



## היבטים הלכתיים ואתיים בהתערבות הורמונלית לפתרון בעיות הלכתיות\*

■ הקדמה ■ שאלות אתיות בשימוש הורמונלי לפתרון בעיות הלכתיות ■ חששות רפואיים ותופעות לוואי בטיפול הורמונלי ■ היקש משיקולים אתיים בשימוש הורמונלי לצרכים שאינם רפואיים ■ התמודדות ההלכה עם הסיכון לחיים בטיפולים רפואיים: טיפול רפואי הכרוך בסיכון במחלות מסכנות חיים; טיפול רפואי הכרוך בסיכון במצבים שאינם מסכנים חיים; נטילת סיכון בהקשרים לא רפואיים; נטילת סיכון במהלך התנהגות מקובלת ■ חששות רגשיים וכיבודם: היסוסם של רופאים לתת תרופות כמענה לבעיות הלכתיות; חששו של המטופל לקבל טיפול הורמונלי כמענה לקושי הלכתי ■ סיכום ■ נספח: היקפה של בעיית העקרונות ההלכתית; אורך המחזור ומועד הביוץ - תוצאות מחקר ראשוני בקרב נשים שומרות הלכה

\* מאמר זה הוא גרסה מעובדת ומעודכנת של מאמרנו, Tova Ganzel & Deena Rachel Zimmerman, *Ethical Issues in the Use of Hormonal Intervention for Religious Concerns*, 21 NASHIM 29 (Spring 2011). אנו מבקשות להודות ל"קרן הזיכרון לתרבות יהודית" על המענק שקיבלנו ממנה, שאפשר לנו לערוך את המחקר שתוצאותיו מובאות להלן בנספח.

## הקדמה

שתי סוגיות אתיות הקשורות במתן הורמונים עולות לדיון הלכתי ורפואי: הראשונה, המכוונת לרופאים, היא השאלה אם נכון מנקודת מבט אתית להשתמש בהורמונים כדי לפתור בעיה שאינה רפואית; השנייה, המכוונת לרבנים, היא הבעיה האתית של השימוש המרובה בהפניית נשים לקבלת טיפול הורמונלי כמענה לבעיות הלכתיות. תחילה נדון בטענה שיש בעיה אתית בהתערבות רפואית שלא לצורך רפואי. נעשה זאת באמצעות הצגת מכלול של דוגמאות לטיפול הורמונלי מסיבות שאינן רפואיות, כגון: השפעה על מועד הביוץ או המחזור; שיפור הכושר הגופני; השפעה על הגדילה; פצעי אקנה ועוד. הדיון בעניינים אלה עוסק בין היתר באתיקה של הרפואה. לאחר מכן נצביע על הדרך שנקטו הפוסקים בהתמודדות בשאלת נטילת סיכונים לצרכים רפואיים וצרכים שאינם רפואיים.

## שאלות אתיות בשימוש הורמונלי לפתרון בעיות הלכתיות

טהרת המשפחה. לבני הזוג אסור לקיים יחסי אישות אם יצא דם מרחם האישה שלא כתוצאה מפצע. הדוגמה הנפוצה ביותר היא בזמן המחזור. אולם גם בנסיבות אחרות אסור לבני הזוג לקיים יחסי אישות, ובכלל זה: דימום כתוצאה מנטילת אמצעי מניעה הורמונליים, טיפול הורמונלי, דימום בזמן היריון או ביוץ, ודימום בין-וסתי התלוי בנסיבות רפואיות אחרות. נוסף על זה, גם התרחבות צוואר הרחם במהלך פרוצדורה רפואית מסוימת עשויה לגרום לאישה להיות נידה. במקרים מסוימים, בזמן מחזור או דימום בין-וסתי, גם כתמים קטנים שמקורם ברחם עשויים לגרום לאישה להיות נידה. וראוי להדגיש כי דימום שאין לו חשיבות מנקודת מבט רפואית עלול לאסור בני זוג מלקיים יחסי אישות.

במצבים שונים, בשל נסיבות הלכתיות, לא רפואיות, נשים פונות לקבל טיפול הורמונלי, כגון: הימנעות מחופת נידה, "עקרות הלכתית" וסדרי עדיפות אישיים שנעמוד עליהם בהמשך דברינו.

הימנעות מחופת נידה. חופת נידה נערכת אם בני הזוג אסורים ביחסי אישות בליל החופה. מקובל היה לאורך הדורות לעשות מאמץ לקבוע את מועד החופה בהתאם למחזור הטבעי של האישה, ביום שצפוי שלא תהיה נידה. בימינו, כלות רבות פונות לקבלת טיפול הורמונלי כדי להימנע מחופת נידה. וראוי לציין כי לא די לוודא שיום החופה לא ייקבע בזמן המחזור של האישה, ויש להבטיח שהדימום ייפסק לפחות שבוע לפני החופה, כדי שתוכל האישה לספור שבעה ימים נקיים מכל הפרשה רחמית בעלת גוון דמי האוסר

## היבטים הלכתיים ואתיים בהתערבות הורמונלית לפתרון בעיות הלכתיות

אותה. תכנון המחזור של הכלה מתוך כוונה להבטיח שלא תהיה חופת נידה נעשה בדרך כלל על ידי שילוב של אסטרוגן ופרוגסטרון במינונים המשמשים בדרך כלל כאמצעי מניעה או לחלופין רק על ידי פרוגסטרון.<sup>1</sup>

**עקרות הלכתית.** טיפול הורמונלי ניתן גם כמענה למצב הנקרא "עקרות הלכתית".<sup>2</sup> בעיית פוריות מסוג זה מתרחשת כשהאישה אינה מצליחה להרות, כיוון שבני הזוג אסורים ביחסי אישות בזמן הביוץ.<sup>3</sup> בספרות הרפואית נזכרים כמה אמצעים לדחיית הביוץ, כגון מתן הורמונים או תרופות הדומות להורמונים, הכוללות את שלוש הקטגוריות של תרופות הניתנות לטווח קצר בתחילת המחזור החודשי: אסטרוגן המשמש בדרך כלל כתחליף להורמון הטבעי; אמצעי מניעה הורמונלי משולב; כלומיפן ציטראט (clomiphene citrate) הניתן לזירוז הביוץ.<sup>4</sup>

**סדרי עדיפות אישיים.** לעתים נעשה שימוש באמצעים הורמונליים לצרכים שאינם רפואיים משיקולים אישיים של בני זוג המבקשים לשנות את מועד הנידוד, כך למשל: כשבני הזוג מתכננים לצאת לחופשה בזמן שנופל בו המחזור הטבעי של האישה; עקב סדרי עבודתה של האישה; עקב התחייבות אחרת כמו שירות בצבא, שבגינה הבעל נעדר לפרקי זמן ארוכים ומגיע לחופשות קצרות - כל אלה עלולים לחייב את בני הזוג בהפרדה ממושכת. במצבים הללו, ניתן לדחות את מחזור האישה באמצעות פרוגסטרון (שאינו פוגע בביוץ) או לחלופין (כשבני הזוג מעוניינים גם להימנע מהיריון) על ידי שליטה מלאכותית במחזור הטבעי של האישה בשילוב אמצעי מניעה הניתנים לשימוש גם בתקופות שהזוג מתקשה בשמירה לזמן ממושך של הלכות נידה. התרופות הללו יכולות להאריך את הזמן בין הדימומים ולהרבות את מספר הימים שבני הזוג מותרים בהם ביחסי אישות.

---

1 ראה אלחנן בראון ודינה רחל צימרמן "מתי מוצדקת התערבות הורמונלית למניעת חופת נידה" **אסיא** כ (ג-ד) 96 (התשס"ז). וראה **אסיא**, שם, עמ' 102-106, תגובתה של חנה קטן ותשובת המחברים לדבריה.  
2 טובה גנזל ודינה צימרמן "עקרות הלכתית - אבחון וטיפול הלכתי-רפואי" **אסיא** כב (א-ב) 60 (התשס"ט); טובה גנזל, דינה רחל צימרמן ותרצה קלמן "עקרות הלכתית - מאמר המשך" **אסיא** כג (ג-ד) 53 (התשע"ב).  
3 ראה להלן, בנספח למאמר זה, נדבך משלים לפולמוס אודות היקפה של העקרות ההלכתית.  
4 Yael Yairi-Oron, Jacob Rabinson & Raoul Orvieto, *A Simplified Approach to Religious Infertility*, 86 FERTILITY AND STERILITY 1771 (2006); Michael H. Dahan, Mickey S. Coffler & Ketan S. Patel, *Oral Contraceptives for Inducing Ovulation Delay*, 50 JOURNAL OF REPRODUCTIVE MEDICINE 284 (2005).

## חששות רפואיים ותופעות לוואי בטיפול הורמונלי

חששות רפואיים אחדים מלווים את השימוש בתרופות המשנות את מועד המחזור. טיפול הורמונלי לנשים בגיל המעבר נקשר לעלייה ניכרת במקרי סרטן השד ומחלות הקשורות בקרישיות יתר של הדם, כמו תסחיף ריאתי או שבץ מוחי או התקף לב.<sup>5</sup> גם אמצעי מניעה הורמונליים משולבים נקשרו אף הם לסיכוכים כגון אלו.<sup>6</sup> שימוש בכלומיפן במסגרת טיפולי פוריות נקשר לסרטן הרחם והשד.<sup>7</sup> שימוש בפרוגסטרון נקשר גם לאירועים של קרישיות יתר.<sup>8</sup>

חשש לנזק בריאותי הועלה גם לגבי שימוש באמצעי מניעה הורמונליים למניעת היריון.<sup>9</sup> אמנם בעשורים האחרונים הופחתה כמות האסטרוגן באמצעי מניעה משולבים, אך גם מינון מופחת של אסטרוגן עלול להגדיל את הסיכוי לדימום בין-וסתי.<sup>10</sup> משום כך, פעמים רבות נשים השומרות הלכה משתמשות דווקא באמצעים הורמונליים שמינון האסטרוגן בהם גבוה.<sup>11</sup> עקב החשש מתופעות הלוואי של השימוש בהורמונלים, נמנעים לעתים בני הזוג מלהשתמש באמצעי מניעה הורמונליים, ויש מי שמעדיפים להשתמש באמצעי מניעה

---

5 Million Women Study Collaborators, *Breast Cancer and Hormone-Replacement Therapy in the Million Women Study*, 362 THE LANCET 419 (2003); Jill Miller, Benjamin K. Chan & Heidi D. Nelson, *Postmenopausal Estrogen Replacement and Risk for Venous Thromboembolism: A Systematic Review and Meta-Analysis for the U.S. Preventive Services Task Force*, 136 ANNALS OF INTERNAL MEDICINE 680 (2002).

6 Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, *Breast Cancer and Hormonal Contraceptives: Collaborative Reanalysis of Individual Data on 53,297 Women with Breast Cancer and 100,239 Women without Breast Cancer from 54 Epidemiological Studies*, 347 THE LANCET 1713 (1996); Kitty W. M. Bloemenkamp, Frits R. Rosendaal, Fran M. Helmerhorst & Jans P. Vandembroucke, *Higher Risk of Venous Thrombosis During Early Use of Oral Contraceptives in Women with Inherited Clotting Defects*, 160 ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE 49 (2000).

7 M. D. Althuis, K. S. Moghissi et al., *Uterine Cancer after Use of Clomiphene Citrate to Induce Ovulation*, 161 AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY 607 (2005); Louis A. Brinton, Bert Scoccia et al., *Breast Cancer Risk Associated with Ovulation-Stimulating Drugs*, 19 HUMAN REPRODUCTION 2005 (2004).

8 Catherine Vasilakis, Hershel Jick & Maria Melero-Montes, *Risk of Idiopathic Venous Thromboembolism in Users of Progestagens Alone*, 354 THE LANCET 1610 (1999).

9 ESHRE Capri Workshop Group, *Venous Thromboembolism in Women: A Specific Reproductive Health Risk*, 19 HUMAN REPRODUCTION UPDATE 471 (2012).

10 Sabrina Shrager, *Abnormal Uterine Bleeding Associated with Hormonal Contraception*, 65. AMERICAN FAMILY PHYSICIAN 2073 (2002).

11 Michael J. Rosenberg, Andrea Meyers & Vicki Roy, *ראה לדוגמה: Efficacy, Cycle Control, and Side Effects of Low and Lower Dose Oral Contraceptives: A Randomized Trial of 20 and 35 mg Estrogen Preparations*, 60 CONTRACEPTION 321 (1999).

## היבטים הלכתיים ואתיים בהתערבות הורמונלית לפתרון בעיות הלכתיות

לגברים, אלא שהשימוש בהם מוגבל מאוד על פי ההלכה.<sup>12</sup> וגם לעניין השימוש באמצעי מניעה לנשים, הרבה מן הפוסקים מעדיפים את השימוש באמצעי מניעה הורמונליים, ורואים באמצעים אחרים כמו דיאפרגמה או התקן תוך־רחמי, אמצעי מניעה רצוי פחות מבחינה הלכתית.<sup>13</sup>

אף על פי שעדיין לא נעשו מחקרים על הסיכונים הכרוכים בשימוש בהורמונים לטווח קצר, בין בטיפול בעקרות הלכתית בין בסידור הווסת מסיבות אחרות, המחקרים הנזכרים לעיל אכן מדאיגים. לעתים גם תופעות לוואי אחרות נקשרות בשימוש הורמונלי, שאמנם אינן מסוכנות, אך בהחלט אינן נעימות. אולם נושא זה אינו עומד בפני עצמו, ויש מקום להשוות את השימוש ההורמונלי הנעשה לצרכים הלכתיים הנקשרים עם ההקפדה על הלכות טהרת המשפחה לתחומים אחרים.

## היקש משיקולים אתיים בשימוש הורמונלי לצרכים שאינם רפואיים

האתיקה הרפואית מוגדרת כאיזון בין ארבעה עקרונות: עשיית טוב, התרחקות מעשיית רע, אוטונומיה וצדק. האפשרות הניתנת למטופל להכריע עצמאית על פי שיקול דעת היא מכרעת, וצריכה להיות הוכחה ברורה לגרימת נזק כדי לשלול ממנו את מבוקשו.<sup>14</sup>

שיפור הכושר הגופני. ניתן להשוות את השיקולים המוסריים הקשורים בהתערבות במחזור למטרות הלכתיות לשיקולים הנידונים בהקשר להעצמה בירפואית. אף על פי שיש דיון בשאלת ההגדרה הנכונה להעצמה בירפואית, מקובל להגדירה כ"התערבות שמטרתה איננה טיפול במחלה אלא שיפור תפקוד האנושי מעבר למה שנדרש להחזיק או לתקן בריאות האדם".<sup>15</sup> דוגמה נפוצה לזה היא השימוש בסטרואידים אנאבוליים (הורמונים המעודדים את גידול התאים וחלוקתם) כדי לשפר את התפקוד הספורטיבי או לפתח את הגוף, הנחשב מעשה לא חוקי, משום שהוא כרוך בסכנה למשתמש בתרופות, נוסף

---

12 ראה: שו"ת איגרות משה, אבן העזר, חלק ג, סימן כא; אבן העזר, חלק ד, סימן סז. אכן אף על פי שיש פוסקים המתירים להשתמש באמצעי מניעה לאיש, הקלות כגון אלו הן נדירות. ראה: שו"ת אחיעזר, חלק ג, סימן כד; אוצר הפוסקים ט (התשכ"ה), סימן כג, אות קיז, ס"ק לו. ואפילו בזיקה לבקרת זיהום, הרבה מן הפוסקים מתקשים להתיר את השימוש בהם.

13 ראה: שו"ת איגרות משה, אבן העזר, חלק ג, סימן ב; שו"ת חלקת יעקב, חלק ג, סימן סב; שו"ת ציץ אליעזר, חלק ט, סימן נא, פרק ב - הסוברים שמוטב שלא להשתמש בדיאפרגמה, שלא כדעת הרב נחום רבינוביץ, שו"ת שיח נחום, אבן העזר, סימנים צד-צה.

14 Tom L. Beauchamp & James F. Childress, Principles Biomedical Ethics (5th ed., Oxford University Press, 2001).

15 Peter Conrad & Deborah Potter, *Human Growth Hormone and the Temptations of Biomedical Enhancement*, 26 *Sociology of Health & Illness* 184 (2004).

על הפגיעה בשוויון בין המתחרים.<sup>16</sup> טיעונים דומים יכולים להיטען גם בנוגע לתרופות הניתנות כדי להיטיב את התפקוד האקדמי של המשתמש בהן.

השפעה על הגדילה. מטרתו של הטיפול ההורמונלי בספורטאים ובסטודנטים הוא להפוך "טוב" ל"טוב יותר", ואילו השימוש ההורמונלי לשינוי המחזור החודשי בא להפחית את הלחץ הפסיכולוגי הנובע מן ההתנגשות של הדרישות ההלכתיות עם הצרכים הבסיסיים של בני הזוג. ההיקש המתאים ביותר לעניין זה הוא אולי השימוש בהורמון גדילה לטיפול במי שקומתם נמוכה. נטען, אך לא הוכח מעולם, שקומה נמוכה עשויה להשפיע לרעה על הערכתו העצמית של האדם.<sup>17</sup> בתחילה, ניתן טיפול בהורמון גדילה רק לילדים שסבלו ממחסור של ההורמון, מתוך הנחה שילד שייצור הורמון זה על ידי גופו לוקה בחסר, צריך לקבל אותו באמצעות טיפול תרופתי, בדומה לילד סוכרתי שייצור האינסולין בגופו לוקה בחסר. אולם עם הזמינות הגבוהה של ההורמון, בגלל טכנולוגיית דנ"א רקומביננטי (recombinant DNA),<sup>18</sup> הנוהל שהיה מקובל השתנה במידה ניכרת.<sup>19</sup> עתה, ההחלטה על מתן הורמוני גדילה אינה תלויה בהכרח בחסך הורמונלי אלא ברצון לשפר את הגובה. נוסף על זה, ראוי לציין שההיקפים והצידוקים של השימוש בהורמון גדילה לטיפול בבעלי קומה נמוכה הולך וגובר, על אף הספק בהנחת היסוד שמי שהוא נמוך קומה סובל מהערכה עצמית נמוכה.<sup>20</sup>

ראוי לציין כי התערבות בגדילה נעשית גם באמצעות מתן הורמונים נשיים. האסטרוגן משמש ל"טיפול" בהגבלת קומה גבוהה בקרב בנות, אף על פי שאין מחקר פורמלי המתעד את התדירות של הסבל הפסיכולוגי שטיפול זה נועד להקל אותו. נראה לנו שהבעיות

---

16 Don H. Catlin & Thomas H. Murray, *Performance-Enhancing Drugs, Fair Competition, and Olympic Sport*, 276 JAMA 231 (1996).

17 Judith L. Ross et al., *Psychological Adaptation in Children with Idiopathic Short Stature Treated with Growth Hormone or Placebo*, 89 JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM 4873 (2004); David E. Sandberg, William M. Bukowski, Caroline M. Fung & Robert B. Noll, *Height and Social Adjustment: Are Extremes a Cause for Concern and Action?*, 114 PEDIATRICS 744 (2004).

18 זוהי מולקולת DNA הנוצרת באופן טבעי או במעבדה כתוצאה מציורף מחדש של מקטעי DNA מכמה מקורות, על פי רוב מכמה מיני אורגניזמים.

19 השינויים המשמעותיים שחלו בנסיבות שמומלץ לתת בהן טיפול תרופתי הורמונלי בקרב רופאי ילדים אנדוקרינולוגים הם דוגמה טובה לתמורות שחלו באתיקה רפואית, בדומה לכלל ההלכתי "דשו ביה רבים", שנעמוד עליו בהמשך דברינו.

20 Pinchas Cohen et al., *Consensus Statement on the Diagnosis and Treatment of Children with Idiopathic Short Stature: A Summary of the Growth Hormone Research Society, the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society, and the European Society for Paediatric Endocrinology Workshop*, 93 JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM 4210 (2008).

## היבטים הלכתיים ואתיים בהתערבות הורמונלית לפתרון בעיות הלכתיות

האתיות העולות בשאלת הטיפול ההורמונלי לצרכים הלכתיים דומים מאוד לאלה העולות בשאלת הטיפול בקומה נמוכה וגבוהה.<sup>21</sup>

**פצעי אקנה.** הגלולות למניעת היריון משמשות גם לטיפול רפואי מקובל בפצעי אקנה, אף על פי שמדובר בבעיה קוסמטית בלבד. יתרה מזו, מחקר שדן בעניין זה מעלה שניתן לספק לאישה גלולות למניעת היריון לטיפול באקנה רק אם היא זקוקה גם לאמצעי מניעה,<sup>22</sup> אלא שלמעשה הן מסופקות גם לנשים ונערות שאינן נוטלות את הגלולות כאמצעי מניעה.

הדוגמה הזאת מעידה גם היא שעל אף ההסתייגות הראשונית של הקהילה הרפואית מן השימוש ההורמונלי לצרכים שיש להם זיקה לאורח חיים יותר מזיקה לבעיות רפואיות, ההורמונים ניתנים גם כפתרון לבעיה קוסמטית כדבר שבשגרה.

## התמודדות ההלכה עם הסיכון לחיים בטיפולים רפואיים

הפוסקים דנו בסוגיות שניתן ללמוד מהן על יחס ההלכה לנטילת תרופות הכרוכות בסיכון רפואי.

### טיפול רפואי הכרוך בסיכון במחלות מסכנות חיים

הרמב"ם פוסק שאסור לאדם לחבול בעצמו (משנה תורה, חובל ומזיק, פרק ה, הלכה א). וראוי לציין שהחבלה אסורה גם אם אין בה סכנה כלל. נוסף על זה, נפסק ב"שולחן ערוך" שיש מצוות עשה להסיר כל מכשול העלול לגרום לסכנת חיים (חושן משפט, סימן תכז, סעיף ח). והרמ"א פוסק שהאדם חייב להימנע מכל סכנה (יורה דעה, סימן קטז, סעיף ה). אמנם עיון מעמיק יותר בספרות ההלכה מראה שאם הסיכון נלקח כדי להציל את האדם או להאריך את חייו, הפוסקים מתייחסים לשאלה זו תוך התייחסות למכלול ההיבטים הכרוכים בה.

בדיונו בשאלת פרוצדורה רפואית מצילת חיים הכרוכה בסכנה, הרב יעקב ריישר מתיר אותה אם יש בה סיכוי להצלת חיי החולה, אף על פי שאם תיכשל, ימות החולה מוקדם ממה שצפוי לולא הטיפול הרפואי (שו"ת שבות יעקב, חלק ג, סימן עה; מובא בפתחי תשובה, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק א). בדומה לזה, מתירים המהרש"א (גיליון מהרש"א,

Dana Harding, Jason Woo, Robert Butsch & Beverly Huett, *Current Prescribing Practices 21 and Opinions about Growth Hormone Therapy: Results of a Nationwide Survey of Paediatric Endocrinologists*, 66 CLINICAL ENDOCRINOLOGY 85 (2007)

Ayodele O. Arowojolu, Maria F. Gallo, Laureen M. Lopez & David A. Grimes, *Combined Oral 22 Contraceptive Pills for Treatment of Acne*, 7 COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEW (2012)

יורה דעה, סימן קנה, סעיף א) והרב אברהם דנציג (בינת אדם, שער איסור והיתר, סימן עג, סעיף עג) והרב יעקב אטלינגר (שו"ת בניין ציון, סימן קיא) - לבצע הליכים רפואיים בחולה סופני, גם אם כישלון ההליכים עלול לזרז את מותו של המטופל.

הרב חיים עוזר גרודזנסקי הלך עוד צעד אחד, והתיר לנתח חולה, אף על פי שהיה סיכוי רב שהניתוח לא יצליח ואף יקרב את מותו של המטופל, שתוחלת חייו הייתה כשישה חודשים (שו"ת אחיעזר, חלק יורה דעה, סימן טז). בדיון מפורט בדברי ה"אחיעזר", מרחיב הרב משה פיינשטיין את ההיתר לכל חולה שתוחלת חייו פחות משנה בלא הניתוח בתנאי שיש סיכוי שימות בכל יום (שו"ת איגרות משה, יורה דעה, חלק ג, סימן לו). הרב פיינשטיין מציין גם שההליך נעשה בניסיון להסיר לגמרי את סכנת המוות, ולא רק להאריך חיי מטופל העלול למות בכל רגע. בתשובה אחרת, הרב פיינשטיין חוזר על דעתו המקילה ומתיר התערבות רפואית בחולה סופני, אף כשיש סבירות גבוהה יותר שההליך יקצר את חייו של המטופל, אם יש סיכוי כלשהו שהטיפול יאריך את חיי החולה (שם, יורה דעה, חלק ב, סימן נח).<sup>23</sup>

בניגוד לדעותיהם של החכמים הללו, הרב ישראל ליפשיץ מצמצם את ההיתר למקרים שבהם הסיכון בביצוע ההליך קטן מן הסיכון באי ביצועו (תפארת ישראל, יומא ח, ז, בועז, ס"ק ג). כלומר, הוא מגביל את ההיתר לביצוע הליכים שסיכויי ההצלחה שלהם נמוכים, אך יש בהם פוטנציאל לריפוי אם יעלו יפה. נוסף על הדעות הללו, הדנות בביצוע הליכים רפואיים מסוכנים בחולים במחלות מסכנות חיים, הרב אליעזר וולדנברג מתיר לבצע הליך רפואי מסוכן גם כשהמטרה היא ריפוי מחלת נפש המסכנת את חיי החולה, כשיפגע בעצמו (שו"ת ציץ אליעזר, חלק ד, סימן יג).

### טיפול רפואי הכרוך בסיכון במצבים שאינם מסכנים חיים

שאלת נטילת סיכונים בהיעדר איום מיידי לחיי החולה נידונה בהלכה בהקשר לכשרותם של ניתוחים קוסמטיים. הרב אליעזר וולדנברג מתנגד לדבר הן מטעם האיסור להיכנס לסכנה הן מטעם איסור חובל (שו"ת ציץ אליעזר, חלק יא, סימן מא, אותיות ח-ט). ואולם הפסיקה המקובלת היא כדעת המתירים הליכים כמו ניתוח אף, אם הסבל או המבוכה של האדם גדולה, כגון הרב יעקב ברייש (שו"ת חלקת יעקב, חושן משפט, סימן לא) והרב

23 לפסיקה בעניין השתלות לב וכבד חרף הסיכון הרפואי למטופל הכרוך בהן, ראה: ספר אסיא ו (התשמ"ט), עמ' 15-40; ספר אסיא ז (התשנ"ד), שער ב, עמ' 121-238; ובעת האחרונה הראל דביר "טהרת נשים לקרבן פסח - שימוש באמצעים פרמקולוגיים" אסיא כד (ג-ד) 125 (התשע"ה).



## היבטים הלכתיים ואתיים בהתערבות הורמונלית לפתרון בעיות הלכתיות

משה פיינשטיין (שו"ת איגרות משה, חושן משפט ב, סימן סו).<sup>24</sup> יתרה מזה, הרב ברייש משתמש ברציונל שהרפואה כרוכה בסיכונים המותרים משום ריפוי, וקובע במפורש שיש הליכים קוסמטיים שהם בגדר ריפוי, ולכן הם מותרים. תשובותיהם מעידות שיש בהלכה מקום לרמה מסוימת של נטילת סיכון למען שיפור רמת החיים, ולא רק למען הצלת חיים או טיפול במחלה קשה.

הנחת היסוד של מי שמתירים הליכים קוסמטיים היא שהסיכון הכרוך בפרוצדורה הרפואית הוא מינימלי. לכן, הרב משה פיינשטיין אוסר הליך רפואי הכרוך בסיכון משמעותי למוות המיועד לאפשר למי שמרותק למיטתו לנהל אורח חיים תקין יותר, אף אם ההליך ישפר מהותית את איכות חייו (שו"ת איגרות משה, יורה דעה, חלק ג, סימן לו, ד"ה והנה כפי שכתב). בהקשר הלא-ניתוחי, הרב משה פיינשטיין דן בשאלה אם מותר לאישה לעשות דיאטה, לפני שהיא נישאת או לאחר מכן כדי לשפר את חזותה, והוא מתיר לאישה לעשות זאת אף אם מדובר בשינוי חיצוני ולא בסיכון בריאותי (שו"ת איגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן סה). זוהי דוגמה למגבלות שיש להיתר של נטילת סיכונים למען שיפור המראה.

### נטילת סיכון בהקשרים לא רפואיים

גם בהקשרים לא רפואיים, מותר ליטול מידה מסוימת של סיכון, כגון נטילת סיכון כדי לפרנס את המשפחה. ההיתר ליטול סיכון מקצועי מובע יפה בתלמוד: "ואליו הוא נושא את נפשו". מפני מה זה עלה בכבש ונתלה באילן ומסר עצמו למיתה? לא על שכרו?! (בבא מציעא ק"ב ע"א). הרב יחזקאל לנדא מרחיב את האמירה התלמודית ומתיר להתפרנס מעבודה כצייד על אף הסכנה הכרוכה בדבר (שו"ת נודע ביהודה, מהדורא תניינא, יורה דעה, סימן י). והרב וולדנברג מתיר גם לקחת סיכון כדי להציל אחרים, כגון רופא החושף את עצמו למחלות זיהומיות כחלק מטיפול בחולים (שו"ת ציץ אליעזר, חלק ט, סימן יז). מכאן שלעתים תוצאות חוקיות יכולות להצדיק אמצעים הדורשים מידה מסוימת של סיכון.

### נטילת סיכון במהלך התנהגות מקובלת

כדי לשקול עד כמה סיכונים מכריעים את היתרונות של מטרה מסוימת, מופעל לעתים קרובות העיקרון ההלכתי הנזכר בתלמוד: "כיון דדשו ביה רבים, שומר פתאים ה'" (יבמות

<sup>24</sup> ר' יעקב ברייש מתיר הן את החבלה הן את הכניסה לסכנה שבכל ניתוח, ור' משה פיינשטיין מתייחס רק לבעיית החבלה, ולא לבעיית הכניסה לספק סכנה, אף על פי שהלכה למעשה התיר לנתח, כלומר התיר את הכניסה לסכנה הרחוקה הקיימת בכל ניתוח.

יב ע"ב; נידה לא ע"א). כלומר, אם הסיכון קלוש, מותרת הפעילות הרגילה אף אם יש בה סיכון, ואנו סומכים על סיעתא דשמיא. לכן, מותר לאדם לקחת סיכון יום יומי כמו חציית כביש או נסיעה ברכב. הרמב"ן דן בהיתר לקחת סיכון רפואי קטן, כנכלל מטבעו, ברשות שנתנה התורה לרופא לרפא (תורת האדם, שער הסכנה; מובא בבית יוסף, יורה דעה, סימן רמא).

נראה שהשימוש בהורמונים באופן כללי נכלל בקטגוריה של התנהגות מקובלת. מיליוני נשים משתמשות באמצעי מניעה הורמונליים, ואין מאמץ כולל לשנות תופעה זאת. להפך. לעתים השימוש ההורמונלי משווק כבעל יתרונות בריאותיים. ואף על פי שהטיפול באמצעות תחליפי הורמונים לתסמינים של גיל המעבר פחת בעקבות פרסומם של מחקרים שהצביעו על חוסר יעילותם וסיכונים בריאותיים הכרוכים בנטילתם, ארגונים מקצועיים רבים ממשיכים לעודד את השימוש בהם.<sup>25</sup> כלומיפן ציטראט, המשמש לטיפול בעקרות הלכתית, מקובל גם בטיפול בבעיות פוריות.

ההלכה מתירה לנשים לקחת סיכונים בריאותיים כדי לטפל במצב החמור אך לא מסוכן של אי־פוריות, כולל שימוש בהורמונים, כגון כלומיפן ציטראט הממריץ את הביוץ או טיפולים כירורגיים או הרדמה לצורך הפריה מלאכותית, אף על פי שהאישה אינה חייבת במצוות פרייה ורבייה. בכל זאת, מותר לאישה חשוכת בנים לעבור טיפולים הכרוכים בלקיחת סיכון כדי להקל על סבלה, וגם כדי לאפשר לבעלה לקיים מצוות פרייה ורבייה.<sup>26</sup> וראוי להדגיש שבני הזוג אינם חייבים לעבור טיפול, אלא שמותר להם לעשות זאת. לדעתנו, מצב של עקרות הלכתית הוא דומה, ולכן מותר לאישה להשתמש בהורמונים, אך היא אינה חייבת לעשות כן.<sup>27</sup>

---

25 Peter Schmidt, *The 2012 Hormone Therapy Position Statement of the North American Menopause Society* 19 MENOPAUSE 257 (2012).

26 עיין במקורות שמביא הרב אברהם אברהם־סופר **נשמת אברהם**, חלק ג (מהדורה ב מורחבת, התשס"ז), עמ' 11-14; 26-28.

27 טיעון נוסף שעלה בעבר הוא שהצורך בלקיחת סיכון בריאותי כדי לאפשר קיום מצווה מופעל רק על הנשים, ולא ייתכן שירצה האיש לקחת הורמונים כדי לקיים מצווה, אולם כמעט כל איש יהודי מקיים את מצוות המילה (ראה עבודה זרה כז ע"א), על אף שבתפיסה המקובלת היום ברפואה, ניתוח שלא לצורך בריאותי אינו לגיטימי. וראוי לציין כי ארגון רופאי הילדים האמריקני פרסם נייר עמדה שנאמר בו שהתועלת הבריאותית בברית המילה עולה על הנזק שבה.

## חששות רגשיים וכיבודם

לאנשים דתיים, המחויבות ההלכתית חשובה לא פחות משיקולי איכות חיים, וניתן לטעון שצרכים דתיים מצריכים יותר התחשבות משיקולים חברתיים אחרים. כך למשל טענו אור וגנשיין שעל פי רוב יש לכבד את בקשתו של מטופל להתערבות רפואית על סמך שיקולים דתיים, אף אם הרופא אינו מסכים לה.<sup>28</sup> וכן להפך. לעתים יש להכריח את ההורים להסכים לעירוי דם לילדם, אף אם פעולה זו נוגדת את אמונתם,<sup>29</sup> אף על פי שבמקרה הנידון הסיכון לאבדן חיים גדול מן הסיכון המזערי הכרוך בשימוש באסטרוגן ובפרוגסטרוגן.

### היסוסם של הרופאים לתת תרופות לפתרון בעיות הלכתיות

בעוד שהטיעונים הנזכרים מקובלים על הרבה מן הרופאים, נראה שיש מי שסבור שמתן הורמונים רק כדי לפתור בעיות דתיות אינו לגיטימי,<sup>30</sup> כעולה מסקר שנערך בקרב יותר מ-1,000 רופאים בעניינים דומים, דוגמת ביצוע הפלה כשאמצעי המניעה לא הועיל או נתינת אמצעי מניעה לבני נוער בלא ידיעת הוריהם. כך נוצר הקונצנזוס הרפואי, ולפיו אם הרופא אינו חש בנוח להעניק למטופל טיפול רפואי שהוא מבקש, ראוי מבחינה אתית שיפנה את המטופל לרופא אחר.<sup>31</sup> נראה סביר ליישם את העיקרון הזה גם בשאלת מתן גולולת להסדרת המחזור של האישה.

### חששו של מטופל לקבל טיפול הורמונלי כמענה לקושי הלכתי

יש לדון בשאלה גם מנקודת מבטו של המטופל: כיצד יש להתייחס למצב שבו הרופא חושב שהסיכון הוא זניח אך האישה עצמה מודאגת? כאן חשוב להדגיש כי רמת הסיכון שהאדם מוכן לקחת על עצמו, והפוסקים התיירוהו, מסור לשיקול דעתו, ויש להקפיד שהאדם יחליט בעצמו אם להסתכן אם לאו.<sup>32</sup> דאגתה של אישה החוששת משימוש באמצעי מניעה הורמונליים ראוייה להתחשבות, וראוי לתת תוקף לשיקול דעתה ולהתייחס

---

28 Robert D. Orr & Leigh B. Genesen, *Requests for 'Inappropriate' Treatment Based on Religious Beliefs*, 23 JOURNAL OF MEDICAL ETHICS 142 (1997).

29 Mark Sheldon, *Ethical Issues in the Forced Transfusion of Jehovah's Witness Children*, 14 JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE 251 (1996).

30 דניאל רוזנק "העקרות ההלכתית והשלכותיה הרפואיות, הערכיות והלאומיות: עיונים ביניי תהרת הבית היהודי לאור מציאות משתנה" להיות אשה יהודייה 5 (התשס"ט).

31 Farr A. Curlin, Ryan E. Lawrence, Marshall H. Chin & John D. Lantos, *Religion, Conscience, and Controversial Clinical Practices*, 356 NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 593 (2007).

32 Marvin Zuckerman & D. Michael Kuhlman, *Personality and Risk-Taking: Common Biosocial Factors*, 68 JOURNAL OF PERSONALITY 999 (2000).

אליה בכבוד. על כן, כל מי שמייצע לנשים, בין רופא בין רב, צריך להציע בפניהן את כל אפשרויות הטיפול. כך לדוגמה יש לומר לכלה שאין חיוב הלכתי שתיקח תרופות כדי למנוע חופת נידה.<sup>33</sup> כמו כן, אין האישה חייבת לקחת תרופות כדי למנוע עקרות הלכתית. החיוב ההלכתי במצוות פרייה ורבייה מוטל על האיש, לא על האישה. נוסף על זה, קיימת גם אפשרות רפואית לא-הורמונלית, והיא הזרעה מלאכותית,<sup>34</sup> ואף על פי שניתן להבין את הרתיעה מן המלאכותיות שבהליך הזה, הוא מותר הן מבחינה אתית הן על פי ההלכה במקרים של עקרות רפואית. לדעתנו, יש להתיר הזרעה מלאכותית במקרים של עקרות הלכתית בזוגות שאינם יכולים או אינם רוצים לקבל טיפול הורמונלי, הן כשהרופא סבור שיש לנהוג אחרת במקרה שהובא לפניו הן כשהרב סבור אחרת. במקרה כזה על הרב להפנות את בני הזוג לרב אחר כדי לקבל ממנו היתר להזרעה מלאכותית או לאפשרויות אחרות של טיפול. יתר על כן, הרבנים צריכים להכיר בקיומם של סיכונים, גם כשהם נדירים, לצד תופעות לוואי העלולות להיגרם כתוצאה מהתערבות הורמונלית.

נראה לנו כי ראוי שהכשרת רבנים תכלול ידע רפואי שיאפשר להם לעמוד על החששות המקננים בלבן של נשים המבקשות מענה לשאלות הלכתיות. לעתים, קיומו של סיכון, קטן ככל שיהיה, מצדיק שימוש במגוון הקלות הלכתיות לפני החלטה בצורך בהתערבות הורמונלית.<sup>35</sup> באופן דומה, יש בחששה של אישה מן השימוש באמצעי מניעה הורמונלי כדי להתיר לה להשתמש באמצעי מניעה חלופיים, כגון בדיאפרגמה.

## סיכום

נראה כי המענה לשאלה שפתחנו בה את מאמרנו, שאלת ההיתר לרופא לטפל באישה טיפול הורמונלי כדי לפתור בעיה הלכתית, הוא חיובי. זאת לאור המקורות ההלכתיים הדנים בסוגיית נטילת סיכון. אנו מאמינות שהשימוש הנפוץ בהורמונים בימינו הוא בבחינת "דשו ביה רבים", ולכן הוא מותר לפי ההלכה.

ונשאלת השאלה אם הנוהג מותר מבחינה אתית לרופא המטפל. גם פה, על יסוד האנלוגיה לסטנדרטים אתיים מקובלים בנוגע לטיפול הורמונלי משיקולים הנוגעים לאיכות החיים, כמו טיפול בגובה וטיפול באקנה, נראה שהתשובה היא חיובית. אנו מאמינות שהעיקרון

33 ראה לעיל, הע' 2.

34 יוסף גרין "הזרעה מלאכותית כפתרון לעקרות הדתית" ספר אסיא ה' 112 (התשמ"ו).

35 ראה מאמרנו הנזכר לעיל, הע' 2. אך ראה הרב אליעזר בן פורת ופסח קליימן "אפשרויות הלכתיות למניעת עקרות עקב ביוץ מוקדם" אסיא כב (א-ב) 83 (התשס"ט), הסבורים שיש להתחיל בטיפול הורמונלי לפני התערבות הלכתית. במאמרנו הנזכר לעיל, הע' 2, הצגנו גישה חלופית.

## היבטים הלכתיים ואתיים בהתערבות הורמונלית לפתרון בעיות הלכתיות

המוסרי שיש לכל אדם עצמאות על גופו מאפשר לאישה לבקש מן הרופא פתרון הורמונלי לפתור בעיות הנובעות משיקולים הלכתיים, גם אם הרופא המטפל אינו מזדהה עם השיקולים, מפני שהסיכון הכרוך בטיפולים אלה אינו רב. לא נראה לנו שהנוהג הזה עומד בסתירה לעיקרון המוסרי של עזרה למטופל ברפואה.

נראה לנו שבחינת השיקולים האתיים וההלכתיים מעלה כי יש להתיר שימוש בהורמונים עבור האינדיקציות שנידונו לעיל, אך יש לנקוט זהירות בטיפול ולקחת בחשבון את מכלול ההקלות ההלכתיות, לפני שנזקקים לטיפול הורמונלי, עם הסיכונים הנלווים לו.

## נספח

### היקפה של העקרות ההלכתית

בשנת 2006, טען ד"ר דניאל רוזנק<sup>36</sup> שהנוהל הרפואי המקובל בזיקה להלכות נידה חייב להשתנות כדי למנוע מצבים המצריכים התערבות רפואית כדי לפתור בעיות הנגרמות בעקבות הקפדה על הלכות טהרת המשפחה. עד כה דננו בהנחת היסוד שלו שהשימוש בהורמונים לפתרון בעיות הלכתיות אינו מוסרי בגלל הסיכון הכרוך בו. כאן נדון בעניין שכיחותה של העקרות ההלכתית.

השכיחות האמתית של העקרות ההלכתית אינה ידועה. הסטטיסטיקה המקובלת היא שב-22% מכלל הזוגות המקפידים על הלכות טהרת המשפחה, לא יהיו מחזורי האישה פוריים, בגלל שהביוץ מתרחש אצלן לפני טבילתן בתוך ה"שבעה נקיים". הסטטיסטיקה הזאת מבוססת על מחקרה של ד"ר רונית חיימוב־קוכמן מן "המרכז לבריאות האישה" שבקריית־ספר, עיר שאוכלוסייתה חרדית.<sup>37</sup> שיטת המחקר שנסייעה בה והסיקה את המסקנות הללו עדיין לא נתפרסמה, וייתכן שיש בה כדי להשפיע על הבנת הממצאים. אם יתברר שהיא מבוססת על חישוב של זמן הביוץ בהתאם לאורך המחזור, יש להדגיש כי שיטה זו אינה מדויקת עקב שונות בין הנשים בעניין זה.<sup>38</sup> נוסף על זה, ייתכן שבקבוצת

36 דניאל רוזנק ורבקה שמעון "חומרת רבי זירא - האם הגיע הזמן לחשיבה מחודשת?" הצופה (3.11.2006). וראה לעיל, הע' 30.

37 מחקרה צוטט פעמים רבות בעיתונות, למשל: Lauren G. Feldinger, *Fertile Nation*, JERUSALEM POST (25.9.2007). הפרסום הרפואי הראשון של המחקר הסטטיסטי שלה שעלה בידנו למצוא הוא של רונית חיימוב־קוכמן ואריה הורוביץ "עקרות הלכתית" הרפואה 148 [עמ' 271 (התשס"ט)].

38 Rudolph F. Vollman, *The Menstrual Cycle*, in EMMANUEL A. FRIEDMAN (ed.), MAJOR PROBLEMS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (W. B. Saunders, Philadelphia, 1977). זהו דין וחשבון מקיף על מחקר שעקב אחרי המחזור הטבעי של מאות נשים שלא השתמשו בהורמונים במשך שלושים שנה. מאז, לא דווח על מחקר בסדר גודל זה.

המחקר נכללו נשים המאריכות את הזמן שאסור לקיים בו יחסי אישות יותר מן המינימום ההכרחי, עקב הבנה הלכתית מוטעית בעניין הזמן שהאישה בגדר נידה, ולא בגלל המגבלות ההלכתיות. מניסיוננו כיועצות הלכה נמצאנו למדות שהרבה נשים מניחות שהן אסורות לבעליהן גם בימים שהן מותרות להם ואינן פונות לבירור הלכתי בעניין זה.<sup>39</sup>

### אורך המחזור ומועד הביוץ - תוצאות מחקר ראשוני בקרב נשים שומרות הלכה

כדי להעריך את השכיחות האמתית של העקרות ההלכתית, יש לחקור את זמן הביוץ המדויק בהשוואה לזמן הטבילה של המשתתפות. ערכנו מחקר ראשוני בעניין זה בקרב שש־עשרה נשים שומרות הלכה,<sup>40</sup> ואנחנו מפרסמות את תוצאותיו כאן בפעם הראשונה.<sup>41</sup> המחקר העלה כי אצל מחצית מן הנשים לא נתגלו ממצאים ראויים לציון (אורך המחזור ממוצע בלא דימום חריג והטבילה נעשתה במועד), ואילו שמונה הנשים האחרות סברו שהן סובלות מעקרות הלכתית, ולכן נוסף על ציון אורך המחזור המשתנה וכל מראה דמי, הן עקבו גם אחר מועד הביוץ באמצעות בדיקות ביוץ ביתיות.

תוצאות המעקב אחרי שמונה הנשים הללו העלו את הממצאים הבאים:

א. שתי נשים טבלו אחרי היום הארבע־עשר,<sup>42</sup> והתברר כי שתיהן סובלות מתת פעילות של בלוטת התריס ומטופלות באלטרוצין. מועד הביוץ של אחת מהן היה ביום העשרים ואחד למחזור, אף על פי שנמשך עשרים ושמונה ימים; ואילו השנייה לא בייצה בכל שלושת המחזורים שנבדקו.

ב. אישה אחת לא איתרה ביוץ כלל.

ג. אישה אחת בייצה לפני הטבילה.

ד. אישה אחת בייצה לאחר טבילתה במקווה בחודש היחיד שמדדה את המחזור.

ה. אישה אחת לא בייצה בחודש הראשון, ובחודשיים שלאחריו בייצה אחרי מועד הטבילה.

ו. שתי נשים בייצו פעמיים לפני הטבילה ופעמיים אחרי הטבילה.

39 ראה מאמרנו הנזכר לעיל, הע' 2.

40 הנשים שהשתתפו בסקר נתבקשו למלא "יומן מחזור" מדויק שכלל כל מראה דמי. גיל הנשים בעת המחקר היה 26-42, ולכולן, פרט לאחת, היו כבר 1-6 ילדים. סך הכול נאסף מידע על 27 חודשים, 1-3 בכל אישה. הסיבה להפסקת התייעוד בשתי נשים הייתה כניסתן להיריון. מועד הטבילה הממוצע היה ביום השלושה־עשר למחזור, כלומר בין יום 12-18.

41 אנו מודות לאילנה סובר על העבודה הרבה שהשקיעה באיתור הנשים, בחלוקת ערכות הביוץ, במעקב אחר מילוי הטפסים ואיסוף הנתונים. הממצאים הללו לא היו מגיעים לידינו לולא מסירתה והתמדתה.

42 הראשונה טבלה בין יום 15-17, והשנייה בין יום 17-18.

## היבטים הלכתיים ואתיים בהתערבות הורמונלית לפתרון בעיות הלכתיות

אמנם המחקר הזה הוא ראשוני ותקפותו מוגבלת, אך מתקבלת ממנו תמונה ראשונית, ולפיה החשש מפני עקרות הלכתית גדול יותר מהיקף התופעה במציאות. בד בבד עולה תמונה ברורה, ולפיה לא נכון לחשב כמקובל את מועד הביוץ של אישה ביחס לימי המחזור וגם שנשים החוששות מעקרות הלכתית לעתים קרובות סובלות מקושי פרוץ מסוג אחר, ונראה שיש צורך במחקר מקיף כדי לעמוד על התופעות שציינו לעיל. וראוי להדגיש שיש צורך לתת הסבר לזיקה בין תת פעילות של בלוטת התריס לבין דימום נמשך, שאינו מצוין בספרות הרפואית, ונראה כי יש מקום להתייחסות נבדלת למצבים הללו.

למען הסר ספק, נדגיש כי בכל מקרה, גם אם הסיכון נראה מינימלי, יש לקחת בחשבון את הסיכון הכרוך בשימוש בהורמונים,<sup>43</sup> וראוי לעשות זאת באמצעות דיון מנקודת המבט של ההלכה בכל מה שקשור לשימוש בהורמונים לפתרון בעיות הנובעות מקיום ההלכה.<sup>44</sup>

עוד נעיר כי נוסף על המורכבות בכל הקשור למסקנות הרפואיות העולה מנתונים ראשוניים אלה, יש להוסיף את המורכבות ההלכתית שהצבענו עליה במאמר אחר, ושם הראינו שיש נשים המקבלות טיפול תרופתי רק מפני שהן משערות שהן סובלות מעקרות הלכתית, אך למעשה אין אינדיקציה ברורה שהן אכן סובלות מעקרות הלכתית.<sup>45</sup>

---

43 עניין זה הועלה על ידי רונית עיר־שי "דמות האישה בעולם ההלכתי - תגובה לרב בנימין ונועה לאו בעקבות הדיון על חומרת ר' זירא" הצופה (24.11.2010).

44 לדיון בשאלת השימוש בהורמונים למניעת חופת נידה, ראה לעיל, הע' 1.

45 ראה גנזל, צימרמן וקלמן (לעיל, הע' 2).