

קביעת רגע המוות – רקע היסטורי ורפואי

פרופ' אברהם שטינברג

א. הגדרות כלליות

המוות הוא מצב של הפסקת החיים באופן בלתי הפיך.

מבחינה ביולוגית המוות הוא בדרך כלל תהליך **מתמשך**, שבו תאים, רקמות ואיברים שונים מתים בשלבים שונים, בהתאם לרגישותם להיעדר אספקת חמצן ומקורות אנרגיה.

קביעת **רגע המוות** המדוייק של הפרט הוא מושג חברתי פילוסופי-משפטי-דתי הקובע את מצב המוות של אדם לפי קני-מידה מוסכמים, למרות שלפי רוב ההגדרות עדיין ישנם באותה עת חלקים חיים בגוף. קביעה **חברתית** זו מושתתת על נתונים רפואיים, אך למדע הרפואה כשלעצמו אין מעמד מכריע בהגדרת רגע המוות.

קיימות מספר **הגדרות** לרגע המוות:

1. מות כל תאי הגוף, שהיא ההגדרה היחידה המתאימה להגדרה ביולוגית.
2. איבוד מוחלט ובלתי-הפיך של כל פעילות הלב, מחזור הדם ומערכת הנשימה = מוות קרדיו-פולמונרי.
3. איבוד מלא, מוחלט ובלתי-הפיך של כל התיפקודים המוחיים, כולל גזע המוח = מוות מוחי.

יש המציעים הגדרות אחרות לקביעת מות האדם, כגון איבוד מלא ומוחלט של כל תיפקודי המוח הגדול בלבד, היינו מוות הכרתי. אכן הגדרות אלו, נכון לעת הזאת, אינן מקובלות כיום בשום מדינה בעולם.

קביעת הרגע המדוייק של המוות חשובה ביחס **להלכות רבות**:

קבורה ובל-תלין, אבלות, יום זכרון (יארצייט), שבת, ירושה, רציחה ועוד. מבחינה רפואית יש לקביעת רגע המוות שתי השלכות חשובות מאד: האחת –

הפסקת טיפול רפואי, ובעיקר ניתוק ממכשירים והוצאת המת מיחידה לטיפול נמרץ; השנייה – תרומת איברים להשתלה.

ב. הנחות יסוד

- השאלה נוגעת לדיני נפשות ממש, שכן אם על פי ההלכה המוות נקבע רק לאחר הפסקת פעילות הלב, הרי שהוצאת איברים להשתלה בעוד לבו של התורם פועם היא רצח, כדין ההורג את הנוטה למות והגוסס [רמב"ם, רוצח ב ז-ח. וראה הכתב והקבלה, בראשית ט ה]; מאידך, אם על פי ההלכה נקבע המוות לאחר הפסקת נשימה מוחלטת ובלתי הפיכה, או לאחר מות המוח כולו, הרי אי-שימוש באיבריו של המת להשתלה אצל הזקוקים לאיברים אלו מביא למצב של פיקוח נפש, שדוחה את כל התורה כולה חוץ מג' עבירות. לפיכך יש צורך בהגדרה הלכתית מדוייקת של רגע המוות, ולא די להסתפק בהליכה לחומרא, שכן חומרא לצד אחד היא קולא של פיקוח נפש לצד האחר.
- ההתפתחויות המדעיות בשנים האחרונות הביאו ליכולת הפרדה בין המשך פעילות הלב לאי-פעילות המוח והנשימה העצמית, דבר שלא היה קיים בעבר.
- ההתפתחויות בתחום השתלת איברים הביאו ליכולת רפואיות וטכניות להצלת חיים במידה שאיננה עוד בגדר ניסוי רפואי. ההצלחות בתחום השתלות האיברים אינן שונות מניתוחים גדולים אחרים.
- המהימנות המדעית-רפואית בקביעת רגע המוות, על פי כל אחת משלוש ההגדרות לעיל, היא גבוהה ביותר, ועולה על היכולת שהיתה לכך בשנים עברו. על מנת לוודא שאמנם אין טעות בקביעת רגע המוות (לבני או מוחי) – יש צורך בנהלים קליניים ברורים ומחייבים, ובאישור מעבדתי של המצב הנטען.
- פוסקי דורנו חלוקים בשאלה מתי חל רגע המוות. במאמר זה יובאו השיטות השונות, ויוכח כי על פי מקורות הש"ס והפוסקים רגע המוות באדם הנחזה כמת, כשהוא ללא הכרה וללא תגובות, נקבע במצב שבו הנשימה פסקה לחלוטין ובאופן בלתי הפיך.
- מצב של היעדר נשימה מוחלט ובלתי הפיך יכול להיקבע על ידי נסיבות המקרה (כגון הותז הראש, או קבור תחת מפולת בימים שלא היו אמצעי החיאה), או באמצעות הוכחה מדעית שפעילות חיונית לצורך הנשימה פסקה לחלוטין. הפסקה זו יכולה להיות או באמצעות בדיקת הלב, או באמצעות בדיקת גזע המוח, באותה מידה.

ג. רקע היסטורי

ההגדרה הקלאסית – מאז ומעולם היה מקובל כמעט בכל התרבויות לקבוע את רגע מותו של האדם בעת הפסקת פעילות הנשימה והלב כאחד.

השינוי בהגדרה במאה ה"ח – פולמוס נרחב התעורר במאה ה"ח למניינם במדינות אירופאיות בנושא קביעת רגע המוות, ובהשלכה המיידית שהיתה לקביעה זו על שעת קבורת הנפטר. בשנת 1772 הוציא הדוכס ממקלנבורג פקודה האוסרת קבורה מהירה ומוקדמת, ודרש שלא יקברו נפטר טרם שיעברו שלושה ימים מעת קביעת מותו על ידי רופא על פי הסימנים של היעדר נשימה והיעדר דופק. סימן המוות שנדרש על פי פקודה זו היה הופעת כתמי מוות ועיכול בשר. המטרה היתה למנוע קבורת אנשים חיים, באשר היתה שכיחות משמעותית של טעויות רופאים בקביעה הבלתי-הפיכה של מוות נשימתי-לבבי. החששות מפני טעויות כאלו היו כה נפוצות עד שנהגו לקבור את המתים בארון מיוחד, אשר הכיל מנגנון לכניסת אוויר לארון הקבורה, ואפשרות להשמיע צלצול על פני הקרקע אם הנקבר היה עדיין חי¹.

אכן, פקודה זו של הדוכס עוררה פולמוס הלכתי בין היהודים באותה תקופה. המשכילים, ובראשם משה מנדלסון, יצאו בהגנה על הוראתו של הדוכס. מנדלסון פרסם מאמר מקיף, המוכיח שעל פי ההלכה צדקה פקודה זו². אמנם המאמר נכתב בעילום שם, אך כיום ידוע שהמחבר היה משה מנדלסון³. באותה תקופה היו גם רופאים יהודים תלמידי חכמים, שטענו שיש להשהות את הנפטר שלושה ימים קודם קבורתו, מכיוון שלדעתם אין כל סימן רפואי מובהק למוות, למעט כתמי מוות⁴. אכן, גדולי הפוסקים באותו זמן, ובראשם היעב"ץ, יצאו בתוקף נגד הוראת הדוכס, דחו את את כל הראיות ההלכתיות שלכאורה תומכות בפקודה זו, ודרשו לקבור את מתי ישראל סמוך לקביעת המוות הרפואית, כדי למנוע איסור בל-תלין⁵.

למרות כל זאת התקבלה פקודת הדוכס כחוק ברבות מהמדינות בתקופה זו, ובהן נאסרה קבורת המתים ביום פטירתם. חוק זה אף התקבל בהדרגה בין היהודים. הנושא התעורר מחדש בזמנו של החתם-סופר, אשר כתב: "וכמדומה לי, הואיל במדינת הקיסר הורגלו להלין מטעם המלך וגדוליו, נשכח הדבר עד שחשבוהו לדין

1. ראה – א. שטינברג, אנציקלופדיה הלכתית-רפואית, מהדורה שניה כרך ו, ע' רגע המות, עמ' 816-886, (מכון שלזינגר, ירושלים 2006).

2. ראה המאסף אדר תקמ"ה; בכורי העתים, תקפ"ג, עמ' 82 ואילך.

3. ראה בכורי העתים, תקפ"ד, עמ' 219 ואילך. ראיותיו – דין טומאה באבן מסמא עד שימוק בשר (נידה סט ב); הדין שפוקדים על המתים עד שלושה ימים מחשש שיש מי שנשאר חי, ואין בזה משום דרכי האמורי (שמחות ח א); הדין שמלינים את המת לכבודו (טושר"ע י"ד שז א).

4. ד"ר נפתלי הירץ שלעזינגער, שאלת חכם, פרנקפורט דאדר, תקנ"ז. וראה תפא"י נידה י ד.

5. היעב"ץ במכתב מיום ב' תמוז תקל"ב. נתפרסם בבכורי העתים, תקפ"ד, עמ' 229-232; הרב יהודה ליב מרגליות, הובאו דבריו בספרו של ד"ר שלעזינגער הנ"ל, עמ' כ. וראה עוד א. שטינברג, נועם, יט, תשל"ז, עמ' רי ואילך (הע' 77).

תורה⁶. אי לכך בירר החת"ם סופרמחדש את היסודות ההלכתיים לקביעת רגע המוות, והכריע לקבור את המת סמוך לקביעת המוות על פי סימנים קליניים מקובלים⁷.

השינוי בהגדרה במאה ה-20 – בדורות-עברו, בהיעדר אמצעי החיאה משוכללים, לא היה כמעט הבדל בזמן בין הפסקת פעולת הנשימה לבין הפסקת פעולת הלב, ושניהם התרחשו בתוך מספר דקות ללא יכולת התערבות חיצונית לשינוי המצב. במחצית השניה של המאה ה-20 חלו התפתחויות אדירות ברפואה ובטכנולוגיה הרפואית, אשר גרמו לשני תהליכים חשובים הנוגעים להגדרת רגע המוות:

א. פיתוחם של אמצעי החיאה משוכללים מאפשרים שימור תיפקוד נשימתי מלאכותי לזמן ארוך, גם לאחר הרס גזע המוח ששולט על הנשימה העצמונית, ועקב כך שימור התיפקוד הטבעי של הלב לזמן ארוך. דבר זה מאפשר הפרדה בזמן בין היעדר הנשימה עצמונית לבין פעילות לב תקינה.

ב. טכנולוגיות ניתוחיות חדישות וקידמה רפואית-מדעית הביאו להצלחות ברורות ומשמעותיות בהצלת חיים על ידי השתלת איברים. פעולה זו דורשת הגדרה שונה של רגע המוות.

ואמנם בשנות ה-60 הוגדר לראשונה על ידי רופאים המושג 'מוות מוחי', היינו מצב שבו יש הוכחה להפסקת פעילות המוח כולו, ובכלל זה גם נשימה עצמונית, באופן בלתי הפיך, למרות פעילות תקינה של הלב ומחזור הדם. קבוצת נירולוגים צרפתיים היו הראשונים שהגדירו את תיסמונת מות המוח בשם תרדמת בלתי-הפיכה בשנת 1959. קבוצה מאוניברסיטת הרווארד בארה"ב קבעה לראשונה כללים רפואיים למות המוח בשנת 1968.

קבוצות לאומיות ובינלאומיות שונות קבעו בסוף שנות ה-60 של המאה ה-20 את עקרונות מות המוח כמגדיר את מותו של האדם, וביניהם ארגון הבריאות העולמי, האסיפה הרפואית העולמית ה-22 באוסטרליה, וכן ארגונים רפואיים לאומיים במרבית מדינות אירופה ואמריקה. בשנת 1969 נוסחו בישראל לראשונה הכללים לקביעת המוות המוחי, בחוזר מטעם מנכ"ל משרד הבריאות. בשנת 1976 נקבעו כללים והנחיות לקביעת מות גזע המוח על ידי איחוד הקולג'ים הרפואיים המלכותיים והפקולטות שלהם בבריטניה, ובשנת 1981 נקבעו כללים מפורטים יותר, כולל הצורך באישורים מעבדתיים למות המוח, על ידי וועדה מטעם נשיא ארה"ב.

בשנים הראשונות לאחר ניסוח העקרון של מוות מוחי ניתנו למעלה משלושים סדרות של קני-מידה רפואיים לקביעת האבחנה הזו. מאז נקבעו כללים רפואיים,

6. שו"ת חת"ם סופר ח"ד סי' שלח. יש לציין שתשובה זו נכתבה בשנת תקצ"ז (1837), כ-60 שנה אחרי הפקודה של הדוכס, וכבר הפך להיות מנהג נפוץ מאד אפילו בין היהודים.

7. ראה להלן בחלק ההלכתי (להלן עמ' 177-191).

וניתנו הצדקות מוסריות ואחרות לקביעת רגע המוות על פי קני-מידה מוחיים⁸. אכן, עד לשלהי המאה ה-20 לא נקבעו כללים אחידים במדינות השונות, וקיימים הבדלים רבים בהנחיות של המדינות השונות ביחס למספר הרופאים הנדרשים לקבוע את המוות המוחי, המומחיות הנדרשת מהרופאים הקובעים את המוות המוחי, משך הזמן הדרוש לקביעת המוות המוחי, והצורך בשימוש באמצעי עזר אבחנתיים לאישור המוות המוחי.

קביעת קני-המידה לרגע המוות המוחי הוגדרה בתחילה רק עבור מבוגרים וילדים מעל גיל 5 שנים. בשנת 1987 פורסמו לראשונה הנחיות מוסמכות שסוכמו על ידי גופים מדעיים ומשפטיים בארה"ב לקביעת המוות המוחי בילדים. אמנם יש לציין כי חלק מהממדים הקובעים מצב של מוות מוחי במבוגרים אינם זהים בילדים, ויש צורך בהתאמתם.

בעד ונגד עקרון מות המוח – כל מדינות העולם המערבי, ורוב ככל הרופאים והפילוסופים קיבלו את מות המוח כהגדרת מותו של האדם, הן מבחינה חברתית-תרבותית, והן מבחינה חוקית. בארה"ב התקבלה הגדרת רגע המוות על פי קני-מידה מוחיים ('מות המוח כולו') בכל המדינות המרכיבות אותה. באחת המדינות (מדינת ניו-ג'רסי) התקבלה גם ההסתייגות המכבדת את זכותו של הפרט להתנגד לקביעת רגע המוות המוחי מסיבות דתיות.

אכן, ישנן קבוצות שונות הממשיכות להתנגד להגדרה זו בגלל סיבות שונות:

היפנים סבורים, שמבחינת השקפתם הדתית-חברתית קביעת המוות לפני הפסקת פעילות הלב היא מוקדמת, בלתי טבעית, ומפריעה בסדרי המוות הפולחניים (ואמנם בגין זאת לא בוצעו ביפן עד שלהי המאה ה-20 השתלות איברים התלויים בהגדרת המוות המוחי כגון לב, כבד, ריאות); בהודו ובסין יש קבוצות אתניות-דתיות רבות שמסתייגות מתפיסת המוות המוחי; כמה קבוצות של אינדיאנים אמריקאיים מתנגדים מסיבות דתיות ותרבותיות שלהם למות המוח כקביעת מותו של האדם; דנמרק היתה המדינה המערבית היחידה, אשר המועצה האתית המייעצת שלה המליצה להתנגד להגדרה של מוות מוחי, ולדבוק בהגדרה של מוות לבבי, בעיקר בגלל התחושה הרגשית של אנשים רבים שאדם שליבו פועם הוא אדם חי, דבר הנובע מהרגל של דורות רבים (באותה החלטה נקבע שאמנם מותו של האדם תלוי בהפסקת פעילות הלב, אבל מאידך מותר לקצור איברים מאדם שמת מוות מוחי, אף על פי שליבו עדיין פועם, וזו החלטה תמוהה).

כמו כן יש פילוסופים ורופאים גם בעולם המערבי שלא קבלו את הגדרת מותו של האדם בעת מות המוח, אלא דווקא לאחר הפסקת פעילות הלב⁹.

8. ראה רשימה חלקית של וועדות שונות שדנו בנושא וקבעו הנחיות שונות במאמר – א. שטינברג, נועם, יט, תשל"ז, עמ' רי ואילך; הנ"ל, אנציקלופדיה הלכתית-רפואית, מהדורה שניה כרך ו, ע' רגע המות, עמ' 886-816, (מכון שלזינגר, ירושלים 2006).
9. ראה רשימה חלקית בנידון באנציקלופדיה הלכתית-רפואית, שם.

גם מבחינה ציבורית מסתבר שיש תחושה לא נוחה ביחס לקביעת מותו של אדם בהתאם לקני-מידה מוחיים, ובפרט כאשר מדובר בתורם איברים. לפיכך, יש הממליצים להפוך אדם לתורם איברים רק לאחר הפסקת פעולת הלב והנשימה במשך חמש דקות.

אכן, למרות ביקורות מדעיות ופילוסופיות שונות נותרה התפיסה ההגדרתית של מות האדם בעת מות המוח כולו כתפיסה המקובלת ביותר אצל מרבית הרופאים, האתיקאים והמחוקקים בעולם.

מבחינת ההלכה שנויה שאלה זו במחלוקת¹⁰. השאלה של קביעת רגע המוות מבחינת ההלכה לאור החידושים הרפואיים, ההנחיות והחוקים בדבר מוות מוחי עוררה סערה רבתי בקרב הציבור היהודי הדתי בישראל ובארה"ב. כנסים רבים, לאומיים ובינלאומיים, הוקדשו לדיון בנושא זה. כמו כן נכתבו מאמרים רבים וספרים אחדים בנידון. הוויכוח חרג לעתים מדיון הלכתי-למדני-אקדמי והפך לויכוח אישי ואף מפלגתי-פוליטי.

ד. רקע מדעי

'מוות לבבי', היינו קביעת רגע מותו של האדם לפי קני-מידה של היעדר פעילות נשימתית ופעילות לבבית, נקבע בדרך כלל על ידי האזנה לקולות הנשימה והלב, בדיקת דפקים היקפיים, בדיקת לחץ-דם, ובדיקת אק"ג. הדעות חלוקות ביחס למשך הזמן של היעדר מוחלט של כל התיפקודים הללו הנדרש לקביעת המוות.

פעילות הלב – הלב מכיל קוצב טבעי-עצמאי. לפיכך, בתנאים מתאימים כשיש אספקת חמצן, דם וחומרי מזון ללב, מסוגלת המערכת הפנימית של הלב להפעילו גם ללא השפעת מרכזי המוח. מצב כזה יכול להימשך מדקות אחדות ועד לשבועות אחדים. יש להדגיש, שהחיות העצמית של הלב יכולה להיראות ולהתקיים גם מחוץ לגוף, כשמניחים את הלב בצלוחית-מעבדה כשהוא מוקף ושרוי בתנאים פיסיוולוגיים מתאימים. לפיכך, יכולה פעילות הלב להימשך גם כאשר פעילות המוח והנשימה פסקו לחלוטין, ובלבד שמספקים ללב את הצרכים החיוניים על ידי הנשמה מלאכותית ותמיכה במחזור הדם.

'מוות מוחי', היינו קביעת רגע מותו של האדם לפי קני-מידה של היעדר פעילות מוחית ונשימתית, נקבע על ידי סדרה של בדיקות המפורטות בחוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות בנושא קביעת מוות מוחי¹¹.

הגדרה – קביעת רגע המוות על פי קנה-מידה מוחי ('מוות מוחי') מוגדר כאיבוד מוחלט, מלא ובלתי-הפיך של כל פעילות המוח, כולל גזע המוח.

10. ראה להלן בחלק ההלכתי (להלן עמ' 177-191).

11. מובא כנספח ב' באנציקלופדיה הלכתית רפואית, (א. שטינברג) מהדורה שנייה, כרך ו' עמ' 870-876 (הוצאת מכון שלזינגר, ירושלים, 2006).

לשם כך יש להוכיח את הסיבה לנזק החמור והבלתי-הפיך של המוח; לשלול נוכחות סיבות הפיכות למצב כזה (כגון, הפרעות חמורות במאזן חומצי-בסיסי, במאזן המלחים, או בתיפקודים הורמונליים); לשלול הרעלות שונות; ולוודא שהבדיקות נערכות בטמפרטורת גוף מעל 32° צלסיוס (או 90° פרנהייט).

מוסכם כיום כי בקביעת המוות על פי קנה-מידה מוחי יש צורך בהוכחת היעדר פעילות מוחית של המוח הגדול ושל גזע המוח. לעומת זאת, אין צורך בהוכחת היעדר פעילות של מערכת העצבים ההיקפית, ולפיכך נוכחות תיפקוד של עצבים היקפיים או החזרים גידיים אינם שוללים את אבחנת 'המוות המוחי'. כמו כן אין צורך בהפסקת פעילותן של בלוטות הפרשה שונות, כולל תת-הרמה (היפוטלמוס). מאידך, על פי ההגדרה הנ"ל כל עוד האדם נושם באופן עצמוני הוא חי, ולפיכך מצב 'צמח', תינוק חסר מוח, וחולים עם שטיון מתקדם, או נזק חמור אחר של המוח, אינם מוגדרים כמתים.

סיבות – הסיבות השכיחות והידועות למות המוח כוללות חבלת ראש חמורה, ובעיקר פציעה מוחית חודרת; דימום מוחי נרחב מאד; נזק מוחי נרחב מאד כתוצאה מחוסר חמצן וזרימת דם למוח; גידולים מוחיים נרחבים; מחלות קשות של חילוף חומרים; ואי-ספיקה חמורה של איברים חיוניים. שכיחות קביעת מוות מוחי במרכזים גדולים נעה בין 25 ל-30 מקרים בשנה.

תנאים הכרחיים – המוות המוחי נקבע רק בנוכחות שלושה ממצאים הכרחיים: תירדמת או חוסר תגובה מוחלט לעצמו ולסביבתו; היעדר מוחלט של החזרים של גזע המוח; והיעדר מוחלט של נשימה עצמונית (ראה בחוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות בנושא קביעת מוות מוחי¹² על השיטה רפואית לבדיקות אלו).

קביעת 'רגע' מוות לבבי יכול להיעשות בכל תנאי. לעומת זאת קביעת 'רגע' מוות מוחי יכול להיעשות רק באדם המחובר למכונת הנשמה. שכן בהיעדר תמיכה מלאכותית לנשימה ימות הלב בתוך מספר דקות מעת הפסקת הנשימה ומות המוח.

מהימנות – במשך השנים התפתחו והשתכללו הכללים וקני-המידה לקביעת רגע המוות המוחי, וכיום הקביעה היא מהימנה ביותר, על אף הבדלים שונים שעדיין קיימים בין פרוטוקולים שונים. דבר זה נכון במבוגרים ובילדים מעל גיל 5 שנים, אך עדיין קיימת שונות רבה ומשמעותית בין מרכזים שונים בקביעת המוות המוחי בילדים מתחת לגיל 5 שנים. ואמנם בפועל נקבע מוות מוחי בילדים בשכיחות נמוכה למדי – 0.65-0.9% מכלל המאושפזים ביחידות לטיפול נמרץ.

יש הסבורים, שאבחנת מות המוח באמצעים קליניים בלבד היא מהימנה בהחלט; ויש הסבורים, שאבחנה מהימנה של מות המוח דורשת גם אישור מעבדתי. ואמנם יש מדינות המחייבות בחוק תוספת של בדיקה מעבדתית לאישור מות המוח.

12. מובא כנספח ב' באנציקלופדיה הלכתית רפואית, (א. שטינברג) מהדורה שנייה, כרך ו' עמ' 870-876 (הוצאת מכון שלזינגר, ירושלים, 2006).

פיסולוגית הנשימה – הריאות מבצעות את פעולות הנשימה, היינו שיחלוף הגזים החיוניים לחיים: הכנסת חמצן לרקמות (בשלב הנשימה), והוצאת דו-תחמוצת הפחמן מן הרקמות (בשלב הנשימה). אכן הנשימה, בניגוד לפעילות הלב, מופעלת באופן מוחלט ובלעדי על ידי מרכז הנשימה בגזע המוח. הפקודות העצביות של המוח מפעילות את שרירי בית החזה והסרעפת, אשר מרחיבים ומכווצים את הריאות לסירוגין, וכך מתבצעות הנשימה והנשימה. לפיכך, היעדר פעילות הנשימה היא תוצאה של נזק סופי ובלתי-הפיך של מרכז הנשימה בגזע המוח.

קיים קשר ישיר בין גזע המוח לבין הנשימה, אך אין קשר ישיר בין גזע המוח לבין פעילות הלב. הפסקת פעילות הלב תגרום להפסקת אספקת חמצן ומזון למוח ולכן המוח ימות, אך מות המוח יכול לקרות גם כתוצאה מהפסקת פעילותם של איברים חיוניים אחרים, כמו הכבד או הכליות, בגין הרעלה הממיתה את תאי המוח, ובכך אין הבדל בין הלב לבין איברים חיוניים אחרים.

פעילות הלב במצב של מוות מוחי – מרבית האנשים שאובחן אצלם מוות מוחי ליבם יפסיק לפעום בתוך שעות עד ימים אחדים למרות טיפול בהנשמה. אכן, תוארו מקרים בהם פעילות הלב נמשכה מספר חדשים ואף מספר שנים. מכל מקום, גם במקרים אלו לא חזרה היכולת לנשימה עצמונית, ולא חל שיפור או שינוי כלשהו במצב ההכרה.

הרקע הרעיוני – תפיסת היסוד המדעית-רפואית לקבלת מות המוח כמות האדם נעוצה בהנחה שבהיעדר תיפקוד מוחי מתבטלת האינטגרציה הנחוצה לקיום יתר האיברים, ובמצב כזה אין הם אלה מיקבץ של איברים, שבתוך זמן קצר יפסיקו לפעול. אכן, לאור נתונים על תיפקוד ממושך של איברי הגוף בנוכחות מוות מוחי מוכח, נסתרת הנחה זו.

תפיסת היסוד הפילוסופית-ערכית לקבלת מות המוח כמות האדם נעוצה בייחודיות של תיפקוד מוח האדם לעומת מוחם של כל יתר בעלי החיים. האדם מוגדר כאישיות וכיצור מיוחד רק בגין הייחודיות התיפקודית של המוח. על כן, בהיעדר תיפקוד מוחי אין עוד משמעות לאדם. גם גישה זו בעייתית היא, שכן לפי תפיסה זו די לקבוע את מות האדם בהיעדר תיפקוד של המוח הגדול בלבד, שכן המשך תיפקוד גזע המוח אמנם מאפשר נשימה ופעילות לבבית עצמונית, אך אין בזה שום מותר האדם על הבהמה. יתר על כן, לפי תפיסה זו עלולים להגדיר כ'מתים' גם אנשים עם פיגור עמוק, עם שטיון עמוק, או במצב של חוסר הכרה קבוע. כל אלו אינם מוכרים כמצבים של מות האדם, ולפיכך אין בתפיסה זו הסבר לקבלת מות המוח כולו, היינו המוח הגדול וגזע המוח כאחד, משום מות האדם.

על התפיסה הרעיונית-ההלכתית בהגדרת 'מות המוח' כמות האדם – ראה להלן בחלק ההלכתי (להלן עמ' 177-191).

מקור: אנציקלופדיה הלכתית-רפואית, ערך "רגע המוות", כרך ו, עמ' 816-
2006, 832