

**תקציר**

רקע: המתת חסד "המוות הטוב" מוגדרת כזירוז המוות של החולה עם מחלות סופניות חושכות מרפא, על מנת להקל על הסבל והכאב. תהליך קבלת החלטות הקשורות לחולה נוטה למות הוא סוג של בעיה מסורתית בולטת ביותר בתחום הרפואה, כאשר מושפע מערכיים דתיים, אתיים ותרבותיים. לכן הבעיה נוגעת לא רק בחולה עצמו, אלא גם במשפחתו והצוות המטפל בו. עקב זה לא פלא הדבר, כי בנושא זה יש דיונים נרחבים בין הצוות המטפל, משפטים ואנשי דת ועוד.

שאלת המחקר: כיצד העמדות והתפיסות של הדת הנוצרית ותת זרמיה משפיעות על המתת חסד ותהליך קבלת החלטות בחולה הנוטה למות?

מטרת המחקר: לבחון את התפיסות והעמדות של הדת הנוצרית וזרמיה בנוגע להחלטות הקשורות לסוף החיים והמתת חסד.

שיטת המחקר: שאלון בערבית, עברית ואנגלית שהופץ ברשתות החברתיות. חלקו הראשון מתייחס לנתונים דמוגרפיים וחלקו השני כלל 36 שאלות שמכיל שישה נושאים: אוטונומיה, ידע, מקבל החלטה, אתיקה וחוק, משפחת המטופל וסביבה. בשאלון השתתפו 231 איש מעל גיל 18. חשוב לציין שהאוכלוסייה הנוצרית נחשבת לקטנה ביותר שמהווה כ 2% מכלל האוכלוסייה בארץ.

ממצאים ודיון:

* נמצא הבדל מובהק (P<0.01) בגישה כלפי קבלת החלטה על סוף החיים והמתת חסד לפי זרמים בנצרות; כאשר האורתודוקסים והקתולים הכי תומכים בהמתת חסד ושההחלטה על חייו של החולה נתונה בידיו. בנוסף, נמצא שזרם הקתולי בעל רמת הידע הנמוך ביותר בנושא המתת חסד בהשוואה לזרמים האחרים.
* נמצא הבדל מובהק (P<0.01) בגישות כלפי קבלת החלטות של סוף החיים בהקשר של זיקה לדת; כאשר החילונים תומכים יותר באוטונומיה של החולה ובקבלת החלטת שנתונה בידיו ובני משפחתו, בהשוואה לאחרים.

מסקנות:

* בקרב האוכלוסייה הנוצרית נמצא שהאוכלוסיות הקתולית והאורתודוקסית הכי תומכים בכך שההחלטה על חייו של החולה נתונה בידו. לעומת זאת, נמצא בספרות שהן מתנגדות לחלוטין לכל סוגי המתת חסד, והאדם אינו אוטונומי שיכול לקבל החלטות בעצמו. בנוסף בניגוד לממצאים, נמצא שהאוכלוסייה הקתולית היא בעלת ידע בהקשר לנושא של המתת חסד.
* בקרב האוכלוסייה הנוצרית בהקשר לזיקה הדתית נמצא שהחילוניים הכי נוטים לתמוך באוטונומיה של החולה, בקבלת החלטה שנתונה בידיו. בעוד שהדתיים והמסורתיים מאמנים בכך שקבלת ההחלטה היא ע"י אנשי מקצוע ואנשי דת.

סיכום והמלצות:

תהליך קבלת החלטות הקשורות לסוף החיים והמתת חסד מושפע ממשתנים שונים בנוסף לזרם הדתי. כגון, גיל, מין, עיסוק, ורמת ההשכלה ועוד. יחד עם זאת, החלטה גורלית כמו המתת חסד והארכת סבל יכולה להיות החלטה קשה לכלל האוכלוסיות. לכן, אנו ממליצות לחקור את המשתנים האלו בשל להגיע לרמת הבנה שתוכל לעזור לצוות המטפל לשפר את רמת הטיפול בחולים סופניים.

**מבוא**

מאז ומעולם, היחס לחולה הנוטה למות היה סוג של בעיה מסורתית בולטת ביותר בתחום הרפואה.הארכת חיי חולה ובעיקר חולה הסובל ייסורים קשים, מעוררת בעיות רפואיות, מסוריות, חוקיות וכלכליות קשות . הבעיה נוגעת לא רק בחולה עצמו, אלא גם במשפחה, במכרו, וגם לרופא המטפל ולצוות הרפואי- הסיעודי המטפל בו. עקב זה לא פלא הדבר, כי בנושא זה יש דיונים נרחבים בין הצוות המטפל, אנשי דת, משפטנים, וגם הדיוסות מעל דפי העיתונות היומית, המחווים דעתם בעקבות מאורעות ומקרים בולסים דרמתיים בסוגיה זו (אביב & גלילי-שכטר, 1999).

המושג המתת חסד מקורו בתקופה הקלאסית של יוון העתיקה כאשר מגיע מהמילים (ευ, eu, "good") ו , (Thanatos, death) ופירושו "המוות הטוב". ישנם הרבה שמגדרים אותו כזירוז המוות של החולה ע"י עצמו או ע"י המטפלים בו, וישנם שמגדרים המתת חסד כרצון רחום להרוג בן אדם שנפגע או עם מחלה סופנית, במטרה להפסיק את הסבל והכאב שלו.

המתת חסד חולקה לסוגים שונים: Active euthanasia: בסוג זה הפעולה ננקטת במתכוון כדי לגרום למוות, כגון הזרקת תרופה הגורמת למוות. Passive euthanasia: סוג זה כרוך באוסר על החולה מפני איזשהו טיפול המסייע לו או לה להישאר בחיים. המתת חסד מרצון: ניתן להפנות אותו למטופל שבוחר למות מרצונו; עם זאת במצב כזה החולה חייב להיות יציב מבחינה נפשית כדי לעשות בחירה כזאת. המתת חסד בלתי מותרת: להרוג חולה ללא רשותו.

אי אפשר להתעלם מהעובדה שלאורך כל השנים נושא המתת חסד תפס מקום גדול ומשמעותי בתחום הבריאות. גורמים רבים דנו בנושא הזה ובתחומים שונים. שני התחומים העיקריים בדילמה זו הינם ערכים אתיים לעומת ערכים דתיים. ניתן לציין שערכים דתיים התחלקו לשלושה ענפים מרכזיים בהתייחסות לזרם הדתי השונה, האסלאם, היהדות והנצרות. בהתחלה נציג את נקודת המבט של כל דת בנפרד, לאחר מכן לאורך כל המחקר נתמקד בתפיסתה של הדת הנוצרית וזרמיה בהקשר להמתת חסד.

ביהדות אינם רואים באדם בעל יכולת בחירה למות או לא. החיים נתפסים כאחריות ומתנה מהאל, ורק הוא יכול ליטול אותם (שטינברג, 1982).

אין האדם בעלים על גופו כדי ליטול את חייו. גופו של האדם נמסר לו כפקדון לצורך מילוי משימות מוגדרות ע"י מצוות התורה והמוסר, אך אין לו זכות לפגוע בפקדון זה בצורה כלשהי.

(דמך על ראשך כי פיך ענה בך לאמר אנכי מותתי את משיח ה) פסוק טז. ומכאן מקרא מפורש שהמתה נחשבת לרצח לכל דבר.

באסלאם, אוסר באופן גורף על כל צורות ההתאבדות, כל פעולה שעשויה לעזור לאנשים להרוג את עצמם. אסור למוסלמי לתכנן, או לקבוע את מועד מותו מראש.

(whoever killed a soul, except for a soul slain, or for sedition in the earth, it should be considered as though he had killed all mankind) ,{ The Table -Al Ma'ida- 5.32}.

(The recompense for he who kills a believer deliberately is Gehenna (Hell), he is eternal there. Allah will be angry with him and will curse him and prepare for him a great punishment.) , { Women -An Nisa' – 4.93}

הדת הנוצרית, מסכימה עם הטענה שהחיים הם מתנה אלוהית שאין לאף אחד זכות להיפטר ממנה, ולכן המתת חסד במבט הנוצרי אינו מקובל. במשך אלפי שנות החלוקה הגדולה הראשונה בתוך הנצרות הגיעה בשנת 1054, עם השסע הגדול בין הכנסייה המערבית לבין הכנסייה המזרחית. מכאן ואילך היו שני ענפים גדולים של הנצרות, שנודעה בשם הכנסייה הקתולית (במערב) והכנסייה האורתודוכסית (במזרח). החלוקה הבאה הייתה הרפורמציה הפרוטסטנטית

Prosperity and adversity, life and death, poverty and riches, come of the Lord. {Sirach11:14}

(For whether we live, we live unto the Lord; and whether we die, we die unto the Lord: whether we live therefore, or die, we are the Lord's.)

(Why, you do not even know what will happen tomorrow. What is your life? You are a mist that appears for a little while and then vanishes.) , {James 4:14

**סקירת ספרות**

**המתת חסד**

         המתת חסד הוא בראש ובראשונה בעיה של החברה בת זמננו, אשר משכה את תשומת הלב של העולם כולו. המתת חסד הוא הריגה מכוונת של אדם לטובתו. המילה המתת חסד באה מהמילים היווניות:

 (ευθανασία ευ, eu, "good"), (θάνατος, thanatos, death) היא מזוהה גם בשם "הרחבת רחמים של מוות", לעתים קרובות מוגבל פעולות מרצון רחום להרוג אחד שנפגע או מחלה סופנית. בשל התקדמות המדע הרפואי, תוחלת החיים גדלה; ועם השינויים בסגנון החיים, גם דפוסי המחלות הנפוצות השתנו. כיום, בעוד רוב מחלות חשוכות מרפא, מחלות רבות, כגון סרטן, אשר מטילים כאב רב וסבל על המטופלים הם עדיין נפוצים. הביטוי החשוב ביותר הקשור לבעיה זו הוא המתת חסד Mousavi SM, et all, 2011}}.

לפי Mousavi SM, et all, 2011}} המתת חסד חולקה לסוגים שונים:

1. **המתת חסד פעילה**: בסוג זה של המתת חסד, פעולה נלקחת במתכוון כדי לגרום למוות, כגון הזרקת תרופה שמובילה למוות.
2. **המתת חסד פסיבית**: סוג זה של המתת חסד כרוך באוסר על החולה מפני איזשהו טיפול המסייע לו או לה להישאר בחיים.
3. **המתת חסד מרצון**: ניתן להפנות אותו למטופל שבוחר למות מרצונו; עם זאת, זה צריך להיחשב כי החולה צריך להיות מספיק נפשית כדי לעשות בחירה כזאת או יש את היכולת לשלוט בעצמו.
4. המתת חסד בלתי **מותרת**: להרוג חולה ללא רשותו.

**חוק חולה נוטה למות**

חוק החולה הנוטה למות, (התשס"ו-2005) להלן – החוק קובע את המקרים והתנאים בהם אדם בישראל רשאי לקבוע איזה טיפול רפואי יהיה מוכן לקבל, אם בכלל, במידה שייקבע כי הוא הזכות של חולה להסכים ולסרב לטיפול רפואי נקבעה כבר בחוק זכויות החולה בשנת התשנ"ו- רפואי

(כלומר, הוא "חולה הנוטה למות", לפי הגדרת החוק).

החוק מאפשר לאד גם בהיותו בריא, להשאיר הנחיות בכתב הנחיות רפואיות על פי החוק, לחולה הנוטה למות יש זכות לבקש להימנע מלתת לו טיפול רפואי להארכת חייו ובה חולה הנוטה למות שמצבו אינו מאפשר קבלת החלטות,  בזמן אמת, ביחס לטיפול המוצע לו.

החוק קובע כי קבלת החלטות בעניין זה תיעשה אך ורק לפי רצונו של המטופל עצמו,ולא לפי רצונם של בני משפחה או שיקולים אחרים. רצונו של המטופל יכול להיות מוכח בדרכים שונות, והטובה שבהן היא - הוראות מפורשות שכתב בעצמו.

דרך נוספת שמאפשר החוק היא באמצעות מתן יפוי כוח מיוחד לאדם אחר: במידה והמטופל הן הוראותיו של המטופל

עצמו.

**לפי החוק**

אדם כשיר, מגיל 17 ,שלא הוכרז "פסול דין" ע"י בית משפט ומסוגל לקבל החלטות עבור עצמו, רשאי לתת הנחיות רפואיות מקדימות שבהן יפרט את רצונו לגבי טיפול רפואי עתידי בו, במידה שייקבע כי הוא חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות.

הבעת רצון בשאלת הטיפול הרפואי – על ידי חולה נוטה למות שאינו בעל כשרות: חולה זה אינו כשיר לקבל החלטות בקשר לטיפול הרפואי בו, מתוך הבנה, שיקול דעת ורצון לגבי הטיפול הרפואי בו חופשי.

**עמדות הדת הנוצרית כלפי המתת חסד**

   הנצרות נחשבת לדת המאוכלסת ביותר בעולם. זוהי דת מונותיאיסטית כמו היהדות והאסלאם. שלוש הדתות הללו מקושרות זו לזו וקשורות זו לזו, כלומר לא רק בעלות תכונות דומות, אלא גם שלובות זו בזו מבחינה היסטורית. אמונה דתית נחשבת חי כאשר מתבטא באהבה והוא ידוע על פי מעשים טובים. אהבה היא בסיס המוסר, המניע האוניברסלי של כל המעלות וכל החיים המוסריים. המצווה של אהבה הדדית מחייבת פתיחות לאדם אחד. אדם אחר הוא רמת ההתנהגות המוסרית, דהיינו, מה שאינו קשור לאנשים אינו יכול להיות מטרתו או תכליתו של מעשה מוסרי . אין לומר כי החלטות שנתקבלו בסופו של דבר הן תמימות דעים בהקשר הנוצרי. הנצרות כדת מהווה את המגוון של תנועות דתיות, כגון עדי יהוה, לותרניות, קתוליות, כנסייה אורתודוכסית ועוד.

הספר המקודש לנצרות הוא הביבלייה (Bible) הכולל את "הברית הישנה" (התנ"ך), בכריכה אחת עם הברית החדשה. הברית החדשה על-פי הנצרות באה לעולם כדי לחדש את הברית הישנה עם האל. מקום התפילה הדתי של הנוצרים מכונה כנסייה, המשמש למרבית הטקסים הדתיים: תפילה, טבילה, כלולות (טקסי נישואין), ועוד... איש הדת הממונה על התפילות בכנסייה מכונה כומר, ולו קהילת מאמינים, אנשי דת נוספים בסולם ההיררכיה הם בישוף וקרדינל (חשמן).

הסמל של הדת הנוצרית הוא הצלב, המסמל את צליבתו וקורבנו של ישו. היום המקודש של הנצרות הוא יום ראשון, שבו נהוג לשבות מעבודה וללכת לכנסייה ואף נהוג לדחות אליו חגים ואירועים. המקומות הקדושים לנוצרים בארץ: בית לחם, נצרת, ירושלים ובה כנסיית הקבר שבה נקבר ישו ודרך הייסורים -הדרך שבה הלך ישו אל מותו, נהר הירדן, ומקומות נוספים שבהם עשה ישו ניסים לפי המסורת כמו הכנרת {Kovaľová, 2016}.

כבוד קדושת האדם על פי המסר של התנ"ך, הנוצרים מאמינים בקדושת האדם. אמנם התנ"ך מלמד כי בני האדם של כל הבריאה של אלוהים צריך להיות כבוד מסוים צמחים ובעלי חיים, זה בהחלט מלמד כי הכבוד שאנחנו צריכים להיות על חייהם של בני אדם הוא מיוחד. זהו כבוד שאנחנו צריכים לקבל על חייהם של כל האנשים, ללא קשר למין שלהם, גזע, מעמד, גיל, נטייה מינית, המראה או היכולת המנטלית. הסיבה היא לא שאנשים להרוויח כבוד כזה בגלל כמה מאפיינים ראויה להערצה או תרומה משמעותית לחברה. אם זה היה המקרה, היינו מוצדקים בכבוד רב יותר בחייהם של אנשים בעלי ערך רב יותר מאשר בחייהם של אנשים שלדעתנו פחות ראויים. הסיבה היא כי התנ"ך מלמד כי אלוהים מעניק על כל אדם כבוד מיוחד או קדושה Villiers1, 2016}}.

כאשר מדובר בהחלטה על התאבדות בסיוע רפואי או המתת חסד, האחריות של הנוצרים תכלול את ההשלכות האתיות של המסר של התנ"ך ואת ייעודו האישי מאלוהים. הם גם צריכים לקחת בחשבון את המוסכמה המוסרית הרווחת בתוך הכנסייה הנוצרית ואת החברה שבה הם חיים להתייעץ בני משפחה ונוצרים אחרים.{ Villiers1, 2016}

**נקודת מבט קתולית כלפי המתת חסד**

פועלת על מסורת הנצרות הארוכה. האתיקה הקתולית (הרפואית) מושתתת על מקורות אידיאולוגיים כגון תנ"ך, תורתם של פילוסופים ותיאולוגים, טקסטים דתיים מסוימים (למשל אנציקליקים על ידי אפיפיורים ואחרים). מאז ימי סנט תומאס אקווינס, חובותיו של רופא הופיעו במדריכי וידוי ובסיכומים תיאולוגיים שנקבעו במסגרת המוסרית הקתולית הרחבה. כאשר הם ממשיכים את פעילותם, יש להתנהג על פי מה שמכונה "חוק הטבע" (שהורחב במקור בתורתו של תומס אקווינס הקדוש). "ע חוק הטבע" הזה מתפרש כיום לא כ"סדרה של דרישות ואיסורים ", אלא כהמלצה לעשות כל שביכולתנו לרופא (חובש) כדי להבין את מטרת החיים האנושיים ואת כל מה שקשור לה ולמצוא דרכים להתנהגות המכבדת את המטרה הזו{Kovaľová, 2016}.

עקרונות ההנהגה, החסינות והקדושה של חיי אדם, שלמות, השפעה כפולה, חירות ואחריות, פיתוח קהילתי ועזרה הדדית נחשבים לעקרונות האתיים המשמעותיים ביותר עם קשר מידי לפעילותו של רופא. העמדה הרשמית של הכנסייה הקתולית לגבי השאלות הנ"ל באה לידי ביטוי בשנת 1995 על ידי האפיפיור יוחנן פאולוס השני ב Encyclical Evangelism Vitae ב Catechism של הכנסייה הקתולית בצורה מקוצרת). בין היתר, זוהי הבעת דעה המאפשרת את הפסקת הטיפול או אי-ביצועו של הטיפול, המסייע לשמור על החיים כאשר הוא כואב, מסוכן, או שיש לו השפעה בלתי צפויה. המתת חסד נדון במסמך זה כתופעה מדאיגה מאוד של "המוות תרבות "המתפשטת בעיקר בחברה המאופיינת ברווחה ובמנטליות השירות". על פי מנטליות זו, החברה נשענת על מספרם ההולך וגובר של אנשים ישנים וחסרי יכולת .8 במסמכים אחרים, למשל, ההצהרה על המתת חסד (1980) קובעת כי באמצעות טיפול מותר לפטר את המטופל או אדם גוסס של כאב וסבל גם עם הסיכון לקצר את חייהם כאפקט בלתי מכוון (אפקט כפול), למרות שהכאב הנלווה למוות הוא הסמל הנוצרי של ישו הסובל על הצלב. המתת חסד פעילה אסורה, טיפול פליאטיבי וצורך בטיפול בחולים ללא תקנה{Kovaľová, 2016}.

המגיסטרים של הכנסייה הקתולית מגנה את המתת חסד כרצח זה נותן בסיס פילוסופי, כלומר, את הערך ואת אוטונומיה של החיים. קדושת החיים וכבוד האדם הם הבסיס והתנאי לכל הטובים והערכים. המגיסטריום מוסיף טיעונים תיאולוגיים לתפיסה הפילוסופית. אלוהים הוא הבורא ואדון החיים. כתוצאה מכך, החיים הם מתנה ובני אדם לא יכול להחליט על זה. לבסוף, הדיבר החמישי 'לא תרצח' אוסר על קץ לחייו של מישהו. הם נותנים טיעון כי הרפואה היא בשירות של החיים ולא של המוות. והם מעמידים פנייה חזקה לטיפול פליאטיבי במקום בהמתת חסד כתשובה לסבל בלתי נסבל. לכן, הכלל הכללי של התנהגות הוא נגד המתת חסד ועם טיפול פליאטיבי. אשר טיפול פליאטיבי צריך להיות זמין לכל החולים במצב של סבל בלתי נסבל {2013 ,Liégeois}.

בנוסף לכך, לפי המאמר של {Benjamin, 2015} הנצרות בעוד הכנסייה הרומית קתולית מתנגדת לחלוטין לכל סוגי המתת חסד מרצון .

**נקודת מבט לטינית כלפי המתת חסד**

הזרם הלטיני נגזר מהזרם הקתולי, וכך אפשר להגיד שכל מה שחל על הזרם הקאתולי חל גם על הזרם הלטיני.

**נקודת מבט אורתודוקסית** **כלפי המתת חסד**

הכנסייה האורתודוקסית היא כנסייה נוצרית הדומה לקתוליות בענייני דת ומוסר. הוא רואה את עצמו בזהות של הכנסייה הנוצרית של האלף הראשון בעיקר לגבי הדוגמטיקה. ענייני הביו-אתיקה והאתיקה מובנים במובן היחס האישי של המאמינים לאלוהים. האתיקה האורתודוכסית והביו-אתיקה מבוססים על ההנחה שאלוהים הבורא אינו מובן ובלתי מובן לבני האדם. נוכחותו יכולה להיות מזוהה רק בחוויה מיסטית אישית. את כל מקום מיסטי של אלוהים הוא עניין של דת וכל אדם (רופא, חובש) מחובר אליו דרך אחריות מוסרית אישית על כל פעולה. המוות בכנסייה האורתודוקסית מתפרש לא כתהליך ביולוגי אלא כמסתורין מלא בתכלית דתית נסתרת ובברכה . מכאן נובע שכל מוות כמסקנה של החלטה אנושית נחשב לאתגר לאלוהים ולכל רפואי פעולה שלא התמקדה בהגדלת שנות החיים מוערכת כבלתי מוסרית. לפי ועדת הביו-אתיקה של כנסיית יוון קיימת תמיד אפשרות לטעות כאשר מאבחנים, את האפשרות של מהלך בלתי צפוי של המחלה וגם נס . אין זה מותר לסרב לטיפול, אפילו במקרה שבו מטופל בעל מודעות מלאה מבקש להפסיק את הטיפול (גם אם הוא יכול להציל את חייו), החובה המוסרית של הרופא היא לשכנע את המטופל להסכים לטיפול. מותר להשתמש במשככי כאבים, אך רק במידה שהם אינם יכולים לגרום למותו של המטופל. לא ניתן לסרב או לעצור תזונה מלאכותית גם כאשר אין תקווה להחלמה .המונח המתת חסד הוא ממוצא יווני ומשמעותו "מוות טוב". המוות הטוב מתפרש על ידי הכנסייה האורתודוקסית כגוף רגוע וחסר כאב ללא סבל. הפרשנות העכשווית של המתת חסד פעילה כהריגת רחמים נדחית באופן מוחלט על ידי הכנסייה האורתודוקסית {Kovaľová, 2016}.

תיאולוגיה של הקודש הוא שהמוות והחיים הם עדיין אירוע קהילתי. כל דיון על המוות והחיים, בראייה הנוצרית ובפרספקטיבה האורתודוקסית הוא דיון במונחים של הקודש והכנסייה. אם ניקח את המוות או את "מוות טוב" (למעשה, המילה המתת חסד פירושה זה מוות טוב), במבט האורתודוקסי אנו מדברים על מוות במונחים של תיאולוגיה של הקודש. בהקשר זה "המוות הטוב" הוא מוות, אשר יכול להיות סבל, אשר יכול מתכוון כאב, יכול להיות בדידות, אבל עדיין יכול להיות מוות טוב. מוות טוב הוא לא רק מוות נוח על ערש דווי עם משככי כאבים. כך אפשר לשאול: האם ישוע מת מוות טוב? האם הקדושים מתים למוות טוב? כמובן שהקדושים וישוע לא מתו מוות אשר צריך להיות צורת המוות הנדרשת לכולנו, אבל מותם הוא מוות, שלמרות שהם מכסים את הכאב והסבל, עדיין יכול להיחשב "טוב" מאז מותם של אלה דרך לאישור הקהילה ודרך הקהילה. מות הקדושים היה ביטוי לאמונתם, לערכיהם למען הקהילה ודרך הקהילה הנוצרית.  אם נבחן את שירותי הלוויות בכנסייה האורתודוקסית ואת מסורות הליטורגיה הקודמות של הלוויות, נוכל לראות בבירור את הממד הקהילתי של המוות. שירותי הלוויה כוללים בבירור הבנה של מוות, אשר נתפס כאירוע קהילתי, עם אנשים במובנים רבים המשתתפים במותו של הפרט. נוסחאות הליטורגיות הרבות, וכל צורת הלוויה מניחה מראש הבנה מוסרית של המוות (זה כמובן תקף גם לסקרים אחרים). בתיאולוגיה אורתודוכסית של הקודש, האדם אינו קטגוריה ביולוגית גרידא, אלא מוגדר באמצעות היותו חבר עם אחרים. חיים טובים או חיים עצמם הוא לא משהו נוסף על חומר ביולוגי או אדם החיים עצמם, ומתבטאים בכך {ježeK ,2014}.

במישור אחד זה אומר שאי אפשר להפריד בין חיי האדם לבין הישות הביולוגית של האדם ולהיפך. לכן, אם רצונך להתאבד, בשל העובדה כי איכות חייו יורדת, זהו זיוף, מאחר שהאופי הביולוגי של האדם וחוויות חייו הוא צורה, ולכן אין דבר כזה חיים לא קיימים או אורח חיים, ובו בזמן חי ביולוגי חי, אשר ממשיך לחיות ביולוגית.   אם נבין את האדם מנקודת מבט אורתודוקסית של תיאולוגיה של הקודש, האדם אינו אוטונומי שיוכל להחליט בעצמו או על עצמה על קיומה; אם אכן נאמר כי האדם קשור תמיד לקשירתו ומשיג את קיומו מן הקודש. האדם כישות נוצר בדמותו ובדמותו של אלוהים, שהוא אלוהים בקהילה, אין לו את האוטונומיה לבחור לסיים את ההוויה שלו בעצמו או בלעדיה ללא תוצאות עבור הקהילה.  עם זאת, לאחר שאמר זה אחד לא חייב ליפול לתוך אידיאליזם. התמוטטותו של היחיד ויכולתו לחיות או לרצות לחיות איננה שלו בלבד. זהו סימן לכך שהקהילה נכשלה. כישלון זה משתמע במובנים רבים. לדוגמה, אני מוצא את זה יוצא דופן, כמה פעמים התיאולוגים האורתודוקסים טוענים נגד המתת חסד בגלל סיבות תיאולוגיות רבות קול (תמונה ודמיון של אלוהים למשל וכו '), אך לא מצליחים להודות כי זה לא עניין מעשי או הועיל הגוסס והסבל אדם, אם הקהילה גם לא פעל לפי העקרונות האלה, ולא מנסה להקל על הכאב והסבל של הפרט. בתיאולוגיה יש לומר א 'אלא גם ב'. האדם יכול למעשה להיות בתמונה ובדמותו של אלוהים, אבל הוא או היא גם הדימוי והדמיון של הקהילה והוא משקף את יכולתה לחיות כקהילה ולדאוג לו. אם הקהילה נכשלת בהיבט הקהילתי שלה, אין זה מוצדק מבחינה מוסרית אלא להאשים את היחיד בכישלון {ježeK ,2014}.

**נקודת מבט הפרוטסטנטיות כלפי המתת חסד**

הקאתולית היא התנועה הנוצרית הצעירה ביותר, בעלת שאלות מוסריות משמעותיות, המתייחסת לשאלות זה אופייני למגוון הזרמים שלו (לותרנים, בפטיסטים, מתודיסטי, פרסביטריאנים ואחרים). שלא כמו הקתוליות, הפרוטסטנטיות מדגישה את הידע האישי של המקרא ואת פרשנותו לכל אדם .9 באשר למגוון העדות, הביו-אתיקה הפרוטסטנטית והאתיקה הרפואית אינן קובעות באופן ברור ופשוט עקרונות העוסקים בשאלות ובסוגיות על סוף החיים. ניתן לומר כי רוב הפרוטסטנטים הם באמצעות שיטות מודרניות ואמצעים לטיפול הממוקד על החיים. חלק מן העדות הדתיות הן להפסקת הטיפול כאשר התקווה לריפוי אינה קיימת עוד . סוגיית המתת חסד היא דוגמה לדעות שונות. הכנסייה הפרוטסטנטית הגרמנית פירטה אמצעים מפורטים והוראות הנוגעות להחלטות שהתקבלו בסוף החיים, אך בניגוד לחברי המסורת הרפורמית (למשל בהולנד) שהגנה על המתת חסד, הפרוטסטנטים הגרמניים דוחים אותה בקפדנות .{Kovaľová, 2016}

**נקודת מבט איתי כלפי המתת חסד**

סוגיות אתיות מעוררות ויכוחים שנויים במחלוקת יותר ויותר. זה התעורר גם לגבי המושג של המתת חסד, בהתחשב בכך שהיא כוללת את ההחלטה של המטופל שעומד בפני השלב האחרון של חייו. מאחר שהסוגיה הזאת מעוררת ויכוחים רבים יותר, אנו רואים לנכון להביא לדיון את ההיבטים האתיים הכרוכים בהחלטה של מוות מכובד

{Loredana & Daniel, 2013}.

מנקודת המבט של האתיקה הנוצרית, ניתן לשבח את ההקדמה של טיפול פליאטיבי לחולים סופניים ואת הקמת ההוספיס המתמחה בניהול טיפול פליאטיבי. כאשר טיפול רפואי מרפא יש את התרופה של המטופלים כמטרה, טיפול פליאטיבי יש הקלה יעילה של כאב גופני, פסיכולוגי ורוחני וסבל כמטרה. נטען כי טיפול פליאטיבי יכול כיום להפיג ביעילות את הסבל של 95% מכלל החולים סופניים Villiers1, 2016}}.

העצה האתית מבוססת על הערכה של ערכי יסוד: החסינות של החיים, האוטונומיה של המטופל, ואת הקשר הטיפול בין המטפל למטופל. כדי לשלב ערכים אלה, על המטפלים להבהיר באופן מידי שהחיים הם בלתי ניתנים לחיסול, מכבדים את האוטונומיה של המטופל ומספקים את הטיפול הטוב ביותר האפשרי, כולל ייעוץ לשאלות קיומיות{2013 ,Liégeois}.

**מי בעד ומי בנגד המתת חסד?**

נוצרים תומכים בבחירה להמתת חסד מרצון אמרו כי בחירת מוות ללא כאב היא "הפגנת אהבה וחמלה" בהגשתה לחקירה פרלמנטרית ויקטוריאנית. הקבוצה טוענת המתת חסד מרצון עבור אנשים חולים סופניים יגדיל את איכות חייהם על ידי הסרת הלחץ של מול מוות כואב. הגשתה לחקירה אומרת שצפייה בחולה שמת באיטיות בתרדמת רפואית, יכולה גם להיות מטרידה ביותר עבור בני משפחה וצוות רפואי{Benjamin, 2015}.

בבלגיה מתנהל הוויכוח, האם אדם בריא לחלוטין יכול לחתום על הסכם שיסיים את חייו במקרה שהוא או היא מאובחנים עם אלצהיימר או דמנציה. ילדים יכולים להיהרג אם הם נכים קשות "כדי להקל על סבלם של ההורים" או על הילדים. המצב העכשווי מראה כיצד מתרגל המתת חסד והנהלים מטושטשים בדיון משפטי מורכב {ježeK ,2014}.

המתת חסד הוסמכה בבלגיה בשנת 2002 למבוגרים בתנאים מחמירים, והיא חוקית לפחות 6 תחומי שיפוט אחרים: הולנד, לוקסמבורג, שוויץ, אורגון, מדינת וושינגטון ומונטנה . החוקים והתנאים היו שהחולה חייב להיות במצב של חוסר תוחלת רפואית, והוא חייב להיות בסבל פיזי או נפשי מתמיד ובלתי נסבל, שלא ניתן להקל עליו, הפרעה רצינית וחשוכת מרפא שנגרמה על ידי מחלה או תאונה Shah1 & Mushtaq2, 2014}}.

**המתת חסד בעולם**

סקרים מראים כי יש רמה גבוהה של המתת חסד בלתי מבוקרת בבלגיה ובהולנד. המתת חסד בבלגיה היא מתקרבת לשלושים ושניים אחוזים מכל מקרי המוות. למעשה זה מעיד על כך שכמה אנשי מקצוע בתחום הבריאות מוכנים לקחת אחריות לשיפוט, כאשר לדעתם איכות החיים של אדם כה גרועה עד כי מוטב שימותו. הריגתם לאחר מכן ללא בקשה או הסכמה כרוכה בהדדיות צדדיות של "אמצעי ההגנה" המשפטיים בחקיקתם{Richmond, 2014}.

המסגרת המשפטית הרומנית עדיין לא הסדירה את הנוהג הזה, אך מדינות כמו שווייץ הגיעו למסקנה כי כבודו של היחיד וזכותו למות מוות מכובד צריכים להיות בין הזכויות הניתנות במסגרת החירויות האישיות. כמו כן, במדינות כמו בלגיה או הולנד היבט זה כבר לחוקי; הוא האמין כי במקרה מותו של האדם הוא בלתי נמנע, הקלת הסבל היא פעולה אנושיתLoredana & Daniel, 2013} }.

המדינות המפותחות אימצו עמדה המתת חסד פרו כתוצאה של החלטה של ​​סבל הפרט ממחלה סופנית. עם זאת, המחלוקת מתעוררת במדינות העולם השלישי והן במדינות בהן ההיבט הדתי יש השפעה על התודעה של הפרט; בהקשר זה, כמתרגל רפואי, המתת חסד נוגד את הערכים הנוצריים, לעתים קרובות נחשב התאבדות או רצח Loredana & Daniel, 2013}}.

בדמוקרטיות הליברליות המערביות, הזכות לאוטונומיה משחקת תפקיד מרכזי בדיון על לגליזציה של התאבדות בסיוע רפואי והמתת חסד. אוטונומיה כערך מוסרי שאליו מתייחסת זכות זו נחשבת מאוד ליבת הכבוד האנושי, אשר בתורו נתפסת כערך היסוד של זכויות האדם. אף על פי שהם נמצאים במיעוט, ניתן למצוא מספר אתיקה נוצריים, שגם הם טוענים לטובת הפרקטיקות הנקראות על ידי פנייה לאוטונומיה כערך מרכזי Villiers1, 2016}}.

חשיבותה של האוטונומיה של המטופל (כעיקרון מוסרי) בעולם המערבי (הנוצרי) אינה יכולה להתקבל בסביבה אתנית ודתית אחרת, או שהמלצות רפואיות עכשוויות והנחיות עשויות להיות מנוגדות לדעות דתיות מסוימות. ברור שבמקרים מסוימים יש לקחת בחשבון גם היבטים אחרים, מלבד דתיים, למשל את החוקים הקיימים בחברה {Kovaľová, 2016}.

**שאלת המחקר**

כיצד העמדות והתפיסות של הדת הנוצרית ותת זרמיה משפיעות על המתת חסד ותהליך קבלת החלטות בחולה הנוטה למות?

**השערות המחקר**

1. יימצאו הבדלים בעמדות כלפי המתת חסד לפי זרמים שונים בנצרות
2. יימצאו הבדלים בעמדות כלפי המתת חסד לפי מידת דתיות
3. לא יימצאו הבדלים בעמדות כלפי המתת חסד לפי מין
4. יימצאו הבדלים בעמדות כלפי המתת חסד לפי השכלה

**הרציונל ומטרת המחקר**

חשוב לציין, שמקצוע הסיעוד הוא מקצוע אנושי אשר מחויב לתת מענה לכל האוכלוסיות ללא קשר בין גזע, מין ודת. ועלינו כאנשי מקצוע להכיר את כל הדתיות, התפיסות ולהבין את הקודים האתיים, התרבותיים וההתנהלות שלהם במצבים שונים בחיים. לכן בחרנו בנושא המתת חסד מזווית מבט הדת הנוצרית וזרמיה בעקבות הדילמות הקיימות בדת שלה אנו משויכות והיא הדת המוסלמית. כאשר המטרה שלנו היא לחקור ולבדוק איך המתת חסד מושפע מהדת ומאוד מעניין אותנו לדון בנושא מנקודת מבט אחרת ושונה.

**שיטות המחקר**

**אוכלוסיית המחקר**

אוכלוסיית המחקר היא תושבי ישראל הנוצריים מעל גיל 18, מבין וקורא עברית או ערבית או אנגלית.

**משתני המחקר**

המשתנה התלוי: עמדות ותפיסות ותהליך קבלת ההחלטה בנוגע להמתת חסד.

המשתנה הבלתי תלוי: הזרם הדתי הנוצרי.

**כלי המחקר**

כלי המחקר הוא שאלון מובנה ע"י חוקרות המחקר ובסיוע של מרצה הקורס, ד"ר מהדי טרביה בנוגע לתפיסות ועמדות כלפי המתת חסד בדת הנוצרית וזרמיה. הינו שאלון מקוון אשר מכיל שני חלקים.

חלק א' מכיל שאלון דמוגרפי הכולל פריטים כגון: גיל, מין, דת, מידת דתיות, השכלה ומצב משפחתי (כפי שניתן לראות בנספחים - שאלון עמדות חלק א').

חלק ב' מוצגות 36 שאלות בנושא עמדות ותפיסות בהמתת חסד אשר הינו מחולק ל- 6 תימוט "אוטונומיה" כוללת (5,8,10,13,15,17) , "ידע" כוללת (2,4,20,24,27) , "חוק ואתיקה" כוללת (3,7,9,25,28,29,30) , "מקבל החלטה" כוללת (1,6,11,12,26,31,34) , "סביבה" כוללת (14,19,23,32,35,36) , "מטופל ומשפחה" כוללת (16,18,21,22,33). מטרת הכלי לבחון את עמדותיהם של הדת הנוצרית וזרמיה כלפי המתת חסד בקרב החברה בישראל.

הנבדקים קיבלו הסבר קצר על המחקר הכולל הצגת טופס הסכמה מדעת, מטרת המחקר וחשיבותו, זמן משוער למילוי השאלון והיותו שאלון אנונימי. לאחר הסכמתם, ענו על שאלון מובנה ובו סימנו את מידת הסכמתם עם ההיגדים המתארים את עמדותיהם כלפי המתת חסד והחלטות בנושא סוף החיים. מידת ההסכמה מיוצגת לפי סולם הנע בין 1 המסמל אי-הסכמה,  ל-5 המסמל הסכמה במידה רבה.  
הנתונים נאספו בעזרת השאלון המקוון שהופץ ברשתות החברתיות. השאלון נבנה בשלוש שפות עברית, ערבית ואנגלית והועבר לקהל הרחב בישראל. בשאלון השתתפו 240 איש מעל גיל 18 ומתוכם 231 הסכימו להשתתף במחקר. חשוב לציין שהאוכלוסייה הנוצרית נחשבת לקטנה ביחד לשאר האוכלוסיות בישראל היא כוללת 170 אלף נוצרים שמהווה כ 2% מכלל האוכלוסייה בארץ (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2017).

**הליך המחקר**

השאלון נבנה באמצעות "Qualitirs"ו "Google Forms" נבדק ותוקף על ידי מומחים ועבר וועדת הלסינקי של המכלה האקדמית תל אביב יפו. והופץ דרך הרשתות החברתיות בשיטת כדור שלג. משך הזמן המוערך למענה על השאלון הוא כ-10 דקות. הנתונים נאספו ע"י החוקרים ונשלחו לסטטיסטיקאי לניתוח הנתונים בעזרת התוכנה SPSS מענה על השאלון היווה הסכמה מדעת של המשיבים להשתתף במחקר, המחקר הינו אנונימי וכל הפרטים שמורים בידי החוקרים והסטטיסטיקאי.

**תוצאות המחקר**

**בניית מדדים:**

מדד מקבל החלטה:

מורכב מ – 7 פריטים (שאלות 1, 6, 11, 12, 26, 31, 34 בשאלון), טווח התשובות נע מ – 1 = לא מסכים כלל ועד 5 = מסכים במידה רבה. היפוך סולם לשאלות 1, 11, 26, **כך שככל שהערך של המדד גבוה יותר קבלת ההחלטה על חייו של החולה נתונה בידי אנשי המקצוע והתתנגדות להמתת חסד גבוהה יותר.** מהימנות פנימית אלפא קרונבך 0.684.

מדד סביבה:

מורכב מ – 6 פריטים (שאלות 14, 19, 23, 32, 35, 36 בשאלון), טווח התשובות נע מ – 1 = לא מסכים כלל ועד 5 = מסכים במידה רבה. היפוך סולם לשאלה 32, כך שככל שהערך של המדד גבוה יותר כך התמיכה בסביבה מוכרת לחולה הסופני גבוהה יותר. מהימנות פנימית אלפא קרונבך 0.387.

מדד אתיקה וחוק:

מורכב מ – 5 פריטים (שאלות 3, 7, 9, 25, 30 בשאלון), טווח התשובות נע מ – 1 = לא מסכים כלל ועד 5 = מסכים במידה רבה. היפוך סולם לשאלה 25, כך שככל שהערך של המדד גבוה יותר התמיכה בזכות של החולה למות בכבוד גבוהה יותר. מהימנות פנימית אלפא קרונבך 0.579.

מדד אוטונומיה:

מורכב מ – 6 פריטים (שאלות 5, 8, 10, 13, 15, 17 בשאלון), טווח התשובות נע מ – 1 = לא מסכים כלל ועד 5 = מסכים במידה רבה. מהימנות פנימית אלפא קרונבך 0.543, ככל שהערך של המדד גבוה יותר התמיכה באוטונומיה של החולה הסופני בהחלטות על חייו גבוהה יותר.

מדד ידע:

מורכב מ – 4 פריטים (שאלות 2, 4, 20, 27 בשאלון), טווח התשובות נע מ – 1 = לא מסכים כלל ועד 5 = מסכים במידה רבה. ככל שהערך של המדד גבוה יותר הידע לגבי המתות חסד גבוה יותר. מהימנות פנימית אלפא קרונבך 0.681.

מדד משפחת המטופל:

מורכב מ – 5 פריטים (שאלות 16, 18, 21, 22, 33 בשאלון), טווח התשובות נע מ – 1 = לא מסכים כלל ועד 5 = מסכים במידה רבה. מהימנות פנימית אלפא קרונבך 0.560, ככל שהערך של המדד גבוה יותר העמדה היא שיש להתחשב יותר בדעה של הקרובים לחולה.

**מאפייני המדגם**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **שכיחות** | **באחוזים** |
| **מגדר:**  זכר  נקבה | 81  150 | 35.1%  64.9% |
| **גיל (שנים):**  18-25  26-35  36-45  46-60  מעל 60 | 111  52  36  28  4 | 48.1%  22.5%  15.6%  12.1%  1.7% |
| **מצב משפחתי:**  רווק/ה  נשוי/אה  גרוש/ה  אלמן/ה  פרוד/ה | 128  88  11  2  2 | 55.4%  38.1%  4.8%  0.9%  0.9% |
| **ילדים:**  ללא ילדים  1-3  4-6  7 ומעלה | 139  72  19  1 | 60.2%  31.2%  8.2%  0.4% |
| **מקום מגורים:**  ישראל  ארה"ב | 223  8 | 96.5%  3.5% |
| **מצב סוציו-אקונומי:**  נמוך  בינוני  גבוה | 19  186  26 | 8.2%  80.5%  11.3% |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **שכיחות** | **באחוזים** |
| **השכלה:**  יסודית  תיכונית  סטודנט  אקדמאית  תואר שני ומעלה | 3  31  77  87  33 | 1.3%  13.4%  33.3%  37.7%  14.3% |
| **עיסוק:**  לא עובד  שכיר  עצמאי | 65  143  23 | 28.1%  61.9%  10% |
| **הכנסה חודשית:**  ללא הכנסה קבועה  הרבה מתחת לממוצע  ממוצעת  מעט מעל הממוצע  הרבה מעל הממוצע | 65  22  95  35  14 | 28.1%  9.5%  41.1%  15.2%  6.1% |
| **מוצא דתי-עדתי:**  קתולי  אורתודוקסי  פרוטסטנטי  לטיני | 88  67  40  36 | 38.1%  29%  17.3%  15.6% |
| **זיקה לדת:**  חילוני  מסורתי  דתי | 53  123  55 | 22.9%  53.2%  23.8% |

**סטטיסטיקה הסקתית**

ממוצעים וסטיות תקן של שני מדדים לפי זרמים בנצרות

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | מדד מקבל החלטה | | מדד ידע | |  |
|  | ממוצע | ס.ת. | ממוצע | ס.ת. | תצפיות |
| קתולי | 3.68 | 0.51 | 4.04 | 0.73 | 88 |
| אורתודוקסי | 3.60 | 0.59 | 4.19 | 0.57 | 67 |
| פרוטוסטנטי | 4.10 | 0.38 | 4.39 | 0.48 | 40 |
| לטיני | 3.92 | 0.73 | 4.45 | 0.70 | 36 |

מבחן F (One-Way ANOVA) לבדיקת ההבדל במדד מקבל החלטה לפי זרמים בנצרות נמצא מובהק (F(3,227) = 8.098, p < 0.01). לפי מבחן post hoc tukey ההבדל מובהק בין קתולי לבין פרוטסטנטי, בין אורתודוקסי לבין פרוטסטנטי, ובין לטיני לבין אורתודוקסי. האורתודוקסים והקתולים הכי תומכים בכך שההחלטה על חייו של החולה נתונה בידי החולה וסביבתו והכי תומכים בהמתת חסד, הפוך מההשערה.

מבחן F (One-Way ANOVA) לבדיקת ההבדל במדד ידע לפי זרמים בנצרות נמצא מובהק (F(3,227) = 4.794, p < 0.01). לפי מבחן post hoc tukey ההבדל מובהק בין קתולי לבין פרוטסטנטי, בין קתולי לבין לטיני. בקרב הקתולים הידע לגבי המתת חסד הכי נמוך.

**השערה 1 אוששה חלקית**: מתוך ששת המדדים של המחקר ההבדל נמצא רק בשני מדדים מדד מקבל החלטה ומדד ידע, ובקבלת החלטה הפוך מהמשוער.

מדד מקבל החלטה: האורתודוקסים והקתולים הכי תומכים בכך שההחלטה על חייו של החולה נתונה בידי החולה וסביבתו והכי תומכים בהמתת חסד, הפוך מהמשוער .

מדד ידע: בקרב הקתולים הידע לגבי המתת חסד הכי נמוך.

ממוצעים וסטיות תקן של שני מדדים לפי מידת דתיות בקרב הנוצרים

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | מדד מקבל החלטה | | מדד אוטונומיה | |  |
|  | ממוצע | ס.ת. | ממוצע | ס.ת. | תצפיות |
| חילוני | 3.37 | 0.47 | 3.66 | 0.72 | 53 |
| מסורתי | 3.85 | 0.60 | 3.22 | 0.51 | 123 |
| דתי | 3.96 | 0.44 | 3.14 | 0.60 | 55 |

מבחן F (One-Way ANOVA) לבדיקת ההבדל במדד מקבל החלטה לפי מידת דתיות נמצא מובהק (F(2,228) = 19.076, p < 0.01). לפי מבחן post hoc tukey ההבדל מובהק בין חילוני לדתי, בין חילוני למסורתי. החילונים תומכים יותר בקבלת החלטת שנתונה בידיו של החולה בהשוואה לאחרים ויותר תומכים בהמתת חסד.

מבחן F (One-Way ANOVA) לבדיקת ההבדל במדד אוטונומיה לפי מידת דתיות נמצא מובהק (F(2,228) = 12.907, p < 0.01). לפי מבחן post hoc tukey ההבדל מובהק בין מסורתי לחילוני. בקרב החילוניים הכי גבוה לאחר מכן מסורתיים ולבסוף דתיים. החילוניים הכי תומכים באוטונומיה של החולה בעוד שהמסורתיים הכי פחות.

ממוצעים וסטיות תקן של שני מדדים לפי מידת דתיות בקרב הנוצרים

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | מדד ידע | | מדד משפחת המטופל | |  |
|  | ממוצע | ס.ת. | ממוצע | ס.ת. | תצפיות |
| חילוני | 3.88 | 0.69 | 3.56 | 0.77 | 53 |
| מסורתי | 4.29 | 0.58 | 3.25 | 0.56 | 123 |
| דתי | 4.34 | 0.69 | 3.01 | 0.66 | 55 |

מבחן F (One-Way ANOVA) לבדיקת ההבדל במדד ידע לגבי המתות חסד לפי מידת דתיות נמצא מובהק (F(2,228) = 9.275, p < 0.01). לפי מבחן post hoc tukey ההבדל מובהק בין חילוני לדתי, בין חילוני למסורתי. בקרב הדתיים הכי גבוה לאחר מכן מסורתיים, ולבסוף חילוניים. בקרב החילוניים הידע לגבי המתות חסד הכי נמוך, הפוך מההשערה.

מבחן F (One-Way ANOVA) לבדיקת ההבדל במדד משפחת המטופל לפי מידת דתיות נמצא מובהק (F(2,228) = 9.980, p < 0.01). לפי מבחן post hoc tukey ההבדל מובהק בין חילוני לדתי, בין חילוני למסורתי. החילוני הכי מתחשב בדעה של הקרובים בהשוואה לאחרים.

**השערה 2 אוששה חלקית**: מתוך ששת המדדים של המחקר, בארבעה מדדים נמצא הבדל מובהק.

מדד מקבל החלטה: החילונים תומכים יותר בקבלת החלטת שנתונה בידיו של החולה בהשוואה לאחרים. מדד אוטונומיה: החילוניים הכי תומכים באוטונומיה של החולה בעוד שהמסורתיים. הכי פחות מדד ידע: בקרב החילוניים הידע לגבי המתות חסד הכי נמוך, הפוך מההשערה. מדד משפחת המטופל: החילוני הכי מתחשב בדעה של הקרובים בהשוואה לאחרים.

מבחן T בלתי תלוי (Independent samples T test) לבדיקת ההבדל בששת מדדים לפי מין.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מובהקות |  | נקבה  (*n* = 150) | |  | זכר  (*n* = 81) | |  |
| *t* |  | *סטיית תקן* | *ממוצע* |  | *סטיית*  *תקן* | *ממוצע* | משתנה |
| 1.741 |  | 0.56 | 3.72 |  | 0.60 | 3.86 | מדד מקבל החלטה |
| 1.778- |  | 0.52 | 3.78 |  | 0.46 | 3.65 | מדד סביבה |
| \*\*4.412 |  | 0.57 | 2.87 |  | 0.40 | 3.16 | מדד אתיקה וחוק |
| 1.322 |  | 0.65 | 3.26 |  | 0.54 | 3.37 | מדד אוטונומיה |
| 0.982 |  | 0.67 | 4.18 |  | 0.64 | 4.27 | מדד ידע |
| 0.374- |  | 0.67 | 3.29 |  | 0.64 | 3.22 | מדד משפחת המטופל |

מובהק ברמה של p < 0.01\*\*, מובהק ברמה של p < 0.05\*

במבחן T בלתי תלוי ההבדל במדד מקבל החלטה נמצא לא מובהק (t(229) = 1.741, n.s.), בין גברים לנשים.

במבחן T בלתי תלוי ההבדל במדד סביבה נמצא מובהק (t(229) = -1.778, n.s.), בין גברים לנשים.

במבחן T בלתי תלוי ההבדל במדד אתיקה וחוק נמצא מובהק (t(213.604) = 4.412, p < 0.01), בין גברים לנשים. גבוה יותר בקרב הגברים, הגברים תומכים יותר מנשים בזכות של החולה למות בכבוד.

במבחן T בלתי תלוי ההבדל במדד אוטונומיה נמצא לא מובהק (t(229) = 1.322, n.s.), בין גברים לנשים.

במבחן T בלתי תלוי ההבדל במדד ידע נמצא לא מובהק (t(229) = 0.982, n.s.), בין גברים לנשים.

במבחן T בלתי תלוי ההבדל במדד משפחת המטופל נמצא לא מובהק (t(229) = -0.734, n.s.), בין גברים לנשים.

**השערה 3 אוששה חלקית:** לא נמצאו הבדלים מובהקים בחמישה מדדים נמצא הבדל מובהק רק במדד אתיקה וחוק.

מדד אתיקה וחוק: הגברים תומכים יותר מנשים בזכות של החולה למות בכבוד.

ממוצעים וסטיות תקן של מדד מקבל החלטה לפי השכלה בקרב הנוצרים

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | מדד מקבל החלטה | |  |
|  | ממוצע | ס.ת. | תצפיות |
| יסודית | 3.71 | 0.75 | 3 |
| תיכונית | 4.06 | 0.45 | 31 |
| סטודנט | 3.69 | 0.62 | 77 |
| אקדמאית | 3.78 | 0.59 | 87 |
| תואר שני ומעלה | 3.36 | 0.48 | 33 |

מבחן F (One-Way ANOVA) לבדיקת ההבדל במדד מקבל החלטה לפי השכלה נמצא מובהק (F(4,226) = 2.846, p < 0.05). לפי מבחן post hoc tukey ההבדל מובהק בין השכלה תיכונית לבין סטודנטים ובין השכלה תיכונית לבין השכלת תואר שני ומעלה. בקרב בעלי השכלה הערך גבוה יותר במובהק מסטודנטים ובעל תואר שני ומעלה. ככל שההשכלה נמוכה יותר התמיכה היא בכך שקבלת ההחלטה על חייו של החולה נתונה בידי אנשי המקצוע.

**השערה 4 אוששה חלקית**: מתוך ששת המדדים של המחקר, רק במדד מקבל החלטה נמצא הבדל מובהק.

מדד מקבל החלטה: ככל שהאדם יותר משכיל קבלת ההחלטה על חייו של החולה יותר נתונה בידיו.

**דיון ומסקנות**

לאורך כל השנים, ההתייחסות לחולה הנוטה למותה זכתה למגוון רב של דעות שונות, נושא זה נחשב לסוגיה בעייתי במיוחד בעקבות ההתלבטויות השונים ע"י דעות קדומות, דת, נורמות חברתיות ועוד.

הבעיה נוגעת לא רק במטופל עצמו, אלה גם ברופא המטפל, במשפחה הקרובה, בחברים מסביב ולא רק. בעקבות זה לא פלא הדבר, כי בתחום הזה ישנם דיונים נרחבים בין הצוות במטפל, בית משפט וחוקים, אנשי דת ועוד.

אחת הסיבות העיקריות שבעקבותיה בחרנו לחקור את הנושא הזה, היא ההתעניינות שלנו בדעות השונות של האוכלוסייה במדינת ישראל. דעות אלו יכולות להיות שונות וקיצוניות בגלל השונות המשמעותית בדת ובחברה הישראלית. עוד לפני שהתחלנו את המסע האמנו שנתקל בלא מעט קשיים ואולי נזכה לשינוי מהותי בדרכי החשיבה.

שאלת המחקר היא: מהי עמדת הזרם הדתי הנוצרי מהמתת חסד? ואיך היא משפיעה על תהליך קבלת ההחלטה בחולה הנוטה למות? אנו נבדוק את הנושא בתחומים שונים וע"י משתנים מגוונים על מנת לכלול את התופעה ככל הניתן.

השערות המחקר התמקדו בבדיקת הקשר בין עקרונות ויסודות הדת להחלטה על המתת חסד. השערה ראשונה היא הימצאות הבדלים בעמדות כלפי המתת חסד לפי זרמים שונים בנצרות. התוצאה שקבלנו היא שהתת אוכלוסיות של האורתודוקסים והקתולים הכי תומכים בכך שההחלטה על חייו של החולה נתונה בידי החולה וסביבתו והכי תומכים בהמתת חסד. ניתן לציין שהשערה זו לא נתמכת ע"פ הספרות המקצועית כאשר נמצא בספרות שהאוכלוסיות הקתולית והאורתודוקסית הן מתנגדות לחלוטין לכל סוגי המתת חסד. ע"פ המאמר של {2013 ,Liégeois}, נמצא כי הכנסייה הקתולית מגנה את המתת חסד כרצח, ומאמינה שהחיים הם מתנה ובני אדם לא יכול להחליט על מותו. כאשר נותנים טיעון כי הרפואה היא בשירות של החיים ולא של המוות, לכן מעמידים פנייה חזקה לטיפול פליאטיבי במקום המתת חסד מכוון שהם נגד המתת חסד. בנוסף לכך, לפי המאמר של , {Benjamin, 2015}נמצא כי הנצרות בעוד הכנסייה הרומית קתולית מתנגדת לחלוטין לכל סוגי המתת חסד מרצון .

בהתאם לכך, ע"פ מאמרה של{Kovaľová, 2016}, נמצא כי יש האורתודוקסים לא מוכנים לקבל החלטה על המתת חסד וישנם מקום להחלטות הרפואיות, שרופא צריך לשכנע את המטופל בדעות שהוא חושב לנכונות, אסור למטופל לסרב לטיפול שהרופא מציע לו. על כל מטופל לקבל את ההנחיות הרפואיות כאילו הנחיות קדושות ולא ניתנות לעירור. יחד עם זאת, האורתודוקסים לפי הספרות הם מתנגדים בצורה מוחלטת להמתת חסד. בנוסף, לפי המאמר של {ježeK ,2014}, נמצא כי מנקודת מבט אורתודוקסית של תיאולוגיה של הקודש, האדם אינו אוטונומי שיוכל להחליט בעצמו או על עצמה על קיומה; אם אכן נאמר כי האדם קשור תמיד לקשירתו ומשיג את קיומו מן הקודש. האדם כישות נוצר בדמותו ובדמותו של אלוהים, שהוא אלוהים בקהילה, אין לו את האוטונומיה לבחור לסיים את ההוויה שלו בעצמו או בלעדיה ללא תוצאות עבור הקהילה.

בנוסף, ע"פ מאמרה של{Kovaľová, 2016}, נמצא כי השערה זו נתמכת ע"י הספרות המקצועית בזה שיש מקום להחלטות הרפואיות, שרופא צריך לשכנע את המטופל בדעות שהוא חושב לנכונות, אסור למטופל לסרב לטיפול שהרופא מציע לו. על כל מטופל לקבל את ההנחיות הרפואיות כאילו הנחיות קדושות ולא ניתנות לעירור. יחד עם זאת, האורתודוקסים לפי הספרות הם מתנגדים בצורה מוחלטת להמתת חסד. לבסוף, ניתן להגיד שהשערה זו אכן אושש חלקית בעקבות זה שהם מודים במקומו המשמעותי של הרופא אבל לא מוכנים לקבל החלטתו על המתת חסד.

מדד נוסף נבדק בהשערה זו, הוא מדד ידע. כאשר התוצאה לאחר ניתוח הנתונים היא שבקרב האוכלוסייה הקתולית רמת הידע בנושא המתת חסד הכי נמוך. ניתן לציין שיש סתירה לפי הספרות המקצועית ולפי המאמר של {Kovaľová, 2016}, כאשר נמצא שהביבלייה הספר הקדוש של הנצרות מציג את המתת החסד בצורה ברורה ואת האפשרויות שיש לאוכלוסייה הקתולית במצבים של כאב ,סבל וחוסר תקווה אצל מטופלים סופניים . לכן ניתן להבין שהאוכלוסייה הקתולית היא בעלת ידע בהקשר לנושא של המתת חסד.

ההשערה השנייה היא הימצאות הבדלים בעמדות כלפי המתת חסד לפי מידת דתיות. התוצאות שיקבלנו שבארבעה המדדים נמצא הבדל מובהק. כאשר נמצא בשני מדדים של קבלת החלטה הנתונה בידיו של החולה והאוטונומיה, שהאוכלוסייה החילונית נותנת יותר מקום לחולה להתבטא בניגוד לאוכלוסייה המסורתית שמקטינה את אפשריות הבחירה של המטופל. לכן ניתן לציין שלפי הספרות ובעיקר המאמר של {Kovaľová, 2016}נמצא כי אנשי הדת המסורתיים קובעים כי חיי האדם הינם ערך קדוש ואין מקום לקבלת המתת חסד אפילו לפי רצונו של המטופל, וע"פ כך אפשריות הבחירה של המטופל מוגבלות, לעומת אנשים חילוניים שלא מאמינים באלוהים ובזה שהוא היחיד שיכול לקחת חיי אדם, הם מוכנים לקבל החלטת המטופל ורצונו על המתת חסד והפסקת טיפול. ובנוסף, נמצא כי גם במדד אוטונומיה החילונים תומכים יותר באוטונומיה של החולה בעוד שהמסורתיים והדתיים פחות, ניתן לציין ע"פ הספרות ובעיקר המאמר של Villiers1, 2016}} נמצא כי השערה זו נתמכת ע"י הספרות המקצועית, שבליברליות המערביות הזכות לאוטונומיה משחקת תפקיד מרכזי בסיוע רפואי והמתת חסד.

בנוסף לכך, לפי מאמרה של {Kovaľová, 2016}נמצא כי חשיבותה של האוטונומיה של המטופל (כעיקרון מוסרי) בעולם המערבי (הנוצרי) אינה יכולה להתקבל בסביבה אתנית ודתית. וזה עוד מחזק את ההשערה. לבסוף ניתן לומר לפי הספרות המקצועית ולפי ניתוח סטטיסטי שככל אנשים יותר חילונים ורחוקים מהדת יותר תומכים באוטונומיה וקבלת החלטות הקשורות לסוף החיים. לעומת זאת, ככל שאנשים דתיים יותר האפשריות הבחירה שלהם והאוטונומיה מוגבלת יותר.

מדד נוסף נבדק בהשערה זו, הוא מדד ידע. כאשר התוצאה היא שבקרב האוכלוסייה החילונית הידע לגבי המתות חסד הכי נמוך. ניתן לציין שהשערה זו נתמכת ע"פ הספרות לפי מאמרה של {Kovaľová, 2016}, נמצא כי האתיקה הקתולית (הרפואית) מושתתת על מקורות אידיאולוגיים כגון תנ"ך, תורתם של פילוסופים ותיאולוגים וטקסטים דתיים מסוימים. ניתן להבין שהאנשים דתיים סומכים על מקורות הידע שלהם בנוגע לקבלת החלטות שקשורות לסוף החיים הוא לפי התנ"ך. לעומת זאת, הידע הכללי של האוכלוסייה החילונית בנושא של המתת חסד וקבלת החלטות לסוף החיים הינו זעיר מאוד. דבר זה יכול להיות גורם המשבש את התוצאות של המחקר, ניתן להבין שהאוכלוסייה החילונית תומכת בהחלטתו של המטופל על המתת חסד מחוסר מודעות ולא מתוך הבנה וידע.

מדד נוסף שנבדק הוא משפחת המטופל, כאשר התאוצה היא שהאוכלוסייה החילונית הכי מתחשבת בדעה של קרובי משפחה בהשוואה לאחרים. ניתן לציין שיש סתירה בהשערה זו ולא נתמכת ע"פ הספרות המקצועית ובעיקר לפי המאמר של Villiers1, 2016}}, כאשר נמצא כי האחריות של הנוצרים לפי התנ"ך וייעודו האישי מאלוהים שצריך להתייעץ עם בני משפחה ונוצרים אחרים. לכן ניתן להבין שאנשים דתיים מתייעצים יותר עם בני משפחתם וסביבתם בהחלטות הקשורות לסוף החיים לעומת אנשים חולניים.

ההשערה השלישית בחנה את ההבדל בדעות ע"י מין. ניתן לציין לפי המאמר של Villiers1, 2016}}, שאין הבדל ע"פ משתנה זה, אחרי ניתוח הנתונים של המחקר נמצא כי ישנו הבדל ע"י מדדי חוק ואתיקה, לעומת מדדים בתחומים אחרים שלא נמצא קשר מובהק. ניתן לשייך את ההבדל הראשוני ע"י זה שנשים יותר רגישות לנושא, וקשה להן לקבל החלטה גורלית באופן כללי לעומת גברים שהם יותר קשוחים, גסים וגם רגילים לקבל החלטות באופן פרטני.

ההשערה הרביעית בחנה את ההבדל בדעות ע"י רמת ההשכלה. כאשר נמצא כי ככל האדם משכיל יותר הוא חופשי יותר לקבל החלטה על חייו של החולה יותר נתונה בידיו באופן פרטני. ע"פ ידע כללי תוצאות אלו נראות הוגנות בעקבות העובדה שאנשים משכילים יכולים להתמודד עם מצבי לחץ בצורה טובה יותר. יחד עם זאת, חשוב לציין לא מצאנו ספרות בנושא. לכן אנו מציגים את תוצאות המחקר שלנו בלבד.

לסיכום, ישנם משתנים היכולים להשפיע בצורה משמעותית על ההחלטה להמתת חסד בנוסף לזרם הדתי, כמו גיל, השכלה, מין ועוד. יחד עם זאת, החלטה גורלית כמו המתת חסד, מוות, הארכת סבל וכדו' יכולה להיות החלטה קשה לכלל האוכלוסייה ללא שם קשר לנתונים הבסיסיים של מקבל ההחלטה בעקבות כך שהיא החלטה מאוד קשה לביצוע בזמן אמת וגם קשה להשלים אותה לאחר הביצוע.

**המלצות**

הקמת קבוצה בבתי חולים במחלקות המטפלות בחולים סופניים שכוללת אנשי דת וצוות מטפל, בשל לעלות המודעות בהיבטים דתיים תרבותיים. בהתאם לממצאי המחקר, נמצא כי הדיון סביב נושא המתת חסד מעלה תמיד סוגיות אתיות, רפואיות וחברתיות אשר עיקרן הינו יסוד קדושת החיים מחד והרצון להטיב עם סבלו של חולה הסובל ממחלה קשה וסופנית. ישנם סיבות שונות העומדות מאחורי הדעות האלו, והן יכולות להיות דת, אמונה, נורמה חברתית ועוד. מכוון שבמדינת ישראל קיים מגוון רב של אוכלוסיות שכל אוכלוסייה מאופיינת ע"י מאפיינים ספציפיים כמו דם, מסורת, נורמה חברתית ועוד, בנוסף בכל אוכלוסייה יש גם תת אוכלוסיות גם הן יכולות להיות שונות באמונתם ובדרך חשיבתן. לכן הקמת קבוצה בבתי חולים ובעיקר במחלקות המטפלות בחולים סופניים שכוללת אנשי דת והצוות המטפל מאותה דת ואותה אוכלוסייה שמבינים את הסביבה והערכים של המטופל ומשפחתו, אשר תורם להעלות המודעות בקרב הצוות המקצועי לגבי היבטים דתיים ותרבותיים בנוגע לקבלת החלטות הקשורות לסוף החיים. כאשר זה מעניק מענה לחולה הנוטה למות ומשפחתו, ובכך להקל עליו בסוף החיים.

הקמת סדנאות והרצאות בקהילה הנוצרית שמטרתם לחשוף את האופציות והאפשרויות שקימות אצל החולים הסופניים; הקמת סדנאות והרצאות בקהילה הנוצרית שמועברות ע''י רופאים, עובדים סוציאליים, אחים ואחיות. כאשר זה תורם להעלאת המודעות בקרב האוכלוסייה לגבי טיפולים שונים, כגון הוספיס המתמחה בניהול הטיפול הפליאטיבי שלמעשה הוא טיפול לחולים עם מחלות סופניות על מנת להקל על סבלם ולתמוך בשלבים קריטיים.

הצעת חוק שמאפשר למטופלים סופניים לבחור את הדרך שרוצים לסיים בה את החיים שלהם .החוק הישראלי מעולם לא נתן הרשאה להמתת חסד אקטיבית, אם כי בהרבה מקרים אפשר להימנע מטיפול מאריך חיים. פעולות כמו ניתוק מכונת הנשמה, הימנעות מדיאליזה והפסקת אספקת מזון ונוזלים. אשר אלו פעולות שקיבלו אישור במשפט הישראלי בתנאים ונסיבות מסוימות וספציפיות.

לפי [חוק החולה הנוטה למות](https://he.wikipedia.org/wiki/%D7%97%D7%95%D7%A7_%D7%94%D7%97%D7%95%D7%9C%D7%94_%D7%94%D7%A0%D7%95%D7%98%D7%94_%D7%9C%D7%9E%D7%95%D7%AA), המתיר שלא להאריך את חייו של חולה סופני, שנתן הוראה מתאימה בעניין זה. עם זאת החוק מציין מפורשות בסעיף 19: "אין בהוראות חוק זה כדי להתיר עשיית פעולה, אף אם היא טיפול רפואי, המכוונת להמית, או שתוצאתה, קרוב לוודאי, היא גם גרימת מוות, בין שהיא נעשית מתוך חסד וחמלה ובין שלא, ובין לבקשת החולה הנוטה למות או אדם אחר ובין שלא".

יש קבוצה יחסית גדולה של מטופלים סופניים שכן מעוניינים לבצע המתת חסד אקטיבי מרצון לעצור את הסבל והכאב של עצמם מתוך ידע והבנה למצב שלהם. לכן צריך לשקול את זה ולהסדיר חוק שמאפשר המתת חסד פסיבית או אקטיבית בתנאים מסוימים וספציפיים במטרה לתת למטופלים את כל האוטונומיה האפשרית בנוגע לסיום חייהם.

**סיכום**

היחס לחולה הנוטה למות הוא סוג של בעיה מסורתית בולטת ביותר בתחום הרפואה בעולם ובישראל .הארכת חיי חולה ובעיקר חולה הסובל ייסורים קשים, מעוררת בעיות רפואיות, מסוריות, חוקיות וכלכליות קשות . הבעיה נוגעת לא רק בחולה עצמו, אלא גם במשפחה, במכרו, וגם לרופא המטפל ולצוות הרפואי- הסיעודי המטפל בו. עקב זה לא פלא הדבר, כי בנושא המתת חסד יש דיונים נרחבים בין ערכים אתיים לעומת ערכים דתיים. כאשר המתת חסד מוגדרת כזירוז המוות של החולה על ידי המטפלים בו. לפיכך, כל פעולה פאסיבית או אקטיבית, של גרימת מוות בכוונה תחילה וללא כאב לחולה, יכולה להיחשב כהמתת חסד.

נראה שממצאי המחקר הנוכחי ייחודיים לאוכלוסייה הנוצרית ותת זרמיה בישראל על פי השייכות הדתית שלה. מצד אחד, אנו לומדים שהעמדות ותפיסות של הקבוצה הנוצרית הדתית בישראל מתנגדות לחלוטין לכל סוגי המתת חסד מרצון, כאשר הם מאמנים שהחיים מתנה ובני אדם אינו אוטונומי ולא יכול להחליט על מותו, והרפואה היא בשירות של החיים ולא של המוות. לעומת הקבוצה הנוצרית החילונית שתומכת יותר באוטונומיה אשר נותנת יותר מקום לחולה להתבטא וקבלת החלטות הקשורות לסוף החיים והמתת חסד.

לבסוף, חשוב לציין שמחקר זה במידה זו או אחרת תרם להבין נקודות מסוימות בצורה יותר ברורה ויותר יעילה, הוא יכול להיות מחקר בסיס לעוד מחקרים נוספים בנושא, יכול להיות כהתחלה מעניינת לחקירת התחום הרחב של המתת חסד ודת. סביר להניח שבסופו של דבר נלך בדרכן של מדינות אחרות במערב, ובישראל ייחקק גם חוק שיתיר המתות חסד אקטיביות. נכון להיום אדם שמסייע לקרוב משפחה למות עלול להיות מואשם ברצח - מה שמוביל לא פעם לטרגדיות קורעות לב של המתה ושל התאבדות. לכן אין מנוס מחוק כזה למניעת פעולות פרטיזניות של המתות חסד בלתי נאותות הנחשבות עדיין לרצח.

**ביבליוגרפיה**

 Mousavi, S. M., Akbari, A., Kashani, F. L., Akbari, M. E., & Sepas, H. N. (2011).  Euthanasia in Cancer    Patients, Islamic Point of View. *Iranian Journal of cancer prevention*, *4*(2), 78-81. ‏

Richmond, D. (2014). How should Christians respond to proposals to legalise euthanasia and assisted suicide?. *Stimulus: The New Zealand Journal of*

*Christian Thought and Practice*, *21*(1), 20. ‏

Terec-Vlad, L., & Terek-Vlad, D. (2013). Euthanasia-the Right to a Dignified Death. *Postmodern Openings/Deschideri Postmodern*, *4*(4). ‏

de Villiers, D. E. (2016). May Christians request medically assisted suicide and euthanasia?. *HTS Theological Studies*, *72*(4), 1-9. ‏

Liégeois, A. (2013). Euthanasia and mental suffering: An ethical advice for Catholic mental health services. *Christian Bioethics*, *19*(1), 72-81.‏

Ježek, V. (2014). Euthanasia and Orthodox theology of Communion. *Review of Ecumenical Studies Sibiu*, *6*(2), 214-226. ‏

Kovaľová, D. (2016). Certain cultural-religious specifics of health care “in the end of life” in the context of (white) bioethics and religious studies. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska*.

‏

Shah, A., & Mushtaq, A. (2014). The right to live or die? A perspective on voluntary euthanasia. *Pakistan journal of medical sciences*, *30*(5), 1159.‏

Preiss, B., & Beazer, M. (2015). Media watch: Christian group backs euthanasia. *Legaldate*, *27*(4), 8.‏

אביב, א', & גלילי-שכטר, ע'. (1999). חיים ואיכות החיים- של מי החיים האלה? ב- *ובחרת בחיים* (עמ' 232). ירושלים, ישראל: מעלות הוצאת ספרים בע"מ. אוחזר מתוך http://school.kotar.cet.ac.il/KotarApp/Viewer.aspx?nBookID=95894370#234.0.6.fitwidth

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (24 נובמבר 2017). 25.12.201 , האוכלוסייה הנוצרית בישראל - נתונים לרגל חג המולד 7 Christmas 2017 - Christians in Israel . ירושלים, ישראל.

שטינברג, א'. (1982). רצח מתוך רחמים לאור ההלכה. *אסיא, ג'*, 424-457. אוחזר מתוך http://98.131.138.124/articles/ASSIA/ASSIA3/R0031424.asp