

לזולת¹⁴⁶ הם עקרונות יהודיים-הלכתיים ברורים ומוגדרים. על פי היהדות אסור לגרום נזק לזולת לא רק באופן פסי-גופני, אלא גם באופן נפשי-רגשי, באופן ממוני, בדרך של פגיעה בשם הטוב, או פגיעה בפרטיות הזולת¹⁴⁷. יתר על כן, על פי ההלכה קיימת חובה ברורה לא רק להימנע מגרימת נזק לזולת, אלא גם לעשות טוב לזולת היא חובה הלכתית, ולעיתים בת-עונשין בהימנעות מעשייתה. זאת בניגוד לחוק הכללי ולאתיקה הכללית, שעל פי רוב קיימת מבחינתם חובה וענישה רק ביחס למניעת נזק, אבל אין חובה מוחלטת וזוהה לעשיית טוב. גמילות חסד נחשבת על פי שיטות אלו כמעשה ראוי לשבח, אך לא חובה מוגדרת.

תורת המוסר הפלילי

א. הגדרת המושג

תורת המידות היא הענף בפילוסופיה הכללית הדין בבעיות ובשיפוטיות מוסריים של הכוונות והרצונות של בני אדם. הוא מתייחס להתנהגות אנושית בהגדרת הנכון והבלתי-נכון בפעולות אנוש, והטוב והרע במאווייו ובתוצאות מעשיו.

יש המחלקים את תורת המידות לאתיקה¹, אשר דנה בהיבטים התיאורטיים והעקרוניים של הערכים, ובחשיבה

לעשות זאת. האדם מישראל מחוייב לנהוג על פי ההלכה, ודבר זה כרוך בהכרח בהגבלה של חופש הבחירה והאוטונומיה. התפיסה היהודית ביחס לעקרון האוטונומיה יכולה להסתכם בדרך הבאה: אמנם יש מידה מסוימת של אוטונומיה בכל הנוגע למצבים שאינם מוכתבים ואינם מוגדרים על פי ההלכה, ודבר זה מוצא את ביטויו גם במצבים רפואיים שונים, כגון הצורך בהסכמתו המודעת של החולה לטיפולים ניסיוניים, או לבחירה בין טיפולים חלופיים שונים¹⁴², או הרשות לחולה נוטה למות לסרב בתנאים מסוימים טיפולים מאריכי-חיים מסויימים¹⁴³, אך בכל מצב בו יש עמדה הלכתית ברורה על היהודי (רופא, חולה, או כל אדם אחר) לוותר על הבחירה החופשית שלו, ולנהוג על פי דרישות ההלכה, ולא על פי הנטיות הרצוניות שלו.

ההלכה שוללת ומבטלת את עקרון האוטונומיה כשמולה עומד ערך החיים. על כן אין ערך להחלטה כל שהיא ליטול חיי אדם, בין בעצמו¹⁴⁴, בין על ידי זולתו¹⁴⁵. היוצא, איפוא, שערך החיים והבריאות של האדם עולים בחשיבותם על ערך האוטונומיה, ולכן אין להתחשב לכתחילה בדרישות והחלטות שעלולות לגרום נזק לפרט, גם אם ההחלטה נעשית באופן אוטונומי.

עקרונות ההטבה לזולת, ואי-גרימת נזק

[143] ראה ע' נוטה למות (א) הע' 234 ואילך.
[144] ראה ע' אָבוד עצמו לדעת. [145] ראה ע' נוטה למות(א). [146] ראה ע' תורת המוסר הכללי. [147] ראה לעיל הע' 44 ואילך.
[1] מקור המילה הוא יוונית – ethike, שפירושו

זהוהו בכבוד חבריכם, וביבמות, סב ב, שתלמידי ר' עקיבא מתו בפרק אחד, מפני שלא נהגו כבוד זה בזה. וראה בהרחבה באנציקלופדיה תלמודית, כרך ז, ע' דרך ארץ, עמ' תרצו-תש. [142] ראה ע' הסכמה מדעת, וע' נסויים רפואיים בבני אדם.

גנטיקה, עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, פיסיותרפיה, רפוי בעיסוק, רפוי בדבור וכיו"ב מתחום מדעי הבריאות; היבטים אתיים של ניהול רפואי, כלכלה רפואית, רפואה תעסוקתית, אפידמיולוגיה, רפואה משפטית וכיו"ב מתחום מדיניות בריאות; היבטים אתיים ביחס לבעלי חיים מתחום הביולוגיה.

בערך זה יידונו העקרונות האתיים הכלליים⁴, ההתפתחות והעקרונות של האתיקה הרפואית, ושיטות ההוראה של אתיקה רפואית בבתי ספר לרפואה. היישומים המעשיים של העקרונות הללו בתחומים רפואיים רבים כלולים במרבית הערכים של אנציקלופדיה זו.

על ההיבטים המוסריים מבחינה יהודית – ראה ערך תורת המוסר היהודי.

ב. רקע היסטורי

בעולם העתיק – מאז ראשית ההיסטוריה האנושית מוצאים אנו התייחסות לבעיות רפואיות-מוסריות בצורת חוקים, תקנות, הנחיות ו'שבועות', שנוסחו עבור רופאים, או על ידי רופאים. התייחסות כזו מוצאים אנו בין העמים

העומדת ביסוד העקרונות המוסריים, והיא מנסה להתחקות אחרי מהותם של הערכים החיוביים והוכחת תקיפותם; ולמוסר², אשר מתייחס למכלול התקנות והמנהגים המעשיים, ולהתנהגויות הנורמטיביות של אנשים או קבוצות. המוסר מכיל הרבה חוקים, ערכים ועקרונות, והאתיקה מנסה לתת להם משמעות עקרונית וכוללת. אכן, שני מושגים אלו מתחלפים, ומשמשים בדרך כלל במובנים זהים.

האתיקה הרפואית במובן הצר וההיסטורי היא קבוצת כללים המסדירה את התנהגות הרופא ביחסו לחבריו למקצוע, וביחסו לחולים שבטיפולו, אשר נוסחה בדרך כלל על ידי רופאים³. האתיקה הרפואית במובנה המודרני היא יישום של תורות ועקרונות אתיים כלליים לבעיות קליניות ומחקריות ברפואה, והיא מנוסחת בדרך כלל על ידי קבוצות של מומחים מתחומים שונים. בשנים האחרונות יש הרחבה נוספת של הענף בצורה של ביו-אתיקה, היינו יישום עקרונות אתיים לכל תחומי מדעי החיים ומדעי הבריאות. בדרך זו נידונים היבטים אתיים גם ביחס למקצועות שאינם כלולים בתחום המוגדר של רפואה גופנית או נפשית במובן הצר: סיעוד, רוקחות,

לדיון בהיבטים של דתות שונות: Brody BA, et al (eds), *Bioethics Yearbook*, Vol 1: Theological Developments in Bioethics, 1988-1990, Kluwer Academic Pub, 1991; Lustig BA, et al (eds), *Bioethics Yearbook*, Vol 2: Theological Developments in Bioethics, 1990-1992, Kluwer Academic Pub, 1993; Pellegrino ED, et al (eds), *Transcultural Dimensions in Medical Ethics*, Nanji AA, J – באופן ספציפי: איסלם – 1992.

הרגל, עשיה, אפי. [2] morals. מקור המילה הוא לטיני – mos, שפירושו הרגל, מנהג. [3] כגון שבועת היפוקרטס – ראה ע' רופא, נספח 2(ד); שבועת אסף הרופא – ראה ע' רופא, נספח 2(א); קודים אתיים של הסתדרויות רפואיות שונות בעולם, וכיוצ"ב. [4] הדיון בערך זה מתייחס לגישות הפילוסופיות-אתיות הכלליות. יש לציין, שדיונים אתיים-רפואיים מתקיימים גם ברבות מהדתות, עם ייחודיות מתאימה להם. להלן רשימה חלקית של מקורות

היפוקרטס.

ג. תיאוריות ועקרונות אתיים כלליים

הרבה מאד הסתדרויות רפואיות בעולם, ובכללם גם בישראל, פרסמו קודים אתיים והתנהגויות נאותות של רופאים.

האתיקה הרפואית בצורתה הנוכחית, היינו כעיסוק רב-תחומי, החלה להתפתח בשנות ה-50 של המאה ה-17²⁰. המהפך העיקרי של האתיקה הרפואית המודרנית היה בתחום יחסי חולה-רופא, מגישה פטרנליסטית לגישה אוטונומיסטית¹⁸, ועל כל ההשלכות שיש לשינוי בסיסי זה – גילוי מידע לחולה, הסכמה מדעת, סודיות רפואית ועוד¹⁹.

הנגישות הרבה לממצאים מדעיים, לתיאוריות מדעיות ולחידושים מדעיים הביאו למעורבות ציבורית רחבה ביותר. הפרסומים הרחבים הנוגעים למדע בתיקשורת הכתובה והאלקטרונית, ובעיקר הנגישות העצומה לנתונים ולמידע מדעיים באינטרנט, הם מסממני העידן המודרני. דבר זה נכון לכל שטחי המדע בכלל ולשטחי מדעי הבריאות והרפואה בפרט. יתר על כן, ההשלכות העצומות על איכות החיים של כל אזרחי העולם שיש לחידושים ולעידכונים מדעיים בכלל, ורפואיים-בריאותיים בפרט, מחייב התייחסות ציבורית רחבה, ואינה מאפשרת עוד את שמירת המידע בקבוצות מצומצמות של מדענים.

הגדרות ועקרונות – תורת המידות באה לספק מסגרת הגיונית להבנת השיפוט המוסרי של התנהגות בני אדם, והיא באה ללמד כיצד להכיר דילמות מוסריות, וכיצד לפתור אותן. האתיקה בוחנת קני-מידה שבעזרתן נבדקות התנהגויות של בני אדם אם נכונות הן אם לאו. כללי ההתנהגות המקובלים והנאותים מכונים נורמות התנהגותיות. לצורך קביעת נורמות התנהגותיות ראויות עוסקת האתיקה בהגדרת ערכים רצויים וראויים בהתנהגות בני אדם. ערך²⁰ מציין בדרך כלל את הטוב, הרצוי, או הראוי בתורת המידות, את האמת בתחום ההכרחי, ואת הקדושה בתחום הדתי. ערך אינו מבטא צורך אובייקטיבי, הוא איננו מושג מדעי, ולא ניתן להגדרה ולמיון מדעי, ולפיכך אין המדע יכול לתרום מאומה לערכים²¹. ערך מייצג דרישה סובייקטיבית, והוא נמדד במה שאדם מוכן לתת למענו, ולא במה שהוא נותן לאדם.

דילמות מוסריות נוצרות בהקשרים אנושיים בלבד, היינו במסגרת היחסים שבין אדם לזולתו, והן מתרחשות כל אימת שקיימות שתי חלופות או יותר, שכל אחת טובה כשלעצמה, אך מנוגדת בתוצאותיה במצב נתון, או כאשר נוצרת סתירה בין מה שטוב לאחד, ובו-בזמן גורם רע לאחר, כך שפעולה על פי עקרון

ההיסטוריים והשינויים בהתייחסות לדילמות אתיות רפואיות במדינות שונות – ראה *Encyclopedia of Bioethics*, s.v. Medical ethics, history of [20]. value [21]. ראה

[17] יש הרואים בפרסום הספר – Fletcher JF, *Morals and Medicine*, Boston: Beacon Press, 1954 את ראשית האתיקה הרפואית המודרנית. [18] ראה להלן הע' 90-97. [19] על ההיבטים

אחד היא בלתי ראויה על פי עקרון אחר. במצבים כאלו ניתן למצוא הצדקה מוסרית לכל כיוון פעולה, אך יש צורך במנגנונים יחסיים כדי להכריע בבחירת הפעולה הנכונה. בליבה של כל בעיה מוסרית נמצא סתירה בין פתרונות שונים, עם התנגשות בין אינטרסים, וכורח להכריע לכאן ולכאן.

ההגדרה המעשית לשאלה אתית היא מה צריך להיעשות, ולא מה עושים בדרך כלל, או מה יכולים לעשות.

דילמות מוסריות לא היו נוצרות אילו עקרונות מוסריים היו פועלים כקווים ישרים ומקבילים שאינם חוצים זה את זה לעולם. אכן, המציאות היא שאין הערכים פועלים בדרך זו, אלא שהם פועלים במישורים שנים, כולל במצבים שיש בהם חציית ערכים, ויש צורך לבחור במצב נתון בין ערכים טובים ורעים, או בין ערכים טובים יותר או טובים פחות במצב הנתון.

יש שהפתרון המוסרי הוא חד ומוכרע לכיוון אחד באופן מלא ומוחלט, ויש שהפתרון הוא פשרה בין אינטרסים מנוגדים. במצב של פשרה ההכרעה איננה מביאה אף אחד מן האינטרסים המתנגשים לידי מימוש מלא.

באופן תיאורטי צריכה האתיקה להחליט בין טוב לרע, בין ראוי לבלתי-ראוי, בין נכון לבלתי-נכון. אכן, הפתגם קובע כי 'לא זה החכם היודע לבחור בין טוב לרע, אלא זה שיבחר הטוב משני דברים רעים'. בחירה בין טוב מוחלט לרע מוחלט היא לעתים בחירה קלה שאין בה חכמה רבה, ולעתים היא בלתי אפשרית, וחכמה אנושית מקובלת לא מסוגלת להכריע בה. לפיכך צריך לעתים קרובות להחליט מהי ההכרעה של

שתי השאלות המרכזיות של תורת המידות הן: א. מהו הטוב שאנו שואפים או צריכים לשאוף אליו, ומהו הרע שאנו בוחלים או צריכים לסלוד ממנו? ב. מהו הדבר הראוי או הרצוי שחובה לעשותו, ומהו הדבר הבלתי-ראוי או הבלתי-רצוי שאסור לעשותו? יש הסבורים, ששתי השאלות קשורות זו בזו, אלא שנחלקו בשאלה איזו מהן היא ראשונית, ואיזו היא נגזרת ממנה; ויש השוללים קשר בין שתי השאלות הללו.

לעתים יסוד הדילמה הוא עובדתי ולא ערכי. במקרים כאלו הוויכוחים והדיונים נובעים מאי-דיוק עובדתי של הדילמה הנידונה, בין אם אי-הדיוק הוא ביחס לעובדות, ובין אם הוא נוגע לאי בהירות ולחוסר הבנה של עמדות והשקפות. לפיכך, פתרון השאלה העובדתית ישחרר את מתח הבעיה המוסרית. שכן אתיקה טובה מתחילה בעובדות נכונות. אין כל משמעות לדיון אתי יישומי כאשר העובדות הן שגויות או לא-מלאות, ולפיכך השלב הראשון בדיון אתי-רפואי קונקרטי הוא איסוף וארגון הנתונים המיוחדים למקרה הנדון. להבנה זו יש

הרע במיעוטו.

או 'בלתי-נכון'²⁵.

לעומת זאת במדעים המדויקים או במדעי הטבע אנו מסיקים מסקנות בהתאם לתוצאות הניסויים או התצפיות המדעיות, באופן אובייקטיבי, ללא נטיות אישיות. לפיכך המושגים המתאימים בהקשרים מדעיים הם 'אמת' ו'שקר'²⁶.

יש מי שהגדיר²⁷ את ההבדל בין מדע לבין אתיקה או דת בכך שהראשונה מגיעה למסקנות בעוד האחרונות מגיעות להחלטות או להכרעות. מסקנה היא קבלת הנתונים העובדיים בהכרח, בעוד שהחלטה או הכרעה היא בחירה רצונית בין חלופות שונות. כמו כן נבדל המדע מהאתיקה והאמונה בכך שהמסקנה המדעית מבוססת על העבר, היינו ניסיון וידע קודמים מביאים למסקנות עכשוויים, בעוד שאתיקה ואמונה מבוססת על העתיד, היינו בחירה והכרעה עכשווית מבוצעת על סמך רציה, כוונה, או תוצאה עתידית. מכאן שהמונח 'סיבה' הוא מושג מדעי אשר בא להסביר מצב עכשווי על סמך נתונים מהעבר, בעוד שהמונחים 'טעם' או 'נימוק' הם מושגים ערכיים, אשר באים להצדיק מצב עכשווי על סמך רצון או כוונה עתידיים. כמו כן נבדל המדע מהאתיקה או מהאמונה בכך, שבמקרה הראשון אם מתבררת טעות בידע, יכול המדען לחזור בו מהידיעה ולהסביר את העובדות בדרך אחרת, אך

פעילות מוסרית ניתנת להערכה בארבעה מישורים: הרצון, הכוונה, המוטיבציה; העקרון, התיאוריה, הערכים; השיטה; והתוצאות. תורות אתיות שונות מדגישות מישורים מסויימים, ויש הדורשים התייחסות לכל המישורים. לעתים יש צורך להתחשב במצבים מיוחדים, זמניים או מתחלפים, או שיש למצוא דרך-ביניים בין ערכים סותרים ומתנגשים.

מדע ואתיקה – האתיקה שונה מהמדע המדויק בכך שאין דרך להוכיח טיעון מוסרי בדרך ניסויית ומבוקרת, ולא ניתן לנתק שיקולים אתיים משיקולים אישיים-סובייקטיביים, מגישות תרבותיות והיסטוריות, ומלחצים חיצוניים שונים²². באתיקה אנו מקבלים הכרעות והחלטות המבוססות על גישות היסטוריות, פילוסופיות, חברתיות, ודתיות, עם דגש סובייקטיבי חזק. לפיכך, אין אמת אובייקטיבית-אוניברסלית בדיונים אתיים, ולמעשה לא ניתן לתת תשובות במובן המדעי המדויק לבעיות ערכיות-מוסריות. אף השכלה כללית, ואפילו השכלה הומניסטית, איננה בהכרח ערוכה למציאת ההגדרה המוסרית הנכונה, ובוודאי שאיננה ערוכה להתנהגות מוסרית נאותה²³. המושגים הרווחים בדיון אתי הם 'טוב', או 'רע'²⁴, 'ראוי', או 'בלתי-ראוי', 'נכון'

הסגולות, או המידות (virtues) שהן חיוביות מבחינה מוסרית, והיפוכו הוא 'רע'. [25] מושגים אלו מתייחסים למעשה עצמו. [26] ראה מבוא ב – דת ומדע. וראה בנידון במו"נ א ב. [27] ראה י. לייבוויץ, שיחות על

מבוא ב – דת ומדע. [22] על ההבדלים בין מתודות מדעיות להשקפות ערכיות ואמוניות ראה מבוא ב – דת ומדע. [23] ראה דברי השופט י. קיסטר, ע"א 4/66, פרץ נ' הלמוט, פ"ד (4), 351. [24] 'טוב' – היינו הנטיות,

יוצרו מבחון – במרכזי השלטון, והמוסר יוצרו מבפנים – במעמקי הלב; החוק בא להשליט סדר, והמוסר בא להשקיט מצפון; תפקידו של החוק להציל עשוק, ותפקידו של המוסר להציל את העושק מיד עצמו; החוק מצווה לסלק את החוב, והמוסר מצווה למלא את החובה. קיצורו של דבר, החוק הוא יצור סוציאלי, הרואה את הפרט באספקלריה של הכלל, והמוסר הוא חוויה אישית, הרגשת חובה אינדיבידואלית, הרואה גם את הכלל במנסרת הצבעים של הפרט²⁹.

הבדלי גישות – מאז ומעולם קיימות תורות אתיות רבות, הנבדלות אלו מאלו באופן בולט, ולעתים אף קיצוני. ההבדלים באים לידי ביטוי הן בעצם ההצדקות ומקורות הסמכות והתקיפות לתורות השונות, והן בפרטי המושגים, בחשיבותם המוחלטת והיחסית, וכיישומם בחיי המעשה.

תקיפותם של הערכים – אחת הבעיות הבולטות בדיון האתי הבסיסי היא ביחס למקורם ותקיפותם של הערכים. כבר בעולם העתיק היו חילוקי דעות בין הפילוסופים היווניים בשאלה זו. אפלטון והסטואיקנים סברו, שתוקפה של ההכרה המוסרית היא מוחלטת ואובייקטיבית. לדעתם קיימים חוקי מוסר אוניברסליים ונצחיים, החלים על כל בני האדם, בכל מקום ובכל זמן, הקשורים בהנחות המוסכמות על טבע האדם; לעומתם סברו

אין בכך כדי להשפיע כהוא-זה על אישיותו והתנהגותו, בעוד שאם מבררת טעות בחשיבה הערכית או בהתנהגות המוסרית, מוביל הדבר ל'תשובה' במוכן שבו מתחייב שינוי באישיותו ובהתנהגותו של אותו אדם. הבדל נוסף בין עולם המדע לעולם האתיקה הוא בכך, שהראשון מייחס משמעות וחשיבות רק לתוצאה המושגת ממאמץ מדעי, היינו אם השקיע אדם מאמץ רב וממושך ולבסוף לא הצליח להגיע לתוצאה יעילה, אין משמעות וחשיבות למאמץ שהושקע, והוא הולך לטמיון; לעומת זאת, במערכת ערכית יש תכלית ראויה במאמץ עצמו. יתר על כן, רבים מהוגי הדעות סבורים, שהגעה לשלימות איננה המטרה המעשית, אלא המטרה היא לשאוף לשלמות, שכן מצב של שלמות הוא בלתי אפשרי בבני אדם²⁸.

חוק, דת ואתיקה – האתיקה גם שונה מהחוק ומהדת, שכן האחרונים קובעים עמדה נחרצת וסופית לשאלה המתעוררת בפניהם, אף אם קיימים חילוקי דעות בין השופטים או בין הוגי הדעות הדתיים. לעומת זאת האתיקה, לדעת הרבה אתיקאים, איננה מתיימרת להכריע באופן נחרץ בדילמות המוסריות, אלא לחדד את הבעיות, להגדיר היטב את צדדי השאלה, ולהציע חלופות הגיוניות לפתרון הבעיה.

יש מי שהגדיר את ההבדלים הבאים בין חוק לבין מוסר: החוק פונה אל האזרח, והמוסר פונה אל האדם; החוק

המוחלטת היא לאלקים לבדו, ולבני אדם ניתנה המשימה רק לחתור להכרת האמת. [29] שופט בית המשפט העליון משה זילברג, חוק ומוסר במשפט העברי, הוצאת מגנס, תשיב, עמ' 5.

מדע וערכים, 1987. [28] יש מי שנסחו את הדבר באימרה, שהאדם טועה בהניחו שמוטל עליו להכיר את האמת, שכן מה שמוטל עליו אינו אלא לחתור להכרת האמת, שהרי האמת

התקיפות של המוסריות. לעומת אלו, יש מהפילוסופים המכירים בערכים מוחלטים ואוניברסליים, שאינם משתנים לפי צרכים חיצוניים וחולפים, ואינם משתנים מחברה לחברה, או מזמן לזמן. מקור הערכים הללו, לפי שיטות פילוסופיות שונות, יכול להיות עובדתי-אמפירי, אינטואיטיבי, או מטאפיזי-דתי. תפיסה זו מבוססת על העובדה שיש ערכים והתנהגויות המקובלות בכל העולם כמוסריות או כבלתי מוסריות בכל תרבות ובכל זמן. כמו כן מבוססת גישה זו על ההנחה שמוסר יחסי הוא בלתי עקבי, בלתי צודק, ובעצם מרוקן את המוסר מכל תוכן משמעותי, שכן הוא משתנה בהתאם להגדרות מזדמנות ומתחלפות.³²

תיאוריות אתיות — שתי תורות בסיסיות קיימות כיום ביסוד החשיבה האתית הנורמטיבית: התיאוריה התועלתנית³³, והתיאוריה הדיאונטולוגית³⁴.

התיאוריה התועלתנית או התכליתית מודדת את ערכיות הפעולה לפי תוצאותיה, ומגדירה כפעולה נכונה או טובה מבחינה מוסרית את אותה המצב אשר מביא לתוצאות הטובות ביותר עבור המספר הרב ביותר של בני אדם. לפי השקפה זו בצורתה הקלאסית מטרת המוסר להביא לידי מירב הטוב למירב בני האדם, כך שכללי המוסר משמשים כאמצעים להשגת הטוב העליון. הנחת

הפילוסופים הסופיסטיים-הספקנים שאי-אפשר להוכיח או להצדיק משפט או הערכה מוסרית באופן מוחלט ואוניברסלי. לדעתם כל העקרונות הם יחסיים ומשתנים בהתאם למקום, לזמן ולנסיבות; מעין שיטת ביניים היתה שיטתו של פרוטגורס וסיעתו, שסברו כי קיימים ערכים ונורמות מוסריים לחברה מסויימת, אך הם עשויים להשתנות בתרבויות שונות, ועל פי תנאים חיצוניים שונים.³⁰

חילוקי דעות בסיסיים אלו נמשכים עד לתקופה המודרנית. יש הרואים בכל הערכים, או לפחות ברובם המכריע, רק צווים יחסיים-סובייקטיביים, אשר משתנים מחברה לחברה, או מתקופה לתקופה, או בהתאם לנסיבות ספציפיות, ואפילו מאדם לאדם. תפיסה זו מבוססת על העובדה שאכן פעולות שונות נתפסות באופן שונה מבחינה מוסרית על ידי חברות שונות, או בזמנים שונים. כמו כן מבוססת תפיסה זו על ההנחה שערכים מוסריים אינם מולדים אלא נלמדים, ועל כן הם מושפעים מהכוחות המפעילים את ההתנהגויות השונות. יש פילוסופים המגדירים את מקור המוסריות ברגש, היינו שמעשה מוגדר כמוסרי או טוב אם הוא מעורר ברואה רגש נעים, ומעשה הוא רע כאשר הוא מעורר רגש של סלידה ודחיה, או שמעשה הוא מוסרי כאשר הוא מביא שמחה לעושה אותו והוא רע כאשר הוא מביא עצבות לעושה אותו.³¹ לפי תפיסות אלו הרגש וההרגל החברתי הם מקור

הפילוסופי הבולט של גישה זו הוא עמנואל קאנט. וראה בהערות הבאות. [33] utilitarian. נקראת גם תכליתית (consequential) או טלאולוגית. [34] deontology. נקראת גם

[30] ראה — נ. שפיגל, תולדות האתיקה העתיקה, ירושלים, הוצאת מגנס, 1985, עמ' 20-13. [31] הנציגים המובהקים של גישה זו הם דויד יום, שפינוזה, וטרמרק. [32] הנציג

היסוד היא שלמוסר יש תכלית מסויימת, שאותה הוא אמור לממש, וכל פעולה נעשית לשם איזו תכלית.

לפי התועלת המירבית שהם מביאים לכל הערכים הללו, ולא רק להנאה ולמניעת סבל. שיטה שלישית בתחום התועלתנות מתעלמת מעקרונות כלליים ומוגדרים, ורואה כתכלית טובה את ההעדפה האינדיבידואלית של מילוי רצונות ושאילות אישיים. היינו התועלתנות המירבית היא זו שהפרט או הקבוצה רואים כטוב עבורם, בתנאים ספציפיים וזמניים.

הדוגלים בתיאוריה זו חלוקים ביניהם בשאלת היסוד מהו הטוב העליון, שהשגתו היא השאיפה האידיאלית של המוסר. יש הרואים בתכלית בודדת ומוגדרת את הטוב העליון³⁵. בשיטה זו יש מהוגי הדעות המזהים את הטוב העליון עם אושר³⁶, יש המזהים אותו עם מימוש עצמי³⁷, ויש המזהים אותו עם הנאה³⁸. זוהי התפיסה המקובלת ביותר בקבוצה זו, והיא מתחלקת בין הסבורים שההנאה האנוכית והאינדיבידואלית היא המכריעה, ולפיכך מעשה המביא להנאה של היחיד הוא מעשה מוסרי, וטוב הוא מה שמקנה הנאה לאדם³⁹, ובין הסבורים שההנאה איננה מתייחסת לאדם הבודד אלא לטובת הכלל, היינו מעשה הוא מוסרי אם הוא מביא את ההנאה הגדולה ביותר למספר בני אדם הגדול ביותר⁴⁰. כמו כן יש המתייחסים להשגת הנאה גופנית וגשמית כיעד הטוב העליון⁴¹, ויש המתייחסים להנאה הרוחנית כגולת הכותרת המוסרית⁴². לעומתם יש הסבורים שאין מטרה אחת שהיא הטוב הבלעדי, אלא קיימות תכליות אחדות שיש לשאוף אליהן⁴³. דוגמאות לתכליות טובות הן אהבה, בריאות, אושר, ריעות, יופי, שלכל אחת מהן ערך עצמי של טוב עליון. על כן, לדעתם, יש לשקול מעשים מוסריים

ביקורת רבה נמתחה על התיאוריה התועלתנית: גישה זו מבוססת על האפשרות של מדידה כמותית והשוואתית של תוצאות טובות. אך האם אמנם ניתן למדוד 'יחידות' מוסריות כמו הנאה, אושר, אהבה וכיו"ב? יתר על כן, במקרים קונקרטיים רבים קשה מאד לשקול את התועלתיות הצפויה כשקיימות פעולות חלופיות וסותרות; אין כל אפשרות להוכיח שערך בודד הוא הטוב העליון, שרק אליו יש לשאוף. הבחירה של ערך ההנאה כטוב העליון פתוחה לוויכוח כמו בחירה של כל ערך אחר; בשיטה זו יש חוסר עקביות מוסרית בהחלטות, שכן הן ניתנות לשינוי בהתאם לתוצאות צפויות או משוערות; שיטה זו עלולה להוביל בקלות רבה לאי-צדק חברתי, בעיקר לאור ההדגשה שהטוב העליון הוא המעשה המביא מירב ההנאה למירב בני האדם, מכאן שהמיעוט עלול להיפגע; קושי ניכר בתיאוריה זו היא השאלה מי מחליט מה

[39] הנציגים המובהקים של שיטה זו היו אפיקורוס, הובס, שפינוזה, ניטצה. [40] הנציגים הבולטים של שיטה זו הם יום ובנטהם. [41] אריסטיפוס מקריניי. [42] אפיקורוס. [43] גישה זו מכונה שיטה פלורליסטית. נציג

התיאוריה הפורמליסטית. [35] גישה זו מכונה שיטה מוניסטית. [36] אוידמוניום. נציגי התפיסה הזו היו אריסטו, סוקרטס והסטואים היוונים, ובעידן המודרני – סטיוארט מיל. [37] הגל, ברדלי. [38] נהנתנות = הדוניזם.

מתפשר. מקור המוסר הוא הגיוני, אוניברסלי, ובלתי משתנה, לא לפי הזמן, ולא לפי המקום. התנהגות בהתאם לציוויים מוסריים מוחלטים מתוך רצון עצמי ומתוך כוונה לפעולה מוסרית הוא הטוב העליון. ערכה המוסרי של פעולה כלשהי ייקבע רק על פי בדיקת כוונותיו של מבצע הפעולה, ולא על פי בדיקת התוצאות של הפעולה. רק הרצון הטוב הוא טוב ללא הגבלה, כלומר, הוא איננו מותנה במטרות ובתוצאות אליהם הוא מוביל. הדרישה של קאנט היא לנהוג באופן מוסרי מתוך אוטונומיה של הרצון, ולא מתוך דחפים, יצרים, או נסיבות חיצוניות כלשהן⁴⁶. ההגדרה הפילוסופית של תיאוריה זו היא, שערכו המוסרי של מעשה תלוי בנביעתו מתוך חובה, והחובה פירושה מימוש הרצון האוטונומי שנקבע על ידי חוק התבונה. לפי קאנט החוק המוסרי מאופיין בהיותו מחייב בצורה מוחלטת את כל בעלי התבונה. הוא איננו נלמד מתוך הניסיון, אלא נקבע באופן אפריורי על ידי התבונה. לפיכך, חוק מוסרי הוא אובייקטיבי ומוחלט, ששום דבר לא יכול להגביל אותו או להתנותו. אחד הכללים הבסיסיים של קאנט בהגדרת הערכים המוחלטים הוא 'נוסחת הכלליות', תמיד עליך לנהוג כך שתוכל לרצות גם כן שהכלל המעשי שלך יהיה לחוק כללי שכולם ינהגו באותו אופן.

גם על תיאוריה זו נמתחה ביקורת רבה: בפועל קשה להכריע מי קובע מהו ערך מוחלט, וכיצד נקבע הדבר הלכה למעשה;

היא התוצאה הטובה ביותר, וכיצד מחליטים על כך. אותה תת-קבוצה הרואה בהעדפות אינדיבידואליות את הטוב העליון אמנם פתרה שאלה זו, אך עוררה בעיה קשה בהרבה, בכך שלעתים קרובות רצונות ושאיפות אישיים עלולים לפגוע בצורה משמעותית בזולת, ובכך ששיטה זו בעצם משמיטה כל בסיס מוסרי משותף ואוניברסלי; הקושי התיאורטי העיקרי לשיטה התועלתנית הוא הנחת היסוד שלה, שאין כל ערך עצמי למעשים מוסריים, שהרי לפי תורה זו כל תוקפם המוסרי של המעשים מתמצה בתוצאותיהם ובתכליתם. שיטה זו בעצם דוגלת בתפיסה שהמטרה מקדשת את האמצעים, ומכאן שיכולות להיות פעולות שכשלעצמן הן פסולות מבחינה מוסרית, אך מוצדקות אם תוצאותיהן מביאות תועלת לפי ההגדרה דלעיל.

התיאוריה הדיאונטולוגית⁴⁴ קובעת שמעשה נחשב כנכון וטוב מבחינה מוסרית אם הוא ממלא אחרי הדרישות הבסיסיות של עקרונות וערכים, שכוחם ותוקפם משל עצמם. ערכה המוסרי של פעולה הוא במיצוע החובה העצמית המוחלטת של הערך המוסרי, ללא התייחסות לתוצאות הצפויות או המשוערות. ראש הדוגלים והמנסחים של התיאוריה הדיאונטולוגית בצורתה הקיצונית היה עמנואל קאנט (1724-1804)⁴⁵. לשיטתו, קיימות מערכות מוסריות המדריכות את ההתנהגות המעשית בציווי מוחלט (קטגורי) ובלתי

Metaphysic Morals, translated by HJ Paton, New York, 1964. [46] מצב כזה מכונה על

השיטה הזו הוא מור. [44] *deos* ביוונית פירושו חובה. [45] *Kant I, Groundwork of the*

יידחו מפני החובה הזו. שיטה אחרת שמה את הדגש העיקרי על עקרונות הגינות, שיוויון, וצדק חברתי. לפי שיטה זו עקרונות מוסריים נכונים הם אלו שכל בני האדם היו מסכימים להם אילו יכלו לשקול אותם באופן חפשי ומנותק מהמצב החברתי האקטואלי בו הם נמצאים, ומסתכלים על הבעיה מעמדה 'אוריגינלית'⁵⁰. לפי שיטה זו השיוויון החברתי הוא הערך המוסרי הנעלה ביותר, תוך התעלמות מכוונת מתכונות מפרידות בין בני אדם.

לאור העובדה שכל תיאוריה אתית מוחלטת ומוגדרת היטב נתקלת בבעיות רבות, הן במישור האיפיון וההגדרה, והן במישור המעשי והיישומי, יש המדברים על אתיקה יחסית⁵¹, או מותאמת⁵², אשר מוגדרת לפי המצב, הזמן, המקום, התרבות וכיו"ב. היינו אין כללים ועקרונות יסוד אוניברסליים ומחייבים בכל מקום, בכל מצב, ובכל זמן, אלא שיש לדון בכל מקרה לגופו על ההיבטים המוסריים שלו בהתאם לנתונים המאפיינים אותו, ובהתאם לזמן, למקום ולתרבות הרווחת. גישה כזו בעצם משמיטה את הבסיס של המוסר והאתיקה, היא מהווה אנרכיה מוסרית, ואין היא מסייעת לפתור בעיות מוסריות בצורה עקבית.

עקרונות אתיים — בשנים האחרונות נוסחו עקרונות אתיים בסיסיים, המהווים

הגישה הקיצונית, המתעלמת לחלוטין מהתכלית ומהתוצאות של המעשים לא ניתנת ליישום מעשי, שכן גישה הרואה במספר עקרונות ציוויים מוחלטים שבשום אופן לא ניתן לדחותם מביאה למצב בלתי-אפשרי מבחינת חיי היום-יום, וניזוקה גדול מתועלתה; לפי שיטה זו לא קיים מנגנון להכרעה במצבים שבהם שני ערכים אוניברסליים-מוחלטים או יותר מתנגשים זה בזה. מאחר וערכים אינם קווים מקבילים, אלא הם חוצים ומתחככים זה בזה, לא יתכן שלא ייווצרו מצבים שבהם יש צורך להכריע בין ערכים מוחלטים. אכן, עצם ההכרעה הזו היא פגיעה בעקרון של המוחלט. אין במשנתו של קאנט דרך ליישם את עקרונותיו הכלליים למעשים ספציפיים.

שילובים שונים — לאור קושי זה התפתחו מספר תיאוריות⁴⁷, אשר מנסות לפתור את הבעיה. יש מי ששילב את התיאוריה הדיאונטולוגית עם התועלתנית⁴⁸. לפי דעה זו, אמנם קיימת חובה מוסרית בסיסית להקפדה על שמירת ערכים מוחלטים ואוניברסליים, אשר מחייבים כל אדם הגון לנהוג על פיהם⁴⁹. אכן אם עומדת מול ערכים אלו חובה מוסרית שווה או חזקה ממנה, המוצדקת כשלעצמה באותה מידה, או במידה גדולה מהם, יש צורך לשקול את פתרון הבעיה בכלים יחסיים ומותאמים למצב ולנתונים הספציפיים, ויכול שהערכים האוניברסליים

ערכית כזו נקראת בשם *prima facie*. [50] מנסח שיטה זו הוא הפילוסוף רולז בספרו — Rawls J, *A Theory of Justice*, Cambridge, 1971. [51] *relativism*. [52] *situational*.

ידי קאנט בשם הטרונומיה. [47] המכונות ניאו-קאנטיאניות. [48] מנסח שיטה זו הוא הפילוסוף רוס בספרו — Ross WD, *The Foundations of Ethics*, Oxford, 1939. [49] חובה זו ומערכת

בסיס לדיונים האתיים בתחום הרפואה⁵³: לכבד את ההחלטות האוטונומיות של אותו פרט.

אוטונומיה⁵⁴ – מוגדרת כעקרון כיבוד הזולת וחופש הבחירה שלו. בפילוסופיה הכללית קיימים מספר מונחים מקבילים למונח בחירה חופשית: אוטונומיה, חירות הפרט, פרטיות, חירות הרצון. מושגים אלו משמשים באופן מתחלף, למרות שקיימים הבדלים דקים ביניהם.

מילוי עקרון האוטונומיה פירושו להכיר בחופש הרצון ובחופש הפעולה של כל אדם, גם אם נראה לנו לפי השקפתנו והבנתנו, שהדבר איננו נכון, חסר היגיון, טפשי, או אפילו מסוכן לאותו אדם. כדי להיות אוטונומי על האדם להיות בעל בחירה חופשית מלאה, היינו משוחרר מכל שליטה חיצונית. כל מעשה הנובע משליטה אחרת על הרצון או על הפעולה החופשית מוגדר כהטרונומיה. שליטה כזו יכולה להיות כתוצאה מגורמים פנימיים, כגון פיגור שכלי, או דחף נפשי בלתי נשלט, או כתוצאה מגורמים חיצוניים, כגון כפייה על ידי הזולת. לפיכך לא ניתן להחיל את עקרון האוטונומיה ביחס לבני אדם שאינם מסוגלים לחשיבה אוטונומית מלאה עקב חוסר בשלות (קטינים), רמה שכלית נמוכה (מפגרים), או מצב רפואי מגביל (פסיכوزה או הכרה מעורפלת). כמו כן לא יוחל עקרון האוטונומיה במצב בו חופש הפעולה עלול להזיק לאחרים, שאז תיווצר פגיעה בחופש האוטונומיה של הזולת.

הבחירה החופשית תלויה בשני מרכיבים: הזכות המוסרית והיכולת המעשית. מקור הזכות הוא עקרון הבחירה החופשית, והיכולת המעשית היא כושר ההחלטה, היינו הכושר השכלי וההכרתי של כל פרט לקבל החלטות.

באופן מקורי הוחל המונח רק להיבט המדיני, והתייחס למשטר מדיני של קבוצות אנשים, שהגדירו עצמם בנפרד מבחינה חוקית, מבלי שחוקיהם ומנהגיהם יהיו מושפעים מגורמים חיצוניים. המונח הפך לסיסמה מדינית, ושם נרדף לשלטון עצמי ולחירות לאומית. כיום משמש המונח גם במובן אישי ופרטי. בהיבט זה מוגדר המונח כחירות הפרט, וכזכותו המלאה והבלעדית של כל אדם להחליט ולקבוע את פעולותיו ביחס לעצמו בהתאם לרצונו החופשי, באופן מלא ובלתי תלוי.

עקרון זה מבוסס על השקפת עולם הרואה בכל אדם ערך עצמי אינסופי. לפי עקרון זה אין להגביל או לשלול את רצונו החופשי של כל אדם ביחס לעצמו. יש לאפשר לכל אדם כל פעולה כפי שנראית לו על פי שיפוטו-הוא, ובהתאם לתכנית שנבחרה על ידו-הוא. האוטונומיה מוגדרת כחופש של הרצון וחופש של הפעולה גם יחד. הזכות לבחירה חופשית של הפרט מביאה לעומתה את החובה של הזולת

[54] *Care Ethics*, 1994. autonomy. אוטונומיה היא מילה המורכבת משתי מילים יוניות: auto = עצמי; nomos = חוק, והכוונה להנהגה עצמית.

[53] הרחבה ודיון מקיף בעקרונות דלקמן ראה Beachamp TL and Childress JF, — *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 2001; Gillon R (ed), *Principles of Health*

עמדתה של היהדות⁶¹, ולפיכך יש מי שסבור כי אוטונומיה בלתי מוגבלת של הפרט היא בעצם הטיה תרבותית ותלוית-תרבות⁶².

השימוש בעקרון האוטונומיה מתייחס בדרך כלל לחולה, היינו לחופש הבחירה שלו ולחופש ההחלטה שלו. אכן, יש היבט אוטונומי גם לרופא המטפל, היינו לחופש הבחירה ולחופש ההחלטה שלו. כך יש לרופא אוטונומיה שלא לנהוג לפי דרישות החולה, במידה שהדרישות הללו אינן תואמות את אמות-המידה המקצועיות שלו, כגון דרישה למתן תרופה או טיפול שאין לו כל ביסוס מדעי, ובוודאי כאשר יש חשש שטיפול כזה עלול להזיק לחולה, או אפילו כאשר קיימת אסכולה רפואית המסכימה עם דרישות החולה, אך היא מנוגדת לדעתו של הרופא המסויים. כמו כן יש לרופא אוטונומיה שלא לנהוג לפי דרישות החולה, כאשר הדרישה נוגדת את מצפונו, בין אם על רקע אנושי-כללי או על רקע דתי. במקרים כאלו יש זכות לרופא שלא לטפל בחולה, ועליו להעביר את הטיפול בו לרופא אחר. שאלה שנויה במחלוקת היא כאשר הרופא סבור שבטיפול מסויים היחס בין התועלת

בשנים האחרונות הפך עקרון האוטונומיה להיות אחד העקרונות היותר נעלים בחשיבה הפילוסופית החילונית בכל תחומי החיים, כולל בתחומי הרפואה. המאבק לזכויות האזרח ולחירותו הפרטית, הניב יכול של חוקים ותקנות רבות במדינות המערב, המבוססות על עקרון זה. ואמנם רבים מהאתיקאים רואים בעקרון האוטונומיה את העקרון החשוב ביותר, שיש בכוחו לדחות כל עקרון מוסרי אחר⁵⁵, ובשנים האחרונות ישנה מגמה גוברת והולכת, הן במישור האתי, והן במישור המשפטי, להכריע בדילמות אתיות ברפואה על פי עקרון זה. אכן, יש הדוחים את הכוח השולט של עקרון האוטונומיה, ורואים בו רק אחד העקרונות המוסריים, שניתן להידחות מפני עקרונות אחרים⁵⁶. תפיסה זו מבוססת על ההכרה שאין לזנוח לחלוטין את עקרונות ההטבה לזולת, והאחריות שיש לרופא כלפי החולה⁵⁷. יש אף המתייחסים כ'עריצות' לתפיסת האוטונומיה כערך עליון וגובר על כל ערך אחר⁵⁸, וכשיטה המובילה לאנרכיה מוסרית מבחינה ציבורית⁵⁹. ואמנם יש להדגיש, כי התפיסה המערבית בדבר עליונות עקרון האוטונומיה איננה נחלתם של כל התרבויות⁶⁰, ובוודאי לא

[59] Steinberg A, In: Gillon R (ed), — *Principles of Health Care Ethics*, 1994, pp. 65ff. [60] לדוגמא — המשקל היחסי של האוטונומיה לעומת עמדות המשפחה והרופאים ביפן שונה משמעותית מזה שבאר"ב, ראה — Ruhnke GW, et al, *Chest* 118:1172, 2000. דבר זה נכון גם ביחס לסינים, ראה — Bowman KW and Hui EC, *Can Med Assoc J* 163:1481, 2000. [61] ראה ע' תורת המוסר היהודי. [62] ראה — Glick SM, *N Engl J Med* 336:954, 1997.

[55] Engelhardt HT, *The Foundations of Bioethics*, 2nd ed, New York, 1996. [56] Pellegrino ED and Thomasma DC, *For the Patients Good*, New York, 1988. [57] Kass L, — *JAMA* 244:1811, 1980; Fletcher J, *Situation Ethics: The New Morality*, Philadelphia, 1966; Sider RC and Clements CD, *Arch Intern Med* 145:2169, 1985; Marzuk PM, *N Engl J Med* 313:1474, 1985. [58] — Glick SM, *N Engl J Med* 336:954, 1997.

זאת בניגוד לקבוצת חוקרים קטנה וקיצונית, הרואה בעקרון האוטונומיה ערך עליון ומוחלט, אשר גובר על כל ערך אחר, ולכן לדעתם אין כוח מוסרי לשלטון להגביל אוטונומיה של הפרט. גישה זו מביאה בהכרח לאנרכיה, שכן כל שלטון וחוק בהכרח מגביל במידה זו או אחרת את האוטונומיה האינדיבידואלית, וכל הגזמה בלתי מבוקרת בעקרון האוטונומיה עלול להביא לנזק רב יותר מתועלת. יש להדגיש, שהגזמה ביישום עקרון האוטונומיה עלול להביא לתוצאות הפוכות מהרצוי, ובעיקר לחינוך שלילי של בריחה מאחריות אישית, עזרה הדדית, וקבלת חובות אישיות. גישה מוגזמת של עקרון האוטונומיה מפתחת את התפיסה השלילית של "מגיע לי", הרבה מעבר לרצוי לצורך השלמה אישית.

עקרון האוטונומיה בתחום יחסי רופא-חולה נידון במספר רב של נושאים: הסכמה מודעת של החולה לטיפול, סירוב לקבל טיפול רפואי, גילוי מידע רפואי לחולה על מצבו, התאבדות, הפלה, ניסויים רפואיים, טיפולים פסיכיאטריים שונים⁶⁴.

פטרנליזם⁶⁵ – מוגדר כעקרון של הגבלה חלקית של חירות הפרט, במעשה או במניעת מידע, ללא הסכמתו המפורשת, מתוך הצדקה שהדבר נעשה לצורך מניעת נזק או גרימת טובה לאותו אדם. עקרון זה עומד בניגוד לעקרון האוטונומיה.

הרפואית לבין ההשקעה הכספית איננו תואם את הבנתו, כגון חולה נוטה למות המבקש טיפולים מסויימים שיארכו את חייו, אלא שהם יקרים, והארכת החיים הצפויה היא קצרה או ברת-איכות נמוכה – יש הסבורים, שגם כאן יש לרופא זכות לאוטונומיה שלו נגד האוטונומיה של החולה; ויש הסבורים, שאין הצדקה כזו⁶³.

אכן, הבעיה המוסרית-יישומית של עקרון האוטונומיה היא הגבול, היינו עד כמה יש לקבל ולכבד החלטה אוטונומית של הזולת, ומי מחליט על גבול זה? כולם מסכימים, שהחלטה אוטונומית, שתוצאותיה היא פגיעה בזולת שהוא חף מפשע בטלה ומבוטלת, ואין לכבדה כלל. כמו כן מוסכם על רוב הפילוסופים, שרק אנשים בעלי כושר שיפוט מלא זכאים לאוטונומיה מלאה; גורמים פנימיים המגבילים את כושר השיפוט השכלי, כמו פיגור שכלי, שטיון, הפרעה פסיכיאטרית קשה, או גיל צעיר מאד, מגבילים או מבטלים את הזכות להחלטה אוטונומית. רוב החוקרים סבורים, שבנוסף לתנאים אלו, יש מצבים נוספים המגבילים את האוטונומיה, כגון הסכמה חברתית הדדית, חוקי משטר דמוקרטי, הגיון בהגבלה כאשר יש זכות לערער על ההגבלה, וכמובן החלטות שביסודן אינן נתונות לשיקולים אוטונומיים, כגון חייל בצבא או אסיר בבית הסוהר. במילים אחרות, הסכמה להגבלת האוטונומיה, כשהיא מתקבלת בצורה הגיונית ומוסכמת באופן אוטונומי, אף היא החלטה אוטונומית.

.DM, *N Engl J Med* 328:1346, 1993
[64] ראה על כל אלו בערכים המתאימים.
paternalism [65]

[63] ראה – Hastings Center, *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying*, 1987:8; Mirvis

התפיסה ש"מעל לכל צריך להימנע מגרימת נזק"⁶⁸. אכן יש הסבורים, שבימינו ההגדרה הנכונה היא, שיש לשאוף למניעת נזק, ויש לשקול את המאזן בין התועלת לנזק, אך אין לראות בעקרון מניעת הנזק כעומד מעל לכל, ואין דרישה להימנעות מוחלטת מנזק בתהליכים אבחוניים וטיפוליים⁶⁹. הסיבה לשינוי הגדרתי זה נאוצה בהבדלים המשמעותיים בין צורת הרפואה בזמן העתיק לצורת הרפואה המודרנית.

הטבה או גמילת חסד⁷⁰ — מוגדר כציווי מוסרי להיטיב עם הזולת בדרך של הגשת עזרה ועשיית הטוב באופן פעיל. מבחינה מוסרית לא די להימנע מגרימת נזק, אלא יש צורך לפעול להטבה לזולת. יש הסבורים, שהדרישה להיטיב בפועל לזולת היא דרישה מוסרית מוגדרת ומחייבת; ויש הסבורים, שפעולות כאלו הן מעשה טוב וראוי להוקרה ולהערכה, אך אין זו דרישה מחייבת.

צדק⁷¹ — הוא מתן וקיום הזכות הלגיטימית המגיעה לזולת, ואי-צדק הוא מניעת זכות זו. חלוקת הזכויות בצורה שוויונית והוגנת היא עשיית צדק, אך באותה מידה גם פיזור העומס והחובות בצורה שוויונית והוגנת היא עשיית צדק. כך שעקרון הצדק בצורתו המצומצמת היא למעשה עקרון השוויוניות, היינו מתן יחס שווה לשווים. אכן, בחיי היום-יום קיימים משתנים רבים הגורמים לחלוקה בלתי

יש המרחיבים את חלות העקרון הזה, יש המצמצמים אותו, ויש השוללים אותו מכל וכל. המרחיבים סבורים, שעקרון זה ראוי לשימוש בכל מצב שבו הרע שנמנע על ידי הגבלת חירותו של הפרט גדול מהרע שנגרם על ידי צמצום זה של האוטונומיה. המצמצמים סבורים, שיש להפעיל עקרון זה רק במצבים שקיימת ממילא הגבלה בכושר השיפוט האוטונומי, או עבור מצבים שללא שימוש בעקרון זה ייגרם לזולת נזק קבוע ובלתי הפיך, ובוודאי כאשר יש בשימוש בעקרון זה משום הצלת חיים. המתנגדים לשימוש בעקרון זה מכל וכל סבורים, שקיים חשש שהיתר מצומצם בעקרון הפטרנליזם יביא לשימוש בו באופן נרחב וחפשי, ובעיקר משום שלדעתם אין מצב בו הזולת יודע טוב יותר מה נחוץ או רצוי לאדם מאשר האדם נשוא-הדיון בעצמו.

מניעת נזק⁶⁶ — מוגדר כציווי מוסרי שלא לגרום נזק לזולת, החובה למנוע נזק מהזולת, והחיוב להסיר ולסלק גורמים מזיקים⁶⁷. היינו, הדרישה המוסרית היא לא רק למנוע נזק מכוון, אלא גם להיזהר במידה ראויה וסבירה שלא ייגרם נזק. עקרון זה כולל גם את הדרישה המוסרית מעובדי בריאות למיניהם להתעדכן במידע סביר, כדי שלא יגרמו נזק בגין חוסר ידיעה ומיומנות לקויה.

באופן מקורי הוגדרה הדרישה המוסרית הזו ביחסי חולה-רופא על פי

Gillon R, *BMJ* 291:130, — [69] nocere. 1985; Brewin T, *Lancet* 344:1487, 1994; Halsey NA and Goldman L, *Pediatrics* 108:466, 2001. [70] beneficence. [71] jus-

[66] non-maleficence or primum non nocere. [67] Frankena WK, *Ethics*, 2nd ed, — ראה [68] Engelwood Cliffs, 1973. [68] זוהי המשמעות המקורית של הכלל ההיפוקרטי — primum non

שווה של חובות וזכויות. על כן פותחו שיטות מוסריות שונות של חלוקת הצדק⁷² בהתאם למשתנים שונים ולדגשים שונים, כגון לכל אדם בהתאם לצרכיו, לכל אדם בהתאם לזכויותיו, לכל אדם בהתאם לתרומתו החברתית, וכיו"ב.

תיאוריות צדק שונות מדגישות היבטים ייחודיים, כגון המרקסיזם המדגיש צרכים כלכליים, והליברליזם המדגיש צרכים חברתיים. ההבדלים בגישות ובדגשים של עקרון הצדק מקשים מאד ביישום תורות אלו, שכן דגש לשוויוניות בהיבט אחד עלול להביא לאי-שוויוניות, וממילא לאי-צדק, בהיבט אחר.

זכויות⁷³ — החל מהמאה ה-17 למנינם הפכה הדרישה למימוש זכויות שונות לאבן פינה מרכזית בחשיבה המדינית, המשפטית והחברתית. מבחינה רעיונית חלוקת הדעות ביחס למקורן ותקיפותן של הזכויות. יש הסבורים, שקיימות זכויות-יסוד מוסריות מוחלטות, שאינן תלויות בנתונים חברתיים משתנים. אלו הן 'זכויות טבעיות' אוניברסליות, כגון הזכות לחיים, לחירות, לפרטיות, וכיו"ב. לעומתם יש הסבורים, שתוקפן של הזכויות נובע מהסכמות חברתיות וממנהגים וחוקים חברתיים, ועל כן אין הן אלא יחסיים ומשתנים.

כבוד האדם⁷⁴ — בשנים האחרונות יש שימוש רב במושג 'כבוד האדם' בנושאים הנוגעים לאתיקה רפואית ולמחקר רפואי.

דוגמאות לכך: המשך טיפול מאריך חיים בחולים הנוטים למות נתפס על ידי אתיקאים שונים כפגיעה בכבוד האדם, ומכאן מושגים משפטיים בחוקים שונים בעולם הנוגעים למוות בכבוד⁷⁵; שימוש בגויות לצורך אימון לביצוע פעולות מצילות חיים נתפס בידי אתיקאים שונים כפגיעה בכבוד האדם, והפעם הכוונה לפגיעה בגוף המת⁷⁶; שיבוט אדם לצורכי פוריות, ושימוש בתאי גזע המופקים מביציות מופרות בשלבים מוקדמים, טרום-השרשתיים, נתפס בידי אתיקאים שונים כפגיעה בכבוד האדם⁷⁷; ועוד.

שימוש מופרז במושג זה הוא בעייתו בגלל שתי סיבות עיקריות: ראשית, המושג איננו מוגדר דיו, ובוודאי לא בהקשרים הרפואיים, ולרוב אין הוא אלא סיסמה חסרת משמעות יישומית. שנית, ברוב הדוגמאות שבהן נעשה שימוש במושג זה, אין הוא אלא כיוסי לעקרונות אתיים מקובלים יותר כמו עקרון האוטונומיה, השמירה על פרטיות, ומניעת נזק לזולת. בהקשרים אלו אין המונח כבוד האדם מוסיף על הקיים ממילא⁷⁸.

ארבעת עקרונות היסוד — אוטונומיה, עשיית טוב, הימנעות מעשיית רע, וצדק — נוסחו על ידי אתיקאים אמריקאיים באוניברסיטת ג'ורג'טאון בווישינגטון, והם התקבלו על דעת מרבית העוסקים באתיקה רפואית בארה"ב ובאנגליה. עם התגבשותה של אירופה ליחידה פוליטית-חברתית, עולים וגוברים התנגדויות

[76] ראה ע' נתוח המת. [77] ראה ע' שבוט ותאי גזע (ב). [78] ראה סיכום הביקורת על השימושים במונח זה במאמר — Macklin R,

.rights [72]. distributive justice [73]. human dignity [74]. death with [75]. dignity [76]. ראה בע' נוטה למות (א) הע' 501.

שיטתי בניתוח הבעיות הערכיות והמוסריות המתעוררות והמלוות ענפי רפואה ומדעי בריאות והתנהגות שונים. יישום העקרונות הללו בא ממיגוון רחב של מידע מתחומי מדעי הרוח והחברה אל הרפואה, ולא דווקא מתוך הרפואה.

כיום יש המחלקים את היישום האתי ברפואה גם למקצועות ייחודיים בתוך הרפואה, כגון האתיקה של רפואה פנימית, כירורגית, שיקומית, גריאטרית וכיו"ב. בחלוקה זו אין הכוונה לומר שיש מערכת ערכית בסיסית שונה בין רפואה פנימית לכירורגית, או בין שיקום לגריאטריה, אלא שהיישום של אותם עקרונות אתיים בסיסיים משתנה בהתאם לבעיות המיוחדות של ענפי הרפואה השונים. כמו כן יש דיונים ויישום עקרונות אתיים למקצועות נילווים במדע הבריאות, ולא דווקא בתחומי הרפואה הקלינית והמחקרית, כגון רפואת שיניים, סיעוד, פיסיותרפיה, רפוי בעיסוק, פסיכולוגיה, רוקחות, רפואה ציבורית, רפואה תעסוקתית, ניהול רפואי, רפואה משפטית, רפואה צבאית⁸³, וכיו"ב.

התפתחות המקצוע — בעבר היה העיסוק באתיקה הרפואית נחלתם של בודדים בלבד, ולרוב היו אלו הרופאים

וביקורות לגישת יסוד זו, ובמקומה מוצעים תחליפים ערכיים עקרוניים התואמים יותר את הקוד האתי האירופאי, כגון סולידריות ואחריות חברתית, זהירות, וכבוד האדם⁷⁹. התפתחויות נוספות הביאו לדגשים אחרים של האתיקה הרפואית, כגון גישת המקצוענות⁸⁰, הכוללת מחויבות של הרופא לפעול לטובתו של החולה, לשמור על האוטונומיה של החולה, ולדאוג לצדק חברתי⁸¹.

ד. אתיקה רפואית מודרנית

כללי — האתיקה הרפואית בצורתה המודרנית מבוססת על תפיסות בין-ורב-תחומיות: רפואה, סיעוד, פילוסופיה, דת, משפט, היסטוריה, פסיכולוגיה, סוציולוגיה, עבודה סוציאלית, חינוך.

האתיקה הרפואית המודרנית שייכת לתחום הכללי של 'האתיקה היישומית', היינו ענף המבקש לברר שאלות מוסריות המאפיינות את העיסוק ברפואה, והתאמת המעשים המבוצעים במסגרת זו לשיקולים מוסריים כלליים. במילים אחרות, כללי האתיקה הרפואית הם כללים מוסריים כלליים, המתייחסים לבעיות המוסריות המתגלות בתחום הרפואי, ומיושמים בהם⁸². האתיקה הרפואית עוסקת באופן

Intern Med 136:243, 2002. וראה עוד על גישה Blank L, et al, *Ann Intern Med* — זר 138:839, 2003; Wear D and Kuczewski MG, *Am J Bioethics* 4:1, 2004; Jotkowitz AB, et al, *IMAJ* 6:661, 2004. [82] אתיקה יישומית כזו, כמובן, איננה מיוחדת לרפואה. היא קיימת גם במשפט, בכלכלה, בעיתונאות, וכיו"ב. Howe EG, *Milit Med* 146:837, 1981; [83]

BMJ 327:1419, 2003. [79] ראה לדוגמה — Hayry M, *Theor Med Bioeth* 24:199, 2003; BIO-MED II — project, Basic ethical principles in European bioethics and biolaw, 2001; ג. סיגל, הרפואה קמג:142, 2004. [80] professionalism. [81] גישה זו סוכמה בהצהרה מיוחדת: Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann*

עצמם שעסקו בתחום זה. החל מהמחצית השנייה של המאה ה-20 קיבל ענף זה תנופה רבתי, הן באיכות והן בכמות. העיסוק באתיקה הרפואית הפך להיות נחלתם של רבים, הן מומחים בתחומים שונים (ולאו דווקא מתחום הרפואה), והן אנשי ציבור, אנשי תקשורת המונית, ו'עמך'.

ואמנם, בשנים האחרונות חלה התפתחות רבה בהתייחסות לדילמות מוסריות ברפואה, עקב ריבוי הנושאים הבעייתיים, חומרתם המיוחדת לאור הקידמה המדעית-טכנולוגית, וההתעניינות של רבדים רחבים בציבור.⁸⁴

ואמנם, בשנים האחרונות חלה התפתחות רבה בהתייחסות לדילמות מוסריות ברפואה, עקב ריבוי הנושאים הבעייתיים, חומרתם המיוחדת לאור הקידמה המדעית-טכנולוגית, וההתעניינות של רבדים רחבים בציבור.⁸⁴

אתיקאי – התפתחות נוספת בתחום הזה חלה בשנים האחרונות בארה"ב עם ההכרה במקצוע חדש בשם 'אתיקאי'. המדובר באדם שהתמחה בבעיות אתיות ברפואה ובדרכי פתרונן. דרכי התמחותו כוללות לימודים בתחומי הפילוסופיה/אתיקה, המשפט, הדת, הרפואה, ועבודה בבתי חולים כיועץ אתי לרופאים, לחולים ולבני המשפחה. מומחה זה יכול שיהיה רופא, פילוסוף, היסטוריון, משפטן, או תיאולוג. הצורך לכך התפתח בגין התרבות הבעיות המוסריות ברפואה ומורכבותם של בעיות אלו, הקשיים של הצוות הרפואי מחד גיסא ושל החולים ובני משפחותיהם מאידך גיסא לקבל החלטות בבעיות אתיות מורכבות, והפחד של הצוות הרפואי מפני תביעות-רשלנות עקב החלטות שאינן

במקביל להתפתחות המהותית של האתיקה הרפואית חלה גם התפתחות גדולה של ענף זה כמקצוע ייחודי. הדבר בא לידי ביטוי במספר תחומים: נוסדו מכוני מחקר רבים בתחומי האתיקה הרפואית; הענף הוכר כמקצוע ייחודי ומוגדר להוראה בבתי הספר לרפואה בשלבים השונים של הלימוד, וכן במסגרות של לימודי המשך והתמחויות שונות, ועוסקים בהוראתו גם בתחומי בריאות אחרים כגון סיעוד, רוקחות, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, פיסיותרפיה, ופסיכולוגיה; המחקר האתי-רפואי הגיע לממדים רחבים ביותר,

.A, *J Assist Reprod Genet* 12:473, 1995 [85] ראה בנספח. [86] למשל, בשנת 1966 ניתן היה לאתר ב-Medline 314 מאמרים הנוגעים לביואתיקה, בעוד שבשנת 1996 ניתן היה לאתר ב-Medline למעלה מ-3400 ציטוטים בנושאי ביואתיקה – ראה Wadman M, *Nature* 389:658, 1997 [87] ראה – Steinberg A,

Kaplan DA and Gaylin W, *Hastings Cen Rep Suppl* April 1978, pp. 3-6; Watt J, *J R Soc Med* 77:265, 1984; Dolev E, *Isr J Med Sci* 32:785, 1996 [84] ראה עוד על ההתפתחויות של האתיקה הרפואית המודרנית ועל כיווני ההתפתחות העתידיים – Callahan D, *N Engl J Med* 302:1228, 1980; Steinberg

תרבותי/ערכי שונה, הגבירו וחיידו את הוויכוחים והדיונים המוסריים.

המעורבות הציבורית הרבה (דרך התקשורת, בתי המשפט, המחוקק), גרמה לצורך בניסוח ובהגדרה של אמות-מידה ציבוריות לנושאים בתחום יחסי חולה-רופא ורופא-חברה.

השינויים הסוציולוגיים הרחבים בעולם, המתבטאים בדחיית הסמכותיות בכלל, בהגברת התחרותיות בכל תחום, ובתובנה רחבה ומעמיקה יותר של ציבור צרכני, השפיעו רבות על מבנה מערכת הרפואה. יתר על כן, בשנים האחרונות חל כרסום במטרות הרפואה מנקודת מבטו של הרופא, עם דגש על קרייריזם, כבוד, מיצוי עצמי, מקור פרנסה, ובאופן כללי מכשיר לקידום אישי⁹¹. כיום יש דרישה מוגברת לחזרה למקורות היסודיים של מקצוע הרפואה, שהוא שונה במהותו ממקצועות חופשיים אחרים. הדגש הוא בראיית מקצוע הרפואה כייעוד של שליחות ושירות לחולים ולנוזקים, מתוך הגינות, צניעות, אמפתיה לזולת, ורכישת מיומנות וידע, על מנת להשתמש בהם לטובת הזולת ולא לטובת עצמו⁹².

בתחום המקצועי הצר של עיסוקם. באחד הסקרים בארה"ב נמצא, שהרוב המכריע של סגל הרפואי מצא את הייעוץ המקצועי של אתיקאי כמועיל, בעוד שרק קצת יותר ממחצית החולים ו/או בני המשפחה מצאו שיעוץ כזה הוא מועיל⁸⁸.

סיבות להתגברות ההתעניינות והעיסוק הנרחב באתיקה רפואית⁸⁹:

הקידמה המדעית/ טכנולוגית האדירה, והתמורות האמיתיות והמרחיקות-לכת ברפואה הקלינית והמחקרית, יצרו דילמות מוסריות חדשות לחלוטין, או שחיידו באופן משמעותי דילמות מוסריות וותיקות.

השינוי המהפכני בתפיסות הפילוסופיות של מערכת יחסי חולה-רופא מפטרנליזם לאוטונומיה⁹⁰ יצר מסגרות דיון מוסריות ומשפטיות חדשות.

המעורבות הרבה של מטפלים שונים בחולה (רופאים מתחומי התמחות שונים, אחיות, עובדים פארא-רפואיים, סטודנטים, עובדי מעבדה ומכונים, אנשי ניהול, חוקרים שונים, וכיו"ב) עם רקע

1995. [90] ראה לעיל הע' 54 ואילך. [91] עובדה זו באה לידי ביטוי במדינות מערביות רבות במחצית הראשונה של המאה ה-20, כאשר רופאים התנגדו כמעט באופן עקבי לכל ניסיון ציבורי-ממשלתי לתכניות בריאות ממלכתיות, לביטוחי בריאות לנוזקים ונכים, ולשירותי בריאות סוציאליים. כל זאת מתוך חשש שהדבר יפגע במעמדם ובהכנסותיהם – ראה Romer M, *World Health Forum* 3:357, 1982; Romer M, *Yale J Biol Med* 53:251, 1980. [92] ראה

J Assist Reprod Genet 12:473, 1995. [88] McClung JA, et al, *Am J Med* – 100:456, 1996. וראה מחקר דומה עם תוצאות שונות במקצת ביחס לחולים/ בני משפחה – Orr RD, et al, *Am J Med* 101:135, 1996. וראה עוד – Schneiderman LJ, et al, *Crit Care Med* 28:3920, 2000; Levin PD and Sprung CL, *Crit Care Med* 28:3942, 2000; Sokol D, *BMJ* 330:741, 2005. [89] ראה – Steinberg A, *J Assist Reprod Genet* 12:473,

הומניסטיות בלימודיהם הקדם-רפואיים. עובדה זו איננה נובעת מאחוז כשלון גבוה יותר של מועמדים לקבלה ממגמות אלו, אלא מיסודות הגישה החינוכית המוקדמת, המזהה את הרפואה עם המדעים הריאליים בלבד⁹⁴. גישה זו מסבירה במידה רבה את המגמה של בוגרי בתי הספר לרפואה להמשיך בכיוון של תת-התמחות צרה ומוגדרת, ועיסוק-יתר במחקר מדעי קליני או בסיסי. המחלה הפכה להיות מוקד ההתעניינות המרכזי, בעוד שהחולה הפך להיות משני בחשיבותו. תהליך זה הביא לדה-הומניזציה ולדה-פרסונליזציה ברפואה המודרנית, עם איבוד האמפתיה לאדם החולה, ואיבוד היחס האנושי-אינדיבידואלי⁹⁵. כל זה קרה דווקא בגלל ההתקדמות המשמעותית בתחומי המדע והטכנולוגיה⁹⁶. מדעיות-היתר ברפואה הביאה לניכור בין הרופא לחולה, כאשר ענינו של הרופא גדול יותר בהיבט המדעי מאשר בהיבט האנושי. בנוסף לכך נעשים כיום רוב האיבחונים והטיפולים באמצעים מעבדתיים, כך שפחת מאד הצורך בשיחה ובאינטראקציה מילולית בין החולה לרופא⁹⁷.

ניתן לסכם מספר גורמים המרחיקים כיום את הרופא מן החולה: מומחיות-יתר ותתי-מומחיות, ריבוי האנשים המטפלים בחולים, סביבה 'עוינת' ומנוכרת של בית חולים ומוסדות רפואיים, ביורוקרטיה

מספר הבדלים מהותיים בצורת העיסוק ברפואה וברמה המדעית של מקצוע הרפואה בין העבר להווה תרמו לשינויים סוציו-אתיים בולטים בהתייחסות של הציבור למקצוע הרפואה. בעבר חשבו שכל המחלות נובעות ממספר מוגבל של סיבות⁹³, עם גיוון קל בלבד בין אנשים שונים, ולפיכך היתה הסתכלות יותר הוליסטית על האדם. כמו כן חלק גדול מאד מהאיבחון ומהטיפול בחולה בעבר היה דרך אנמנזה מפורטת, עובדה שחייבה שיחה ותקשורת הדוקה בין החולה לרופא. לאור העובדה שהחלק המדעי ברפואה בעבר היה מצומצם ודל, היה המרכיב האמנותי והאנושי ברפואה ברור ובלט ביותר. לעומת זאת ברפואה המודרנית התפתחו תיאוריות בדבר מיגוון עצום של גורמי מחלה, הנובעים משינויים באיברים בודדים, ברקמות, ואפילו בתאים בודדים. הבנה זו סייעה להתפתחות גישה של התייחסות-יתר למחלה ולא לחולה. ההתקדמות המדעית-טכנולוגית האדירה ברפואה בשנים האחרונות הביאה לשינוי הגישה והיחס בין החולה לרופא. הלכה וגברה המגמה ברפואה להדגיש את ההיבט המדעי תוך הזנחת ההיבט האנושי-רגשי, ולעתים אף זלזול בו. הסטודנטים לרפואה התחנכו על ברכי המדעיות תוך הזנחת המרכיב האנושי-רגשי. במחקר בארה"ב משנות ה-80 נמצא, כי רק 3% מכלל המתקבלים לבתי הספר לרפואה שם היו בוגרי מגמות

ב'מקרה מעניין', כאשר הכוונה לחולה קשה עם סיבוכים רבים, מחלה נדירה, וכיו"ב. [96] ראה עוד בנידון – Glick SM, *N Engl J Med* 304:1036, 1981. [97] ראה ע' רפואה, חלק ז.

— Cassel CK, *Ann Intern Med* 124:604, 1996. [93] כגון תורת ארבעת הליחות היוונית. Warren K, *Ann Intern Med* 101:697, [94] 1984. [95] דוגמא לכך היא השימוש במונח 'מקרה' במקום חולה או אדם, והתלהבות מדיון

מסורבלת ומסובכת, מדעיות-יתר של מקצוע הרפואה, משאבים מוגבלים ושקולים כלכליים, והסתכלות על מקצוע הרפואה כעל פרנסה בלבד.

המגמה הזאת השתנתה לאחרונה. הלחץ הציבורי וההבנה המעמיקה של מטרות הרפואה ותפקידיה הביאו להגברת המודעות לצורך בשילוב בין המרכיב המדעי-טכנולוגי שהתקדם בצורה חסרת-תקדים, לבין המרכיב האנושי-רגשי-מוסרי. האתיקה הרפואית באה לענות ולסייע לצורך הזה של הרפואה המודרנית בעזרת כללי ניתוח מתחומי מדעי הרוח והחברה.

הבעיות הכלכליות שנוצרו כתוצאה מהעלויות העצומות של הרפואה המודרנית, יצרו דילמות חדשות הדורשות פתרונות לא רק ברמה האינדיבידואלית, אלא גם ברמה לאומית⁹⁸. לאור ההיבטים הכלכליים ברפואה חל כרסום נוסף במערכת יחסי חולה-רופא, והוחמרו שאלות של נאמנות-כפולה של הרופא (לחולה או לחברה), מערכת יחסים סבוכה בין הרופא לבין חברות תרופות וחברות ביטוח רפואי, וכל אלו דורשים התייחסות ערכית-מוסרית מחודשת בהגדרת יחסי רופא-חולה ורופא-חברה⁹⁹, כך שנוצר צורך ליישב את מערכת היחסים בין הרופא לבין החברה, ולא רק בין הרופא לבין החולה הבודד¹⁰⁰.

השפעה מעשית – אכן, בהסתכלות

על התוצאות המעשיות של מקצוע האתיקה הרפואית בארה"ב התברר כי השפעתו המעשית על עיצוב מדיניות, ואפילו על חינוך אנשי מדע ורפואה, לא היתה גדולה במיוחד. קיימת ביקורת ציבורית גוברת על שיטות הדיון של האתיקה הרפואית המודרנית, שלעתים הן עקרות ואקדמיות-תיאורטיות יתר על המידה, ולעתים הן פושרות ומתפשרות מידי. כמו כן הועלו חששות מפני מעורבות גוברת והולכת של מנגנונים ממשלתיים-פוליטיים ושל חברות עסקיות שונות במינוי ובמימון אתיקאים¹⁰¹. יש להדגיש, כי התנהגות מוסרית לא מתפתחת ומשתפרת בהכרח עם עיסוק בדברים תרבותיים כמו מוזיקה, פיוט ושירה, ואף לא בדרך של הרצאות תיאורטיות במדע המוסר. יש צורך במוטיבציה ובשכנוע פנימי בנכונות ההתנהגות המוסרית, באהבת הזולת, ובסובלנות כלפי האחר, גם אם הוא שונה.

שילוב המדע והאנושיות ברפואה – הרפואה איננה מדע מדויק, ואיננה עוסקת בחפצים אלא בבני אדם. לפיכך יש צורך בשילוב בין המרכיב המדעי למרכיב האנושי-חברתי ברפואה. היינו הידע המדעי הוא בוודאי מרכיב הכרחי לרפואה טובה, אך הוא איננו מרכיב מספיק לרפואה טובה. שכן בנוסף למרכיב המדעי יש להתחשב גם במרכיב האנושי-סובייקטיבי. רכיב זה של 'המשוואה' כולל דעות ונטיות אישיות, המבוססות על מערכות ערכיות, רגשיות, חברתיות/

Welch HG and Fisher ES, *N Engl J Med* 327:1312, 1992
Wadman – [101] ראה
M, *Nature* 389:658, 1997

[98] ראה ע' משאבים מגבלים ברפואה.
Engelhardt HT and Rie MA, *N* – [99] ראה
- [100] *Engl J Med* 319:1086, 1988 ראה –

החילונית והפלורליסטית נוצר חלל בתחום הסיוע הרוחני, שבעבר התמלא על ידי אנשי דת. במקרים רבים אין זה ביכולתו של הרופא למלא חלל זה.

התפיסה הבסיסית של האתיקה הרפואית היא שקיימת חובה מוסרית (ולעתים אף משפטית) על הרופא לפעול לטובת החולה מתוך ידע עדכני הטוב ביותר. הבעיה היא כיצד נקבע 'הטוב' הזה, מי קובע אותו, ומה הם הגורמים והמרכיבים של 'הטוב' הזה.

יחסי חולה-רופא (מטפל-מטופל) – אחד היסודות החשובים והנידונים ביותר באתיקה הרפואית הוא התחום של יחסי חולה-רופא. ישנם מספר תבניות למערכת יחסים זו:

התבנית הפטרנליסטית¹⁰⁴, שבה הרופא מחליט עבור החולה מהו הטיפול הטוב ביותר עבורו, מתוך הנחה שהוא יודע טוב יותר מה טוב לחולה לאור ידיעותיו המקצועיות, ניסיונו המקצועי, וחוסר מעורבותו הרגשי. תבנית זו מניחה שלרופא ולחולה יש אינטרסים משותפים, ושהרופא מסוגל להחליט טוב יותר מה האינטרס של המטופל באמצעות השתתפות מוגבלת של המטופל בתהליך, או אף ללא השתתפותו כלל. הביקורת העיקרית על תבנית זו היא שיש בה משום פגיעה בזכויות היסוד של החולה להחליט בעצמו מה ייעשה בגופו. יתר על כן, בהרבה מצבים רפואיים השיקול המכריע

תרבותיות, כלכליות ואחרות. לפיכך, אין ספק שהרפואה הקלינית והמחקרית חייבת לאחד ולשלב ידע ויעילות מדעית-טכנולוגית עם רגישות אנושית, מוסר וצדק חברתי. רק שילוב אופטימלי של המדע והאמנות שברפואה מסוגלים לחנך ולהעניק לחברה רופאים אידיאליים, אשר יוכלו לעמוד במשימה המוטלת עליהם, שהיא "להעניק שירות לאנושות במלוא ההערכה לכבוד האדם"¹⁰². ואמנם קיימים בעיסוק הרפואי שטחים נרחבים שבהם ההנהגות וההחלטות אינן ביטוי של אמת מדעית מוחלטת, אלא הן בנויות על יחסי אנוש, רגישות, מוסר, ותנאים פסיכו-סוציאליים נאותים. באופן כללי ניתן לומר שאילו תפקיד הרפואה היה רק לרפא מחלות, היה זה מקצוע מדעי טהור, שאין לו יחס למוסר ולצדק. אכן, מטרת הרפואה היא לרפא חולים, ולפיכך היא חורגת מתחום המדע הטהור, והופכת לעניין אנושי, שההכרעות כוללות במידה רבה גם היבטים מוסריים ואנושיים.

יתר על כן, יש לא מעט מצבים אנושיים בעייתיים שהמרכיב הרפואי-מדעי בבעייתם היא מישנית וזניחה, בעוד שהבעיה המרכזית היא שונה ואחרת. החברה נוטה להשליך לפתחי הרופאים והרפואה את המצבים הבעייתיים על כל צורותיהם, בעוד שלרופאים ולמדע הרפואה אין פתרון לבעיות כאלו¹⁰³. כמו כן יש לעתים צפייה מהרופא שישמש לא רק כסמכות הרפואית-מדעית אלא גם כסמכות הרוחנית-ערכית. בחברה

בעיות מורכבות כאילו הן בעיות רפואיות גרידא מכונה medicalization. [104] ראה לעיל הע'

[102] מתוך הגדרת הקוד האתי של ההסתדרות הרפואית האמריקאית. [103] הניסיון להציג

הסופית¹⁰⁶. הביקורת העיקרית על תבנית זו היא שבדרך זו הופך הרופא להיות טכנאי בלבד, ללא יכולת השפעה חיובית על דרכי קבלת ההחלטה של החולה, ולעתים ההחלטה האוטונומית של החולה איננה מבוססת על הבנה נכונה ומלאה של מצבו. יש מצבים שנקיטת התבנית הזו עלולה לגרום לנזק משמעותי לחולה, דבר שניתן למניעה אם הרופא, שהוא בעל ניסיון והבנה בנושאים רפואיים, יורשה לגלות יתר איכפתיות ומעורבות בתהליך קבלת ההחלטה של החולה.

תבנית המשלבת את שני הקודמים (יש הקוראים לו תבנית פרשנית או תבנית דיונית), שעל פיה נדרש הרופא למסור לחולה מידע רלוונטי על פי מצבו הרפואי והנפשי של החולה, והחולה יחד עם הרופא מדיינים ו/או מפרשים את מכלול הנתונים העובדתיים והערכיים, על מנת להגיע להכרעה משותפת. על פי תבנית זו נשמר גורם האוטונומיה של החולה מחד, ונשמרת אחריותו ומקצועיותו של הרופא כמסייע וכמייעץ מקצועי לחולה לבחירת הדרך הרצויה לו מאידך. דרך זו נחשבת כדרך העדיפה בכך שהיא מאפשרת קבלת החלטה אחראית על פי נתונים אינדיבידואליים בכל מקרה לגופו, ומנצלת את כל הגורמים החיוביים של החולה ושל הרופא בקבלת ההחלטה המשותפת¹⁰⁷.

לקבלת החלטה איננו רפואי טהור, אלא מכיל הרבה מרכיבים ערכיים-רגשיים-אישיים, שבהם אין לרופא כל מעמד, ולפיכך הוא איננו יכול לקבל החלטות נכונות ללא השתתפות פעילה ומלאה של החולה. ואמנם הרבה מההחלטות הנוגעות לרפואה הן מעבר לתחום הרפואה, ונוגעות למוסר, לחוק, או להלכה. למשל, השאלה אם לבצע הפלה כאשר מאובחן עובר עם תיסמונת דאון איננה שאלה רפואית, שכן מבחינה רפואית מאפשר הנתון האיבחוני הן ביצוע הפסקת הריון, והן המשך ההריון. ההחלטה, איפוא, אם להמשיך את ההריון או להפסיקו היא החלטה מוסרית/ערכית/משפטית/דתית. באותה מידה השאלה אם לבצע החיאה לחולה הסובל ממחלה סופנית היא שאלה מוסרית ולא שאלה רפואית. ובאותה מידה נכונים הדברים ביחס להחלטות רבות ברפואה המודרנית.

התבנית האוטונומיסטית¹⁰⁵, שעל פיה רק החולה יודע מהו הטוב עבורו, ורק לו יש זכות להחליט על הטיפול הראוי לו, אלא שלצורך קבלת החלטתו הוא זקוק למירב המידע אודות מצבו. תפקידו של הרופא בתבנית זו הוא לספק לחולה את מלוא המידע הידוע לו על מצבו, כדי לאפשר לחולה לקבל את ההחלטה הרצויה לו, ואין לערכיו או להבנתו המקצועית של הרופא כל מעמד בקביעת ההכרעה

באווירה של אוטונומיה אין עוד מקום ללשון של פקודות, ומתאימים יותר לשונות של הנחיות, המלצות, עצות, עמדות וכיו"ב. ואמנם בשנים האחרונות יש מעבר לסוג לשוני כזה בהיבטים שונים. [107] ראה עוד בנידון – Emanuel HJ and Emanuel LL, *JAMA* 267:2221, 1992.

65. [105] ראה לעיל הע' 62-54. [106] אגב, התפיסה החברתית/הירארכית של הרופא כעומד בראש הפירמידה של מתן שירות הרפואה בדרך סמכותית ובלעדית הולידה את מושג ה'פקודה' בלקסיקון הרפואי – רופאים נותנים פקודות לאחיות, רופאים נותנים פקודות לחולים וכיו"ב.

תוך קביעת דרכי עבודה והחלטה משותפים, אחריות משותפת, כיבוד הדדי, ואימון הדדי¹¹¹.

מן הראוי לציין כי הרבה מהמחקרים והדעות בתחום האתיקה הרפואית המודרנית מקורן בעיקר בארה"ב, וחלקן הגדול גם מבריטניה. אך אין דעות ומסקנות אלו משקפות את הגישות, ההשקפות והלוג-הרוחות במדינות מערביות אחרות (כגון צרפת, גרמניה, איטליה וכיו"ב), ובוודאי שאינן משקפות את השקפות העולם של המדינות הלא-מערביות (כגון מדינות מזרח אירופה ובראשן רוסיה, מדינות אסיה ובראשן יפן וסין, ומדינות אפריקה). אין כל הגיון, הגינות וצדק להניח שהשיטות, דרכי המחקר והמסקנות של חלק ממדינות המערב ראויות להכתיב למדינות אחרות את המדיניות המוסרית הראויה בנושאי רפואה, או את דרכי החשיבה והפתרון של דילמות אתיות. הדבר בוודאי נכון ככל שהוא נוגע להבדלים בין השקפות 'חילוניות'¹¹² לבין גישות דתיות¹¹³.

יחסי אתיקה ומדע – עד לזמן האחרון היה התהליך כזה שהחידושים והקידמה הרפואית-מדעית-טכנית קדמו לדיונים, להגבלות ולפתרונות המוסריים-דתיים-משפטיים. דרך זו היתה אפשרית לאור העובדה שההתקדמות המדעית היתה הדרגתית ואיטית, והיה צורך לבחון את התוצאות של החידושים המדעיים לפני

גישות שונות – התפתחות האתיקה הרפואית בכלל, ויחסי חולה-רופא בפרט¹⁰⁸, ניתנת לחלוקה לשלש קבוצות התייחסות עיקריות: הגישה היפוקרטית, שבסיסה הוא יחסי חולה-רופא פטרנליסטיים, עקרון אתי בסיסי של הימנעות מגרימת נזק¹⁰⁹, הנחיות של רופא לרופאים, ואתיקה של מקצוענות¹¹⁰; הגישה היהודית, שבסיסה מפורט בערך תורת המוסר היהודי; התקופה החדשה, שבסיסה הוא יחסי חולה-רופא אוטונומיסטיים, ארבעה עקרונות אתיים, גישה רב-תחומית נרחבת, התייחסות מפורטת לכל בעיה מוסרית ברפואה, קביעת הנחיות, והפיכת ענף האתיקה הרפואית למקצוע ייחודי.

ואמנם מבחינה היסטורית ניתן לקבוע כי בשנים האחרונות חל שינוי מהפכני בהגדרת יחסי חולה-רופא, מתפיסה פטרנליסטית קיצונית, תבנית שהיתה הרווחת ביותר בכל שנות ההיסטוריה האנושית, מאז היפוקרטס ועד לפני כמה עשרות שנים, לתפיסה אוטונומיסטית קיצונית, שהשתלטה על החברה המערבית בעקבות שינויים מהירים וקיצוניים בארה"ב בשנות ה-50. לאחרונה יש ניסיון למצוא את האיזון בין שתי גישות אלו, עם דגש על זכות החולה האוטונומיה, אך ללא איבוד מרכיבי האוטונומיה של הרופא, ובעיקר ללא איבוד האחריות של הרופא כלפי החולה. לפיכך הועלו הצעות שונות ליצירת מסגרות משותפות לרופא ולחולה,

Patients Good, 1988; Balint J and Shelton .secular [112]. W, *JAMA* 275:887, 1996 [113] הדבר נכון לגבי כל הדתות, ובוודאי לגבי היהדות – ראה ע' תורת המוסר היהודי.

[108] ראה לעיל הע' 104. [109] *primum non nocere* = non-maleficence = do no harm [110] professionalism. [111] ראה – Pellegrino ED and Thomasma DC, *For the*

שיכלו להתייחס להיבטיהם החברתיים. היום-יום של הטיפול בחולים¹¹⁵.

לאחרונה מסתמן שינוי ניכר במגמה זו. בשנים האחרונות אנו עדים להתקדמות מהירה ולשינויים חדים בידע המדעי, ולפיכך אין זמן סביר להסתגל לשינויים המדעיים. לאור זאת גוברת המגמה ללוות מלכתחילה את תוכניות הפיתוח המדעי בהסתכלות על הבעיות המוסריות-משפטיות-דתיות העוללות לנבוע מהחידוש המדעי, ולדאוג מראש להגבלת המחקר בגבולות המוסריים. דבר זה בולט בעיקר בתכנית הגנום האנושי¹¹⁴. וסביר להניח שמגמה זו תלך ותגבר עם השנים.

נושאי העיסוק של האתיקה הרפואית — האתיקה הרפואית המודרנית עוסקת במיגוון רחב של נושאים, המהווים דילמה מוסרית בשיפוט ובהתנהגות הרופא, הצוות הרפואי והפארא-רפואי, הצוות האדמיניסטרטיבי, החולה, המשפחה, והחברה כולה.

יש המחלקים את העיסוק באתיקה הרפואית לשתי קבוצות עיקריות: אתיקה ביו-רפואית כללית, אשר דנה בסוגיות עקרוניות, בעלות השלכות ציבוריות, וקביעת מדיניות מקצועית וחוקית; ואתיקה קלינית, אשר דנה ביישום עקרונות אתיים לבעיות רפואיות מעשיות בחיי

איתור בעיות אתיות — הזיהוי והאיתור של בעיה אתית ברפואה איננו תמיד קל ומובן מאליו. במחקר שנערך במחלקות כלליות בבתי חולים אחדים נמצא כי בעיה אתית היוותה מרכיב ברור בחולה אחד מתוך ששה חולים, אשר רופאי המחלקה איתרו ללא קושי מיוחד. מאידך, אתיקאי שהשתתף בביקור באותן מחלקות זיהה שני חולים מתוך ששה חולים עם בעיות אתיות, אשר נעלמו מעיני רופאי המחלקה¹²¹. יש מי שהציע לשנות את מבנה הגיליון הרפואי של החולה על ידי הוספת פרק אתי בתיאור מהלך המחלה, שבו ייכללו ההיבטים האתיים הברורים והסמויים הקשורים לחולה, וכן התוכניות

מוגבלים, קדימויות בטיפול רפואי, שביחות ושכר. [119] ניסויים בבני אדם, ניסויים בבעלי חיים. [120] הפלה, מניעת הריון, הפריה חוץ-גופית, חולה הנוטה למות, יילוד פגום, השתלת איברים, קביעת רגע המוות, אשפוז כפוי, סיקור גנטי, וכיו"ב. [121] Lo B and Schroeder SA, *Arch Intern Med* 141:1062, 1981.

[114] ראה ע' תורשה הע' 14 ואילך. [115] ראה — Sieglar M, *Arch Intern Med* 139:914, 1979; Lo B and Jonsen AR, *Ann Intern Med* 92:116, 1980. [116] זכויות וחובות, גילוי מידע, הסכמה לטיפול רפואי, סודיות רפואית. [117] התחלקות במידע, פרסומת, דרכי הוראה. [118] משאבים

המשפט מחייב לפעול על פיו, כל עוד הוא בתוקף, בעוד שהבעת עמדה אתית איננה מחייבת לפעול על פיה. החוק אמור להיות מבוסס על מאזן השיקולים השונים, ולהוות מיצוי של האתיקה, אך האתיקה רשאית ולעתים אף חייבת להתמודד עם החוק ולעורר השגות ותהיות, אם השיקולים המוסריים שלו בלתי ראויים, או שהם השתנו. בעשייה הרפואית יש הרבה מצבים שאינם 'מכוסים' על ידי החוק, ולפיכך ההכרעה בהם חייבת להיות על פי שיקולים אתיים בלבד¹²³.

מקומה של החקיקה והפסיקה בנושאי אתיקה רפואית שנויה במחלוקת. יש המעדיפים הסדרים ופתרונות משפטיים לכל הבעיות הללו, שכן בכך נקבעת נורמה אחידה ומחייבת. הנחת היסוד של גישה זו היא שניתן לשפוט ולחוקק חוקים בנושאים אתיים בכלל, ובנושאים אתיים-רפואיים בפרט, למרות השינויים המהירים בתחומים המדעיים הללו. לעומתם יש הסבורים, שבנושאים אתיים אין כל עדיפות לשופט בקביעת ההכרעה הנכונה, ועדיף להימנע מחקיקת חוקים מפורטים בכל עניין אתי-רפואי, שכן תהליך החקיקה הוא ממושך, ומשנקבע חוק הוא קופא על שמריו ויש קשיים לשנותו. לעומת זאת הנושאים האתיים-רפואיים הם דינמיים ומשתנים מאד בתוך פרקי זמן קצרים יחסית, ולפיכך החקיקה לא תהיה רלוונטית או שתגביל ללא צורך וללא הצדקה את הקידמה המדעית. החלופה של חברה פלורליסטית-דמוקרטית לנהל את

הרלוונטיות לטיפול בבעיות אלו¹²².

מטרות האתיקה הרפואית כוללות: הכרעה בין טוב לרע או בין ראוי לבין מה שאינו ראוי בדילמות אתיות. אכן, הכרעות מוחלטות כאלו לא תמיד ברות-ביצוע, ולכן מסתפקת האתיקה הרפואית בהכרעות יחסיות בין רצוי למצוי או בבחירת הטוב משני דברים רעים. האתיקה הרפואית היא רב-תחומית ופלורליסטית בגישתה. עיקר תפקידה בזיהוי ואיתור המרכיבים האתיים במצבים רפואיים שונים, ובמתן כלי חשיבה לניתוח ערכי ויישום מוסרי של עקרונות רלוונטיים. האתיקה הרפואית שואפת לספק מסגרת הגיונית להבנת דרכי השיפוט והבחירה במצבים רפואיים שבהם הנתונים המדעיים-טכנולוגיים האובייקטיביים אינם מספיקים להגיע להכרעה ברורה ונכונה. האתיקה הרפואית מאפשרת ניתוח ההיבטים השונים בעד ונגד פעולה או הכרעה כלשהי בתחום הרפואה שיש בה דילמה אתית. מאידך, אין האתיקה הרפואית בצורתה המודרנית רואה את תפקידה במתן הכרעה מוסרית ספציפית וחד-משמעית בכל מקרה נתון. בכך שונה האתיקה מהחוק או מההלכה, שכן האחרונים קובעים הכרעות מעשיות, בעוד שהאתיקה מספקת מידע פלורליסטי וכלי חשיבה וניתוח לחידוד וליבון ההיבטים המוסריים של בעיות רפואיות.

במערכת היחסים בין חוק לאתיקה – החוק ופרשנותו המשפטית בידי בית

[123] וראה עוד על מערכת היחסים בין חוק לאתיקה במאמר – Pellegrino ED, *Am J Med*

Tauber AI, *Ann Intern Med* 136:559, [122] 2002; Tauber AI, *IMAJ* 4:1091, 2002

העניינים האתיים- רפואיים היא בדרך של וועדות אתיות רב-תחומיות, הכוללות רופאים, אחיות, משפטנים, אנשי דת, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, כלכלנים ואדמיניסטרטורים¹²⁴. וועדות כאלו יכולות לדון בנושאים אתיים-רפואיים חריפים, או לקבוע מדיניות בנושאים שכיחים בתחום זה. כמו כן יש יתרון בהקמת רשות ממלכתית רב-תחומית, בלתי-פוליטית ובלתי תלויה בגורמים ממשלתיים, ממסדיים או כלכליים, לדיון בנושאים אתיים-רפואיים מתחדשים ועקרוניים, ולקבוע הנחיות, דרכי פעולה, ואם יש צורך מיוחד גם חקיקה בנושאים הנידונים.

העניינים האתיים- רפואיים היא בדרך של וועדות אתיות רב-תחומיות, הכוללות רופאים, אחיות, משפטנים, אנשי דת, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, כלכלנים ואדמיניסטרטורים¹²⁴. וועדות כאלו יכולות לדון בנושאים אתיים-רפואיים חריפים, או לקבוע מדיניות בנושאים שכיחים בתחום זה. כמו כן יש יתרון בהקמת רשות ממלכתית רב-תחומית, בלתי-פוליטית ובלתי תלויה בגורמים ממשלתיים, ממסדיים או כלכליים, לדיון בנושאים אתיים-רפואיים מתחדשים ועקרוניים, ולקבוע הנחיות, דרכי פעולה, ואם יש צורך מיוחד גם חקיקה בנושאים הנידונים.

מטרות הוראת האתיקה¹³⁰:

• לטעת בסטודנט את הרגישות ואת המודעות לדילמות מוסריות ברפואה

ה. הוראת אתיקה רפואית¹²⁵

• להקנות לסטודנט ידע ומיומנות לאתר ולזהות דילמות מוסריות ברפואה

כללי — לאור הצרכים המובהקים של הרפואה המודרנית לשילוב ידע ומיומנות בתחומי האתיקה בעשייה הרפואית¹²⁶, ולאור העובדה שסטודנטים לרפואה מתחבטים בבעיות אתיות שונות בתקופת לימודי הרפואה שלהם¹²⁷, הורגש הצורך בהוראה מסודרת של אתיקה רפואית בבתי הספר לרפואה ולסיעוד.

• להקנות לסטודנט ידע במושגים, מונחים, ערכים, עקרונות ויסודות רלוונטיים בתחומי הפילוסופיה, הדת, המשפט והחברה

הנושא בבחינות התמחות של מקצועות ראשיים ברפואה; על מצב הוראת האתיקה הרפואית באנגליה ראה — Pond K (ed), *Report of a working party on the teaching of medical ethics*. London: Institute of Medical Ethics, 1987; Davies DP, et al, *Arch Dis Child* 74:172, 1996. בישראל מתקיימת בצורות שונות הוראת אתיקה רפואית ו/או רפואה ומשפט בכל ארבעת בתי הספר לרפואה. [129] למשל, מקצועות כירורגיים נחשפים פחות לדיונים אתיים — ראה Sade RM, et al, *Ann Thorac Surg* 69:326, 2000. [130] ראה — Steinberg A, In: Hattab JY (ed), *Ethics and Child*

96:289, 1994. [124] ראה ע' נוטה למות (א) הע' 566 ואילך. [125] על תולדות ההתפתחות של הוראת אתיקה רפואית, בעיקר בארה"ב, ראה — Fox E, et al, *Acad Med* 70:761, 1995. [126] ראה לעיל הע' 85 ואילך. [127] חלקם הגדול דומה להתלבטויות האתיות של הרופאים, אך יש גם התלבטויות אתיות המיוחדות לתקופת לימודי הרפואה — ראה Christakis DA and Feudtner C, *Acad Med* 68:249, 1993; Feudtner C and Christakis DA, *Hastings Cen Rep* 24:6, 1994. [128] בארה"ב מתקיימת הוראה של אתיקה רפואית בכל בתי הספר לרפואה, וכמו כן יש דרישות רשמיות להכרת

- להקנות לסטודנט כלים אינטלקטואליים, יסודות חשיבה בסיסיים, ושיטות ניתוח עיוניות לצורך פתרון בעיות אתיות
- להציג בפני הסטודנט את הגישות ודרכי הפתרון של בעיות מוסריות מעשיות ברפואה מנקודות-המבט של הפילוסופיה, המשפט, החברה והדת
- לשפר את הכושר של הסטודנט לנתח באופן הגיוני ותרבותי נושאים מוסריים בלתי מוכרעים

ההוראה¹³¹.

שיטות ודרכי הוראה – הוראת האתיקה הרפואית בבתי ספר לרפואה יכולה להתבצע בשנים הטרם-קליניות, ו/או בשנים הקליניות בבית הספר לרפואה. אכן הוראת אתיקה רפואית יכולה וצריכה להתבצע גם מעבר לשנות הלימודים בבתי הספר לרפואה, במסגרת ההתמחות של רופאי בית, ומתמחים בשלבים שונים; בלימודי-המשך ברפואה של רופאים בדרגות שונות; בסמינריונים למומחים; במהלך כנסים רפואיים מקצועיים; בארגון ימי עיון וכנסים מיוחדים לבעיות אתיות ברפואה ועוד. בעצם יש הטוענים שאין להגביל את העיסוק באתיקה רפואית לשלב מסוים, אלא יש לעסוק בכך בכל מהלך הקריירה הרפואית¹³².

הוראת אתיקה רפואית יכולה להתבצע בדרכים אחדות:

הרצאות פרונטליות של עקרונות

- להחדיר בסטודנט את עקרונות הכיבוד ההדדי של אנשים ושל דעות, להחדיר בו את רגשי החמלה והאמפטיה לסבל, ולהחדיר בו את מרכזיות החולה ולא המחלה, ואת מרכזיות הערכים האנושיים

- לחנך אנשי מקצוע ומומחים בתחום האתיקה הרפואית

יש הסבורים, שמטרה מוצהרת של הוראת האתיקה הרפואית היא לעצב תכונות מוסריות חיוביות בסטודנטים. לעומתם יש החולקים וסבורים שזו איננה צריכה להיות מטרה מוצהרת של הוראת האתיקה, אלא שאם יש הצלחה בכיוון זה, הרי זה משובח.

קשיים – אכן למרות החשיבות המודעת להוראת האתיקה הרפואית בבתי ספר לרפואה, מגלים מורים לאתיקה

Culver CM, et al, *N* [132] 67:398, 1992
Engl J Med 312:253, 1985

Mental Health, Jerusalem, 1994, pp. 86ff
Strong C, et al, *Acad Med* – ראה [131]

באמצעות אביזרי-עזר שונים: סרטי-וידאו¹³⁶, באמצעות תוכנות-מחשב מתאימות¹³⁷, ועוד.

'ביקור-אתי', היינו ביקור סביב מיטת החולה, ודיון קונקרטי על בעיה אתית, או השתתפות בדיוני הצוות השגרתיים של הרופאים, וחידוד הבעיות האתיות תוך כדי הדיון¹³⁸.

בכל מקרה יש צורך בשילוב רב-תחומי של הוראת האתיקה הרפואית, בשיתוף פעולה הדוק בין רופאים-קלינאים, רופאים-חוקרים ואתיקאים¹³⁹. החשיבות העיקרית היא שילוב הוראת האתיקה הרפואית בתוך העשייה הרפואה בכל השלבים והצורות, ולא דווקא הוספת הרצאות תיאורטיות לתוכנית לימודים עמוסה של סטודנטים לרפואה¹⁴⁰. מכל מקום, כל העוסקים בהוראת אתיקה רפואית בבתי ספר לרפואה ממליצים על נושאים עיקריים שיש צורך לדון בהם, ולחשוף את הסטודנטים לעקרונות

אתיים, ושל נושאים בתחום האתיקה הרפואית. בדרך כלל מומלץ לכלול בהוראת האתיקה הרפואית בבתי ספר לרפואה נושאים שהרופא נתקל בהם בשכיחות רבה, ולא נושאים נדירים, אף אם הם מעניינים כשלעצמם; כמו כן מומלץ שההוראה תכלול עקרונות אתיים בסיסיים ומרכזיים, שיטות עקרוניות להכרעה ולקבלת-החלטות אתיות-רפואיות, יישום עקרונות אתיים במצבים קליניים מעשיים, ושיטות תקשורת בין-אישית¹³³. יש הסבורים, שמגמות ההוראה של אתיקה רפואית יכולות להתחזק על ידי הוספת לימודי הומניסטיקה בבתי הספר לרפואה – ספרות, היסטוריה, אמנות, ומדעי רוח וחברה¹³⁴. דבר זה יכול לתרום לחידוד ההבנה של מרכיב האומנות וההומניות ברפואה לצד המדע והטכנולוגיה¹³⁵.

דיונים סמינריוניים תיאורטיים על מקרים רפואיים המציגים בעיה אתית. קיימות שיטות הוראה טכניות שונות

Intern Med 106:313, 1987; Charon R, et al, *Ann Intern Med* 122:599, 1995; Schneiderman H and Schneiderman RM, *Ann Intern Med* 122:618, 1995; Barilan YM, et al, *Isr Med Assoc J* 2:327, 2000 [136] OSCE = objective structured clinical examination – Singer PA, et al, *Acad Med* 71:495, 1996 [137] al, *Acad Med* 71:495, 1996 Barclay ML and Elkins TE, *Acad Med* 66:592, 1991 [138] In: Hattab JY (ed), *Ethics and Child Mental Health*, Jerusalem, 1994, pp. 86ff Culver CM, et al, *N Engl J Med* [139] Davies DP, et al, [140] 312:253, 1985 *Arch Dis Child* 74:172, 1996

[133] Culver CM, et al, *N Engl J Med* 312:253, 1985 [134] אסלר (Sir William Osler, 1849-1919), שהיה מגדולי המחנכים הרפואיים במאה ה-20, הביע בזמנו דאגה מהעובדה שהזנחת הלימודים ההומניסטיים ברפואה גורמת לאיבוד התכונה המיוחדת של מקצוע זה. הוא המליץ לעוסקים ברפואה להגות בעשרה ספרי יסוד הומניסטיים, ביניהם התניך, שקספיר, אמרסון ואחרים – Moore AR, *Med J Austr* 2:27, 1975 [135] Peschel ER (ed), *Medicine – and Literature*, New-York, 1980; Jonas S, *Lancet* 2:452, 1984; Warren K, *Ann Intern Med* 101:697, 1984; Huth EJ, *Ann Intern Med* 101:864, 1984; Arnold RM, et al, *Ann*