

## **מבוא**

בעשורים האחרונים אנו עדים להתפתחות טכנולוגית מרשימה בתחום הרפואה. הישגי הרפואה מאפשרים את הארכת החיים וטיפול בחולים שבעבר היו חסרי מזור. יחד עם זאת, בהרבה מקרים, הקדמה הרפואית מעירה סוגיות מוסריות בדבר השימוש בטכנולוגיות אשר מצד אחד, מאריכים את חייו של החולה אולם מצד השני, מעכבים את מועד המוות אשר מלווה בסבל וייסורים קשים. סוגיית הטיפול בחולים בסוף חיהם היא סוגיה הנמצאת על סדר היום העולמי וההתמודדות עמה הינה דילמה קשה. הטיפול באדם בסוף החיים מעלה התלבטויות אתיות מורכבות כאשר משני צדי המאזניים עומדות זכויות האדם האחת מול השנייה: מצד אחד, זכות האדם למות בכבוד והאוטונומיה שלו לקבל החלטות הקשורות בחייו ובמותו ומצד שני, איכות החיים של האדם יורדת והשארית בחיים מן הצד הרפואי גובלת בהתעללות (ניסנהולץ-גנות, גורדון וינקלביץ', 2017).

הארכת החיים, אם כן, לא תמיד מביאה לשיפור מקביל באיכות החיים, ולפעמים אלה הנותרים בחיים סובלים מתפקוד לקוי, כאב גופני וסבל נפשי חמור. ברוב המקרים החלטה כזו הינה רפואית, בעיקר בעקבות חוק החולה הנוטה למות אשר קובע את המקרים והתנאים בהם אדם בישראל רשאי לקבוע איזה טיפול רפואי יהיה מוכן לקבל, אם בכלל, במידה שייקבע כי הוא סובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא ושתוחלת חייו אינה עולה על 6 חודשים גם אם יקבל טיפול רפואי (משרד הבריאות, 2005). זכותו של האדם להסכים או לקבל טיפול נקבעה כבר בזכויות האדם אולם מתעוררת פה בעיה אתית רפואית ומוסרית כאשר האדם אינו נמצא במצב שבו הוא יכול לקבל החלטה שכזו או, גרוע יותר, כאשר אנשים המקורבים אליו צריכים לקבל החלטה כזו עבורו.

חוק החולה הנוטה למות מאפשר בתנאים מסוימים הימנעות מהענקת טיפול מאריך חיים, ובכך מאפשר **אותנזיה פסיבית** (passive euthanasia) כלומר מצב שבו הרופא נותן לחולה טיפול המונע ממנו סבל בשעותיו האחרונות על ידי הימנעות מטיפול מאריך חיים או לחילופין ניתוק ממכשירים תומכי חיים. בניגוד לכך, יש להבחין ב**אותנזיה אקטיבית** (active euthanasia) שהיא מצב שבו הרופא מזריק לחולה זריקת מוות הגורמת במכוון למותו (Marcoux, 2011: 46). המונח אותנזיה גזור מהשפה היוונית ומשמעותו "מוות טוב" ("eu" for good and "Thanatos" for death). ההגדרה המדויקת יותר של המונח היא הריגה מכוונת באמצעות פעולה או דחייה של אדם, שחייו אינם ראויים עוד לחיות. לראשונה נעשה בו שימוש בימי יוון העתיקה והוגים רבים כמו סוקרטס, פלטו ומרסליס תמכו ברעיון של שחרור האדם מייסוריו על ידי מותו (Kumar Nebra, Kumar & Nebra, 2013: 56).

הטיפול הרפואי נועד להועיל לאדם ולהימנע מלהזיק לו כלומר מטרותיו נועדו להקל על סבלו ולהסב לו תועלת. אולם מדד התועלת לא נבחן בהכרח על ידי הצוות הרפואי המטפל אלא בראש ובראשונה על ידי האדם עצמו ומימוש רצונותיו. במקביל הארכת סבלו על ידי טיפולים רפואיים שאינם מרפאים אותו ואינם מקלים עליו עלול להוביל למצב ההפוך ואף לנוק עבורו. הדיון שנוצר פה אם כן הוא סובייקטיבי ומעלה שאלות רבות. עדיין, בשורה התחתונה, התשתית לרפואה טובה מוגדרת כמתחשבת באוטונומיה של החולה, בכבודו הסגולי, בתועלת שלו, בחמלה, הזדהות והתמדה (גולדוין, 2014: 6-7).

החוק בישראל עוצב על בסיס ערכים אתיים שונים כגון עקרון קדושת החיים, עקרון איכות החיים, עקרון מניעת הכאב וסבל ועקרון האוטונומיה. במילים אחרות, החוק אפשר לאדם לצוות על הטיפול בו בסוף חייו עוד בזמן היותו בריא ובכשירות מלאה כלומר, כשיש לו מסוגלות להבין את מצבו ולקבל החלטות לגבי עצמו (ניסנהולץ-גנות, גורדון וינקלביץ', 2017: i-ii). במדינות רבות בעולם עקרון האוטונומיה הולך

ומתחזק כאשר המטרה העיקרית היא לדווח לחולה בצורה גלויה על אבחנות רפואיות, גם כאשר הן אבחנות של מצבים סופניים ולשתף אותן בהחלטות הטיפוליות לגביו (טלר, 2006 : 4).

יש להבחין בין אותנזיה רצונית, שנעשית בהתאם לרצונו של המומת, אם על ידי עצמו (הרופא יספק מרשם לתרופה ממיתה אך האדם עצמו יבלע אותה מרצונו) ואם על ידי זולתו בהתאם לבקשתו המפורשת; אותנזיה א-רצונית, שנעשית באדם חסר הכרה שלא מסר הוראות מקדימות ולא ניתן לברר את רצונו, במקרה שבו אדם תלוי במכונות החיאה ואין לא סיכוי להירפא, הרי כי ניתקו ישמור על כבודו ויביא למוות טוב אך א-רצוני; ואותנזיה לא רצונית, אשר משקפת רצח לכל עניין שכן היא נעשית בהחלטת אחרים לקצר את חייו של אדם על מנת למנוע את סבלו אך ללא רצונו (גולדוין, 2014 : 10-11).

ההחלטה אם חיים נעדרים איכות צריכה להיות של החולה בלבד. אף אחד לא יכול להחליט עבורו כי החיים אינם חיים, כשם שאף אחד אינו יכול לדרוש עבורו הארכת חיים בכל מחיר, כאשר החולה עצמו מבקש את מותו. חולים המוצאים עצמם במצב שפל מבחינת איכות חייהם – מוגבלים, תלויים בזולת, אינם מסוגלים לבצע בעצמם את הפעולות הפשוטות ביותר – עד שהם חשים כי המוות הוא חלופה קוסמת, קוסמת יותר מהחיים. כל אדם צריך להחליט עבורו מה הם חיים בעלי איכות ומתי הם הופכים לנעדרי איכות. הבעיה במקרים אלו היא בחולים שאינם כשירים להביע דעה, משום שהם קטינים, משום שהם מוגבלים מבחינה שכלתית, משום שאיבדו את ההכרה – חולים אלה נעדרים אוטונומיה ויכולת להכריע באשר לגורלם (כהן-אלמגור, 2002 : 324-325).

### **אוטונומיה באותנזיה אקטיבית**

עקרון האוטונומיה מאפשר לכל אדם לקבוע כיצד, מתי ואיך הוא ימות כאשר המטרה היא מיתה מהירה וחסרת ייסורים. ישנן התנגדויות רבות לאותנזיה האקטיבית כגון: פגיעה בכבוד ובערך של החיים שכן רצח הוא רצח גם אם המטרה חיובית; בהחלטה כזו ישנו קושי בהגדרת הרצון והבחירה החופשית; הסכמה לדרך זו מעוררת את החולים להרגיש מחויבות למות מהר כדי לא להוות מעמסה על המשפחה; פעולה זו תגרום להרס האמון בין החולים לרופאים שכן אין זה תפקיד הרופא להיות מחזיק הגורל; ולעיתים החסד בהמתה הוא לקרובי המשפחה ולא של החולה הנוטה למות. אותנזיה זו היא בלתי הפיכה, בעוד שיש דרכים רבות להקל על סבלו של החולה, הרי להורגו מידית הינה הצעה לא מוצדקת (שטיינברג, 2002 : 293-294).

שמירה על עקרון האוטונומיה מצד הרופא הינו תנאי הכרחי והגיוני לניהול דיאלוג עם המטופל והבהרת תפיסותיו בדבר היחס לגופו ושמירת חייו. כדי שתהיה זו אוטונומיה אמיתית, חייבת להיות קודם כל אספקה מלאה של מידע הולם, שיבטיח הסכמה חופשית מודעת ומיודעת של המטופל בתהליך הריפוי. בסופו של דבר המטופל הוא זה שצריך להחליט מה יכול להתאים לו: קבלת טיפול, התערבות כלשהי או סירוב טיפול (Lossignol & Dumitrescu, 2011: 123). אותנזיה אקטיבית משקפת את נקיטת האמצעים אשר נועדו להפסקת החיים על כן בכדי להגיע להחלטה מסוג זה, שהוא הפתרון הסופי, על המטופל להבין לעומק את מצבו הקיצוני ולהחליט באם חייו אינם ראויים עוד לחיות.