס של יהורם בן אחאב — מל״ב ח ו (וראה רד״ק שם, שהיה סריס ממש, שנכרתו ביציו); סריסים אצל איזבל — מל״ב ט לב; סריסי יהויכין — מל״ב כד יב,טו; סריסי יכניה — ירמיה כט ב; סריס פקיד על אנשי המלחמה אצל צדקיה — ירמיה נב כה; סריסי דוד — דברי הימים א כח א. **[80]** רד״ק מל״ב ח ו. **[81]** חלק מהם היו בוודאי סריסים ממש, וחלקם היו משרתים שנקראו סריסים — ראה לעיל בחלק ההיסטורי. **[82]** סנהדרין ע א, שלפי דעה אחת בחז״ל סירס חם את נח אביו. ובמדרש יש שכנען הוא שסירסו, וראה מלבי״ם בראשית ט כב. **[83]** בראשית רבה פו ג. **[84]** בראשית לז לו; שם לט א. וראה סוטה יג ב, שגבריאל סירסו. וראה רש״י ורמב״ן בראשית מא מה, והוא על פי בראשית רבה פו ג. וראה תו״ש וישב פל״ט אות יא. **[85]** בראשית מ ב; שם מ ז. **[86]** שמות רבה טו כז. **[87]** סנהדרין כא א. **[88]** ירמיה לח ז. **[89]** אסתר א י,יב; שם ב כא. **[90]** אסתר ב

הפלגשים[91], בגתן ותרש[92], התך[93], חרבונה[94], אשפנז[95], חנניה מישאל ועזריה[96].

אישים סריסים בתלמוד — בתלמוד מתוארים מספר אישים שהיו סריסים, או פצועי דכא:

פלוני שטיפס על דקל, וקוצים ניקבו את אשכיו[97], בן מגוסת בירושלים, שהיה סריס אדם[98], לוי סריסא[99].

מושגים — מצינו במקרא ובחז״ל מונחים שונים הנוגעים למערכת הרביה:

אשך[100], יש אומרים, שהאל״ף היא נוספת, והשורש הוא מלשון ׳כשוך חמת המלך׳, היינו שרוחו נחה, ואין לו התגברות התאווה; ויש אומרים, שהוא נוטריקון ׳איש כאן׳, היינו שבאמצעות האשך נבדל האיש מהאשה[101]; ביצה[102], ונקרא כן על שום צורתו; כיס[103], והוא שק האשכים; חוטי הביצים[104] — יש אומרים, שהם הצינורות שבהם תלויים האשכים בכיס, ומשמע שהכוונה לעילית האשך[105]; יש אומרים, שחוטי הזרע הם הצינורות שבהם מתבשל הזרע, ומשמע שהכוונה לצינוריות[106]; ויש מי שכתב, שגם גידי ביצים הם שבילי הזרע[107].

שתן וזרע — לפי חז״ל יש שני נקבים באיבר המין הזכרי, אחד מוציא שתן, ואחד מוציא שכבת זרע, ואין בין זה לזה אלא כקליפת השום, ואם ניקבו זה לתוך זה — נמצא עקר[108]. ומסופר בתלמוד[109] על איש בפומבדיתא שנסתם אצלו הקנה המוליך את שכבת הזרע, ויצא הזרע דרך השביל של השתן, ועקב כך נעשה פצוע דכא[110]. יש שכתבו, שבדבר זה נשתנו הטבעים, וכיום אין אנו רואים אלא שביל אחד באיבר המין הזכרי, ובעת הטלת שתן יוצא ממנו השתן, ובעת פליטה יוצאת שכבת זרע[111]; ויש שכתבו, שהכוונה לשבילי הזרע ושבילי השתן שלפני תחילת האיבר הזכרי, היינו בגובה הערמונית, ואשר קיימת ביניהם הפרדה תיפקודית, כך

ג, טו. **[91]** אסתר ב יד. **[92]** אסתר ב כא; שם ו ב. **[93]** אסתר ד ה. **[94]** אסתר ז ט. **[95]** דניאל א ג. **[96]** ירושלמי שבת סופ״ו; בבלי סנהדרין צג ב, מחלוקת. **[97]** יבמות עה א ב. **[98]** יבמות עט ב; ירושלמי יבמות ח ה. **[99]** ירושלמי שבת ג ג; שם ביצה ב ג. במאה הי״ט למניינם התפרסם סריס חמה יהודי בשם אברהם נחום מכפר ליד העיר איזמיר בטורקיה, ודנו בעניינו בס׳ עיני כל חי, דקל״ה ע״ב ואילך; שו״ת שמחה לאיש חאבהע״ז סי׳ ב; שו״ת ישמח לב, סי׳ יג. וראה בנידון במאמר — Barth JH and Zemer M, *Jewish Med Ethics* 2(2):44, 1995. **[100]** ויקרא כא כ. **[101]** ראה תו״ש, תרגומי התורה, כרך כד, עמ׳ לט. **[102]** יבמות עה א-ב; בכורות ח א; שם מ א-ב; שם מד ב. **[103]** בכורות לט ב. **[104]** יבמות עה ב. **[105]** רש״י יבמות שם ד״ה בכולן; טור אבהע״ז סי׳ ה. **[106]** רמב״ם איסורי ביאה טו ג; שו״ע אבהע״ז ה ב. וראה בשו״ת מנחת יצחק, ליקוטי תשובות סי׳ קלד, שלדעתו ברור שחוטי הביצים הם דווקא אלו שהביצים תלויים בהם, ולא חוטי הזרע שבתוך האשכים. וראה באריכות חזו״א אבהע״ז סי׳ יב אות ז; שו״ת חלקת יעקב ח״ב סי׳ כב. **[107]** ראה רמב״ם אישות ב יד, ובס׳ נשמת אברהם חאבהע״ז סי׳ קעב סק״ד. וראה בשו״ת מנחת יצחק ח״ו סי׳ קמב. **[108]** בכורות מד ב. **[109]** יבמות עה ב. **[110]** יבמות שם; רמב״ם איסורי ביאה טז ה; טושו״ע אבהע״ז ה ו. **[111]** ראה חזו״א אבהע״ז סי׳ יב אות׳ ו-ז. וראה בע׳ השתנות הטבעים הע׳ 99 ואילך.

שבעת גירוי מיני ופליטת זרע, אותו חלק של צינור השתן הנמצא בין שלפוחית השתן לבין מקום כניסת שבילי הזרע לצינור השתן מתכווץ, ואז אין אפשרות לשתן לצאת לכיוון האיבר הזכרי, ואין אפשרות לשכבת הזרע ללכת אחורה לתוך שלפוחית השתן[112]. במעשה פומבדיתא התקלקל מנגנון זה, ולכן האיש אמנם נעשה עקר[113].

רפוי סריס אדם וסריס חמה — חז״ל הבחינו בין שני סוגי סריסים: סריס אדם הוא מי שנסתרס לאחר לידה, והוא סוג סריס שלכל הדעות אין לו רפואה[114]; סריס חמה הוא מי שנולד סריס[115], ולגביו נחלקו תנאים ופוסקים — יש אומרים, שיש לו רפואה, שכן במינם מתרפאים באלכסנדריה של מצרים[116], ויש אומרים שאין לו רפואה[117].

רפוי פצוע דכא וכרות שפכה — פצוע דכא לכל הדעות יכול להבריא, וחוזר להכשרו הראשון[118]; וכרות שופכה — יש מחז״ל שסברו שאין לו רפואה כלל[119], אך להלכה נפסק שאף כרות שופכה יכול להבריא, וחוזר להכשרו הראשון[120].

יכולת ההולדה למי שיש לו רק ביצה אחת שנויה במחלוקת — יש מקורות שמהם משמע, שכל שאין לו אלא ביצה אחת אינו מוליד[121]; ויש מקורות שקבעו, שבעל ביצה אחת — מוליד[122]. ואם ניקבה ביצה — אינו מוליד[123]. אמנם בזמנינו השתנו הטבעים, ומי שניקבה לו

[112] ראה לעיל ברקע המדעי. **[113]** שו״ת חשב האפוד ח״ב סי׳ ח; נשמת אברהם חאבהע״ז סי׳ ה סק״ג; מ. הלפרין, עמק הלכה, ב, תשמ״ט, עמ׳ 176 ואילך. וראה עוד בס׳ ישועות מלכו סי׳ יח; שו״ת משפטי עוזיאל מהדו״ת חאבהע״ז סי׳ ו; שו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פכ״ד; שו״ת חלקת יעקב ח״ב סי׳ כב. אמנם ראה בשו״ת חת״ס ח״ו סי׳ סד, מה שהסיק להלכה מפשטות דברי הגמרא הנ״ל לאסור תיקון להיפוספדיאס, כי לא יוכלו הרופאים לעשות שני שבילים בתוך הגיד, עיי״ש. וראה עוד בנידון בשו״ת מהר״ם שיק חאבהע״ז סי׳ ט. **[114]** יבמות עט ב. **[115]** יבמות שם. ראה להלן הע׳ 164 ואילך, בפרטי דינים. **[116]** וראה בספרו של פרויס, בתרגום האנגלי של רוזנר, עמ׳ 224, שלא ידועים מקורות אחרים ליכולת ריפוי זו. אמנם ראה במאמר Barth JH and Zemer M, *Jewish Med Ethics* 2(2):44, 1995, שאמנם ניתן לאתר צורות של סריס חמה שניתנות לריפוי. **[117]** ראה קרבן נתנאל יבמות פ״ח אות ת. וראה בשו״ת חות יאיר סי׳ רכא; שו״ת שבט הלוי ח״ג סי׳ רז אות א. **[118]** ספרי דברים פיסקא רמז; ירושלמי יבמות ח ב; סמ״ג, הובא בשלטי הגבורים, יבמות, ר״פ הערל. **[119]** שם. וראה ב״ח אבהע״ז סי׳ ה ד״ה כתב הרא״מ וכו׳. **[120]** ב״י אבהע״ז סי׳ ה ד״ה כתב ה״ר אליעזר וכו׳; חזו״א חאבהע״ז ליקוטים סי׳ ה; שו״ת שבט הלוי ח״ח סי׳ רסז אות א. **[121]** ירושלמי יבמות ח ב; בבלי יבמות עה א. וראה בתוס׳ שם ד״ה שאין, מחלוקת ר״ת ור״י ביחס לגירסא בירושלמי — ׳של ימין׳ או ׳שלימין׳. וראה להלן הע׳ 276 ואילך; עצי ארזים סי׳ ה סקי״ג; ישועות יעקב שם סק״ג; שו״ת שואל ומשיב מהדו״ק ח״א סי׳ קצ. **[122]** יבמות שם; שיטת ר״ת תוס׳ שם; מרדכי יבמות פ״ח אות ע; יש״ש יבמות פ״ח סי׳ ח, שכתב ״ומעשים בכל יום שמולידים אותם שחותכים להם הרופאים ביצה אחת וכו׳, וטוב להזהיר את הרופאים לחתוך של שמאל אם אפשר״. וראה בהעמק שאלה שאילתא קנב סק״ח, שכתב שגדולי הפוסקים מעידים שבעל ביצה אחת מוליד, וכן מעידים גדולי הרופאים, ואף שבירושלמי אמרו שאינו מוליד, מכל מקום נראה שהדבר תלוי בשינוי האקלים, וגם הזמנים נשתנו בכמה ענינים, וכן כתב בשו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ב סי׳ ג ענף ב. **[123]** יבמות עה א, ובתוס׳ שם ד״ה שאין; מאירי שם; יש״ש

ביצה יכול להוליד[124].

יש אומרים, שפצוע דכא אינו מוליד לעולם, ואין אף מיעוט שמוליד[125]; ויש אומרים, שבמיעוט המקרים פצוע דכא יכול להוליד[126].

סיבות לעקרות האיש — בתלמוד נמנו מספר סיבות לסירוס ועקרות של איש: הנצרך לנקביו ולא יוצא[127], חבלת ראש[128], המשמש מיטתו שיכור[129], המסתכל בערווה[130], השותה כוס של עקרין[131], השותה מים ששרו בהם גרעיני תמרים[132], מי שנפגע מארס צרעה[133], סריס חמה נוצר כך ממעי אמו, כאשר האם אופה לחם בתנור חם בחום הצהרים, ושותה שיכר חזק[134].

גם לעיקור של בעלי חיים יש מספר סיבות בתלמוד: תרנגול נעשה עקר על ידי עקירת כרבולתו[135], ואין הכוונה שהוא הופך להיות מסורס בדרך זו, אלא שבגלל פעולה זו הוא נמנע מלהזדקק לנקבה[136]; דבורים נעשות עקרות כשאוכלות חרדל, והיינו שאינן עוסקות בפריה ורביה[137].

מצינו בתלמוד מספר בדיקות וטיפולים הנוגעים לסריס:

אין לו אלא ביצה אחת — רבי עקיבא אומר, מושיבו על עכוזו וממעך, אם יש ביצה סופה לצאת. מעשה שמיעך ולא יצאה, ונשחטה ונמצאה דבוקה בכסלים, והתיר רבי עקיבא, ואסר רבי יוחנן בן נורי[138]. והיינו תיאור של אשך טמיר[139].

נקב בעטרה שנסתם — אם בזמן ראיית קרי הזרע המתאסף קורע את הקרום הסותם, הרי הוא פסול, ואם אין הסתימה נקרעת על ידי ראיית קרי, הרי הוא כשר. ומה היא הבדיקה המביאה את האיש לידי ראיית קרי: מביאים לחם שעורים חם ומניחים אותו על פי הטבעת, ומחמת החמימות הוא רואה קרי, או שמראים לו בגדי צבעונים של אשה, וזה גורם לו ראיית קרי, ובדיקות הללו תלויות בסוג האנשים מבחינת תאוותם[140]. והטעם שמותר לעשות בדיקה כזו, אף שגורמת להוצאת שכבת זרע לבטלה, כיוון שנעשה לצורך בירור אם מותר לבוא בקהל, הרי זה לצורך פריה ורביה[141]. יש שהשמיטו בדיקה זו מכל וכל[142], ויש שהביאו את

יבמות פ״ח סי׳ ח; שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ יז. **[124]** ראה שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ב סי׳ ג ענף א. וראה בע׳ השתנות הטבעים הע׳ 89 ואילך. וראה להלן הע׳ 359 ואילך. **[125]** ב״ש סי׳ ה סק״ג; עצי ארזים סי׳ ה סקי״ג; שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ יז; שו״ת שואל ומשיב מהדו״ק ח״א סי׳ קצ; עצמות יוסף קידושין עב ב; שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ב סי׳ ג ענף א. **[126]** לבוש אבהע״ז סי׳ ה סע׳ ב, בשם יש אומרים; היעב״ץ באגרת ביקורת תשובת הגדר דכ״ג ע״א; שו״ת דברי חיים ח״א חאבהע״ז סי׳ יא; שו״ת שב יעקב סי׳ ד. **[127]** יבמות סד ב; בכורות מד ב. **[128]** חולין מה ב. וראה בע׳ עצבים, מערכת ה-, הע׳ 179 ואילך. **[129]** מסכת כלה א. **[130]** סנהדרין צב ב. **[131]** שבת קי א. **[132]** גיטין סט ב. **[133]** סוטה לו א. **[134]** יבמות פ א. **[135]** שבת קי ב. **[136]** ערוה״ש אבהע״ז ה כה. **[137]** ב״ב פ א. **[138]** בכורות מ א. **[139]** ראה לעיל בחלק המדעי. וראה בנידון בשו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״א סי׳ יב. **[140]** יבמות עו א. **[141]** ערוך לנר יבמות שם. וראה עוד בשו״ת דברי מלכיאל ח״ה סי׳ קנז. **[142]** רמב״ם וטושו״ע.

הבדיקה[143]. יש מי שכתב, שבוודאי בזמנינו אין להסתמך על בדיקה זו[144]; יש מי שכתב, שהדבר תלוי בהבנת רופאים מומחים בנידון[145]; ויש מי שנטה להסכים לבדיקה כזו גם בזמנינו כדי להתיר איש לקהל[146].

גיד שניקב, ניתן לרפאותו, שיעלה קרום ויסתמו, והדרך לרפאותו הוא להביא שעורה ולסרוט סביב הנקב, ובכך גורמים לפציעה וליציאת דם, אשר גורם להעלות ארוכה, ומביאים שומן ומשפשפים באותו אזור, ומביאים נמלה גדולה ומניחים את ראשה באזור הנקב, והיא נושכת שם ונדבקת לנקב, ואז כורתים את ראשה והוא נשאר בנקב וסותמו, וכל זמן שהראש הולך ובלה הבשר עולה ומתחבר, ודווקא שעורה אבל לא ברזל כי הוא עושה שריטה או גורם לנפיחות באזור, ודווקא נקב קטן, אבל נקב גדול חוזר ונסתר[147].

סריס אינו רץ אחרי נקבה[148], היינו שאין לו תאוות נשים.

אין איש שלא נעשה סריס חמה שעה אחת קודם למיתתו, שיסורי המיתה מתישים כוחו[149].

ה. פרטי דינים

1א. הגדרות ועקרונות — כללי

טעמי האיסור — מספר טעמים ניתנו לאיסור הסירוס ולאיסור על פצוע דכא וכרות שפכה לבוא בקהל:

יש שכתבו, שעיקר הנישואין מיועדים לפריה ורביה, 'כי לא תהו בראה לשבת יצרה', ולכן מצד אחד אסור לסרס כדי לא להמעיט את הפריון, ומאידך מי שהוא פצוע דכא או כרות שפכה אסור לבוא בקהל, כיוון שאין אלו ראויים להוליד, והרי הנישואין הללו לבטלה[150]; יש מי שכתב, שהטעם הוא להרחיקנו מגרימת הפסד לאיברי ההולדה, כי ידוע שהמלכים בימי קדם היו מסרסים את הזכרים למנותם שומרים לנשים[151], ויש מן הזכרים הפחותים שרוצים בדבר, כדי לזכות בשולחן המלך ולהרוויח ממון, ואנחנו עם הקודש נרחיק העניין ונמאס אותו[152]; יש מי שכתב, שפצוע דכא נאסר כדי שלא תזנה אשתו תחתיו והממזרות רבה[153]; יש מי שכתב, שהטעם בזה שלא להטיל פגם וזוהמה בצורה העליונה[154]; ויש מי שכתב, שאיסור סירוס הוא גזירת הכתוב[155]. יש

[143] ראה ישׁ״ש יבמות פ״ח סי׳ יד; ב״ש סי׳ כה סק״ב; ערוה״ש אבהע״ז ה יד. [144] תורת חסד חאבהע״ז סי׳ לח. [145] ערוה״ש שם. [146] שו״ת שבט הלוי ח״ה סי׳ קצב. וראה עוד בשו״ת מנחת יצחק ח״ו סי׳ קמב. [147] ירושלמי יבמות ח ב; בבלי יבמות עו א. וראה אור שמח איסורי ביאה טז ד. [148] ירושלמי פסחים ד ג; שם ע״ז א ו. [149] יבמות עט ב, ורש״י שם ד״ה סמוך. [150] רמב״ם במו״נ ח״ג פמ״ט; רבנו בחיי, דברים כג ב; ס׳ החינוך מ׳ רצא. [151] ראה לעיל ברקע ההיסטורי. [152] ס׳ החינוך מ׳ תקנט. וראה בשו״ת חקרי לב חאבהע״ז סי׳ ז. [153] ראב״ד איסורי ביאה טו ב. וראה בשו״ת חת״ס חאבהע״ז סי׳ יז; שו״ת תועפות ראם סי׳ ל. [154] טעמי המצוות לריקנטי, בסוף הספר. [155] שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ כ. ראייתו — שהרי המסרס אחר מסרס לוקה, אף על פי שלא גרם לעיקור, אלא רק להשחתת איברי המין. ומכל מקום משמע שהאיסור של פצוע דכא לבוא בקהל איננו גדר של עונש, שהרי גם כשהסתרס בעל כורחו או כשהסתרס בלא כוונה

מי שחקר אם יסוד האיסור הוא מפני שאינו מוליד, או שהוא עונש למי שעושה פעולות כאלו באיברי המין, ומסיק שהטעם השני הוא העיקר[156].

מהות האיסורים — יש הסבורים, שאיסור סירוס ואיסור פצוע דכא הם איסורים שווים, ופסול פצוע דכא תלוי באיסור סירוס[157]; ויש הסבורים, שאלו הם שני איסורים נפרדים, ואינם תלויים זה בזה, שכן איסור סירוס חל על מעשים הגורמים לביטול כוח ההולדה באדם או בבעלי חיים, ולא חשוב באיזו דרך נגרם מעשה זה; בעוד שאיסור פצוע דכא וכרות שופכה לבוא בקהל חל דווקא אם נעשה בידי אדם, ודווקא אם נעשה בפועל באחד משלושת האיברים — הגיד, הביצים ושבילי הזרע, על ידי פעולות של ניתוק, פציעה, כריתה ודיכה, ולא באופן אחר[158], ואפילו אם נגרם נזק לאותם איברים אלא שהוא קרה בדרך של גרמא, ולא על ידי פעולה ישירה, אינו אסור לבוא בקהל[159].

חוסר יכולת הולדה — מי שאינו מוליד בגלל פציעה, דיכה או כריתה של איברי המין החיצוניים בידי אדם הוא בגדר איסור סירוס, ופצוע דכא, ואיסור לבוא בקהל. אך מסרה התורה לחכמים באומדנותם שיאמרו מי מהם שאינו מוליד, ואם השתנה המצב בטבע העולם, ישתנה גם הדין[160].

יש הסבורים, שעיקר הפסול של פצוע דכא וכרות שפכה הוא כאשר אינו ראוי להוליד בגלל זה, אבל אם נפגע בדרך שיכול להוליד — אינו פסול[161]; ויש הסבורים, שהפסול לבוא בקהל נובע מעצם הסירוס ומצבי פצוע דכא וכרות שפכה, ואינו תלוי אם ראוי להוליד אם לאו[162].

חומרות וקולות — באופן כללי כתבו הפוסקים שבענייני סירוס, פצוע דכא וכרות שופכה ראוי להקל ולא להחמיר, ואין לנו לבקש חומרות בזה, רק להדר להקל, ומצווה רבה להשתדל להיתר בעניינים אלו, לבל יודחו מקהל ה', כי זהו עניין של פיקוח נפש[163].

הוא אסור לבוא בקהל, וראה בשו"ת בית יצחק סי' לו אותב; שו"ת אבני נזר ח"א סי' כא אות י. **[156]** שו"ת משפטי עוזיאל ח"ב חאבהע"ז סי' טז. אך ראה לעיל בהערה קודמת, וצ"ע. **[157]** ראה רמב"ם סהמ"צ לאוין שס; ס' החינוך, מ' תקנט; אגרת ביקורת ליעב"ץ, דף ה. וכן משמע בשו"ת עין יצחק ח"א חאבהע"ז סי' יא סוף ענף ג. **[158]** יד דוד, שאלה א; הגרא"י אונטרמן, הע' לאוצה"פ כרך א, ד' קסד טור א. וכן משמע שיטת היראים, עמוד ביאה סי' ד, וכסא דהרסנא על שו"ת בשמים ראש סי' שמ, שיכול להיות מצב של סריס, ואפילו בידי אדם, ובכל זאת אין דינו כפצוע דכא. **[159]** שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' יז; הגרא"י אונטרמן שם. וראה באריכות מאמרו של הרב ב.מ. בירג, נועם, א, תשי"ח, עמ' רמה ואילך. **[160]** שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"ב סי' ג ענף ב. וראה ע' השתנות הטבעים הע' 88 ואילך. **[161]** פיהמ"ש לרמב"ם יבמות ח ב; מאירי יבמות עה א; יש"ש יבמות פ"ח סי' ט; שו"ת נובי"ק חאבהע"ז סי' ו; שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"ב סי' ג. **[162]** לבוש אבהע"ז ה ב; קובץ הערות יבמות עו א, בדעת הלבוש; שו"ת מנחת יצחק ח"ג סי' קח. וראה עוד מאמרים של הרב מ.ד. גנק, תחומין, כ, תש"ס, עמ' 392 ואילך; הרב י. שפרן, בד"ד, 4, תשנ"ז, עמ' 55 ואילך; הרב י. אפשטיין, תחומין, כה, תשס"ה, עמ' 88 ואילך. **[163]** שו"ת עין יצחק ח"א חאבהע"ז סי' י; שו"ת

1ב. הגדרות ועקרונות — סריס

סוגי סריסים — חז״ל הבחינו בין שני סוגי סריסים: סריס חמה הוא מי שנולד סריס, ולא היתה לו מעולם שעת הכושר, אבל יש לו רפואה; סריס אדם הוא מי שנסתרס לאחר לידה, שסירסו אדם, או שהוכה באיברי ההולדה, או שנשכו כלב וכד׳ ונסתרס, או שנסתרס על ידי חולי[164], והיתה לו שעת כושר, ואין לו רפואה[165].

סימני הסריס — חז״ל נתנו סימנים מפורטים בהגדרת סריס:

כל שאין לו זקן, ושערו לקוי, ובשרו מחליק, וכשמטיל מים אינו עושה כיפה, ושכבת זרעו דיהה, ואין מימיו מעלים רתיחה[166], ואין מימי רגליו מחמיצים, ורוחץ בימות הגשמים ואין בשרו מעלה הבל, וקולו לקוי, ואין ניכר בין איש לאשה[167].

היו לו שתי שערות בזקנו, אינו סריס אלא עד שיהיו לו כל יתר הסימנים; אבל אם לא הביא שתי שערות בזקנו, אפילו אין בו רק אחד מסימנים הללו, הרי הוא סריס; ואם היו לו שתי שערות בשאר הגוף — אינו סריס, אף על פי שיש לו כל הסימנים הללו[168].

יש מי שכתבו, שאם יש חיסרון באיברי ההולדה, ורואים בעליל שאין לו ביצים, או שהגיד והביצים קטנים מאד, ואינו יכול לבעול, או שהרופאים אומרים שמחמת חיסרון באיברי ההולדה הוא סריס מלידה, הרי הם נאמנים, אף על פי שיש לו שערות[169]; ויש מי שכתבו, שגם אם ברור שאין לו כלל שבילי הזרע, שאינו כלל בר הולדה, ספק אם ניתן להחיל עליו דין סריס אם אין לו אף אחד מהסימנים שקבעו חז״ל[170].

סריס למפרע — מי שלא הביא שתי שערות עד עשרים שנה, ונולדו לו סימני סריס — יש פוסקים, שנעשה סריס למפרע, ומבן י״ג שנה ויום אחד ואילך נחשב כגדול ובר עונשין, ואם עבר בינתיים על איסור שנענשים עליו, הרי הוא חייב, ומכירתו מכירה למפרע מבן י״ג שנה ויום אחד ואילך[171]; ויש פוסקים, שלא נעשה סריס למפרע, וקטן היה באותה שעה, ואין מחזיקים אותו בגדול אלא מבן עשרים שנה ואילך[172].

מנחת שלמה ח״ג סי׳ קג אות ט; שו״ת ציץ אליעזר ח״ט סי׳ מט. **[164]** מאירי יבמות עט ב; בית מאיר אבהע״ז סי׳ קעב. **[165]** יבמות עט-פ. **[166]** ראה ביאור הגר״א אבהע״ז סי׳ קעב סקי״א. **[167]** יבמות עט-פ, מחלוקת; רמב״ם אישות ב יג; טושו״ע אבהע״ז קעב ה. וראה במפענח צפונות פ״א סי׳ כו, בהגדרת מהות סימנים אלו. וראה עוד בשו״ת אחיעזר ח״א חאבהע״ז סי׳ לה סק״ב וסק״ח, בעניין סימני סריס. **[168]** רמ״א אבהע״ז שם. וראה שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״א סי׳ קסב; שם ח״ד סי׳ קיז. **[169]** שו״ת משיב דבר ח״ד סי׳ עו; שו״ת חוט המשולש ח״ג סי׳ ג; שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״א סי׳ קסב-קסג. **[170]** הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חאבהע״ז סי׳ קעב סק״א. וראה באופן דומה ביחס לאילונית בשו״ת שרידי אש ח״ג סי׳ מו. וראה באריכות מאמרו של ד. מלאך, ספר רפאל, עמ׳ שכט ואילך. **[171]** יבמות פ א, דעת רב; שו״ת הריב״ש סי׳ תסח; טושו״ע חו״מ רלה יב. **[172]** יבמות פ א, דעת שמואל; ישׁ״ש יבמות פ״ח, בדעת הרמב״ם והסמ״ג. וראה עוד ראב״ד נערה בתולה

גדלות בסריס — מי שנולד ללא אשכים כלל, והרופאים קובעים שאמנם אין לו אשכים, הרי הוא נעשה גדול כשמלאו לו י״ג שנה ויום אחד[173]. ואם חסר לו רק אשך אחד, צריך להמתין עד שנת העשרים, כדין כל סריס חמה[174].

מי שחתכו, או ניתקו, או מיעכו גידיו או ביציו בידי אדם, נקרא סריס אדם, וכשיהיה בן י״ג שנה ויום אחד נקרא גדול, שאין זה מביא סימנים לעולם[175]. יש מי שכתב, שדווקא בפצוע דכא המציאות היא שלא יביא סימנים לעולם, אבל לא בכרות שפכה, ואף בפצוע דכא אולי דווקא בשתי הביצים, ולא בביצה אחת[176].

נוכחות שערות — מי שיש לו ריבוי שערות במקום הערווה, ויש לו זקן על פניו, נחלקו הפוסקים אם סומכים על כך להתירו בקהל, שכן סריס אדם אינו מביא סימן לעולם[177] — יש שסמכו על כך, או שצירפו עובדה זו להתיר, כשיש עוד צדדים להקל[178]; ויש שפקפקו בכך[179].

סריס בימינו — יש מי שכתבו, שבימינו אין לדון דין סריס וודאי, כי חוששים אנו שמא היו לו שערות ונשרו, או שהיו לו גומות, ואין אנו בקיאים בכך[180].

שיטות סירוס — ניתן לסרס באופן פיסי, על ידי פעולה ישירה באיברי המין, וניתן לסרס באופן כימי, על ידי הפעלת חומרים הגורמים לעיקור, והם הנקראים ״כוס של עקרין״[181].

סירוס כימי — לאיש אסור להסתרס גם בדרכים כימיות[182]. וכן אסור לאיש לשתות כוס של עקרין גם אם הוא כבר מסורס[183], ויש מי שכתב לחלק בין מי שהוא סריס בגיד ובביצים, שאז שתיית כוס של עיקרין מוסיפה עוד ליקוי, לבין מי שהוא עקר בגלל ששתה קודם כוס של עיקרין, שאם שותה עוד כוס של עיקרין

א ט; שו״ת נובי״ק חאבהע״ז סי׳ ו; שב שמעתתא, שמעתא א פ״ג; שו״ת מחזה אברהם ח״ג חיו״ד סי׳ לא. וראה אנציקלופדיה תלמודית, כרך יא, ע׳ התראת ספק, עמ׳ שכט ואילך. וראה פרטי דינים רבים בגדרי גדלות בסריס בחזו״א אבהע״ז סי׳ קכו. וראה עוד בע׳ אילונית הע׳ 39 ואילך, בגדרי הגילים שבהם מוגדרת כאילונית, ומאימתי נעשית גדולה — והוא-הדין ביחס לסריס. **[173]** חזו״א אבהע״ז סי׳ קכו סק״י; שו״ת שבט הלוי ח״ח סי׳ רצו. וראה בשו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ יד סק״ב, שהסתפק בנידון. **[174]** שו״ת שבט הלוי שם. **[175]** רמב״ם אישות ב יד; טושו״ע אבהע״ז קעב ז. וראה בבית מאיר על אבהע״ז שם, שו״ת נובי״ק חאבהע״ז סי׳ ו; שו״ת משיב דבר ח״ד סי׳ עו; שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ יד סק״ב — שכל זה לשון הרמב״ם, ולא נמצא מקורו ושורשו בש״ס, ואפשר שמקורו מידיעותיו של הרמב״ם ברפואה, ורמז לזה מיבמות פ א, שאין הסריס נידון כבן סורר ומורה. וראה עוד במנ״ח מ׳ רמח סקי״ד. **[176]** שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״א סי׳ קסב. וראה עוד בנשמת אברהם חאבהע״ז סי׳ קעב סק״ד. **[177]** רמב״ם אישות ב יד. **[178]** בית מאיר אבהע״ז סי׳ קעב; שו״ת בית אפרים סי׳ ב; שו״ת תורת חסד סי׳ לז; שו״ת שואל ומשיב מהדות״ל ח״א סי׳ קכד; שו״ת דברי מלכיאל ח״ג סי׳ פט; חזו״א חאבהע״ז ליקוטים סי׳ ד אות יא; יש מאין סי׳ כ. **[179]** שו״ת נובי״ק חאבהע״ז סי׳ ו; שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ יד. **[180]** שו״ת הריב״ש סי׳ תעד; רמ״א אבהע״ז קעב ו; ב״ש שם סק״ח. **[181]** על מהות הכוס של עקרין — ראה בע׳ מניעת הריון הע׳ 19 ואילך. **[182]** בטעם איסור שתיית כוס של עיקרין — ראה אוצה״פ סי׳ ה סקס״ז אות א. **[183]** מנ״ח

אין בזה תוספת איסור[184]. אלא שנחלקו הפוסקים ביסוד איסור הסירוס של איש על ידי אמצעים כימיים — יש אומרים, שהוא אסור מן התורה[185]; ויש אומרים, שהוא אסור מדרבנן[186].

אם האיש שותה כוס של עקרין לרפואה, ובעקיפין נגרם לו סירוס — יש אומרים, שגם במקרה זה יש איסור סירוס[187]; ויש אומרים, שהשותה כוס של עיקרין לרפואה אינו בכלל איסור סירוס[188].

במקום סכנה — מותר לסרס את האיש להצילו[189]. ואם מהותו של הכוס של עקרין שהוא גורם רק לאי-יצירת תאי זרע, אבל אינו משפיע ישירות על איברי ההולדה, ואינו מפריע בקישוי — אין איסור, ובפרט אם הוא זמני בלבד[190].

יש מי שכתב, שמותר לאיש לשתות כוס של עקרין כדי לבטל מעצמו תאוות והרהורים, וכן מי שכבר קיים מצות פריה ורביה, מותר לשתות כוס של עקרין, כדי שיוכל לעסוק בתורה ללא הפרעת הרהורים[191].

האישים שחל עליהם איסור סירוס — איסור סירוס חל על כל בני אדם, כולל גויים[192] ועבדים, ועל כל בעלי חיים — כולל בהמות, חיות ועופות, טהורים וטמאים, ואף שאינם ראויים למזבח, והאיסור חל בין בארץ ובין בחוץ לארץ[193]. בעניין דגים — יש הסבורים,

מ' רצא סק"א. וראה חזו"א אבהע"ז סי' יג, שהביא מחלוקת הראשונים בנידון. **[184]** חזו"א שם. **[185]** הרמ"ך, הובא בבית יהודה ח"ב סי' מז; נתיבות לשבת סי' ה סק"ו; שו"ת תורת חסד סי' לח אות ה. וכן משמע מתוס' בכורות לט א ד"ה כולם. **[186]** מאירי שבת קי ב; יד דוד תשובה בסוף הספר סי' א; בית יהודה (עייאש) ח"ב סי' מז. וכן משמע מרמב"ם איסורי ביאה טז יב, וראה בחזו"א אבהע"ז סוסי' יג. וראה באריכות בשו"ת יביע אומר ח"ח חאבהע"ז סי' יד. וראה בשו"ת בית אפרים חאבהע"ז סי' ב,ד,ז, שדווקא אם נעשה רושם באיברי ההולדה, הרי זה סריס, אבל אם יש פגיעה באיברי ההולדה שאינו ראוי ללדת, ללא פגיעה נראית לעין, הרי זה עקר ולא סריס, ומותר לבוא בקהל. וכן כתבו בערוה"ש אבהע"ע ה כד; שו"ת באר יצחק חאבהע"ז סי' ד; חזו"א אבהע"ז סי' יב אות ז. **[187]** שאילתות, שאילתא קה; רא"ש שבת פי"ד סי' ט; ר"ן שבת קי ב; טושו"ע אבהע"ז ה יב, וב"ש שם סקי"ג; נתיבות לשבת אבהע"ז סי' ה אות ז; שו"ת שואל ומשיב מהדו"ת ח"ג סי' מד; יד אהרן ח"ב הגה"ט סי' ה אות ה; שו"ת אדמת הקודש סי' כג; ערוה"ש שם ה כג. **[188]** שו"ת בית אפרים חאבהע"ז סי' ב; פני משה סי' ה סק"ח. וראה בשיטות השונות בנידון בשו"ת מנחת יצחק ח"ה סי' יג אות' ג-ח; אוצה"פ סי' ה סקס"ח. וראה באריכות בשו"ת יביע אומר ח"ח חאבהע"ז סי' יד. **[189]** תוס' שבת קי ב ד"ה תלמוד; ריטב"א יבמות סה ב; אפי זוטרי סי' ה סקי"ז; יד אהרן הגה"ט סי' ה אות י; שו"ת תעלומות לב ח"ב סי' ד; שו"ת אדמת הקודש סי' כג; שו"ת בימי יוסף סי' ו; ערוה"ש ה כג. אך ראה בשו"ת שואל ומשיב מהדו"ת ח"ג סי' מד, שאסר לגרום סירוס לקטן אפילו במקום פיקוח נפש, וראה בשו"ת תעלומות לב שם, ושו"ת באר משה ח"ד סי' קכט אות' ח-ט, ושערים המצויינים בהלכה סי' קצא סק"ה, שדחו דבריו. **[190]** שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"ג סי' טו. **[191]** ריטב"א יבמות סג. וראה מה שכתבו על דבריו בברכ"י סי' ה אות יג; אוצה"פ סי' ה סקס"ט. **[192]** ראה להלן הע' 220-225 בעניין גוי מסרס. **[193]** ויקרא כב כד, וברש"י עה"פ; דברים כג יט; תו"כ אמור פרשתא ז; שבת קי-קיא, ובתוס' שם ד"ה ת"ל; חגיגה יד ב; שאילתות שאילתא קה; רמב"ם איסורי ביאה טז י; טושו"ע אבהע"ז ה יא.

שהאיסור חל גם עליהם[194]; ויש מי שסבור, שאין איסור סירוס בדגים, אבל יש איסור סירוס בכלב ים[195]

ביחס לאיסור סירוס באשה — ראה להלן[196].

איסור סירוס חל גם על הנקיבות של בעלי חיים, אלא שנחלקו הפוסקים אם האיסור הוא מן התורה או מדרבנן, ויש הסוברים שאין האיסור מדין סירוס אלא מדין צער בעלי חיים[197].

חיוב מלקות — כל המסרס לוקה מן התורה בכל מקום, ואפילו מסרס אחר מסרס — לוקה, כגון שבא אחד וכרת הגיד, ובא אחר וכרת את הביצים, ובא אחר וכרת את חוטי הביצים — כולם לוקים, בין באדם ובין בבעלי חיים[198].

המסרס אחר מסרס — יש מי שכתבו, שדווקא המסרס את המסורס בידי אדם — חייב, אבל המסרס את המסורס בידי שמים — פטור ומותר[199]; יש מי שכתבו, שאף המסרס את מי שכבר מסורס בידי שמים — חייב[200].

מי שאינו ראוי להוליד — יש מי שכתבו, שאין איסור סירוס אלא בראוי להוליד, והיינו דווקא כאשר בפעם הראשונה היה גדר של סירוס, ומה שאסרה תורה מסרס אחר מסרס הוא גזירת הכתוב, והוא דווקא באיש צעיר שכמותו מוליד, ואינו ניכר שהוא מסורס, אבל המסרס את מי שאינו ראוי להוליד כלל, כגון טריפה, זקן, או אנדרוגינוס, אינו חייב על סירוסו, ואף אין איסור בכך[201].

סירוס בעקיפין — הרי שכפה את האדם ושיסה בו את הכלב, או שאר חיות, עד שעשאו כרות שפכה, או שהושיבו במים או בשלג עד שביטל ממנו איברי תשמיש, אינו לוקה עד שיסרס בידו, וראוי להכותו מכת מרדות[202]. יש מי שכתב, שאיסור תורה במסרס הוא דווקא כשעשה הסירוס בידיים, אבל בדרכים המנויות כאן אינו אסור אלא מדרבנן[203]; ויש מי שכתב, שגם בדרכים אלו יש איסור מן התורה,

[194] שו״ת שאילת יעבץ ח״א סי׳ קיא, וכן נוטה במנ״ח מ׳ רצא סק״א. **[195]** מלבי״ם ויקרא כב כד. **[196]** להלן סמוך להערות 206-212. **[197]** ט״ז אבהע״ז סי׳ ה סק״ו; ב״ש שם סקי״ד; ביאור הגר״א שם סקכ״ה. וראה בשו״ת לב אריה ח״ב סי׳ לד. וראה ע׳ צער בעלי חיים. **[198]** שבת קיא א; מנחות נו ב; בכורות לג ב; רמב״ם סהמ״צ ל״ת שפא, ואיסורי ביאה טז י; סמ״ג לאווין קכ; ס׳ החינוך מ׳ רצא; טושו״ע אבהע״ז ה יא. **[199]** כסא דהרסנא סי׳ שמ; תעלומת לב ח״ב סי׳ ד; שו״ת חת״ס אבהע״ז ח״א סי׳ יז. וראה מה שהעירו באוצה״פ סי׳ ה סקס״ד. **[200]** הגריעב״ץ באיגרת ביקורת דף ה; ערוה״ש אבהע״ז ה כב; שו״ת קובץ תשובות ח״ג סי׳ קעב. **[201]** חי׳ הרשב״א שבת קיא א; מנ״ח מ׳ רצא סק״א; שו״ת חבצלת השרון אבהע״ז סי׳ יב; שו״ת בית יצחק אבהע״ז ח״א סי׳ לו. וראה בשו״ת מנחת שלמה ח״ג סי׳ קג אות י, שהשאיר דין זה בצ״ע. ובעניין אנדרוגינוס אם יש בו איסור פצוע דכא — ראה מנ״ח מ׳ תקנט; הרב מ.ד. גנק, תחומין, כ, תש״ס, עמ׳ 392 ואילך. **[202]** רמב״ם איסורי ביאה טז יב; טושו״ע אבהע״ז ה יג. וראה בהע׳ על מ״מ שם, ובבאר הגולה שם, בעניין מקור דין זה. וראה בביאור הגר״א שם סקכ״ט; שו״ת הר צבי חיו״ד סי׳ קצז, וסי׳ רמא. ובגדר מכת מרדות — ראה באוצה״פ שם סקע״ה. **[203]** ארעא דרבנן מערכת הסמ״ך אות תלד.

אלא שאינו לוקה מן התורה[204].

אם לא סירס באופן ישיר, אלא בדרך של גרמא, נסתפקו האחרונים אם יש איסור בכך או לא[205].

האיסור על המסתרס — יש מי שכתבו, שעל המסתרס אין איסור לאו, רק איסור מסייע[206]; ויש מי שכתב, שגם על המסתרס חל הלאו של סירוס[207].

סירוס באשה — תנאים נחלקו בשאלה אם יש איסור סירוס באשה, היינו אם יש איסור לפגוע באיברי ההולדה של האשה[208]. להלכה נחלקו הפוסקים בשאלה זו: רוב הראשונים סוברים, שהמסרס את הנקבה פטור אבל אסור, והאיסור הוא מדרבנן[209]; יש מי שכתבו, שבאשה שייך סירוס מדרבנן דווקא אם הוא נעשה ללא צורך כלל, אבל אם נעשה לצורך, כגון שלא תלד בצער, או לצורך רפואה, מותר לכתחילה לסרס את האשה, ואין הבדל אם הדבר נעשה בסם או בידיים[210]; יש מי שכתבו, שהמסרס אשה בידיים אסור, אלא שאין לוקים עליו, והמסרסה על ידי סם, מותר לכתחילה[211]; ויש מי שכתב, שאיסור סירוס האשה הוא מן התורה, אלא שלא לוקים עליו[212]. ואף לשיטה זו אין

[204] נתיבות לשבת סי׳ ה סק״ו. וראה מנ״ח מ׳ רצא סק״א. **[205]** ראה מנ״ח מ׳ רצא סק״א (שרצה לחלק בין גרם סירוס באדם שאסור מדין חובל, ובין גרם סירוס בבהמה שמותר, כי אין איסור גרמא בסירוס, עיי״ש); ערוה״ש אבהע״ז ה כט (שהסתפק אם גרמא בסירוס מותר, כי כתוב ׳לא תעשו׳, וכל מקום שנאמר לא תעשו — עשיה הוא שאסור, אבל גרמא מותרת (שבת קכ ב), או שכמו שאסרו בשבת גרמא מפני שאדם בהול על ממונו, ויבוא חעשות, כך גם בסירוס). **[206]** מנ״ח מ׳ רצא; בית משה אבהע״ז סי׳ ה סק״ט; שו״ת דבר אליהו סי׳ יז. **[207]** נתיבות לשבת אבהע״ז סי׳ ה סק״ז. **[208]** תו״כ פר׳ אמור, פרשתא ז, פ״ז אות יב; תוספתא מכות ד ד. **[209]** רמב״ם איסורי ביאה טז יא, ובמ״מ שם; תוס׳ שבת קיא א ד״ה בזקנה (וכתבו שם, שבאשה לא שייך סירוס); חי׳ הרמב״ן והרשב״א שבת שם; טושו״ע אבהע״ז ה יא. הטעם שאיסור סירוס בנקבה הוא רק מדרבנן משום שאיבריה הם בפנים, ולא שייך בה סירוס ממש, וגם אינה מצווה בפריה ורביה — ראה מ״מ איסורי ביאה טז יא; ס׳ החינוך מ׳ רצא, ובמנ״ח שם; שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ כ. וראה בט״ז סי׳ ה סק״ו, ובנתיבות לשבת שם סק״ה, שאין באשה איסור סירוס, אבל יש איסור מדרבנן הוא משום השחתה, חבלה וצער בעלי חיים, אך במנ״ח מ׳ רצא סק״ג דחה שיטה זו. וראה שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ג סי׳ יב, שדעת הט״ז היא דעת יחיד, ואין להורות כן. וראה עוד בנידון בשו״ת שרידי אש ח״ג סי׳ כא; שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ד סי׳ לד; שו״ת יביע אומר ח״ט חאבהע״ז סי׳ יא. **[210]** ב״ח אבהע״ז סי׳ ה; יש״ש יבמות פ״ו סי׳ מד. וראה פחד יצחק ע׳ כוס עקרין, שהרופאים היהודים נהגו לתת טריפיר״א או שאר מרקחות לבתולות או לנשים מפני חוליין, ושרי לגמרי אפילו לא תלדנה. אמנם יש הסבורים, שלאשה מותר כוס של עקרין גם בלא צער לידה — ראה אוצה״פ סי׳ ה סקס״ה. וראה עוד בע׳ מניעת הריון הע׳ 258 ואילך. וראה בשו״ת חשב האפוד ח״ב סי׳ סא, ובשו״ת יביע אומר ח״ט חאבהע״ז סי׳ יא, שאם סובלת האשה צער רב גלל צניחת הרחם, מותר לכרות הרחם בגלל הצער. **[211]** ב״ש סי׳ ה סקי״ד; ברכ״י שם אות יד. וראה באוצה״פ סי׳ ה סקס״ה בשיטות אלו. **[212]** ביאור הגר״א אבהע״ז סי׳ ה סקכ״ה, על פי תו״כ עה״פ ויקרא כב כה — כי משחתם בהם מום בם. וראה גם בתוספתא מכות ד ד, ומה שכתב בערוה״ש אבהע״ז ה כב. וראה בשיטת הגר״א בשו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״א סי׳ יג; שם ח״ד סי׳ לד; שו״ת שבט הלוי ח״ו סי׳ רד אות א. וראה בשו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ כ בביאור התו״כ הנ״ל. וראה עוד במשך חכמה

איסור סירוס אחר סירוס באשה[213]. לפיכך, אשה שהוצרכו לכרות את רחמה, ויש חשש להתפתחות ממאירות בשחלות או בחצוצרות, מותר לכרות באותו ניתוח גם את השחלות והחצוצרות, אף על פי שכעת אין שום מחלה בהם[214]. יש מי שהתיר סירוס האשה על ידי רופא גוי[215].

יש מי שכתבו, שאין הבדל מבחינת איסור סירוס בין אם כרתו את הרחם או אם הרסו את רירית הרחם באמצעים שונים, כגון בשיטות תרמיות, בקרני לייזר, במים רותחים וכיו״ב. הסיבה היא שבפועל הרס הרירית גורם לכך שהאשה לא תוכל להרות, ואף אם הרתה האשה, צריך להפסיק את ההריון בגלל פקוח נפש לאשה[216].

יש מי שכתב, שגם אשה אסורה לסרס אנשים, אף לשיטות שעליה לא חל איסור סירוס[217].

להלכה סבורים רוב הפוסקים שאין איסור על אשה שנסתרסה לבוא בקהל, שכן איסור פצוע דכא וכרות שפכה לבוא בקהל הוא דווקא בפגיעה באיברי הזכר[218]. אך יש דעת יחיד הסבור שאשה שסרסה עצמה ועשתה מעשה באברי הזרע שלה פסולה לבוא בקהל[219].

בעניין איסור גוי בסירוס — נחלקו חז״ל אם בן נח מצווה על הסירוס[220]. להלכה — יש אומרים, שהסירוס מותר לבני נח[221], ומכל מקום יש מי שכתבו, שאסור לישראל לסרס גוי[222]; ויש אומרים, שבן נח אסור בסירוס[223]. לשיטה שגוי אף הוא באיסור סירוס — יש מי שכתב, שאין לחלק בין סירוס בידיים, לבין סירוס על ידי סם או דרך אחרת[224]. יש מי שכתב, שלכל הדעות אין איסור של מסרס אחר מסרס בגוי[225].

סירוס למניעת יצר הרע — אדם שיש

ויקרא כב כה. **[213]** תוס׳ שבת קיא א ד״ה בזקנה. **[214]** שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ עג אות ז. **[215]** שו״ת דברי אליהו סי׳ יז. וראה שו״ת ציץ אליעזר חי״ד סי׳ צו. **[216]** הרב י. וח. קטן, תחומין, כג, תשס״ג, עמ׳ 256 ואילך. **[217]** שו״ת חת״ס חחו״מ סי׳ קפה. **[218]** ס׳ החינוך מ׳ תקנט; שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ כ; שו״ת יביע אומר ח״ח חאבהע״ז סי׳ יד אות ו. **[219]** דעת ר׳ דוד עראמה, הובאו דבריו בברכ״י אבהע״ז סי׳ ה; מנ״ח מ׳ תקנט, בקומץ המנחה. וראה בשו״ת מנחת יצחק ח״ד סי׳ קכ, שיש לחוש לדעתו. **[220]** סנהדרין נו ב; בראשית רבה לד ז. **[221]** רא״ש ב״מ פ״ז סי׳ ו; תשו׳ מיימוניות איסורי ביאה סי׳ ב; נמוק״י ב״מ פ״ז; ב״י אבהע״ז סי׳ ה; ערוה״ש ה כו. וראה בב״ש סי׳ ה סקט״ז, שכן דעת הרמב״ם, הרא״ש, הרשב״א והגמ״י, וראה בביאור הגר״א שם סקל״ז. וראה במנ״ח מ׳ רצא סק״ג, שכן גם דעת ס׳ החינוך. **[222]** שו״ת עין יצחק חאבהע״ז סי׳ יא אות לד; ערוה״ש אבהע״ז ה כא; שו״ת מנחת יצחק ח״ה סי׳ יב. ודלא כשיטת שו״ת שואל ומשיב מהדו״ד ח״ג סי׳ קח. **[223]** שאילתות שאילתא קה, וראה שם בשאילת שלום ובהעמק שאלה; סמ״ג לאווין קכ; או״ז ב״מ סי׳ רפו; הג״א, הובאו דבריו בב״ש סי׳ ה סקט״ז. וכן מנו את איסור הסירוס בחיובי בן נח רב שמואל בן חפני והרמ״ע מפאנו — הובאו דבריהם באנציקלופדיה תלמודית, כרך ג, נספח לע׳ בן נח, עמ׳ שצד-שצה. ובשיטת הרמב״ם איסורי ביאה טז יג נחלקו בדעתו — המבי״ט בקרית ספר שם סובר בדעת הרמב״ם שבן נח מצווה על הסירוס, והמ״מ שם הבין בדעת הרמב״ם שבן נח אינו מצווה על הסירוס. **[224]** נתיבות לשבת סי׳ ה סק״ו. **[225]** שו״ת קובץ תשובות ח״ג סי׳ קעב.

לו יצר הרע גדול לנשים, אסור לו לסרס עצמו כדי שלא יחטא עוד, כי בכך מוסיף חטא על פשע[226].

סירוס זמני — יש מי שכתב, שגם אם עשה מעשה סירוס זמני, יש בו איסור סירוס[227]; יש מי שכתבו, שדווקא אם צריך מעשה בידיים, כגון ניתוח, כדי לתקן את הסירוס הזמני, הרי זה אסור, אבל אם הסירוס הזמני יתוקן מאליו, אין איסור סירוס בזה[228]; ויש מי שכתב, שדווקא סירוס קבוע אסרה תורה, אבל אם מדובר בסירוס שיש לו רפואה, אין לנו לחדש מדעתנו איסור[229].

מי שזקוק לטיפול תרופתי לחיזוק כח הגברא, אלא שבשלב מסויים נגרם לו סירוס זמני, מותר להשתמש בתרופה כזו[230].

שינוי המין — יש מי שכתב, שאיסור סירוס הוא דווקא אם אחר כך נקרא איש מסורס, אבל אם לאחר ביצוע הסירוס הפך להיות נקבה, או אם נהרגה הבהמה תוך ביצוע הסירוס, לא עבר על איסור סירוס[231].

בחולה שאין בו סכנה, וזקוק לסירוס לצורך רפואה — יש מי שכתבו, שמותר לרופא גוי לסרסו[232]; ויש מי שכתב, שסירוס בידי אדם הוא דווקא אם נעשה הדבר בפשיעה, אבל אם נולד כך, או שאירע הדבר על ידי חולי, אינו בגדר איסור סירוס[233]. מכאן יש מי שכתבו, שאם כרתו את הביצים לצורך רפואה מחמת חולי, אין הוא בגדר פצוע דכא, ומותר לבוא בקהל[234].

ג1. הגדרות ועקרונות — פצוע דכא וכרות שפכה

כללי — פצוע דכא וכרות שופכה[235] הם פגיעות באיברי המין הזכרי[236]: פצוע דכא הוא בביצים[237], וכרות שפכה הוא בגיד[238]. אכן, להלכה אין הבדל בין פצוע דכא לבין כרות שפכה, וכל פציעה בביצים או בגיד, דינה שווה לעניין איסור סירוס[239], ולעניין מומים באדם ובבהמה[240].

הגדרות במיקום הפגיעה — בשלושה איברים אפשר שייפסל הזכר לבוא בקהל: בגיד, ובביצים, ובשבילים שבהם מתבשל

[226] ס׳ חסידים מקי״נ סי׳ יח. על ההיבטים האתיים והמשפטיים הנוגעים לבקשת סירוס על ידי אדם שתקף באופן מיני ילדים פעמים חוזרות — ראה דעות שונות בסדרת המאמרים *BMJ*, 1993 ,307:790-793. **[227]** שו״ת מנחת יצחק ח״ה סי׳ יב. **[228]** שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ד סי׳ לב; שו״ת ציץ אליעזר ח״ט סי׳ נא שער ב פ״ד אות יב. **[229]** שו״ת דבר יהושע ח״ג חאבהע״ז סי׳ ז. **[230]** שו״ת מנחת יצחק ח״ה סי׳ יג. **[231]** הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חאבהע״ז סי׳ מד סק״ג. **[232]** בית משה אבהע״ז סי׳ ה סקי״ג; שו״ת דבר אליהו סי׳ יז. **[233]** סמ״ג לאוין, קיט. **[234]** שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ יז. וראה עוד בשו״ת פסקי עוזיאל בשאלות הזמן סי׳ נה; שו״ת היכל יצחק חאבהע״ז סי׳ כא אות יד; הרב ב.מ. בירג, נועם, א, תשי״ח, עמ׳ רמה ואילך. **[235]** דברים כג ב. **[236]** יבמות עה ב. **[237]** יבמות עה א. **[238]** יבמות ע א. בטעם הדבר שנקט פצוע בביצים וכרות בגיד — ראה תוס׳ יבמות עה א ד״ה כרות; עצי ארזים סי׳ ה סק״ה. **[239]** יבמות עה ב, רמב״ם איסורי ביאה טז ג; טושו״ע אבהע״ז ה ב. **[240]** קידושין כה ב; בכורות לט ב — מחלוקת; רמב״ם ביאת

הזרע, והם הנקראים חוטי ביצים, וכיוון שנפצע אחד משלושה איברים אלו, או נכרת, או נידך — הרי זה פסול[241].

איסור זה באותם איברים הוא דווקא אם הפגיעה היא בגיד, בביצים, ובחוטי הזרע הנמצאים מחוץ לגוף, בשק האשכים, אבל שבילי הזרע הפנימיים שבתוך הגוף, אינם בגדר פצוע דכא, ואף אם כורתים אותם, או פוגעים בהם בכל דרך, אינו נאסר לבוא בקהל, ודינו כשאר עקר וכסריס חמה[242].

הגדרות באופי הפגיעה — התורה[243] מנתה מספר פגיעות באיברי המין: מעוך — ביציו מעוכים ביד[244]; כתות — כתושים יותר ממעוך[245]; כרות — כרותים על ידי כלי, ועודן בכיס[246]; נתוק — תלושים ביד עד שנפסקו חוטים שתלויים בהם, אבל נתונים הם בתוך הכיס, והכיס לא נתלש[247].

כרות שופכה הוא מי שנכרת הגיד, או נפצע, או נידך מן העטרה ולפנים. נפצע הגיד, או נידך, או שנכרתה העטרה, או למעלה מהעטרה (היינו לצד הגוף) — פסול; ואם נכרת מראש העטרה, ונשתייר ממנה אפילו כחוט השערה סמוך לראש ומקף את כל הגיד — כשר[248].

ניקב הגיד — יש מי שסובר, שניקב הגיד אינו פסול לקהל, אף על פי שאינו מוליד[249]. יש מהפוסקים שסוברים שיש לצרף דעה זו לספק ספיקא[250]; ולעומתם יש שכתבו שאין לצרפו אפילו לספק ספקא[251]. ולשיטה זו יש הסבורים

המקדש ז ח. **[241]** יבמות עה ב; רמב"ם איסורי ביאה טז ג; טושו"ע אבהע"ז ה ב. **[242]** חזו"א אישות סי' יב סוסק"ז; הגרא"י אונטרמן, אוצה"פ כרך א, דף קסד טור ב; שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"ד סי' כח-כט. וכן כתב בכסא דהרסנא על שו"ת בשמים ראש סי' שמ. **[243]** ויקרא כב כד. **[244]** רש"י עה"פ שם. **[245]** רש"י שם. **[246]** רש"י שם, וכן רש"י שבת קיא א ד"ה כורת. וברש"י בכורות לט ב ד"ה כתות ואילך — כרות בסכין, ועדיין תלויין בכיס ומעורין קצת, דכרות הוי בציר מנתוק. **[247]** רש"י שם. וכן ברש"י בכורות שם — נתוק ביד לגמרי אלא שעדיין תלויים בכיס. אך ברש"י שבת שם כתב — ונותק משמעו שניתקם מהכיס והשליכם ארצה. וכתבו התוס' שבת שם ד"ה להביא, כורת משמעו שהם עדיין מעורים קצת, ונותק משמעו שמנתק לגמרי מחיבורם, אלא שהם עדיין בכיס. והוא כפירש"י עה"פ ובבכורות, ודלא כפירושו בשבת, וי"ל. וראה עוד בשו"ת נובי"ק חאבהע"ז סוסי' ו, ובחזו"א חאבהע"ז ליקוטים סי' ד אות' ט-י — בהגדרות של כרות ופצוע. **[248]** יבמות ע א; רמב"ם איסורי ביאה טז ד-ה; טושו"ע אבהע"ז ה ב. על השיטות השונות של כריתות ופציעות בגיד, ועל הצורות השונות של פגיעות אלו ומשמעותן ההלכתית — ראה טושו"ע שם סע' ב-ה; ב"ש שם סק"ד; ט"ז שם סק"ב וסק"ד; ערוה"ש שם ה ח-יג; חזו"א אבהע"ז סי' יב; חזו"א, הובאו דבריו באוצה"פ סי' ה סקט"ו. וראה עוד באוצה"פ שם סקט"ז-סקל"ג. **[249]** ס' יראים סי' כט (ובד' ווילנא סי' ר), הובאו דבריו בראשונים אחדים — סמ"ג, מרדכי, הרא"ש, אגודה, טור ונו"כ, וראה ב"ש סי' ה סק"ט. ואם ההיתר לשיטה זו הוא דווקא אם ניקב על ידי חולי או גם כשניקב על ידי אדם — ראה בשו"ת אמרי יושר ח"ב סי' ו. **[250]** ראה שו"ת שואל ומשיב מהדות"ל ח"א סי' רו; שו"ת תורת חסד סי' לח; שו"ת דברי חיים חאבהע"ז ח"ב סי' לא. **[251]** ראה שו"ת בית יצחק חאבהע"ז ח"א סי' לז. וראה בשו"ת אמרי יושר ח"ב סי' ו. ואם נשא אשה בהיתר — כתב בשו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' יד, שאין כופים אותו להוציאה.

שהוא-הדין בניקבו הביצים[252]; ויש הסבורים, שהוא דווקא בניקב הגיד, אבל ניקבו הביצים פסול לקהל גם לשיטה זו[253].

מי שיש לו נקב בגיד שלא במקום הנכון בסופו, אלא במקומות אחרים לאורך הגיד, ומשם מוציא שתן וזרע — דנו הפוסקים באופנים שונים של יצירת הנקב, אם הוא מלידה[254], או שנוצר כסיבוך לאחר פציעות שונות, ובעיקר לאחר ביצוע מילה לא טובה, או שנעשה כחלק מטיפול רפואי, ובהתאם לאופנים השונים דנו אם להתירו בקהל או לא[255]. אכן, בדרך כלל אין לחוש שמא נעשה פצוע דכא או כרות שפכה על ידי המוהל בעת המילה, כי לאומנים יש רוב וחזקה שאינם מקלקלים, ושלוחי מצווה אינם ניזוקים, כאשר הנזק אינו שכיח[256].

ניקב הגיד ונסתם הנקב — חוזר להכשרו[257]. יש אומרים, שדין זה הוא דווקא באיש קטן, אבל באיש גדול לא מועילה סתימה כלל[258]; ויש אומרים, שהסתימה מועילה בכל איש, ודווקא אם הנקב קטן, אבל בנקב גדול לא מועילה סתימה[259]. יש מי שכתב, שהסתימה מועילה דווקא בעטרה, אבל למעלה מעטרה, לא מועילה סתימה[260], יש מי שהסתפק בזה[261], אך דעת רוב הפוסקים שאין לחלק במקום הסתימה[262].

ילד שנולד עם נקב קטן בקצה הגיד, ולדעת הרופאים יש צורך בניתוח להרחבת הנקב, שאם לא כן יכול הדבר להשפיע לרעה על מצב הכליות בגלל עצירת שתן, וכן לא יוכל להזריע כראוי שאינו יורה כחץ, ועל ידי הניתוח יש סיכוי שיוכל להוליד — מותר לעשות את הניתוח, ואינו נאסר לבוא בקהל מדין נקיבת הגיד[263].

נסתם שביל שכבת זרע, וחזר לראות שכבת זרע בשביל שמשתין בו, הרי זה פסול[264]. והיינו דווקא אם נסתם בגלל מחלה או ליקוי, אבל אם נסתם ממילא, או שנולד כך, כשר לבוא בקהל[265]. ואם חזר

[252] ראה שו"ת זקן אהרן ח"א סי' סו-סז. [253] שו"ת מנחת יצחק ח"ג סי' קח. וראה להלן הע' 359 ואילך, שבימינו נשתנו הטבעים בזה, עיי"ש. [254] ראה להלן הע' 369 ואילך. [255] ראה שו"ת חת"ס חאבע"ז ח"א סי' יד; שם ח"ו סי' סד; שו"ת בית אפרים סי' ג-ד; שו"ת מים חיים סי' ג; שו"ת דברי חיים ח"ב סי' יח; שו"ת שואל ומשיב מהדות"ל ח"א סי' קיט, וסי' רו; שו"ת תפארת יוסף סי' א; שו"ת מהרש"ם ח"א סי' קעו; שו"ת אבני נזר סי' כא; שו"ת יש מאין סי' כ; פני משה סי' ה סק"ה. וראה סיכום דעות אלו באוצה"פ סי' ה סקל"ד אות ג. [256] ראה שו"ת נחלת יעקב סוסי' ו; שו"ת משנת רבי אליעזר סי' ג; שו"ת שדה יצחק סי' סה; שו"ת תורת חסד סי' לז אות ג; שו"ת מהרש"ם ח"א סי' קעו; שו"ת דברי משה סי' פז אות ג. [257] טושו"ע אבהע"ז ה ד. וראה בב"ש שם סק"ז, ובאוצה"פ סי' ה סקכ"ז פרטי דינים במהות הסתימה. [258] שאילתות פר' תצא, ובה"ג — הובאו באוצה"פ סי' ה סקכ"ז אות ד, בביאור הגמ' יבמות עה ב. [259] ערוה"ש אבהע"ז ה יד. [260] מהרי"ו בשם רמ"ה, הובא בב"ש סי' ה סק"ח. [261] שו"ת נובי"ק חאבהע"ז סי' ו. [262] אפי' זוטרי סי' ה סק"ר; ערוה"ש אבהע"ז ה י; שו"ת בית יצחק חאבהע"ז ח"א סי' לד. וראה בשו"ת מנחת יצחק ח"ג סי' קח אות ח, שהוכיח משו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' יט, מהחזו"א, ומפוסקים אחרים להקל. [263] שו"ת חבצלת השרון חאבהע"ז סי' יב; שו"ת דובב מישרים סי' לד; שו"ת קובץ תשובות ח"ג סי' קעג. [264] יבמות עה ב; רמב"ם איסורי ביאה טז ו-ז; טושו"ע אבהע"ז ה ו. [265] לבוש שם. וראה

ונפתח שביל הזרע, הרי הוא חוזר להכשרו[266]. אכן לפי ידיעותינו כיום אין מצב כזה מציאותי כלל[267].

פצוע דכא הוא מי שנכרתו הביצים, או נפצעו, או נידוכו, או חסרו, או ניקבו, או יבשו[268].

ניקבו הביצים — הנקב באשכים או בגיד שעושה אדם לפצוע דכא או כרות שפכה הוא נקב מפולש[269], ולא צריך דווקא שיהיה הנקב מעבר לעבר, אלא אף על פי שלא ניקב אלא מצד אחד — פסול[270], והיינו שהגיע הנקב לתוך חלל האשך מצד אחד, שפצוע דכא אינו נפסל בכל שהוא, אלא שיעורו הוא שיגיע עד מקום המחזיק רוב קוטרו של העיגול של הביצה[271].

נקב באשכים שנסתם — יש הסבורים, שאין הסתימה מועלת, והאיש נשאר בפסולו[272]; ויש הסבורים, שנקב שנסתם, ואפילו אם הוא ראוי להיסתם, מחזיר את האיש להכשרו[273], וכן נפסק להלכה[274].

בהגדרת חסר שעושה פצוע דכא — יש מי שכתב, שיש לו שיעור, והוא תלוי בחכמת הרפואה[275].

נקב או חסר בביצה אחת — יש אומרים, שגם בביצה אחת נחשב כפצוע דכא, ופסול לקהל[276]; ויש אומרים, שפצוע דכא הוא דווקא מי שנפגעו שתי הביצים, אבל אם ניטלה רק ביצה אחת, ואפילו ניטלה בידי אדם — כשר בקהל[277], וכתבו הפוסקים, שכבר החליטו האחרונים להורות למעשה כשיטה זו[278],

באוצה"פ שם סקל"ד אות ב, בשאלה אם סתימת שבילי הזרע גורם לפסול בקהל, או רק לפסול הוולד, עיי"ש. **[266]** אפי זוטרי שם. **[267]** ראה לעיל. **[268]** יבמות עה א; רמב"ם איסורי ביאה טז ז; טושו"ע אבהע"ז ה ב,ז. **[269]** רמ"א אבהע"ז ה ז. וראה נימוק"י יבמות עה א, שסתם נקב בש"ס הוא נקב מפולש. **[270]** יש"ש יבמות פ"ח סי' יא. **[271]** חזו"א אבהע"ז סי' ט סק"ט; הרב ש. דייכובסקי, תחומין, יח, תשנ"ח, עמ' 161. **[272]** רבנו ירוחם, נתיב כג ח"ד; חידו' צמח צדק על יבמות עה. **[273]** מאירי יבמות עה א; חידו' ר"ח מוולוז'ין על יבמות עה. **[274]** ב"ש סי' ה סק"ח. **[275]** חזו"א אבהע"ז סי' ט סק"ט. **[276]** רמב"ם איסורי ביאה טז ז; בה"ג, רמב"ן, רשב"א, רא"ה וריטב"א, הובאו דבריהם במ"מ שם, ובנמוק"י יבמות עה ב; המחבר והרמ"א אבהע"ז ה ז; לבוש אבהע"ז ה ב; הגריעב"ץ באגרת ביקורת תשובת הגדר דכ"ג ע"א; שו"ת שב יעקב סי' ד. וכתב הרמ"א שם — וכן עיקר, ודלא כיש מתירים בעל ביצה אחת אם היתה אותה שניטלה שלימה כשניטלה ונשארה של ימין, אמנם ראיתי מקילין כסברא אחרונה, אבל טוב לחוש באיסור דאורייתא לדברי המחמירים, והם רוב מנין ורוב בנין. **[277]** ר"ת בתוס' יבמות עה א ד"ה שאין; ר"י, ר"ש הזקן, ראב"ד, סמ"ג, מרדכי, אגודה, ספר התרומה והריא"ז — הובאו דבריהם בשו"ת בית אפרים חאבהע"ז סי' ב, ושו"ת אבני נזר חאבהע"ז סי' כ אות יג; ב"ח אבהע"ז סי' ה; יש"ש יבמות פ"ח סי' ח. וכן משמע משו"ת הרא"ש כלל לג סי' ד. וכן כתב בפחד יצחק, ע' פצוע דכא. **[278]** שו"ת חוט המשולש סי' יא; שיירי קרבן, ירושלמי פ' הערל ד"ה כל שאין; שו"ת משכנות יעקב סי' ג; שו"ת דברי מלכיאל ח"ג סי' פח; שו"ת מנחת משה סי' א; שו"ת דברי חיים חאבהע"ז ח"א סי' יא; שו"ת שבט הלוי ח"ו סי' קצג אות א. וראה בשו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"ב סי' ג ענף ג. וראה באריכות באוצה"פ סי' ה סקמ"ב-מ"ז, ובשו"ת יביע אומר ח"ז חאבהע"ז סי' ח אות טז, ובשו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' מט אות א. ומה שכתב הרמ"א, שרוב מנין ורוב בנין אוסרים גם בביצה אחת — כתבו האחרונים

ולכל הדעות יש לצרף שיטה זו כסניף, כאשר יש נימוקים אחרים להקל[279], ובדיעבד לכל הדעות יש לסמוך על שיטה זו[280].

יש מי שכתב, שגם לשיטה זו מדובר דווקא שמותר בקהל, אבל מכל מקום יש איסור לאו של סירוס גם בכריתת ביצה אחת[281]; ויש מי שכתב, שכיוון שהוא מותר בקהל לשיטה זו, אין גם איסור סירוס בכריתת ביצה אחת[282].

יש אומרים, ששיטה זו מתירה דווקא אם נכרתה ביצה אחת, אבל אם ניקבה או נפצעה או נידוכה, לכל הדעות הוא פסול לקהל[283]; ויש אומרים, שמותר לקהל בכל מקרה של פגיעה בביצה אחת, בין בימין ובין בשמאל, בין נפצעה ובין ניטלה[284], ויש שחילקו בין ביצה ימנית שדווקא אם ניטלה מותר, לבין ביצה שמאלית שאפילו נפצעה — מותר[285].

יש מי שכתב, שבכריתת ביצה אחת סומכים על חכמת הרופאים, שיודעים לתקן הדבר היטב ובבירור שיוליד, ואינם מקלקלים החוטים, ושביל הזרע הולך כתיקונו, ותלוי בחכמת הרפואה, ולכן הוא ובניו כשרים[286].

שלש ביצים — מי שיש לו שלושה ביצים, יש מי שהסתפק לפוסלו[287]; ויש מי שכתב, שהוא כשר לקהל[288].

פציעה במקצת הביצה או הגיד — יש מי שכתב, שפצוע וכרות אפילו במקצת הביצים או הגיד — פסול לקהל, אבל אם נידכו הביצים או הגיד במקצת — כשר[289]; ויש הסבורים, שגם בדך במקצת

שלא דק, ורבים הם המתירים בביצה אחת — ראה בכסא דהרסנא על שו"ת בשמים ראש סי' שמ; שו"ת אבני נזר חאבהע"ז סי' כ; שו"ת שם אריה סי' ו. **[279]** ראה אוצה"פ שם. **[280]** שו"ת שואל ומשיב מהדות"ל ח"א סי' קכד; ספר יהושע סי' פח. וראה עוד בשו"ת תשובות והנהגות ח"ב סי' תרפו. **[281]** כסא דהרסנא על שו"ת בשמים ראש סי' שמ. **[282]** שו"ת עין יצחק חאבהע"ז ח"א סי' יא סוף ענף ג. וראה לעיל הע' 124 ואילך. **[283]** בית מאיר סי' ה; שו"ת מנחת משה סי' א. **[284]** חוט המשולש סי' יא; שו"ת עין יצחק ח"א סי' י; שו"ת שואל ומשיב מהדות"ל ח"א סי' קכד, ושו"ת מהרש"ם ח"ד סי' כא — בשיטת הקרבן עדה; שו"ת אור גדול סי' ג; חזו"א חאבהע"ז ליקוטים סי' ד אות יג. **[285]** שו"ת נובי"ק חאבהע"ז סי' ו; שו"ת תפארת צבי סי' ז. **[286]** ישי"ש יבמות פ"ח סי' ח. והסכימו לדעתו להלכה בישועות יעקב אבהע"ז סי' ה בסוף התשובה; שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' יז; שו"ת ישועות מלכו חאבהע"ז סי' כא; שו"ת דברי מלכיאל ח"ג סי' פח; שו"ת בית אפרים חאבהע"ז סי' ב; שו"ת אבני נזר חאבהע"ז סי' יז אות לב; שו"ת עין יצחק ח"א סי' י; שו"ת שואל ומשיב ח"א סי' קצב-קצג; שו"ת יביע אומר ח"ז חאבהע"ז סי' ח אות יג; שו"ת שבט הלוי ח"ו סי' קצג. וראה עוד מה שכתב על כך בשו"ת מהרש"ם ח"א סי' קעו, וח"ד סי' כא; ערוה"ש אבהע"ז ה יח; שו"ת דובב מישרים ח"א סי' לד; שו"ת ישכיל עבדי ח"ב חאבהע"ז סי' ד אות כב; שו"ת משפטי עוזיאל ח"ב חאבהע"ז סי' ז, וסי' טז (אמנם במהדו"ת חאבהע"ז סי' כה חזר בו, וכתב שהלכה למעשה צריך לחוש לדעת הרא"ש, עיי"ש); שו"ת והשיב משה הכהן חאבהע"ז סי' ג; שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"ד סי' כז; שו"ת יביע אומר ח"ז חאבהע"ז סי' ח. **[287]** שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' טו. **[288]** שו"ת שואל ומשיב מהדו"ק ח"א סי' קצא. **[289]** שו"ת נובי"ק חאבהע"ז סי' ו. וראה חזו"א אבהע"ז סי' ט אות ט.

— פסול[290].

בידי שמים בכרות או בפצוע — יש מי שכתב לחלק בין כרות שופכה לפצוע דכא בכך שדווקא פצוע דכא בידי שמים כשר לבוא בקהל, אבל כרות שופכה פסול אפילו בידי שמים[291], אך דחו דבריו וכתבו שבשני מצבים אלו כשר אם היה בידי שמים[292].

חוטי הביצים — יש מי שכתב[293], שהם החוטים שתלויים בהם הביצים בכיס, היינו עילית האשך[294]; ויש מי שכתב, שהם השבילים שבהם מתבשל הזרע[295]. וברור לפי ידיעותינו הרפואיות כיום, שהכוונה דווקא לצינוריות שבתוך האשכים, ולא לשבילי הזרע שבתוך הגוף, שהם רק צינורות למעבר הזרע, אבל לא מתבשל בהם הזרע[296]. נכרתו חוטי הביצים, או אחת מהן, או שנידך, או שנפצע, הרי זה פסול[297].

מסרס אחר מסרס הוא איסור לאו לכל הדעות[298], אך נחלקו הפוסקים אם גם בפצוע דכא יש גדר של מסרס אחר מסרס — יש אומרים, שאם האיש סבל ממחלה באיברי ההולדה, או שנולד סריס, וברור שלא היה יכול להוליד כלל, ואחר כך פצעו או כרתו את הגיד או הביצה, אינו נחשב כפצוע דכא וכרות שופכה, ומותר בקהל[299]; ויש אומרים, שאפילו אם ברור שלא היה יכול להוליד כלל לפני שנפצע בידי אדם, אם עשאו אדם פצוע דכא או כרות שפכה, הרי הוא אסור בקהל[300].

מי ששתה כוס של עקרין ונסתרס[301] — יש אומרים, שדינו כסריס בידי אדם, ונאסר לבוא בקהל[302]; ויש אומרים, שבדרך סירוס כזו נחשב כסריס בידי שמים, ולא נאסר לבוא בקהל[303]. יש מי

[290] גירסת הגר״א בספרי עה״פ דברים כג ב; משך חכמה שם. וראה עוד בנידון בשו״ת דברי מלכיאל ח״ג סי׳ פח; שו״ת תועפות ראם ח״א סי׳ כח אות ג; חזו״א חאבהע״ז סי׳ ט סקי״א; שו״ת שבט הלוי ח״ו סי׳ קצג אות׳ ז-ח. **[291]** ב״ח אבהע״ז סי׳ ה ד״ה כ׳ הרא״ם, בשיטת הסמ״ג לאווין קיח-קיט. **[292]** עצי ארזים סי׳ ה סקט״ז; פני משה שם סק״ז. וראה תוס׳ יבמות עה א ד״ה שאין. וראה באיגרת ביקורת ליעב״ץ ד״ה, ששני איסורים אלו שווים. **[293]** רש״י יבמות עה ב ד״ה בכולן. **[294]** ראה לעיל בחלק המדעי. **[295]** רמב״ם איסורי ביאה טז ג. **[296]** וכן משמע שיטת החזו״א אבהע״ז סי׳ יב אות ז, ודלא ככמה אחרונים שדנו בכך — ראה יד דוד, שאלה א; הרב ב.מ. בירג, נועם, א, תשי״ח, עמ׳ רמה ואילך. וראה לעיל ברקע המדעי. **[297]** יבמות עה ב; רמב״ם איסורי ביאה טז ז; טושו״ע אבהע״ז ה ח. **[298]** ראה לעיל הע׳ 199 ואילך. **[299]** שו״ת אבני נזר חאבהע״ז סי׳ כ; שו״ת דברי מלכיאל ח״ג סי׳ פח; שו״ת תעלומות לב ח״ב סי׳ ד; שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ד סי׳ ל. **[300]** אגרת ביקורת להיעב״ץ ד״ח ע״ב; שו״ת דברי חיים ח״ב חאבהע״ז סי׳ לא; יד דוד בתשובות שבסוף הספר סי׳ א; חזו״א חאבהע״ז ליקוטים סי׳ ד אות יד; דבר המשפט סי׳ ח. וראה עוד בשו״ת בית יצחק חאבהע״ז ח״א סי׳ לו; שו״ת מהרש״ם ח״ג סי׳ צה. וראה באוצה״פ סי׳ ה סקנ״ו. **[301]** ראה לעיל הע׳ 182 ואילך. **[302]** רש״י סוטה כו א ד״ה קמ״ל (וראה שו״ת תורת חסד סי׳ לח; שו״ת אמרי שפר סי׳ עד); שו״ת זרע אברהם ח״ב סי׳ יא; שו״ת אדמת הקודש ח״א סי׳ כג; שולחנו של אברהם סי׳ ה; שו״ת חקרי לב חאבהע״ז סי׳ ז; אגרת ביקורת להיעב״ץ דף ו. **[303]** תוס׳ סוטה כו א ד״ה אשת; רמב״ם סוטה ב ו (ראה כס״מ ומשל״מ שם); ברכ״י אבהע״ז סי׳ ה אות ז, בשם מהר״י כהן; שו״ת מהר״י ששון ח״ב סי׳ כו; אפי זוטרי סי׳ ה סקי״ד; יד דוד שו״ת שבסוף הספר סי׳ א;

שכתבו, שלדעה זו מותר לבוא בקהל גם אם הכוס של עקרין גרם להשחתה ממשית של איברי ההולדה, ולאו דווקא אם הכוס של עקרין גרם רק סירוס בעקיפין על ידי ביטול כושר ההולדה[304]; ויש מי שהסתפק בדבר[305].

בידי אדם או מלידה — פצוע דכא וכרות שופכה שפסולים לבוא בקהל הוא דווקא אם נגרמה הפגיעה לאחר הלידה בדרך של חבלה, כגון שכרת אדם את האשך או הגיד, או הכהו קוץ וכיוצא בזה, ו'בידי אדם' הוא לאו דווקא במעשה אדם, אלא גם פגיעה על ידי קוץ, או על ידי שאר בעלי חיים, נחשב כבידי אדם ופסול[306]; אבל אם נולד כרות שופכה או פצוע דכא, או שנולד בלא ביצים, או שנפגעו איברי ההולדה מחמת רעמים וברד, הרי זה כשר לבוא בקהל[307].

מחלה כללית — מי שחלה במחלה כללית, ועקב כך נפגעו הביצים או חוטי הזרע, ובטלו ממנו איברים אלו — יש הסבורים[308], שדינו כפצוע דכא בידי אדם, ואסור בקהל[309]; רוב הפוסקים סבורים, שדינו כפצוע דכא בידי שמים, ומותר בקהל[310]; יש שלא הכריעו בין שתי

שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' יז; שו"ת תורת חסד סי' לח; ערוה"ש אבהע"ז ה כד. והוא כשיטת החזו"א אישות סי' יב סוסק"ז. וראה עוד בפת"ש סי' ה סק"ט, ובאוצה"פ סי' ה סקנ"ז.

[304] שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' יז.

[305] כסא דהרסנא על שו"ת בשמים ראש סי' שמ. וראה לבוש אבהע"ז סי' ה סקי"ב; שו"ת תורת חסד סי' לח; חזו"א שבת סי' סב; שו"ת מנחת יצחק ח"ב סי' קכג אות' ד-ו.

[306] רמב"ם איסורי ביאה טז ט; טושו"ע אבהע"ז ה י. וראה שו"ת צמח צדק החדש סי' טו; שו"ת בית יצחק ח"א חאבהע"ז סי' לז אות ב; שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"ד סי' כט אות' ג-ו.

[307] בדין הפגיעה על ידי רעמים — ראה אוצה"פ סי' ה סקנ"ט.

[308] שיטת רש"י יבמות עה א ד"ה סריס, ושיטת הרא"ש יבמות פ"ח סי' ב. וכשיטה זו פסקו בח"מ סי' ה סק"ה; יעב"ץ באגרת ביקורת ד"ח ע"ב, וד"י ע"א (וכתב שם, שאף כופים אותו להוציא את אשתו); שו"ת תומת ישרים סי' נב וסי' קכה (וכתב שם, שגוזרים עליו נידוי עד שיפרוש מאשתו. אמנם בסי' נא כתב, שלא עושים נידוי או הרחקה).

[309] בשיטת רש"י יש שכתבו, שגם הוא כשיטת הרמב"ם (בהערה הבאה) ולא כשיטת הרא"ש (וראיה לדבריהם מרש"י יבמות כ ב ד"ה סריס אדם, וראה מהרש"א יבמות עה א) — ראה ב"ח אבהע"ז סי' ה; ב"ש סי' ה סקי"ב; שו"ת תומת ישרים סי' נא; ישי"ש יבמות פ"ח סי' ט; יד אהרן ח"א הגה"ט סי' ה אות א; שו"ת חקרי לב מהדורא בתרא חאבהע"ז סי' כז; שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' יז. וראה עוד בשיטת רש"י בשו"ת האלף לך שלמה חאבהע"ז סי' כו; שו"ת באהלה של תורה ח"א סי' עב. ועוד בשיטת רש"י יש מי שכתב, שהיינו דווקא אם המחלה או הליקוי הוא באיברי ההולדה עצמם, אבל אם הפגיעה באה בגלל מחלה כללית של כל הגוף, הרי זה נחשב כבידי שמים — אגרת ביקורת להיעב"ץ ד"י. אך ראה בשו"ת עין יצחק ח"א סי' ט, שכתב בדעת הרא"ש להיפך, שחולי באיברים נחשב כבידי שמים, וחולי כל הגוף נחשב כבידי אדם, עיי"ש. ובהסבר שיטת הרא"ש ראה בבית מאיר אבהע"ז סי' ה ס"י; שו"ת חמדת שלמה חאבהע"ז סי' מה; שו"ת באר יצחק חאבהע"ז סי' ד; שו"ת עין יצחק ח"א חאבהע"ז סי' יא אות ד; שו"ת יביע אומר ח"ז חאבהע"ז סי' ח אות א.

[310] שיטת הרמב"ם, איסורי ביאה טז ט (אמנם בפיהמ"ש יבמות ח ב משמע שגם חולי פוסל — ראה מה שכתבו בנידון בשו"ת מהר"י בי רב סי' ב; שו"ת מהר"י הכהן רפפורט סי' א; שו"ת יביע אומר ח"ז חאבהע"ז סי' ח אות ה. אך סתירה זו היא רק על פי תרגום אבן תיבון, בעוד שהגר"י קאפח תרגם בדרך שמדובר במכה בידי אדם או

השיטות הללו[311]; יש שכתבו, שלכתחילה לא ישא ישראלית כדין פצוע דכא בידי אדם, אבל אם נשא — לא יוציא[312]; ויש מי שחילק בסוג החולי — שאם מדובר במחלה שיש לה רפואה, דינו כסריס בידי שמים, ואם מדובר במחלה שאין לה רפואה, דינו כסריס בידי אדם[313].

מי שנסתרס בגלל קרינה, כגון שחלה במחלה ממארת ונזקק להקרנות, יש מי שכתב, שדינו כסריס אדם, ואסור לבוא בקהל[314]; אך רוב הפוסקים סבורים, שדינו כסריס בידי שמים, שכן אין פעולת הסירוס ניכרת באיברי ההולדה, והסירוס הוא בדרך של גרמא[315].

בידי שמים ובידי אדם — נפגעה ביצה אחת בידי שמים, ואחר כך נכרתה הביצה השניה בידי אדם, דינו כפצוע דכא בידי אדם, אף שהיה מתחילה סריס בידי שמים[316].

אם תחילת הפגיעה היא בידי אדם, כגון שפצע את חברו באיברי הרביה, אף אם סופו בידי שמים, כגון שהתפתחה מחלה בעקבות הפציעה — יש אומרים, שנחשב כבידי אדם ופסול[317]; יש אומרים, שנחשב כבידי שמים וכשר[318]; ויש אומרים, שאם

חיה, ולא במחלה, ולפי זה אין כלל סתירה). כשיטת הרמב"ם סוברים גם הרי"ף (ראה שו"ת חת"ס חאבהע"ז סי' יז; שו"ת שואל ונשאל ח"ו חאבהע"ז סי' ב; שו"ת יביע אומר ח"ז חאבהע"ז סי' ח אות ג); רבנו יעקב בי רב, סי' ב; הראב"ד (ראה שו"ת חת"ס חאבהע"ז סי' יז; שו"ת עמודי אש סי' כ אות ג; שו"ת יביע אומר ח"ז חאבהע"ז סי' ח אות ד); הסמ"ג לאווין קיט (ראה ישי"ש יבמות פ"ח סי' ט; ב"ח אבהע"ז סי' ה); החינוך (ראה מנ"ח מ' תקנט); המאירי, יבמות עה ב; התוס' יבמות כ ב (ראה תויו"ט בהגה' לאבהע"ז; שו"ת עין יצחק ח"א חאבהע"ז סי' יא אות יג). ואף הרא"ש עצמו בתשובותיו כלל לג. וראה בשו"ת יביע אומר ח"ז חאבהע"ז סי' ח אות ד, שכן גם דעת הרמב"ן, הריטב"א, הנמוק"י, רבנו ירוחם, ורבנו אברהם מן ההר. וכשיטה זו פסקו הישי"ש יבמות פ"ח סי' ט; ב"ח אבהע"ז סי' ה; ב"ש שם סקי"ב; פר"ח יו"ד סי' לו סקל"ה; ברכ"י אבהע"ז סי' ה סק"ה; שו"ת חוט המשולש סי' יא; שו"ת שבות יעקב ח"ג סי' קז; שו"ת באר מים חיים סי' נח; שו"ת משכנות יעקב חאבהע"ז סי' ג; שו"ת בית אפרים חיו"ד סי' לו; שו"ת אבני נזר חאבהע"ז סי' כ אות כ; שו"ת שואל ומשיב ח"א סי' קצג; שם מהדות"ל ח"א סי' קפג; אור שמח איסורי ביאה טז ז; ספר יהושע סי' פח; שו"ת שם אריה חאבהע"ז סי' ו; שו"ת עין יצחק ח"א חאבהע"ז סי' ט, וסי' יא; שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' יד-יז; שו"ת צמח צדק חאבהע"ז סי' טו; שו"ת בית אליקים סי' א; שו"ת ישא איש חאבהע"ז סי' ב; שו"ת תעלומות לב ח"ב סי' א-ב; שו"ת בית יצחק ח"א חאבהע"ז סי' לו.

[311] בשו"ע אבהע"ז ה י הובאו שתי הדעות הנ"ל, ללא הכרעה ברורה. **[312]** כנה"ג הגה"ט סי' ה אות ו; שו"ת זקן אהרן סי' קנז; אפי זוטרי סי' ה סקי"ד; כסא דהרסנא על שו"ת בשמים ראש סי' שמ; שו"ת בני אברהם סי' יב. **[313]** ערוך לנר יבמות עט ב ד"ה ובזה. **[314]** שו"ת חלקת יעקב חאבהע"ז סי' ל. **[315]** שבט מיהודה שער רביעי פי"ז, וכן הובאו הדברים בהערותיו של הגרא"י אונטרמן לאוצה"פ, כרך א, ד' קסד; שו"ת עטרת פז ח"א כרך ג חאבהע"ז סי' ב. וראה מאמרו של הרב י. אפשטיין, תחומין, כה, תשס"ה, עמ' 88 ואילך. וראה להלן הע' 410. **[316]** אור שמח איסורי ביאה טז ז. **[317]** שו"ת חוט המשולש סי' יא; שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' יד (וראה הערת אוצה"פ סי' ה סוסקנ"א); שו"ת שב יעקב סי' ד; בינת אדם שער בית הנשים סי' יד; שו"ת מהר"י הכהן רפפורט סי' א; שו"ת בית יצחק חאבהע"ז ח"א סי' לו. **[318]** שו"ת בית אליקים חאבהע"ז סי' א; שו"ת שבות יעקב ח"ג סי' קז; שו"ת דברי מלכיאל ח"ג סי' פט; שו"ת אבני נזר חאבהע"ז

מעשה האדם היה הפיך, כגון שקשרו חוט בגיד והתירו אותו מיד, אם אחר כך חלה — כשר, אבל אם היתה פציעה שהביאה לסיבוכים באופן ישיר ומיידי, כגון שהכהו אדם באיברי הרביה והתפתח חום ונזק — פסול[319].

ולהיפך — אם תחילתו בידי שמים, כגון שחלה באשכיו, והדבר גרם לקלקול האשך בדרגה שאינו ראוי להוליד, וסופו בידי אדם, כגון שכרתו הרופאים את האשך הנגוע — רוב הפוסקים סבורים, שאף מצב זה נחשב כבידי שמים, ואין איסור לכרות את האשך הנגוע, ומותר בקהל[320]; יש אומרים, שדווקא אם המחלה גרמה לכריתת הביצים ולהיעלמותם, אבל אם בני אדם כרתו הביצה החולה, הרי זה נחשב כבידי אדם[321].

כריתה רפואית של אשכים חולים — יש שכתבו, שאם הביצים כבר נרקבו לגמרי, ואחר כך כרת אותם הרופא, לכל הדעות אין בזה איסור פצוע דכא, ומותר בקהל[322]; ויש מי שכתב, שמי שחלה באשכיו ונאלצו הרופאים לכורתם, אין לכוף להוציא את אשתו, אבל ראוי לומר לזוג שיש לחוש לחומרא לשיטות הסוברים שדינו כסריס בידי אדם, ועליהם להתגרש מרצונם, או לכל הפחות להיפרד מחיי אישות[323].

מחלת אשכים באשמתו — מי שחי חיי הפקרות, ואחר כך חלה באשכיו כתוצאה ממעשיו ומהתנהגותו, נחשב כחולי בידי שמים, אף שנבע ממעשיו הרעים[324].

סי׳ כא; שו״ת ישועות מלכו סי׳ יט; שו״ת חמדת שלמה סי׳ מהשו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ד סי׳ כז. **[319]** חזו״א חאבהע״ז ליקוטים סי׳ ד אות יב. וראה עוד חזו״א אבהע״ז סי׳ ט. **[320]** ישׁ״ש יבמות פ״ח סי׳ ט; שו״ת חוט המשולש סי׳ יא; שו״ת חת״ס חאבהע״ז סי׳ יז, וסי׳ יט; שו״ת עין יצחק ח״א חאבהע״ז סי׳ ט, וסי׳ יב; שו״ת תומת ישרים סי׳ נג; שו״ת יד יוסף סוסי׳ צח; שו״ת שערי דיעה ח״ב סי׳ רכא; ערוה״ש אבהע״ז ה יח; שו״ת שם אריה חאבהע״ז סי׳ ו; שו״ת עמודי אש סי׳ כ אות ג; שו״ת אמרי יושר ח״ב סוסי׳ ו; שו״ת בית יצחק ח״א חאבהע״ז סי׳ קלד אות ז; שו״ת שואל ומשיב מהדו״ק ח״א סוסי׳ קצב; שו״ת דובב מישרים ח״ג סי׳ כב; שו״ת היכל יצחק חאבהע״ז ח״א סי׳ טו; שו״ת קובץ תשובות סי׳ קמג; שו״ת שבט הלוי ח״ח סי׳ רסו אות א; שו״ת חשב האפוד ח״א סי׳ פט; שו״ת יביע אומר ח״ז חאבהע״ז סי׳ ח. וראה עוד בשו״ת ישכיל עבדי ח״ה חאבהע״ז סי׳ טו. **[321]** אגרת בקורת להגריעב״ץ, תשובת הרב המורה ד״א; ישועות יעקב אבהע״ז סי׳ ה סק״ג בתשובה; שו״ת תורת חסד חאבהע״ז סי׳ לח אות ח; שו״ת צמח צדק חאבהע״ז סי׳ טו אות ה; הגרא״ז מלצר, הובאו דבריו באוצה״פ סי׳ ה סקנ״ו אות א. וראה בשו״ת היכל יצחק חאבהע״ז ח״א סי׳ טו, והערות הגרי״א הרצוג והגרצ״פ פרנק בסוף כרך א׳ של אוצה״פ, עמ׳ קנח א-קנט ג, מה שכתבו על דברי הגרא״ז מלצר ביחס לגירסא בסמ״ג לאווין קכ, וראה באוצה״פ שם עמ׳ קס ג-קסא ב, תשובת הגרא״ז מלצר. וראה עוד בשיטות האחרונים בעניין זה באוצה״פ סי׳ ה סקמ״ב. **[322]** שו״ת חת״ס שם; שו״ת אבני נזר חאבהע״ז סי׳ כ; שו״ת דברי מלכיאל ח״ג סי׳ פח; שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ד סי׳ כט אות ח. וראה עוד בשו״ת מנחת יצחק ח״ב סי׳ קכג; הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חאבהע״ז סי׳ ה סק״י. **[323]** שו״ת משפטי עוזיאל מהדו״ת חאבהע״ז סי׳ ה. אך ראה שם בסי׳ ז, שכתב שאם היה צורך לנתח בשבילי הזרע משום רפואה ולהצילו מיסורים קשים, אינו בגדר פצוע דכא, ומותר להמשיך את נישואיו עם אשתו, וצ״ע. **[324]** שו״ת אגרות משה

פצוע דכא מלידה — מי שנעשה פצוע דכא בהיותו במעי אמו, כגון שהושיט אדם ידו לרחמה של האשה, ופצע את גידו או את אשכיו של העובר — יש אומרים, שדינו כפצוע דכא בידי שמים, כי הדבר קרה במעי אמו, והוא נולד פצוע דכא[325]; ויש אומרים, שדינו כפצוע דכא בידי אדם[326].

פצוע דכא בפיקוח נפש — יש מי שכתבו, שלא אסרה תורה פצוע דכא אלא אם הוא בא על ידי איסור של סירוס, ולפיכך מי שהוצרכו לסרסו מחמת פיקוח נפש, כגון שהיתה מחלה באשך, והוצרכו הרופאים לכורתו, לא נקרא פצוע דכא, ואינו אסור בקהל[327], ויש חולקים וסבורים שבכל מקרה שנעשה פצוע דכא בידי אדם אסור בקהל[328].

הבראה — פצוע דכא וכרות שופכה יכולים להבריא, וחוזר האדם להכשרו הראשון[329]. ולפיכך, אם חלה באשכיו, ואחר כך ריפאוהו הרופאים ואומרים שיכול להוליד, הרי הוא כשר לקהל[330].

מי שעשה מעשה סירוס, והפגיעה תתוקן לאחר זמן מאליה, אין זה סירוס, ואין לו דין של פצוע דכא; אבל אם צריך לעשות מעשה, כגון ניתוח, כדי להחזיר המצב לתיקנו, הרי זה סירוס, ולכן קשירת צינור הזרע, אף שאפשר לעתים על ידי ניתוח להחזיר את פוריות האיש, יש בזה איסור סירוס, ואסור בקהל[331].

יורה כחץ — יש מי שכתב, שכרות שפכה ופצוע דכא, אפילו יורה כחץ, פסול לקהל, אבל בדין נקב בגיד, תלוי אם יורה כחץ כשר לקהל, ואם אינו יורה כחץ — פסול[332].

ספק פצוע דכא — נחלקו הפוסקים אם הוא אסור או מותר בקהל, ורוב הפוסקים הכריעו להקל בספק פצוע דכא מן התורה[333], ויש מי שכתב, שאפילו אם הספק קרוב לרוב, עדיין נכנס בגדר ספק פצוע דכא ומותר בקהל[334]. ולשיטה זו יש מי שכתבו, שבין אם הספק הוא בדין, ובין אם הוא במציאות, מותר בקהל[335]; ויש שכתבו, שדווקא ספק במציאות מותר,

חאבהע"ז ח"ד סי' כז. **[325]** ספר יהושע סי' פח; שו"ת נובי"ק חאבהע"ז סי' ו; שו"ת אמרי שפר סי' עד. **[326]** ישועות יעקב אבהע"ז סי' ה סק"ג בתשובה; אגרת ביקורת להגריעב"ץ ד"ח; יד דוד בתשובות שבסוף הספר סי' א. **[327]** שו"ת חלקת יואב חאבהע"ז סי' ג; גליוני הש"ס להגר"י ענגיל יבמות עה ב. **[328]** שו"ת אדמת הקודש חאבהע"ז סי' כג; שו"ת צוף דבש חאבהע"ז סי' ה; שו"ת חקרי לב חאבהע"ז סי' ז; שו"ת מהרש"ם ח"ג סי' צה; שו"ת יביע אומר ח"ז חאבהע"ז סי' ח אות טו. וראה עוד שו"ת מנחת שלמה ח"ג סי' קג אות ח; שו"ת באהלה של תורה ח"א סי' עב. **[329]** חזו"א חאבהע"ז ליקוטים סי' ה, וראה חזו"א אבהע"ז סי' י; שו"ת שבט הלוי ח"ח סי' רסז אות א. וראה לעיל הע' 118. **[330]** שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' טז. וראה עוד חזו"א אבהע"ז סי' ט סק"י. **[331]** שבט מיהודה שער ד פי"ז; שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"ד סי' לב אות א. וראה עוד בשו"ת מנחת יצחק ח"ה סי' יב. **[332]** שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' יד. **[333]** שו"ת באר יצחק חאבהע"ז סי' ד. וראה באריכות באוצה"פ סי' ה סק"י; שו"ת יביע אומר ח"ז חאבהע"ז סי' ח אות ח ואילך; שו"ת דברי משה סי' פז אות ב. **[334]** שו"ת מהרש"ם ח"ד סי' כא. **[335]** שו"ת עין יצחק ח"א חאבהע"ז סוסי' ט, וסוסי' יב, ובשו"ת באר יצחק חאבהע"ז סי' ד; שו"ת תורת חסד חאבהע"ז סי' לז אות ד; שו"ת חלקת יואב

אבל ספק בדין אסור[336]. אמנם יש הסוברים שהוא אסור מדרבנן, ויש המתירים אפילו מדרבנן[337]. ואם יש ספק אם נולד פצוע דכא, או שנפצע לאחר שנולד ונעשה פצוע דכא, אסור לבוא בקהל, לפי שהוא בחזקת שלא נולד פצוע דכא כרוב בני האדם[338].

יש מי שכתבו, שאף אם יש ספק-ספיקא בענייני פצוע דכא, אין להתיר לכתחילה שישא אשה, ומכל מקום אם נישאת — לא תצא[339]; ויש שכתבו, שכל שיש ספק-ספיקא להתיר בפצוע דכא, מתירים אותו לכתחילה לשאת אשה[340].

מי שיש ספק שנפגע באשכיו בזמן ביצוע המילה, והוא עקר — אם אין היכר חיצוני לפגיעה זו, הרי הוא כשר בקהל[341].

עקר — מי שאינו יכול להוליד בלאו הכי, אין בו איסור פצוע דכא וכרות שופכה[342], ולכן אף אם עשאוהו פצוע דכא בידיים, לא נאסר לבוא בקהל[343].

אשה — יש מי שכתב, שאמנם במעשה סירוס יש הבדל בין איש לאשה[344], אבל איסור פצוע דכא שווה בשניהם, ולכן אשה מסורסת בידי אדם אסורה בקהל כמו איש פצוע דכא, והבא עליה לשם אישות — לוקה[345]; אך רוב הפוסקים סבורים, שכשם שאין איסור סירוס באשה, כך איננה אסורה בקהל[346]. ולפיכך אפילו אם אשה סירסה עצמה במזיד בנטילת רחמה, מותרת לכתחילה לבוא בקהל[347].

2. ניתוחים באיברי המין

ניתוחים באשכים

כריתת אשכים במקום סכנה — מי שחלה באשכים במחלה שיש בה סכנה, ולצורך רפואתו צריך לכורתם[348], מותר לעשות כן, ואין בזה איסור סירוס; ואם מדובר באשך אחד, ובפרט אם המחלה גרמה לקלקול האשך בדרגה שאינו ראוי להוליד — דעת רוב האחרונים, שמותר גם להישאר לדור עם אשתו, ואינו אסור בקהל[349].

חאבהע"ז סי' ג; שו"ת יביע אומר ח"ז חאבהע"ז סי' ח אות יא. **[336]** שו"ת נודע בשערים ח"ב חאבהע"ז סוסי' כז; שו"ת אמרי יושר ח"ב סי' ו; שו"ת דברי מלכיאל ח"ג סי' פח-פט; שו"ת מנחת משה חאבהע"ז סי' א אות ח. וראה בערוה"ש אבהע"ז ה כ, שכתב להיפך, שספק בידיעה אינו ספק. **[337]** ראה אוצה"פ שם. **[338]** דו"ח רעק"א כתבים, בתשובה להר' יהודא; שו"ת רעק"א סי' סג. **[339]** שו"ת מהריב"ל ח"ג סי' צב. **[340]** שו"ת ישכיל עבדי ח"ב חאבהע"ז סי' ד אות לא. וראה באריכות בשיטות הפוסקים בנידון בשו"ת יביע אומר ח"ז חאבהע"ז סי' ח אות' יח-יט. **[341]** שו"ת שבט הלוי ח"ז סי' רו; שו"ת דברי משה סי' פז. **[342]** וראה לעיל, בעניין איסור סירוס במצבים כאלו. **[343]** שו"ת דברי חיים ח"א סי' יא; שו"ת חבצלת השרון חאבהע"ז סי' יב. וראה גם בשו"ת שבט הלוי ח"ח סי' רסז אות א. וראה מה שכתב הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חאבהע"ז סי' ה סק"י. **[344]** ראה לעיל הע' 208 ואילך. **[345]** ברכ"י אבהע"ז סי' ה סקט"ו. **[346]** מנ"ח בקומץ המנחה מ' תקנט; פני משה אבהע"ז סי' ה סוסק"ג. וראה גם במאירי יבמות כא א; מהרש"א קידושין עב ב. **[347]** חמדת ישראל, קונטרס נר מצווה סי' פח. **[348]** orchidectomy. **[349]** שו"ת עין יצחק ח"א חאבהע"ז סי' ט; שו"ת דובב מישרים ח"ג סי' כב; שו"ת היכל יצחק חאבהע"ז ח"א סי' טו;

יש מי שכתב, שאם הניתוח היה הכרחי משום פיקוח נפש, או משום סכנת איבר, או אם האיבר עצמו נפגע קשה על ידי מחלה, והניתוח רק הרחיקו מן הגוף, הרי הוא כפצוע דכא בידי שמים, והוא מותר לבוא בקהל[350].

פגיעות בכיס האשכים — מי שהיו לו מים בכיס האשכים, והוכרחו הרופאים לכרות את הביצה השמאלית, מותר לבוא בקהל[351]. וכן מי שסבל מסרטן שק האשכים, והוכרחו לכרות את הביצה השמאלית, מותר לבוא בקהל[352].

מי שהיו לו מים באשך, ונתחוהו הרופאים ונתרפא, הרי הוא חוזר להיכשרו, ואפילו אם המדובר הוא באשך ימין, ואפילו אם אשך זה גדול מהשני[353].

פציעות באשכים — מי שמחמת טירוף דעתו כרת לעצמו את הביצה השמאלית, ורופא מעיד שלא נגע בביצה השניה, הרי הוא מותר לקהל[354].

מי שנפצע באחד האשכים מיריית כדור ונרפא, ולפי עדות רופא ראוי להוליד, אין הוא בגדר פצוע דכא, ומותר בקהל[355].

כריתת אשך בגלל מחלה אחרת — מי שסובל מבקע מפשעתי או מאבני כליות וכיו״ב, ולצורך הטיפול בבעייתו הרפואית הוכרחו הרופאים לכרות את אשכיו, אם הכריתה היא של שתי האשכים, הרי הוא פסול לבוא בקהל, כי כריתת האשכים לא נעשתה בגללם אלא בגלל סיבה אחרת[356]; ואם מדובר בכריתת אשך אחד בלבד, הרי הוא מותר לבוא בקהל[357].

טיפול כימותרפי — מי שזקוק לטיפול כימותרפי להריסת תאים ממאירים בגוף, ותרופות אלו גורמות גם להרס רקמת האשכים, אין זה נחשב כסירוס, ומותר לבוא בקהל[358].

לקיחת דגימה של אשך[359] לצורך בירור פוריות — מותרת[360], ואין האיש נאסר בקהל[361]. והיינו אף על פי שלפי התלמוד והפוסקים יש איסור פצוע דכא ואיסור לבוא בקהל למי שניקבה ביצה אחת, זה היה נכון דווקא בזמנם, שבמצב כזה לא

שו״ת מנחת יצחק ח״ט סי׳ קמא; שו״ת מנחת שלמה ח״ג סי׳ קג אות ח; שו״ת שבט הלוי ח״ח סי׳ רסו אות א; שו״ת חשב האפוד ח״א סי׳ פט. וראה עוד באריכות באוצה״פ סי׳ ה סקמ״ג. **[350]** שו״ת באהלה של תורה ח״א סי׳ עב. **[351]** שו״ת דברי מלכיאל ח״ג סי׳ פח. **[352]** שו״ת מנחת משה סי׳ א. וראה בשו״ת שערי דיעה ח״ב סי׳ רכא. **[353]** חזו״א אבהע״ז סי׳ י. **[354]** שו״ת עמק שאלה סי׳ יא. **[355]** שו״ת משפטי עוזיאל ח״ב חאבהע״ז סי׳ טז. **[356]** ישׁ״ש יבמות פ״ח סי׳ ט. **[357]** שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ יט. וראה שם, שעדיף לכרות אשך שמאלי, אך לא אסר בקהל גם בכריתת אשך ימני. וראה עוד בנידון בשו״ת מנחת יצחק ח״ב סי׳ קכג; שו״ת יביע אומר ח״ז חאבהע״ז סי׳ ח. ויש להעיר שמציאות הרפואית המתוארת בנידון איננה רלוונטית עוד, שכן אין כיום צורך רפואי לכרות אשכים בגלל בקע מפשעתי או אבני כליות. **[358]** שו״ת שבט הלוי ח״ח סי׳ רסו אות ב. **[359]** biopsy. **[360]** שו״ת זקן אהרן ח״א סי׳ סו-סז; שו״ת מנחת יצחק ח״ג סי׳ קח (והעדיף שיקחו מהביצה השמאלית); שו״ת שבט הלוי ח״ו סי׳ קצג, וח״ח סי׳ רסו אות ד; שו״ת מנחת שלמה ח״ג סי׳ קג אות ח; שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ב סי׳ ג; שו״ת קובץ תשובות ח״ג סי׳ קעא. **[361]** שו״ת

ילדו, אבל בימינו נשתנו הטבעים, ורואים אנו שאנשים שניקבו בביצה אחת יולדים, ואדרבה הרופאים עושים נקבים אלו כדי לשפר את הפוריות, ולכן גם נשתנה הדין[362].

דיקור האשך[363] לבדיקת הימצאותם של תאי זרע לצורך בירור פוריות הגבר — יש מי שכתב, שדינו זהה ללקיחת דגימה מהאשך[364]; ויש מי שכתב, ששיטה זו עדיפה מבחינת ההלכה על פני לקיחת דגימה מהאשך, ולכן מותרת בדיקת פוריות הגבר דווקא בשיטת הדיקור, ורצוי שהדיקור לא יעבור את רוב קוטרו של האשך[365].

אשכים טמירים — בתינוקות שאשך שלהם לא ירד לשק האשכים לפני לידתם, ולא ניתן להביאו למקומו הנכון[366], מותר לכרות את האשך הטמיר, ואין בזה לא איסור סירוס, ולא איסור פצוע דכא, ומותר לבוא בקהל, מכיוון שאשך שלא נמצא במקומו, ואי אפשר להביאו למקומו, הרי זה אינו מוליד, והוא כבשר בעלמא[367]; ואף אם שני האשכים הם טמירים, ולא ראויים להוליד, מותר לכורתם, ואינו נעשה בכך פצוע דכא[368].

ניתוחים בגיד

מומים בגיד — מי שנולד עם מום באיבר הזכרי מסוג היפוספדיאס או אפיספדיאס[369], אם הוא נשאר במצב כזה, הרי הוא מותר לקהל, כי זה נחשב ככרות שופכה בידי שמים[370]. ואם עבר תיקון ניתוחי, שבו סותמים את הנקב שבמקום הלא נכון, ויוצרים מסלול חדש שייפתח בקצה האיבר, גם אז אין הוא כרות שופכה, ומותר בקהל[371].

מי שנולד עם היפוספדיאס, והפתח היה צר מאד, והרחיבו אותו הרופאים ואומרים שכעת יכול להוליד, הרי הוא מותר

מנחת שלמה, שם. **[362]** שו"ת אגרות משה, שם. וראה בשו"ת מנחת יצחק ח"ו סי' קמב. וראה בשו"ת בית אבי ח"ד סי' קנ, שגדולי האחרונים התירו נקב בביצה. וראה עוד בע' השתנות הטבעים הע' 88 ואילך. **[363]** fine needle aspiration = FNA. **[364]** שו"ת מנחת יצחק, ליקוטי תשובות סי' קלד. **[365]** הרב ש. דייכובסקי, תחומין, יח, תשנ"ח, עמ' 161. וכן הורה להתיר שיטה זו הגר"מ אלידהו, הובאו דבריו במאמרו של הרב י. שפרן, בד"ד 4 תשנ"ז עמ' 55 ואילך. וראה עוד בע' פוריות ועקרות הע' 213 ואילך. **[366]** undescendent testis. ראה לעיל ברקע המדעי. **[367]** שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"א סי' יב; הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חאבהע"ז סי' ה סק"ה; שו"ת קובץ תשובות ח"ג סי' קעב. וראה גם בשו"ת וישב משה ח"ב סי' מא-מג. **[368]** שו"ת מנחת שלמה ח"ג סי' קג סוף אות ח; שו"ת להורות נתן ח"ד סי' צח-קג. וכן משמע משו"ת אגרות משה שם. וראה מכתבו של הגרמ"מ שניאורסון האדמו"ר מלובביץ, באוצה"פ כרך ט עמ' קל, אות ב, וכן בס' שערי הלכה ומנהג ח"ד סי' טז, שלפעמים ניתוחי אשך טמיר קשורים באיסורי תורה, אף שניתן לבצע את הטיפול באופן המותר לכתחילה, אך לא פירט למה כוונתו. **[369]** ראה בע' מילה הע' 492 ואילך. **[370]** שו"ת חת"ס ח"ו סי' סד. **[371]** שו"ת האלף לך שלמה חאבהע"ז סי' כד. וראה עוד בשו"ת חת"ס שם; שו"ת מהר"ם שיק חאבהע"ז סי' ט; שו"ת תורת חסד סי' לח; שו"ת דבר יהושע ח"ג חאבהע"ז סי' ז. ולכאורה, לפי הידוע לנו כיום, ולפי שיטת החזו"א אישות סי' יב סוסק"ז, יש להתיר ניתוח זה, כי ידוע לנו שבאמצעותו יוכל להוליד, וממילא אין הוא סריס.

בקהל[372].

במהלך טיפול רפואי — מי שעשוהו הרופאים לכרות שופכה על מנת לתקן את השופכה שבגיד, הרי הוא מותר בקהל, כי כיום ידוע שיש לו סיכוי להוליד אחרי ניתוח כזה[373].

ניתוחים בערמונית

כריתת ערמונית מוגדלת שפירה — איש הסובל מהגדלת הערמונית[374], ויש צורך לכרות את הגידול, וכדי למנוע התפשטות זיהום לאשכים, יש צורך לנתק את שבילי הזרע הפנימיים[375] — רוב ככל הפוסקים התירו את הניתוח ואת הניתוק, ואין האיש בגדר פצוע דכא, אלא כשאר עקרים וכסריס חמה, ומותר בקהל[376], ואף אין צורך להודיע למנותח שכרתו לו את שבילי הזרע הפנימיים[377]. הטעם העיקרי הוא שאין איסור פצוע דכא באיברי המין שבתוך הגוף, והאיסור מוגבל רק לגיד, לביצים ולשבילי הזרע שנמצאים בחוץ[378]. יש מי שכתב, שאמנם יש איסור דרבנן בניתוק שבילי הזרע, אלא שהותר משום סכנה[379]; ויש מי שכתב, שאין אף איסור דרבנן בכך[380].

אמנם יש רופאים הסבורים שהסיכון לזיהום האשכים, אפילו בכריתת הערמונית דרך הבטן, איננו משמעותי, וגם אם יתרחש זיהום, ניתן כיום לטפל בו ביעילות בתכשירים אנטיביוטיים, ולפיכך אין הם ממליצים על ניתוק שבילי הזרע בעת ניתוח הערמונית[381]. לפיכך יש מי שכתבו, שעדיף להודיע לרופא שלא יעשהו סריס, אלא יכרות רק מה שצריך לניתוח עצמו, וכן רצוי שהחולה ילך לבית חולים שהרופאים נוהגים כך; ומכל מקום אם נעשה הניתוח בתוספת כריתת שבילי הזרע, אין החולה נאסר לקהל[382]; יש מי שכתב, שעל כל פנים יבצעו את כריתת שבילי הזרע לאחר הניתוח עצמו

[372] שו״ת חבצלת השרון חאבהע״ז סי׳ יב; שו״ת דובב מישרים ח״א סי׳ לד. וכתב שם, שיש לשאול לשני רופאים זה שלא בפני זה אם אמנם יוכל להוליד. **[373]** שו״ת שבט הלוי ח״ח סי׳ רסז אות א. **[374]** BHP. ראה לעיל בחלק המדעי. **[375]** ראה לעיל בחלק המדעי. **[376]** חזו״א אישות סי׳ יב סוסק״ז; שו״ת משפטי עוזיאל מהדו״ת חאבהע״ז סי׳ ו; שו״ת ישכיל עבדי ח״ב חאבהע״ז סי׳ ד (וכן תשובת הגר״ע הדאיה בשו״ת שאילת משה חאבהע״ז סי׳ כא. אך ראה שם ח״ה חאבהע״ז סי׳ טו, שנשאר בספק, כיוון שחיתוך השבילים נעשה רק ליתר בטחון, ולא כדבר הכרחי מצד הרפואה); כתבי הגרי״א הענקין, כרך א, עמ׳ קסז; תשובת הגרצ״פ פרנק (בשו״ת שאילת משה חאבע״ז סי׳ כ); שבט מיהודה שער ד פי״ז, והגרא״י אונטרמן, אוצה״פ כרך א, דף קסד טור ב; שו״ת שאילת משה חאבע״ז סי׳ כ; שו״ת מנחת יצחק ח״ב סי׳ קכג אות ו, וח״ג סי׳ צז אות ב, וח״ו סי׳ קמא; שו״ת חלקת יעקב ח״ב סי׳ כב; שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ד סי׳ כח-כט; שו״ת בית אבי ח״ד סי׳ קמח-קמט, וסי׳ קנט; תורת הרפואה, עמ׳ 275 ואילך (הגר״ש גורן, מאורות, 2, תש״מ, עמ׳ 22); שו״ת באר משה ח״ו סי׳ קלב אות ב. **[377]** חזו״א, הובאו דבריו על ידי הגרא״י אונטרמן באוצה״פ שם. **[378]** ראה לעיל הע׳ 242. הפוסקים המתירים הביאו עוד טעמים שונים על פי גדרי סירוס ופצוע דכא, יעויי״ש. **[379]** חזו״א שם. וראה מה שכתב לברר שיטת החזו״א בזה בשו״ת פאת שדך סי׳ קמה. **[380]** שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ד סי׳ כט אות א. **[381]** ראה לעיל בחלק המדעי, וראה הערת המערכת, אוצה״פ כרך א, ד׳ קסד טור ב. וראה עוד באוצה״פ כרך ט ד׳ קכט. **[382]** שו״ת

בערמונית, ולא לפני כריתת הערמונית[383]; ויש מי שכתבו, שבכל מקרה יעשו הניתוח המלא כמו שמקובל, כולל כריתת שבילי הזרע, ואין צורך להימנע משום כך מכריתת שבילי הזרע, כי אין הצדקה להביא את החולה לידי סכנה[384].

יש הסבורים, שדין זה נכון דווקא אם כורתים את חוטי הזרע שבתוך הגוף[385], אבל אם חותכים אותם צינורות שבתוך האשכים[386], שנמצאים מחוץ לגוף — יש שכתבו לאסור, ואם עשו כן דין האיש כדין פצוע דכא[387]; יש מי שכתב, שאם הוא כבר נשוי, אין לחייבו לגרש את אשתו, אבל לרווק שעשו ניתוח כזה יש לפוסלו מלשאת אשה כשרה, אף כשתתרצה להינשא לו, ומוכרחים להודיע אף לגיורת שעשו לו ניתוח זה, ולא יוכל להוליד, כדי שלא יהיו קידושי טעות[388]; ויש מי שכתב, שבכל מקרה מותר לבוא בקהל[389].

מכל מקום יש מי שכתבו, שלאור העובדה הרפואית, שכריתת הערמונית דרך האיבר הזכרי איננה גורמת לחשש משמעותי לזיהומים, וגם לא הוכח שכריתת צינורות הזרע שבאשכים מפחיתים את הזיהומים, ולכן מבחינה רפואית לא מקובל לחותכם כלל, יש עדיפות לניתוח כריתת הערמונית בדרך זו, וללא צורך בכריתת שבילי הזרע[390].

לאחר הניתוח — אף שהזרע נשפך למקום הניתוח, אין בזה איסור הוצאת זרע לבטלה, ומותר לקיים מצות עונה עם אשתו[391].

כריתת ערמונית בממאירות — במקרה של ממאירות בערמונית עם גרורות בגוף מקובל לכרות את שני האשכים, על מנת להפסיק את ההפרשה ההורמונלית מהם, ובכך למנוע את התפשטות הסרטן. מאחר שמדובר בפיקוח נפש, ברור שמותר לכרות את האשכים, אלא שיש מי שהסתפק אם דינו כפצוע דכא, ואסור לדור עם אשתו, ומכל מקום אם אין הוא בא לשאול על כך, ואיננו יודע שיש ספק לגבי המשך חייו המשותפים עם אשתו, אין חיוב להפרישו ממנה[392]; ויש מי שכתבו, שבמצב כזה דינו כסריס חמה, ואין בו איסור לבוא בקהל מדין פצוע דכא, ומותר לדור עם אשתו[393].

אגרות משה חאבהע״ז ח״ד סי׳ כט; שו״ת תשובות והנהגות ח״ג סי׳ תיד. **[383]** הגרמ״מ שניאורסון מלובביטש, בהערות לאוצה״פ סוף כרך ט, עמ׳ קל. וראה עוד דבריו בקובץ הלכה ורפואה, ה, תשמ״ח, עמ׳ עט-פ; שערי הלכה ומנהג, ח״ד סי׳ טז. **[384]** פאר הדור ח״ד עמ׳ קמב, בשם החזו״א; שו״ת ציץ אליעזר חי״ד סי׳ צד. **[385]** vas deferens. **[386]** epididymis. **[387]** הגרי״י ווייס והגר״ש וואזנר, קובץ אוצרות ירושלים, חלק רצז, שנה תשמ״ב; שו״ת מנחת יצחק ח״ח סי׳ קכד; תורת הרפואה, עמ׳ 275 ואילך (הגר״ש גורן, מאורות, 2, תש״מ, עמ׳ 22).

[388] שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ד סי׳ כט. וראה שו״ת תשובות והנהגות ח״ג סי׳ תיד. **[389]** שו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פכ״ד, ושם חי״ד סי׳ צד, ושם חט״ו סי׳ ג אות ו. **[390]** נשמת אברהם חאבהע״ז סי׳ ה סוסק״ו. וראה מאמרו של הגר״ש גורן, מאורות, שם. וראה עוד בעניין ניתוח הערמונית במאמרים — הרב נ. טלושקין, הפרדס, כט(ח) אייר תשט״ו, עמ׳ 26 ואילך; הרב י.ב. נס, הפרדס ל(ז) ניסן תשט״ז, עמ׳ 10 ואילך. **[391]** שו״ת ציץ אליעזר חי״ד סי׳ צה; שו״ת מנחת יצחק ח״י סי׳ קל. **[392]** שו״ת מנחת יצחק ח״ב סי׳ קכג. **[393]** הגרש״ז

עוד יש מי שכתב, שבמחלה ממארת של הערמונית, גם אם המחלה התפשטה כך שאין סיכויים להאריך את החיים, אבל כורתים את האשכים כדי למעט במקצת את היסורים, מותר לעשות ניתוח זה[394].

ניתוחים בצינורות הזרע

עיקור הגבר — אסור לסרס את הגבר על ידי קשירת צינורות הזרע או ניתוקם[395], אפילו אם יש לאשתו סכנה להרות[396], אלא צריך לטפל במניעת הריונה בדרכים אחרות[397].

יש מי שכתב, שאיסור זה הוא גם בגוי[398]; ויש מי שכתב, שבגוי שיש לו תאווה גדולה, ויש סכנה לאשתו אם תהרה, מותר לסרסו בדרך זו[399].

מי שעבר סירוס כזה והוא עקר, ולא הודיע לאשתו קודם נישואיהם, הרי זו עילה לאשה לתבוע גירושין, ובית דין כופים עליו לתת גט[400], אבל אין הוא אסור בקהל[401].

קשירה לצורך פוריות — אם יש צורך לקשור צינור זרע אחד, ועל ידי זה לתקן את ההפרעה בפוריות הגבר — מותר[402].

ניתוק לצורך רפואה — מי שסובל מחסימה של צינור הזרע מלידה או מחמת מחלה, מותר לנתחו בניסיון לסלק את החסימה, ולחבר מחדש את קצות צינור הזרע, אף אם לא בכל מקרה יש החלמה ויכולת הולדה, ואין בזה איסור סירוס, ואינו אסור בקהל, ואם הוא נשוי, יכול לחזור ולחיות עם אשתו[403]; אבל אם מדובר באיש שעבר סירוס על ידי ביתור צינורות הזרע בכוונה תחילה, ואחר כך חזר בתשובה, ורוצה לעבור הניתוח לתיקון צינורות הזרע, אין בזה איסור סירוס, אבל יהיה מותר בקהל רק אם הניתוח הצליח וחזר לכושר הולדה, אבל אם לא הצליח הניתוח — אסור בקהל[404].

בדיקת פוריות — מי שהיתה לו סתימה בצינורות הזרע, והכניס הרופא שפופרת דרך פי האמה לבדוק את המצב, וכעת לא ברור אם יכול להוציא שכבת זרע — יש מי שכתב, שיש מקום לעשות את הבדיקה המוזכרת בתלמוד[405], כדי להתיר את האיש לקהל[406]. ובימינו ניתן לגרום להוצאת זרע על ידי גירוי במכשיר חשמלי. ומכל מקום הדרך הנהוגה כיום

אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חאבהע״ז סי׳ ה סק״ה; הגר״נ גשטטנר, בשבילי הרפואה, ט, תשמ״ט, עמ׳ נט ואילך. **[394]** שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ עג אות ט. וראה בשו״ת מנחת יצחק שם, אות א, שג״כ כתב להתיר לצורך הקלת יסורים. **[395]** vasectomy. **[396]** שו״ת מנחת יצחק ח״ה סי׳ יב-יג. **[397]** על שיטות מניעת הריון שונות — ראה בע׳ מניעת הריון. **[398]** שו״ת מנחת יצחק שם. **[399]** שו״ת מנחם משיב ח״ב סי׳ יח. **[400]** פסקי דין רבניים ח״א עמ׳ ה אות ג. **[401]** שו״ת מנחת יצחק ח״ה סי׳ יב. וזה דלא כמו שכתבו בפסקי דין רבניים שם, שדינו כפצוע דכא, שהרי הסירוס הוא בשבילים הפנימיים בגוף, שאין בהם גדרי פצוע דכא — ראה לעיל הע׳ 242. **[402]** שו״ת שבט הלוי ח״ו סי׳ קצד. **[403]** שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״ד סי׳ ל-לא; שו״ת אבן ישראל ח״ז סי׳ נג. **[404]** שו״ת אגרות משה, שם. **[405]** יבמות עו א. וראה לעיל הע׳ 140 ואילך. **[406]** שו״ת שבט הלוי ח״ה סי׳ קצב. וראה לעיל בדעות הפוסקים בנידון.

לבדיקת מצב כזה היא על ידי צילום עם חומר ניגוד.

מצבים לאחר השואה — חלק מקרבנות השואה נסתרסו באכזריות על ידי הנאצים בדרכים שונות. אלו שנסתרסו בדרכים רגילות, דינם כסריסים בידי אדם, ואסורים בקהל[407]. אך לרוב ביצעו הנאצים סירוסים בדרכים מיוחדות, כגון שנסתרסו על ידי כריתת צינור הזרע שבתוך הגוף[408], הם אינם אסורים בקהל, כי כריתת חלקים בתוך הגוף אינם פוסלים בקהל[409]; וכן אלו שנסתרסו על ידי קרינה מיננת לאזור האשכים, אינם אסורים בקהל, כי אין פעולת הסירוס ניכרת לעין, וכן מפני שפעולה כזו נחשבת כגרם סירוס, ואין דינה כסירוס בידי אדם[410].

ניתוחים באיברי המין של האשה

עיקור האשה — אסור לסרס את האשה באיברי ההולדה[411], אלא אם כן יש מחלה מסוכנת באותם איברים. ולפיכך אסור לסרסה בכריתת רחמה או שחלותיה, או בקשירת החצוצרות[412], כדי למנוע ממנה הריון שיש בו סכנה, שהרי כעת ללא הריון אין בה סכנה, ויכולים למנוע ההריון בדרכים אחרות[413]; אבל אם אין כל דרך למנוע את ההריון המסוכן, כגון שיש מניעות רפואיות לשימוש באמצעי המניעה הקיימים, יש מקום להקל סירוס האשה[414]. מספר נימוקים ניתנו להיתר זה: אמנם אפשר למנוע את סיכון ההריון על ידי שיתגרשו או שיחיו בפרישות, אבל דבר זה הוא צער רב ועיגון גדול; יש הסבורים שאין איסור השחתה וסירוס באשה, כשהדבר נעשה בדרך רפואית ובהסכמת האשה; יתכן שהסירוס של קשירת החצוצרות הוא זמני, וניתן על ידי ניתוח לתקן הדבר מחדש. אמנם בדרך כלל העיקור הוא סופי, אך יש כיום שיטות של חסימת החצוצרות באופן הפיך[415]. דבר זה מותר גם על ידי רופא יהודי, אך עדיף שייעשה על ידי רופא גוי[416].

כריתת רחם בגלל דימום — יש מי שכתב, שכריתת רחם מותרת רק במקום פיקוח נפש, אבל אם זה רק לנוחיות, וכגון כדי להפסיק דימום, יש בזה איסור סירוס[417].

כריתת רחם למניעת עבירה — זוג שכבר קיימו מצות פריה ורביה, והבעל דורש שהאשה תפסיק לטבול במקווה ויקיימו יחסי אישות באיסור, והאשה איננה רוצה עוד ילדים, וגם איננה רוצה

[407] שו״ת קובץ תשובות סי׳ קמג. **[408]** vas deferens. **[409]** וראה לעיל הע׳ 242. **[410]** שבט מיהודה שער רביעי פי״ז, וכן הובאו הדברים בהערותיו של הגרא״י אונטרמן לאוצה״פ, כרך א, ד׳ קסד. וראה לעיל הע׳ 314-315. **[411]** ראה לעיל הע׳ 208 ואילך, בעניין גדרי איסור סירוס באשה. **[412]** ראה בע׳ מניעת הריון, הע׳ 100 ואילך והע׳ 322 ואילך. **[413]** שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״א סי׳ יג; שם ח״ד סי׳ לג-לו. וראה שם בסי׳ לו, שהתיר הסירוס בגלל נסיבות מיוחדות של מצב האשה, עיי״ש. **[414]** שו״ת אגרות משה שם ח״ד סי׳ לד; שו״ת חשב האפוד ח״ב סי׳ סא; שו״ת ציץ אליעזר חי״ד סי׳ צו. **[415]** על הטכניקות הניתוחיות השונות — ראה בע׳ מניעת הריון הע׳ 100 ואילך. וראה מאמרו של ד. מלאך, חוב׳ אסיא, מז-מח, כסלו תש״ן, עמ׳ 51 ואילך. **[416]** שו״ת ציץ אליעזר שם. **[417]** שו״ת משנה הלכות

להתגרש מבעלה, מותר לסרסה על ידי כריתת הרחם, שהוא איסור חד-פעמי, כדי שלא להיכשל ולהכשיל באיסורים חמורים וחוזרים[418].

כריתת רחם להגנת שוטה — אשה שוטה הנמצאת במוסד, וניכרת בה תאווה גדולה לזנות, ויש חשש שיזנו הרבה עמה, אם יכולים לשומרה במוסד, אסור לסרסה; אבל אם יאמרו שאי אפשר לשומרה, מותר לסרסה על ידי רופא גוי[419]. ויש מי שכתב, שאשה שוטה שרוצים לסרסה, כדי שלא תיכשל בהריון מזנות, יש מקום להקל[420]; וכן יש מי שכתב, שאם מדובר באשה חולת נפש שיש סכנה שתתעבר, מותר לכרות את רחמה, כי דרכים אחרות למניעת הריון אינם יעילים אצלה[421].

במחלה ממארת — אם האשה סובלת ממחלה ממארת ברחמה, וצריכים לכרות את הרחם, ואגב כך מקובל לכרות גם את החצוצרות ואת השחלות כדי למנוע התעוררות הסרטן באיברים אלו, מותר לעשות כן, אף אם השכיחות לכך היא נמוכה, ואף שכרגע אין כל מחלה באיברים אלו, ועדיף שישאלו אותה ואת בעלה קודם הניתוח, אבל אין חובה לעשות כן[422]. הטעם: באשה אין איסור סירוס אחר סירוס, ולאחר כריתת הרחם הרי היא כבר מסורסת.

בדיני סירוס הנוגעים לתיקון אנדרוגינוס — ראה בערך אנדרוגינוס.

טומטום שנקרע ונמצא זכר, נחלקו תנאים בדינו — יש מי שאומר, שחוששים שמא הוא סריס; יש מי שאומר, שאין חוששים שמא הוא סריס; ויש מי שאומר, שהוא וודאי סריס[423].

ניתוחי סירוס בעלי חיים

סירוס על ידי גוי — אסור לומר לגוי לסרס בהמה של יהודי, ואם לקחה הוא עצמו וסרסה — מותר. ואם הערים ישראל בדבר זה, או אפילו לא הערים, אלא שהגוי מכירו ומכווין לטובתו — קונסים אותו, ומוכרה לישראל אחר, ואפילו לבנו הגדול מותר למוכרה, אבל לבנו הקטן אין מוכרה, ולא נותנו לו[424]; ויש מי שכתבו, שמוכרה אף לבנו הקטן[425].

יש אומרים, שמותר לתת בהמה לגוי למחצית שכר, אף על פי שהגוי בוודאי יסרסנה[426], ויש אוסרים[427].

ח״י סי׳ רי-ריא. **[418]** הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח״ה חאבהע״ז סי׳ ה סק״ג. וראה עוד בשו״ת מנחת שלמה סי׳ לה. **[419]** שו״ת אגרות משה חאו״ח ח״ב סי׳ פח. **[420]** שו״ת שרידי אש ח״ג סי׳ כא. **[421]** שו״ת שאלי ציון, מהדו״ת חאבהע״ז סי׳ ב. **[422]** שו״ת אגרות משה חחו״מ ח״ב סי׳ עג אות ז. **[423]** יבמות פג ב; בכורות מב ב. וראה באריכות באנציקלופדיה תלמודית, כרך יט, ע׳ טומטום, עמ׳ רג-רח. וראה ע׳ טומטום. **[424]** ב״מ צ ב; רמב״ם איסורי ביאה טז יג; טושו״ע אבהע״ז ה יד. **[425]** ח״מ שם סק״ז, נחלת צבי שם סקכ״ב, ועצי ארזים שם סקכ״ד — שכן דעת הרא״ש, הטור, הסמ״ג, והשאילתות. ולעניין הגדרת בן גדול וקטן בנידון זה — ראה בשטמ״ק ב״מ שם, ובהגה׳ רעק״א אבהע״ז שם. **[426]** הגהמ״י איסורי ביאה פי״ז; רמ״א אבהע״ז ה יד; לבוש שם. **[427]** ראה ב״ש שם סקי״ח.

מותר למכור לגוי בהמות ותרנגולים, אף על פי שהגוי בוודאי קונה אותם לסרסם, ויש אוסרים[428]; ואם הגוי הקונה אינו מסרס בעצמו אלא נותן לגוי אחר לסרס, מותר למכור לו לדעת כולם[429]. ואף אם מוכר לגוי, ואומר לו שיתנם לגוי אחר שיסרסם, ואחר כך חוזר וקונה ממנו, מותרת הערמה זו[430].

יש הסבורים, שמותר לומר לגוי לסרס את בהמתו-שלו[431]; ויש מי שסובר, שגם בזה יש איסור אמירה לגוי[432].

אכילת בהמה או עוף שסירסום — יש מי שכתבו, שישראל שסירס בהמה, או שסירס הגוי בשבילו, אסור לו לאכול בהמה זו, אבל יהודי אחר מותר לאכול[433]; ויש הסבורים, שהשור עצמו מותר באכילה גם לבעליו שסירסו או שסירס הגוי בשבילו[434].

יהודי שמסרס תרנגול בדרך של איסור תורה לצורך פיטום, אסור לאכול תרנגול זה, ואסור ליהנות ממכירתו; ואם עשה את הסירוס בדרך אחרת, כגון שהזריק חומר מסרס לראש התרנגול, או שנטל כרבולתו, התרנגול מותר באכילה[435].

אופנים של איסורי סירוס — אסור להזיז את איבר המין של פר ממקומו כדי שלא יוליד עוד, אף על פי שהוא עדיין יורה כחץ, וכן אסור להושיבו במים כדי שיתבטל כוח המין שלו, וכל זה בגדר סירוס[436].

סירוס בעלי חיים בעקיפין על ידי סתימת העורק המוליך דם לאשכים, אשר גורם בכך לניוון האשכים ולעקרות הבהמה, מותר על ידי גוי[437].

סירוס לצורך לימוד רפואה — אסור לסרס בעלי חיים לצורך לימוד רפואה, ואפילו נקבות שלהם, ואפילו אם עושים בדרך שאין בו צער בעלי חיים, כגון על ידי הרדמה[438].

[428] שו"ת תרומת הדשן סי' רנד; סמ"ג הובא בביאור הגר"א שם סקל"ח; רמ"א שם; אבהע"ז ה יד. וראה באוצה"פ שם סקפ"ד. **[429]** רמ"א שם. **[430]** שו"ת שואל ומשיב מהדות"ל ח"א סי' רכט; שו"ת חת"ס חחו"מ סי' קפה; שו"ת האלף לך שלמה חאבהע"ז סי' כג; שו"ת מהר"ם שיק חאבהע"ז סי' יא. **[431]** תוס' ב"מ צ א ד"ה חסום. וראה פני משה סי' ה סק"ט. **[432]** ר"י בתוס' שם. **[433]** ב"ש סי' ה סקי"ז; בית משה שם סקי"ד; נתיבות לשבת שם סק"ט. **[434]** פרמ"ג יו"ד סי' צט בשפ"ד סקי"ב; אפי זוטרי סי' ה סקכ"ב; ארץ צבי שם סקכ"ד; יד אהרן ח"א בהגה"ט סי' ה אות ט; ערוה"ש אבהע"ז ה כח. וראה בשו"ת שבט הלוי ח"ב סי' ג. **[435]** שו"ת שבט הלוי ח"ב סי' ג. ומכל מקום אסור ליטול כרבולתו בחינם, מפני שזו אכזריות — ראה ט"ז אבהע"ז סי' ה סקי"א. הרמב"ם השמיט את הדין שמותר ליטול כרבולתו של תרנגול, והוא מסתרס מאליו — שבת קי ב, וכבר העיר על כך במנ"ח מ' רצא סק"ג. **[436]** שו"ת שבט הלוי ח"ז סי' רא. **[437]** שבט מיהודה שער ד פי"ח, וכן הובאו הדברים בהערותיו של הגרא"י אונטרמן לאוצה"פ, כרך א, ד' קסד, טור ד (אות ה). **[438]** שו"ת לב אריה ח"ב סי' לד; הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חאבהע"ז סי' ה סק"ט.

3. דיני סריס

בענייני אורח חיים

שליח ציבור — יש אומרים, שסריס אינו יכול להיות שליח ציבור[439]; ויש אומרים, שמותר למנותו שליח ציבור, אם הוא בן עשרים שנה, אם נראו בו סימני סריס, ואם לא נראו סימני סריס, אינו נקרא גדול עד שיעברו רוב שנותיו[440].

יציאת חובה במצוות — סריס אדם וסריס חמה, ופצוע דכא וכרות שופכה חייבים בברכת המזון, ומוציאים את הרבים ידי חובתם[441], וחייבים בתקיעת שופר, ומוציאים את הרבים ידי חובתם[442], וחייבים בקריאת מגילה, ומוציאים את הרבים ידי חובתם[443].

כהן פצוע דכא וכרות שופכה — יש אומרים, שאיבד כל קדושתו, והרי הוא כזר לכל דבריו[444]; ויש אומרים, שאיבד קדושתו רק לענייני זיווג[445], משום שאסור לבוא בקהל, אבל לעניינים אחרים הרי הוא נשאר בקדושתו ככל כהן אחר[446]. ויש מי שכתב, שמכל מקום אין פודים אצלו בכורות, כי חסר לו מקצת קדושה[447].

בענייני יורה דעה

תרומה — סריס חמה כהן, הוא ואשתו ועבדיו אוכלים בתרומה[448].

פצוע דכא כהן שקידש בת כהן, אינה אוכלת בתרומה[449].

השחתת זקן — סריס מותר בהשחתת זקן ובהקפת הראש, ודינו כאשה לעניין זה[450].

סריס גר — סריס גוי שנכרת גידו ובא להתגייר, אין מילתו מעכבתו מלהתגייר, ונכנס תחת כנפי השכינה בטבילה בלבד כאשה[451].

גוי שנסתרס בגויותו והתגייר, אין אומרים שדינו כסריס חמה, מדין שנעשה כקטן שנולד, אלא דינו כסריס אדם, ואסור בקהל[452].

[439] יש״ש חולין פ״א סי׳ מח (הובא במג״א סי׳ נג סקי״א, ובמ״ב שם סקכ״ח); שו״ת לב חיים ח״ג סי׳ לה. **[440]** שו״ת פאר הדור סי׳ קטו; טושו״ע או״ח נג ט; שו״ת ממעמקים ח״ג סי׳ י. וראה במס׳ סופרים יד יז, דמשמע שיש אמנם שתי דעות בנידון. וראה בפרמ״ג א״א סי׳ נג סקי״א. וראה עוד בטושו״ע או״ח נה ה, וברמ״א שם. וראה בתשובות הרמב״ם סי׳ קיב, בתוך קובץ תשובות הרמב״ם ואיגרותיו, שמי שלא צימח זקנו כלל מותר למנותו שליח ציבור מבלי שום נדנוד ופקפוק, שאין דבר זה תלוי במציאות שיער או היעדרו. **[441]** תוספתא ברכות ה טו. **[442]** תוספתא ר״ה ב ד. **[443]** תוספתא מגילה ב ד. **[444]** ח״מ סי׳ ה סק״א. וראה ראב״ן יבמות עו א, שהוא כחלל. **[445]** ראה להלן הע׳ 462. **[446]** מאירי יבמות עו א; ב״מ, הובא בפת״ש אבהע״ז סי׳ ה סק״א; חזו״א אבהע״ז סי׳ ד אות ה. **[447]** שו״ת חלקת יואב סי׳ ג. **[448]** ירושלמי יבמות ח ו; בבלי יבמות פא א; רמב״ם תרומות ז יד. **[449]** יבמות נו ב; רמב״ם תרומות ז יד. **[450]** קידושין לה ב, ובמאירי שם; חזו״א יו״ד סי׳ עח אות ב; שו״ת שבט הלוי ח״ו סי׳ רמח. **[451]** תוס׳ יבמות מו ב ד״ה דרבי; פסקי ריקאנטי סי׳ תרא; טושו״ע יו״ד רסח א. **[452]** שו״ת חת״ס חאבע״ז ח״א סי׳ יד; שו״ת בית יצחק חאבהע״ז ח״א סי׳ לד-לה.

בענייני אבן העזר

קידושי סריס — יש רשות לאשה לשאת סריס, שהרי אינה מצווה בפריה ורביה[453].

מצות פריה ורביה — מי שנולד לו בן סריס, לא קיים מצות פריה ורביה[454], ואפילו נולד ראוי להוליד, ואחר כך נסתרס, לא קיים המצווה[455]. יש מי שכתב, שדין זה הוא דווקא בבנים ובבנות, אבל בבני בנים — גם אם הם סריסים קיים המצווה[456]; ויש מי שכתב, שכיוון שבני בנים הרי הם כבנים — דינם שווה[457].

השחתת זרע — סריס אם מוזהר על השחתת זרע — ראה ערך זרע.

איסורי ביאה — פצוע דכא וכרות שופכה אסורים לשאת ישראלית לאשה, ומותרים בגיורת ובשפחה כנענית משוחררת, ואפילו כהן שהוא פצוע דכא, מותר לשאת גיורת, משוחררת, נתינה, או אחת מהספקות[458].

בדין ממזרת — יש אומרים, שמותר רק בספק ממזרת, אבל אסור בממזרת וודאית[459]; ויש אומרים, שמותר אפילו בממזרת וודאית[460]. ומכל מקום, ממזר פצוע דכא מותר בממזרת לכל הדעות[461].

כהן שהוא פצוע דכא, אסור בישראלית גרושה[462].

יש מי שכתבו, שאם ניקב לו הגיד, אסור לשאת אשה מהפסולות, שמא ייסתם הנקב ונמצא כשר למפרע, ואין זה דרכי נועם[463].

גוי פצוע דכא — אסור מן התורה בבת

[453] תוספתא יבמות ח ג; רמב״ם איסורי ביאה כא כו. **[454]** ירושלמי יבמות ו ו; בבלי יבמות סב ב; רמב״ם אישות טו ד; טושו״ע אבהע״ז א ה. **[455]** מנ״ח מ׳ א סק״ב; אפי זוטרי סי׳ א ס״ה. **[456]** אפי זוטרי סי׳ ה ס״ו. **[457]** הגרא״ז מלצר, הובאו דבריו באוצה״פ סי׳ ה סקל״ב. **[458]** יבמות עו א; רמב״ם איסורי ביאה טז א; טושו״ע אבהע״ז ה א. וראה בחוט המשולש סי׳ יא; שו״ת נובי״ק חאבהע״ז סי׳ ו; ערוה״ש אבהע״ז ה ב-ה; שו״ת היכל יצחק חאבהע״ז ח״א סי׳ יח. ולעניין אם מותר כהן כזה לישא פסולי כהונה — ראה ח״מ וב״ש אבהע״ז סי׳ ה סק״א; עצי ארזים שם סק״ב; ערוך לנר יבמות עו א; מנ״ח מ׳ רסו סק״ח, ומ׳ רסז סק״ב; שו״ת אבני נזר חאבהע״ז ח״א סי׳ כג אות׳ ז,ט; ערוה״ש אבהע״ז ה ו; חזו״א חאבהע״ז סי׳ ד אות ה. וראה דעותיהם של הרבנים י. אריאל, ש. דיכובסקי, ד. ליאור, ח.ג. צימבליסט, מ. אליהו בחוב׳ אסיא, עא-עב, תשס״ג, עמ׳ 144 ואילך. **[459]** רמב״ם שם; המחבר שם. וראה באוצה״פ סי׳ ה סקי״ב, אם לדעה זו האיסור הוא מן התורה או מדרבנן. וראה בחי׳ הגר״ח הלוי על הרמב״ם שם, בביאור שיטתו. **[460]** רמ״א שם, בשם הראב״ד, הרשב״א והטור. וראה בביאור הגר״א שם סק״ג. וראה ביחס למחלוקת הרמב״ם והראב״ד בנידון ממזרת וודאית במראה הפנים ירושלמי יבמות מז א ד״ה כמה דאמר; נתיבות לשבת אבהע״ז סי׳ ה סק״א; ערוך לנר יבמות עו א; שו״ת בית אפרים חאבהע״ז סי׳ ב; חזו״א חאבהע״ז סי׳ ד אות ד; שו״ת אבני נזר חאבהע״ז ח״א סוסי׳ כג. **[461]** שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ יד; חזו״א חאבהע״ז סי׳ ד אות ג. **[462]** שו״ת מנחת יצחק, ליקוטי תשובות סי׳ קלו, ודלא כדמשמע מחלקת מחוקק סי׳ ה סק״א, עיי״ש. **[463]** שו״ת בשמים ראש סע׳ קמב, ובכסא דהרסנא שם; שו״ת מנחת שלמה ח״ג סי׳

ישראל, והאשה חייבת מלקות[464].

חודשי הבחנה — אשת סריס שנתגרשה או שנתאלמנה, חייבת אף היא להמתין תשעים ימי הבחנה[465], ואין הבדל אם הוא סריס אדם או סריס חמה[466].

קידושי סריס — סריס שקידש, בין סריס חמה, ובין סריס אדם (אף על פי שאינו ראוי לבוא בקהל), הרי אלו קידושין גמורים[467]. יש מי שכתב, שהיינו דווקא כשידעה האשה שהוא סריס, או בסריס חמה שיש סיכוי שיתרפא, אבל בסריס אדם שלא ידעה בו, אינה צריכה גט[468]; ויש מי שכתבו, שבכל מקרה אין לדון בזה מקח טעות, וקידושיו קידושין[469].

קידושי פצוע דכא או כרות שפכה — יש מי שכתב, שפצוע דכא או כרות שפכה שקידשו בת ישראל ובעלו — לוקים[470]; ויש מי שסבורים, שחיוב מלקות תלוי בביאה בלבד, אף על פי שלא היו קידושין[471].

סריס או פצוע דכא שנשא ישראלית, בית דין כופים אותו להוציאה[472], ואם אין כוח בבית דין להוציא אותה מפני יד הגויים התקיפה, מחרימים את שניהם ברבים באיום גדול[473]. ואם נשא אשה בהיתר, ואחר כך נעשה פצוע דכא — יש אומרים, שגם במקרה זה יוציא את אשתו[474]; ויש אומרים, שאין כופים לגרשה, ויש מקום להקל להפרישו בעדים[475].

ביאת סריס חמה — סריס חמה שבא על אחת העריות, אף על פי שהכניס את האיבר בידו, אינו חייב לא מיתה, ולא

קג אות יא. **[464]** שו״ת בשמים ראש סי׳ קמב; מנ״ח מ׳ תקנט. **[465]** שו״ת ריב״ש סי׳ רב; טושו״ע אבהע״ז יג א. **[466]** ערוגת הבושם על אבהע״ז סי׳ יג אות ח; הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם חאבע״ז סי׳ יג סק״ג; הגרא״י וולדינברג, הובאו דבריו בנשמת אברהם חאבהע״ז עמ׳ רנב. **[467]** יבמות עט ב; רמב״ם אישות ד י; טושו״ע אבהע״ז מד ד. וראה שו״ת קובץ תשובות ח״ג סי׳ קצג. **[468]** שו״ת חות יאיר סי׳ רכא. וראה מה שכתבו על דבריו בשו״ת מהרי״א אסאד ח״ב סי׳ קטז; שו״ת עין יצחק סי׳ כד; שו״ת באר יצחק סי׳ ד; פסקי הלכות יד דוד ח״א דקפ״ה ע״ב; שו״ת דובב מישרים ח״א סי׳ עז; שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״א סי׳ עט. וראה באוצה״פ סי׳ לט סקל״ב אות יז. **[469]** שו״ת שבות יעקב ח״א סי׳ קא; שו״ת משיב דבר ח״ד סי׳ ער; שו״ת צמח צדק לובביץ סי׳ שיב; שו״ת דעת סופר סי׳ מט. וראה באוצה״פ שם, ובהערות המערכת. וראה עוד בשו״ת שרידי אש ח״ג סי׳ לג. **[470]** רמב״ם איסורי ביאה טז א. והוא לשיטתו שם טו ב, שכל חייבי לאווין אין לוקים אלא אם כן קידשו ובעלו, אבל בעלו ולא קידשו, או קידשו ולא בעלו, אינם לוקים. **[471]** ראה מ״מ וכס״מ שם; ערוה״ש אבהע״ז ה ב. **[472]** תשובות הרמב״ם סי׳ קמו, בקובץ תשובות הרמב״ם ואגרותיו; שו״ת הרא״ש כלל מג סי׳ ה; פני משה אבהע״ז סי׳ ה סוסק״ג. וכן משמע מב״ש שם סק״ח, ומבאה״ט שם סק״ט, שבפצוע דכא גמור — יוציא. ודלא כמו שכתב בשפתי חכמים, דברים כג ג, שלא כופים להוציאה. **[473]** תשובות הרמב״ם, שם. וכתב שם — ״וכן מעשים אצלנו בכל יום ובכל מקום״. **[474]** שאילתות שאילתא קנב; שו״ת חת״ס חאבהע״ז ח״א סי׳ יט; שו״ת חקרי לב חאבהע״ז סי׳ ח; שו״ת בית יצחק חאבעה״ז ח״א סי׳ לד. וראה בשו״ת חת״ס שם, שהיא מחלוקת הרמב״ם והראב״ד איסורי ביאה טו ב, ודעת רוב הפוסקים כדעת הראב״ד שיוציא. **[475]** אגרת ביקורת להגריעב״ץ ד״ט ע״ב. וראה בשו״ת בשמים ראש סי׳ שמ וסי׳ קמב, ובכסא דהרסנא שם.

כרת, ולא מלקות, שאין זו ביאה[476], אבל פוסל הוא מן התרומה[477], ובית דין מכים את שניהם מכת מרדות[478].

יבום וחליצה — סריס חמה שמת, אשתו פטורה מן היבום ומן החליצה; וכן יבם שהוא סריס חמה, לא חולץ ולא מייבם, ואין לו זיקה כלל, ויבימתו מותרת לשוק. ויש שכתבו, שאם בשעת מיתה נרפא הבעל הסריס, הרי זה מייבם[479]. אמנם יש מי שכתב, שבימינו אין אנו בקיאים בסריס חמה וודאי, ולכן דנים אותו כספק סריס וחולץ[480].

אבל סריס אדם, בין שהבעל הוא סריס, ובין שהיבם הוא סריס, חולץ וחולצים לאשתו, ומייבם ומייבמים את אשתו[481]. ואם היה ספק סריס — חולץ[482].

עובר שנסתרס במעי אמו על ידי אדם, כגון שהושיט ידו לרחם האשה וסירס העובר שבמעיה, אינו חולץ ואינו מייבם לדברי הכל, שהרי הוא גם סריס חמה וגם סריס אדם[483].

מי שנסתרס בקטנותו — יש אומרים, שדינו כסריס אדם, שחולץ וחולצים לאשתו[484]; ויש אומרים, שדינו כסריס חמה, ולא חולץ ולא חולצים לאשתו[485].

מי שאין בו סימני סריס, אבל יש בו מום או מחלה באיברי ההולדה מלידה, ומעולם לא יכול היה להוליד — יש מי שכתב, שזה אינו נקרא סריס חמה, וזוקק לחליצה[486]; ויש אומרים, שדינו כסריס חמה, ולא חולץ[487].

פצוע דכא שנפצע לאחר שנשא את אשתו — יש אומרים, שאשתו מתייבמת לאחיו הכשר[488]; ויש אומרים, שאשתו של פצוע דכא אסורה ליבם, אלא אם כן היא גיורת, שאז היתה מותרת לבעלה הפצוע דכא[489].

[476] שבועות יח א, מחלוקת; רמב״ם איסורי ביאה א יא. וראה פיהמ״ש לרמב״ם סוטה ד ד, שסריס חמה אינו בר שכיבה. **[477]** סוטה כו ב; רמב״ם שם. **[478]** רמב״ם שם. **[479]** ראה אנציקלופדיה תלמודית, כרך כא ע׳ יבם, עמ׳ תכ הע׳ 431. וראה בשו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״א סי׳ קסב-קסג, בענין יבם שהיה סריס מלידה לפי עדות הרופאים מחמת חיסרון באיברי ההולדה, והתיר את האשה אף על פי שהיו לו שערות, עיי״ש. **[480]** רמ״א אבהע״ז קעב ו. **[481]** יבמות עט ב; נידה מז ב; רמב״ם יבום ו א-ח; טושו״ע אבהע״ז קעב א,ג. וראה בגמ׳ שם, ובירושלמי יבמות ח ה — מחלוקת תנאים באיזה סריס חולצים ובאיזה אין חולצים. וראה באנציקלופדיה תלמודית, כרך כא, ע׳ יבם, עמ׳ תיח ואילך. וראה עוד בשו״ת אחיעזר ח״א חאבהע״ז סי׳ לה; שו״ת שרידי אש ח״ג סי׳ מו. ונסתפק שם, אם באשה גם כן יש לחלק בין סריסה בידי שמים לסריסה בידי אדם, עיי״ש. **[482]** שו״ת הריב״ש סי׳ תעד; רמ״א שם. **[483]** ירושלמי יבמות ח ה. וראה לעיל הע׳ 114 ואילך. **[484]** דו״ח רעק״א יבמות פ ב, ושו״ת רעק״א ח״ג סי׳ סג; מרחשת ח״ב סי׳ טו ענף ב אות ה. וראה עוד באחיעזר ח״א סוסי׳ לה. **[485]** שו״ת דבר אליהו סי׳ מח. **[486]** שו״ת צפנת פענח ח״א סי׳ סז. **[487]** שו״ת בית דוד קו״א סי׳ א; שו״ת אגרות משה חאבהע״ז ח״א סי׳ קסב; שם ח״ג סוסי׳ מח. **[488]** תוס׳ יבמות פד ב ד״ה שייר; מאירי יבמות עט ב. וראה דורש לציון דרוש י; נתיבות לשבת אבהע״ז סי׳ ה ס״ק; שו״ת שואל ומשיב מהדו״ק ח״ג סי׳ יא. **[489]** תוס׳ חד מקמאי יבמות עט ב; מאירי שם בשם י״מ. וראה שו״ת אור גדול סי׳ ג אות כג.

הניח בן סריס, פוטר מן היבום[490].

בעניני חושן משפט

דיינות — סריס פסול להיות דיין לדיני נפשות, בין סריס אדם ובין סריס חמה[491], אבל בדינו של מסית מושיבים גם סריס[492], ואפילו סריס בידי שמים[493]. וכן פסול להיות דיין בגיטין וחליצות[494]; אכן הסריס כשר לדון דיני ממונות[495].

עדות — סריס כשר להעיד[496].

מקח וממכר — סריס כשר למקח וממכר, בין במטלטלין ובין בקרקעות[497].

בעניינים עתידיים

סוטה — אשת סריס, בין סריס אדם ובין סריס חמה, שחשודה כסוטה, שותה מים המאררים[498].

עגלה ערופה — סריס שנמצא הרוג בין שתי ערים, דינו ככל מת שעורפים עליו עגלה ערופה[499].

טומאת גוי — גוי שהוא סריס, אף הוא עושה מדור העכו״ם, ואם שהה בבית ארבעים יום, מדורו טמא עד שייבדק, גזירה משום מדור שתהיה בו אשה ותפיל, וחשודים הגויים לקבור את נפליהם בביתם[500].

לעניין נגעים — אזור הזקן של הסריס עד שלא העלה שיער, הרי הוא כעור הבשר, ומתטמאים בשלושה סימנים ובשני שבועות; ואם העלו שיער, הרי הם כזקן האיש שמתטמא בנתקים, ואינו מתטמא בבהרת[501].

זיבה — סריס אדם וסריס חמה מתטמאים בזיבה ככל האנשים[502].

כהן סריס פסול לעבודה במקדש, ושנים עשר מומים נמנו באיברי ההולדה באיש: מי שנמעך הגיד שלו, או נכתת, או ניתק, או נכרת, מי שנמעכו הביצים שלו או אחת מהן, או נכתתו או אחת מהן, או ניתקו או אחת מהן, או נכרתו או אחת מהן, מי שאין לו אלא ביצה אחת אף על פי שיש

[490] שו״ת בית אפרים חאבהע״ז סי׳ קלג. **[491]** תוספתא סנהדרין ז ה; ירושלמי סנהדרין ד ז; בבלי סנהדרין לו ב; רמב״ם סנהדרין ב ג. **[492]** סנהדרין לו ב; רמב״ם שם יא ה. **[493]** מנ״ח מ׳ תצא. **[494]** שו״ת קול מבשר ח״ב סי׳ מח. **[495]** המקורות בהע׳ 491 לעיל. **[496]** רמב״ם עדות טז ו, על פי נידה מט ב. וראה טושו״ע חו״מ לה ב. **[497]** רמב״ם מכירה כט טו; טושו״ע חו״מ רלה יא-יב, על פי ב״ב קנה א ב. **[498]** ירושלמי סוטה ד ד; בבלי סוטה כד א; שם כו א; רמב״ם סוטה ב ו. ולעניין סריס אדם כתב רש״י סוטה כו א ד״ה קמ״ל, שהכוונה דווקא שנסתרס בדרך שהוא מותר לאשתו, כגון ששתה כוס של עקרין, אבל אם נסתרס בפגיעה באיברי ההולדה, הרי הוא פצוע דכא ואסור לאשתו, ולעיל כד א ד״ה אשת כתב רש״י, שמדובר במצב שנסתרס לאחר שנשא את אשתו, וקדמה שכיבת בעל לבועל. וראה במהרש״א שם ומשל״מ שם בנידון. **[499]** סוטה מו א. **[500]** תוספתא אהלות יח ג; רמב״ם טומאת מת יא ח. **[501]** תוספתא נגעים ד ח; רמב״ם טומאת צרעת ה יא. **[502]** משנה זבים ב א; רמב״ם מחוסרי כפרה ג ו; שם מטמאי משכב ומושב א ה.

לו שני כיסים, מי ששתי ביציו בכיס אחד, הטומטום, והאנדרוגינוס[503], והיינו דווקא סריס אדם, אבל סריס חמה, שאין מום נראה באיברי ההולדה — כשר לעבודה במקדש[504].

בן סורר ומורה — סריס חמה אינו נעשה בן סורר ומורה[505].

עבד — המסרס עבד בגיד שלו, יוצא לחירות; אבל המסרס עבד בביצים, אינו יוצא לחירות[506].

חציו עבד וחציו בן חורין שהיה סריס, אין כופים את רבו לשחררו, שאין כופים אלא משום ביטול פריה ורביה[507].

דיני סריס בבעלי חיים

בכור בהמה שאין לו אשכים, או שאין לו אלא ביצה אחת, אפילו יש לו שני כיסים, וכן אם אין לו אלא כיס אחד, אף על פי שיש לו שני ביצים, הרי זה מום[508].

קרבנות — בהמה זכר שמסורס בביצים או בגיד, הרי זה מום, ופסול לקרבן[509], וכן בהמה נקבה מסורסת, פסולה לקרבן[510].

אשך מדולדל — אשכים של בהמה שנתלשו ועדיין הם מעורים בכיסם, אינם אסורים באכילה מן התורה, שהרי יש בהם מקצת חיות, ואף על פי כן אסור לאוכלם ממנהג שנהגו ישראל שלא לאוכלו, מפני שדומה לאיבר מן החי[511].

[503] תוספתא בכורות ה ב; בכורות לט-מ; רמב״ם ביאת מקדש ז ח; שם ח יב. ובוודאי מי שאין לו אשכים כלל, הרי זה מום, כמבואר לעניין בכור — ראה להלן הע׳ 508. **[504]** מרגניתא טבא על ס׳ המצוות לרמב״ם, שורש ג; שו״ת קול מבשר ח״ב סי׳ מח. **[505]** ירושלמי יבמות י ח; בבלי יבמות פ א. וראה מנ״ח מ׳ רמח סקי״ד; זרע אברהם בענין התראת ספק סי׳ מה; שו״ת מחזה אברהם ח״ג חיו״ד סי׳ לא. **[506]** קידושין כה א, מחלוקת בביצים; רמב״ם עבדים ה ד. וראה בלח״מ שם; מקנה קידושין שם; משך חכמה ויקרא כב כה. וראה ברא״ש קידושין שם, ובכס״מ עבדים שם, שלהלכה אין הבדל בין אם כרת הביצים ועודן תלויות בכיס, לבין אם ניתקן מהכיס לגמרי. **[507]** טו״א חגיגה ב א ד״ה כאן; תוס׳ רעק״א חגיגה פ״א אות ד; מרכבת המשנה חובל ד יב; שו״ת אחיעזר ח״ג סוסי׳ סד. **[508]** בכורות מ א; רמב״ם בכורות ג ה; טור יו״ד סי׳ שט. וראה בטור ובב״י שם מחלוקת הראשונים בעניין שני כיסים וביצה אחת. **[509]** רמב״ם ביאת מקדש ז ח. וראה באריכות בשו״ת דבר יהושע ח״ג חאבהע״ז סי׳ ז, מחלוקת הרמב״ם והרמב״ן אם דווקא סירוס קבוע אסרה תורה להקרבה, או גם כשהסירוס הוא זמני. **[510]** סמ״ג לאוין קכ. וראה משך חכמה ויקרא כב כה. **[511]** חולין צג ב; רמב״ם מאכלות אסורות ה ז; טושו״ע יו״ד סב ד.

עֻבָּר

א. הגדרת המושג

עובר הוא יצור חי בראשית התהוותו, מרגע ההפריה ועד צאתו לאוויר העולם[1]. בדרך כלל מדובר על מצבו של היצור המתפתח ברחם האשה המעוברת[2], אך לאור התפתחות שיטות ההפריה המודרניות, מדובר כיום גם על יצור המתפתח מחוץ לרחם. בשלבים המוקדמים יש המדברים על קדם-עובר[3], ועוברון[4], ובשלבים המאוחרים מדובר על עובר[5].

במקרא מצינו כינויים אחדים לעובר: פרי הבטן[6], ילד[7], בן[8], לאום[9]. גם המושגים עולל ויונק יכולים להתייחס לעובר[10].

המושג עובר איננו מוזכר כלל במקרא, אך הוא הכינוי הרווח בחז״ל. מושג זה נובע באופן מושאל מהפועל להעביר, והכוונה ליצור שמתהווה מהעברת זרע לרחם האשה[11]; ואולי הוא מלשון עיבור צורה[12], כי בגלל העובר משתנה צורתה של האם.

בחז״ל מצינו גם את המושג וולד, שמתייחס גם לעובר[13]. מצינו גם בחז״ל שהתייחסו לביצים של דגים בשם עובר[14].

בלשון חז״ל מכונה עובר בשלב התפתחותי מתקדם בשם שליל[15].

הענף ברפואה העוסק בהיבטים המדעיים הנוגעים לעובר נקרא אמבריולוגיה[16], והענף העוסק בהיבטים הקליניים הנוגעים לעובר הוא פרינטולוגיה[17].

בערך זה יידונו רק העניינים הנוגעים

[1] בעניין הגדרת רגע הלידה, שבו הופך היצור מעובר לילוד — ראה ע׳ לדה הע׳ 177 ואילך. **[2]** כגון בהמה שמת עוברה בתוך מעיה (משנה חולין ד ג); עובר שבמעי אמו (סנהדרין נו ב). **[3]** pre-embryo. **[4]** embryo. **[5]** fetus. ראה להלן ברקע המדעי, ובהע׳ 208. **[6]** בראשית ל ב; דברים ז יג; דברים כח ד; ישעיה יג יח; מיכה ו ז; תהלים קכז ג. וראה שבת קלה ב, וחולין קיד ב, שאף בחז״ל מכונה העובר כך. **[7]** ויצאו ילדיה (שמות כא כב). **[8]** ויתרצצו הבנים בקרבה (בראשית כה כב). וראה להלן הע׳ 183. **[9]** ראה סנהדרין צב א. **[10]** ראה מדרש תהלים ח ה. וראה גם מכילתא בשלח, פר׳ שירה, סוף פרשה א. **[11]** שורו עבר ולא יגעל (איוב כא י). **[12]** משנה פסחים ז ט. **[13]** כגון מחתכין את הוולד במעיה (אהלות ז ו); יצירת הוולד במעי אמו (נידה ל א); ועוד במקומות רבים. **[14]** ראה ע״ז לט א. **[15]** משנה זבחים ג ה, ועוד. **[16]** embryology. **[17]** perinatology.

לעוברים של בני אדם ובהמות, ולא יידונו עוברים של עופות שהם הביצים. כמו יידונו כאן העניינים הנוגעים לעובר ברחם. שלבי התפתחות קדם-עובר מחוץ לרחם, והעניינים ההלכתיים הנוגעים למצב זה נידונים בערך הפריה חוץ-גופית ובערך שבוט ותאי גזע.

ב. רקע היסטורי

כללי — התהוות העובר והתפתחותו ברחם היווה מאז ומעולם אחד הדברים המסקרנים והמגרים ביותר, ויחד עם זאת היה זה אחד הנעלמים הגדולים מבחינה עובדתית, בהיעדר כלי מחקר נאותים לבחינת התפתחות העובר המכוסה כולו בתוך הרחם[18].

יוון העתיקה — פיתאגורס היווני סבר, שבהתפתחות העובר יש לראות מעין תהליך של דגירת הזרע בחום הרחם, ושיצירת העובר באה משלושה מקורות: חלקו האנושי בא מהמוח, חלקו הבהמי בא מן הלב, וחלקו הצמחי בא מהטבור. אריסטו כתב חיבור שיטתי על יצירת העובר והתפתחותו, ובו מצוי תיאור של צינורות הטבור, וקביעה שהעובר מתפתח בשלבים, בניגוד לדעה שרווחה בימיו, שהעובר הוא יצור שלם מרגע התהוותו, אלא שהוא מוקטן מאד. גלינוס סבר שהאיברים הדמיים כמו הכבד, באים מהאשה, והאיברים הזרעיים כמו המוח, באים מהאיש[19].

החוקרים הקדמונים נחלקו בדעותיהם מהיכן מתחילה יצירת העובר: אריסטו[20] ופליניוס[21] סברו, שהתפתחות העובר מתחילה מהלב; גלינוס סבר, שהתפתחות העובר מתחילה מן הכבד, אחר כך נוצר הלב, ולבסוף נוצר המוח[22]; אלקמיאון סבר, שההתחלה היא מהראש; אחרים סברו שהוא מתחיל מהבוהן; ועוד יש שסברו שהוא מתחיל מהטבור[23].

ימי הביניים — ליאונרדו דה וינצי היה אחד הראשונים שתיאר בצורה ציורית את הוולד ברחם אמו במידה המתאימה מאד לידיעותינו כיום.

התקדמות רבה בהבנת יצירת העובר והתפתחותו חלה במאה הי״ז למניינם, עם התרחבות בשימוש במיקרוסקופ: גרף גילה את הזקיקים בשחלה שמהן חורגות הביציות; מאלפיגי חקר את התפתחות הביצית בפרה; ליוונהוק גילה את תאי הזרע. יש הרואים בחוקר ר.פ. וולף את מייסדה של תורת העובר המדעית, כאשר הוכיח שהעובר על איבריו המורכבים והמסובכים מתפתח ממבנה תאי פשוט[24].

מעמד העובר — בין חכמי יוון שררה מחלוקת ביחס למעמדו של העובר:

[18] וראה עוד בע׳ תורשה ברקע ההיסטורי וברקע המדעי. **[19]** וראה עוד בס׳ שער השמים מאמר שמיני, על דעות הקדמונים בנידון. *De Generatione* 2:78. **[20]** *Historia Naturalis* 11:69. **[21]** *De Formatus Foetus* 5:292. **[22]** חומר רב על ידיעות הקדמונים ביחס לאמבריולוגיה נמסר בספרו של פלוטארכוס *De placitis philosophorum*, V. — **[23]** חיבורו *De formatione intestinorum*, — 1768. וראה אנציקלופדיה עברית, כרך ג, ע׳ אמבריולוגיה, עמ׳ 862-864, פרטים היסטוריים נוספים על התפתחות האמבריולוגיה.

אפלטון סבר, שעובר במעי אמו הוא בעל חיים, שהרי הוא מתנועע בבטן וניזון; בעוד אנשי הסטואה סברו, שעובר במעי אמו אינו בעל חיים, אלא חלק מחלקי גופה של האם, וניזון כמו שניזון הצמח, ורק משנולד וקיבל נשמתו, הרי הוא נעשה בעל חיים[25].

אבחון טרום-לידתי — שיטות מדעיות לאבחון טרום-לידתי של מומים ומחלות בעובר החלו להתפתח באופן מעשי בשנות ה-50 של המאה ה-20, עת החלו באבחון מצבי חסר דם קשים בעובר[26]. ניסיונות טיפוליים של עירויי דם תוך-רחמיים בדרך כלל לא עלו יפה, אך הם קידמו את העניין באבחון ובטיפול טרום-לידתי.

מאז חלו התפתחויות משמעותיות ביכולת האבחון הטרום-לידתי:

בדיקת מי שפיר[27] — בשנת 1956 נעשתה לראשונה בדיקת מין העובר על תאים ממי שפיר, כדי לקבוע סיכון של מומים הנישאים על הכרומוזום הזכרי. האבחנה הראשונה של מום עוברי כרומוזומולי בתאי מי השפיר נעשתה בשנת 1968, באבחון תיסמונת דאון[28], ומאז סוף שנות ה-60 של המאה ה-20 החלה להתפתח הטכניקה של דיקור מי שפיר, והאפשרויות לבדיקה ואבחון של מומים כרומוזומליים ומטבוליים בעובר.

בדיקת על-שמע[29] — בשנת 1957 הוחל לראשונה בביצוע בדיקות על-שמע לצרכים מיילדותיים, דבר שהביא לדחיפה רבה בהתפתחות האבחונים הטרום-לידתיים.

סמנים[30] **בדם האם** — בראשית שנות ה-70 נתגלו סמנים בדם האם, שמסייעים באבחונים של מומים ומחלות בעובר[31].

דיגום סיסי השיליה[32] — שיטה זו הוצעה לראשונה כבר בשנת 1968[33], אלא שכמחצית מהנשים שעברו את הבדיקה בתנאים דאז דיממו או הפילו. השיטה נוסתה בהצלחה בסין בשנת 1975, ומאז ראשית שנות ה-80 נכנסה השיטה לשימוש מקובל ברחבי העולם.

טיפולים תוך-רחמיים — הטיפול הראשון בעובר בתוך הרחם נעשה בשנת 1963, כאשר בוצע לראשונה עירוי חליפין בעוברים שסבלו מחסר דם קשה[34], אך הפעולה לא היתה מוצלחת. החל משנות ה-80 של המאה ה-20, לאחר התפתחות שיטות אבחון באמצעות מכשירי על-שמע, והתפתחות טכנולוגית של ניתוחים תוך-רחמיים, החלו לבצע טיפולים

[25] ראה Plutarch, *De Placitis Philosophorum* V 15. וראה מאמרו של א. אפטוביצר, סיני, יא, תש״ב-ג, עמ׳ ט ואילך (הע׳ 62-63). **[26]** erythroblastosis fetalis. **[27]** ראה Simpson JL and Carson SA, *N Engl J Med* 327:951, 1992. **[28]** amniocentesis. **[29]** ultrasound. **[30]** markers. **[31]** השימוש בבדיקת alpha-feto-protein בדם האם החל בשנת 1972; השימוש ב-human chorionic gonadotrophin החל בשנת 1987; השימוש ב-unconjugated estriol החל בשנת 1988. **[32]** chorionic villi sampling = CVS. **[33]** Mohr J, *Acta Pathol Microbiol Scand* 73:73, 1968. **[34]** erythroblastosis fetalis.

וניתוחים בעובר[35].

ג. רקע מדעי

1. שלבי ההתפתחות של העובר

כללי — העובר מתחיל להתפתח לאחר שביצית הופרתה על ידי תא זרע[36]. בשלב ראשון הופך התא היחיד של הביצית המופרית המכונה זיגוטה[37] לגוש רב תאי; בשלב שני מתהוות שכבות של העובר; ובשלב שלישי מתהווים האיברים הסופיים.

שלב ראשון — הביצית המופרית מתחלקת פעמים חוזרות עד שהיא נהפכת לגוש של מאות תאים, המכונה תותית[38]. שלב זה נמשך כארבעה ימים, בהם נודדת התותית בחצוצרה ונכנסת לחלל הרחם. בהמשך נודדים התאים המרכיבים גוש זה אל ההיקף, ומשאירים במרכז חלל מלא נוזל, וכך הופכים לכדור קטן, המכונה בועית[39]. בשלב זה מורכב הכדור מכאלף תאים. שלב זה מתרחש בימים 5-6 להפריה. בשכבה החיצונית של הבועית נמצאים תאים מיוחדים, המכונים טרופובלסטים[40], אשר חודרים את רירית הרחם ביום 7-8 מההפריה, ומעגנים את העוברון לרחם. גוש התאים הגדול בתוך הבועית נקרא תאי-גזע[41]. נקודת המפגש בין דופן הבועית לבין רירית הרחם הופכת להיות שיליה[42].

שלב שני — שכבות העובר מתחילות להיווצר על ידי קיפול פנימה של קוטב אחד של הבועית, אשר הולך ומעמיק, ויוצר שכבה חיצונית, המכונה אקטודרם[43], ושכבה פנימית המכונה אנטודרם[44]. התוצר החדש מכונה קיבה קטנה[45]. בהמשך מתקפלים תאים מהשכבה החיצונית (האקטודרמלית) מאחד הקטבים כלפי פנים, מפרידים בין השכבה האקטודרמלית לבין השכבה האנטודרמלית, ויוצרים שכבה עוברית שלישית המכונה מסודרם[46].

שלב שלישי — משלושת השכבות העובריות נוצרים כל הרקמות והאיברים שבגוף:

מן האקטודרם (השכבה העוברית החיצונה) נוצרים העור וכל תוספותיו, כולל בלוטות הזיעה והחלב, השערות, והציפורניים; השכבה המצפה את תעלת השמע החיצונה, את חלל האף ואת חלל הפה, בלוטות הרוק, והכיסוי של השיניים; השכבה המצפה את איברי החוש; עדשת העין והקרנית; מבוך האוזן הפנימית; כל מערכת העצבים, כולל המוח וחוט השדרה; תוך יתרת-הכליה.

מן המסודרם (השכבה העוברית התיכונה) נוצרות כל העצמות של השלד;

ראה Liley AW, *BMJ* 2:1107, 1963. **[35]** ראה Adzick NS and Harrison MR, *Lancet* 343:897 1994, וראה עוד פרטים היסטוריים במאמר Dudenhausen JW, *J Perinatol Med* 12(Suppl 1): 12. **[36]** ראה ע׳ הפריה חוץ-גופית ברקע המדעי. **[37]** zygote. מושג יווני שפירושו מיזוג, והכוונה למיזוג של ביצית עם תא זרע. **[38]** morula. **[39]** blastocyst. **[40]** trophoblasts. **[41]** stem-cells. ראה ע׳ שבוט ותאי גזע (ב). **[42]** placenta. **[43]** ectoderm. **[44]** ento-derm. **[45]** gastrula. **[46]** mesoderm.

כל מערכת השרירים; הרקמה החיבורית; הרקמה הלימפטית; מוח העצם וכל תאי הדם; הציפויים של חללי הגוף, ושל הכליות ומערכת השתן; בלוטות המין, כולל האשכים והשחלות; קליפת יתרת הכליה.

מן האנטודרם (השכבה העוברית הפנימית) נוצר הציפוי של מערכת העיכול, כולל הבלוטות שבו; הכבד; הלבלב; הציפוי של שלפוחית השתן; בלוטות התריס ויתרת התריס; התימוס.

שק העובר — קרומי העובר הם רקמות מיוחדות המתפתחות מהשכבות האקטודרמליות והאנטודרמליות של העובר, ותפקידן להגן על העובר המתפתח, ולאפשר לו תזונה והפרשה. העובר מונח בתוך חלל השפיר[47], שהוא שק מלא נוזלים. חלל זה מוקף על ידי קרום פנימי, שהוא קרום השפיר, וקרום חיצוני שהוא קרום הפיטמיות[48]. קרום זה יוצר סיסים[49], שחודרים לתוך דופן הרחם, וצינורות הדם שבהם נמצאים במגע הדוק עם מחזור הדם האמהי שבדופן הרחם, וכך מתבצע חילוף החומרים בין האם לעובר.

התפתחות העובר — מקובל לחלק את שלבי ההתפתחות של העובר לשלושה שלבים:

קדם-עובר[50], בשבוע הראשון לאחר ההפריה; עוברון[51], מתום השבוע הראשון מההפריה ועד סוף החודש השני; עובר[52], מהחודש השלישי ועד הלידה.

שלב הקדם-עובר — בשלב זה נוצרות שכבות העובר, ומתחילים להתארגן האזורים שיתפתחו ללב ולצינור מערכת העיכול מהפה ועד פי הטבעת.

שלב העוברון — בשלב זה חלות התפתחויות מהירות במבנה ובתיפקוד העוברון, ומקובל לתאר את ההתפתחויות מידי שבוע בשבוע: בשבוע הרביעי מההפריה מתחילה הצורה הקמורה בכיוון הגב, האופיינית לעובר; הלב מתחיל להתארגן לצורתו התיפקודית; מתחילה התפתחות מערכת העצבים המרכזית; מתחילה התפתחות מערכת הכליות ודרכי השתן; אורך העוברון בסוף השבוע הרביעי הוא 6 מ״מ. בשבוע החמישי מתחילים להתפתח ניצני הלשון, העינים, האוזנים, הריאות, הלבלב, והגפיים, ונמשכת התפתחות הלב, מערכת העצבים, ומערכת הכליות; אורכו של העוברון בסוף השבוע החמישי הוא 8 מ״מ. בשבוע הששי מתחילים להתפתח השיניים, האף, המעיים, הטחול, ומערכת הרביה; אורכו בסוף השבוע הששי הוא 13 מ״מ ומשקלו 1.5 גר׳. בשבוע השביעי מתחילים להתפתח שרירי השלד המשורטטים והאצבעות, מתחילות תנועות של הגב והראש, ונמשכת התפתחות מערכת הרביה; אורכו 17 מ״מ. בשבוע השמיני מתכסים השיניים באמייל, ומתפתחים השרירים החלקים. בגיל חודשיים שוקל העוברון 3 גר׳, ואורכו 30 מ״מ.

שלב העובר — בשלב זה ההתפתחות היא בעיקר תיפקודית, ומקובל לתאר את

[47] amnion. [48] chorion. [49] villi. [50] pre-embryo. [51] embryo. [52] fetus.

ההתפחויות מידי חודש בחודשו. בחודש השלישי מההפריה לובש העובר צורה אנושית מובהקת, אם כי הראש הוא גדול מאד יחסית לגוף; הציפורניים מתחילות להתפתח; מתחילה התפתחות מוח-עצמות; ניתן להבחין בסימני מין חיצוניים, עם הפרדה ברורה בין אשכים לשחלות. בחודש רביעי מתגברות תנועות העובר לדרגה שהאם מתחילה להרגיש בהן; העובר מסוגל להגיב לגירויים חיצוניים (כגון הגברת קצב פעילות הלב בעת ביצוע ניקור מי שפיר); בגיל 4 חדשים הוא שוקל 105 גר׳ ואורכו 157 מ״מ. בחודש החמישי מופיעות שערות על פני כל הגוף. בחודש הששי מופיעים ריסי העינים, והשערות שעל גבות העינים. בחודש השביעי נפתחים העפעפיים; העובר שוקל בשלב זה 1,080 גר׳, ואורכו 350 מ״מ. בחודש השמיני מופיעה שכבת שומן תת-עורית, ומתחילה ירידת האשכים לשק בזכר.

עובר בשל — בסוף ההריון שוקל עובר ממוצע 3,300 גר׳, ואורכו 500 מ״מ. ישנן עדויות עקיפות שהעובר מסוגל לשמוע צלילים וקולות בשליש האחרון של ההריון, ויתכן שיש לו גם ׳הבנה׳ מסויימת, ויכולת זכרון שמיעתי[53].

2. מומים ומחלות בעובר

נתונים סטטיסטיים — כ-3% מכלל העוברים סובלים ממומים או ממחלות רציניים. הם מהווים כ-20% מכלל סיבות המוות בגיל היילוד, ואחוז גבוה יותר של תחלואה רצינית בגיל הינקות והילדות[54].

סיבות למומים — בשנים האחרונות נתגלו אפשרויות שונות של אבחון ומניעה של מומים ומחלות מגוונים.

באופן כללי ניתן לחלק את הסיבות למומים ולמחלות בעובר לשלושה גורמים עיקריים:

בעיות עצמיות ופנימיות של העובר, הגורמות להפרעות בהתפתחותו בצורות ובדרגות שונות, כגון מחלות תורשתיות שונות; הפרעות במספר או במבנה הכרומוזומים בעובר; הפרעות בחילוף חומרים על רקע של חסרים שונים באנזימים, או בחומרים אחרים הנחוצים לחילוף חומרים; תיסמונות מגוונות שבהן הפרעות במבנה איברים שונים של העובר.

בעיות תוך רחמיות, כגון הריון מרובה עוברים; אי ספיקה שלייתית; גידולים רחמיים וכיו״ב.

בעיות סביבתיות וחיצוניות — מדובר בחשיפת האם בהריון לגורמים ולחומרים טרטוגניים[55], היינו חומרים הגורמים למומים בעובר. ההנחה שחומרים חיצוניים יכולים לגרום נזק לעובר מבלי להזיק לאם, היא יחסית חדשה. בעבר היה מקובל ששיליה מהווה מחסום מפני חדירת רעלנים מהאשה אל העובר. רק בראשית שנות ה-60 של המאה ה-20 החל להתגבש

[53] ראה — *Br J Obstet Gynecol* 92:777, 1985. **[54]** *MMWR* 38:633, 1989.

[55] teratogens. מילה יוונית — teratos, שפירושה מפלצת; genesis, שפירושה יצירה.

הרעיון שישנם חומרים טרטוגניים, אשר חודרים לעובר וגורמים לו נזקים מבניים, למרות שאין פגיעה באם. מאז חלה התפתחות גדולה בחקירת גורמים טרטוגניים. ישנם מצבים נדירים שבהם חשיפה של האב לגורמים חיצוניים עלולה לגרום למום בעובר, כגון הקשר בין חשיפת האב לקוטלי חרקים או חומרי צבע לבין עובר חסר מוח[56]. ישנן מספר קבוצות של גורמים טרטוגניים:

חשיפת האשה המעוברת למחלות זיהומיות — מדובר בעיקר במחלות נגיפיות, שמבחינת התחלואה של האם הן מחלות קלות, אך חדירת הנגיף דרך השיליה לגופו של העובר, בעיקר בשלבי התפתחותו המוקדמים, עלולה לגרום לנזקים מגוונים בעובר. הידוע בין גורמים אלו היא החשיפה לאדמת[57] בהריון. ככל שהחשיפה של האם לנגיף זה מוקדמת יותר בהריון, כן חמורות יותר התוצאות לעובר. חשיפה בשליש הראשון להריון יכולה לגרום להפלה, ללידת מת, ולמומים שונים במיקום ובחומרה. במסגרת תיסמונת האדמת המולדת תוארו מומים והפרעות בעינים, בלב, במוח, ובמערכת הדם. התיסמונת תוארה לראשונה בשנת 1941[58], ומאז היו מחזורים של מגפות בתחלואת נשים בהריון באדמת מידי 6-9 שנים, עם לידת עוברים פגומים ומתים. אכן מאז הכנסת החיסון נגד אדמת בשנת 1969, נעלמה כמעט לחלוטין תיסמונת האדמת המולדת, כי הנשים בגיל הפוריות מחוסנות כיום נגד זיהום זה[59]. יש לציין, כי עצם החשיפה של האם לנגיף זה, אם לא נגרמו מומים ידועים ליילוד, איננו גורם לבעיות לטווח ארוך בילד. במחקרים על תוצאות לטווח ארוך (עד גיל 40 שנה ומעלה) של הנולדים לאמהות שנחשפו לאדמת בהריון לא נמצאו הבדלים משמעותיים ביניהם לבין אוכלוסית ביקורת שלא נחשפה לזיהום זה[60].

חשיפת האשה המעוברת לתרופות — דוגמאות לכך הן תרופות נגד מחלות סרטן; תרופות נוגדות כפיון; תכשירי יוד; תלידומיד, שהיא תרופת הרגעה שיצרה מגיפה של יילודים פגועים חסרי גפיים[61]. קיימות רשימות ארוכות של תרופות החשודות כגורמות לשינויים טרטוגניים, אך אין הוכחות וודאיות ביחס לרובן, וביחס למרבית התרופות השגרתיות כמו תרופות נגד כאבים, תרופות הרגעה, ואנטיביוטיקות מקובל להניח שאין להם כל השפעה טרטוגנית[62].

[56] Brender JD and ראה — anencephaly MA, *Lancet* 340:414, 1992. וראה בנידון בע׳ Suarez L, *Am J Epidemiol* 131:517, 1990. הפלה הע׳ 292 ואילך. זיהומים טרטוגניים אחרים כוללים — CMV, syphilis, toxoplasmosis poliomyelitis. **[57]** Gregg German measls; rubella. **[58]** על הנתונים האפידמיולוגיים בשנים האחרונות בארה״ב של אדמת בהריון ושל תיסמונת האדמת המולדת בעובר ראה — Lindegren ML, et al, *Epidemiol Rev* 13:341, 1991. **[59]** Fine PEM, et al, *BMJ* 290:509, 1985; McIntosh EDG and Menser ראה — Mellin GW and Katzenstein M, *N Engl J Med* 267:1184, 1962; Taussig HB, *JAMA* 180:1006, 1962. **[60]** על הגישות הרפואיות ביחס לשימוש בתרופות בהריון, ובעיקר בשליש הראשון ראה בספר — Rubin P (ed), *Prescribing in Pregnancy*, London, BMJ Publishing, 1995.

חשיפת האשה המעוברת להקרנות — חשיפת העובר לקרינה גבוהה בשליש הראשון להריון עלולה לגרום למומים מולדים, וחשיפתו בשליש השני והשלישי עלולה לגרום להתפתחות ממאירות בעשור הראשון לחיים. אכן, מנת קרינה לעובר עד 5 ראד איננה נחשבת כמסוכנת, ואין שום צילומי רנטגן אבחנתיים שמתקרבים למנה כזו[63]. יש לציין, שאפילו עוברים שנחשפו לפצצות האטומיות בהירושימה ובנגסקי לא סבלו מנזק ממשי, למרות שהחשיפה הגיעה למנות של 10-19 ראד[64].

חשיפת האשה המעוברת לעישון — בין אם מדובר בעישון פעיל, ובין אם מדובר בעישון סביל[65].

חשיפת האשה המעוברת לאלכוהול — אלכוהול הוכר בשנת 1968 כגורם להפרעות שונות בהתפתחות העובר, ומשנת 1973 מוכר כגורם לתיסמונת האלכוהול של העובר[66].

וכן חשיפת האשה המעוברת לסמים, כגון קוקאין[67].

מצבים חולניים שונים של האשה המעוברת עלולים אף הם לגרום למומים מולדים בעובר, כגון סוכרת או מחלת הכפיון[68].

3. אבחון טרום-לידתי

כללי — בספרות הרפואית מתוארים כמה מאות מצבים חריגים בעובר, אשר ניתנים לאבחון טרום לידתי. אלו כוללים הפרעות במבנה הכרומוזומים או במספרם; מומים מולדים ועיוותים שונים במערכות שונות בגוף (מערכת הלב וכלי הדם, מערכת העצבים, מערכת העיכול, מערכת השלד, מערכת השתן); הפרעות בעור; זיהומים בעובר; הפרעות במערכת הדם; הפרעות בחילוף החומרים (חומצות אמינו, סוכרים, שומנים, וחסרים של אנזימים שונים); וגידולים.

אבחון טרום-לידתי יכול להיעשות בשלבים שלפני ההריון[69], ותוך כדי ההריון. כאן יידונו שיטות האבחון בעת ההריון.

גורמי סיכון למומים מולדים — מוכרים כיום גורמי סיכון שונים לשכיחות יתר של מומים מולדים בעובר:

וראה עוד בנידון בע׳ הפלה הע׳ 294 ואילך. **[63]** ראה בע׳ הפלה הע׳ 294 ואילך. **[64]** ראה — Miller RW and Mulvihill JJ, *Teratol* 14:355, 1976; Jablon S and Kato H, *Lancet* 2:1000, 1970. **[65]** ראה ע׳ עשון. **[66]** ראה — American Academy of Pediatrics, *Pediatrics* 91:1004, 1993; Spohr HL, et al, *Lancet* 341:907, 1993. וראה ע׳ שכור. **[67]** ראה — Handler A, et al, *Am J Epidemiol* 133:818, 1991. אגב, חשיפת אשה מעוברת למריחואנה לא מעלה את שכיחות המומים בעובר — Dreher MC, et al, *Pediatrics* 93:254, 1994. וראה סיכום הנתונים והמנגנונים לפגיעה עוברית בחשיפת האם לסמים — Brooks-Gunn J, et al, *Acta Pediatr Adolesc Med* 148:33, 1994. **[68]** סיכום הגורמים הטרטוגניים מצוי במונוגרפים רבים, כגון Wilson JG, *Environment and Birth Defects*, New York, 1973; Shepard TH, *A Catalog of Teratogenic Agents*, Baltimore, 1973. **[69]** ראה על כך בע׳ תורשה ברקע המדעי.

גיל מבוגר של האם — מבדיקות מי שפיר עולה כי הסיכון להפרעה כרומוזומלית כלשהי עולה מ-1.3% בגיל 35, עד 2% בגיל 40 ועד 8% באמצע שנות ה-40. באשר למומים מולדים שאינם כרומוזומליים הדעות חלוקות: יש שמצאו עליה גם בשכיחות של מומים כאלו — 6.6 לאלף בגילאים 34 ומטה לעומת 8.8 לאלף בגילאים 40 ומעלה[70], ויש שלא מצאו עליה משמעותית של מומים מולדים שאינם כרומוזומליים באמהות מבוגרות[71]; עליה ברמות של סמנים שונים בדם האם המעוברת[72]; לידה קודמת של יילוד פגוע, של יילוד מת, או הפלות חוזרות בעבר; מחלות תורשתיות ידועות באב או באם או במשפחותיהם; מחלות כלליות של האם; חשיפה של האם בהריון לגורמים טרטוגניים[73]; וגורמי סיכון אתניים, כגון מוצא אשכנזי בסיכון למחלת תיי-זקס, מוצא ים תיכוני בסיכון למחלת טלסמיה וכיו״ב[74].

שיטות אבחון — קיימות מספר שיטות לאבחון מוקדם של מומי עובר[75]:

אבחון טרום-לידתי באמצעות מכשירי על-שמע[76] — קיימות מספר צורות של מכשירי על-שמע. הוותיק שבהם הוא מכשיר הבודק את העובר דרך דופן הבטן של האם. לאחרונה התפתחו מכשירי על-שמע אשר בודקים את העובר דרך הנרתיק של האם, והם מאפשרים הסתכלות טובה יותר על העובר, ואיתור מוקדם יותר של מומים. כמו כן מתפתחים מכשירי על-שמע תוך-רחמיים, המוחדרים לרחם האשה לצורך הסתכלות טובה יותר על העובר. המיכשור לכך התפתח בעשור האחרון בצורה משמעותית, ויחד עמו התקדמה אמינות הבדיקה וההדגמה של מבנה העובר, וכן התאפשר שימושו לאיתור מומי עובר גם בשליש הראשון של ההריון. באמצעות בדיקה זו ניתן להשיג מספר מטרות: לקבוע את גיל ההריון; לקבוע את מין העובר; לקבוע את מיקום השיליה, לאתר הפרעות במבנה השיליה, ולקבוע את כמות מי השפיר; לאתר עיכוב בגדילת העובר ברחם; לזהות הריון מרובה עוברים; ולאתר מומים במבנה העובר. באמצעות בדיקות על-שמע ניתן לאבחן מומים מלידה בשלד ובגפיים של העובר, במערכת הכליות ודרכי השתן, במערכת העצבים המרכזית, במבנה הלב, ובדרכי העיכול. מיכשור זה גם מסייע בידי המיילד לבצע פעולות שונות בעובר, כגון דיקור סיסי השיליה, או נטילת דגימת דם מחבל הטבור; מתן עירוי דם חיצוני לעובר; ואפילו ביצוע ניתוחים תוך-רחמיים.

בדיקת על-שמע איננה גורמת לשום תופעות לוואי או נזקים במהלך ההריון והלידה. מן הידוע עד כה, אין לבדיקה זו כל השפעה שלילית גם לטווח ארוך, אם כי במחקר אחד נמצא, כי בדיקות אלו

[70] ראה במאמר — Hollander D and Breen JL, *Obstet Gynecol Surg* 45:106, 1990. **[71]** ראה — Baird PA, et al, *Lancet* 337:527, 1991. **[72]** ראה להלן הע׳ 83 ואילך. **[73]** ראה לעיל הע׳ 61 ואילך. **[74]** ראה ע׳ תורשה. **[75]** סיכום השיטות והגישות השונות ראה — American Academy of Pediatrics, *Pediatrics* 93:1010, 1994; ח. קטן וי. קטן, חוב׳ אסיא סט-ע, תשס״ב, עמ׳ 156 ואילך. **[76]** ultra-sound.

גרמו לשיעור גבוה יותר של ילדים אטרים[77].

בשנים האחרונות התרבה מאד השימוש השגרתי בטכניקה זו, ובשלהי המאה ה-20 היו המלצות לערוך בדיקה זו כבדיקה שגרתית פעם אחת או יותר במהלך ההריון: בבריטניה מומלץ לבצע בדיקה זו פעם אחת במהלך ההריון, בשבוע 1-820; בגרמניה — פעמיים; בצרפת — שלוש פעמים. בארה״ב אין המלצה לבדיקה שגרתית זו[78]. בישראל בשלהי המאה ה-20 כ-30% מהנשים בהריון בצעו שבע בדיקות על-שמע ויותר במהלך ההריון[79]. החוקרים עדיין חלוקים בדעתם אם יש יתרון לבדיקות על-שמע שגרתיות במהלך ההריון בשיפור ההישרדות או התחלואה של יילודים[80]. מחקרים מקיפים ומעמיקים בנושא הגיעו למסקנה, כי אמנם אין יתרון לבדיקות אלו בנשים עם סיכון נמוך ללידת עוברים פגומים[81]. לפיכך יש לשקול את התועלת בבדיקה זו לאיתור מומים בעובר, לעומת אפשרויות הטעות של הבדיקה — הן לחיוב, והן לשלילה, החשד לנזק עתידי כלשהו, והעלות הכלכלית לציבור[82].

בדיקות סקר בהריון באמצעות בדיקות דם אמהיות — בעזרת בדיקות דם באם ניתן לאתר סמנים[83] שונים, המחשידים למומים או מחלות בעובר, כגון נוגדנים למחלות זיהומיות שונות[84]; או שינויים ברמות של חומרים כימיים שונים בדם האם כמו חלבון עוברי אלפא[85], רמות גונדוטרופין כוריוני אנושי[86], ורמות

[77] Salvesen KA, et al, *BMJ* 307:159, 1993. **[78]** ראה — Bucher HC and Schmidt JG, *BMJ* 307:13, 1993. וראה עוד בנידון — LeFevre ML, et al, *Am J Obstet Gynecol* 169:483, 1993. **[79]** Gofin R, et al, *IMAJ* 6:535, 2004. **[80]** Ringa V, et al, *Int J Epidemiol* 18:489, 1989. **[81]** Bucher HC and Schmidt JG, *BMJ* 307:13 1993; Ewigman BG, et al, *N Engl J Med* 329:821, 1993. Berkowitz RL, *N Engl J Med* 329:874, 1993. וראה סכום גישות רפואיות שונות הנוגעות לבדיקת על-שמע בהריון במאמר של ח. קטן וי. קטן, אסיא, חוב׳ סא-סב, תשנ״ח, עמ׳ 65 ואילך. **[82]** markers. **[83]** בעיקר אדמת (German measls; rubella), ותיסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS). **[84]** alpha-feto protein. **[85]** חלבון זה מיוצר על ידי שק החלמון, ובהמשך על ידי מערכת העיכול והכבד העוברי. תפקידו הביולוגי לא ידוע בוודאות. חלבון זה יורד ברכוזו בדם העובר ובמי השפיר החל משבוע 13 להריון, ונעלם מדם היילוד בחודשים הראשונים לחייו. הוא איננו מצוי במבוגרים, אלא רק בנשים בהריון, שאצלן הוא מגיע לשיא בסביבות שבוע 30 להריון. כאשר הוא גבוה יש חשד למום עוברי, המתבטא בהפרעות בהתפתחות המוח ועמוד השדרה, כגון anencephaly, spina bifida. רמת חלבון עוברי מוגבר נמצאה גם במומים בכליות, בהפרעות בסגירת דופן הבטן, בחסימת דרכי העיכול העליונים, במחלות עור של העובר, בתיסמונת Turner. כמו כן נמצאו ערכים מוגברים בהריונות שנסתיימו במות עוברים. רמות נמוכות של חלבון עוברי בדם האם נמצאו בתיסמונת דאון, עובדה שתוארה לראשונה בשנת 1984 (Merkatz IR, et al, *Am J Obstet Gynecol* 149:415, 1984). וראה עוד על האבחנה המבדלת ביחס לשינויים ברכוזי החלבון העוברי בדם האם במאמר של ב. הרשקוביץ, חוב׳ אסיא, מט-נ, תש״ן, עמ׳ 18 ואילך. אכן יש נשים שהחלבון הזה מוגבר בדמן בלא שנמצא כל מום בעובר, או שיש סיכון כלשהו בהריונן — ראה Cunningham FG and Gilstrap LC, *N Engl J Med* 325:55, 1991. **[86]** human chorionic gonadotrophin. ראה — Bogart MH, et al, *Prenat Diag* 7:623, 1987. עליה ברמת סמן זה מעלה את השכיחות לתיסמונת דאון.

אסטריול חופשי[87].

יש חוקרים הסבורים, שמוצדק כיום להסתמך על השילוב של שלושת הסמנים הביוכימיים הללו כדי להחליט באיזה נשים לבצע דיקור מי שפיר על מנת לאבחן עובר הסובל מתיסמונת דאון, בין אם מדובר בנשים צעירות או בנשים מבוגרות[88]; ויש הסבורים, שרמה גבוהה של חלבון עוברי בנוכחות בדיקת על-שמע תקינה, איננה מחייבת בדיקת מי שפיר[89].

יש המציעים בדיקות סיקור נוספות לאבחנת תיסמונת דאון, כגון שקיפות עורפית בבדיקת על-שמע בשבועות 10-14 להריון, או בדיקת רמות חלבון מיוחד הקשור להריון[90].

בדיקת מי שפיר[91] — מדובר בלקיחת דגימה מנוזל מי השפיר המכיל תאים עובריים וחומרים כימיים שהעובר מפריש לשק השפיר, על מנת לאבחן מומים כרומוזומליים, הפרעות ביוכימיות, ומחלות הטעונות אבחון בשיטות גנטיות מולקולריות. בדיקה זו היא בטוחה ומהימנה אם היא מבוצעת אחרי שבוע 16 להריון, כאשר הסיכון לאיבוד העובר בגין פעולה זו היה 0.5-1.0%[92], ולאחרונה ירד ל-0.5-0.25%[93]. כיום לא מומלץ לבצע בדיקה זו לפני שבוע 13 להריון[94], הן בגלל סיכון יתר להפלת העובר, והן בגלל קשיים בפרשנות הממצאים בגין כמות קטנה של חומר המתקבל בדרך זו[95]. במחקרים שונים התברר, כי הנולדים לאחר בדיקת מי שפיר לא סבלו מפגמים כלשהם, הן בטווח הקצר, והן בטווח

[87] Canick — ראה unconjugated estriol. JA, et al, *Br J Obstet Gynecol* 95:330, 1988; Wald NJ, et al, *Br J Obstet Gynecol* 95:334, 1988. ירידה ברמת סמן זה מעלה את השכיחות לתיסמונת דאון. לאחרונה נמצא כי שילוב שלושת הסמנים הללו מגלה תיסמונת דאון ב-89% מהמקרים, בעוד שב-25% התוצאות יהיו שגויות, היינו ידגימו נתונים כמו בתיסמונת דאון כשהעובר בעצם בריא לחלוטין — Haddow et al, *N Engl J Med* 330:1114, 1994. וראה טבלאות חישוב שונות לסיכון נוכחות עובר עם תיסמונת דאון בהתאם לגיל האשה ולשינויים בסמנים הביוכימיים — Wald NJ, et al, *BMJ* 297:883, 1988; Knight GJ, et al, *Am J Hum Genet* 45:332, 1989. כמו כן נמצא, כי רמה נמוכה של גונדוטרופין כוריוני, ורמה נמוכה של אסטריול מחשיד לנוכחות טריזומיה 18 — DiMaio MS, et al, *N Engl J Med* 317:342, 1987, ורמת אסטריול נמוכה מאד מחשידה להפלה מאיימת, ואיכטיוזיס מלידה — Shapiro LJ, et al, *Lancet* 1:70, 1978. **[88]** Haddow JE, et al, *N Engl J Med* 330:1114, 1994. על הניסיון בירושלים במבחני סקר אלו ראה — Bach G, et al, *Isr J Med Sci* 29:468, 1993. אכן מן הראוי להדגיש, כי קיימים היבטים שליליים מבחינה נפשית לתוכניות סקר נרחבות באוכלוסיה הכללית — ראה Marteau TM, Nadel AS, et al, *BMJ* 307:146, 1993. **[89]** Wald NJ, et al, *N Engl J Med* 341:461, 1999; Copel JA and Bahado-Singh RO, *N Engl J Med* 341:521, 1999. **[90]** NICHD, *JAMA* 236:1471, 1976; Working party on amniocentesis, *Br J Obstet Gynecol*:85 (Suppl:12), 1978; Tabor A, et al, *Lancet* 1:1287, 1986. **[91]** amniocentesis. *MMWR* 44:1 1995. **[92]** Henry GP and Miller WA, *J Reprod Med* 37:396, 1992. **[93]** Hod M, et al, *Isr J Med Sci* 30:714, 1994. **[94]** אמנם מתרבות העבודות המוכיחות שיעור נמוך של אובדן עוברים גם בדיקורי מי שפיר בשלב הריוני מוקדם לפני שבוע 15 — Choo V, *Lancet* 338:750,

ארוך[96]. בישראל, בשלהי המאה ה-20, הופנו כ-55% מכלל הנשים מעל גיל 35 שנה לביצוע בדיקת מי שפיר, אך רק 63% מתוכם בצעו את הבדיקה[97].

בדיקות סקירה למניעת תיסמונת דאון — מאז שנות ה-70 החלו הרופאים בארה״ב להמליץ לנשים מעל גיל 35 לבצע בדיקת מי שפיר, כדי לבדוק אם העובר סובל מתיסמונת דאון. המלצה זו אומצה רשמית על ידי הקולג׳ האמריקאי של גניקולוגים ומיילדים בשנת 1987. הסיבה לבחירת גיל זה לביצוע בדיקת מי שפיר היתה על פי הנתונים הסטטיסטיים דאז, שהסיכון בהפלה כתוצאה מהבדיקה משתווה בגיל זה לסיכון של נוכחות עובר הסובל מתיסמונת דאון, בעוד שלפני גיל 35 שנה שכיחות תיסמונת דאון נמוכה יותר מהסיכון להפלה כתוצאה מהבדיקה האמורה. אכן הנתונים על שכיחות תיסמונת דאון בגילים שונים איננה אחידה בכל המחקרים[98]. על פי המלצות אלו מבצעים בארה״ב בדיקות מי שפיר לכ-5% מאוכלוסית הנשים ההרות, ומתגלים רק 20% ממקרי תיסמונת דאון, מכיוון ש-80% ממקרי דאון נולדים לאמהות שגילן פחות מ-35 שנה. אך במקומות שמבצעים בדיקת חלבון עוברי לכלל האוכלוסיה, גם מקרים אלו מתגלים. אכן יש הסבורים, שהחיתוך של גיל 35 שנה איננו הגיוני, שכן מלבד תיסמונת דאון יש אפשרות למומים כרומוזומליים אחרים, וכן שנשים רבות רואות בסיכון של ילד נכה מבחינה שכלית וגופנית בעיה העולה על האפשרות של הפלה כתוצאה מהבדיקה, גם אם מספרית היחס הוא לרעת ההפלה[99].

דגימת סיסי שיליה — בשנים הראשונות לפיתוחה של שיטה זו בוצע דיגום סיסי השיליה רק דרך הנרתיק וצוואר הרחם[100], ומאז שנת 1984 החלו לבצע את הבדיקה דרך הבטן[101]. הדעות בין החוקרים חלוקות אם יש הבדל ביעילות ובבטיחות של שתי שיטות אלו, והנטיה היא להעדיף את הבדיקה דרך הבטן, שכן שיטה זו מאפשרת גישה טובה יותר לשיליה, קל יותר ללמוד אותה, וכמות הסיסים המתקבלים בדרך זו גדולה יותר[102].

מטרת השיטה הזו זהה למטרת בדיקת מי שפיר, אלא שבאמצעות שיטה זו ניתן להגיע לאבחון מוקדם יותר, לקבל כמות יותר גדולה של רקמה עוברית, ואם יש צורך לבצע הפלה, היא יכולה להיעשות בשלב מוקדם של ההריון, עם פחות סיבוכים רפואיים ונפשיים.

Baird PA, et al, *Lancet* 1991. **[96]** בגיל 35 שנה — 1:295 ; בגיל 36 שנה — 1:227 ; בגיל 37 שנה — 1:175 ; בגיל 38 שנה — 1:106. נתונים שונים במקצת דווחו במאמר של Pauker SP and Pauker SG, *N Engl J Med* 330:1151, 1994. **[97]** Gofin R, et al, *IMAJ* 6:535, 2004. **[98]** שכיחות תיסמונת דאון בלידות חי על פי המאמר של D'Alton ME and DeCherney AH, *N Engl J Med* 328:114, 1993 היא כדלקמן: בגיל 25 שנה — 1:1,250 ; בגיל 30 שנה — 1:952 ; בגיל 35 שנה — 1:385 ; בגיל 36 שנה — 1:295 ; בגיל 37 שנה — 1:227 ; בגיל 38 שנה — 1:175 ; בגיל 40 שנה — 1:106. נתונים שונים במקצת דווחו במאמר של Pauker SP and Pauker SG, *N Engl J Med* 330:1151, 1994. **[99]** ראה Pauker SP and Pauker SG, *N Engl J Med* 330:1151, 1994. **[100]** transcervical CVS. **[101]** trans-abdominal CVS. ראה Smidt-Jensen S, et al, *Clin Genet* 26:272, 1984. **[102]** ראה —

מקובל להניח, שאין סיבוכים משמעותיים לאשה בביצוע בדיקה זו, אך תוארו פגיעות בגפיים של העובר, ו/או פגיעה באזור הפה[103], בפרט אם הבדיקה נעשית לפני השבוע התשיעי להריון. אכן במרכזים עם ניסיון רב בביצוע בדיקה זו, אין כמעט עליה בשכיחות הפגיעה בגפיים של העוברים, לעומת האוכלוסיה הכללית שלא עברה בדיקה זו[104]. בכל זאת ההמלצות כיום הם לבצע את דיגום סיסי השיליה אחרי השבוע העשירי להריון[105], היינו שבוע 01 לאחר הווסת האחרונה, שהוא 56 יום מההתעברות[106].

בעיה נוספת בבדיקות דיגום סיסי השיליה היא במהימנות של הממצאים, שכן הדגימה נלקחת מסיסי השיליה שבחלקם אינם ממקור העובר עצמו, ולעתים יכולות להיות אי התאמות בין רקמת העובר לרקמת השיליה, ולפיכך התוצאות עלולות לא לשקף את מצבו האמיתי של העובר. טעות כזו נמצאת בטווח של 4.0-0.64% מכלל הבדיקות[107].

באשר לסיכון של איבוד עוברים בגין הבדיקה — במחקרים מקיפים התברר, שהסיכון הזה נע בין 4.6-0.6%[108], וההבדלים תלויים בעיקר במיומנות המבצעים, כך שאם מדובר במרכזים רפואיים שבהם השיטה נעשית במיומנות גבוהה, אין הבדל משמעותי מבחינה סטטיסטית בין דיגום מי שפיר לדיגום סיסי שיליה. יתר על כן, יש הטוענים שביצוע דיגום סיסי השיליה דרך הבטן איננה מעלה את שכיחות איבוד העוברים בהשוואה לדיגום מי השפיר[109]. לפיכך,

Smidt-Jensen S, et al, *Lancet* 340:1237, 1992; Jackson LG, et al, *N Engl J Med* 327:594, 1992; Platt LD and Carlson DE, *N Engl J Med* 327:636, 1992 .**[103]** Firth HV, et al, *Lancet* 337:762, 1991; Burton GG, et al, *Obstet Gynecol* 79:726, 1992; Firth HV, et al, *Lancet* 343:1069, 1994. **[104]** World Health Organization. Risk evaluation of CVS. Copenhagen, Denmark: WHO/EURO 1992; Blakemore, et al, *Am J Obstet Gynecol* 169:1022, 1993. וראה סיכום העבודות בנידון במאמרים — D'Alton ME and DeCherney AH, *N Engl J Med* 328:114, 1993; *MMWR* 44:1, 1995. וראה עוד במחקר Froster UG and Jackson L, *Lancet* — שאמנם אין סיכון מוגבר לפגיעה 347:489, 1996, בגפיים. אך בביקורת על מאמר זה קבעו Evans JA and Hamerton JL, באותו כתב-עת בעמ' 484, כי תוצאות מחקר זה בעייתיות, ואין להסיק ממנו מסקנות חד-משמעיות שביצוע דיגום סיסי שיליה לא יכול להעלות את שכיחות הפגיעות בגפיים של העובר. **[105]** Rodeck CH, *Lancet* 341:468, 1993; World Health Organization. Risk evaluation of CVS. Copenhagen, Denmark:WHO/EURO, 1992. **[106]** ראה — א. לוין, אסיא, חוב' נג-נד, אלול תשנ"ד, עמ' 5-124. באופן עקרוני ניתן לבצע דיגום סיסי שיליה ביום ה-35 להתעברות, ולהשלים את הבירור המעבדתי לפני יום ה-40, אך הדבר כרוך כאמור בסיכונים מוגברים למומי עובר. **[107]** ראה — Crane JP and Cheung SW, *Prenat Diag* 6:315, 1987; Martin OA, et al, *Am J Obstet Gynecol* 154:1353, 1986; Leschot NJ, et al, *BMJ* 295:407, 1987. **[108]** US Collaborative Study, *N Engl J Med* 320:609, 1989; Canadian Collaborative CVS-Amniocentesis Clinical Trial Group, *Lancet* 1:1, 1989; Medical Research Council European Trial of CVS, *Lancet* 337:1491, 1991. **[109]** Smidt-Jensen S, et al, *Lancet*

התקבלה שיטה זו כיעילה ובטוחה לאבחון מומי עובר בשליש הראשון להריון[110].

בדיקות גנטיות וביוכימיות טרום-השרשה[111] — המדובר בבדיקות אבחוניות המבוצעות על תאים בודדים מביציות מופרות חוץ-גופיות בשלבים ראשוניים של התחלקות תאי הביצית המופרית. מטרת השיטה היא לברור את הביציות המופרות הנגועות במחלות ומומים, ולהשתיל באשה רק ביציות מופרות תקינות. בעזרת שיטות חדישות של ביולוגיה מולקולרית ניתן לבדוק באופן ישיר את הדנ״א של תא בודד, ולאתר בו הפרעות בגנים בודדים, הפרעות כרומוזומליות, חסרים של אנזימים, והפרעות בחילוף החומרים. ניתן לבדוק הפרעות גנטיות אמהיות כבר בשלב הביצית הבודדת, לפני הפרייתה, על ידי בדיקת הגופיפים הקוטביים של הביציות, וניתן לבדוק הפרעות גנטיות בביצית המופרית מיד לאחר ההפריה, או בימים הראשונים לאחר מספר חלוקות. בדרך זו ניתנים לזיהוי עשרות רבות של מחלות תורשתיות[112]. בדיקות אלו אינן גורמות לנזק לעובר המתפתח[113]. בעתיד יכולה להיות לבדיקות אלו גם משמעות טיפולית, כאשר ניתן יהא להחליף גן פגוע בגן בריא, ובכך לתקן ולהבריא את הקדם-עובר לפני השרשתו ברחם.

הסתכלות ישירה על העובר[114] — מדובר בהחדרת מכשיר מיוחד[115] דרך דופן הבטן ודופן הרחם, המאפשר הסתכלות ישירה על העובר או על חלקים ממנו. מטרת השיטה היא לאתר מומים במבנה העובר, ובעיקר מומים עדינים בפנים ובגפיים, וכן מאפשרת השיטה הזו לקחת דגימות דם מחבל הטבור של העובר, ודגימות מרקמות שונות, כמו עור וכבד העובר. השיטה פותחה לראשונה בשנת 1972[116], ובמשך השנים השתכללו המכשירים המשמשים לביצוע פעולה זו. אכן עם שכלול מכשירי העל-שמע ושכלול אמצעים אבחנתיים וטיפולים אחרים, הלך ופחת השימוש בשיטה זו, שכן בדיקה זו היא פולשנית, עם סיכונים לעובר. הסיכונים כוללים אובדן עוברים בשכיחות כ-5%, זיהום מי השפיר, וגרימת לידות מוקדמות בשיעור של 8-12%[117].

לקיחת דגימות דם מחבל הטבור של

[110] Rhoads GG et al, *N Engl J Med* 320:609, 1989 Young SR, et al, *Am J Obstet Gynecol* 165:255, 1991; Jackson LG, et al, *N Engl J Med* 327:594, 1992. **[111]** preimplantation genetic diagnosis. ראה על כך — Simpson JL and Carson SA, *N Engl J Med* 327:951, 1992; Lesko JG, et al, *Am J Hum Genet* :51A18, 1992; Handyside AH, et al, *N Engl J Med* 327:905, 1992. וראה ע׳ הפריה חוץ-גופית הע׳. **[112]** Caskey CT, *Science* 236:1223, 1987; Kind CR, *Obstet Gynecol Surv* 43:493, 1988. בין המחלות שניתנות לאבחון בשיטה זו — alpha1-antitripsyn deficeincy; thalassemia; cystic fibrosis; sickle cell anemia; hemophilia, ועוד. **[113]** Strom CM, et al, *Pediatrics* 106:650, 2000. **[114]** fetoscopy. **[115]** fetoscope. **[116]** Valenti C, *Am J Obstet Gynecol* 114:561, 1972. ראה על שיטה זו — Rodeck CH and Nicolaides KH, *Br Med Bull* 42:296, 1986; Rodeck CH and

העובר[118] — דבר זה ניתן להיעשות בעזרת ניטור של מכשיר על-שמע. טכניקה זו פותחה לראשונה לצורך אבחון מחלה זיהומית[119], ובהמשך נוצלה לבירור מחלות שונות של תאי הדם ומערכת הקרישה, מחלות זיהומיות, הפרעות בחילוף החומרים, הפרעות בחילוף הגזים, והפרעות תורשתיות וכרומוזומליות[120]. בשיטה זו יש אחוז גבוה יותר של אובדן עוברים בהשוואה לבדיקות מי שפיר או דיגום סיסי השיליה, ולפיכך יש הצדקה לבצעה רק במצבים שבהם לא ניתן לקבל נתונים בשיטות בטוחות יותר[121].

דגימות של רקמות ואיברים שונים בעובר[122] — תוארו שיטות ללקיחת דוגמאות עור, כבד, ושריר מעוברים, על מנת לאבחן מומים ומחלות מוגדרים באיברים אלו[123]. הניסיון בטכניקות אלו הוא מועט, ובשלב זה לא ברורה דרגת הבטיחות של פעולות אלו[124].

צילום מי השפיר[125] — הזרקת חומר ניגודי לשק מי השפיר, וצילום חלל השק והעובר, אשר מאפשר קבלת מידע על המבנה החיצוני של העובר ועל מערכת העיכול שלו.

בדיקות מעקב בישראל — הנוהל המומלץ על ידי משרד הבריאות בישראל הוא לבצע בדיקות על שמע ובדיקת חלבון עוברי בדם האם באופן שגרתי לכל אשה מעוברת; לבצע בדיקת מי שפיר, או דיגום סיסי השיליה לכל אשה מעוברת מעל גיל 35 שנה, או כאשר קיים סיכון ידוע באותה אשה למחלה תורשתית, גם אם האשה צעירה יותר.

במחקרים שונים הוכחה תועלת נפשית רבה לנשים בהריון שעברו סיקור לבדיקת מצבו הבריאותי של העובר. בדיקות כאלו הורידו את רמת החרדה והמתח בנשים רבות[126].

4. ניתוחים וטיפולים תוך-רחמיים בעובר

כללי — מומי העובר, מבחינת ההתייחסות הטיפולית אליהם, מתחלקים למספר קבוצות:

יש מומים שאינם ניתנים לתיקון גם לאחר הלידה, ואינם מאפשרים חיים, כגון פגיעות חמורות במוח, הפרעות כרומוזומליות חמורות, היעדר כליות, מחלות מטבוליות קשות של חסר אנזימים, ועוד; יש מומים שניתנים לאיתור טרום-לידתי, אך הטוב ביותר לתקנם לאחר הלידה, כגון חסימות במערכת העיכול, פגיעות קשות בעמוד השדרה, ציסטות בשחלות, ועוד; יש מומים שרצוי להקדים את הלידה ככל האפשר מבחינת

.Nicolaides KH, *Fetal Ther* 1:46, 1986 **[118]** percutaneous umbilical blood sampling. **[119]** Daffos F, et al, *Am J Obstet Gynecol* 153:655, 1985. **[120]** Shulman LP and Elias S, *Semin Perinatol* 14:456; 1990. **[121]** D'Alton ME and DeCherney AH, *N Engl J Med* 328:114, 1993. **[122]** biopsy. **[123]** Shulman LP and Elias S, *Semin Perinatol* 14:456 1990. **[124]** D'Alton ME and DeCherney AH, *N Engl J Med* 328:114, 1993. **[125]** amniography. **[126]** ראה — Eurenius K, et al,

בשלות הריאות, על מנת לתקנם לאחר הלידה בהקדם האפשרי, כגון חסימות בדרכי השתן, הידרקון הראש, חסר דם קיצוני ביילוד, ועוד; יש מומים שמצריכים לידה בניתוח קיסרי, תאומי סיאם, חסרים גדולים בדופן הבטן, הידרקון הראש גדול, מומי לב שונים, ועוד; ויש מומים שרצוי לנתחם בהיות העובר ברחם[127].

ניתוחים תוך-רחמיים — המומים העובריים שיש מקום לשקול תיקונם בתוך הרחם מתחלקים למספר קבוצות:

יש מומים עובריים אשר ניתנים לתיקון ניתוחי תוך-רחמי, עם דרגות הצלחה סבירות, כגון, כריתת אונה ריאתית בגין מום כיסייתי[128], ניקוז דרכי השתן בגין חסימה של השופכה בעובר זכר, כאשר נצפה נזק משמעותי לכליות[129], או ניתוק קשר של כלי דם בין עוברים תאומים, אשר גורמים לעירוי דם ביניהם; יש מומים עובריים שיכולת התיקון הניתוחי התוך-רחמי כיום נמצאת בדרגות מחקר שונות, כגון תיקון בקע סרעפתי מולד בדרגת חומרה רבה[130], ותיקון פגם בחוליות עמוד השדרה וחוט השדרה[131]; כריתת גידול באזור עצם הזנב[132], שהוא הגידול השכיח ביותר בעוברים, החדרת קוצב לב לעובר הסובל מהפרעות קשות בקצב הלב, או יצירת פתח בקנה, במצב של סתימת קנה הנשימה העוברי[133]; ויש מומים תוך-רחמיים שניתוחים לתיקונם בעובר נוסו בעבר ונכשלו, כגון ניקוז נוזלים בחדרי המוח במצב של הידרקון[134].

הניתוחים הללו מבוצעים לאחר הרדמה כללית של האשה, פתיחת הרחם, החדרת חומרי הרדמה ושיתוק לעובר, וחשיפת החלק המנותח של העובר. כל הפעולות נעשות על ידי הכוונה בעזרת מכשירי על-שמע, ותחת ניטור מדוקדק של העובר ושל האם. לאחר הניתוח מוחזר העובר לחלל הרחם, דפנות הרחם והבטן נתפרים, וההריון נמשך עד ללידה. בכל מקרה יש ליילד את האשה בניתוח קיסרי, מחשש שהתפר של החתך ברחם לא יעמוד בלחצי לידה עצמונית. הסיבוכים העיקריים של הניתוחים הללו לעובר כוללים מות העובר, לידה מוקדמת, הפרעות בתיפקוד הלב ובתיפקוד הריאות בגלל התרופות הניתנות במהלך הניתוח. ניתוחים עובריים מבוצעים במקומות בודדים בעולם,

Ultrasound Obstet Gynecol 9:86, 1997; Sjorgen B, *Prenat Diagn* 16:449, 1996; Zlotogorski Z, et al, *Ultrasound Obstet Gynecol* 6:425, 1995. **[127]** ראה — Harrison MR, et al, *JAMA* 246:774, 1981. **[128]** cystic adenomatoid malformation of lung. **[129]** obstructive hydronephrosis. **[130]** congenital diaphragmatic hernia. וראה Wenstrom KD, *N Engl J Med* 349:1887, 2003. **[131]** meningomyelocele. ראה — Jobe AH, *N Engl J Med* 347:230, 2002. **[132]** sacrococcygeal teratoma. **[133]** tracheostomy. **[134]** congenital aqueductal stenosis with hydrocephalus. לכישלון ניתוחי זה ניתנו מספר סיבות: קשיים באבחון, קשיים טכניים בביצוע הדלף (shunt), קשיים בברירת העוברים המתאימים, רעילות מי השפיר לרקמת המוח החשופה בגין הדלף. ראה על כל אלו בספר — Harrison MR, *Perinatal Management of the Fetus with a Correctable Defect*, WB Saunders, 1983, ובמאמרים — Adzick NS and Harrison MR, *Lancet* 343:897, 1994; Bruner JP, et al, *JAMA* 282:1819, 1999. וראה עוד — Holmes N, et

ובמרכז הרפואי העיקרי שבו בוצעו עד כה כ-50 ניתוחים כאלו[135] ניצפו רק מעט סיבוכים אמהיים, שכולם טופלו בהצלחה, ללא נזק שארי וללא תמותה. במרכז זה תוארו התכווציות רחם לאחר הניתוח שגרמו אי-נוחות לאשה, וכמו כן תוארו מספר מקרים עם בצקת ריאות קלה של האם. מספר קטן של נשים סבלו מזיהומים, דימומים, ונזילת מי שפיר ממקום החתך, אשר הצריכו טיפול אנטיביוטי, עירוי דם, וניתוח חוזר לסגירת החתך — בהתאם[136]. לאחרונה חלה התקדמות מסויימת בטכניקת הניתוחים העובריים על ידי שימוש באנדוסקופ וניתוח תוך-רחמי. בכך נמנעת הוצאת העובר מהרחם, ולכן פוחתים הסיבוכים[137].

אכן, מאחר והניתוחים הללו ברובם הגדול הם חדשניים יש להתייחס אליהם כניסויים, יש צורך בהסכמה מודעת מפורטת וברורה מצד האם, יש לבצעם רק בעוברים עם מומים קשים בדרגות כאלו שהסיכוי שלהם להיוולד חיים או לשרוד לאחר הלידה הוא קטן מאד, יש להתחשב בעיקר במצב האם ובסיכון שהיא לוקחת בגין ניתוחים אלו, ויש לבצעם רק במרכזים מיוחדים עם התמחות ייחודית וניסיון רב בתחום זה[138].

ד. העובר במקרא ובחז״ל

יצירת העובר — שלושה שותפים יש באדם: הקב״ה, אביו ואמו. אביו — מזריע הלובן, שממנו עצמות, וגידים, וציפורניים, ומוח שבראשו, ולובן שבעין; אמו — מזרעת אודם, שממנו עור, ובשר, ודם, ושערות, ושחור שבעין; והקב״ה — נותן בו רוח, ונשמה, וקלסתר פנים, וראית העין, ושמיעת האוזן, ודיבור פה, והילוך רגליים, ודעת, ובינה, והשכל[139].

העובר נוצר על ידי מלאך הממונה על יצירתו ועל צורתו[140], והקב״ה מכתיב למלאך איך ייראה הוולד. הקב״ה גוזר על הטיפה מה יהא בסופה, אם זכר אם נקבה, אם חלש אם גיבור, אם עני אם עשיר, אם קצר או ארוך, אם מכוער או נאה, אם עבה או דק, אם בזוי או גס, וכן גוזר על כל קורותיו, אבל אם צדיק אם רשע לא, אלא הדבר ההוא נותנו בידו של האדם בלבד[141].

Fetal **[135]** .al, *Pediatrics* 108:7, 2001 Treatment Center, University of California, San-Francisco, USA. **[136]** ראה על כל זה במאמר Adzick NS and Harrison MR, — Luks FI, *BMJ* **[137]** .*Lancet* 343:897, 1994 Lyerly AD, et al, **[138]** .311:1449, 1995 *Obstet Gynecol* 98:689, 2001. **[139]** נידה לא א; ירושלמי כלאים ח ד (וראה שם, שמונה מאיש רק מוח, עצמות, וגידים; מן האשה רק עור, בשר, ודם; ומהקב״ה רק רוח, נפש, ונשמה); קהלת רבה ה יג (וראה שם, שמהקב״ה מוסיף גם חכמה, עצה, וגבורה). וראה רמב״ן עה״ת ויקרא יב ב (ודבריו אינם מובנים לפי ידיעותינו במדע כיום). וראה על מאמר זה בע׳ אבהות הע׳ 33. וראה לעיל בחלק ההיסטורי, על דעות הקדמונים בתרומה היחסית של האב והאם ליצירת הוולד. וראה במגן אבות לתשב״ץ על אבות ג א, מה שניסה להשוות בין דעת חז״ל לדעת הקדמונים בנידון. על ידיעותינו כיום ביצירת הוולד — ראה בע׳ הפריה חוץ-גופית, ובע׳ תורשה. **[140]** ראה תנחומא תולדות א, ו. וראה בע׳ הריון, הע׳ 21. **[141]** תנחומא פקודי ג. על המשמעות הנובעת מכך ליסוד הבחירה החפשית — ראה ע׳ תורת המוסר היהודי הע׳ 128 ואילך.

הקב״ה צר צורה בתוך צורה, ומטיל בה רוח ונשמה קרבים ובני מעים[142].

מינו של העובר, אם יהא זכר או נקבה, נקבע ברגע ההזרעה: אם האיש מזריע תחילה, תיוולד נקבה, ואם האשה מזריעה תחילה, ייוולד זכר[143]. לפיכך, אם האשה כבר מעוברת, הרי זו תפילת שווא לבקש על זכר[144], אבל אם שניהם הזריעו תחילה, ייקבע מינו של העובר רק לאחר ארבעים יום, ולפיכך מועילה תפילה בימים אלו[145].

יש לציין כי מקדמת דנא ועד היום נעשים ניסיונות לשלוט על מין העובר. בין השיטות הללו יש שניסו שיטות תזונתיות, כך שדיאטה מסויימת של האם תגרום להולדת זכרים ודיאטה אחרת תביא להולדת נקבות[146]; יש שהציעו שיטות טבעיות שונות שנועדו ליצור תנאים מיטביים להישרדות תאי זרע נושאי כרומוזום זכרי או כרומוזום נקבי, וביניהם יש לציין תנוחות משגל, זמן קיום יחסי המין ביחס לביוץ, יחס בזמן בין אורגזמה של האשה להזרעה של האיש וכד׳, ויתכן שדברי חז״ל בענין סדר ההזרעה מתייחס למצבים כאלו[147]; בשנים האחרונות פותחו שיטות מדעיות להשגת מטרה זו על ידי הפרדת תאי הזרע נושאי כרומוזום זכרי ונקבי, והזרעת תאי הזרע הסלקטיביים למין הרצוי, או בשיטת אבחנה טרום-השרשתית[148].

התהליך הטבעי של יצירת העובר — הפריית הביצית על ידי הזרע קורית עד שלושה ימים לאחר ההזרעה, ומשלושה ימים ועד ארבעים יום הם ימי יצירת הוולד[149]. בראשית התהוותו העובר הוא גוש של חומר המכונה ׳גולם׳[150], ורק לאחר ארבעים יום מקבל הגוש צורה אנושית, ומאז הוא נקרא עובר. רבי ישמעאל אומר, הזכר נגמר לארבעים ואחד יום, והנקבה לשמונים ואחד; וחכמים אומרים, אחד בריית הזכר, ואחד בריית הנקבה, זה וזה ארבעים ואחד יום[151]. יש מי שכתב, שלפי החוקרים יש שצורת העובר דומה לאדם כבר קודם ארבעים

[142] ברכות י ב; תנחומא, תזריע ב. **[143]** ברכות ס א; נידה כה ב. וראה בהסבר מאמר חז״ל זה — י. לוי, קורות, ה, חוב׳ ט-י, תמוז תשל״א, עמ׳ 716; הנ״ל, שם, ו, חוב׳ ה-ו, תשרי תשל״ד, עמ׳ 309. וראה בע׳ זרע הע׳ 263 ואילך. **[144]** ברכות ס א; טושו״ע או״ח רל א. וכתב בשו״ע שם, שדווקא אחר ארבעים יום לא מועילה תפילה שיהא זכר, ובמג״א שם סק״א כתב, שבתוך ארבעים יום מועילה תפילה, אך כבר העירו במחצית השקל ובפרמ״ג בא״א שם, שהיינו שמא הזריעו האיש והאשה בבת אחת, וכדלקמן. **[145]** ברכות שם. **[146]** ראה Stolkowski J and Choukroun J, *Isr J Med Sci* 17:1061, 1981. **[147]** ראה Shettles LB, *Int J gynaecol Obstet* 8:643 1970; Harlap S, *N Engl J Med* 300:1445, 1979; Diasio RB and Glass RH, *Fertil Steril* 22:303, 1971. **[148]** ראה Ericsson RJ, et al, *Nature* 246:421, 1973; Ericsson RJ, *Fertil Steril* 51:368, 1989. וראה סיכום שיטות שונות ומידת הצלחתם במאמר Carson SA, *Fertil Steril* 50:16, 1988. וראה במאמר ד. זיידמן ואח׳, הרפואה קיט:144, 1990. וראה עוד מאמרו של מ. הלפרין, אסיא עה-עו, תשס״ה, עמ׳ 2-191. וראה עוד בנידון בע׳ הפריה חוץ גופית הע׳ 51. על ההתפחות של מין העובר, אם זכר או נקבה, ראה ע׳ אנדרוגינוס ברקע המדעי. **[149]** ברכות ס א; בכורות כא ב; נידה ל א. וראה גם ויקרא רבה כג יב. **[150]** תהלים קלט טז. **[151]** נידה ל א. וראה שם כה ב. וראה בספרו

יום, ויש שזה קורה אחרי ארבעים יום, ולא דברו חז״ל אלא ברוב המקרים[152].

מהיכן הוולד נוצר — מראשו, אבא שאול אומר מטבורו, ומשלח שורשיו אילך ואילך[153].

יצירת הוולד מתחילה בעור ובשר, וגומרת בגידים ועצמות[154].

חז״ל הבחינו בשלבים שונים בהתפתחות העובר: עד ארבעים יום, הרי הוא מים בלבד[155]. יש לציין כי החישוב של חז״ל שונה מהחישוב של רופאי הנשים כיום, בכך שהאחרונים מחשבים את גיל ההריון מאז הווסת האחרונה, בעוד שחז״ל מחשבים את גיל ההריון מההפריה. ההבדל בין שני חישובים אלה הוא כשבועיים, ולפיכך ארבעים יום של חז״ל הוא 54 יום של רופאי הנשים. ואמנם, עד גיל 8 שבועות של התפתחות העובר אין עדיין עצמות, ולפיכך מתאימה מאד ההגדרה של חז״ל שעד גיל זה העובר הוא כמים בעלמא; בשלושה חדשים ניכר העובר, היינו ניכר באשה שהיא בהריון[156]; ישבה על המשבר, היינו השלב שבו נעקר הוולד לצאת[157].

תחילת ברייתו של העובר דומה לרשון, רואין שתי עיניו כשתי טיפים של זבוב, מרוחקין זה מזה; שני נקבי חוטמו כשתי טיפים של זבוב, ומקורבין זה לזה; שתי אזניו כשתי טיפים של זבוב; פיו מתוח כחוט השערה; שתי זרועותיו כשתי חוטין של זהורית, כשל שתי; שתי ירכותיו כשתי חוטין של זהורית, כשל ערב; וגווייתו כעדשה, ואם היתה נקבה נידונה כשעורה סדוקה לאורכה, ושאר איבריו מצומצמין בו כגולם, וחיתוך ידיים ורגליים אין בו[158].

במה בודקים אותו לידע אם זכר הוא אם נקבה היא וכו׳, מביא קיסם שראשו חלק, ומנענע באותו מקום, אם מסכסך — בידוע שזכר הוא, ואם לאו — בידוע שנקבה היא[159].

מצב העובר ברחם — וולד דומה במעי אמו לפנקס שמקופל ומונח, ידיו על שתי צדעיו, שתי אציליו על שתי ארכובותיו, שתי עקביו על שתי עגבותיו, וראשו מונח לו בין ברכיו, ופיו סתום וטבורו פתוח, ואוכל ממה שאמו אוכלת, ושותה ממה שאמו שותה, ואינו מוציא רעי שמא יהרוג את אמו, וכיוון שיצא לאויר העולם נפתח הסתום ונסתם הפתוח, שאלמלא כן אינו

של פרויס, עמ׳ 389-391, בדעת הקדמונים בנידון. **[152]** יעב״ץ, איגרת ביקורת ד״נ. **[153]** יומא פה א; סוטה מה ב. וראה עוד במדרש תנחומא פקודי ג. וראה א״ע תהלים קלט יג, שמביא דעה שהעובר נוצר מהכליות, אך הוא עצמו כתב שהלב נוצר ראשון — א״ע קהלת א טז. ובשו״ת שאילת יעבץ ח״א סי׳ קכא כתב, שהכבד הוא הנוצר ראשון. וראה לעיל בחלק ההיסטורי. **[154]** בראשית רבה יד ה; ויקרא רבה יד ז. וראה תוס׳ נידה כה א ד״ה עור. **[155]** יבמות סט ב; רש״י בכורות כא ב ד״ה ארבעים. וראה גם נידה ל א; רמב״ם איסורי ביאה י א; טושו״ע יו״ד קצד ב. וראה עוד בע׳ הפלה הע׳ 38 ואילך והע׳ 327 ואילך. **[156]** נידה ח ב. וראה בגדרי הזמן הזה בע׳ הריון 61, 65, 116. **[157]** ערכין ז א. וראה בהגדרת מצב זה בע׳ לדה הע׳ 161 ואילך. **[158]** נידה כה א-ב; ירושלמי נידה ג ג; ויקרא רבה יד ז. הגירסא בנידה כה א היא — תחילת ברייתו מראשו, אך ראה תוס׳ שם ד״ה תחילת, שהגירסא הנכונה צריכה להיות כרשון, שהוא חגב, וכן גרס בערוך ע׳ רשון. **[159]** נידה כה ב. וראה רמב״ם איסורי ביאה י

יכול לחיות אפילו שעה אחת[160].

וולד דומה במעי אמו לאגוז מונח בספל של מים, אדם נותן אצבעו עליו, שוקע לכאן ולכאן[161]. הכוונה לעובדה הנכונה, שהעובר מונח בתוך שק השפיר אשר הוא מלא נוזלים, ולפיכך העובר נראה כצף במים.

שלושה חדשים ראשונים וולד דר במדור התחתון, אמצעיים — וולד דר במדור האמצעי, אחרונים — וולד דר במדור העליון[162].

כניסת הנשמה — אמר ליה אנטונינוס לרבי, נשמה מאימתי ניתנה באדם, משעת פקידה או משעת יצירה, אמר ליה משעת יצירה. אמר ליה אפשר חתיכה של בשר עומדת שלושה ימים בלא מלח ואינה מסרחת, אלא משעת פקידה. אמר רבי, דבר זה למדני אנטונינוס ומקרא מסייעו[163].

השיליה — שיליה תחילתה דומה לחוט של ערב, וסופה דומה כתורמוס וחלולה כחצוצרה, ואין שיליה פחותה מטפח; רבי שמעון בן גמליאל אומר, שיליה דומה לקורקבן של תרנגולין, שהדקין יוצאים ממנה[164].

חיותו של העובר — תינוק זה כל זמן שהוא במעי אמו אינו חי אלא מטבורו[165].

מעשה ניסים עושה הקב״ה לתינוק הזה: אדם שהוא נתון באמבטי יום אחד נפשו מצרה עליו, והתינוק הזה נתון במעי אמו תשעה חדשים, ואין נפשו קניטה עליו[166].

תיפקוד שכלי — חז״ל ייחסו תכונות נפשיות-שכליות לעובר, כגון הנטיות השונות של יעקב ועשו ביחס לבתי כנסיות ולעבודה זרה[167]; בזמן מתן תורה אף עוברים במעי אמן אמרו שירה[168], וכן דוד המלך אמר שירה במעי אמו[169]; עוברים במעי אמם מקללים מי שיש בו חנופה[170], ומקללים מי שמונע הלכה מפי תלמיד[171].

רבי יוחנן בהיותו עובר הריחה אמו מאכל ביום הכיפורים, ולחשו לה שהיום הוא יום הכיפורים ולא אכלה, ויצא ממנה רבי יוחנן; ולהיפך ביחס למעוברת אחרת שלחשו לה ולא נרגעה, ויצא ממנה שבתאי אצר פירות, שהיה רשע[172].

העובר מלמדים אותו ברחם אמו את כל

ג, בשינויי נוסחה קלים. **[160]** נידה ל ב; ויקרא רבה יד ז. **[161]** נידה לא א. **[162]** נידה לא א. **[163]** סנהדרין צא ב. וראה בראשית רבה לד יב שגורס משיצא ממעי אמו, או עד שלא יצא ממעי אמו, במקום משעת פקידה או משעת יצירה. וראה על משמעות החילופין בגירסאות אלו במאמרו של א. אפטוביצר, סיני, יא, תש״ב-ג, עמ׳ ט ואילך. וראה להלן הע׳ 196. **[164]** נידה כו א. **[165]** שיר השירים רבה ז ו. **[166]** תנחומא תזריע ג. **[167]** בראשית רבה סג ו; תנחומא תצא ד; מדרש תהלים נח סי׳ ב. וראה רות רבה ו ו, וקהלת רבה ז יח — דעה דומה ביחס לאלישע בן אבויה. **[168]** ברכות נ א; כתובות ז ב; סוטה ל ב, וראה תוס׳ שם ד״ה רבי מאיר. **[169]** ברכות י א. **[170]** סוטה מא ב. **[171]** סנהדרין צא ב. בשאלה אם עובר יכול לבכות במעי אמו — ראה נידה מב ב; אור זרוע ח״ב סי׳ קג; שו״ת מהר״י ווייל סי׳ כה; דרכי משה יו״ד סי׳ רסב אות ד; שו״ת נובי״ת חאו״ח סי׳ קכ; צימלס, עמ׳ 66 ואילך. **[172]** יומא פב

התורה כולה, ועם יציאתו לאוויר העולם בא מלאך וסטרו על פיו, ומשכחו כל התורה כולה[173], ומיד הוא שוכח כל מה שראה, וכל מה שהוא יודע[174].

מומי עובר — חז״ל תיארו עוברים בצורות פגומות מאד ומגוונות, ודנו ביכולת העוברים האלו להתקיים ולהיקרא וולדות לעניין טומאת לידה[175].

ה. עקרונות וכללים

הגדרת אבהות ואמהות — יש אומרים, שאבהות מוגדרת כבר בשלב העוברי, אבל אמהות היא דווקא לאחר הלידה[176]; יש מי שכתב, שאמהות מוגדרת כבר בשלב העוברי, אבל אבהות היא דווקא לאחר לידה[177]; ויש מי שכתב, שהן אבהות והן אמהות אינם מתייחסים כלל לשלב העוברי, אלא רק לאחר הלידה[178].

מושגים שונים ביחס לעובר — הגדרת העובר במעי אמו נידונה ביחס למונחים שונים:

אדם — יש אומרים, שהעובר אינו בכלל מונח זה[179], ויש אומרים שהוא כלול במונח זה[180], אך לכל הדעות העובר כלול במונח ׳האדם באדם׳[181]; איש — לכל הדעות העובר אינו בכלל מונח זה[182]; בן — יש מי שכתב, שהעובר קרוי בן כבר במעי אמו[183], ויש מי שכתב, שרק מי שכבר נולד קרוי בן[184]; בריה — עובר אינו בגדר מונח זה[185]; נפש — יש אומרים, שאין העובר בכלל מונח זה כלל[186], יש שמשמע מהם, שהעובר הוא

ב. **[173]** נידה ל א. **[174]** תנחומא פקודי ג. וראה תנחומא תזריע א — התינוק הזה עד שלא יצא ממעי אמו הקב״ה מצווה אותו ואומר לו מזה תאכל ומזה לא תאכל וכו׳, ומי שהוא מקבל עליו במעי אמו כל המצוות שבתורה ואחר כך נולד. וראה על מאמר זה בספרו של א.א. אורבך, חז״ל — אמונות ודעות, עמ׳ 217 ואילך. **[175]** ראה פירוט מצבים אלו בע׳ הפלה הע׳ 31 ואילך. **[176]** אור חדש להמהר״ל מפראג וס׳ עורה שחר — הובאו בשו״ת דבר יהושע ח״ב סי׳ קה. וראייתם מרש״י מגילה יג א ד״ה בשעה שנתעברה. וראה עוד רש״י סנהדרין סט א ד״ה אלא כי. **[177]** בית האוצר ערך א״ב כלל ג-ד. וראייתו מהמהרש״א סוטה מא ב. **[178]** שו״ת דבר יהושע שם. **[179]** הר״ש משאנץ לתו״כ תזריע נגעים א א, בשם יש מפרשים; העמק שאלה שאילתא קסז אות יז. וכן משמע מנידה מג-מד, שהרבה מדיני התורה חלים דווקא לאחר הלידה, כי לפני כן אינו בגדר אדם. **[180]** הר״ש עצמו, שם; שו״ת חות יאיר סי׳ לא; נחל אשכול ח״ב הל׳ מילה סי׳ לו אות ד. וראה עוד בית האוצר כלל י אות ג; א.ג. אלינסון, סיני סו תש״ל, עמ׳ כ ואילך. **[181]** סנהדרין נז ב. **[182]** ספרא אמור פ״כ פיסקא א; הגר״א בס׳ אליהו רבא על מס׳ נגעים, הובא בהעמק שאלה שאילתא קסז אות יז, וראה שם מה שהקשה עליו. וראה מאמרו של א.ג. אלינסון, סיני סו תש״ל, עמ׳ כ ואילך. וראה במאמרו של א. אפטוביצר, סיני, יא, תש״ב-ג, עמ׳ ט ואילך, שלדעת פילון ותרגום השבעים עובר נחשב כאיש. **[183]** ישׁ״ש יבמות פ״ט אות י. וראה לעיל הע׳ 8. **[184]** ס׳ העיטור, שער ב, הל׳ שחיטה. וראה שו״ת דבר יהושע ח״ב סי׳ קה, ומה שהביא מתוס׳ יבמות לה ב ד״ה והא; רביד הזהב פר׳ תולדות; הדרש והעיון, פר׳ תולדות; תו״ש בראשית פכ״ה אות פה. וראה נזיר יב ב, שמשמע בלשון בני אדם ש׳בן׳ הוא דווקא מי שנולד, ודווקא זכר. **[185]** חזקוני וריב״א, שמות כא כב. **[186]** רש״י סנהדרין עב ב ד״ה יצא (אך ראה רש״י יבמות מב סוע״א ד״ה ה״נ חייס, ובערוך לנר שם); מאירי ורמ״ה סנהדרין שם; מאירי שבת קז ב; חי׳ רמב״ן וריטב״א נידה מד

ספק נפש[187], יש מי שכתב, שהעובר הוא נפש לעניין נטילת נשמה[188], ויש שמשמע ממנו, שהעובר הוא נפש[189].

הגדרות שונות — יש מי שכתב, שהעובר הוא בגדר טריפה עד שייוולד, משום שאין בו חיות עצמית שלימה, ואין הוא בבחינת 'כל נפש'[190].

יש מי שכתב, שבעניינים שיש חשיבות למצב העתידי יש לעובר מעמד חשוב יותר מאשר לנפל שנולד ומת[191].

מעמד משפטי — יש שמשמע מהם, שהעובר הוא אישיות משפטית ביחס לבעלות על ממון[192]; ויש שמשמע מהם, שאין הוא אישיות משפטית כלל, ואפילו לממון[193].

עובר ירך אמו — יש מחז"ל הסבורים שעובר ירך אמו, ויש הסבורים שעובר איננו ירך אמו[194].

יש מקומות בש"ס, שמחלוקת זו מבוארת בפירוש ביחס לדינים שונים, ויש מחלוקות בש"ס שיכולים להתפרש על רקע מחלוקת זו, אף שלא נאמר דבר זה במפורש[195].

יש מי שכתב, שמחלוקת זו תלויה גם בשאלה מתי ניתנת הנשמה בגוף[196] — מי שסובר שהנשמה ניתנת באדם משעת יצירה, סובר שעובר לאו ירך אמו הוא, ומי שסובר שהנשמה ניתנת באדם משיצא ממעי אמו, סובר שעובר ירך אמו[197].

יש מי שכתב, שלשיטת הסוברים שעובר ירך אמו הוא, אין הוא מתייחס אחרי אביו עד שייוולד, וכשהוא עובר אינו מתייחס אלא אחרי אמו[198]; ויש חולקים

א-ב; ס' האשכול הל' מילה סי' לו; רלב"ג והמהר"ל בגור אריה עה"פ שמות כא כב; סמ"ע סי' תכה סק"ח; מנ"ח מ' רצו. וכך משמע בספרי במדבר פיסקא קכז. ואף שיש הבדלים מסויימים בשלבי ההריון השונים, ובעיקר בתחילת תהליך הלידה, המוגדר בשלב שהאשה ישבה על המשבר, וכמו שעולה מהסוגיא בערכין ז א, מכל מקום 'כל זמן שלא יצא לאוויר העולם, לאו נפש הוא' (רש"י סנהדרין שם), ו'דבר ברור שאינו בכלל נפש אדם עד שנולד' (חי' רמב"ן נידה שם). וראה עוד בנידון בשטמ"ק בשם הרא"ש, ערכין שם; שו"ת אחיעזר ח"ג סי' עב אות ג; הגרא"י אונטרמן, נועם, ו, תשכ"ג, עמ' ז ואילך; הגרי"י ויינברג, נועם ט, תשכ"ו, עמ' קצה ואילך; א.ג. אלינסון, סיני סו תש"ל, עמ' כ ואילך. **[187]** רא"ש בשטמ"ק ערכין ז א, אות ה; אגודה על ערכין סי' ו. **[188]** פרמ"ג או"ח סי' שכח משב"ז סק"א. **[189]** שיטת הרמב"ם — ראה ע' הפלה הע' 245. אך ראה בשו"ת ציץ אליעזר חט"ו סי' יג בשולי המכתב, שהוכיח שדעת הרמב"ם שאין העובר בכלל נפש. וראה עוד בנידון בע' הפלה הע' 212. **[190]** הגרי"ב זולטי, בהסכמתו לס' הרפואה לאור ההלכה, א, תש"מ. **[191]** ראה שבט מיהודה, עמ' שנד. **[192]** ראה ראב"ד תרומות ח ד; רא"ש יבמות פ"ז סי' ד. **[193]** רי"ף יבמות סז א, ורמב"ן שם. ושתי הדעות הובאו בטושו"ע חו"מ רי א. **[194]** ראה מחלוקות בנידון — יבמות עח א-ב; נזיר נא א; גיטין כג ב; ב"ק עח ב; סנהדרין פ ב; חולין נח א; תמורה י ב; שם יא א; שם יט א; שם כה א; שם לא א; ירושלמי קידושין א ג. **[195]** ראה א. אפטוביצר, סיני, יא, תש"ב-ג, עמ' ט ואילך (ובעיקר בהע' 21). אך ראה השגתו של א.ג. אלינסון, סיני סו תש"ל, עמ' כ ואילך. וראה שו"ת חוות בנימין ח"ב סי' סח. **[196]** ראה סנהדרין צא ב; בראשית רבה לד י. וראה לעיל הע' 163. **[197]** א. אפטוביצר, סיני, יא, תש"ב ג, עמ' ט ואילך. **[198]** מהרש"א ח"א סוטה מא ב.

וסבורים, שאף לשיטה שעובר ירך אמו הוא, הרי הוא מתייחס אחרי אביו גם בהיותו עובר[199], ולא אמרו שעובר ירך אמו הוא אלא דווקא לגבי האם, אבל ביחס לאב הוא נחשב כגוף עצמי[200].

יש מי שכתב, שהכרעות הלכתיות שונות ביחס לעובר תלויות בשאלה היסודית אם עובר ירך אמו או לא, ולפיכך אם הוא ירך אמו, הרי שבדינים שונים אין לעובר ישות עצמית, אלא הוא חלק מאיברי אמו, ולשיטה זו הרי הוא לגמרי כאמו, ואפילו אם אחר הלידה יתברר שהוא זכר, אין אומרים שהוא זכר במעי אמו[201]; ואם אין עובר ירך אמו, הרי שבדינים שונים דין העובר מיוחד ושונה מדין אמו, והוא נחשב כישות נפרדת ועצמאית[202]; ויש מי שסבורים, שאין קשר הכרחי בין השאלה היסודית הזו לבין פרטי דינים שונים, ואף הסבורים שעובר ירך אמו, אין זה משפיע על מעמדו של העובר ביחס לזכיה, קידושין, טומאה וטהרה, דיני נפשות וכיו"ב, אלא שמחלוקת זו נוגעת רק ביחס לדינים או שינויים חדשים שמתרחשים בעת הריונה של האשה[203], ואין קשר בין מחלוקת זו לבין הגדרת מהותו של היילוד, אם הוא נגרר אחרי אמו או אחרי אביו לענייני יוחסין ופסול[204]; או שמחלוקת זו מתייחסת רק לעניינים הנוגעים למציאות, שכן מצד אחד התפתחותו וחיותו של העובר היא באופן שונה מהאם, ומצד שני העובר תלוי באמו, אבל ביחס לעניינים הנוגעים למעמדו המשפטי של העובר, לכל הדעות הוא בבחינת ירך אמו, והיינו שהוא נגרר אחרי אמו, כי אין לו עצמו כל דעה ולא אפשרות לפעולה עצמית[205], ולפיכך נוגעת המחלוקת היסודית אם עובר ירך אמו או לא רק למצבים מיוחדים שנימנו בש"ס, ולא לכל השאלות הנוגעות למעמדו הבסיסי של העובר.

להלכה — יש שפסקו, שעובר לאו ירך אמו[206]; ויש שפסקו, שעובר ירך אמו הוא, פרט לטריפה, שהדבר תלוי בחיות, ולעניין זה בלבד אין העובר נחשב כירך אמו[207].

[199] ראה שו"ת רעק"א סי' קעב, וחי' רעק"א לשו"ע יו"ד סי' פז לש"ך סקי"ד. **[200]** בית האוצר כלל ד (אב). **[201]** שו"ת בנין ציון החדשות סי' צז. **[202]** ראה א. אפטוביצר, סיני, שם; הרפואה והיהדות, עמ' 208, ועמ' 220. **[203]** ראה א.ג. אלינסון, סיני סו תש"ל, עמ' כ ואילך. **[204]** חזו"א אבהע"ז סי' ד אות יא. **[205]** שו"ת חוות בנימין ח"ב סי' סח. **[206]** דעת ר"ת בתוס' סנהדרין פ ב ד"ה עובר (וראה בביאור שיטתו בר"ן חולין די"ט ברי"ף, ובשו"ת חוות בנימין ח"ב סי' סח); ראב"ד עבדים ז ה (וראה לח"מ שם); אור זרוע (לפי שו"ת תרומת הדשן סי' רע); ריטב"א יבמות עח א; דו"ח לרעק"א כתובות יא א ד"ה והתוס'. **[207]** הכרעת התוס' סנהדרין שם; דעת הר"י תוס' ב"ק מז א ד"ה מאי טעמא; תוס' חולין נח א ד"ה והלכתא; ראו"ש ב"ק פ"ה סי' ב (לפי שו"ת תרומת הדשן, כתבים ופסקים סי' קסז וסי' קסט); טור חו"מ סי' שנ (לפי שער המלך הל' גניבה פ"ב); ש"ך יו"ד סי' עט סק"ח; ביאור הגר"א או"ח תרה א. וראה דרוש וחידוש לרעק"א כתובות יא א. שיטת הרמב"ם איננה אחידה בנידון, ויש מקומות שנראה שפסק שעובר לאו ירך אמו, ויש שנראה שסבר שעובר ירך אמו — ראה איסורי מזבח ג יג; פסולי המוקדשין ד ו; נזקי ממון ט א; שם יא יא-יב; עבדים ז ה. וראה ראב"ד ולח"מ עבדים ז ה; שער המלך פ"ב מהל' גניבה; מחנה אפרים, הל' דבר שלא בא לעולם, סי' א; כסף נבחר כלל קלב; שד"ח מע' העי"ן כלל סב; חזו"א אבהע"ז סי' ד אות יא; שו"ת חוות בנימין ח"ב סי' סח; הרב י. בן מאיר, עמק הלכה, ב, תשמ"ט, עמ'

מעמד העובר — ההלכה מייחסת לעובר מעמד וזכויות באופן הדרגתי בהתאם לשלבי התפתחותו: ככל שהוא בשל יותר כן מתווספות זכויותיו, אך בכל מקרה אין הוא מגיע למלוא הזכויות של אדם אלא לאחר לידתו. אין דומה מעמדו של קדם-עובר בטרם השרשה ברחם אשה, למעמדו של עובר ברחם אשה; אין דומה מעמדו של העובר ברחם קודם ארבעים יום מההפריה למעמדו לאחר גיל הריון זה; ואפילו בעת שכלו חודשיו ברחם, כל עוד הוא לא נולד, עדיין שונה מעמדו מעובר לאחר לידתו[208].

הבעלות והקנין על עוברים ברחם האם — יש שמשמע מהם, שלאב יש זכות קניינית ובעלות על העוברים, ולפיכך כאשר נגרם להם נזק או מוות, על המזיק לשלם עבורם לבעל האשה ההרה מדין נזיקין[209]; ויש שמשמע מהם שאין לאב קנין ובעלות בעוברים, והתשלום שהטילה התורה על המזיק את העוברים הוא תשלום מסוג 'עונש', שמשתלם למי שהוולדות מתייחסים אחריו[210].

דבר שלא בא לעולם — יש מחז"ל הסבורים, שעובר הוא דבר שלא בא לעולם, ואפילו מי שסובר שאדם מקנה דבר שלא בא לעולם, הרי לדבר שלא בא לעולם אינו מקנה[211]; יש הסבורים, שעובר נחשב כבא לעולם לעניין שיכול לקנות לכשייוולד[212], ולדעה זו גם מי שסובר שאין אדם מקנה דבר שלא בא לעולם, הרי יכול להקנות לדבר שלא בא לעולם[213]; ויש המחלקים בין שלב שבו הוכר העובר, שנחשב כבא לעולם, לבין שלב שטרם הוכר העובר, שנחשב כדבר שלא בא לעולם[214].

פיקוח נפש ורציחה — אין חיוב של הצלת נפשות בעובר[215]; ויש מי שמשמע ממנו שיש חיוב הצלה בעובר, ורק כשהוא רודף ניתן להציל האם בנפשו של העובר[216]. ובעניין רציחה — אין דין רציחה בעובר באותה דרגה שיש ביילוד[217], ומכל מקום יש הסוברים שמחללים שבת על העובר, אך לא מטעם הצלת נפשות וחיות, אלא מטעם "חלל עליו שבת אחת כדי שישמור שבתות

141 ואילך. **[208]** ראה לדוגמא תוס' נידה מד א ד"ה איהו. וראה עוד בע' הפלה הע' 327 ואילך. **[209]** שיטת הרמב"ם חובל ומזיק ד א-ד. **[210]** שיטת התוס' ב"ק מג א ד"ה גרושה; רא"ש ב"ק פ"ה סי' ה. וראה באריכות בירור שיטות הראשונים בנידון במאמרו של הגר"ש ישראלי, בראש כרך ד של אנציקלופדיה הלכתית-רפואית, מהדורה ראשונה, עמ' כח ואילך; הגר"א נבנצאל, תחומין, יז, תשנ"ז, עמ' 347 ואילך; הרב ל.י. הלפרין, דברי משפט, ח"א עמ' כח ואילך; הרב י. אריאל, אסיא, חוב' סז-סח, תשס"א, עמ' 102 ואילך; מאמרו של הגרז"נ גולדברג, הובאו דבריו בסדרה חוק לישראל, בעריכת נ. רקובר, כרך נזיקין, עמ' 349. **[211]** ב"ב קמב א, רב הונא. וראה תוס' גיטין יג ב ד"ה לדבר; תוס' כתובות ז ב ד"ה המזכה. **[212]** ב"ב שם, רב נחמן. **[213]** ראה תוס' גיטין וכתובות שם; רשב"א קידושין סב ב. **[214]** ב"ב שם. וראה עוד בגדרי העובר בעניין זה בקצוה"ח סי' רט סק"א, וסי' רי סק"ב. **[215]** רמב"ן תורת האדם, עניין הסכנה, וחי' רמב"ן נידה מד ב. וראה תוס' נידה מד א ד"ה איהו; שו"ת חות יאיר סי' לא; העמק שאלה, שאילתא קמח אות טז. **[216]** שו"ת נובי"ת חחו"מ סי' נט. **[217]** ראה בע' הפלה הע' 199 ואילך.

הרבה״[218].

ניתוח קיסרי להצלת העובר — יש מי שכתב, שאין אשה חייבת לעבור ניתוח קיסרי כדי להציל את העובר, או כדי למנוע ממנו נזק, כי אין אדם מחוייב להכניס עצמו לספק סכנה עבור זולתו, וכל שכן בשביל עובר שלא בא לעולם[219]; ויש מי שסבור, שאשה מחוייבת לעבור ניתוח קיסרי כדי להציל את עוברה, כי יש להניח שסירובה איננו מודע והגיוני, אלא שסבורה היא שהרופאים טועים והילד ייוולד בריא ללא ניתוח, ועוד שאשה משועבדת לבעלה ללדת ילדים, ובעיקר משום שהסיכון הנוסף בניתוח קיסרי לעומת לידה רגילה בתנאים של ימינו הוא קטן מאד. אבל גם לשיטה זו אין לכפות ניתוח קיסרי אם יש לעובר מומים קשים, והיא לא רוצה לעבור ניתוח כדי להביא ילד חולה לעולם[220], וכן לא ניתן לכפות עליה ניתוח קיסרי אם יש חשש שבגללו לא תוכל ללדת עוד בעתיד, ובוודאי שאין לכפות עליה ניתוח קיסרי אם מדובר בעובר שסיכויו לחיות קטנים מאד, כגון שיש לו מומים קטלניים או שהוא פג בגיל הריון מוקדם מאד, וכן אין לכפות ניתוח קיסרי אם יש מחלוקת בין הרופאים, ויש הסבורים שאין צורך בניתוח הקיסרי[221]. ומכל מקום, אם החליטו הרופאים שהמצב הוא מצב חירום, וללא ניתוח קיסרי דחוף ייוולד התינוק עם נזק חמור, אסור לאשה לסרב לניתוח, ויש לשכנעה להסכים לכך, ואין לאחר את הניתוח אף על מנת לבקש ברכת חכם[222].

טיפולים בעובר[223] — אם אין הטיפול מסכן את האשה כלל, הרי היא חייבת לאפשר את הטיפול בעובר; ואם יש לאשה סכנה לצורך הטיפול בעובר, אין היא חייבת להכניס עצמה לסכנה[224].

בדיקות על-שמע במעקב הריון — לשיטת הסוברים, שמותר להפיל עובר הסובל ממום קשה[225], יש הצדקה לבצע מעקב הריון על ידי בדיקות על-שמע, שכן הבדיקה איננה פולשנית, ולא גורמת נזק לאם או לעובר[226]. לעומת זאת, לשיטות הסוברים שיש איסור גמור להפסקת הריון במצב של מום עוברי, אין לבצע מעקב על-שמע במהלך ההריון לאיתור מומים[227], אלא עם כן צפויה תועלת לעובר בבדיקות אלו, כגון ידיעת גודלו ומשקלו בשאלה של עיתוי הלידה, ידיעת מצב השיליה בשאלה של צורת הלידה וכיו״ב[228]. כמו כן יש לעתים עניין הלכתי לדעת את מינו של העובר, דבר שניתן לעשות בעזרת בדיקת על-שמע, כגון אם האב הוא כהן, שאז יש להמעיט בטומאת

[218] ראה ע׳ פקוח נפש הע׳ 161 ואילך. **[219]** הגרש״ז אויערבאך, הובאו דבריו בס׳ שמירת שבת כהלכתה פל״ו הע׳ ד. **[220]** שמעתי בשם הגרי״ש אלישיב, וכן הובא בשמו במאמרו של הרב י. זליברשטיין, חוב׳ אסיא, סה-סו, תשנ״ט, עמ׳ 9 ואילך. וראה עוד מאמרו של הרב מ.ש. רויטנברג, עטרת שלמה, ח״ד, עמ׳ קפד ואילך. **[221]** הרב י. זילברשטיין, שם. **[222]** הרב י. זילברשטיין, שם. **[223]** ראה לעיל ברקע ההיסטורי וברקע המדעי. **[224]** ראה ע׳ סכון עצמי הע׳ 84 ואילך. **[225]** ראה ע׳ הפלה הע׳ 271 ואילך. **[226]** ראה לעיל הע׳ 76 ואילך. **[227]** ראה מאמרם של ח. קטן וי. קטן, חוב׳ אסיא, סא-סב, תשנ״ח, עמ׳ 65 ואילך. **[228]** ראה לעיל הע׳ 76 ואילך.

היילוד הזכר[229], או לקיחת מין התרנגול המתאים למנהג הכפרות[230].

בדיקת מי שפיר — לכל הדעות יש להימנע מבדיקה זו כבדיקה שגרתית, שכן יש בזה חבלה באשה, וחשש לגרימת הפלה לעובר מעצם הבדיקה. אכן, לשיטות הסוברים שמותר להפיל עובר בעל מום[231], אם יש סבירות שאשה מסויימת נושאת בקרבה עובר בעל מום, או אם האשה סובלת מאד מבחינה נפשית מחשש שהיא נושאת בקרבה עובר בעל מום, מותר לבצע בדיקה זו[232]; ולשיטת הסוברים, שבכל מקרה אסור לבצע הפלה בגין מום בעובר, אין לבצע בדיקה זו כלל, שכן הסיכון לאשה ולעובר הוא בכדי, שהרי גם אם יימצאו מומים בעובר אסור יהא להפילו, ואדרבה ממצאים כאלו יכניסו את האשה למתח נפשי עצום, ואולי יגרמו לה לבצע הפלה שלא כדין[233], אבל אם יכולה להיות תועלת לעובר על ידי בדיקות אלו — מותר[234]; ויש מי שכתב, שמותר לעשות בדיקות טרום לידתיות, ובוודאי אותם בדיקות שאין בהן כל סכנה, כי התוצאות שהכל תקין מביאות מרגוע לאשה, ואם התוצאות מראות על בעיה עוברית, יש לעשות שאלת חכם כיצד לנהוג[235]. ואמנם יש להעיר, שהסיכוי למציאת מום או מחלה בעובר בעקבות בדיקת מי שפיר היא נמוכה, שהרי רק בכ-3% מההריונות יש מומים משמעותיים בעובר, ולפיכך אם האשה סובלת ממתח נפשי רב מחשש שהעובר פגוע, יותר סביר שהבדיקה תרגיע אותה, שכן הממצאים יהיו שליליים, ותוכל להמשיך את ההריון מתוך נחת רוח, ולפיכך יש לשקול את המצב לפי תכונת האשה ומצבה המיוחד לגופו, ולפי ההערכה של יכולת עמידתה בפני הפיתוי לבצע הפלה אם יימצא מום בעובר, לשיטת הסוברים שהדבר אסור בכל מקרה. עוד יש להעיר, שיכולים להיות שיקולים אחרים לביצוע בדיקות כאלו, כגון מום שלכל הדעות מותר להפיל[236], או גילוי בעיה רצינית לחיי העובר, אשר אמנם לא יצדיק את הפלתו לשיטת האוסרים הפלה בכל מקרה, אך יהווה שיקול רציני להימנע מסיכון יתר של האשה בעת לידה, כגון להימנע מניתוח קיסרי אם יתגלה צורך כזה. כמו כן, יש שגילוי מצב מסויים של העובר טרם לידתו יכול להדריך ולכוון את המיילדים באיזה עיתוי ליילדו, ובאיזה שיטה לבחור כדי ליילדו בצורה הטובה ביותר. יתר על כן, בעתיד כשיתגברו האפשרויות לטיפולים תוך-רחמיים יהא לאבחונים טרום-לידתיים מקום ברור לצורך טיפול בעובר. לאור שיקולים אלו — יש מי שכתב, שמותר לעשות אפילו בדיקות פולשניות במעוברת אם הדבר נחוץ מבחינה נפשית[237].

דגימת סיסי שיליה — יש מי

[229] ראה ע' הריון הע' 152. [230] ראה ע' הריון הע' 74 ואילך. [231] ראה בע' הפלה הע' 271 ואילך. [232] שו"ת ציץ אליעזר חי"ד סי' קא-קב; שם חט"ו סי' ג אות ז; שם חט"ו סי' מג אות ד; שם חכ"ב סי' ס אות א. [233] שו"ת אגרות משה חחו"מ ח"ב סי' עא; תשובות והנהגות ח"ב סי' תשלו; ועלהו לא יבול, ח"ב עמ' קעג. [234] ועלהו לא יבול, שם. [235] הרב ש. אבינר, חוב' אסיא, מט-נ, תש"ן, עמ' 33-34. [236] כגון אנאנצפלוס — ראה בע' הפלה הע' 282 ואילך. [237] הרב ש. דיכובסקי, תחומין, כג, תשס"ג, עמ' 237 ואילך; הנ"ל, אסיא, עה-עו,

שסוברים, שאם ניתן בדרך זו לאבחן מום חמור בעובר קודם ארבעים יום, ואם יש חשש סביר למחלה חמורה כזו בעובר, מותר לבצע בדיקה זו[238].

ו. פרטי דינים[239]

בעניני אורח חיים

'מי שבירך' למעוברת — יש מי שכתב, שבברכת 'מי שברך' לאשה מעוברת אין להזכיר במפורש את העובר, כי הוא כלול בברכה של האשה מדין עובר ירך אמו[240]; ויש מי שכתב, שמן הראוי לבקש גם על העובר לחוד, כי כוונת התפילה היא לא רק על ההווה, אלא גם על העתיד[241].

שבת ויום-הכיפורים — יש אומרים, שמותר לחלל שבת כדי להציל עובר, וכן מותר למעוברת לאכול ביום הכיפורים כדי למנוע הפלת העובר, אף על פי שלה עצמה אין כל סכנה, ואפילו מדובר בעובר שהוא פחות מארבעים יום[242]. ולשיטה זו מצינו מספר סייגים ותוספות — יש מי שכתב, שדווקא אם מדובר בוודאי פיקוח נפש לעובר מחללים שבת, ולא בספק[243], ויש מי שכתב, שאף בספק סכנה מחללים שבת כדי להצילו[244]. ועוד יש מי שכתבו, שמחללים שבת דווקא לחיי עולם של העובר, אבל אם מדובר רק בחיי שעה שלו, וברור שהעובר לא יוכל לחיות, אין מחללים עליו שבת[245]. ועוד יש מי שכתב, שלשיטה זו מחללים שבת להציל עובר

תשס"ה, עמ' 116 ואילך. **[238]** הגרש"ז אויערבאך והגרי"י נויבירט, הובאו דבריהם בנשמת אברהם ח"ה חחו"מ סי' תכה סק"ב. **[239]** יש להעיר, שבחלק מפרטי הדינים תלויה ההלכה בשיטה אם עובר ירך אמו או לא, אף שלא תמיד התייחסו הפוסקים במפורש לעניין זה. וראה לעיל הע' 194 ואילך. **[240]** תורת היולדת, פמ"ט הע' י. **[241]** הגרח"פ שיינברג, הובאו דבריו בתורת היולדת, שם. **[242]** בה"ג סוף הל' יום הכפורים (והטעם הוא משום "חלל עליו שבת אחת כדי שישמור שבתות הרבה" — רמב"ן תורת האדם, שער הסכנה; רשב"א וריטב"א נידה מד ב. וראה בהעמק שאלה שאילתא קסז אות טז); רמב"ן תורת האדם שער הסכנה, וחי' רמב"ן יומא פב א, ונידה מד ב (אך ראה במג"א סי' של סקט"ו, שכתב בדעת הרמב"ן שאין מחללים שבת על העובר, וצ"ע. וראה מנ"ח מ' רצו); רשב"א, ר"ן, וריטב"א נידה מד ב; טור או"ח רסי' תריז; שו"ת הרדב"ז סי' תרצה; שו"ת מהרי"ט ח"א סי' צז; שו"ת חות יאיר סי' לא; דעת תורה או"ח סי' תריז ס"א; ביאה"ל סי' של ס"ז סוד"ה או ספק (אך ראה בשעה"צ סי' תריז סק"א, שהסתפק ביחס לעובר פחות מארבעים יום); קובץ תשובות סי' מא (הגרי"ש אלישיב, במכתב שפורסם בחוב' אסיא, נט-ס, אייר תשנ"ז, עמ' 95 ואילך); שו"ת ציץ אליעזר חי"א סי' מג; שו"ת שבט הלוי ח"ג סי' לז; הרב מ. הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ"א, עמ' נז ואילך; שמירת שבת כהלכתה פל"ו ס"ב (ומשמע בהע' ד, שהסכים לכך הגרש"ז אויערבאך). וראה עוד בנידון בס' שבט מיהודה, שער א פ"ה עמ' שנב ואילך, ולדעתו שם, כך היא גם שיטת הרמב"ם. **[243]** העמק שאלה שאילתא א סק"ח ושאילתא קסז סקי"ז. וטעמו — כי לומדים זאת מדין חלל עליו שבת אחת וכו', שביומא פה ב מבואר, שהוא דווקא לוודאי פיקוח נפש. **[244]** שו"ע הרב, קונט' אחרון, או"ח שו כט; הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח"ד חאו"ח סי' של סק"ד. וראה מ"ב סי' של סקי"ח, אלא ששם מדובר ביושבת על המשבר. וראה עוד בשאלה אם מחללים שבת עבור ספק פקו"נ של עובר — שו"ת מהרי"ט ח"א סי' צז; הגרמ"מ שניאורסון מלובביץ, הלכה ורפואה, ד, עמ' קטז ואילך; הרב א. שרמן, תורה שבעל פה, לג, תשנ"ב, עמ' פב ואילך; שו"ת תשובות והנהגות ח"ד סי' פא. **[245]** שבט מיהודה, שער א פ"ה עמ' שנב ואילך; הגרש"ז אויערבאך, בנשמת אברהם שם.

אפילו בהורים שהם מחללי שבת[246]. ועוד יש מי שכתב, שההיתר לחלל שבת עבור עובר הוא דווקא שכבר הוחזקה האשה כמעוברת, אבל אם רק איחרה ווסתה בכמה ימים, ולא ידוע עדיין אם היא בהריון, אין לחלל שבת בשלב זה[247]; ויש אומרים, שבכל מקרה אין מחללים שבת בשביל העובר בלבד, ואין המעוברת אוכלת ביום הכיפורים להצלת העובר בלבד, אלא אם כן לה עצמה יש סכנה בדבר[248].

האשה שמתה בשבת, לכל הדעות מחללים שבת להצלת העובר[249], כי הוא נחשב ליילוד, למרות שטרם יצא לאוויר העולם, וההתייחסות אליו היא כאל וולד המונח בקופסא[250], או כחי שדלת ננעלה בפניו[251].

במנהג כפרות בערב יום הכיפורים לוקחים למעוברת תרנגול ותרנגולת, אולי תלד זכר[252], ויש שנוהגים לקחת שלושה תרנגולים[253].

בענייני יורה דעה

אכילת תרומה — בת ישראל שנישאת לכהן ומת, והניחה מעוברת, אף על פי שהעובר הוא כהן, אין הוא מאכיל את אמו בתרומה, ולא יאכלו עבדיו בתרומה,

[246] שו״ת שבט הלוי ח״ח סי׳ סז אות א. **[247]** שו״ת תשובות והנהגות ח״ב סי׳ קפב. **[248]** תוס׳ נידה מד א ד״ה איהו (על פי הבנת העמק שאלה שאילתא קסז אות יז); רמב״ן תורת האדם שער הסכנה, בשם ׳איכא דסבירא להו׳; הרא״ש יומא פ״ח סי׳ יג, בשם יש אומרים; ב״י או״ח סי׳ תריז; מג״א סי׳ של סקט״ו; שו״ת נובי״ת חחו״מ סי׳ נט. וראה עוד בקובץ שיעורים ח״א כתובות סי׳ קלה. וכתב הרא״ש יומא שם, ״ולא ידעתי מה צורך לכל אלו הדקדוקים, דלא משכחת סכנת עובר בלא סכנת עוברה, ולא סכנת עוברה בלא סכנת עובר, דהמפלת בחזקת סכנה״, וכן כתב הר״ן על הרי״ף יומא שם, וכן משמע מרש״י יומא פב א ד״ה עוברה, ״ואם אינה אוכלת שניהם מסוכנים״. אך בהעמק שאלה שם דחה קושיא זו, וכבר העיר הקרבן נתנאל על הרא״ש שם אות כ, ״ולא ידעתי מה קא קשיא ליה, וכי לא ימצא אשה שמוחזקת בנפלים, ולא הזיק לה כל פעם כלל״, ואכן לפי ידיעותינו ברפואה כיום, ברור שיכולה להיות סכנת הפלה לעובר, מבלי שתהא סכנה למעוברת. וראה עוד בישועות מלכו על הרמב״ם שבת פ״ב, ובהג׳ ר׳ יוסף מוילנא בסוף מס׳ יומא, שכתבו הנ״מ בעניין אשה שיש עליה דין של מורידים ולא מעלים, שבשבילה אין מחללים שבת, והשאלה אם לחלל שבת להצלת עוברה. וראה עוד בס׳ שבט מיהודה, עמ׳ שנד-ה. **[249]** ערכין ז א; רמב״ם שבת ב טו; טושו״ע או״ח של ה. אמנם ברמ״א שם כתב, שכיום אין בקיאים במיתת האם בקירוב כל כך, ולכן אין מחללים שבת להצלת העובר, אך כבר כתבו פוסקי דורנו שבימינו חזר הדין למקורו — ראה שו״ת ציץ אליעזר ח״י סי׳ כה פ״ד; שו״ת קובץ תשובות ח״ג סי׳ קסא. וכן שמעתי מפי הגרש״ז אויערבאך. וראה עוד על דברי הרמ״א האלו: מור וקציעה או״ח שכח; שו״ת זרע אמת ח״ב סי׳ נ; ס׳ כורת הברית סי׳ של סקט״ו; שו״ת ישמח לב חיו״ד סי׳ ט; שו״ת מהר״ץ חיות סי׳ נב; הרפואה והיהדות, עמ׳ 22. **[250]** תוס׳ נידה מד א ד״ה איהו. **[251]** רמב״ן תורת האדם, בשם איכא מאן דס״ל; חי׳ הריטב״א נידה מד א — על פי ערכין ז א. וראה במג״א סי׳ של סקט״ו, שחילק בין כלו לו חדשיו ללא כלו חדשיו. וראה בנספח לע׳ רגע המות. וראה מאמרו של הרב מ. הרשלר, הלכה ורפואה, ב, תשמ״א, עמ׳ נז ואילך. וראה בתשובות הגאונים סי׳ רמח, שכתבו פירוש אחר בגמ׳ ערכין הנ״ל, והוא מוקשה מאד, וכדכתב בשו״ת שבות יעקב ח״א סי׳ יג. וראה להלן סמוך להע׳ 428. **[252]** רמ״א או״ח סי׳ תרה א, ובמג״א שם סק״ב. **[253]** מנהג האר״י, הובא במג״א שם; מ״ב שם סק״ג. וראה בפרמ״ג שם.

שהיילוד מאכיל, שאינו יילוד אינו מאכיל[254].

נדרים — הנודר הנאה 'מרואי החמה', או 'מן הרואים', מותר בעוברים, שכן הם גם אינם רואים, וגם אין החמה רואה אותם[255].

נזירות — האב יכול להדיר את בנו בנזירות בהיותו עובר[256].

גיור — מעוברת שנתגיירה, עולה טבילתה גם בשביל עוברה, ואין בנה צריך טבילה לשם גירות, ואין גופה נחשב כחציצה, ודין זה נכון בין לדעת הסוברים שעובר ירך אמו, ובין לדעת הסוברים שעובר לאו כירך אמו[257]. ויש מי שכתב, שצריכים בית דין לדעת שהאשה מעוברת, וצריכים כוונה לכלול את העובר בגירות[258].

דיני נידה וטומאת לידה במפלת עובר — ראה ערך הפלה.

בענייני אבן העזר

קידושין — האומר לחברו, אם ילדה אשתך נקבה, הרי היא מקודשת לי, אינה מקודשת, ואין חוששים כלל לקידושין, כי העובר נחשב כדבר שלא בא לעולם[259]; ואם היתה אשת חברו מעוברת, והוכר עוברה[260], דבריו קיימים, ואם ילדה נקבה מקודשת, כי כשהוכר עוברה הרי הוא נחשב כדבר שבא לעולם[261], אבל צריך לחזור ולקדשה

וראה ע' הריון הע' 74 ואילך. **[254]** יבמות סז א; רמב"ם תרומות ח ד; טור יו"ד סי' שלא. **[255]** נדרים ל ב; רמב"ם נדרים ט יט; טושו"ע יו"ד ריז לו. **[256]** ירושלמי נזיר ד ו; שם ז א. וראה קרן אורה נזיר כט א. וראה במנ"ח בקומץ למנחה מ' ששח, שנסתפק בדבר. **[257]** יבמות עח א; רמב"ם איסורי ביאה יג ז; טושו"ע רסח ו. ואם הוא גר מן התורה או מדרבנן — ראה תוס' סנהדרין סח ב ד"ה קטן; תוס' כתובות יא א ד"ה מטבילין; אבני מילואים ד ג, יג ד. ואם העובר זכר — נחלקו התוס' והרמב"ן יבמות מז ב, אם הגירות נגמרת עם הטבילה, אף על פי שעדיין לא נימול, או שהגירות נגמרת דווקא לאחר שנולד ונימול. וראה שו"ת חוות בנימין ח"ב סי' סח. כמו כן נחלקו הפוסקים, אם מילת יילוד זה ביום השמיני דוחה שבת — פסקי הלכות יד דוד, אישות ח"א ה"ז, הע' ה, ואחיעזר קובץ איגרות ח"א שער ראשון דברי הלכה אות כז; או שאינו דוחה שבת — שו"ת בנין ציון סי' כב, זכרון ברית לראשונים, עמ' 134, יעב"ץ מגדל עוז נחל ז, הגה' רעק"א יו"ד סי' רסו, הגרש"ז אויערבאך, הובאו דבריו במאמרו של הרב ב. הירשמן, הלכה ורפואה, ה, תשמ"ח, עמ' פא-פב. **[258]** דגול מרבבה יו"ד רסח ו. וראה במשך חכמה, שמות יב מט, שאף לפי הדגול מרבבה אין העובר אוסר על האם מלאכול בקרבן פסח. וראה עוד בדיני עוברים של גויה מעוברת שנתגיירה באנציקלופדיה תלמודית, כרך ו, ע' גר, עמ' רפב-רפה. **[259]** קידושין סב א; רמב"ם אישות ז טז; טושו"ע אבהע"ז מ ח; שו"ת רדב"ז ח"א סי' תיד. אך ראה תוס' קידושין סה ב ד"ה ואמר, וראב"ד אישות ז טז. **[260]** קידושין סב ב, מחלוקת אם דווקא כשהוכר עוברה או גם בלא הוכר עוברה, ולהלכה הכריעו דווקא כשהוכר עוברה — ראה הע' הבאה. וראה בשיטות השונות בנידון ברש"י, תוס', רשב"א ומאירי קידושין שם; רמב"ם וראב"ד אישות שם; אוצה"פ סי' מ סקכ"ג. וראה בשו"ת טוב טעם ודעת מהדות"ל ח"ב סי' קמד, שאם כלו חודשיו של העובר, לכל הדעות נחשב כמי שבא לעולם, ומועילים הקידושין. **[261]** ר"ן קידושין שם; קצוה"ח סי' רט סק"א.

מאביה לאחר שתלד[262].

יש אומרים, שגם לשיטת הסוברים שהקידושין חלים אם היתה מעוברת, הכוונה שהם חלים לאחר שנולדה[263]; ויש אומרים, שיש זכות לאב לקבל קידושיה של עובר-נקבה שלו, והקידושין תופסים בעובר מיד, אף טרם שנולדה, ואף אחד מהצדדים לא יכול לחזור בו, ואם קידש את אחותה, אין הקידושין תופסים בה, וכל כיו״ב[264]; ויש מי שכתב, שיש בעובר דין מתקדשת, ומכל מקום דין אישות אין בה, כי אין היא עדיין אשה שיחולו עליה דיני אישות[265].

נאמנות לפסול — האב שאומר על העובר שאינו ממנו, נאמן לפוסלו, אבל אשת איש שאומרת על העובר שאינו מבעלה, אינה נאמנת לפוסלו[266].

קניינים — המזכה לעובר, לא קנה העובר[267], אבל נחלקו אמוראים וראשונים במקרה שאמר שיקנה העובר לכשייוולד — יש אומרים, שקנה כשנולד[268], אך בתנאי שלא מת המזכה עד שנולד העובר, וגם לא חזר בו קודם שנולד, שכן אם לא נולד בר קיימא לבסוף, מתבטלת זכייתו כעובר למפרע[269]; ויש אומרים, שהמזכה נכסיו לעובר במתנה על ידי אחר — לא קנה, אף כשהוכר העובר, ואפילו אמר שיקנה לכשייוולד[270].

לא אמרו המזכה לעובר לא קנה אלא במזכה לאחר, אבל אם נתן האב מתנה לעובר שלו — קנה, ואפילו לא אמר שיקנה לכשייוולד, הואיל ודעתו של האב קרובה אצל הבן[271], אך דין זה הוא בתנאי

[262] רמב״ם אישות ז טז; טושו״ע אבהע״ז שם. וראה עוד ברש״י קידושין סה ב ד״ה כמאן. וראה באוצה״פ שם סקכ״ד אות א, במחלוקת הפוסקים אם לדעת הרמב״ם ודעימיה מעיקר הדין היא מקודשת וודאי, ולא הצריכו לחזור ולקדשה אלא מחומרא, או שמעיקר הדין גם במצב זה נחשב העובר כדבר שלא בא לעולם, ואינה מקודשת אלא מספק ולחומרא. **[263]** ר״ן על הרי״ף קידושין סב, הובא בב״י אבהע״ז סי׳ מ; שו״ת רעק״א סי׳ קעא; שו״ת טוטו״ד מהדו״ק סי׳ רסו. וראה א.ג. אלינסון, סיני סו תש״ל, עמ׳ כ ואילך; הרב ש. גורן, הרפואה, קכג:292, 1992. **[264]** מ״מ אישות ב ט; נמוק״י יבמות פ״א — בשיטת הרמב״ם; מגילת ספר ח״ב דל״ז טור ב; פני יהושע קידושין סב ב; אמירה נעימה תנינא ח״א מאמר קלט פרח ו; הגרי״ב ז׳ולטי, בהסכמתו לס׳ הרפואה לאור ההלכה, א, תש״מ; הרפואה והיהדות, עמ׳ 220, הע׳ 150. **[265]** חי׳ הגר״ח הלוי, על רמב״ם אישות ז טז. וראה עוד בנידון במפענח צפונות פ״א סי׳ כז. **[266]** קידושין עח ב; טושו״ע אבהע״ז ד כט. **[267]** וראה בקצוה״ח סי׳ רט סק״א, הטעם שהמזכה לעובר לא קנה, אינו משום דבר שלא בא לעולם, אלא משום שאין העובר בר זכיה עד שייוולד. **[268]** ב״ב קמב א, רב נחמן; רב האי גאון בס׳ המקח שער ה; או״ז ב״ב שם; ס׳ העיטור אות ז, זיכוי; רא״ש ב״ב שם סי׳ ה. וראה מאמרו של הרב ש. גורן, הרפואה קכג:292, 1992. וראה בקצוה״ח סי׳ קצז סק״ד, שהעובר נחשב קצת בר קנין מעכשיו, אלא שאינו בר קנין שלם עד שייוולד. **[269]** ירושלמי יבמות ד א; שו״ת הרא״ש כלל פב, הובא בדרכי משה חו״מ סי׳ רי. **[270]** ב״ב קמב א, רב הונא; כתובות ז ב; רמב״ם תרומות ח ד; שם מכירה כב י; טושו״ע ורמ״א חו״מ רי א; יד רמ״ה ב״ב שם; ב״י שם בדעת הרמב״ם, הרשב״ם והר״ן. **[271]** ב״ב קמ ב; שם קמב ב; רמב״ם מכירה כב י; ס׳ העיטור אות ז, זיכוי; טושו״ע חו״מ רי א. וראה בקצוה״ח שם סק״ג בשם המהר״ם מרוטנברג, שהזכיה כאן היא מדין מתנה, ולא מדין ירושה.

שאשתו כבר מעוברת בשעת המתנה[272].

יש אומרים, שההקנאה על ידי האב מועילה גם בעובר שהוא פחות מארבעים יום[273]; ויש אומרים, שדווקא לאחר ארבעים יום מועיל הקנין לעובר על ידי אביו[274].

יש הסבורים, שדין זה נאמר דווקא בשכיב מרע, ודווקא במטלטלים ולא בקרקעות, והוא בגדר תקנת חכמים, ולא מעיקר הדין[275]; ויש אומרים, שדין זה נכון גם כשהאב בריא[276].

יש אומרים, שדין זה נאמר דווקא בעובר שהוא בנו, אבל לא בבן בנו או בת בנו[277]; ויש אומרים, שגם בבן בנו או בבת בנו הדין כן[278].

יש מי שכתב, שדין זה הוא דווקא באב, אבל אם אמו של העובר הקנתה לו — לא קנה[279]; ויש מי שכתב, שדין זה נכון גם באם[280].

ירושה — נחלקו תנאים אם עובר במעי אמו זוכה בירושה אם לאו[281]. אף להלכה נחלקו הפוסקים — יש אומרים, שהעובר יורש; ויש אומרים, שאין העובר יורש[282].

יש הסבורים, שכדרך שאין לעובר קנין, כך אין הוא יורש את אמו, אם מתה כשהיא מעוברת[283], ולדעה זו יש מי שכתב, שכשם שהעובר אינו יורש, כך אין יורשים אותו, וממילא אם מישהו הזיק לעובר, ואחר כך מת העובר לפני שנולד, אין לו יורשים שירשו את דמי הנזק[284]; ויש הסבורים, שזוכה עובר דרך ירושה שהיא באה מאליה, אף אם אין זכיה

[272] רשב״ם שם ד״ה נכסי; טושו״ע שם. **[273]** ב״י חו״מ סי׳ רי, בשם ס׳ העיטור; סמ״ע סי׳ רי סק״ד. **[274]** נמוק״י ב״ב קמ ב, בשם הריטב״א; ש״ך חו״מ סי׳ רי סק״ב. וראה מה שהקשה על הש״ך בשו״ת רעק״א סוסי׳ קמו. ובתוס׳ חד מקמאי יבמות סז א, הביא אותה מחלוקת בין ראשונים מחכמי לוניל. וראה עוד בנידון במאמרו של הרב א. ווידער, בשבילי הרפואה, ב, תשל״ט, עמ׳ מב ואילך. **[275]** ירושלמי יבמות ד א, וכן משמע מירושלמי ב״ב ט א; ס׳ המקח לרה״ג שער ה; רמב״ן יבמות סז א, ומ״מ מכירה שם בשמו; נמוק״י שם, בשם גדולי המפרשים; שו״ע שם, בשם י״א. וראה בקצוה״ח שם סק״ג. וראה רמב״ם זכיה ומתנה ח ה. **[276]** מ״מ מכירה שם, בדעת הרמב״ם; רא״ש יבמות פ״ז סי׳ ד; ש״ך סי׳ רי סק״א. וראה באור שמח נחלות א יג. **[277]** שו״ת הרא״ש כלל פד סי׳ ד, ורמ״א חו״מ רי א בשמו. **[278]** שו״ת תרומת הדשן סי׳ שנ; רמ״א חו״מ רנז ב. וראה בקצוה״ח סי׳ רי סק״ד, מה שכתב על סתירת פסקי הרמ״א. **[279]** שו״ת מבי״ט ח״א סי׳ שלט, הובא בבאה״ט חו״מ סי׳ רי סק״ה. **[280]** פת״ש שם סק״א, בשם השבות יעקב. וראה אנציקלופדיה תלמודית, כרך ב, ע׳ אם (ב), עמ׳ כג(1). **[281]** יבמות סז א; ב״ב קמא ב. וראה בשיטות השונות באנציקלופדיה תלמודית, כרך כה, ע׳ ירושה, עמ׳ קעג ואילך. **[282]** ראה באריכות בשיטות הפוסקים באנציקלופדיה תלמודית, שם, עמ׳ קעו ואילך. **[283]** רי״ף יבמות סז א, וראה רמב״ן שם; טור ורמ״א חו״מ רעו ה; ש״ך חו״מ סי׳ רי סק״א. וראה בתוס׳ ב״ב קמב ב ד״ה דהוא, הטעם שאין העובר נוחל ומנחיל, כי הוא מת קודם לאמו, כמבואר בערכין ז א. ולפי זה אם נהרגה אמו ולא מתה, שאז אין העובר מת קודם — יכול לרשת, וראה סמ״ע חו״מ סי׳ רעו סק״ז; מנ״ח מ׳ ת. **[284]** הגרז״נ גולדברג, הובאו דבריו בסדרה חוק לישראל, בעריכת נ. רקובר, כרך נזיקין, עמ׳ 349.

לעובר בדרך של קנין[285].

מי שמת, והניח אחריו בנים ואשתו מעוברת, שחוששים שמא יהא הוולד זכר בר-קיימא ויש לו חלק בירושה, אם באו האחים היילודים ליטול חלקם, נוטלים ומעמידים אפוטרופוס לעובר ליטול את חלקו, עד שייוולד ויוודע אם זכר הוא או נקבה, אבל אין חוששים שמא תאומים הם, ויש להם שני חלקים, לפי שמיעוטא דמיעוטא הוא שיוולדו תאומים זכרים[286].

נזיקין וחבלות — אסור להזיק לעובר ולחבול בו[287]. ומטעם זה אסור לאדם לשאת את מעוברת חברו, ואם נשא — יוציא, ולא יחזיר עולמית, גזירה שמא תעשה עוברה סנדל, היינו שמא יזיק לוולד בשעת תשמיש, שאינו מקפיד על בן חברו[288].

"הולדה בעוולה" — סוגיא מוסרית ומשפטית חדשה נוגעת להולדה בעוולה. בדרך כלל מדובר במצב בו רופא, גנטיקאי, איש מעבדה, מומחה בהדמיה, או גורם אחראי אחר שגה ולא איבחן מצב חולני חמור בעובר, ועקב כך נולד וולד עם נכויות קשות[289].

משמעות ייעוץ רפואי, גנטי או מעבדתי על התוצאה של לידת וולד מתייחסת לשלושה מצבים:

מצב א — כיום ניתן לאבחן מצבים גנטיים או רפואיים אחרים באיש או באשה או בשניהם לפני הנישואין, ואשר ממצאים אלו יכולים לשמש לבני הזוג העתידי בהחלטתם אם להינשא זה לזו אם לאו. לאור העובדה, שבדיקות כאלו מותרות, וגם מותר ואף רצוי שבני זוג כאלו לא יינשאו זה לזו[290], הרי שמניעת מידע כזה יש לו משמעות מעשית ביחס להיווצרותו של היילוד.

מצב ב — כאשר מדובר בזוג נשוי, שניתן לאבחן אצל בני הזוג מחלות תורשתיות או אחרות שהן משמעותיות לבריאותו של העובר העתידי — יש הסבורים, שרשאים בני הזוג להשתמש באמצעים למניעת הריון בתנאים מסויימים; ויש הסבורים, שנכון לייעץ לבני הזוג להתגרש[291]. לשתי השיטות יש משמעות מעשית למידע כזה ביחס להיווצרותו של היילוד.

מצב ג — כאשר מדובר באשה מעוברת, ניתן לאבחן את העובר אם הוא סובל ממחלה תורשתית אחרת. במצב כזה הברירה היחידה לאי-לידתו במומו היא הפלתו. מצב זה שנוי במחלוקת, ולדעת רוב הפוסקים אין כל היתר לבצע

[285] הראב"ד תרומות ח ד, וכן דעתו כפי שהובאה בשלטי גבורים על הרי"ף יבמות שם; הרא"ש יבמות פ"ז סי' ד. וראה בקצוה"ח סי' רי סק"א. ביחס לשיטת הרמב"ם בנידון ראה כס"מ תרומות ח ד; אור שמח נחלות א יג. **[286]** שו"ת רשב"א ח"ב סי' שעא, הובא בב"י חו"מ סוסי' רפט. **[287]** שו"ת מהרי"ט ח"א סי' צז; שו"ת צפנת פענח ח"א סי' נט; שו"ת עטרת חכמים חאבע"ז סי' א. **[288]** יבמות מב א; רמב"ם גירושין יא כה, וראה בנו"כ שם; שו"ת בית יצחק חאבהע"ז ח"א סע' סב סק"ד. **[289]** ראה להלן ברקע האתי וברקע המשפטי. **[290]** ראה ע' תורשה הע' 105 ואילך. **[291]** ראה ע' מניעת הריון הע' 209

הפלה[292].

מבחינת ההלכה יש לסוגיא זו היבטים עקרוניים והיבטים מעשיים:

ברמה העקרונית, יש המביאים ראיות מהתנ"ך ומחז"ל להנחה שלעתים יש עדיפות שלא להיוולד כלל, ואשר מטילים, לכאורה, ספק בכדאיות החיים:

שלמה המלך[293] כותב: 'ושבח אני את המתים שכבר מתו מן החיים אשר המה חיים עדנה, וטוב משניהם את אשר עדן לא היה אשר לא ראה את המעשה הרע אשר נעשה תחת השמש'. איוב[294] כותב: 'יאבד יום אולד בו והלילה אמר הרה גבר וגו' כי לא סגר דלתי בטני, ויסתר עמל מעיני, למה לא מרחם אמות מבטן יצאתי אגוע, וגו' כעללים לא ראו אור וגו' למה יתן לעמל אור והחיים למרי נפש, המחכים למות ואיננו ויחפרהו ממטמונים'. יונה הנביא אומר: 'טוב מותי מחיי'[295].

המשנה[296] קובעת: "שעל כרחך אתה נוצר, ועל כרחך אתה נולד, ועל כרחך אתה חי, ועל כרחך אתה מת, ועל כרחך אתה עתיד ליתן דין וחשבון לפני מלך מלכי המלכים הקדוש ברוך הוא". התלמוד[297] מספר: "תנו רבנן, שתי שנים ומחצה נחלקו בית שמאי ובית הלל, הללו אומרים נוח לו לאדם שלא נברא יותר משנברא, והללו אומרים נוח לו לאדם שנברא יותר משלא נברא. נמנו וגמרו, נוח לו לאדם שלא נברא יותר משנברא, עכשיו שנברא יפשפש במעשיו".

אכן, אין ספק שמאמרים אלו מתייחסים לצדדים מוסריים והשקפתיים, כאשר מצבם של המוסרי והדתי של האנשים החיים הוא בעייתי, שכן רובצים עליהם חובות מוסריים ודתיים כבדי משקל, אך ברובם אין הם עומדים בהם, ולכן עדיף היה שלא נבראו בני האדם כלל, אך משנבראו צריכים הם בכל זאת לתקן את דרכיהם. אין כל כוונה במאמרים אלו להתייחס דווקא למצב הפיזי של בני האדם שחייהם קשים בגין מגבלות של מחלות ומומים, שהרי אין כאן כלל רמז לאנשים מוגבלים ונכים דווקא, אלא מדובר על כל בני האדם; או שמדובר בזעקת כאב של אדם סובל, שאין לתפוס אותו בשעת צערו. באותם מאמרים המתייחסים לקשיים פיסיים ונפשיים מדובר בסובל עצמו, שמבקש מהקב"ה ליטול את חייו, אך לא מדובר בגורם שלישי המבקש זאת, ובוודאי לא מדובר מהאשמת בשר ודם במצבים כאלו.

יתר על כן, אין מקום להטלת האשמה מהותית בעצם העובדה שנולד וולד נכה ומוגבל, שכן החשיבה היהודית שוללת שיקולים של מניעת פריה ורביה על בסיס של קשיים עתידיים לנולדים. דבר זה עולה מטעותו של עמרם אבי משה שנמנע מהולדת ילדים מחשש שמצבם בשעבוד מצרים יהיה גרוע[298], וממעשה המלך

ואילך. וראה להלן ברקע המשפטי. **[292]** ראה ע' הפלה הע' 268 ואילך. **[293]** קהלת ד ב-ג. וראה שבת ל א מספר פירושים של חז"ל לפסוקים אלו, שבוודאי אין להם כל קשר לסוגיית ההולדה בעוולה. **[294]** איוב ג ג-יא. **[295]** יונה ד ח. **[296]** אבות ד כב. **[297]** עירובין יג ב. **[298]** ראה סוטה יב א.

חזקיהו שלא רצה ללדת ילדים מחשש שיצאו מהם לתרבות רעה[299].

עוד יש להדגיש, כי ההצדקה המוסרית להטלת אשמה על "הולדה בעוולה" היא אמירתו של יונה הנביא 'טוב מותי מחיי'. אכן, אין ספק שהדבר רלוונטי דווקא למצבים רפואיים חמורים וקשים, מלאי כאב וסבל, ובעלי איכות חיים נמוכה ביותר, ללא כל הנאה בסיסית מהחיים. לעומת זאת, כאשר מדובר במחלה או מום עם מגבלות מסויימות, אך עם יכולת תיפקוד גופני ושכלי טוב, ובוודאי עם יכולת ליהנות מהחיים, אין ספק, שלגבי חיים כאלו לא ניתן לומר 'טוב מותי מחיי'. ערך החיים הוא הערך הנעלה ביותר ביהדות, אשר כל יתר הערכים המוסריים כפופים לו ומשרתים אותו; קדושת החיים מהווה דרישה מוסרית יהודית כבדת משקל ביותר, שאין לזלזל בה בשום צורה ואופן. חייו של קטין נכה ומוגבל בהחלט יכולים להיות חיים ראויים, ולא תמיד ניתן להחיל עליהם את האימרה 'טוב מותי מחיי'.

ברמה המעשית, באותם מצבים שבהם ניתן היה לפעול אחרת, ונגרם נזק לעובר בעצם היוולדו במומו, הרי תביעתו כיילוד תלויה במחלוקת אם החובל בעובר חייב בדמי נזק לעובר עצמו אם לאו[300].

מצב נוסף של "הולדה בעוולה" נוגע לתביעת פיצויי נזיקין על ידי היילוד מההורים על הולדת ילדים נכים, כגון שידעו ההורים כי הם נשאים של מחלה תורשתית ובכל זאת החליטו להרות, או שידעו בעת ההריון כי העובר נושא מחלה תורשתית, ובכל זאת החליטו להמשיך את ההריון ולהימנע מהפלה, או שנהגה האם בעת הריונה בצורה מזיקה לעובר, כגון שלא טיפלה כראוי במחלותיה, או שעשתה פעולות מזיקות לעובר כמו עישון ושימוש בסמים, וכיו"ב. יש מי שכתב, שאם מדובר במחלה תורשתית, שלמרות זאת החליטו ההורים להוליד את הוולד, אין הוא זכאי לדרוש פיצויים; אך אם מדובר במעשה שעשתה האם בהריונה אשר גרם נזק לעובר, הרי היא חייבת בתשלומי נזק לבנה[301].

הריגת עובר באונס — מי שאנסוהו להרוג עובר, ואם לאו ייהרג, אינו מחוייב למסור נפשו[302].

בעניין דמי עוברים ודיני נזק — ראה ערך הפלה.

בעניין הריגת עוברים בדרך של הספקת הריון — ראה ערך הפלה.

בעניינים עתידיים

האשה שיצאה ליהרג — אין ממתינים לה עד שתלד, מפני שהאשה ועוברה גוף

[299] ראה ברכות י א. וראה ע' מניעת הריון הע' 121 ואילך. **[300]** ראה ע' הפלה הע' 349 ואילך. **[301]** שו"ת מעשה חושב ח"ד סי' לח. **[302]** פרשת דרכים לבעל משל"מ דרוש יז; מנ"ח מ' רצו. הטעם — עובר לאו נפש הוא, ולא שייך מאי חזית וכו', וראה חזו"א על הרמב"ם רוצח א ט. וראה עוד בנידון במאמרו של הרב ש. רוזובסקי, הלכה ורפואה, ה, תשמ"ח, עמ' פג

אחד הם[303]; אבל אם כבר ישבה על המשבר[304], ממתינים לה עד שתלד, כי בשלב זה נחשב העובר כגוף נפרד מהאם[305].

טומאת עובר מת — נחלקו תנאים ביחס לעובר של אשה שמת במעי אמו אם טהור הוא, והנוגע בו כשהוא בפנים — טהור; או טמא הוא, והנוגע בו טמא[306]. ונחלקו ראשונים בביאור מחלוקת זו, אם הכוונה דווקא למי שנוגע בו מבחוץ, אבל המעוברת עצמה טהורה לדברי הכל, או שהמחלוקת היא גם ביחס לאם עצמה; וכן נחלקו ראשונים אם הדיון הוא גם ביחס לטומאת אהל, או רק ביחס לטומאת מגע; ועוד נחלקו אם מדובר גם כשהעובר כולו בתוך הרחם, או דווקא אם הוציא ידו לחוץ, וביחס לשאלה אם במקרה כזה גם חלקי העובר שבפנים מטמאים אם לאו; וכן נחלקו אם המחלוקת היא דווקא כשנפתח כבר רחמה של האשה, או אפילו לפני כן[307].

האשה שמת וולדה בתוך מעיה, ופשטה חיה את ידה ונגעה בו, החיה טמאה טומאת שבעה, והאשה טהורה עד שייצא הוולד[308].

סוף טומאה לצאת — אשה שמת עוברה במעיה, שסופו לצאת דרך פתח הרחם ולטמא את הבית שהיא בו — יש אומרים, שגם כאן שייך דין סוף טומאה לצאת, ולפיכך כל הנמצא בבית נטמא[309]; ויש אומרים, שטומאה בלועה אינה מטמאה אפילו במקום שסופה לצאת[310].

טומאת אהל — אשה שהיה עובר מת בתוך מעיה והיא בבית, כיוון שנפתח הרחם עד שנראה ראשו, הבית טמא, אף על פי שעדיין לא יצא[311]. והיינו דווקא אם נפתח הרחם בעת שישבה על המשבר, אבל קודם שיושבת על המשבר, אינה מטמאה[312], והיינו דווקא אם הגיע העובר לדרגת התפתחות שיעגילו ראש כפיקה[313], שראש העובר גדול כפקעיות של צמר, או

ואילך. **[303]** דין זה מתאים לספור על תמר ויהודה, שהיא מוצאת ליהרג בעודה בהריון, וזה מתאים לשיטה שעובר ירך אמו. **[304]** ראה ע׳ לדה הע׳ 161 ואילך, בהגדרת ׳ישבה על המשבר׳. **[305]** ערכין ז א; רמב״ם סנהדרין יב ד. על הגישות של פילון ומשפטי העמים הקדמונים בעניין אשה מעוברת שנידונה למוות — ראה מאמרו של א. אפטוביצר, סיני, יא, תש״ב-ג, עמ׳ ט ואילך. וראה עוד בנספח לע׳ רגע המות. **[306]** חולין עב א. **[307]** ראה שיטות הראשונים בנידון באנציקלופדיה תלמודית, כרך יט, ע׳ טמאה בלועה, עמ׳ תקנ-תקנב. **[308]** חולין עא א; רמב״ם טומאת מת כה יב. וראה באנציקלופדיה תלמודית, כרך יט, ע׳ טמאה בלועה, עמ׳ תקנג-ה, בשיטות הראשונים בגדרי טומאת החיה והאשה. **[309]** חסדי דוד, תוספתא אהלות ח ח; בית דוד משנה אהלות ז ה; חזו״א אהלות סי׳ יט ד, בדעת התויו״ט. **[310]** מים טהורים אהלות שם; חזו״א שם, בשם הר״ש והתוספתא. וראה עוד בתפא״י אהלות שם אות׳ נז-נח. **[311]** אהלות ז ד; רש״י בכורות כב א; רמב״ם טומאת מת כה ח-ט. וראה בשו״ת משיבת נפש סי׳ כב אות׳ יח-יט, ובמפרשי המשנה אהלות שם. אמנם דעת חכמים שאין לוולד טומאה עד שיצא — תוספתא אהלות פ״ח, הובא בר״ש שם, ואין הלכה כמותם. **[312]** מלאכת שלמה חולין ד ג. וראה רש״י בכורות כב א ד״ה פתיחת. **[313]** אהלות ז ה;

כפלך שטווים בו, והוא ככדור קטן[314], אבל אם לא העגיל ראש כפיקה, אינו מטמא עד שיצא[315].

טומאת עובר חי — יש אומרים, שגם אם נטמאה אמו, הרי העובר החי הטהור נשאר טהור[316]; ויש אומרים, שעובר חי אין האם מצילתו מטומאה, ואם נטמאה היא, נטמא גם הוא[317], ומכל מקום לאחר שישבה על המשבר, אין העובר נטמא עמה[318].

טומאה בתאומים — אשה שילדה תאומים, שאחד חי ואחד מת, בעודם בתוך הרחם לא נטמא החי מן המת, אף על פי שנגעו זה בזה[319], ולאחר שיצאו — אם המת יצא ראשון, והוציאוהו מן הבית קודם לידת החי, החי טהור, ואם החי יצא ראשון, הרי הוא טמא[320].

זמן הטומאה — נחלקו הפוסקים אם עובר מת מטמא כבר כשהוא בפרוזדור[321]; או דווקא אם יצא מחוץ לבית החיצון, אבל בפרוזדור עצמו אין הוא מטמא[322].

נגעים — עובר אינו מטמא בנגעים[323].

גונב נפש — הגונב אשה מעוברת ומכר את עוברה בלבד, חייב מדין גונב נפש[324].

עובר עבד — אין העובר יוצא לחירות לאחר שייוולד בשן ועין של עצמו, כגון שהושיט ידו למעי שפחתו, וסימא עובר שבמעיה[325].

רמב״ם שם. **[314]** ראה פירושים אלו ברגמ״ה בכורות כב א; פיהמ״ש לרמב״ם ורע״ב אהלות ז ד; ערוך ע׳ פקא. **[315]** תוס׳ חולין עא א ד״ה והאשה; ר״ש ורא״ש אהלות ז ד. **[316]** שו״ת רדב״ז ח״א סי׳ ר; שו״ת שאילת יעבץ ח״ב סי׳ קעז; מג״א סי׳ שמג סק״ב; חזון נחום אהלות ז ה; ערוך לנר סוכה כא א. **[317]** ברכ״י או״ח סי׳ שמג אות ד; אבני מילואים סי׳ פב סק״א; אמרי ברוך לשו״ע יו״ד סי׳ שעא; מנ״ח מ׳ רסג סק״ג. וראה בשו״ת חת״ס חיו״ד סי׳ שנד, והגה״ה חת״ס לשו״ע או״ח סי׳ שמג. וראה בע׳ הריון הע׳ 152, בדין כניסת אשת כהן מעוברת לבית קברות. **[318]** מנ״ח שם. וראה במג״א סי׳ שמג סק״ב; דעת תורה יו״ד סי׳ שעא; שו״ת מנחת יצחק ח״י סי׳ מב אות ב. **[319]** פיהמ״ש לרמב״ם אהלות ז ה. **[320]** אהלות ז ה, דעת חכמים; רמב״ם טומאת מת כה יא. וראה באנציקלופדיה תלמודית, כרך יט, ע׳ טמאה בלועה, עמ׳ תקנה-תקנח, בביאור מצבים אלו. **[321]** רש״י נידה מב ב ד״ה דאמר וד״ה כגון; תוס׳ רי״ד, מאירי וריטב״א נידה שם. ובדעת הרמב״ם טומאת מת כה יב — ראה תויו״ט אהלות ז ד, שו״ת משיבת נפש חיו״ד סי׳ כב אות יב, סדרי טהרות אהלות ד׳ קכ ע״א ד״ה גזירה. **[322]** תוס׳ חולין סח א ד״ה אדם, ובכורות מו ב ד״ה באדם, ונידה מב ב ד״ה שהוציא; תוס׳ הרא״ש נידה מב ב, תי׳ א. וראה עוד תוס׳ חולין עב א ד״ה גזירה; רמב״ן ורשב״א חולין שם. וראה באנציקלופדיה תלמודית, כרך יט, ע׳ טמאה בלועה, עמ׳ תקנח והע׳ 312. ובגדרי הפרוזדור והבית החיצון — ראה ע׳ רחם וטפולות הע׳ 59 ואילך. וראה בע׳ לדה הע׳ 177 ואילך, בהגדרת רגע הלידה. **[323]** העמק שאלה שאילתא קסז אות יז, על פי נידה מד א. **[324]** סנהדרין פה ב, בשיטת רש״י שם ד״ה מכר. וראה בס׳ שבט מיהודה עמ׳ שנג בנידון. **[325]** קידושין כד ב; רמב״ם עבדים ה יב; טושו״ע יו״ד רסז לו. וראה פירוש הרשב״א והראב״ד המובא ע״י הרשב״א שם. וראה ש״ך שם סקמ״ו, וביאור הגר״א שם סקע״ד. וראה עוד באור שמח עבדים ה יב; צפנת פענח איסורי ביאה יב יא. וראה מאמרו של א. אפטוביצר, סיני, יא, תש״ב-ג, עמ׳ ט ואילך,

הכותב לשפחתו מעוברת, הרי את בת חורין וולדך עבד, דבריו קיימים; הרי את שפחה וולדך בן חורין, לא אמר ולא כלום[326].

ערכין — מעוברת נחשבת לגוף אחד עם העובר לעניין ערכין, שאין לעובר ערך נפרד בדיני ערכין[327].

ז. דיני עובר בהמה

בענייני יורה דעה

בן פקועה — בהמה שנשחטה, ונמצא בתוכה עובר, הוא נקרא בן פקועה. אם הוא בן שמונה חדשים חי או מת, או שהוא בן תשעה חדשים מת, הרי זה מותר באכילה לאחר שחיטת אמו, ואינו טעון שחיטה[328], וכן אם הוא בן תשעה חי, ובלבד שלא הפריס על גבי קרקע, הרי זה מותר באכילה, ואינו טעון שחיטה; אבל אם הפריס על גבי קרקע, היינו שעמד על רגליו והלך[329], הרי הוא טעון שחיטה מדרבנן, ואפילו בדיעבד אסור באכילה אם לא נשחט[330].

שיליה — השוחט בהמה מעוברת ומצא בה שיליה, אם אין דעתו קצה עליו מחמת המיאוס, יכול לאכול אותה; ושיליה שיצאה מקצתה, ושחט את הבהמה, אם היתה שיליה זו קשורה בוולד, מה שיצא ממנה אסור, והשאר מותר; ואם לא היתה קשורה בו, כולה אסורה, ואין צריך לומר שאם לא נמצא בבטן וולד כלל, שהשיליה כולה אסורה[331].

אותו ואת בנו — מותר לשחוט בהמה מעוברת, אף על פי שבשחיטתו מתיר גם את העובר, ואין בזה דין אותו ואת בנו[332].

שחיטת עובר — השוחט עובר במעי אמו, אין זה נקרא שחיטה[333]. יש הסבורים, שבכל מקרה זו שחיטה פסולה מדין חלדה[334]; ויש מי שכתב, שהיינו דווקא אם יצא העובר לאוויר העולם לאחר שחיטתו, וקודם שחיטת אמו, שאז שחיטתו נבלה מספק, אבל אם לא יצא קודם שחיטת אמו, ניתר בשחיטת אמו כמו כל עובר[335]. יש מי שהסתפק, אם מתה האם ואחר כך שחט את העובר שבמעיה,

שהלכות אלו תלויות במחלוקת אם עובר ירך אמו או לא. **[326]** קידושין סט א; תמורה כה ב — מחלוקת; רמב״ם עבדים ז ה. וראה שם בהשגות הראב״ד, כס״מ ולח״מ. **[327]** משך חכמה ויקרא כז ד. **[328]** חולין עד א; רמב״ם מאכלות אסורות ה יג-יד; טושו״ע יו״ד יג ב. **[329]** ערוך ע׳ פרס; רש״י חולין עד ב ד״ה הפריס; פיהמ״ש לרמב״ם חולין שם; רמב״ם אבות הטומאות ב ז; תבו״ש יו״ד סי׳ יג סק״ו; דעת תורה שם סק״ג. אך יש שהחמירו גם אם עמד, אף על פי שלא הלך — ראה או״ז ח״א סי׳ תמ; ב״ח יו״ד סי׳ יג; כרתי שם סק״ג.

[330] נקוה״כ יו״ד שם; תבו״ש שם. אמנם בט״ז שם סק״ד התיר בדיעבד. וראה אנציקלופדיה תלמודית, כרך ג, ע׳ בן פקועה, עמ׳ שסז-ח, בגדרי היתר בן פקועה ללא שחיטה. **[331]** חולין עז א; רמב״ם מאכלות אסורות ה יג. וראה בהשגות הראב״ד ובמ״מ שם. דין קבורת שיליה — ראה ע׳ אברים ורקמות, הע׳ 50 ואילך. **[332]** רמב״ם שחיטה יב י; טושו״ע יו״ד טז י. **[333]** חולין עד א, בעיא שלא נפשטה; רמ״א יו״ד יד ו. **[334]** עט״ז, הובא בש״ך שם סקי״ד; שו״ת שבות יעקב ח״א סוסי׳ מה, בדעת הרמב״ם. וראה בבאה״ט שם סקי״ב. **[335]** ש״ך שם. וראה בחי׳

אם מועילה השחיטה במצב כזה או לא[336].

הוציא עובר איבר — המושיט ידו למעי בהמה מעוברת, וחתך מן העובר שבה ולא הוציאו, ואחר כך שחט את הבהמה, הרי חתיכת העובר או אברו מותר, הואיל ולא יצא[337].

עובר שהוציא ידו או רגלו, נאסר אותו חלק של האיבר שיצא לחוץ לעולם, בין שחתכו קודם שתשחט אמו, בין שחתכו לאחר שנשחטה אמו, ואפילו החזיר אותו איבר למעי אמו, ואחר כך נשחט, או נולד הוולד וחיה כמה שנים, הרי אותו האיבר אסור משום טריפה[338], אבל מה שנשאר בתוך הגוף — מותר[339]. והיינו דווקא בעובר הניתר בשחיטת אמו, וקודם שנשחטה אמו הוציא אחד מאיבריו, אבל אם נולד קודם שחיטת אמו, אין איבריו של העובר אסורים, כי שחיטת עצמו מתיר הכל[340].

עובר שהוציא איבר ונאסר האיבר, ואחר כך נשחטה האם, והוציאו את העובר והרי היא נקבה, החלב שלה אסור לשתותו מספק[341], אבל אם קדמה לידתו לשחיטת האם, החלב מותר[342].

טריפה — בהמה מעוברת שנטרפה, אין הוולד טריפה, משום שלעובר יש חיות בפני עצמו, וטריפות תלויה בחיות[343].

גיד הנשה — נחלקו תנאים[344] ופוסקים אם איסור גיד הנשה נוהג בעובר של בעל חיים[345].

בענייני חושן משפט

נזיקין — פרה מעוברת שהזיקה, גובה הניזק חצי הנזק ממנה ומוולדה, מפני שהוא כגופה[346]. וכשהיתה מעוברת בשעת נגיחה ואבדה הפרה, גובה כל חצי הנזק מהוולד[347].

פרה מעוברת שהזיקה וילדה, והיתה היא של אחד והעובר של אחר, כגון שמכר לו פרה חוץ מעוברה, גובה מהפרה רביע נזק, ומהעובר רביע נזק[348].

פרה מעוברת שהמיתה, ואחר כך ילדה וולד, הרי הוא אסור בהנאה כדין שור הנסקל, והיינו דווקא אם הפרה התעברה

רעק״א שם. **[336]** חי׳ רעק״א שם. **[337]** חולין סח א; רמב״ם מאכלות אסורות ה ט; טושו״ע יו״ד יד ו. **[338]** חולין שם; רמב״ם שם; טושו״ע יו״ד יד ב. **[339]** חולין שם; רמב״ם שם י; טושו״ע שם. **[340]** כס״מ שם; ישׁ״ש חולין פ״ד סי׳ א; רמ״א שם. **[341]** חולין סט א, תיקו; רמב״ם מאכלות אסורות ה יב; טושו״ע יו״ד יד ה. **[342]** באר הגולה שם, אות ט. **[343]** חולין נח א, מחלוקת; תוס׳ סנהדרין פ ב ד״ה עובר. וראה שו״ת חוות בנימין ח״ב סי׳ סח. **[344]** חולין פט ב; שם צב ב. **[345]** ראה שיטות הפוסקים בנידון באנציקלופדיה תלמודית, כרך ו, ע׳ גיד הנשה, עמ׳ י-יג. **[346]** ב״ק מז א; רמב״ם נזקי ממון ט א; טושו״ע חו״מ שצט א. **[347]** ב״ק שם; טושו״ע שם. וראה שיטות הראשונים בנידון באנציקלופדיה תלמודית, כרך טז, ע׳ חצי נזק, עמ׳ תקעג. **[348]** ב״ק מו ב. ונחלקו ראשונים אם דינים אלו משתנים לפי השיטות אם עובר ירך אמו או לאו ירך אמו הוא, או שדינים אלו אינם קשורים בגדר הבסיסי הנ״ל — ראה תוס׳ ב״ק מז א ד״ה מאי; נימוק״י שם; ס׳ המכריע סי׳ סה; פסקי ריא״ז פ״ה ה״א; חי׳ רמב״ן חולין נח א; שטמ״ק ומאירי ב״ק מז א; תורת חיים ב״ק שם. וראה לעיל הע׳ 194 ואילך.

קודם גמר דין וילדה אחריו, אבל אם ילדה לפני גמר דין, או נתעברה אחרי גמר דין, לא נאסר הוולד[349].

גניבה — הגונב שור או שה ומכר חוץ מעוברה, לשיטה הסוברת שעובר ירך אמו, הרי זה נחשב כשיור, ופטור מתשלומי ארבעה וחמישה; ולשיטה שעובר איננו ירך אמו, הדבר ספק[350].

מקח וממכר — בלשון בני אדם לעניין משא ומתן נחשבים העובר ואמו כגוף אחד, אפילו לשיטת הסוברים להלכה שעובר לאו ירך אמו הוא[351].

המוכר עובר בהמתו או שפחתו לחברו, לא אמר כלום[352]. יש אומרים, שדין זה נכון אפילו אם היתה הבהמה או השפחה מעוברת, ואפילו אם כבר הוכר העובר, בכל זאת נחשב כדבר שלא בא לעולם[353], ומכל מקום אם מכר את עובר פרתו לאחר שנשחטה האם — המכירה קיימת, אפילו אם העובר עדיין במעי אמו, כי הוא נחשב כיילוד המונח בקופסא[354]; ויש אומרים, שאם היתה כבר מעוברת, ואם הוכר כבר עוברה, נחשב כדבר שבא לעולם, והקנין חל[355].

בעניינים עתידיים

קרבנות — נחלקו תנאים בעניין עובר במעי בהמה טריפה שנולד אם קרב למזבח או לא, והמחלוקת תלויה בשאלה אם עובר ירך אמו או לא[356].

וולד קדשים, היינו בהמה שלא הוקדשה לקרבן על ידי אדם אלא נולדה מבהמה המוקדשת לקרבן, הרי הוא קדוש כאמו[357], וקדושתו חלה כבר במעי אמו[358]. דין זה הוא דווקא אם הקדיש בהמה ריקנית, ואחר כך נתעברה וילדה[359], אבל אם הקדיש בהמה מעוברת וילדה, תלויה השאלה אם עובר ירך אמו, או לאו ירך אמו[360].

נחלקו אמוראים בשאלה אם אפשר להקדיש עובר במעי אמו לקרבן[361], ונפסק להלכה שאמנם אפשר לעשות זאת[362].

דין אתנן אינו חל על העובר של בהמה,

[349] סנהדרין פ ב; רמב״ם נזקי ממון יא יב. **[350]** ב״ק עח ב. וראה רמב״ם גניבה ב יב, ובמ״מ שם. **[351]** תוס׳ ב״מ עט ב ד״ה השתא. **[352]** ירושלמי דמאי ו ב; קידושין א ד; ב״ב ג א; רשב״א גיטין מב ב; רא״ש ב״ב פ״ד סי׳ ז; טושו״ע חו״מ רט ד. **[353]** תוס׳ בכורות ג ב ד״ה דקא; רשב״א ור״ן קידושין סב ב; הג״א ב״ב פ״ט סי׳ ה בשם הר״י; טושו״ע יו״ד שכ ו. **[354]** קצוה״ח שם סק״ג. **[355]** הג״א ב״ב שם לדעת רשב״ם; מחנה אפרים הל׳ מוכר דבר שלא בא לעולם סי׳ א; קצוה״ח סי׳ רט סק״א; ח״מ אבהע״ז סי׳ מ סקי״ד; אבני מילואים שם סקי״ג. וראה בנתיבות המשפט שם סק״ב; ביאור הגר״א יו״ד סי׳ שכ סק״י, וביאור הגר״א אבהע״ז סי׳ מ סק״ט. **[356]** חולין נח א. **[357]** תמורה יז ב; רמב״ם תמורה ד יג. **[358]** רמב״ם תמורה ד ג,יג. ושאלה זו היא מחלוקת תנאים — זבחים צח א; חולין פט ב; תמורה יא א; שם כה א. וראה בנידון באנציקלופדיה תלמודית, כרך יא, ע׳ ולדות קדשים, עמ׳ תפג-ד. **[359]** ראה רש״י תמורה כה א ד״ה אבל. **[360]** תמורה כה א. **[361]** תמורה י א. **[362]** ראה רמב״ם מעשה הקרבנות טו ח. וראה שו״ת בנין ציון החדשות סי׳ צז. וראה עוד בקצוה״ח סי׳ רט סק״א.

ולפיכך הוולדות מותרים לקרבן[363], ואפילו אם נתן לזונה בהמה מעוברת וילדה, הוולד מותר[364]. נתן לזונה את העובר בלבד לאתנן, הרי זה נאסר[365].

חטאת — הפריש חטאת מעוברת וילדה, רצה מתכפר בה, רצה מתכפר בוולדה, כי עובר לאו ירך אמו, והרי הוא כמי שהפריש שתי חטאות[366].

פרה אדומה המעוברת — פסולה, ואפילו עלה עליה זכר שלא מדעת בעל הפרה, כי עובר לאו ירך אמו, ונפסלת מחמת מלאכה שנושאת עוברה בקרבה[367].

טומאה — בהמה שמת עוברה בתוך מעיה, והושיט הרועה את ידו ונגע בו, בין בבהמה טמאה, בין בטהורה, הרי זה הנוגע טהור, עד שיצא הנפל לאוויר העולם[368].

הוציא עובר איבר — בהמה המקשה לילד, והוציא העובר את ידו וחתכה, ואחר כך שחט את אמו, האיבר שנחתך נבילה, ושאר בשר העובר טהור; שחט את אמו, ואחר כך חתכה, האיבר כטריפה שנשחטה, ושאר בשר העובר מגע טריפה שחוטה, שהיא מטמאה את הקודש, אבל לא את התרומה; הוציא העובר את ידו בין שחיטת סימן לשחיטת סימן וחתכו, מצטרף שחיטת סימן לסימן לטהר האיבר מידי נבילה[369].

שיליה — השוחט את הבהמה ומצא בה שיליה, אינה מטמאה לא טומאת אוכלין, ולא טומאת נבילה; חישב עליה לאכילה, מטמאה טומאת אוכלין, אבל לא טומאת נבילות[370].

ח. רקע אתי

תחילת החיים — מבחינה מדעית לא ניתן להגדיר את המושג 'חיים', ולא ניתן לקבוע מתי 'חיים' מתחילים. הדיון על משמעות החיים, תחילתם וחשיבותם הוא דיון דתי, מוסרי, משפטי וחברתי, ולא דיון מדעי.

ואמנם נחלקו החוקרים והפילוסופים מקדמת דנא ועד ימינו מאימתי מתחילים החיים, והאם יש לעובר בשלב כלשהו מעמד וזכויות של יצור חי[371]. למשל, הסינים מחשיבים את תחילת החיים מרגע ההפריה, ולפיכך מונים הם את שנות חייהם בתשעה חדשים יותר ממנין שנות החיים המקובלת בחברה המערבית, שהיא מיום הלידה. הכנסיה הנוצרית מלמדת כי הנשמה נכנסת לגוף העובר מרגע הפרייתו, ולפיכך מעמדו וזכויותיו כאדם מלא

[363] תמורה ל ב; רמב"ם איסורי מזבח ג יב. וראה כס"מ ולח"מ סופ"ד; קצוה"ח סי' רט סק"א. **[364]** תוס' תמורה שם ד"ה דניחא. וראה אור שמח תמורה ג יב. **[365]** זבחים קיד א. **[366]** תמורה כה א; רמב"ם פסולי המוקדשין ד ו. וראה בלח"מ שם. **[367]** משנה פרה ב א, מחלוקת. וראה רמב"ם וראב"ד פרה אדומה א ז. **[368]** חולין ע ב; רמב"ם אבות הטומאה ב ב. **[369]** חולין עב א-ב; רמב"ם אבות הטומאות ב ט. **[370]** חולין עז א; רמב"ם טומאת אוכלין ב טו. **[371]** על דעות הקדמונים בשאלה אם העובר הוא חי עצמאי או לא — ראה לעיל בחלק ההיסטורי. המחלוקת של הקדמונים בשאלה ממתי נכנסת הנשמה לגוף העובר סוכמה בספרו של פלוטארכוס — *De Placitis Philosophorum* 5:15.

נקבעים מרגע ההפריה[372].

מעמדו של העובר כישות עצמאית נתון בוויכוח[373]. יש הרואים בו ישות עצמאית, בהיותו אישיות פוטנציאלית, אלא שנחלקו בשלב ההתפתחות שבו מוקנים לו זכויות כישות עצמאית[374], כגון מרגע ההפריה, מרגע ההשרשה של הביצית המופרית ברחם, משלב שניכרים בו באופן חיצוני סימנים אנושיים, משלב שבו מתחילה פעילות מוחית, משלב שמתחילות תנועות העובר, או משלב שבו העובר יכול להתקיים מחוץ לרחם, דבר הקורה כיום לאחר שבוע 20 להריון, במשקל לידה של כ-500 גר׳, אם כי גבול החיים העצמאיים של העובר הולך ויורד, ולפיכך הגדרה זו תלויה במצב רפואי-טכנולוגי משתנה; יש הסבורים, שמעמדו של העובר הולך וצובר זכויות על פי שלבי התפתחותו; ויש הסבורים, שאין לעובר מעמד עצמאי כלל, בהיעדר מאפיינים של אישיות עצמאית בעובר[375].

עוד יש הסבורים, שיש להעניק לעובר מעמד מוסרי לא בזכות עצמו אלא בגין התוצאות החיוביות ביחסי אנוש שיש לגישה זו, ובגין הדמיון שיש לעובר אל יצור אנושי, למרות שהוא עצמו טרם הגיע להגדרה מלאה של יצור כזה. לפי גישה זו, ככל שהעובר קרוב יותר לבשלות וללידה, ועקב כך דמיונו הגובר לתנאים המגדירים יצור אנושי, תביעתו לזכויות מוסריות גדולה יותר[376]. ואמנם עם ההתקדמות הטכנולוגית והידע ברפואת המיילדות גוברת המגמה לראות בעובר פציינט עם זכויות עצמאיות, וצורך וזכות להגנה[377].

כמו כן קיים וויכוח האם יש זכויות כלשהם רק לעובר בתוך הרחם, או שיש להעניק זכויות והגנות גם לקדם-עוברים שטרם הושתלו ברחם. שאלה זו היא בעלת חשיבות רבה ביחס למחקר על ביציות מופרות חוץ-גופיות, כגון עניין תאי הגזע[378], בדיקות גנטיות טרום-השרשתיות, או השמדת ביציות כאלו[379].

זכויות עובר — ביחס לדרגת הזכויות של עובר יש שלוש דעות:

יש הסבורים, שאין לעובר כל זכויות עצמיות, אלא הוא חלק אינטגרלי של גוף

[372] המצב הזה מכונה — de animatione foetus. וראה לעיל. יש לציין כי הכנסיה הקתולית לא סברה שיש לביצית מופרית מעמד של אדם מלא עד שנת 1869, ושינוי זה נכנס לחוק הכנייסתי הרשמי רק בשנת 1917. **[373]** ראה בע׳ הפלה ברקע האתי. **[374]** ראה לעיל בחלק המדעי על זמני ההתפתחות העוברית. **[375]** הוויכוח על הגדרת ׳האישיות׳ המעניקה זכויות היא עתיקה ורחבה בפילוסופיה, וטרם נפתרה מהיבט זה — ראה לדוגמא Lockwood M, *Bioethics* 2:187, 1988; Hare RM, *Bioethics* 2:214, 1988; Buckle S, *Bioethics* 2:227, 1988; Crosby JF, *J Med Philo* 18:399, 1993; Engelhardt HT, *J Med Philo* 18:419, 1993. וראה — Caffara C, *Fetal Ther* 4(Suppl 1):12, 1989. **[376]** ראה סיכום דעות אלו — Strong C and Anderson GD, In: Gillon R (ed), *Principles of Health Care Ethics*, Chichester 1994, pp. 587-600. **[377]** ראה — Harrison MR, et al (eds), *The Unborn Patient: Prenatal Diagnosis and Treatment*, 2nd ed, Philadelphia, 1991. **[378]** ראה ע׳ שיבוט אדם ותאי גזע(ב). **[379]** ראה בע׳ הפריה חוץ-גופית הע׳ 173

האם; יש הסבורים, שלעובר זכויות מלאות ומוחלטות כמו לכל יצור אנושי אחר; ויש הסבורים, שלעובר יש זכויות מסויימות, אך לא זהות לזכויות הנולד.

טיפולים תוך-רחמיים — ההיבטים המוסריים הקשורים בטיפולים בעובר בהיותו ברחם מתבטאים במספר בעיות: זכות האם לאוטונומיה, והצורך בהסכמתה המודעת לטיפול בעובר שבגופה, ובפרט אם טיפול זה כרוך בפגיעה בשלימות גופה, לעומת זכות העובר לקבלת טיפול יעיל, ולמניעת נזקים הניתנים לתיקון[380]; היסוד המחקרי והבלתי וודאי בשלב זה של הצלחות בטיפולים אלו[381]; החלוקה הצודקת של משאבים מוגבלים, והאם מוצדק להשקיע הוצאות רבות במחקר ובטיפול בעובר שטרם נולד, על חשבון הטיפולים הנחוצים באנשים חיים[382]; שאלת האפשרות לתביעת ההורים ו/או הרופאים על ידי היילוד על רשלנות באי-טיפול יעיל בהיותו עובר[383].

כמו כן מתעורר הקונפליקט בין זכות האשה לדרוש הפלה במקרים של מומים בעובר, לפחות בשלבים המוקדמים של ההריון (ובאותן מדינות שהדבר אפשרי על פי החוק והנורמה המוסרית), לבין האפשרות לטפל בעובר הפגוע, ולקוות שיוכל לחיות בתנאים נאותים. בעיה זו מבוססת על הקונפליקט שנוצר בגלל ראיית העובר כמטופל בעל זכויות עצמיות[384].

טיפול באם לטובת העובר — כאשר נוצר צורך להגן על העובר מפני נזק או מוות, כגון צורך בטיפול בו דרך גופה של האם[385], או צורך בשינוי אורחות חייה של האם[386], כאשר התנהגותה עלולה לגרום נזק לעובר, מתעוררת השאלה המוסרית האם מוצדק לכפות על האשה טיפול בגופה, או פיקוח על דרכי חייה, לטובת עוברה[387]. יש הסבורים, שהזכות לאוטונומיה של האם תמיד גוברת על זכות העובר, ולעולם אין לפגוע בחירותה למען העובר, ולפיכך אין לכפות עליה פגיעה בגופה או באורחות חייה לטובתו של העובר. לחיזוק גישה זו מתווספות גם טענות מעשיות שונות: כפיה כזו עלולה להרחיק את האשה המעוברת ממעקב

ואילך. **[380]** ראה לעיל ברקע המדעי. **[381]** על מערכת השיקולים המוסריים הנוגעים לשלבי המעבר בין ניתוחים עובריים ניסויים לניתוחים כאלו כטיפול מקובל — ראה Chervenak FA and McCullough LB, *Am J Obstet Gynecol* 187:10, 2002. על ניסויים רפואיים באופן כללי — ראה ע׳ נסויים רפואיים בבני אדם. **[382]** על היחס למשאבים מוגבלים באופן כללי ראה ע׳ משאבים מגבלים. **[383]** ראה ע׳ רשלנות רפואית. **[384]** ראה — Fletcher JC, *JAMA* 246:772, 1981. וראה עוד על הבעיות המוסריות הכרוכות בטיפול בעובר, והנוצרות בגין היכולת לטפל בעובר — Barclay

WR, et al, *JAMA* 246:1550, 1981; Robertson JA, *J Leg Med* 3:333, 1982; Elias S and Annas GJ, *Am J Obstet Gynecol* 145:807, 1983; Dudenhausen JW, *J Perinatol Med* 12(Suppl 1):17, 1984; Fletcher JC, *Semin Perinatol* 9:130, 1985; Johnsen DE, *Yale Law J* 95:599, 1986; Sgreccia E, *Fetal Ther* 4(Suppl 1):16, 1989 **[385]** ראה לעיל ברקע המדעי. **[386]** כגון, כפיה להפסקת שימוש בסמים, להפסקת עישון, או לטיפול נאות בסוכרת של האם. **[387]** ראה — Strong C and Anderson GD, In: Gillon R (ed), *Principles of Health Care Ethics*, Chichester, 1994, pp.

וטיפול רפואי נאות, ובכך לסכן אותה ואת עוברה, היא עלולה להוביל לדרישות פיקוח על הנשים גם לפני הריונן למען שמירה נאותה על עובר עתידי, ומכל מקום כפיה כזו יכולה להיות קשה ואף בלתי אפשרית מבחינה מעשית ולאורך זמן[388]; ויש הסבורים, שאמנם בדרך כלל יש לכבד את זכות האוטונומיה של האשה, אבל לעתים רחוקות יש הצדקה להעדיף את זכויות העובר, גם במחיר כפיה על האם, ובלבד שהתקיימו שני תנאים לכך: שאין בטיפול הכפוי לטובת העובר סיכון כלשהו לחייה או לבריאותה של האם, ושיש סיבות הכרחיות ומוצדקות ביותר לפגוע בזכות האוטונומיה של האשה, למשל סיכון לחיי העובר, מניעת נזק חמור לעובר, שמירה על ההגינות המוסרית של הרופא ו/או של הערכים בחברה. בדרך כלל יש צורך בשילוב של גורמים כאלו על מנת להצדיק פגיעה באוטונומיה של האשה[389].

ואמנם יש מדינות, שהכירו בחובה להגן על העובר, גם כאשר זכותו זו מתנגשת עם זכויות האם, כגון כאשר קיימת סכנה להמשך קיומו של עובר בר-חיים, עומדת למדינה הזכות לכפות על האם טיפול רפואי על מנת להציל את העובר, ובלבד שאין בטיפול הזה משום סכנה לאם, ויש סבירות גבוהה להצלת העובר מפני נזק משמעותי. זכות כזו יכולה לעמוד לעובר גם במקרים שהאם מכורה לסמים או לאלכוהול, או כשהיא מתנגדת לטיפול מטעמי אמונה דתית. יש מערכות משפטיות בעולם הרואות בפגיעה של האם בעוברה משום עברה פלילית ואזרחית, עם יכולת תביעת פיצויים מצד העובר לאחר לידתו, אם אמנם נגרם לו נזק בגין התנהגותה הרשלנית של האם[390].

על פי התפיסה המשפטית בארה״ב אין כל אפשרות לכפות על אשה מעוברת לקחת סיכון עצמי למען עוברה, כולל ניתוח קיסרי[391], ובדרך כלל מומלץ שהרופאים לא ינקטו ביוזמה לכפית האשה לקחת סיכונים על עצמה לטובת העובר, אלא ידאגו להסבר נאות על הצרכים הרפואיים המתאימים[392]. אמנם יש הסבורים, כי זכות האם לאוטונומיה איננה מוחלטת, ובתנאים מוגדרים יש מקום לכפות על האם ניתוח קיסרי להצלת העובר, כגון מצב של שילית-פתח, כאשר ברור שהעובר לא יוכל להיוולד חי בלידה נרתיקית, וכאשר מדובר בעובר בריא ושלם[393]. כמו כן יש הסבורים, שבמצבי חירום בהם יש צורך לבצע ניתוח קיסרי

[388] ראה — Johnsen D, *Hastings Cen Rep* 17:33, 1987; Nelson LJ and Milliken N, *JAMA* 259:1060, 1988; Field MA, *Law Med Health Care* 17:114, 1989; Purdy LM, *Bioethics* 4:273, 1990; Strong C, *Obstet Gynecol* 78:861, 1991; Strong C and Anderson GD, In: Gillon R (ed), *Principles of Health Care Ethics*, Chichester, 1994, pp. 587-600.

[389] ראה — Brahams D, *Lancet* 2:1572, 1990.

[390] ראה עוד — Tuohey JF, The Board of Trustees, AMA, *JAMA* 264:2663, 1990; Goldbeck-Wood S, *BMJ* 314:1143, 1997.

[391] Annas GJ, *Hastings Cen Rep* 12:16, 1982; Kolder VEB, et al, *N Engl J Med* 316:1192, 1987; Annas GJ, *N Engl J Med* 316:1213, 1987.

[392] *Pediatrics* 88:1268, 1991.

[393] Jurow R and Paul RH, *Obstet Gynecol* 63:596, 1984; American Academy of Pediatrics, *Pediatrics* 81:898, 1988; Elkins

בדחיפות רבה, יש לבצע ניתוח זה גם בניגוד לרצונה של האם, ואפילו ללא קבלת צו מבית המשפט, אך בתנאי שמדובר במצב שניתוח קיסרי אמור למנוע מוות או נזק חמור בעובר בסבירות גבוהה מאד, שאין לאשה מחלות או בעיות שבגינן הניתוח הקיסרי עלול להזיק לה מעבר לסבירות הרגילה, ושאין מספיק זמן לדיון משפטי[394]. כמו כן יש המלצה מטעם ההסתדרות הרפואית האמריקאית לפנות לערכאות משפטיות כדי לכפות טיפול על אשה בהריון בתנאי שאין בטיפול סיכון כלשהו לאשה, והטיפול נחשב כחיוני וכיעיל למניעת נזק משמעותי בעובר[395]. ואמנם, בשנים האחרונות מסתמנת מגמה גוברת והולכת במערכת המשפטית בארה״ב לפיקוח על נשים בהריון לטובת העוברים, כולל דרישת החובה לטיפול בעובר דרך האם[396], והאשמת נשים הרות בשימוש בסמים או באלכוהול בהריון, כפעולה הפוגעת בבריאותו של העובר[397]. כמו כן דווח בשנים האחרונות על מספר מקרים שבתי המשפט בארה״ב כפו על אשה מעוברת ניתוח קיסרי להצלת העובר[398].

מבחינה אתית הוויכוח בין הגישות השונות הוא בעקרון האוטונומיה מול עקרון ההטבה לזולת. אם עקרון האוטונומיה הוא מוחלט, או למיצער גובר על כל עקרון מוסרי אחר, הרי שסירובה האוטונומי של האם לפעולה פולשנית בגופה עדיף על פני הצלת חייו של העובר; לעומת זאת, אם הטבה לזולת היא ערך חשוב, הרי שיש לאזן אותו מול ערך הפגיעה באוטונומיה ומול ערך מניעת גרימת נזק לזולת. לאור העובדה שבמקרים הנידונים אי-ביצוע הניתוח הקיסרי יביא למותו של העובר, או לנזק משמעותי לבריאותו ולתיפקודו העתידי, ולעומת זאת הנזק שייגרם לאם בניתוח קיסרי בתנאים רפואיים מודרניים הוא זעום וזניח, יש להעדיף את הצלת העובר על פני כיבוד האוטונומיה של האם. היבט נוסף לוויכוח האתי נוגע למעמדו של העובר מול זכויותיה של האשה. יש הסבורים, שאין לעובר מעמד אנושי כלשהו, ולפיכך מותרת לדעה זו הפלתו גם ללא סיבה ראויה. על פי גישה זו אין לפגוע באוטונומיה של האשה עבור פעולה למען יצור חסר מעמד; לעומת זאת אם יש לעובר מעמד אנושי פוטנציאלי, ואם מתייחסים אנו לעובר כמטופל שיש לדאוג לטובתו ולבריאותו, הרי שאין לקבל את סירוב האשה לעזרה לעובר אם לא צפוי לה נזק משמעותי[399].

TE, et al, *Am J Obstet Gynecol* 161:150, 1989. **[394]** Chervenak FA, et al, *Obstet Gynecol* 82:1029, 1993. **[395]** AMA Board of Trustees, *JAMA* 264:2663, 1990. **[396]** Kolder VEB, et al, *N Engl J Med* 316:1192, 1987. **[397]** Chavkin W, *JAMA* 266:1556, 1991. **[398]** ראה — Curran WJ, *N Engl J Med* 323:489, 1990. וראה עוד בנידון — ד. פלג וצ. בן-רפאל, הרפואה קלג:50, 1997. **[399]** ראה ערך הפלה. וראה סיכום גישות אתיות שונות בנידון במאמר — Chervenak FA and McCullough LB, *Obstet Gynecol* 66:442, 1985. וראה לעיל בדיון ההלכתי, שעל פיו המחלוקת איננה קשורה כלל לעקרונות האוטונומיה או זכויות האם מול זכויות העובר, אלא לשאלה אם מותר או צריך או אסור לאדם

׳הולדה בעוולה׳[400] — זכות העובר להיוולד מחד גיסא, וזכותו שלא להיוולד פגום מאידך גיסא יוצרים מערכת מוסרית חברתית ומשפטית מורכבת. בשנים האחרונות התרבו התביעות המשפטיות בארה״ב ובאנגליה[401], וגם בישראל[402], מצד יילודים שנולדו פגומים בגלל רשלנות רפואית בייעוץ טרום-לידתי, שיכול היה למנוע את לידתו על ידי ביצוע הפלה. מצב זה מכונה ׳הולדה בעוולה׳, והוא מושתת על התפיסה הרעיונית של ׳טוב מותי מחיי׳[403].

יש הסבורים, שכאשר נולד תינוק עם מומים גופניים ושכליים קשים, הגורמים לו ולסביבתו לסבל רב, ואשר ניתן היה לאבחן את המצב לפני ההריון ולמנוע את ההריון, או במהלך ההריון ולבצע הפלה, והדבר נמנע בגין רשלנות רפואית, יש מקום לתביעה משפטית בנידון. כמו כן נידונה סוגיא מוסרים ומשפטית חמורה הנוגעת לתביעה של יילודים פגומים נגד הוריהם, כגון שידעו ההורים כי הם צפויים ללדת וולד עם מומים חמורים, ובכל זאת החליטו על ההריון והלידה; או שנודע להורים במהלך ההריון על התפתחות עובר עם מומים חמורים, ובכל זאת החליטו להימנע מהפסקת ההריון; או שנהגה האם במהלך ההריון בצורה רשלנית מבחינה רפואית, כגון שלא טיפלה כראוי במחלותיה ובכך גרמה נזק לעובר, או שעשתה פעולות הגורמות נזק לעובר כמו עישון ושימוש בסמים וכיו״ב. בכל אלו עולה השאלה אם יש עילה מוסרית והמשפטית לעובר לתבוע את אמו או הוריו על עצם היווצרותו[404].

לעומתם, יש המתנגדים ליישום מעשי של גישות אלו בגלל סיבות אחדות: חשש לריבוי המלצות להפלות מצד הרופאים גם במצבים של פגמים מיזעריים בעובר, או אפילו בחשדות רחוקים למומים בעובר, על מנת להימנע בעתיד מתביעות מסוג זה; חשש להידרדרות לתביעות בלתי סבירות ובלתי ניתנות לשליטה, כגון תביעה של ילד נגד הוריו שידעו על מחלתו בהיותו עובר ולא גרמו להפלתו (כגון אשה שחלתה באדמת או באיידס); תביעה נגד אם שנהגה ברשלנות בעת ההריון (כגון חוסר מעקב הריון מסודר, עישון או שימוש באלכוהול בהריון), ועקב כך נגרם נזק לעובר; תביעה נגד הורים שנושאים מחלות תורשתיות על עצם ההריון בתנאים אלו; תביעה נגד הורים שגרמו להריון מחוץ למסגרת הנישואין, ועקב כך גרמו סבל חברתי-נפשי לתינוק; תביעה נגד המדינה כאשר נגזר עונש מאסר על אשה מעוברת, בעוד העובר נכלא יחד עמה בכלא ללא שביצע כל פשע, וללא משפט; קשיים בקביעת תחשיב הפיצוי והנזק, שכן לא מדובר במצב שהילד יכול היה להיוולד בריא

[400] wrongful life. ראה לעיל בהיבטים ההלכתיים, ולהלן בהיבטים המשפטיים. **[401]** ראה — Engelhardt HT, *Am J Obstet Gynecol* 151:313, 1985 ;Brahams D, *Lancet* 1:691, 1982; Carmi A, *Med Law* 9:777, 1990.

[402] ראה להלן ברקע המשפטי. **[403]** יונה ד ח. **[404]** בית משפט בארה״ב דחה תביעה כזו — ראה Zepeda v. Zepeda (1963) 190 N.E. 2d 849 (App. Ct. III), ובקליפורניה נחקק חוק המחסן הורים מפני עילה זו — Immunity from Liability, 43.6(a) West's Ann. Cal.

ושלם, ועקב רשלנות נולד יילוד פגום, שאז מחשבים את ההפרש בין ילד בריא לילד פגוע, אלא מדובר בתביעות על הולדה בעוולה במצב של אי-לידה לעומת לידת יילוד פגום, ללא אופציה של לידת ילד בריא, והשאלה היא כיצד מחשבים אי-חיים לעומת חיים באיכות נמוכה. עוד יש שהעלו טענה לתביעה הפוכה, היינו תביעה נגד הורים או רופאים על ביצוע הפלה, ועקב כך מניעת הזכות להיוולד, כאשר היו סיכויים גבוהים ללידת ילד בריא, או ילד עם פגמים מיזעריים שאינם פוגעים באיכות החיים במידה המצדיקה את הגישה של 'טוב מותי מחיי'[405]. כמו כן יש בעקרון העומד מאחורי תביעות כאלו משום פגיעה והטלת דופי בנכים ובעלי מומים, שכן המסר החברתי הוא שאנשים כאלו עדיף להם ולעולם שלא היו נבראים כלל, וכן יש בזה היגד מוסרי שזכותם לחיים של נכים ומוגבלים למיניהם פחות מזה של בריאים ושלמים.

סיקור גנטי — קיימות מחלות תורשתיות רבות ומגוונות שניתן לאתרם בשלבים עובריים שונים. חלק מהמחלות הללו ניתנות לאיתור כבר כיום, וחלק גדול מהם צפוי שבעתיד יהא ניתן לאתרם — חלקן בעלות משמעות מיזערית, וחלקן חמורות, חלקן קטלניות, וחלקן גורמות לתחלואה קשה, חלקן באות לידי ביטוי בגיל הרך, וחלקן יבואו לידי ביטוי רק בגיל מתקדם[406]. השאלה המוסרית העומדת לדיון היא: האם יש הצדקה לאתר כל מחלה תורשתית, גם אם הביטוי שלה הוא מיזערי, ובעיקר אם הביטוי הקליני שלה הוא בשלב מאוחר בחיים[407].

הבעיות המוסריות הקשורות בתהליכי אבחון טרום לידתי כוללים את ההיבטים הבאים: האם יש חובה מוסרית על הרופא ליידע כל אשה בהריון את כל האפשרויות של אבחון טרום-לידתי? האם מוצדק לבצע בדיקות אבחון טרום לידתיות פולשניות המסכנות את העובר? האם מוצדק לבצע בדיקות שגרתיות לכל אשה הרה?[408] האם מוצדקת ההפלה בעקבות ממצאים טרום-לידתיים?[409].

ברירת מין העובר — הטכניקות החדישות המאפשרות את ברירת מין העובר הרצוי, ובעיקר השיטות המאפשרות את קביעת מין העובר בהיותו ברחם בשלבים מוקדמים של ההריון, כגון באמצעות דיגום סיסי השיליה, דיקור מי

Codes. גם בישראל נדחתה תביעה כזו — ראה ע"א 2034/98, יצחק אמין נ' דוד אמין ואח'. וראה עוד בספר — ש. ילינק, הולדה בעוולה — זכויות תביעה ופצויים, ירושלים, תשנ"ז. **[405]** ראה — ש. גליק, מכתב לחבר מט(3): 10, אדר תשמ"ז. **[406]** כגון מחלת Huntigton, שבאה לידי ביטוי בעשור השלישי לחיים; או מחלת Alzheimer, שבאה לידי ביטוי בעשור הששי לחיים. **[407]** ראה דיון על כך — Post SG, et al, *Obstet Gynecol* 79:794, 1992. וראה בע' תורשה הע' 58 ואילך. על השאלה הכללית של כדאיות בדיקות סקר (screening tests) לאיתור מומים ומחלות בעובר, והבעיותיות הכרוכה בהם — ראה ע' תורשה שם. **[408]** על ההיבטים המוסריים הנוגעים לבדיקות על-שמע שגרתיות בנשים מעוברות ראה — Chervenak FA, et al, *Am J Obstet Gynecol* 161:857, 1989; Ewigman B, et al, *Am J Obstet Gynecol* 163:256, 1990. **[409]** וראה עוד על שיקולים ועקרונות מוסריים הנוגעים לאבחונים טרום-לידתיים — Veille JC, et al, *Obstet Gynecol* 73:710, 1989; Marteau TM,

השפיר, או בדיקת על-שמע, ויכולת קביעת מין העובר בקדם-עוברים לאחר הפריה חוץ-גופית בטרם השתלת הביצית המופרית לרחם האשה. קיימת התנגדות כללית להתיר הפלה רק בגלל היות העובר ממין לא מתאים לרצון ההורים, אך קיימת דילמה מוסרית באשר לזכות ההורים לבחור מראש את מין העובר הרצוי להם[410].

רק במצב אחד יש הסכמה רחבה להתיר פעולות ברירה של מין, והוא כאשר מדובר במחלה תורשתית בתאחיזה לגן הזכרי, שאז יש הצדקה לברור מראש יצירת מין נקבה, שסיכויה להיות חולה במחלה נמוכים ביותר. יש מצבים שמבחינה חברתית יש העדפה מיוחדת לזוג מסויים שייוולדו לו דווקא צאצאים ממין מסויים, כגון מצב של הפריה חוץ-גופית, כאשר בעל האשה הוא כהן, ואם ייוולד לו זכר, יתגלה לעין כל שאין הוא בנו, שהרי הוולד איננו כהן, ולא יוכל לעלות לדוכן או לעלות ראשון לתורה. במקרים כאלו יש העדפה שלזוג כזה ייוולדו בנות, ובכך תימנע מהם הבעיה החברתית[411].

הפריה חוץ-גופית — על זכויותיו של עובר הנוצר בהפריה חוץ-גופית בטרם הוחזר לרחם — ראה ערך הפריה חוץ-גופית.

ניסויים בעוברים — על השיקולים האתיים במחקר על עוברים — ראה ערך הפריה חוץ-גופית.

השתלת רקמות — על השיקולים האתיים בשימוש ברקמות עובר לצורך השתלה — ראה ערך השתלת אברים.

קדם-עובר — על מעמדו של קדם-עובר מחוץ לגוף, בטרם השתלתו לרחם — ראה ערך הפריה חוץ-גופית.

הפלה — על היחס שבין זכות האשה להפלה לבין זכות העובר לחיות — ראה ערך הפלה.

ט. רקע משפטי

זכויות וחובות משפטיות — על פי החוק בישראל מתגבשים זכויותיו וחובותיו של האדם רק עם לידתו[412], ולפיכך אין לעובר בדרך כלל כשרות לזכויות וחובות[413]. אמנם יש לעובר זכויות ירושה מסויימות, כך שמי שנולד תוך 300 יום לאחר מות המוריש — הרי הוא יורש את זכויותיו, ודינו כמי שהיה

Prenatal Diagnosis 15:1215, 1995. על גישת הנצרות הקתולית לאבחונים טרום-לידתיים — ראה Sgreccia E, *Fetal Ther* 4(Suppl 1):16, 1989. **[410]** ראה — Dove GA and Blow C, *BMJ* 2:1399, 1979; Fletcher JC, *N Engl J Med* 301:550, 1979. יש לציין שכאשר מדובר בניסיונות טבעיים לקבוע את מין העובר העתידי, אין בכך כל פסול, ודבר זה אף היה מקובל בימי חז״ל, ללא ביקורת על עצם התהליך — ראה לעיל הע׳ 146 ואילך. **[411]** וראה עוד בע׳ הפריה חוץ-גופית הע׳ 173 ואילך. **[412]** סעיף 1 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות תשכ״ב-1962; ע״א 9/74, אינזל ואח׳ נ׳ קוגלמוס ואח׳, פד״י כט (1), 663. **[413]** סיכום מצבים משפטיים שונים ביחס למעמד העובר ולהגדרתו כאדם ראה — מ. שמגר, הפרקליט לט:21,

בחיים במות המוריש[414].

אכן, לעתים יש צורך להגן על אינטרסים של העובר, ולפיכך מקנה החוק סמכות לבית המשפט למנות לו אפוטרופוס[415]. ואמנם יש בחוק הכרה באינטרסים מסויימים של העובר, שהם מיוחדים לו ונפרדים מאמו[416].

זכות להגנה משפטית — ואמנם זכותו של העובר להגנה משפטית מוכרת כיום כמעט ללא עוררין במדינות העולם המערבי, ומאחר והעובר אינו יכול להביע הסכמתו להתערבות רפואית או אחרת אשר עלולה להשפיע עליו, כל פעולה רפואית חייבת להיעשות תוך התחשבות בטובתו, שכן עובר מוגדר בחוק כחסוי[417], ולפי החוק יש סמכות לקבל החלטות רפואיות ביחס לחסוי, אך אלו צריכים שיהיו לטובתו של החסוי[418].

ניתוח קיסרי בכפיה — בית משפט נתן צו לבצע ניתוח קיסרי בכפיה באשה מעוברת עם פגור שכלי, אשר סירבה לניתוח קיסרי למרות שמצב יילוד היה חמור, וזו היתה הדרך היחידה להציל את חייו[419].

'הולדה בעוולה'[420] — קיימים מצבים שונים של יצירת עובר שניתן לטעון שעצם יצירתו אינו לרצונו, היינו כאשר התוצאה היא לידת וולד פגום, ובתנאי שיכולה היתה להיות ידיעה כי ייוולד וולד פגום, ויצירתו ניתנת היתה למניעה. דבר זה יכול לקרות במצבים הבאים:

נתונים טרום-הריוניים — כגון מחלות גנטיות, שניתנות היו לאבחון בהורים, כגון נשאות למחלות תורשתיות קשות, שאילו ידעו על כך ההורים היו נמנעים מלהינשא זה לזו, או היו נמנעים מללדת; נתונים הריוניים — כגון מחלות גנטיות או אחרות בעובר, שניתנים לאבחון במהלך ההריון, שאילו ידעו על כך ההורים היו בוחרים להפסיק את ההריון, או התנהגות רפואית חריגה של האם במהלך ההריון, שגרמה לנזק לעובר המתפתח; נתונים מיילדותיים — לידה בדרך רשלנית, שגרמה לנזק ליילוד, ואילו נהגו בדרך רפואית נאותה היה הנזק נמנע[421]. שני המצבים הראשונים מכונים 'הולדה בעוולה', היינו התרשלות באבחון או בטיפול רפואי לפני ההריון או במהלכו, שגרם להולדת וולד נכה, שיכול היה לא להיוולד כלל.

תש"ן/תשנ"א; ט. שטרסברג-כהן, רפואה ומשפט כח:8, 2003. **[414]** חוק הירושה תשכ"ה-1965, סעיף 3(ב). **[415]** סעיפים 33(6), 34, 35 לחוק הנ"ל. **[416]** ראה השופט שמגר, ע"א 413/80, פלונית נ' פלוני פד"י לה (3), 57. **[417]** סעיף 33(6) לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות תשכ"ב-1962; ב"ש (חי') 290/78, חנה כהן נ' אוחנה, פס"מ תשל"ט (1), 171. בארה"ב מכיר החוק בצורך לתת הגנה משפטית לעובר, גם אם אין הוא מוגדר כ'אישיות', וגם אם בתנאים מסויימים מותר להפילו. דוגמאות לכך הן ההנחיות המוגדרות לדרכי מחקר בעוברים, וההכרה במעמדו המשפטי בתביעות נזיקין. **[418]** ראה — ר"ע 698/86, היועץ המשפטי נ' פלוני ואח' פד"י מב (2), 661. **[419]** בית משפט לענייני משפחה בנצרת, בשא 00136/02. על נסיבות מקרה והיבטים אתיים — ראה ח. רוטברט וא. סטרולוב, הרפואה קמג:147, 2004. **[420]** ראה לעיל בהיבטים ההלכתיים ובהיבטים האתיים. **[421]** במצב זה התובעים הם ההורים, הדורשים פיצוי בגין נזקים הכרוכים בגידולו של ילד נכה ופגום.

בתי המשפט בישראל ובעולם דנים בתביעות של יילודים כאלו (המיוצגים על ידי הוריהם). באמצעות התביעה מבקש היילוד פיצויים על הנזק שגרם לו רופא, יועץ גנטי, איש מעבדה, מומחה בהדמיה וכיוצ״ב, אשר התרשל בתפקידו ולא איבחן מצב שאילו היה ידוע להורים היה מביא למניעת לידתו, בין על ידי החלטתם שלא להתחתן או שלא להרות, ובין על ידי החלטתם להפסיק את ההריון. המיוחד בתביעות אלו מבחינה משפטית הוא שאין טענה שהרופא או צד שלישי אחר גרם במו ידיו לנזק של העובר, שכן מומיו נובעים מהמצב הטבעי, אלא שמעשיו או מחדליו של הרופא או צד שלישי גרמו לעצם היוולדו במומיו.

בית המשפט העליון בישראל הכיר בעילת התביעה הזו, היינו שיש לעובר זכות תביעה לפיצויים בגין נזקי גוף שנגרמו לו בהיותו ברחם, ויש אפשרות להטיל אחריות על רופא כלפי קטין בגין התרשלותו של הרופא בטרם התעברות האם או לידת הקטין, בנסיבות שבהן לולי ההתרשלות היה נולד ילד בריא, כגון שניתן ייעוץ גנטי בלתי מספיק או בלתי נכון, או שפענוח הממצאים המעבדתיים וההדמייתיים היה שגוי, או שהיתה התרשלות בהפלה שנכשלה, או שניתן טיפול רשלני במהלך ההריון שגרם למומים בעובר. פסק הדין התקדימי בנידון[422] ניתן בשנת 1986, ועניינו ייעוץ גנטי טרום-הריוני שגוי שניתן לאשה ביחס למחלת הנטר. בפסק דין זה נחלקו חמשת שופטי ההרכב, כאשר אחד השופטים סבר שאין לבית המשפט סמכות לדון בשאלה זו, שכן היא מהותית ביותר, ונדרשת הכרעת המחוקק בנידון, אבל ארבעת שופטי ההרכב הכריעו שיש לבית המשפט סמכות ויכולת לדון בשאלה זו. אלא שהם נחלקו במספר סוגיות הנובעות מההכרעה העקרונית, כגון האם יש להכיר בעילת תביעה כזו רק כאשר מדובר במומים חמורים וקשים, שמוטב היה אילו לא בא יילוד כזה לעולם, או שיש להכיר בעילת התביעה גם במומים נסבלים וקלים יותר; כמו כן נחלקו הם בשאלת הגדרת ״הנזק״ וקביעת שיעורו וכמותו של הפיצוי, שכן הברירה העומדת בפני יילוד כזה היא או לא להיוולד כלל או להיוולד במומו, ואין לו ברירה להיוולד בריא. במצב זה יש צורך לדון בדיני נזיקין מעבר לגבולותיו המוכרים. פסק דין זה מאמץ את הדין האמריקאי בנידון[423], אם כי רק מדינות בודדות בארה״ב הכירו בעילה זו, ואף הן לא הכירו בה אלא במידה מוגבלת, בעיקר במקרים קשים ובהגבלת מרכיב הפצויים. באנגליה נשללה עילה זו הן בפסיקה[424] והן בחוק[425]. לאחרונה התרבו בישראל תביעות של ׳הולדה בעוולה׳, כולל תביעות על רשלנות באבחון מומים בעובר בכל הדרכים המקובלות לאבחונים מסוג זה, כולל בדיקות על-שמע, בדיקות מי שפיר וכיו״ב, וניתנו פסקי דין אחדים בנידון[426].

[422] ע״א 518/82, זייצוב נ׳ כץ, פד״י מ(2), 85.

[423] ראה Harbeson v. Park-Davis Inc. 656 p. 2d 483 Wash. 1983; James G. v. Caserta 332 SE 2d 872, W Va. 1985.

[424] Court of Appeal in McKay v Essex Areas Authority, (1982) 2 A11 ER 771.

[425] The Congenital Disabilities (Civil Liability) Act, 1976.

[426] ראה — ע״א

הוצאת יילוד מגופה של נפטרת כדי לאפשר לו חיים, לא יראו בה ניתוח לעניין חוק האנטומיה והפתולוגיה[427].

אשה בהריון שמתה מוות מוחי — חייבים ליילד את עוברה, גם אם יש חשש שהיילוד יסבול מנכות בגלל הנסיבות וגיל ההריון, וגם אם בעל האשה ומשפחתה מתנגדים להולדתו באופן מפורש ומנומק[428].

913/91 אזלואי שרית נ' מד"י תק-על 93(1), 241; ע"א 434/94 שי ברמן נ' מור פ"ד נא(4), 205; ע"א 3186/98 בת אל מזרחי נ' קופת חולים לאומית ואח' פ"ד נו(1), 924; ע"א 2034/98 יצחק אמין נ' דוד אמין תק-על 99(3), 1324; ת"א (חיפה) 823/92 ישעיהו נתנאל נ' ד"ר וקסלר (לא פורסם) 99(8), 338; ת"א (מחוזי ב"ש) 92/93, ירקוני ואח' נ' רוזן ואח'; ת"א (מחוזי י-ם) 697/94, רזון נ' שנקר ואח' תק-מח 96(3), 1080; ת"א (מחוזי י-ם) 577/95 הדס שושני נ' פרופ' יגל תק-מח 2002(2), 691; ת"א (מחוזי י-ם) 1591/96, אסף יהודה נ' מרכז רפואי אסף הרופא ואח' תק-מח 2001(3), 12650. סיכום הגישות המוסריות והמשפטיות בנידון ראה — ג. טדסקי, על בעית הנזיקין בגין הולדה בעוולה — מסות במשפט, ירושלים, תשל"ח; ש. ילינק, הולדה בעוולה — זכויות תביעה ופצויים, ירושלים, תשנ"ז; Heyd D, *Isr Lae Rev* 21:574, 1986; Carmi A, *Med Law* 9:777, 1990; Shapira A, *J Med Ethics* 24:369, 1998. וראה במאמר ר. בולדס וכ. מוסק, רפואה ומשפט, ל:21, 2004 על הסוגיות המשפטיות בישראל ביחד לאולטראסאונד מיילדותי.

[427] תיקון לחוק האנטומיה והפתולוגיה, תשמ"א-1980, סעיף 6ב. וראה ע' נתוח המת הע' 384.

[428] מ.א. 103/92 (מחוזי ירושלים), היועץ המשפטי לממשלה ואח' נ' פלוני (פסק הדין פורסם באסיא, חוב' סה-סו, תשנ"ט, עמ' 13 ואילך). זאת על פי סעיף 6ב לחוק האנטומיה והפתולוגיה — ראה הערה קודמת. פסק דין זה הוא בניגוד לפסק הדין מ.א. 38/89 (מחוזי ירושלים), בית החולים האוניברסיטאי הדסה נ' חיים ממן (הובא בחוב' אסיא, מט-נ, תש"ן, עמ' 96), שבו פסק שופט אחר במקרה דומה, שהבקשה ליילד את העובר מאשה שמתה מוות מוחי בניגוד לרצון הבעל, חורגת ממסגרת סעיף 68 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, משום שאין מדובר בקטין, פסול דין או חסוי, אלא בעובר שטרם יצא לאוויר העולם, ומשום כך דין הבקשה להידחות מחוסר סמכות, וכמו כן אין פעולת ההולדה דרושה לשמירת שלומה של האם. פסק דין זה הוא שגוי, שכן על פי סעיף 33(א)(6) של אותו חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, יש סמכות לבית המשפט למנות אפוטרופוס לעובר, ולמעשה חובתו של בית המשפט לעשות כן לטובתו של החסוי, אשר כולל גם עובר, וכל מי שניתן למנות לו אפוטרופוס הינו בגדר חסוי. גם סעיף 2 לאותו חוק מגדיר ילד לרבות עובר. יתר על כן, לפי האמור לעיל, הדיון אינו נוגע לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, אלא הוא נוגע לחוק האנטומיה והפתולוגיה, ובו מפורש החוק בנידון. מבחינה הלכתית בוודאי טעה השופט בנידון, וכפי שבירר זאת באריכות הרב י. שפרן, חוב' אסיא, מט-נ, תש"ן, עמ' 97 ואילך. וראה עוד בע' לדה הע' 501 ואילך.

TABLE OF CONTENTS

Physician's Credibility . . . . . נאמנות הרופא
Menstruation . . . . . נדה וזבה
Dying Patient (I) . . . . . נוטה למות (א)
Dying Patient (II) . . . . . נוטה למות (ב)
Epilepsy . . . . . נכפה
Medical Experimentation on Humans . . נסויים רפואיים בבני אדם
Autopsy . . . . . נתוח המת
Surgery . . . . . נתוחים
Confidentiality . . . . . סודיות רפואית
Self Endangerment . . . . . סכון עצמי
Castrate . . . . . סריס
Embryo / Fetus . . . . . עֻבָּר

ENCYCLOPEDIA

OF

MEDICINE AND JEWISH LAW

COMPILED AND EDITED

by

Prof. AVRAHAM STEINBERG

VOLUME V

נאמנות הרופא — עֻבָּר

PHYSICIAN'S CREDIBILITY — EMBRYO/FETUS

Published by
The Dr. Falk Schlesinger Institute for Medical-Halachic Research
at Shaare Zedek Medical Center

JERUSALEM 2006

עד ב: שם _____ ת.ז. _____

כתובת _____

חתימה _____

תאריך _____ מקום _____

אני החתום מטה הסברתי לחותם/ת המסמך את תוכנו, והתרשמתי שהחותם/ת הבין/ה את משמעותו ואת הפרטים הכלולים בו.

רופא / אחות מוסמכת

שם _____ ת.ז. _____

מקום עבודה _____

חתימה_____

תאריך _____ מקום _____

נספח ד: חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005*

פרק א': מטרה ועיקרון יסוד

מטרה

1. (א) חוק זה בא להסדיר את הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות תוך איזון ראוי בין ערך קדושת החיים, לבין ערך אוטונומית הרצון של האדם והחשיבות של איכות החיים.

(ב) חוק זה מבוסס על ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית ועל עקרונות יסוד בתחום המוסר, האתיקה והדת.

עקרון יסוד

2. בקביעת הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, מצבו הרפואי, רצונו ומידת סבלו הם השיקולים הבלעדיים.

פרק ב': הגדרות

הגדרות

3. בחוק זה —

"אדם קרוב" — אדם, שלדעת רופא אחראי, על פי הוראות שקבע השר לפי סעיף 60(א)(1), מתקיימים בו שניים אלה:

* ס"ח 2039, יד בכסלו התשס"ו, 15.12.2005, עמ' 58; התקבל בכנסת ביום ה' כסלו התשס"ו (6 בדצמבר 2005); הצעת החוק ודברי הסבר פורסמו בהצעות חוק הממשלה — 145, מיום א בטבת התשס"ה (13 בדצמבר 2005), עמ' 454.

(1) הוא בעל קרבה משפחתית או רגשית אל החולה הנוטה למות ומסור לו;
(2) הוא מכיר היטב את החולה הנוטה למות, על יסוד קשר רצוף ומתמשך עמו בתקופה שלפני הטיפול הרפואי בו או במהלכו;

"אפוטרופוס" — אפוטרופוס לגוף;

"בעל כשרות" — מי שמתקיימים בו כל אלה:
(1) מלאו לו 17 שנים;
(2) הוא מסוגל להביע את רצונו;
(3) הוא לא הוכרז פסול דין;
(4) הוא לא הוצא מחזקת הכשרות האמורה בסעיף 6;

"המנהל הכללי" — המנהל הכללי של משרד הבריאות;

"הנחיות רפואיות מקדימות" — הנחיות רפואיות שנתן אדם לפי הוראות פרק ה';

"הסכמה מדעת" — כמשמעותה בפרק ד' לחוק זכויות החולה;

"הועדה הארצית" — הועדה שמונתה לפי הוראות סעיף 50;

"ועדה מוסדית" — ועדה שמונתה לפי הוראות סעיף 45;

"חולה הנוטה למות" — מטופל שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 8(א), כי הוא חולה הנוטה למות;

"חולה בשלב סופי" — חולה הנוטה למות שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 8(ב), כי הוא חולה בשלב סופי;

"חוק זכויות החולה" — חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996[1];

"טיפול מקל" — טיפול מקל (פליאטיבי — Palliative) כאמור בסימן ה' לפרק ד';

"טיפול רפואי", "מטופל", "מידע רפואי", "מצב חירום רפואי" ו"רשומה רפואית" — כהגדרתם בחוק זכויות החולה;

[1] ס"ח התשנ"ו, עמ' 327.

"טיפול רפואי מחזורי" — כל אחד מאלה —

(1) טיפול רפואי הניתן באופן מחזורי ובהפסקות, ואפשר להבחין באופן מעשי וברור בין סיום מחזור אחד של טיפול לתחילת המחזור הבא;

(2) טיפול שתוכנן מראש, באמצעים טכנולוגיים מתאימים, להינתן כטיפול רפואי מחזורי, למרות שעל פי טיבו הוא היה ניתן באופן מתמשך וללא הפסקות;

"טיפול רפואי רציף" — טיפול רפואי, שעל פי טיבו ניתן באופן מתמשך ובלא הפסקות, למעט טיפול רפואי מחזורי כאמור בפיסקה 2 להגדרה טיפול רפואי מחזורי;

"ייפוי כוח" ו"מיופה כוח" — כמשמעותם בסעיף 37, לעניין מיופה כוח, לרבות מחליף;

"מאגר המידע" — מאגר המידע שהוקם לפי סימן ה' לפרק ה';

"מוסד רפואי" — בית חולים כמשמעותו בסעיף 24 לפקודת בריאות העם, 1940[2], מרפאה כמשמעותה בסעיף 34 לפקודה האמורה, וכן קופת חולים, כמשמעותה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994[3];

"מטפל" — רופא, אח או אחות, עובד סוציאלי ופסיכולוג;

"סבל משמעותי" —

(1) כפי שהגדיר נותן הנחיות רפואיות מקדימות בהנחיות, או נותן ייפוי כוח בייפוי הכוח;

(2) בהעדר הגדרה כאמור בפיסקה (1), כאב או סבל, שאדם סביר היה מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך בפגיעה משמעותית באיכות חייו או בתוחלת חייו;

"עובד סוציאלי" — כמשמעותו בחוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו-1996[4];

"פסיכולוג" — מי שרשום בפנקס הפסיכולוגים לפי חוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977[5];

"פקודת הרופאים" — פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976[6];

"קטין" — מי שטרם מלאו לו 17 שנים;

"רופא" — רופא מורשה כמשמעותו בפקודת הרופאים;

"רופא מומחה" — רופא שהוא בעל תואר מומחה לפי פקודת הרופאים;

[2] ע"ר 1940, תוס' 1, עמ' 191 (ע) 239. **[3]** ס"ח התשנ"ד, עמ' 156. **[4]** ס"ח התשנ"ו, עמ' 152. **[5]** ס"ח התשל"ז, עמ' 158. **[6]** דיני מדינת ישראל, נוסח חדש 30, עמ' 594.

"רופא אחראי" — אחד מאלה —

(1) מנהל מחלקה או מנהל יחידה, במוסד רפואי, האחראי על הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, או רופא מומחה שמינה מנהל המוסד הרפואי, מנהל מחלקה או מנהל יחידה, להיות אחראי כאמור — לענין חולים המטופלים במוסד רפואי;

(2) רופא מחוזי של קופת חולים, או רופא שמונה על ידו — לענין חולים המטופלים בקהילה;

(3) רופא המנוי בפיסקאות (1) או (2) — גם לענין חולים המטופלים שלא במוסד רפואי ושלא באמצעות קופת חולים.

"רופא אישי" — רופא, שיש לו היכרות קרובה עם המטופל, רצונותיו ועמדותיו ביחס לטיפול הרפואי בו, בין אם הוא רופא משפחה של המטופל או רופא המרכז את הטיפול במטופל בקהילה או במוסד הרפואי;

"השר" — שר הבריאות.

פרק ג': הרצון לחיות וכשרות — חזקות

חזקת הרצון לחיות

4. חזקה על אדם שהוא רוצה להוסיף לחיות, אלא אם כן הוכח אחרת; לא הוכח אחרת מעבר לכל ספק סביר — יש לנטות לטובת הרצון להוסיף לחיות.

הוצאה מחזקת הרצון לחיות

5. אין מוציאים חולה הנוטה למות מחזקת רצונו להוסיף לחיות ואין נמנעים, לפי הוראות חוק זה, מטיפול רפואי בו, אלא על פי המפורט בסעיף זה, לפי הענין:

(א) בחולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות — על פי הבעת רצונו המפורשת;

(ב) בחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, שמלאו לו 17 שנים, על פי אחת מאלה —

(1) הנחיות רפואיות מקדימות שנתן שמתקיימות בהן הוראות סעיפים 33 ו-34(א) ;

(2) החלטה של מיופה כוחו שניתנה לפי ייפוי כוח שמתקיימות בו הוראות סעיפים 38 ו-39(א) ;

(3) החלטה של ועדה מוסדית או הועדה הארצית שניתנה לפי הוראות פרק ו'.

(ג) בהיעדר הנחיות או החלטות כמפורט בסעיף קטן (ב) — על פי החלטת רופא אחראי ובתנאי שהחלטה כאמור תתקבל בהתחשב —

(1) בהצהרה מפורשת של אדם קרוב ולפיה החולה הנוטה למות אינו רוצה להוסיף לחיות;

(2) בהעדר הצהרה כאמור — בהתחשב בעמדת אפוטרופסו של החולה הנוטה למות, שהוא אדם קרוב, ככל שישנו, ולפיה רצונו של החולה הנוטה למות שלא להאריך את חייו.

חזקת הכשרות

6. חזקה על אדם שמלאו לו 17 שנים ושלא הוכרז פסול דין שהוא כשיר מבחינה הכרתית, שכלית ונפשית לקבל החלטות בקשר לטיפול הרפואי בו מתוך הבנה, שיקול דעת ורצון חופשי.

הוצאה מחזקת הכשרות

7. אין מוציאים חולה הנוטה למות מחזקת היותו כשיר כאמור בסעיף 6 לצורך חוק זה, אלא בהחלטה רפואית מנומקת ומתועדת של הרופא האחראי לאחר שקיים התייעצות עם המטפלים בחולה הנוטה למות ועם רופאים רלוונטיים או מומחים, לפי העניין, ובמידת האפשר עם רופאו האישי.

פרק ד': הטיפול בחולה הנוטה למות

סימן א': כללי

קביעת מצבו הרפואי של מטופל

8. (א) רופא אחראי מוסמך לקבוע כי מטופל הוא חולה הנוטה למות, אם נוכח כי המטופל סובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים.

(ב) רופא אחראי מוסמך לקבוע כי חולה הנוטה למות הוא חולה בשלב סופי, אם נוכח כי הוא מצוי במצב רפואי שבו כשלו מספר מערכות חיוניות בגופו ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שבועיים.

(ג) קביעת רופא אחראי לפי סעיף זה תיעשה לאחר התייעצות עם הרופאים המומחים המטפלים במטופל ובמידת האפשר גם עם רופאו האישי.

בירור רצון החולה

9. קבע רופא אחראי כי מטופל הוא חולה הנוטה למות והוא אינו בעל כשרות —

(1) הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, יעשה מאמץ סביר כדי לקבל את כל הנתונים והמסמכים הנוגעים בדבר, לצורך בירור רצונו של החולה הנוטה למות לפי סעיף 5(ב) ו-(ג) והכל בהתאם לכללים שנקבעו לעניין זה בתקנות;

(2) הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, יברר במאגר המידע אם, על פי הרשום בו, נתן החולה הנחיות רפואיות מקדימות, או

מינה מיופה כוח; מצא הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, כי החולה נתן הנחיות או מינה מיופה כוח כאמור, וזאת לאחר בירור במאגר המידע ובדרך אחרת, ככל הניתן, יצרף הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, מידע זה לרשומה הרפואית המתנהלת לגבי החולה.

הודעה על כוונה לפעול ומסירת מידע

10. (א) קבע רופא אחראי כי מטופל הוא חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, יודיע הרופא האחראי או מי שהוסמך על ידו לענין זה, למיופה הכוח, לאדם הקרוב לחולה הנוטה למות ולאפוטרופסו, ככל שישנם וניתן לאתרם במאמץ סביר, כי בכוונתו לפעול בהתאם להנחיות רפואיות מקדימות שנתן החולה הנוטה למות או לפי הוראות מיופה כוח, לפי הענין.

(ב) רופא אחראי ימסור מידע רפואי הנוגע לחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות ויאפשר עיון ברשומה הרפואית שלו למי שדעתו נדרשת לשם קבלת החלטה על הטיפול שיינתן לו בהתאם להוראות חוק זה.

(ג) הוראות כל דין האוסרות העברת מידע רפואי לא יחולו על מסירת מידע לפי סעיף זה.

דיון ותיעוד

11. (א) קבע רופא אחראי, כי מטופל הוא חולה הנוטה למות, יקיים יחד עם המטפלים האחרים בו, בהקדם האפשרי, דיון מפורט על מצבו של המטופל ועל הטיפול הרפואי שיש לתת לו ויקבל החלטה בענין, והכל בהתאם להוראות חוק זה.

(ב) קיבל רופא אחראי החלטה על דרך הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, יתעד ברשומה הרפואית של החולה את מהלך הדיון, את ההחלטה שקיבל ואת הנימוקים לה; הוראות סעיף זה באות להוסיף על הוראות תיעוד לפי סעיף 17 לחוק זכויות החולה.

חובת הערכה חוזרת

12. על הרופא האחראי להעריך, מידי פעם, את כשרותו, מצבו הרפואי ואת רצונותיו של החולה הנוטה למות; חל שינוי באחד מאלה — עליו לחזור ולהחליט לענין דרך הטיפול הרפואי בו.

סימן ב': חולה נוטה למות המבקש טיפול חריג להארכת חייו

זכותו של חולה הנוטה למות לקבלת טיפול רפואי חריג להארכת חייו

13. חולה הנוטה למות, הרוצה שחייו יוארכו, ומבקש טיפול רפואי שלדעת הרופא האחראי, אין לו הצדקה בנסיבות הענין, יש לכבד את רצונו ולתת לו את הטיפול המבוקש בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל; הוראות סעיף

זה לא יחולו לגבי טיפול רפואי שלדעת הרופא האחראי אינו צפוי להאריך את חייו, או עלול לגרום נזק משמעותי למטופל או לזולתו.

קביעת הרצון לקבלת טיפול חריג להארכת חיים

14. רצונו של חולה הנוטה למות לענין קבלת טיפול רפואי כאמור בסעיף 13, ייקבע על פי המפורט להלן, לפי הענין:

(א) בחולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות — על פי הבעת רצונו המפורשת;

(ב) בחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, שמלאו לו 17 שנים, על פי אחת מאלה —

(1) על פי הנחיות רפואיות מקדימות שנתן שמתקיימות בהן הוראות סעיפים 33 ו-34(א);

(2) על פי החלטה של מיופה כוחו שניתנה לפי ייפוי כוח שמתקיימות בו הוראות סעיפים 38 ו-39(א);

(3) על פי החלטה של ועדה מוסדית או הועדה הארצית שניתנה לפי הוראות פרק ו' .

(ג) בהעדר הנחיות או החלטות כמפורט בסעיף קטן (ב), על פי —

(1) הצהרה מפורשת של אדם קרוב לענין רצונו של החולה הנוטה למות;

(2) ובהעדר הצהרה כאמור ייקבע רצונו של החולה הנוטה למות על פי עמדת אפוטרופסו שהוא אדם קרוב, ככל שישנו.

(ד) הוראות סעיף 9(1) יחולו גם לענין סעיף זה, בשינויים המחויבים.

סימן ג': חולה הנוטה למות אשר אינו רוצה שחייו יוארכו

הימנעות ממתן טיפול רפואי לחולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות

15. (א) חולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות, אשר אינו רוצה שחייו יוארכו, יש לכבד את רצונו ולהימנע מטיפול רפואי בו.

(ב) על המטפלים בחולה הנוטה למות כאמור בסעיף קטן (א) לעשות מאמץ סביר כדי לשכנעו לקבל חמצן, וכן מזון ונוזלים, אף באמצעים מלאכותיים, וכן לקבל טיפולים שגרתיים הנחוצים לטיפול במחלות בו זמניות או במחלות רקע וטיפול מקל.

הימנעות ממתן טיפול רפואי לחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות

16. (א) חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות הסובל סבל משמעותי, שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 5(ב) כי אינו רוצה שחייו יוארכו, יש להימנע מטיפול רפואי בו, הקשור לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא, לרבות בדיקות, ניתוחים, החייאה, חיבור למכשיר הנשמה, טיפולים כימותרפיים, הקרנות או דיאליזה, והכל בהתאם לרצונו כפי שנקבע על פי סעיף 5(ב).

(ב) (1) בסעיף קטן זה, "טיפול נלווה" — טיפול רפואי בחולה הנוטה למות, שאינו קשור כלל לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא, לרבות טיפולים שגרתיים הנחוצים לטיפול במחלות בו-זמניות או במחלות רקע וטיפול מקל, וכן מתן מזון ונוזלים אפילו באמצעים מלאכותיים.

(2) אין להימנע מטיפול נלווה בחולה הנוטה למות כאמור בסעיף קטן (א), והכל אף אם רצונו של החולה כפי שנקבע לפי סעיף 5(ב) הוא להימנע מקבלת טיפול כאמור.

חולה בשלב סופי שאינו בעל כשרות

17. על אף הוראות סעיף 16(ב), חולה בשלב סופי שאינו בעל כשרות, הסובל סבל משמעותי, שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 5(ב) כי אינו רוצה שחייו יוארכו, יש להימנע מכל טיפול רפואי בו, לרבות טיפול רפואי נלווה כאמור בסעיף 16(ב)(1), והכל בהתאם לרצונו כפי שנקבע לפי סעיף 5(ב); על אף האמור בסעיף זה, אין להימנע ממתן נוזלים לחולה כאמור, אפילו באמצעים מלאכותיים, אלא אם כן קבע הרופא האחראי שמתן הנוזלים גורם סבל או נזק לחולה כאמור.

מצב חירום רפואי

18. (א) במצב חירום רפואי של חולה הנוטה למות יחולו הוראות סעיף 15(3) לחוק זכויות החולה, אלא אם כן נודע למטפל כי נקבע לפי הוראות סעיף 5 כי רצונו של החולה הנוטה למות להימנע מטיפול רפואי בעת מצב כאמור.

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), לענין חולה בשלב סופי הנתון במצב חירום רפואי, מותר להימנע מטיפול רפואי מציל חיים בו, אלא אם כן נודע למטפל כי נקבע לפי הוראות סעיף 14 כי רצונו של החולה בשלב סופי לקבל טיפול רפואי בעת מצב כאמור.

סימן ד': פעולות אסורות

איסור המתה במעשה

19. אין בהוראות חוק זה כדי להתיר עשיית פעולה, אף אם היא טיפול רפואי, המכוונת להמית, או שתוצאתה, קרוב לוודאי, היא גם גרימת מוות, בין שהיא נעשית מתוך חסד וחמלה ובין שלא, ובין לבקשת החולה הנוטה למות או אדם אחר ובין שלא..

איסור סיוע להתאבדות

20. אין בהוראות חוק זה כדי להתיר עשיית פעולה, אף אם היא טיפול רפואי, שיש בה סיוע להתאבדות, בין שהיא נעשית מתוך חסד וחמלה ובין שלא, ובין לבקשת החולה הנוטה למות או אדם אחר ובין שלא.

איסור הפסקת טיפול רפואי רציף

21. אין בהוראות חוק זה כדי להתיר הפסקת טיפול רפואי רציף בחולה הנוטה למות, העלולה להביא למותו, בין שהוא בעל כשרות ובין אם לאו;

ואולם מותר להימנע מחידוש טיפול רפואי רציף, שנפסק שלא במכוון או שלא בניגוד להוראות כל דין וכן מותר להימנע מחידוש טיפול רפואי מחזורי, והכל בכפוף להוראות סימן ג׳.

שמירת מצב בפנייה לועדה מוסדית

22. נודע לרופא אחראי, כי קיימת מחלוקת בנוגע להחלטה או קביעה לגבי חולה הנוטה למות, וכי פנה אדם לועדה מוסדית או כי בכוונת אדם לפנות לועדה מוסדית לצורך הכרעה במחלוקת, יפעל הרופא האחראי באופן שיאפשר את המשך חייו של החולה הנוטה למות ובלבד שאם קיימת אפשרות לעשות כן באמצעות טיפול שאינו טיפול רציף, ייעשה הדבר כך.

סימן ה׳: מתן טיפול מקל

מתן טיפול מקל

23. (א) על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה כל שניתן כדי להקל על כאבו וסבלו של חולה הנוטה למות, אף אם הדבר כרוך בסיכון סביר לחייו של החולה, לרבות באמצעות תרופות, משככי כאבים או באמצעים פסיכולוגיים, סיעודיים וסביבתיים, והכל על פי עקרונות נאותים של טיפול מקל, ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל, ובכפוף לרצון החולה הנוטה למות, בהתאם להוראות חוק זה ובהתאם להוראות חוק זכויות החולה.

(ב) על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה, במידת האפשר, כל שניתן כדי להקל על בני משפחתו של חולה הנוטה למות ולדאוג לרווחתם בעת שהותו של החולה במוסד הרפואי, והכל על פי עקרונות נאותים של טיפול סוציאלי וטיפול מקל, ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל.

סימן ו׳: טיפול בקטין הנוטה למות

סמכות הורי קטין

24. הורה של קטין מוסמך לייצגו בענין הטיפול הרפואי בו, בין לענין הארכת חייו ובין לענין הימנעות מהארכת חייו; אפוטרופוס של קטין, שהוא אדם קרוב, רשאי להשמיע את עמדתו לעניין זה והרופא האחראי רשאי לפעול על פיה; היה הקטין חסר הורים, או שנשללה אפוטרופסות ההורים ולא נקבע לקטין אפוטרופוס או שאפוטרופסו אינו אדם קרוב, תכריע בענינו הועדה המוסדית.

שמיעת עמדתו של קטין

25. קטין שהוא חולה הנוטה למות, זכאי להשתתף בקבלת החלטה על הטיפול הרפואי בו, בהתקיים שניים אלה:

(1) הקטין מודע למצבו, ומבקש להשתתף בקבלת ההחלטה בענינו;

(2) הרופא האחראי קבע שכושרו ובשלותו השכליים והנפשיים של הקטין מאפשרים שיתופו בקבלת ההחלטה בענינו.

מסירת מידע רפואי לקטין

26. רופא אחראי ימסור לקטין מידע המתייחס באופן ישיר למצב בריאותו, או לטיפול הרפואי בו, בהתקיים שניים אלה:

(1) הרופא האחראי השתכנע כי אין במסירת המידע, או חלק ממנו, כדי לגרום נזק לבריאותו הגופנית או הנפשית של הקטין, או לסכן את חייו;

(2) הרופא האחראי קבע שכושרו ובשלותו השכליים והנפשיים של הקטין מאפשרים לו הבנה נאותה של המידע ומשמעותו.

חובת התייעצות

27. החלטות כאמור בסעיפים 25(2) ו-26 יתקבלו לאחר התייעצות עם הורי הקטין, אפוטרופסו, אם מונה לו, עם המטפלים בקטין ועם רופאים רלוונטים או מומחים הנוגעים בדבר, לפי הענין, ובמידת האפשר עם רופאו האישי.

הכרעה במחלוקת בענין קטין

28. (א) נתגלעו חילוקי דעות בין הורי קטין שהוא חולה הנוטה למות, או בינם לבין הרופא האחראי, לענין הטיפול הרפואי בו, תכריע בדבר הועדה המוסדית.

(ב) נתגלעו חילוקי דעות בין קטין שהוא חולה הנוטה למות, לבין הוריו, או בינו לבין הרופא האחראי, לענין הטיפול הרפואי בו, יחולו הוראות אלה:

(1) הביע הקטין את רצונו שחייו יוארכו, יפעל הרופא האחראי בהתאם לרצונו של הקטין, בכפוף להוראות חוק זה;

(2) הביע קטין שמלאו לו 15 שנים את רצונו להימנע מהארכת חייו, תכריע בדבר ועדה מוסדית.

(ג) דנה ועדה מוסדית בענינו של קטין שהוא חולה הנוטה למות, תישמע גם עמדתו, אם הובעה, וכן יימסר לוועדה פירוט המידע שנמסר לו.

(ד) הועדה המוסדית תשקול בין שיקוליה את טובתו של הקטין, ותהיה רשאית לקבוע שיש להימנע מהארכת חייו של הקטין, אם שוכנעה כי אין זה לטובתו של הקטין שחייו יוארכו, בכפוף להוראות סעיף קטן (ב)(1).

סימן ז': טיפול בחסוי נוטה למות

טיפול בחסוי נוטה למות

29. (א) בחוק זה, "חסוי" — אדם שמתקיימים בו כל אלה —

(1) אינו יכול, דרך קבע, לדאוג לענייניו, בשל מוגבלות שכלית או נפשית;

(2) מצב הדברים כאמור בפיסקה (1) התקיים אצלו לפני שנקבע לגביו כי הוא חולה נוטה למות;
(3) אין לגביו הנחיות רפואיות מקדימות בתוקף, או ייפוי כוח בתוקף.

(ב) הביע חסוי את רצונו שחייו יוארכו, יפעל הרופא האחראי בהתאם לרצונו של החסוי, בכפוף להוראות חוק זה; הביע החסוי את רצונו להימנע מהארכת חייו, תכריע בעניינו ועדה מוסדית; הוראות סעיפים 25, 26 ו-27 יחולו בשינויים המחוייבים, לפי העניין.

(ג) לא נודע רצונו של החסוי, והסכימו הרופא האחראי והאפוטרופוס שיש להאריך את חייו — יפעל הרופא האחראי כאמור, בכפוף להוראות חוק זה; בכל מקרה אחר — תכריע הועדה המוסדית בעניינו של החסוי.

(ד) הועדה המוסדית תשקול בין שיקוליה את טובתו של החסוי, ותהיה רשאית לקבוע שיש להימנע מהארכת חייו של החסוי, אם שוכנעה כי אין זה לטובתו של החסוי שחייו יוארכו, בכפוף להוראות סעיף קטן (ב).

פרק ה': הבעת רצון מוקדמת

סימן א': הדרכים להבעת רצון מוקדמת

הבעת רצון מוקדמת

30. אדם רשאי להביע את רצונו, מראש, בשאלת הטיפול הרפואי בו אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, במתן הנחיות רפואיות מקדימות, בייפוי כוח, או בשילוב ביניהם, הכל בכפוף להוראות פרק זה ובלבד שעשה כן מתוך רצון חופשי ועצמאי ושלא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

סימן ב': הנחיות רפואיות מקדימות

הנחיות רפואיות מקדימות

31. אדם בעל כשרות רשאי לתת הנחיות רפואיות מקדימות שבהן יפרט את רצונו לגבי טיפול רפואי עתידי בו אם ייקבע לגביו כי הוא חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, הכל לפי הוראות חוק זה.

מידע רפואי למתן הנחיות רפואיות מקדימות

32. (א) הנחיות רפואיות מקדימות יינתנו לאחר שהנותן קיבל מרופא או מאחות מוסמכת מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות (בחוק זה — מוסר המידע).

(ב) על אף הוראות סעיף קטן (א), נקבע בהתאם להוראות חוק זה כי אדם הוא חולה נוטה למות, ייתן הנחיות רפואיות מקדימות לאחר שקיבל מרופא מומחה מידע בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו שהוא רלוונטי למתן ההנחיות וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות.

דרך מתן ההנחיות ותיעודן

33. (א) הנחיות רפואיות מקדימות יינתנו בכתב, על גבי טופס הנחיות רפואיות מקדימות שנוסחו מובא בתוספת הראשונה, בחתימת ידו של נותן ההנחיות בפני שני עדים שאין להם אינטרס כלכלי או אחר בנותן ההנחיות, ושאינם מיופה כוח, אך יכול שאחד העדים יהיה מוסר המידע; העדים יאשרו באותו מעמד בחתימת ידם על גבי טופס ההנחיות הרפואיות המקדימות שנותן ההנחיות חתם כאמור.

(ב) הנחיות רפואיות מקדימות יכול שיכללו הגדרה של נותן ההנחיות לסבל משמעותי ויכללו גם —

(1) הצהרה כי ההנחיות ניתנו מתוך רצון חופשי, על יסוד הבנה ושיקול דעת;

(2) תמצית המידע הרפואי שניתן לנותן ההנחיות כאמור בסעיף 32; התמצית תירשם בידי מוסר המידע אשר יאשר בחתימת ידו כי מסר לנותן ההנחיות מידע וכי הסביר לנותן ההנחיות את כל המונחים הרפואיים בהתאם להוראות סעיף 13(ב) לחוק זכויות החולה.

(ג) הנחיות רפואיות מקדימות יכול שיינתנו בדרכים אחרות שיקבע השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, ויכול שיקבעו כאמור דרך כלל או לסוגי מקרים שיקבע.

תוקף הנחיות רפואיות מקדימות

34. (א) הנחיות רפואיות מקדימות יעמדו בתוקפן חמש שנים מיום חתימת טופס ההנחיות הרפואיות המקדימות, אלא אם כן נקבעה בו תקופה קצרה מכך וניתן להאריך את תוקפן לתקופות נוספות שכל אחת לא תעלה על חמש שנים; ההארכה תעשה על גבי טופס ההארכה שבתוספת השלישית.

(ב) הנחיות רפואיות מקדימות שאינן מקיימות אחר כל הוראות סימן זה או הנחיות רפואיות מקדימות שפג תוקפן לפי סעיף קטן (א) אינן מחייבות, אך על הרופא האחראי לעיין בהן והוא רשאי להתחשב בהן לענין סעיפים 5(ג) ו-14(ג).

הנחיות לא ברורות או לא מתאימות

35. לא ניתן לקבוע בבירור את רצונו של החולה הנוטה למות מההנחיות הרפואיות המקדימות שנתן, או שההנחיות הרפואיות אינן מתאימות לנסיבות המקרה, או בהיעדר מיופה כוח או עדות ברורה של אדם קרוב — תכריע בדבר הועדה המוסדית.

העדר הנחיות רפואיות מקדימות

36. אי-מתן הנחיות רפואיות מקדימות אין בו כשלעצמו כדי להעיד על רצונו של החולה הנוטה למות באשר לטיפול הרפואי בו או להימנעות מהטיפול הרפואי בו.

סימן ג': ייפוי כוח

מיופה כוח

37. (א) אדם בעל כשרות רשאי למנות מיופה כוח על גבי טופס שנוסחו מובא בתוספת השניה ורשאי הוא למנות בייפוי הכוח מחליף למיופה הכוח.

(ב) מיופה הכוח יהיה מוסמך להחליט במקומו על הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות; לא יוכל מיופה הכוח למלא במועד הנדרש את תפקידו, או יסרב לעשות כן, יהיה המחליף למיופה הכוח, מיופה הכוח.

(ג) בייפוי הכוח יפורטו הנסיבות והתנאים שבהם יהיה מוסמך מיופה הכוח לקבל החלטות כאמור.

(ד) ניתן ייפוי כוח שיש בו התייחסות למצבים רפואיים מסויימים או לטיפולים רפואיים מסויימים — יקבל נותן ייפוי הכוח מידע רפואי בהתאם להוראות סעיף 32, בשינויים המחוייבים.

דרכי המינוי ותיעודו

38. (א) ייפוי כוח יינתן בכתב, מתוך רצון חופשי ועצמאי, על יסוד הבנה ושיקול דעת וייחתם בחתימת ידם של מייפה הכוח ושל שני עדים שאין להם אינטרס כלכלי או אחר במייפה הכוח, ושאינם מיופה כוח, אך יכול שאחד העדים יהיה מוסר המידע כאמור בסעיף 37(ד); יכול שייפוי הכוח יכלול הגדרה של נותן ייפוי הכוח לסבל משמעותי; ייפוי הכוח יכלול גם —

(1) הצהרה כי ייפוי הכוח ניתן מתוך רצון חופשי, על יסוד הבנה ושיקול דעת;

(2) ניתן ייפוי כוח כאמור בסעיף 37(ד), יחולו הוראות סעיף 33(ב)(2) בשינויים המחוייבים.

(ב) בייפוי הכוח יציין מייפה הכוח כי מיופה כוחו יהיה מוסמך לקבל במקומו החלטות בענין הטיפול הרפואי בו אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, ויכול הוא לפרט את הנסיבות והתנאים שבהם יהיה מוסמך מיופה הכוח להחליט במקומו על הטיפולים הרפואיים בו, כולם או חלקם.

(ג) ייפוי כוח יכול שיינתן בדרכים אחרות שיקבע השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, ויכול שיקבעו כאמור דרך כלל או לסוגי מקרים שיקבע.

תוקף ייפוי כוח

39. (א) תוקפו של ייפוי כוח לא יעלה על חמש שנים, וניתן להאריך את תוקפו לתקופות נוספות שכל אחת לא תעלה על חמש שנים; ההארכה תעשה על גבי טופס שנוסחו מובא בתוספת השלישית.

(ב) לא נקבעה בייפוי הכוח תקופת תוקפו, יעמוד ייפוי הכוח בתוקפו חמש שנים מיום שניתן; לא חידש אדם ייפוי כוח שנתן או שלא נקבעה בו תקופת תוקפו, ייחשב ייפוי הכוח כמסמך שאינו מחייב, אך על הרופא האחראי לעיין בו והוא רשאי להתחשב בו לענין סעיפים 5(ג) ו-14(ג).

השגה על החלטת מיופה כוח

40. אדם שיש לו יסוד סביר לחשש, כי מיופה כוח פועל שלא לפי רצונו של החולה הנוטה למות או מתוך ניגוד ענינים, רשאי הוא לפנות לועדה המוסדית; השתכנעה הועדה המוסדית שמיופה הכוח פועל ממניעים שאינם מבטאים את רצונו של החולה הנוטה למות, או מתוך ניגוד ענינים, רשאית היא לקבוע מהו הטיפול הרפואי הראוי בחולה הנוטה למות או לבטל את ייפוי הכוח.

סימן ד': הוראות כלליות

חובת יידוע

41. קבע רופא אחראי כי מטופל הוא חולה הנוטה למות, והוא בעל כשרות, יודיע לו הרופא האחראי על האפשרות לתת הנחיות רפואיות מקדימות או למנות מיופה כוח או יודיע לו על האפשרות לעדכן הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח שנתן; לשם כך, ימסור לו רופא מומחה את המידע הרפואי הדרוש, והכל בכפוף להוראות סעיף 13(ד) לחוק זכויות החולה.

אפשרות השילוב

42. (א) אדם רשאי לשלב מתן הנחיות רפואיות מקדימות לפי הוראות סימן ב', עם מינוי מיופה כוח מטעמו לפי הוראות סימן ג'.

(ב) בהנחיות הרפואיות המקדימות ובייפוי הכוח רשאי אדם לכלול הוראות למקרה שבו ייווצר ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הוראה של מיופה הכוח.

(ג) בהיעדר הוראה כאמור בסעיף קטן (ב) עדיפה ההנחיה המקדימה; ואולם אם ניתן ייפוי הכוח תקופה משמעותית לאחר מתן ההנחיה, יובא הנושא להכרעת הועדה המוסדית אשר תקבע אם ייפוי הכוח עדיף על פני ההנחיה הרפואית המקדימה.

שינוי וביטול

43. (א)(1) ניתנו הנחיות רפואיות מקדימות ולאחר מכן ניתנו שוב הנחיות רפואיות מקדימות, יגברו ההנחיות הרפואיות המקדימות שניתנו במועד המאוחר יותר; כן הדבר לענין מינוי מיופה כוח לפי חוק זה.

(2) הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח ניתנים לביטול על גבי טופס שנוסחו מובא בתוספת הרביעית, בכתב בפני שני עדים או בדרך אחרת שיקבע השר לפי סעיפים 33(ג) או 38(ג).

(ב) שינוי או ביטול לטובת הרצון להוסיף לחיות במצב חירום רפואי, יכול שיהיה שלא בכתב ודי בעד אחד; ובלבד שההנחיה בדבר הטיפול הרפואי באותו מצב חירום והעדות יתועדו בכתב סמוך ככל האפשר לאחר מכן; בחלוף מצב החירום האמור, ימשיכו לעמוד בתוקפן הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח שבתוקף, אלא אם כן התקיים אחד מאלה —

(1) ההנחיות או ייפוי הכוח בוטלו לפי הוראות סעיף קטן (א).

(2) החולה לא יכול היה, באופן סביר, לבטל או לשנות את ההנחיות או ייפוי הכוח.

(ג) על אף הוראות סעיף קטן (א), נבצר מאדם לשנות או לבטל הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח שנתן בדרך האמורה באותו סעיף קטן, בין לטובת הרצון לחיות ובין שלא לטובת הרצון לחיות, מחמת מחלה או מום שבשלם אינו מסוגל לבצע את הפעולות המעשיות הנדרשות לשם כך, רשאי הוא לתת את הוראותיו באמצעות אדם אחר, בתנאים ובאופן שיקבע השר.

סימן ה': מאגר מידע

מאגר מידע

44. (א) השר יקים מאגר מידע, שיירשמו בו הנחיות רפואיות מקדימות וייפויי כוח, וימנה אחראי על המאגר.

(ב) כל אדם רשאי לבקש לרשום במאגר המידע הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח, שנתן, וכן ביטול או שינוי שלהם כאמור בסעיף 43, בהודעה לאחראי על המאגר.

(ג) אחת לחמש שנים לפחות ישלח האחראי על המאגר הודעות תזכורת לאדם הרשום במאגר, למענו לפי מרשם האוכלוסין או למען אחר שציין בבקשת הרישום, לחידוש ההנחיות הרפואיות המקדימות או ייפויי הכוח.

פרק ו': הועדה הארצית וועדות מוסדיות

סימן א': ועדה מוסדית

מינוי ועדות מוסדיות

45. (א) המנהל הכללי רשאי להורות למנהל מוסד רפואי למנות ועדה מוסדית; הורה המנהל הכללי כאמור, ימנה מנהל המוסד הרפואי בהתייעצות עם ראש הועדה הארצית ובאישור המנהל הכללי, ועדה

מוסדית; ואלה חבריה —

(1) שלושה רופאים, שאינם מטפלים ישירות בחולה, שהם רופאים מומחים באחד מתחומים אלה: רפואה פנימית, גריאטריה, קרדיולוגיה, נוירולוגיה, אונקולוגיה, טיפול נמרץ, הרדמה, רפואת המשפחה; היה החולה יילוד, יהיה אחד מבין הרופאים כאמור רופא מומחה בנאונטולוגיה; היה החולה קטין, יהיה אחד מבין הרופאים כאמור רופא מומחה ברפואת ילדים ואחד במקומם יהיה פסיכולוג קליני או רפואי שעיסוקו בטיפול בילדים ונוער;

(2) רופא שאינו מטפל ישירות בחולה, שהוא רופא מומחה בפסיכיאטריה;

(3) אחות מוסמכת;

(4) עובד סוציאלי או פסיכולוג קליני;

(5) איש אקדמיה המומחה בתחום הפילוסופיה או האתיקה;

(6) משפטן הכשיר להתמנות שופט בית המשפט המחוזי, מתוך רשימה שערך שר המשפטים;

(7) איש דת לפי דתו של החולה, ככל האפשר.

(ב) לכל חבר ועדה מוסדית ימונה ממלא מקום בעל הכשירות הנדרשת לפי סעיף זה.

(ג) ועדה מוסדית תבחר את יושב ראש הועדה, מבין חבריה.

(ד) ועדה מוסדית תתכנס סמוך ככל האפשר למועד הפנייה אליה, ובזמן שקביעתה תהיה רלוונטית.

(ה) ועדה מוסדית רשאית להסמיך הרכב חלקי מתוכה, שידון במקרים דחופים; ההרכב החלקי יכלול לפחות חברי ועדה אלה:

(1) רופא בעל כשירות כאמור בסעיף קטן (א)(1) או (2);

(2) אחד מבין חברי ועדה אלה: אחות מוסמכת, עובד סוציאלי או פסיכולוג קליני;

(3) אחד מבין חברי ועדה אלה: איש אקדמיה כאמור בסעיף קטן (א)(5), משפטן כאמור בסעיף קטן (א)(6) או איש דת כאמור בסעיף קטן (א)(7).

פניה לועדה

46. (א) הפניה לועדה מוסדית יכול שתיעשה בידי אחד מאלה:

(1) מטופל שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 8 כי אינו חולה הנוטה למות ומטופל שנקבע לגביו לפי הוראות הסעיף האמור כי הוא חולה הנוטה למות (בפרק זה — החולה), או מי מטעמו של חולה כאמור;

(2) מיופה כוחו של חולה;

(3) אדם קרוב או אפוטרופסו של חולה שאינו בעל כשרות;

(4) מטפל מבין חברי הצוות הרפואי במוסד הרפואי שבו מטופל החולה;

(5) רופאו האישי של החולה;

(6) עובד סוציאלי.

(ב) פנה לועדה מוסדית בעניינים המנויים בסעיף 47 אדם שאינו החולה או מי מטעמו, תודיע הועדה על הפניה לחולה או למי מטעמו; לא היה החולה בעל כשרות תודיע הועדה על הפניה גם למיופה כוחו ולאפוטרופסו, אם ישנם, וכן לאדם קרוב, לפי הענין.

סמכויות ועדה מוסדית והחלטותיה

47. (א) ועדה מוסדית מוסמכת להכריע במקרים שבהם קיימת מחלוקת בין הנוגעים בדבר או מתעורר ספק כיצד לנהוג בחולה, ובין השאר במקרים אלה:

(1) השגה על החלטת רופא אחראי לענין חזקת הרצון להוסיף לחיות לפי סעיף 4 או חזקת הכשרות לפי סעיף 6;

(2) מחלוקת בין הורי קטין חולה, בינם לבין עצמם או בינם לבין הרופא האחראי, וכן מחלוקת בין קטין שהוא חולה נוטה למות לבין הוריו או בינו לבין המטפלים בו, כאמור בסעיף 28;

(3) מחלוקת בין אפוטרופוס לבין קטין חולה, הוריו או הרופא האחראי, לענין סעיף 24;

(4) בירור רצונו של חולה נוטה למות מתוך הנחיות רפואיות מקדימות שנתן כאמור בסעיף 35;

(5) השגה על החלטת מיופה כוח כאמור בסעיף 40;

(6) קביעת העדיפות בין ההנחיות הרפואיות המקדימות לבין ייפוי הכוח כאמור בסעיף 42(ג).

(7) קביעת רופא אחראי לענין היותו של מטופל חולה נוטה למות או חולה בשלב סופי, כאמור בסעיף 8;

(8) קביעת רופא אחראי לענין היותו של אדם, אדם קרוב לחולה הנוטה למות;

(ב) בבואה להכריע במחלוקת כאמור בסעיף קטן (א) תברר ועדה מוסדית את רצונו של החולה ביחס לטיפול הרפואי בו ותיתן הוראות למימוש רצונו על פי נתונים עובדתיים שיובאו לפניה ובכפוף להוראות חוק זה; בהיעדר נתונים עובדתיים בדבר רצונו של החולה בדיון לפי סעיף קטן (א)(1)-(6) תחליט הועדה בהתאם לאומד רצונו של החולה על פי השקפת עולמו ואורח חייו, ובמידת הצורך תוך התייעצות עם אדם קרוב לחולה הנוטה למות ועם אנשים המייצגים השקפת עולם הדומה לזו של החולה; ולענין קטין או חסוי תכריע הועדה גם בהתאם לאמור בסעיף 28(ד) או 29(ד), לפי הענין.

(ג) המנויים בסעיף 46(א) וכן כל אדם שיש לו ענין במטופל, רשאים לטעון בפני הועדה המוסדית.

(ד) החלטת ועדה מוסדית, למעט בדיון בהרכב חלקי כאמור בסעיף 45(ה), תהיה תקפה רק אם השתתפו בדיון ובקבלת ההחלטה חמישה חברים לפחות, ובהם המשפטן, רופא אחד ושני חברים נוספים מבין החברים שאינם רופאים; החלטות הועדה יתקבלו ברוב דעות; היו הדעות שקולות — תכריע דעתו של היושב ראש.

(ה) ועדה מוסדית רשאית להחליט בפנייה, להעביר את המקרה להכרעתה של הועדה הארצית או להביא את הצדדים המעורבים להסכמה; הסכימו הצדדים — לא תחליט הועדה בפנייה.

(ו) ועדה מוסדית במוסד רפואי תדון בענינו של חולה המטופל במוסד הרפואי שאליו היא שייכת, ובענינו של חולה שאינו מטופל במוסד רפואי, אם הרופא האחראי בענינו מועסק במוסד הרפואי; ועדה מוסדית בקופת חולים תדון בעניינו של חולה המטופל בידי רופא אחראי שאינו רופא כמפורט בפיסקה (1) להגדרה רופא אחראי, שהינו רופא מחוזי או מי שמונה על ידו, והועדה תהיה הועדה המוסדית שבקופת חולים שבה רשום החולה; כן תדון ועדה מוסדית בענינו של חולה שלגביו הורה לה המנהל הכללי לדון ולהכריע.

דיון חוזר בועדה

48. הוגשה פניה חוזרת לועדה לפי סעיף 46 בעניין של החולה הנוטה למות שכבר נדון והוכרע בועדה והחליטה הועדה לגביו ולא חל שינוי בנסיבות, רשאי יושב ראש הועדה לקבוע כי הפניה החוזרת לא תובא לפני הועדה לדיון חוזר.

סייג לדיון חוזר

49. לא תדון הועדה בפניה שלגביה הוגש ערר לפי סעיף 51(א)(4) או הוגשה עתירה לבית המשפט הגבוה לצדק.

סימן ב': הועדה הארצית

מינוי ועדה ארצית ומותביה

50. (א) המנהל הכללי ימנה את הועדה הארצית, ואלה חבריה:

(1) ארבעה רופאים מומחים, בדרג של מנהל יחידה, מנהל מחלקה, או מנהל בית חולים;

(2) ארבע אחיות מוסמכות, בדרגה בכירה;

(3) ארבעה חברים שהם עובדים סוציאליים במוסד רפואי, בדרגת ניהול בכירה, או פסיכולוגים קליניים במוסד רפואי, בדרגת ניהול בכירה;

(4) ארבעה אנשי אקדמיה המומחים בתחום הפילוסופיה או האתיקה, בדרגה אקדמית בכירה;

(5) ארבעה משפטנים הכשירים להתמנות שופטי בית משפט מחוזי, או שהם בדרגה אקדמית בכירה;
(6) ארבעה אנשי דת.

(ב) החברים שימונו יהיו בעלי ניסיון בתחומים שחוק זה דן בהם; איש דת יהודי ימונה בהתייעצות עם הרבנים הראשיים לישראל ואיש דת לא-יהודי ימונה בהתייעצות עם נשיא בית הדין לערעורים של אותה עדה דתית בישראל; המשפטן ימונה בהתייעצות עם היועץ המשפטי לממשלה.

(ג) המנהל הכללי ימנה את יושב ראש הועדה ואת ממלא מקומו, מבין חבריה.

(ד) יושב ראש הועדה ימנה, מבין חברי הועדה, את מותבי הועדה; לכל מותב ימונו שישה חברים, כל אחד מתחום עיסוק אחר כמפורט בפסקאות (1) עד (6) של סעיף קטן (א), וכן ימנה ממלא מקום לכל אחד מהם; יושב ראש הועדה ימנה לכל מותב את יושב הראש ואת ממלא מקומו.

(ה) חבר הועדה הארצית ימונה לתקופה של חמש שנים, וניתן לשוב ולמנותו לתקופות נוספות.

סמכויות הועדה הארצית ופניה לועדה הארצית

51. (א) הועדה הארצית מוסמכת לדון ולהכריע באלה:
(1) חילוקי דעות בין חברי הועדה המוסדית, לפי פנייה של אחד לפחות מבין חברי הועדה המוסדית ;
(2) מקרים חריגים בעלי חשיבות עקרונית אשר ועדה מוסדית העבירה להכרעתה;
(3) מקרים שועדה מוסדית העבירה להכרעתה של הועדה הארצית, בלא שתכריע בהם;
(4) ערר על החלטה של ועדה מוסדית שהוגש בידי מי שזכאי לפנות לועדה מוסדית.

(ב) בבואה להכריע במחלוקת כאמור בסעיף קטן (א) תברר הועדה הארצית את רצונו של החולה ביחס לטיפול הרפואי בו ותיתן הוראות למימוש רצונו על פי נתונים עובדתיים שיובאו לפניה ובכפוף להוראות חוק זה; בהיעדר נתונים עובדתיים בדבר רצונו של החולה תחליט הועדה בהתאם לאומד רצונו של החולה על פי השקפת עולמו ואורח חייו, ובמידת הצורך תוך התייעצות עם אדם קרוב לחולה הנוטה למות ועם אנשים המייצגים השקפת עולם הדומה לזו של החולה; ולענין קטין או חסוי תכריע הועדה גם בהתאם לאמור בסעיף 28(ד) או 29(ד), לפי הענין.

החלטות הועדה הארצית

52. (א) המנויים בסעיף 46(א) וכן כל אדם שיש לו ענין במטופל, רשאים לטעון בפני הועדה הארצית.

(ב) החלטות הועדה הארצית יתקבלו ברוב דעות חברי המותב; היו הדעות שקולות תכריע דעתו של יושב ראש המותב.

(ג) תוקף החלטות הועדה הארצית מותנה בהשתתפות בדיון של נציג מכל אחד מתחומי העיסוק שמהם מורכבת הועדה, המפורטים בפסקאות (1) עד (6) של סעיף 50(א).

(ד) הועדה הארצית תחליט בערר או בפנייה שהובאה בפניה.

התיצבות היועץ המשפטי לממשלה

53. ראה היועץ המשפטי לממשלה כי ענין הנדון לפני הועדה המוסדית או הועדה הארצית מעלה שאלה שלגביה נדרשת הצגת עמדתו, רשאי הוא, לפי ראות עיניו, לפנות ולהתייצב בפני הועדה ולהשמיע דבריו בעצמו או באמצעות מי מטעמו.

פרק ז': שונות

פטור מאחריות

54. לא יישא אדם באחריות לפי כל דין על פעולתו לפי הוראות חוק זה, אלא אם כן פעל ברשלנות.

הזכות לפעולות נוספות

55. חולה הנוטה למות זכאי, במידת האפשר, שיכובד רצונו לענין פעולות נוספות שלדעת החולה או משפחתו הוא נדרש להן, ביוזמתו ובמימונו; אולם רשאי מנהל מחלקה שלא לאפשר ביצוע פעולות כאמור בתחומי המוסד הרפואי, אם, לפי שיקול דעתו, הוא סבור שהפעולות עלולות לסכן את החולה או לגרום הפרעה למטופלים אחרים או לצוות המטפל.

העברת הטיפול למטפל אחר

56. אין בהוראות חוק זה כדי לחייב מטפל לתת לחולה הנוטה למות טיפול רפואי מסוים, או להימנע ממתן טיפול רפואי מסוים, בניגוד לערכיו, למצפונו, או לשיקול דעתו הרפואי; מטפל שסירב או נמנע כאמור יעביר את הטיפול למטפל אחר, על פי הסדר שייקבע בתיאום מראש עם מנהל המוסד הרפואי.

אי תחולה

57. על אף הוראות חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962[7], חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960[8], חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991[9], חוק הסעד (טיפול במפגרים), התשכ"ט-1969[10] וחוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו-1966[11] ובכפוף להוראות סעיפים 5(ג) ו-14(ג), הוראות סעיף 10(א), הוראות סימנים ו' עמ' 52. **[9]** ס"ח התשנ"א, עמ' 58. **[10]** ס"ח 56.

[7] ס"ח התשכ"ב, עמ' 120. **[8]** ס"ח התש"ך, התשכ"ט, עמ' 132. **[11]** ס"ח התשכ"ו, עמ'

ו-ז' בפרק ד' והוראות פרק ו', אפוטרופוס ממונה לאדם לא יהיה מוסמך לייצגו בענינים שחוק זה חל עליהם.

סודיות

58. לא יגלה אדם מידע מזהה אודות מטופל שהגיע אליו תוך כדי מילוי תפקידו או במהלך עבודתו לפי חוק זה ולא יעשה בו כל שימוש, אלא לצורך ביצוע הוראות חוק זה, הוראות כל דין או לפי צו של בית משפט; אין בהוראות חוק זה כדי לגרוע מהוראות חוק זכויות החולה, בכפוף להוראות סעיף 10(ג).

תחולה

59. חוק זה יחול גם על המדינה.

תקנות

60. (א) השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, יקבע —

(1) הוראות לקביעת אדם קרוב;

(2) הוראות לענין מתן הצהרות, איסופן ותיעודן, ולענין איסוף מסמכים ונתונים, לשם בירור רצון המטופל לפי סעיפים 5, 14 ו-35 לרבות דרישות ראייתיות ביחס לעדויות, מסמכים ונתונים כאמור;

(3) דרכי המינוי וסדרי העבודה של הועדה הארצית והועדות המוסדיות;

(4) הפרטים שיש לתעד ברשומה רפואית לפי סעיפים 7 ו-11(ב);

(5) הוראות בדבר שינוי וביטול הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח, בידי אדם שמחמת מחלה או מום אינו מסוגל לבצע את הפעולות המעשיות הנדרשות לשם כך כאמור בסעיף 43(ג);

(6) חובות דיווח על ביצוע הוראות חוק זה למי שיסמיך השר, לצורכי בקרה ומחקר, והוראות בדבר פרסום מידע כאמור, ובלבד שלא יפורסמו פרטים מזהים של מי שדיווחו עליו;

(7) הוראות בדבר החובה להחזיק במוסד רפואי ובכל מקום שיקבע השר כאמור אמצעים טכנולוגיים כמשמעותם בפיסקה (2) להגדרה "טיפול רפואי מחזורי"; הוראות כאמור יכול שיוחלו בהדרגה על סוגי מוסדות רפואיים ובמקום כאמור במשך תקופה שתיקבע, לפי צו שיקבע השר;

(8) הוראות לניהול מאגר המידע, לרבות תנאים לענין מסירת מידע וקבלת מידע, וכן דרכי מינויו של האחראי על המאגר ותחומי סמכותו.

(ב) השר יקבע הוראות כאמור בסעיף קטן (א)(7), לגבי כל אמצעי טכנולוגי, עד תום שנה מהיום שאושר שימוש באמצעי טכנולוגי על ידי המנהל הכללי.

(ג) השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, רשאי לקבוע דרכים אחרות למתן הנחיות רפואיות מקדימות, דרך כלל או לסוגי מקרים שקבע כאמור בסעיף 33(ג) ולמתן ייפוי כוח, דרך כלל או לסוגי מקרים שקבע כאמור בסעיף 38(ג) ;

(ד) תקנות ראשונות כאמור בסעיף קטן (א) יותקנו עד תום שנה מיום פרסומו של חוק זה.

ביצוע

61. השר ממונה על ביצוע הוראות חוק זה והוא רשאי להתקין תקנות לביצועו.

שינוי התוספות

62. השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, רשאי לשנות את התוספות וכן לקבוע כאמור סוגי טפסים אחרים.

תחילה

63. תחילתו של חוק זה שנה מיום פרסומו.

תוספת ראשונה
הנחיות רפואיות מקדימות לטיפול רפואי עתידי בחולה הנוטה למות
(סעיף 31)

תוספת שניה
ייפוי כוח
למתן הנחיות רפואיות לטיפול בחולה הנוטה למות
(סעיפים 37 ו-42)

תוספת שלישית
הוראה להארכת תוקפן של הוראות רפואיות מקדימות
או להארכת תוקפו של ייפוי כוח
(סעיפים 34(א) ו-39(א))

תוספת רביעית
הוראה לביטול הנחיות רפואיות מקדימות או לביטול ייפוי כוח
(סעיפים 33, 38 ו-43)