

אתיקה של עזרה לאנשים שרוצים למות

ד"ר אליזבט גולדוין¹

מבוא

הישגי הרפואה בהארכת חיים מעוררים את השאלה הבערת של איכות החיים של אנשים שחיהם מוארכים באמצעים מלאכותיים. "נחוץ לאזן מחדש בין כמות החיים לאיכות החיים" (לוי, 2008, עמ' 51; וכן, Buiting, Rurup, Van Zuylen, & Den Hartogh, 2011, p. 1) מצד אחד, "חזקה על אדם שהוא רוצה להוסיף לחיות אלא אם כן הוכח אחרת" (חוק החולה הנוטה למות, סעיף 4). זו הנחת יסוד חשובה שמחייבת כל אדם לשמור על עצמו ולהגן על חיי זולתו. אולם מצד שני, כבני אדם אנחנו בני תמותה. אף אחד מאתנו לא חי לנצח. האם הארכת החיים בכל מחיר היא תמיד ערך עליון? באילו מצבים ראוי שניח לעצמנו או לזולתנו למות? יותר ויותר אנשים מתים בבתי חולים כשהם מחוברים למכונות הנשמה ומנותקים מסביבתם הטבעית ומבני משפחותיהם, שכן 70% מהמיתות כרוכות בהחלטות רפואיות (Pence, 2004, pp. 102-103). אנשים אלה לא מתים מוות "טבעי" במיתותיהם כי אם תחת פיקוח וטיפול רפואי. האומנם זו המיתה שאנו מאחלים לקרובינו או לעצמנו? האם הגיע הזמן לדבר לא רק על תוחלת החיים אלא גם על איכות החיים? והאם הגיע הזמן לדבר גם על איכות המוות? הדיון הוא רק בתחילתו.

הנחתי היא שאין לנו כתברה די כלים להתמודד עם עם משאלת המוות של זקנים וחולים, עם אנשים שרצונם למות או אנשים שאנו מאריכים את חייהם בצורה מלאכותית אף על פי שאין שום סיכוי שיבראו, ובכך אנו מאריכים למעשה את גסיסתם ואת הסבל של בני משפחותיהם. התיקון לחוק החולה הנוטה למות – "מוות במרשם רופא" – המונח כעת על שולחן הכנסת לאחר שעבר את ועדת השרים לענייני חקיקה, הוא צעד נכון וראוי כדי לאפשר לאנשים חולים להפסיק לסבול, אך לא די בו.

¹ אני מודה למרכז מינרבה לחקר סוף החיים באוניברסיטת תל-אביב על תמיכתו במחקר זה.

המאמר עוסק באתיקה של מצבים שבהם אנשים סובלים מבקשים מזור לסבלם ואנו נמנעים מלעזור להם בגלל סיבות חוקיות (ודתיות) או משום שאנו סבורים שאין לנו כלים אתיים ורגשיים לעשות זאת.²

ברצוני להציע שיש לנו כלים אתיים שיאפשרו לנו כחברה לעזור לאנשים שסובלים סבל מיותר ומבקשים את מותם, וחובה עלינו לעשות זאת.³

האם החיים הם בכל מקרה טוב והמוות בכל מקרה רע? מבט תרבותי-יהודי

"רָאָה נְתַתִּי לְפָנֶיךָ הַיּוֹם אֶת הַחַיִּים וְאֶת הַטּוֹב וְאֶת הַמָּוֶת וְאֶת הָרָע... הַחַיִּים וְהַמָּוֶת נְתַתִּי

לְפָנֶיךָ הַבֹּרֵךְ וְהַקֹּלֵל וּבְחֵרֶת בְּחַיִּים לְמַעַן תִּחְיֶה אֲתָה וְזָרַעְךָ" (דברים ל', 16, 19).

מן הפסוקים הללו ברור שהתשתית הערכית של התרבות היהודית מזהה חיים עם טוב ומוות עם רע. יותר מזה, ולמרות האפשרות שיש בדינו לבחור במוות, אנו מצווים לבחור בחיים. זהו המקור לקדושת החיים של עצמנו ושל זולתנו. רצח הוא רוע. חובה עלינו כבני אדם לבחור בחיים ולא להתאבד. חובה עלינו גם לעשות כל שביכולתנו כדי לשמור על חיי זולתנו ולהצילו במקרה של סכנה. אין להמעיט בערך קדושת החיים ו"כל המאבד נפש אחת, מעלים עליו כאילו איבד עולם מלא; וכל המקיים נפש אחת, מעלים עליו כאילו קיים עולם מלא" (סנהדרין פרק ד', משנה ה; וכן, בראשית ט', 6, שמות כ', 12, דברים ה', 9). זו התשתית הערכית של היהדות שהיא משותפת גם להומניזם ואין להמעיט בערכה.

עם זאת, נוכל למצוא במקורות, במאגר היהודי של חוכמת הדורות, עמדה מורכבת יותר שמכירה במצבים בהם מוטב מותו של אדם מחייו. אלה תמיד מצבים קיצוניים, יוצאים מן הכלל שאינם מעידים על הכלל, אך הם קיימים (ראו למשל התאבדות שאול, שמואל א' ל"א, 4-6 וכן קהלת ג', 2-3, קהלת ד', 2-3, קהלת י"ב, 1-5). לפעמים החיים הופכים לנטל בלתי נסבל ואז מאפשרים לאדם לבקש את מותו או אף מתפללים למותו. נעיין במקורות לדוגמה:

מעשה באשה אחת שהזקינה הרבה ובאת לפני ר' יוסי בן חלפתא.

אמרה ליה [לו]: רבי הזקנתי יותר מדאי ומעכשיו חיים של נוול הם שאיני טועמת לא

מאכל ולא משקה, ואני מבקשת להפטר מן העולם.

אמר לה: מה מצוה את למודה [רגילה] לעשות בכל יום?

² להיבטים משפטיים של סוגיה זו בישראל, ראו, הלוי, 2008; טיכו, 2008.

³ המאמר כתוב כולו בלשון זכר רק מטעמי נוחיות כדי לחסוך את הסרבול של גיוון מגדרי. אך אדם הוא גם זכר וגם

נקבה – כך נברא בשפה העברית (בראשית א', 27).

אמרה ליה: למודה אני אפילו יש לי דבר חביב, אני מנחת אותו ומשכמת לבית הכנסת בכל יום.

אמר לה: מנעי עצמך מבית הכנסת שלשה ימים זה אחר זה.

הלכה ועשתה כן וביום השלישי חלתה ומתה. (ילקוט שמעוני פרשת עקב, רמז תתעא)

ר' יוסי בן חלפתא לא נוזף באישה המבקשת את נפשה למות, לא אומר דבר על קדושת החיים וגם לא פוטר אותה בלא כלום. הוא לא אומר לה להיות חזקה, לא מזכיר לה שהחיים הם קדושים והגורל נתון בידי הבורא. אדרבה, הוא משוחח אתה מתוך אמפתיה ומבקש לגלות את סוד הישרדותה עד כה. מסתבר שההליכה היומיומית לבית הכנסת היא הרגל שיש בקיומו משום יסוד מחיה עבור אישה זו, ולכן ר' יוסי בן חלפתא ממליץ לה לחדול ממנהג זה אם אכן רצונה למות. אפשר לראות בכך כמעט סיוע לאדם בהתאבדות, ואפשר לראות בכך בעיקר גילוי של חמלה ואמפתיה עמוקה של ר' יוסי בן חלפתא לאישה הזקנה שקצה בחייה. הוא יודע שכל עוד יש לאדם משהו שמחזיק אותו בחיים, כמו הרגל ללכת יום יום לבית כנסת מתוך תחושה שזהו דבר חשוב, האדם לא ימות. האישה שכבר לא טועמת את טעם המזון והמשקה, שחווה את חייה כחיי ניוול, יכולה לבחור לסיים את חייה. היא יכולה להיפרד מן ההרגל הממלא את חייה במשמעות וכך להחיש את מותה.

יש משהו מנחם בסיפור הזה, שרואה את החיים כנתונים במידת מה לשליטתו של האדם. כאילו כל עוד אדם מוצא טעם בחייו, הוא מקיים אותם והם נמשכים, אבל בכוחו גם להפסיק אותם, עם עזרה של מטפל נבון ואמפתי. נדמה שיש גם מה ללמוד מעמדתו של ר' יוסי בן חלפתא שאינו נרתע מלדבר עם האישה על תחושותיה ועל רצונה למות. הוא אינו משאיר אותה בבדידותה לנוכח תחושת החידלון שלה. סיפור דומה לזה שמעתי מרופאה גריאטרית ששוחחה עם מטופל חולה במחלה ניוונית שביקש לטוס לשווייץ כדי למות במרשם רופא. היא המליצה לו להפסיק לאכול וכך למות בסביבתו הרגילה, מוקף בבני משפחתו. כך עשה ונפטר תוך שבועיים. מחקרים מעידים שבשלבם מתקדמים של מחלות סופניות, הפסקת האכילה אינה כרוכה בסבל (מעבר לסבל שגורמת המחלה) (Gert, Culver, & Clouser, 2006, pp. 309-345).

גם בסיפור מותו של רבי (יהודה הנשיא, עורך המשנה) ניכר שהמספר מזהה מצב שעדיף בו מותו של אדם מחייו:

אותו יום שמת רבי,

גזרו חכמים תענית

וביקשו רחמים... עלתה אמתו של רבי לגג,

אמרה: עליונים מבקשים את רבי, והתחתונים מבקשים את רבי, יהי רצון שיכופו תחתונים את העליונים [כלומר שהתפילה להישארות רבי בעולם הזה תגבר והוא לא ימות].

כיון שראתה כמה פעמים שנכנס לבית הכסא וחלץ תפילין ומניח אותן ומצטער⁴ אמרה: יהי רצון שיכופו עליונים את התחתונים. [ורבי ימות]

ולא היו שותקים חכמים מלבקש רחמים.

נטלה כד והשליכה מן הגג לארץ

שתקו מלבקש רחמים

ומת רבי. (תלמוד בבלי, מסכת כתובות, דף ק"ד עמוד א' בתרגום לעברית)

היחידה שרואה את סבלו של רבי יהודה הנשיא היא שפחתו, שהציבה את עצמה בין שמים לארץ, בין "עליונים לתחתונים", ולכן היא פועלת להפסקת התפילות המאריכות את חייו. תלמידיו של רבי מסרבים לקבל את מותו הקרב, כפי שקורה גם היום, כאשר בני משפחה או קרובים מתעקשים להאריך חיי אדם קרוב בכל מחיר. הם עסוקים בצרכים שלהם ומתעלמים מן הסבל המתארך של רבי. הסיפור מלמד שהיכולת לראות את סבלו של אדם אחר ולהיות אמפתי כלפיו עשויה לקצר את סבלו המיותר. יש מי שלמד הלכה מאמתו של רבי יהודה הנשיא (שטיינברג, 2003). ברוח דומה מפרש רש"י את המימרא התלמודית המפרשת את הפסוק "וואהבת לרעך כמוך" (ויקרא יט, 18) ברור לו מיתה יפה" (תלמוד בבלי, מסכת סנהדרין, דף מה, עמ' א'; ומקבילה שם, דף נב, עמ' ב'), "ולא תבזהו" (רש"י, שם). האם נוכל לטפח הבנה זו בעצמנו?

בסיפור מותו של רבי יוחנן דווקא תלמידיו הם אלה שרואים את סבלו: "והיה צווח עד שניטלה דעתו ממנו. **ביקשו חכמינו רחמים** עליו ומת" (תלמוד בבלי, מסכת בבא מציעא, דף פד, עמ' א בתרגום). מענין שהביטוי ששימש בסיפור הקודם לתפילות להארכת חיי החולה, משמש כאן לתפילות למותו של אדם. בסיפור אחר, חוני המעגל המתעורר משבעים שנות שינה, מגלה שמוטב מותו מחייו כי אף אחד לא מכיר אותו ולא מזהה אותו. הבדידות נוראה יותר מן המוות. הוא מבקש רחמים ומת (תלמוד בבלי, מסכת תענית, דף כג, עמ' א').

בכל הסיפורים הללו ניכרת התערבות אלוהית בתגובה לתפילות המייחלות למוות, כמעין אישור והיענות לבקשת המוות. מכאן שבמקרים מסוימים, התרבות היהודית מכירה ברצון למות

⁴ רבי יהודה הנשיא היה חולה במחלת מעיים קשה שהסבה לו סבל וגרמה לו לרוץ לבית הכיסא.

כרצון מוצדק שמקבל אפילו אישור אלוהי. היא גם מכירה בכך שיש דרכי מיתה מבזות יותר ומבזות פחות, ושיש לבחור בדרך המצמצמת התבזות ופגיעה בכבוד האדם, כאשר הדבר נתון לשליטה אנושית.

התורה שבעל פה מורכבת מהלכה ואגדה. כל מה שאינו הלכה הוא אגדה. רוב הציבור היהודי במדינת ישראל אינו חי לפי ההלכה ולכן הדיון המתבסס על אגדה הוא רלוונטי מבחינתו. הוא מראה שמבחינה ערכית, עמדת היהדות היא מורכבת ולא חד-ממדית. אולם גם בהלכה קיים המושג "גוסס". המקורות ההלכתיים מאפשרים אי-הארכת חייו של אדם בתנאים מסוימים, בעיקר כאשר האדם החולה סובל. אפשרויות כגון אי-שימוש במכשירי החיאה, הפסקת פעולתם וכדומה, פורטו במאמר של שטינברג (2003) וכן במאמר של אסייג (2008). מעניין לציין בעניין זה פסק הלכה של הרב חיים דוד הלוי משנת 1981: "הרי שפשוט שמותר לנתק את החולה מן המכשיר אליו חובר...אלא שעוד יותר נראה לעניות דעתי, שאם ירצו הרופאים להמשיך ולהחיותם בעזרת מכונת הנשמה, אינם רשאים לעשות כן, שהלא כבר נתבאר שאסור להאריך חייו של גוסס באמצעים מלאכותיים" (מצוטט בתוך אסייג, 2008, עמ' 177). האפשרות לבחור במצבים מסוימים במותו של אדם על פני המשך חייו, אם על ידי עצמו ואם על ידי אחרים, קשורה בהבנה שכאשר אדם סובל, המחלה היא זו שהורגת אותו. גם אם למעשה בחר אדם לקצר את סבלו, אין מדובר בהתאבדות, כי אם בהחשת המוות הצפוי ממילא. עזרה לאדם במצב כזה היא מעשה של חסד ואמפתיה ובשום אופן אינה רצח ואף לא הריגה. זו עמדה של צניעות לנוכח המוות, עמדה של קבלת הדין וצידוק הדין ולא - כפי שמרבים רבנים לטעון בימינו - פגיעה אנושה בקדושת החיים (לוי, 2008, עמ' 73-85).⁵ עמדה זו גורסת כי החיים הם על פי רוב טוב והמוות הוא על פי רוב רע. עם זאת, יש מצבים שבהם החיים הם רע והמוות רע פחות מהם. במצבים כאלה, מותר ואולי אפילו חובה לאפשר את המוות.

מהם מצבים אלה ומי מוסמך להחליט על כך? בכך יעסוק המשך המאמר.

⁵ ראו גם: תלמוד בבלי, מסכת עבודה זרה, דף יח, עמ' א', שם מסופר על רבי חנינא בן תרדיון שהוצא להורג בעינויים קשים על ידי השלטון הרומי. הוא בחר לא לקצר בעצמו את הסבל, אבל הסכים ברצון שחייל רומאי יקצר את סבלו וימית אותו, דבר שזיכה את החייל הרומאי בחיי נצח; פטרסון (Paterson, 2008) מציין בספרו שה"מוסר הטבעי" נשען על ההנחה הנכונה תמיד שהמוות הוא רע והחיים הם טוב. זו עמדה פשטנית ומנותקת מהמציאות, אך נראה שרבנים רבים מחזיקים בה היום, בניגוד לעמדה המורכבת הניכרת מן הכתובים. כדאי גם לזכור שזו הנחה תלוית תרבות. בתרבויות המזרח הרחוק המוות נתפס כהמשך טבעי של החיים, ולכן מקבלים אותו בשלווה לעומת התרבויות המערביות (Madhubhashini Yogi, 2008).

מטרת הרפואה - מבט אתי

כל עוד תוחלת החיים של בני האדם הייתה קצרה ואנשים הרבו למות ממחלות זיהומיות ואחרות, הוטל על רופאים לעשות כל שביכולתם כדי להאריך חיים. הישגי הרפואה הביאו להדברה משמעותית של מחלות זיהומיות ולעלייה ניכרת בתוחלת החיים של רוב בני האדם על פני כדור הארץ. יתר על כן, נוספו מכשירים רפואיים שבכוחם להוות תחליף למערכות גופניות חיוניות כגון נשימה ולב, ולתפקד במקומן באופן שמאפשר להאריך את חייהם של אנשים חסרי הכרה במשך שנים רבות, ללא סיכוי להבראה. אמנם יכולת הרפואה להאריך את חייו הנה הישג שקשה להגזים בערכו וחשיבותו, אולם הישג עצום זה מעלה סוגיות שראוי לדון בהן. על אלו נמנית השאלה האם כיום, לנוכח העלייה המרשימה בתוחלת החיים, מוטל על הרפואה להמשיך ולהאריך את חייו ככל יכולתה. האם הארכת חיי החולה היא בהכרח המטרה של הטיפול הרפואי בכל מצב?

כאשר אין סיכוי לרפא את החולה, משמעות הארכת חייו עלולה להיות הארכת סבלו ללא תועלת (Schneiderman, Jecker, & Jonsen, 2007, p. 410). נחוצה אפוא הגדרה עדכנית של מטרות הטיפול הרפואי. בראש ובראשונה, מטרת הטיפול הרפואי היא למנוע מחלות ולרפא את האדם החולה ממחלתו (Furrow, Johnson, Jost, & Schwartz, 1991, pp. 190-192). כאשר אין בכוח הרפואה להבריא את האדם, עליה לפעול להקלת כאבו הפיזי והנפשי (Beširević, 2006, p. 578; Friedenber, 2001, p. 25). אדגר דהל אף מרחיק לכת ואומר שמטרת הרפואה היא הקלה על סבל, וריפוי החולה הוא אמצעי למניעת הסבל:

"מטרת הרפואה היא הקלה על הסבל האנושי. אם מתבוננים בה כך, זה מעודד אותנו לשאול את עצמנו מדוע הרפואה מחויבת למנוע מחלות, לזהותן ולטפל בהן. המלחמה נגד מחלה אינה מטרה כשלעצמה. מלחמה זו נועדה להגן עלינו מפני הסבל הפיזי והרגשי שמלווה את המחלה" (Dignitas Principles, 2014).

בכל מקרה, על הטיפול הרפואי להועיל לאדם ולהימנע מלהזיק לו. מטרות הרפואה **בימינו** הן, אם כן: מניעה, ריפוי, הקלה על סבל, הסבת תועלת ולא נזק. המושג "תועלת" כולל מגוון גדול של דברים שיוגדרו כתועלת, בראש וראשונה על ידי האדם עצמו ולאחר מכן על ידי הצוות המטפל והמשפחה. מכאן שלא רק מדדים רפואיים משופרים יוגדרו כתועלת, כי אם גם מימוש רצונותיו של האדם, כדוגמת ביקור של יקיריו, כתיבת זיכרונות, צפייה בשקיעה או כל דבר שאדם משתוקק

אליו וסבור שביכולתו להועיל לו ולשפר את מצבו. בדומה לכך, גם נזק הוא כל דבר שהאדם תופס כנזק, כולל למשל הארכת סבלו על ידי טיפולים רפואיים שאינם מרפאים אותו ואינם מקלים עליו. הגדרה זו אינה חד-משמעית. היא משאירה מקום לדיון בשאלות רבות והיא סובייקטיבית. יש צורך בשיתוף החולה, הרופא, ומשפחת החולה בהחלטות אך נדמה שהמילה האחרונה צריכה להינתן לאדם עצמו, כל עוד הוא מסוגל לכך. יהיו חולים שבמצבים זהים יראו בטיפול רפואי זהה משום תועלת ומשום נזק. במקרה אחר, מה שייראה לחולה כנזק ייראה בעיני רופאו או משפחתו כתועלת.

התשתית לרפואה טובה מוגדרת כמתחשבת באוטונומיה של החולה, בכבודו הסגולי (dignity),⁶ בתועלת שלו, בחמלה, הזדהות והתמדה (Beširević, 2006, p. 25). ההגדרה המוצעת של מטרות הטיפול הרפואי מחייבת קיום דיאלוג והתיעצות בין האדם עצמו, הצוות המטפל בו ומשפחתו. נדמה שאין ואולי לא נכון שיהיו כללים נכונים תמיד. יש לשקול כל אדם לגופו (תרתי משמע), לבחון את התועלת מול הסבל והנזק, את הרגשות של קרובי משפחה מול רצון המטופל ואת האוטונומיה של הרופא מול האוטונומיה של החולה. לא ניתן לכפות על רופא לעשות פעולה הנוגדת את מצפונו. במקרה של התנגשות בין האוטונומיה של החולה לאוטונומיה של הרופא, יש למצוא רופא אחר שיסכים לעשות את מה שהחולה מבקש. עם זאת, העקרונות של ריפוי, הקלה על סבל, הסבת תועלת ואי-גרימת נזק יכולים להוות כלי לבחינת מצבים קונקרטיים. כך למשל, כאשר חולה חשוך מרפא סובל ומבקש את נפשו למות, הארכת חייו אינה מועילה לו וכנראה אף מזיקה לו. אולם אם יש סיכוי מסוים לריפוי, אף אם אינו ודאי, ייתכן שהמטופל יראה את הטיפול כמסב תועלת ולא נזק, חרף הסבל הזמני שנגרם לו.

מקובל להבחין בין סבל פיזי, שהרפואה יודעת להתמודד אתו, לבין סבל קיומי, שהרפואה נרתעת מלטפל בו. אולם זו הבחנה שרירותית, שכן כל סבל פיזי כרוך גם בסבל קיומי. סבל קיומי מורכב מחרדת מוות, חשש משינויים, מאובדן שליטה וחירות, חשש לפגיעה בכבוד העצמי (dignity), בדידות, קושי ביחסים, אובדן משמעות וקשיים הקשורים ביחס למיסתורין הכרוך במוות. (Kissane, 2012, p.1502). מעטים הם הרופאים הרואים את ההקלה על סבל קיומי כחלק מתפקידם. לרובם אין כלים לעשות זאת, ולא באשמתם. אין מלמדים זאת בבתי ספר לרפואה. אני מבקשת להציע שסבל קיומי הוא סבל לכל דבר ועניין, ובמקרים של סבל קיומי שהאדם הסובל חווה כבלתי נסבל, חובה על הרפואה לשאוף להקל על סבל זה. כל סבל פיזי כרוך גם בסבל

⁶ ראו הגדרה של מושג זה בהמשך.

קיומי ואיפה בדיוק עובר הגבול בין דיכאון (הניתן לטיפול תרופתי) לבין סבל קיומי? יש לזכור כי מטרת הרפואה היא להקל על כל סבל (Juth, Lindblad, Linöe, Sjöstrand, & Helgesson, 2010, pp. 2-3). מכאן, שגם אדם שסובל סבל קיומי הוא אדם חולה שיש לעזור לו.

המורכבויות הללו מובילות למחשבה שעל הרופא לשתף בעיצוב תכנית הטיפול הן את החולה והן את בני משפחתו, ובמצבים שבהם מתקשים להגיע להסכמה גם רופאים נוספים מאותה התמחות או מהתמחויות אחרות לפי הצורך. בכל מקרה, על כל הגורמים הללו להשתדל ככל יכולתם לעמוד בארבעת העקרונות האמורים: לרפא, להקל על סבל, להועיל ולא לגרום נזק.

מטרת הטיפול הרפואי אינה הרג אדם. אולם הימנעות מהארכת חיים ואפילו מניעת סבל באמצעות תרופות שגורמות להפסקת החיים עשויות להיות **אמצעים נכונים להקלה על סבל במקרים שבהם אין דרך אחרת להקל על סבל הנחוה כבלתי נסבל**. ענין זה כבר מקובל במקרים של חולים סופניים שמקבלים מינונים גבוהים של חומרים פליאטיביים גם כאשר המינון עלול לגרום למותם. זה נחשב אויתנזיה פסיבית וזה חוקי. טענתי היא שהבחנה בין אויתנזיה אקטיבית לאויתנזיה פסיבית אינה מוצדקת.⁷

במקרים של אנשים שאין סיכוי להבראתם, שמוגדרים כמצויים במצב וגטיבי קבוע (persistent vegetative state), אפשר להימנע מטיפולים מאריכי חיים או להפסיק טיפולים שכאלה, כי אין בכך תועלת ואין סיכוי להבראתם. טיפולים מאריכי חיים הם הנשמה מלאכותית וקוצב לב. יש ויכוח בספרות האם הזנה היא טיפול מאריך חיים או לא. כאשר שום טיפול רפואי אינו יכול לרפא את האדם ולהחזירו להכרה ממצב וגטיבי קבוע, הרי שאין תועלת בטיפול ולדעתי מבחינה אתית ראוי להפסיקו. יש להימנע מטיפול חסר תועלת (futile). (להגדרה ממצה של טיפולים חסרי תועלת, Schneiderman, 2007, p. 410) כאמור, לא היעדר הטיפול הוא שהורג את האדם, אלא מצבו הרפואי (U.S. Bishops' Pro-Life Committee, ' 2007, p. 425). אציין שועדה זו תומכת בהפסקת כל פעולה, כולל הפסקת הזנה. הפסקת הטיפול הרפואי לא נועדה להרוג את האדם, אלא להפסיק לנקוט באמצעים חסרי תועלת ועל כן מיותרים. במקרים מסוג זה, יש לנסות ולברר מה היה רצונו של האדם אילו היה להביע זאת באמצעות הוראות מקדימות או שיחה עם בני המשפחה. אם אין דרך לברר את רצון האדם עצמו, יש להתחשב ברצון המשפחה ובדעת הרופאים המטפלים. להלן אדון בשאלה האם ניתן לפעול בצורה אקטיבית

⁷ ראו להלן.

להפסקת חייו של אדם במצב וגטטיבי קבוע ולא רק להימנע מטיפולים חסרי תועלת. על כל פנים, האתיקה עשויה לתרום לבהירות ולסייע בקבלת החלטות במצבים סבוכים אלה. כדי להתקדם בדיון, נבחן כעת מושגים שונים, נבחין ביניהם ונבדוק גם את הקשרים ביניהם.

הבחנות מושגיות

אותנייה פירושה מוות טוב (ולא "המתת חסד", ביטוי בעייתי שעלול להסוות עמדה פטרנליסטית מסוכנת). מהו "מוות טוב"? לכאורה זהו אוקסימורון. האם נוכל להגדיר "מוות טוב" כמוות שהאדם רוצה בו, מוות ששם קץ לסבל בלתי נסבל? האם כל מוות שאדם מבקש לעצמו הוא מוות טוב? ומתי באפשרותנו להחליט על מוות טוב לזולת? האם מוות טוב הוא מוות שאדם נמצא בו בסביבתו הטבעית, מוקף באנשים אהובים, זקן ושבע ימים? האם מוות טוב הוא מוות שהאדם מגיע אליו מוכן לאחר פרידה וסגירת מעגלים (לוי, 2008, עמ' 52, 54-57)? ניתן להעלות שאלות נוספות: היכן עובר הגבול בין מוות טרגי של אדם בטרם עת לבין מוות טבעי של אדם שחייו הסתיימו? האם מוות פתאומי הוא מוות טוב? לא אחת נדמה שמוות פתאומי הוא מוות טוב לנפטר, אך לקרוביו הוא טראומטי יותר ממוות כתוצאה ממחלה, אף אם המחלה מלווה בסבל. נוצר כאן ניגוד אכזרי בין טובת הנפטר לטובת בני משפחתו.

לכל השאלות הללו אין תשובות פשוטות וחד-משמעיות, אך הדיון בהן מאפשר להבחין במספר נקודות משמעותיות. כך למשל, הוא מראה עד כמה נקודת המבט של אדם הנוטה למות עלולה להיות שונה מנקודת המבט של קרוביו: לפעמים אדם קץ בחייו, בעוד קרוביו אינם משלימים עם הפרידה הקרובה. ממחקרים אמפיריים עולה שזהו מצב רווח למדי (שם, עמ' 54). כך עולה גם מעדויות בעל פה ששמעתי מאחראית על מוסד סיעודי ומרופאה גריאטרית שראיינתי. אלו סיפרו כי לא אחת, אף שהמלצת הצוות הרפואי והסיעודי היא לאפשר לחולה חסר ההכרה למות במיטתו, בני משפחתו מתעקשים להבהילו לבית החולים לשם קבלת טיפולים חסרי תועלת (futile) שבוודאות לא ירפאו אותו. כך נוצר מצב בו אנשים רבים היו רוצים למות במיטתם, אך סבלם מוארך לשווא והם מתים במיטת בית חולים, מחוברים למכשירים מאריכי חיים שמאריכים את סבלם ללא תועלת. קרובי המשפחה סבורים שהם דואגים לקרובם החולה, אך למעשה הם מאריכים את סבלו וגורמים לו למוות רע בסביבה מנוכרת. נחוצה עבודה חינוכית וציבורית רבה בעניין זה: עלינו ללמד את עצמנו להיפרד מן הקרובים לנו.

עניין נוסף שקשור ל"מוות טוב" הוא תהליך ההתכוננות למוות. כחברה יש לנו אחריות לאפשר לאנשים ולקרוביהם להשלים עם מותם הקרב. עלינו לשוחח אתם על כך (אם עדיין יש ביכולתם לעשות זאת) ולעודד אותם לסגור מעגלים ולהיפרד בצורה מכובדת ומכבדת. אף שבמצבים מסוימים אין ולא תיתכן מיתה טובה, למשל כאשר אדם מרגיש שלא מיצה את חייו, או שלא הספיק להגשים מטרות שהציב לעצמו, הרי שהמוות אינו אויב אולטימטיבי. עבור אנשים שמרגישים שמימשו את עצמם, ובתנאים מסוימים, המוות יכול להיות "מוות טוב".

יש להבחין בין **אותנזיה רצונית, א-רצונית ולא רצונית** (לוי, 2008, עמ' 72; Beširević, 2006, pp. 22-23; Diaconescu, 2012, p. 425). אותנזיה רצונית, כשמה, היא אותנזיה שנעשית בהתאם לרצונו של המומת, אם על ידי עצמו (מוות במרשם רופא) ואם על ידי זולתו בהתאם לבקשתו המפורשת. התיקון לחוק החולה הנוטה למות "מוות במרשם רופא" דורש שהאדם יעשה בעצמו את הפעולה שתגרום למותו (יבלע תרופה). אני סבורה שמבחינה אתית, אם רצונו של אדם הובהר, אין זה משנה אם הוא עושה את הפעולה בעצמו או שאדם אחר מסייע לו בכך. זאת בעיקר לנוכח העובדה שלעתים האדם הנוטה למות כבר אינו מסוגל לפעול בעצמו, אף אם רצונו בכך. האדם האחר, יהא זה רופא או קרוב משפחה, פועל כסוכן של החולה הנוטה למות.

למען הסר ספק, במקרה כזה נדרש שאדם יבטא את רצונו למות בהתמדה במשך פרק זמן מוגדר מראש. חוקים במדינות שבהן אותנזיה הפכה לחוקית, כגון הולנד, בלגיה ומדינת אורגון בארצות הברית, מתמודדים עם הגדרות משפטיות של עניין זה. אותנזיה רצונית המבוצעת על ידי סוכן של המומת היא באמת המתת חסד. היא מונעת אך ורק מן החובה למלא את רצון האדם הסובל. מטרתה אינה המתה, כי אם הפסקת הסבל, בהתאם לרצון הנפטר.

אותנזיה א-רצונית נעשית באדם חסר הכרה שלא מסר הוראות מקדימות ואין אפשרות לברר את רצונו. במקרים שאין סיכוי לריפוי והאדם חי בזכות מכשירים מאריכי חיים (PVS), ייתכן שנראה בהפסקת פעולתם של מכשירים אלה מוות טוב אך א-רצוני, כזה ששומר על כבוד האדם שלו, אך בלי שניתן לברר את רצונו. במקרים אלה, אותנזיה א-רצונית פסיבית היא חוקית, בעוד שאותנזיה אקטיבית אינה חוקית, אם כי כפי שנראה להלן, חוקרים רבים סבורים שאין לכך הצדקה. יש הטוענים שההנחה שאנשים רוצים שיאריכו את חייהם אלא אם כן הוכח אחרת, היא שגויה. לדעתם, רוב האנשים אינם רוצים שיאריכו את חייהם באמצעות מכשירים מאריכי חיים, במידה שהם אינם עתידים לחזור להכרה ולחדש את הקשר עם הקרובים להם (Gert et al., 2006, p.)

341). הוראות מקדימות עשויות לעזור במצבים כאלה, אך הן אינן פותרות כליל את הבעיה. קיימות גם הצדקות אחרות להמתה של אנשים במצב וגטיבי קבוע: יש שטוענים שאם אין הכרה ומצב זה בלתי הפיך, כבר אין שם ישות בעלת מעמד מוסרי (=Person) שיש כלפיה חובות מוסריים.

אותנזיה לא רצונית היא זו שהוציאה את דיבתה של האותנזיה רעה. מדובר בהחלטה לקצר את חייו של אדם מתוך אידיאולוגיה שמוטב לו למות מלהמשיך לחיות, אך בניגוד לרצונו. אותנזיה לא רצונית היא רצח. כך למשל, הוצאה להורג של בני אדם חריגים או בעלי צרכים מיוחדים היא רצח לכל דבר ועניין, גם אם היא מלווה ברטוריקה של "המתת חסד".

יש מקרים שהגבול בין אותנזיה א-רצונית לאותנזיה לא רצונית אינו ברור וחד, למשל, כשמדובר בתינוקות שנולדים עם מומים קשים או מחלות חשוכות מרפא, כאשר לא ברור איזה עתיד צפוי להם וכמה סבל ומכאוב יהיו מנת חלקם. נראה שהחשש מביצוע אותנזיה לא רצונית במקרה כזה יעודד החלטה זהירה מאוד, תוך התייחסות מעמיקה למערכת השיקולים והאינטרסים המכריעים את גורל התינוק. אפשר להיעזר בקריטריונים של תועלת ונזק ולשאול האם המשך הטיפול הרפואי הוא לתועלת היילוד, או שמא רק מאריך את סבלו או לכל הפחות לא מועיל לו. למרות זאת, סכנת המדרון החלקלק אל עבר אותנזיה לא רצונית מרתיעה רבים מפני הפיכת האותנזיה הא-רצונית לחוקית (Friedenberg, 2001, p. 580).

ההבחנה בין אותנזיה **אקטיבית** (פעולה שמטרתה המתה) לבין אותנזיה **פסיבית** (הימנעות מפעולות מאריכות חיים או הפסקתן) נחשבת מכרעת. רבים סוברים שאף אם במקרים מסוימים אותנזיה פסיבית קבילה מבחינה מוסרית, הרי שאותנזיה אקטיבית היא שוות ערך להריגה ולכן אינה קבילה מוסרית בשום אופן. בישראל חוק החולה הנוטה למות מתיר אותנזיה פסיבית בהתאם לתנאים הקבועים בחוק. לעומת זאת, אותנזיה אקטיבית היא עבירה על החוק. עם זאת, חוקרים רבים יוצאים נגד הבחנה זו ובעיקר נגד פסילתה הגורפת של האותנזיה האקטיבית (אסייג, 2008, עמ' 170-160; לוי, 2008, עמ' 71-62; Friedenberg, ; Beširević, 2006, p. 19; 2001, p. 576-577, 580; Pence, 2004, 96, 102-103; Rachels, 2006, p. 288-291; Rosenfeld, 2002, p. 8). טענתם היא שאם האותנזיה הפסיבית, כלומר הימנעות מטיפול, נועדה למנוע סבל מיותר, הרי שבמקרים מסוימים הדרך למנוע סבל מיותר היא דווקא להפסיק את החיים ולא להניח להם להסתיים לאט. המעשה האנושי, החומל, הרפואה המועילה היא דווקא הפסקת הסבל לאלתר ולא צפייה פסיבית בגסיסה איטית וכאובה. לעומתם, אחרים

(Friedenberg, 2001, p. 578; Gert et al., 2006, pp. 309-345), ממליצים למטופלים שנמצאים בהכרה ושהנם בעלי אחריות עצמית, להפסיק מזון ושתייה (אותנזיה פסיבית). לתפיסתם אפשרות זו עדיפה על אותנזיה אקטיבית מהסיבות הבאות:

1. מן המחקר עולה שהפסקת מזון ושתייה לחולים סופניים אינה כרוכה בסבל. שבוע לאחר הפסקת האכילה והשתייה, מאבדים חולים סופניים את ההכרה. אם הם יקבלו בנוסף לכך טיפול פליאטיבי, יימנע מהם סבל, כך שיהיה ניתן להפיק את כל היתרונות של אותנזיה אקטיבית (מניעת סבל וקיצור תהליך המיתה), בלי המגרעות והסכנות הכרוכות בכך. כדי לחזק טיעון זה, החוקרים מזכירים שגם תהליך האותנזיה האקטיבית, הכולל את בירור רצון החולה, קבלת חוות דעת רפואית שנייה וצו בית משפט, אורך כשבועיים.
2. הפסקת אכילה ושתייה מאפשרת לאדם להתחרט.
3. הפסקת אכילה ושתייה אינה הריגה כלל.
4. לתפיסתי, יש למעשה כזה היתרון של החזרת השליטה של האדם על חייו.

המתנגדים להפיכת האותנזיה האקטיבית לחוקית סבורים שאין לכך הצדקה מוסרית חזקה דיה. הם מסבים את תשומת הלב לבעיית המדרון החלקלק וכן טוענים שהפיכת האותנזיה האקטיבית לחוקית עלולה לעורר בקרב אנשים חרדה פן יהרגו אותם נגד רצונם (Friedenberg, 2001, p. 578; Gert et al., 2006, pp. 309-345).

האם ההבדל בין פעולה אקטיבית לבין הימנעות מפעולה הוא אכן ברור כל כך מבחינה אתית? חשוב מאוד לבחון את המניעים (למנוע סבל, להקל על סבל, להועיל ולא להזיק) ובמקרים שבהם המוטיבציה היא אתית, הרי שהדרך הטובה ביותר להשיג את המטרה עשויה להיות דווקא פעולה אקטיבית ולא הימנעות מפעולה. נשאלת למשל השאלה, האם צפייה בתינוק שנולד עם מומים קשים או מחלה חשוכת מרפא, עד למותו, מוסרית יותר מהריגתו לאלתר? כך גם לגבי חולה הנוטה למות ואינו בהכרה, שאין בכוחו להפסיק לאכול ולשתות. יש לבחון מהי הדרך היעילה ביותר להשגת המטרה, שהיא הקלה על סבל. לעומת זאת, אם האדם נמצא במצב שניתן לריפוי (גם אם הדבר לא ודאי), הרי שהימנעות מפעולה חמורה לא פחות מפעולה אקטיבית לקיצור חייו. בכל מקרה על הרופא לפעול להבראתו. אמנם נוטים לייחס כוונה זדונית לפעולה של הריגה, בעוד שלגבי הימנעות מפעולה קל יותר להניח שהיא נעשית משיקולים של טובת החולה, אך זה הבדל שאינו עומד במבחן המציאות בהקשר הנדון כאן. הדבר החשוב הוא הכוונה המנחה את הפעולה:

האם מטרתה למנוע סבל, או שמא זו התרשלות? הכוונה היא זו שמבחינה בין אותנזיה פסיבית לבין הרג, ולכן היא גם זו שמבחינה בין אותנזיה אקטיבית להרג.

לסיכום האמור עד כה, אני סבורה שההבחנה בין אותנזיה פסיבית, שהיא לגיטימית לפי חוק החולה הנוטה למות, לבין אותנזיה אקטיבית שהנה אסורה במדינת ישראל, אינה עומדת במבחן הביקורת כל עוד הכוונה העומדת מאחורי ביצוע האותנזיה היא אתית. אותנזיה אקטיבית עשויה להשיג את אותה מטרה (הפסקת הסבל) בצורה יעילה ואנושית יותר מאשר אותנזיה פסיבית. ההבחנה העקרונית מבחינה אתית היא ההבחנה בין אותנזיה רצונית, א-רצונית ולא רצונית. אותנזיה לא רצונית אינה קבילה מבחינה אתית, בעוד שאותנזיה א-רצונית עשויה להיות אתית בתנאים מסוימים.

רפואה פליאטיבית נועדה להקל על סבל בלתי נסבל (intolerable suffering) של החולה הנוטה למות כאשר אין סיכוי לריפוי ואין דרך אחרת להקל על סבלו (Olsen, Swetz, & Mueller, 2010, p. 949). הגדרה זו טומנת בחובה בעיות שונות, כגון הפער בין החולה שמגדיר את הסבל כבלתי נסבל, לבין הרופא שמגדיר את התסמינים כעקשניים ובלתי ניתנים לשליטה בדרך אחרת (refractory symptoms). אם לא די בכך, הרי שקשה עוד יותר להגדיר סבל קיומי או סבל רגשי ברמה בלתי נסבלת (לעומת סבל פיזי, שיש לו סימנים מוגדרים יותר). זאת ועוד, קיימת אי-הסכמה בשאלה האם לגיטימי לטפל בסבל שאינו פיזי (שם, עמ' 950). נשאלת השאלה, מי בסופו של דבר מחליט שהמצב מצדיק רפואה פליאטיבית? האם ניתן באמת להבחין בין סבל פיזי לסבל קיומי בשלבי מחלה סופניים, והאם ראוי לעשות כך?

סדציה פליאטיבית היא שינוי המצב התודעתי של האדם עד כדי הרדמה שנועדה להקל על סבלו. מקובל שגם אם פעולה זו עלולה לקצר את חייו, היא לגיטימית ואתית מכיוון שמטרתה אינה להרוג אותו, כי אם להקל על סבלו (Niklas, Lindblad, Linöe, Sjöstrand and Helgesson, 2010, p. 3; Olsen et al., 2010, p. 250). ההבחנה המקובלת בין סדציה פליאטיבית לאותנזיה מתייחסת לשני היבטים: כוונת המעשה וסיבת המוות. באשר לכוונת המעשה, יש הטוענים שמטרת הסדציה הפליאטיבית היא הקלה על סבל, בעוד שאותנזיה נועדה להרוג את האדם. אני סבורה שזו הבחנה שגויה. מטרת האותנזיה אינה מות החולה, כי אם הקלה על סבלו, בדומה לסדציה פליאטיבית. במקרים אלה מוות הוא אמצעי להקלה על סבל. מבחינה זו, הדמיון בין סדציה פליאטיבית לבין אותנזיה (אקטיבית או פסיבית) ומוות במרשם רופא, הוא רב ממה

שמקובל לחשוב ואפילו ממה שמנוסח בחוק. כל הפתרונות הללו נועדו להקל על הסבל, גם אם במחיר קיצור חייו של אדם (Rosenfeld, 2-2, pp. 7-8).

הבחנה נוספת נוגעת לסיבת המוות: נטען שבמקרים של סדציה פליאטיבית ואותנזיה פסיבית (מניעת טיפול או הפסקתו), המחלה היא זו שהורגת את האדם, בעוד שבאותנזיה אקטיבית ובמוות במרשם רופא, סיבת המוות היא החומר המיוחד לגופו של החולה (Olsen et al., 2010, p. 951). אולם אפילו הבחנה זו אינה מדויקת כפי שהיא נראית, שכן לפי ההגדרות של סדציה פליאטיבית, החומר הפליאטיבי ניתן גם כאשר יש חשש שיקצר את חיי החולה. מהי, אם כן, סיבת המוות של החולה: החומר הפליאטיבי או המחלה? היות שהתשובה אינה תמיד ברורה, הרי שגם מהיבט זה סדציה פליאטיבית דומה יותר לאותנזיה אקטיבית מכפי שנטען. בשני המקרים קיים מוסר האפקט הכפול: תוצאה ראויה מבחינה מוסרית (הקלה על סבל) מצדיקה תוצאה משנית לא רצויה (המוות). ההבדל הוא במידת הוודאות: סדציה פליאטיבית לא תמיד מקצרת את חיי החולה, בעוד שאותנזיה ומוות במרשם רופא עושים זאת בוודאות. בעניין זה עולה השאלה, האם נכון להגדיר המתה, כל עוד היא אמצעי להקלה על סבל ולא מטרת הפעולה, כהרג פשוטו כמשמעו. בשני המקרים הצלחת המעשה לא נמדדת במות החולה כי אם בהקלה על סבלו. ניתן להיווכח אפוא שעל רצף הפעולות שנועדו לרפא, להקל על סבל, להועיל ולא להזיק, מצויות דילמות אתיות לא מעטות. עצם הגדרת האפשרויות כרצף נובעת מהעובדה שקיימים שטחים רחבים ועקרוניים של חפיפה בין אסטרטגיות ההתמודדות השונות עם סבל בלתי נסבל בסוף החיים. הבחירה באחת מהדרכים מצריכה הפעלת שיקול דעת ודיון עם כל הגורמים הנוגעים בדבר - האדם, הרופא והצוות המטפל, המשפחה - תוך התייחסות אל מכלול השיקולים, ובכללם אפילו ההשלכות החברתיות.

כדי לאפשר החלטות מושכלות במקרים של חולה הנוטה למות או בשאלות של איכות סוף החיים, עומדים לרשותנו בנוסף להגדרות האמורות גם כלים אתיים שאפרט להלן.

כלים אתיים לקביעת מדיניות טיפול באנשים שרוצים למות

מה ששנוא עליך לחברך לא תעשה (הלל הזקן)

תשתית לדיון בשאלה מה נכון לעשות במצב נתון היא ש"מה ששנוא עליך לחברך לא תעשה" (כדברי הלל, תלמוד בבלי שבת, דף לא, ע"א). כשאנו רואים אדם שסובל ומבקש את נפשו למות, ואין מדובר במצב רוח חולף, חובה עלינו לעזור לו, כשם שהיינו מבקשים שיעזרו לנו במצב דומה. "סבל קיומי" הוא סבל לכל דבר ועניין, ואין טעם או סיבה להאריך את סבלו של אדם אם אינו

רוצה בכך, בדיוק כפי שלא היינו רוצים שכך ייעשה לנו. כחברה, חובתנו לעשות כל שביכולתנו כדי להקל על סבל קיומי של זולתנו, כשם שחובתנו לעשות כל שביכולתנו כדי להקל על סבל גופני. אם יש ביכולתנו להעניק משמעות לחייו של אדם, עלינו לעשות זאת. עלינו לתמוך בו, לעודד אותו, לנסות להקל על כאביו בתרופות. ייתכן שבמקרה כזה טיפול פליאטיבי ייתן מענה ראוי. אך כאשר מאמצים אלה הם חסרי תועלת מבחינת האדם הנעזר, יש להיענות לבקשתו להקלה על סבלו. ייתכנו מצבים שבהם האדם המטפל סבור שהוא עצמו היה רוצה להמשיך לחיות אילו היה במצבו של המטופל, בעוד שהמטופל מביע את רצונו המפורש למות. אולם כל אדם היה רוצה שיעזרו לו לממש את רצונו המפורש. כיבוד רצון הזולת הוא ערך. מטרת הפעולה היא הקלה ומניעת סבל מתוך היענות לרצון הזולת, ולא הריגת האדם

אחריות לאחר (עמנואל לוינס)

לוינס מגדיר אתיקה כאחריות אינסופית שלי כלפי אדם אחר שפגשתי פנים אל פנים ושאני מדברת אתו. הכרח הוא לברר את רצונו של האדם האחר כל עוד הוא מסוגל לבטאו, כדי שאדע מהי אחריותי כלפיו. מן הפן השני, על האדם לעשות כמיטב יכולתו כדי לבטא את רצונו המפורש. חשוב להתכונן לסוף החיים כל עוד הדבר אפשרי. היות שצוואות חיים עשויות להוות אמצעי מועיל, חשוב לקדם את כתיבתן. עם זאת, לא די בכך, שכן רצונו של אדם עלול להשתנות ו"דברים שרואים מכאן לא רואים משם". אדם שמגיע למצב בו עליו להכריע אם רצונו למות, עלול לשנות את דעתו אף אם מראש סבר אחרת. מסתבר שכושר ההסתגלות האנושי גדול מאוד, גדול יותר מכפי שאנו מניחים לגבי עצמנו (Savulescu, 2006, pp. 646-663). לכן, צוואת חיים אינה תחליף לשיחה עם האדם המטופל, כל עוד הוא מסוגל להביע את עצמו ולבטא את רצונו.

תפיסה זו רואה את האדם האחר, האחד שאני פוגשת, כאינסוף בלתי ניתן להחלפה ולהמרה (לוינס, 2010). בעולם המושגים של לוינס, קביעת כללי התנהגות וקריטריונים בחברה שייכת לתחום הפוליטיקה והמשפט והיא הכרחית (שם, עמ' 175-177). אולם ייתכנו מצבים שבהם החוק פוגע בזולת, ואז האתיקה גוברת על הפוליטיקה והמחויבות לאדם האחד גוברת על החוק. זהו יסוד החסד והרחמים המאזן את יסוד הדין והחוק. מכאן שכל אדם לגופו (תרתי משמע) ואין כללי התנהגות שהנם נכונים תמיד. כאשר אני פוגשת אדם סובל שרוצה למות ויש בידי האפשרות לוודא שזה רצונו, חובתי המוסרית היא להיענות לצורך שלו. האתיקה מחייבת אותי לפנות אל אינסופיות זולתי ומטילה עליי אחריות אינסופית לשלומי. אם אדם אומר לי ששלומי כרוך במותו, ואין בכוחי להניא אותו מכך ובמקביל יש באפשרותי לעזור לו, עליי להיענות לבקשתו. כאמור,

במקרים מסוימים מדובר במעשה שנוגד את החוק במדינת ישראל, ולכן יש לשנות את החוק בהתאם לאתיקה, כדי שרופאים ומטפלים אחרים לא ייחשבו כעבריינים במקום שנראה בהם אנשים מלאי חמלה ואמפתיה (הלוי, 2008; טיכו, 2008).

חשוב לזכור שהמסר של אנשים מסוימים המבקשים את מותם הוא מסר שמצריך פענוח זהיר. אנשים המביעים משאלת מוות, מבטאים לא אחת קשיים אחרים כגון בדידות, חוסר משמעות או ענישה עצמית, ועוד. התייחסות אל המשמעות הסמויה הזו עשויה להקל על האדם ולאפשר לו להמשיך לחיות את חייו בצורה איכותית עד מותו בדרך הטבע (Muskin, 1998, pp. 323-328). כך או אחרת, שיחות משמעותיות עם האדם המבקש את נפשו למות הן שלב הכרחי בהחלטה כיצד לנהוג ומהי הדרך הטובה והנכונה ביותר להקל על סבלו ולהועיל לו.

אנושיות הזולת היא לעולם מטרה ולא אמצעי (עמנואל קאנט)

הצו הקטגורי של קאנט קובע: "עשה פעולתך כך שהאנושות, הן שבך והן שבכל איש אחר, תשמש לך לעולם גם תכלית, ולעולם לא אמצעי בלבד" (קאנט, 1993, עמ' 95)⁸. כאשר אנו רואים אדם סובל, עלינו להתייחס אליו ואל סבלו ולא להשתמש בו כאמצעי לתכלית חברתית. הערך החברתי של קדושת החיים או החשש מן המדרון החלקלק אינם מצדיקים הימנעות מעזרה לאדם הרוצה למות. אפשר למצוא תמיכה בעיקרון זה בהצהרה האוניברסלית לביו-אתיקה וזכויות אדם (Universal Declaration on Bioethics and Human Rights), שבסעיף 3.2 שלה מצוין שכאשר יש התנגשות בין רצון האדם ואיכות חייו לבין האינטרס החברתי או המדעי, רצון הפרט חייב לגבור.⁹ עיקרון זה חשוב, אך הוא עלול להביא להתנגשות בין אנושיותו של חולה לבין אנושיותו של רופאו, אם האחרון סובר שאותנזיה אקטיבית מהווה פגיעה בעקרונותיו, בהשקפת עולמו ובתפיסתו העצמית את תפקידו כרופא. מאמר זה נועד במידה רבה לנסות לשכנע רופאים שאין רע בעזרה לאדם הנוטה למות, אך אין בו די כדי לפתור את כל הבעיות.

כבוד סגולי (חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו)

⁸ אמנם קאנט התנגד לכל צורה של התאבדות, שלטענתו הופכת את האדם לאמצעי, למשל להפסקת סבלו, אך יש לזכור שקאנט כתב במציאות רפואית ודתית שונה משלנו. אנשים מתו ממחלות וסבלם לא הוארך באמצעים מלאכותיים, פשוט מפני שלא היו אמצעים כאלה. כמו כן, בקביעתו זו נראה שהוא נשען על מושג "הילת הכבוד" ולא על "כבוד הסגולי" (ראו להלן הסבר על מושגים אלה).

⁹ "The interest and welfare of the individual should have priority over the sole interest of science or society". (<http://www.un.org/en/documents/udhr>)

חוק היסוד "כבוד האדם וחירותו" קובע כי "אין פוגעים בחייו, בגופו או בכבודו של אדם באשר הוא אדם" (סעיף 2). אורית קמיר (2004) מבחינה בין ארבע משמעויות שיש למושג "כבוד" בעברית: כבוד סגולי (dignity); כבוד מחנה (respect); הדרת כבוד (honor); הילת כבוד (glory). הילת הכבוד היא מושג הלקוח מעולם הדתות המונותיאיסטיות ומיוחס לאל שכבודו מוחלט ונצחי. לאדם שנברא בצלם אלוהים יש משהו מהילת הכבוד האלוהית. לפי תפיסת כבוד זו, כיבוד רצונו של אדם למות עלול להתנגש עם הילת כבודו כמי שנברא בצלם.

ואולם לדעת קמיר, על חוק היסוד כבוד האדם וחירותו להתבסס על תפיסת כבודו הסגולי של האדם (dignity) – "ערך ליברלי, מודרני ו"רזה" שהתפתח במסורת התרבות ההומניסטית וגובש בעקבות מלחמת העולם השנייה בהכרזה האוניברסלית של ארגון האומות המאוחדות משנת 1948 בנושא זכויות אדם הקובע כי: "כל בני האדם נולדים חופשיים ושווים זה לזה בכבודם הסגולי ובזכויותיהם". (קמיר, 2004, עמ' 27)

הכבוד הסגולי הוא תכונה מולדת, אוניברסלית ואחידה לכל אדם בכל זמן ללא הבדל דת, גזע, מין, מעמד, גיל או כל שיוך אחר. הכבוד הסגולי "מעודד שותפות ודאגה הדדית, וחסידי מונעים על ידי איכפתיות ואמפתיה" (שם, עמ' 29). פגיעה בכבודו הסגולי של אדם היא פגיעה בחברה האנושית. כלולים בו

הזכות לחיים, לבריאות, לתזונה נאותה, למחסה, לחירות משעבוד, חרדה או כאב לא הכרחיים, לשליטה בגוף, לבחירה אם וכיצד לממש את נטיותיו המיניות, לחופש תנועה, לאוטונומיה וחופש ביטוי הנחוצים להגדרה עצמית, לחופש מגע עם בני אדם אחרים, לחופש פולחן דתי או להימנעות ממנו. (שם, עמ' 31)

הערך המינימלי של כבודו הסגולי של אדם מחייב לכבד את רצונו ואת בעלותו על גופו ועל חייו. האוטונומיה של אדם היא ערך ליברלי מכוון. במחקרים שונים נמצא ש-57% מהאנשים המבקשים אותנזיה או מוות במרשם רופא בהולנד, מציינים כסיבה המרכזית את החשש שלהם מאובדן כבודם הסגולי. ההתייחסות לאפשרות למות בלי לאבד כבוד סגולי חוזרת בדיונים רבים על אותנזיה. הכבוד הסגולי הוא מושג מרכזי בדיון זה (Chochinov,) Beširević, 2006, p. 42; Rosenfeld, 2002, p. 141; Furrow et al., 1991, p. 191; Rosenfeld, 2002, p. 141), בדגש על הרצון והחובה לשמור על כבודו הסגולי של האדם המבקש את מותו. אולם האוטונומיה של הרופא, שהיא מרכיב מרכזי בכבודו הסגולי, עלולה להתנגש חזיתית באוטונומיה ובכבוד הסגולי של האדם המבקש את מותו. ללא שכנוע של אחד מן הצדדים, אין במושג הכבוד הסגולי משום

פתרון לדילמה. עם זאת, עיקרון השמירה על כבודו הסגולי של החולה מאפשר לשקול את טובת האדם שאיכות סוף חייו בלתי נסבלת בעיניו, כעולה על טובת המדינה. הכבוד הסגולי מכפיף את חוקי המדינה הסותרים אותו, מתוקף היותו חוק יסוד (Beširević, 2006, pp. 25-31, 43, 55). זו יכולה להיות נקודת מוצא לשינוי החוק הקיים ולהתרת מוות במרשם רופא ואותנזיה אקטיבית בהתאם לתנאים שיבטיחו את שמירת הכבוד הסגולי של האדם המבקש את נפשו למות.

האתיקה של הדאגה האכפתית (caring ethics) (נל נודינגס)

נודינגס (2008) מאפיינת יחסים אתיים ככאלה ששותפים בהם המטפל (the carer) והמטופל (the cared for). אלה אינם יחסים סימטריים ובנוסף לכך הם קונטינגנטיים, כלומר אישיים ותלוי נסיבות. ניתן להבחין בין יחסי דאגה אכפתית טבעית (המטפל רוצה לטפל) לבין דאגה אכפתית אתית (המטפל מרגיש חובה לטפל). כך או אחרת, דאגה אכפתית צריכה לעמוד בשלושה תנאים:

- פעולת המטפל נובעת מהיענות לצורכי האחר ומאכפתיות.
 - המטופל הוא זה שמגדיר את צרכיו עבור המטפל (אף אם זה רק ברמז).
 - המטופל מגיב לטיפול (גם אם זה בהבעת שביעות רצון של תינוק שבע).
- כך נוצרת אינטראקציה חיובית בה המטפל המונע על ידי צורכי המטופל, המוגדרים על ידי המטופל או בשיתוף עמו. הטיפול אינו מעשה פטרנליסטי שמניח שהמטפל הוא היחידי שיודע מה טוב למטופל (שם, עמ' 58-60). התועלת שבהגדרה זו בהקשר הנדון כאן ברורה: הרופא או הצוות המטפל חייבים לשוחח עם המטופל ולברר את רצונו וכן לשתף בהחלטה גם את בני המשפחה. כל זאת ככל הניתן ובכפוף למצבו של המטופל.

המשותף לכל הכלים האתיים הללו הוא שהם תלויי אדם ונסיבות, אין בהם חוקים כלליים נכונים תמיד והם מעודדים שיח. הם מניחים שברוב המקרים האדם עצמו יודע טוב מכולם להגדיר את צרכיו, וגורסים שחובה להתחשב ברצונו (לוי, 2008, עמ' 94-98; Byock, 2013, pp. 5-8). עם זאת, הם מאפשרים לשקול ערכים סותרים, לשוחח עליהם ולחפש דרכי ביניים. במציאות מעורבים בהחלטות יותר משני אנשים, שכן יש גם להתייחס לבני המשפחה של האדם וגם לצוות המטפל בו, שמונה בדרך כלל יותר מאדם אחד. האם ההבנה שהכלי ההכרחי לשמירה על איכות סוף חיי אנשים הוא שיח גלוי אתם (כל עוד זה אפשרי) מועילה?

סיכום

הישגי הרפואה מאלצים אותנו כחברה להתמודד עם סוגיות אתיות חדשות ולצייד את הרופאים והצוותים המטפלים באנשים הנמצאים בסוף חיייהם, בכלים להתמודדות עם סוגיות אלו.

התרבות היהודית אמנם מקדשת את החיים, אולם מכירה במצבים שבהם מוטב לאדם למות מאשר לחיות. הכלים התרבותיים עשויים לעזור לנו כחברה להבין ולקבל מצבים כאלה ולהושיט עזרה לאנשים המבקשים זאת. מוצע שמטרת הרפואה היא למנוע מחלות, לרפא אנשים ממחלתם, להקל על סבלם, להועיל להם ולא להזיק להם. התועלת והנזק מוגדרים בראש ובראשונה על ידי האדם עצמו.

בטיפול באנשים המבקשים להקל על סבלם גם במחיר מותם, קיים רצף בין סדציה פליאטיבית, אותנזיה פסיבית, אותנזיה אקטיבית ומוות במרשם רופא. המשותף לכל הפתרונות הוא שכוונת המעשה אינה הריגת אדם, אלא הקלה על סבלו בכל דרך. כמו כן, מה שהורג את האדם במקרים אלה הוא בראש וראשונה מחלתו או סבלו, אף אם הוחדר לגופו חומר שמחיש את מותו. אף שסדציה פליאטיבית ואותנזיה פסיבית מותרות לפי החוק במדינת ישראל בעוד שאותנזיה אקטיבית ומוות במרשם רופא אינם חוקיים, קשה להצדיק הבחנה זו מבחינה אתית.

עם זאת, נדמה ששימוש בסדציה פליאטיבית בטיפול בחולים סופניים עשוי לתת מענה מספק במקרים רבים מבחינת ההקלה על סבל החולה, בלי לפגוע בעקרונותיו ובכבודו הסגולי של הרופא המטפל, בלי לפגוע בבני משפחתו של החולה מכאן ובצוות המטפל מכאן ובלי לעבור על החוק. כאשר המטרה היא הקלה על סבל (גופני או רוחני), התוצאה משיגה את המטרה. החולה לא ננטש ללא מענה (מה שמניע לא אחת את בני המשפחה לדרוש טיפולים חסרי תועלת), אלא מטופל בצורה מועילה. כמו כן, החולה נותר בסביבתו הטבעית. הוא זוכה ל"מוות טוב". במצב זה החברה אינה מסתכנת בהידרדרות במדרון חלקלק ובשימוש נלוז בסמכות לשם הריגת אנשים - שני הטעונונים העקרוניים המשמעותיים ביותר נגד התרת אותנזיה אקטיבית. המלצה על הפסקת אכילה ושתייה יכולה אף היא לתת מענה במסגרת החוק לרצונם של אנשים למות, בלי לשנות את החוק הקיים (Pence, 2004, pp. 98-108).

בכל מקרה ראוי לדון עם החולה בתכנית הטיפול ובהעדפותיו, כל עוד הדבר אפשרי. יש לעודד הכנת צוואות חיים ולפתח מיומנויות של שיחה עם בני המשפחה של החולה והצוות המטפל. היות שהאדם יודע טוב מכולם מה טוב לו, יש לעשות את המיטב כדי לברר את רצונו ולפעול

בהתאם לרצון זה. עם זאת, כל דבר צריך להיעשות תוך התחשבות גם ברגשות הרופאים והצוות המטפל ובשיתוף פעולה עם בני משפחה.

בסיום מאמר זה אציין שאין בו כדי לפתור את הקושי הקיומי של ההזדקנות. איכות חייהם של אנשים מזדקנים היא נושא שחורג אל מעבר לגבולות מאמר זה. לנוכח קיומם של מחקרים המאשרים הנחה זו (Rosenfeld, 2002, p. 142), ניתן רק לשער שהידיעה שבעת הצורך ימצא אדם מענה לסבלו, תוכל להקל במעט על החרדה המלווה את תהליך ההזדקנות.

רשימת מקורות

- אסייג, ע' (2008). בחינתו של האיסור על הפסקת טיפול רפואי רציף בחוק החולה הנוטה למות. *משפט רפואי וביו-אתיקה*, 1, 160-186.
- הלוי, ג' (2008). האחריות הפלילית של הצוות הרפואי והמוסד הרפואי למותו של החולה הנוטה למות. *משפט רפואי וביו-אתיקה*, 1, 65-104.
- טיכו, א' (2008). השפעת הדת היהודית על מיתת החסד לפי הדין הישראלי. *משפט רפואי וביו-אתיקה*, 1, 107-159.
- לוי, ז' (2008). *מחשבות על מוות בפילוסופיה ובהגות היהודית*. תל אביב: רסלינג.
- לוינס, ע' (2010). *כוליות ואינסוף*. ירושלים: מאגנס.
- נודינגס, נ' (2008). דאגה אכפתית בחינוך: הלכה ומעשה. תרגום: י' פרקש. *הד החינוך*, 82(6), 58-66.
- קאנט, ע' (1993). *הנחת יסוד למטאפיזיקה של המידות*. תרגום: מ' שפי. ירושלים: מאגנס.
- קמיר, א' (2004). *שאלה של כבוד*. ירושלים: כרמל.
- שטינברג, א' (2003). הבסיס ההלכתי של חוק החולה הנוטה למות. *אסיא, עא-עב, יח(ג-ד)*.
- נדלה מתוך <http://www.daat.ac.il/daat/kitveyet/assia/habasis-2.htm>
- תיקון לחוק החולה הנוטה למות, מוות במרשם רופא, הצעת חוק. נדלה מתוך <http://okneset.org/bill/5291>

<http://main.knesset.gov.il/Activity/Legislation/Documents/yesod3.pdf>

Akabayashi, A. (2002). Euthanasia, assisted suicide, and cessation of life support: Japan's policy, law, and an analysis of whistle blowing in two recent mercy killing cases. *Social science & medicine*, 55(4), 517-527.

Baird, R. M., & Rosenbaum, St E. (Ed.) (1989). *Euthanasia – The moral issue*. New York: Prometheus Books.

Benatar, D. (2006). Bioethics and health and human rights: A critical view. *Journal of Medical Ethics*, 32(1), 17-20.

Beširević, V. (2006). *Euthanasia legal principles and policy choices*. Florence, Italy: European Press Academic Publishing.

Buiting, H. M., Rurup, M. L., Van Zuylen L., & Den Hartogh, G. (2011). Understanding provision of chemotherapy to patients with end stage cancer: Qualitative interview study. *British Medical Journal Online First*, 1-9.

Byock, I. (2013). This is personal. In K. Bronner Kristen (Ed.), *Trends in cancer care near the end of life, a brief from the Dartmouth Atlas Project, September 2013*, . 5-8.

Callahan, D. (2006). When self-determination runs amok. In H. Kuhse & P. Singer (Eds.), *Bioethics: An anthology* (pp. 381-385). Ma.: Blackwell.

Carmel, S. (2011). The will to live as an indicator of well-being and predictor in survival in old age. In L. Poon & J. Cohen-Mansfield (Eds.), *Understanding well-being in the oldest age* (pp. 281-289). Cambridge: Cambridge University Press.

Chochinov, H. M. (2002). Dignity conserving care: A new model for palliative care. *JAMA*, 287(17), 2253-2260.

Diaconescu, A. (2012). Euthanasia. *Contemporary Readings in Law and Social Justice*, 4(2), 474-482.

Dignitas, (2014), . *Dignitas Principles*. Retrieved from http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=46&lang=en

Friedenberg, R. M. (2001). Euthanasia. *Radiology*, 221(3), 576-580.

Furrow, B. R., Johnson, S. H., Jost, T. S., & Schwartz, R. L. (1991). *Bioethics: Health Care Law and Ethics*. St. Paul, Minnesota: West Publishing. Gert, B., Culver, C. M., & Clouser, K. D. (2006). *Bioethics: A systematic approach*. New York: Oxford University Press.

Juth, N., Lindblad, A., Linöe, N., Sjöstrand, M., & Helgesson, G. (2010). *European Association for Palliative Care (EAPC) framework for palliative sedation: An ethical discussion*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/9/20>

Kissane David W., (2012), "The relief of Existential Suffering", *Arch Intern Med*. Vol. 1&2, No. 19, Oct. 22, 1501 – 1505.

Madhubhashini Yogi, M. (2008). *Euthanasia – Its moral implications*. Delhi: Pratibha Prakashan.

Muskin, P. R. (1998). The request to die: Role for a psychodynamic perspective on physician-assisted suicide. *Journal of the American Medical Association*, 279(4), 323-328.

Niklas Juth, Anna Lindblad, Niels Linöe, Manne Sjöstrand and Gert Helgesson, (2010), "European Association for Palliative Care (EAPC) Framework for Palliative Sedation: An Ethical discussion", Retrieved from

<http://www.biomedcentral.com/1472-684X/9/20>

Olsen, M. L., Swetz, K. M., & Mueller, P. S. (2010). Ethical decision making with end-of-life care: Palliative sedation and withholding and withdrawing life-sustaining treatments. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(10), 949-954.

Paterson, C. (2008). *Assisted suicide and euthanasia – A natural law ethics approach*. Hampshire and Burlington: Ashgate.

Pence, G. (2004). *Classic cases in medical ethics*. Boston: McGraw Hill.

Perry, J. E., Churchill, L. R., Kirshner, H. S., & Jecker, N. S. (2007). The Terri Schiavo case: Legal, ethical, and medical perspectives. In A. R. Jonsen & R. A. Pearlman (Eds.), *Bioethics* (pp. 408-416). Sudbury, Mass.: Jones and Barlett Publishers.

Rachels, J. (2006). Active and passive euthanasia. In H. Kuhse & P. Singer (Eds.), *Bioethics: An anthology* (pp. 288-291). Ma.: Blackwell.

Rosenfeld, B. (2002). *Assisted suicide and the right to die: The interface of social science, public policy, and medical ethics*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Savulescu, J. (2006). Rational desires and the limitation of life-sustaining treatment. In H. Kuhse & P. Singer (Eds.), *Bioethics: An anthology* (pp. 646-663). Ma: Blackwell.

Schneiderman, L., Jecker, N., & Jonsen, A. R. (2007). Medical futility: Its meaning and ethical implications. In A. R. Jonsen & R. A. Pearlman (Eds.), *Bioethics* (pp. 408-415). Mas.: Jones and Barlett Publishers.

Singer, P. (1995). Is the sanctity of life ethic terminally ill? *Bioethics*, 9(3), 327-342.

Snyder, L., & Caplan, A. L. (2002). *Assisted suicide – Finding common ground*. Indianapolis: Indiana University Press.

Unesco, (2005), *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* , Retrieved from http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

U.S. Bishops' Pro-Life Committee (2007). Nutrition and hydration: Moral and pastoral reflections. In A. R. Jonsen & R. A. Pearlman (Eds.), *Bioethics* (pp. 417-426). Mas.: Jones and Barlett Publishers.

Varelius, J. (2013). Ending life, morality and meaning. *Ethical theory and moral practice*, 16(3), 559-574.