

الموت الدماغي والإنعاش الصناعي

Brain death and industrial resuscitation



الدكتورة / رحيمته لدغش

جامعة زيان عاشور الجلفة، الجزائر

drrahimala@gmail.com

تاريخ القبول للنشر: 2018/11/28

تاريخ الاستلام: 2018/10/22



ملخص:

عرف ولوقت طويل أن الموت يتحقق بتوقف القلب والتنفس، لكن مع تطور الطب عرفت حالة الموت الدماغي، مع استمرار التنفس ونبض القلب بعلاج المريض بأجهزة الإنعاش، على أمل عودة بعض الأجهزة لوظائفها، فإذا نجحت عملية الإنعاش أمكن عودة التنفس ونبض القلب، أما في حالة العكس تتحقق وفاة الشخص، ومع الحاجة إلى نقل الأعضاء البشرية من الأموات طرحت فكرة الأخذ بالموت الدماغي وجواز إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عنه. وقد تعددت الآراء بخصوص هذه الحالة بين رافض ومؤيد، لذلك فإن الفرض المقترح يتمحور حول اعتبار الموت الدماغي موتاً حقيقياً أمكن معه إعلان وفاة الشخص، وبالتالي يمكن نزع بعض أعضاء هذا الميت بتوفر الشروط المطلوبة لذلك، ومن جهة أخرى فإن الموت الدماغي له علاقة بالإنعاش الصناعي الذي قد يكون أمل في عودة الحياة للمريض، الكلمات المفتاحية: الموت الدماغي؛ الإنعاش الصناعي؛ نزع الأعضاء من الأموات.

Abstract:

It was known for a long time that death is achieved by the cessation of the heart and breathing, but with the development of medicine known the case of brain death, with the continuation of breathing and pulse heart treatment of the patient with recovery devices, hoping to return some organs to their functions, if successful recovery can return breathing and heartbeat, The death of a person is realized, and with the need to transfer human organs from the dead, the idea of introducing cerebral death has been put forward and it is permissible to stop industrial rehabilitation devices from it. There is a wide range of views on this situation between rejecters and supporters. Therefore, the proposed assumption is that brain death is considered a real death, in which the death of a person can be declared, and therefore some of the members of this deceased can be removed with the necessary conditions. On the other hand, cerebral death is related to industrial rehabilitation As hope may be the return of life to the patient, may also be useless and a waste of time and effort doctors.

key words: *Brain Death; Industrial Recovery; Removal of Organs from the Dead.*

مقدمة:

إن معرفة لحظة وفاة الإنسان وتحديد ما بدقة أمر بالغ الأهمية، إذا أنه في هذه الحالة التي يمكن نقل أعضاء الميت ليستفيد منها آخري، وبتحقق الشروط القانونية والطبية لنزع الأعضاء من الميت وإبداء موافقته على ذلك أثناء حياته، وطرح مسألة توقيت نزع العضو من الميت للاستفادة من إنقاذ حياة شخص آخر. لذلك من الضروري معرفة لحظة تحقق موت الإنسان. ومعرفة لحظة توقف التنفس ونبض قلبه. والوقت الذي يمكن للأطباء وقف العمل بأجهزة الإنعاش.

وبناء على ذلك نتعرض لتطور الأخذ بالموت الدماغي ومفهومه، مفهوم الموت والموت الدماغي، رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً، حكم إيقاف أجهزة الإنعاش قبل موت الدماغ، حكم إيقاف أجهزة الإنعاش عن موت الدماغ. وهذا يهدف الوصول إلى معرفة إمكانية اعتبار الموت الدماغي موتاً حقيقياً والحالة التي يتم فيها رفع أجهزة الإنعاش عنه. وذلك لأن التسليم بالموت الدماغي للمريض قد يتحقق معه أمل لإمكانية التبرع بأعضائه لمن هم بحاجة إليها.

لذلك نطرح الإشكالية التالية: هل يعد الموت الدماغي موتاً حقيقياً انتهت معه الحياة؟ وما حكم رفع أجهزة الإنعاش؟

بالنظر لطبيعة الدراسة فقد انتهجنا المنهج الوصفي لوصف وتعريف بعض المصطلحات والوظائف والآراء والمواد القانونية.... والمنهج التحليلي لنحلل فيه الأفكار ونقدها.

للإجابة عن الإشكالية المطروحة اعتمدنا الخطة التالية:

المبحث الأول: تطور الأخذ بالموت الدماغي ومفهومه.

المبحث الثاني: رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً.

المبحث الأول

تطور الأخذ بالموت الدماغي ومفهومه

أول ما ظهر الحديث عن الموت الدماغي في المدرسة الفرنسية وسميت هذه الحالة: مرحلة ما بعد الإغماء. تبعتها المدرسة الأمريكية ووضعت مواصفات علمية لموت الدماغ من قبل لجنة (ادهوك) (AD HOC) في جامعة هارفرد الأمريكية، ثم توالى الأبحاث والدراسات فيما بعد. نبين في البداية نبذة تاريخية عن الموت الدماغي، ثم نوضح مفهوم الموت والموت الدماغي وذلك كما يلي:

المطلب الأول: نبذة تاريخية عن الموت الدماغي

كان التطبيق الأول لمعيار الموت الدماغي (موت جذع المخ) باعتباره موتاً نهائياً في عام 1952، حين قبلت إحدى المحاكم الأمريكية في ولاية كنتاكي النظر في الدعوى الخاصة بشخص قلبه لا يزال ينبض وكان الدم المدفوع من القلب إلى دماغ ذلك الشخص يخرج من الأنف بسبب تعطل دماغه، وبهذا عدلت عن المعيار التقليدي السائد في حينها وهو توقف التنفس والنبض (إي القلب والدورة الدموية)⁽¹⁾. تبعتها المدرسة

الأمريكية عام 1968 ووضعت مواصفات علمية لموت الدماغ من قبل لجنة (ادهوك) (AD HOC) في جامعة هارفرد الأمريكية، ثم توالى الأبحاث والدراسات⁽²⁾. فقد نشرت هذه اللجنة المكلفة من مدرسة هارفرد الطبية تقريراً نص على: أي شخص في غيبوبة عميقة، بشرط أن لا يكون تحت تأثير أي عقار أو يعاني من هبوط درجة الحرارة لمدة 24 ساعة مستمرة لا يستجيب خلالها للمؤثرات الخارجية ولا يستطيع التنفس التلقائي ويعاني من غياب منعكسات جذع المخ مثل منعكس القرنية ومنعكس حدقة العين ومنعكس القصبة الهوائية وكذلك المنعكس الحراري، يجب اعتباره في غيبوبة لا عكسية. وقد عادلته اللجنة الغيبوبة اللاعكسية بالموت، واعتبرت أن مخطط المخ الكهربائي المسطح ذو أهمية عظيمة لإثبات الموت الدماغي. وبعد أن نشرت مدرسة هارفرد الطبية معاييرها للموت الدماغي، جذب الموت الدماغي انتباه العالم وخاصة فريق نقل الأعضاء وأطباء المخ والأعصاب والتخدير والعناية المركزة بأمريكا وبريطانيا، حيث وجد كل منهم في الموت الدماغي ضالته المنشودة. فقد حقق الموت الدماغي لفريق نقل الأعضاء ضمان انتزاع الأعضاء ضمان انتزاع الأعضاء بحالة سليمة وبالتالي نجاح عمليات النقل، كما رفع الحرج عن الأطباء المعالجين للغيبوبة العميقة التي يقف أمامها الطب عاجزاً باعتبار أصحابها أموات. وظهرت عدة انتقادات لمعيار جامعة هارفرد الأمريكية وخاصة بعد أن عادت إلى الحياة بعض الحالات التي تم تشخيصها على أنها وفاة دماغية، وكذلك بعد التأكد من أن المخ الساكن كهربياً ليس كافياً لإثبات الموت الدماغي. ولذلك وفي بريطانيا عام 1976، تم إدخال تعديلات جوهرية على معيار هارفرد الأمريكي واعتبر الأطباء البريطانيون أن الفقد النهائي لوظائف جذع المخ هي نقطة للعودة ويمكن تشخيص ذلك بيقين. وكان أول تعديل هو ضرورة وجود سبب معلوم للغيبوبة وان يكون السبب ضرر بالدماغ لا سبيل لعلاجه. وقد نهت هذه النقطة إلى أهمية وضع شروط مسبقة قبل التشخيص الإكلينيكي للتوقف التام لوظائف جذع المخ. كما اشترط أن يكون مضى على الغيبوبة وعدم الحركة التلقائية مدة 12 ساعة بدلاً من 24 ساعة و4 دقائق لتوقف التنفس التلقائي بعد نزع جهاز التنفس الصناعي، وأيضا غياب الأفعال المنعكسة بجذع المخ. وعرف هذا المعيار بمعيار مينسوتا. وأشار هذا المعيار إلى أن توقف النشاط الكهربائي للدماغ الذي يتولد من خلايا القشرة المخية ليس إلزاماً لإثبات الموت الدماغي⁽³⁾.

ومنذ ذلك الحين أصبح هناك شبه إجماع في الرأي بالمجتمع الغربي على أن الموت الدماغي يمثل المعيار الطبي والقانوني والأخلاقي للموت الإنساني، بالرغم من أن معيار منسوتا لم يشر إلى افتراض وقوع الموت بموت الدماغ. هذا القبول الاجتماعي للموت الدماغي أتاح الفرصة إلى الاعتراف القانوني (التشريعي) بالموت الدماغي في 90% من الولايات الأمريكية ومعظم الدول الغربية. وعلى كل حال فإن بعض المجتمعات، حتى مجتمعات المهن الطبية، لا زالت ترفض معيار الموت الدماغي بل وتعتقد أن الموت الدماغي قد تم التخطيط له لرفع الحرج عن الأطباء المعالجين حتى يتخلص الأطباء ويتحرروا من العبء الثقيل الذي فرضه عليهم مرضى تلف الدماغ الشديد، وأيضا للحصول على الأعضاء بحالة سليمة وضمان نجاح عمليات نقل القلب بالذات ولتهديئة وتلطيف مشاعر الخوف والقلق التي نتجت من الخلاف والجدل القائم حول انتزاع الأعضاء من المتوفين لعمليات النقل⁽⁴⁾.

المطلب الثاني: مفهوم الموت والموت الدماغي

نبين مفهوم الموت بتعريفه لغة واصطلاحاً، ثم نتعرض لمفهوم الموت الدماغي بتعريفه، ثم نتعرض لعلاماته، وبيان تشخيصه وأسبابه وفق الآتي:

الفرع الأول: مفهوم الموت

نتعرض لتبيان مفهوم الموت، بتعريفه لغة، ثم اصطلاحاً:

أولاً- تعريف الموت لغوياً:

جاء في معاجم اللغة العربية (الموت والموتان ضد الحياة) وأصل الموت في لغة العرب السكون، وكل ما سكن فقد مات وإذا كان السكون أصل الموت في لغتنا فإن الحركة أصل الحياة، ونجد أيضاً بأن مادة الكلمة الميم- الواو-التاء، تشير إلى زهاب القوة النامية. وعلى زهاب القوة من الشيء، ومنه الموت خلاف الحياة⁽⁵⁾. قال الله تعالى: «يُسِغُّهُ وَيَأْتِيهِ الْمَوْتُ مِنْ كُلِّ مَكَانٍ وَمَا هُوَ بِمَيِّتٍ وَمِنْ وَرَائِهِ عَذَابٌ غَلِيظٌ»⁽⁶⁾. أي تأتيه أسباب الموت من كل مكان: إذ لو جاءه الموت نفسه لمات به لا محالة.

ثانياً- الموت اصطلاحاً:

الموت هو صفة وجودية خلقت ضد الحياة فهو مفارقة الروح للجسد، لذلك فهو أمر لا يستطيع الإنسان أن يدركه بحواسه. والإنسان لا يعرف الحياة وبالتالي كان حتماً لا يعرف الموت، إذ أن معرفة الحياة تكون بمعرفة حقيقة الروح في نفسها وإدراك ماهية ذاتها، وهذا الإدراك لا يصل إليه أي أحد من الإنسانية مهما أوتي من علم، بل أن الخالق القدير لم يأذن لنبيه صلى الله عليه وأله وسلم، بأن يتكلم في الروح ولا يزيد أن يقول أنها من أمر الله تعالى⁽⁷⁾. فقال سبحانه وتعالى: «وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلاً»⁽⁸⁾. الموت هو اللحظة الحاسمة القاسية التي يغادر فيها الإنسان الدنيا ويستقبل الآخرة لقوله تعالى: «الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا وَهُوَ الْعَزِيزُ الْعَفُورُ»⁽⁹⁾.

الموت في الحقيقة، كما قال بعض العلماء الذين بصرهم الله جل وعلا بعيوب الدنيا، ليس بعدم محض أو فناء صرف، وإنما هو انقطاع تعلق الروح بالبدن، ومفارقة وحيلولة بينهما. فهو ليس فناءً أو انقطاعاً بالكلية عن الحياة، وإنما هو تبدل حال فقط، وانتقال من دار إلى دار، أي انتقال الإنسان من دار التكليف والعمل إلى دار البرزخ والسؤال⁽¹⁰⁾.

يعتبر لفظ الموت أكثر دقة وشمولية من الوفاة، لأن الموت هو مفارقة الروح عن البدن، بحيث لا يبقى جهاز من أجهزة الجسم فيه صفة حياتية، أما الوفاة تحصل إلى النفس، فهي تفارق الجسد، ويكون ذلك عند حصول الموت، وكذلك عند المنام لقوله تعالى: «اللَّهُ يَتَوَفَّى الْأَنْفُسَ حِينَ مَوْتِهَا وَالَّتِي لَمْ تَمُتْ فِي مَنَامِهَا فَيُمْسِكُ الَّتِي قَضَىٰ عَلَيْهَا الْمَوْتَ وَيُرْسِلُ الْأُخْرَىٰ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِّقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ»⁽¹¹⁾. وقوله تعالى: «كُلُّ نَفْسٍ دَائِقَةُ الْمَوْتِ وَنَبْلُوكُمْ بِالشَّرِّ وَالْخَيْرِ فِتْنَةً وَإِلَيْنَا تُرْجَعُونَ»⁽¹²⁾. وبذلك يكون إطلاق لفظ الموت عند موافاة النفس ومفارتها للجسد بشكل نهائي. إن الموت عند المسلمين كافة هو خروج الروح من الجسد بواسطة ملك الموت وانتقالها إلى ما أعد لها من نعيم أو عذاب⁽¹³⁾، قال الله تعالى: «قُلْ يَتَوَفَّاكُم مَّلَكُ الْمَوْتِ الَّذِي وُكِّلَ بِكُمْ ثُمَّ إِلَىٰ رَبِّكُمْ تُرْجَعُونَ»⁽¹⁴⁾.

الموت مفارقة الحياة وللموت علامات تظهر على الميت، وهي: انخساف الصدغ، واعوجاج الأنف، وامتداد البشرة في الوجه وخلوها من الانكماش، وارتخاء اليدين والرجلين. والموت له مقدمات كما جاء في القرآن الكريم، وهي: غشية الموت⁽¹⁵⁾: قال تعالى: «وَيَقُولُ الَّذِينَ آمَنُوا لَوْلَا نُزِّلَتْ سُورَةٌ فَإِذَا أُنزِلَتْ سُورَةٌ مُحْكَمَةٌ وَذُكِرَ فِيهَا الْقِتَالُ رَأَيْتَ الَّذِينَ فِي قُلُوبِهِمْ مَرَضٌ يَنْظُرُونَ إِلَيْكَ نَظَرَ الْمُغْشِيِّ عَلَيْهِ مِنَ الْمَوْتِ فَأَوْلَىٰ لَهُمْ»⁽¹⁶⁾.

والمشرع الجزائري لم يحدد علامات خاصة تعرف بها الوفاة، وإنما ترك ذلك للخبرة الطبية، غير أنه شدد في الأمر؛ بحيث قرر أنه لا بد من أن يكون الشخص المراد تشريح جثته أو الانتفاع بأعضائه قد توفي حقيقة، وتم إثبات الوفاة شرعياً وطبياً، حسب المقاييس التي يحددها الوزير المكلف بالصحة، فقد جاء في المادة 167 من قانون المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، أن الوفاة يثبتها طبيبان على الأقل عضوان في اللجنة وطبيب شرعي وتدون خلاصاتهم الإثباتية في سجل خاص، في حالة الإقدام على انتزاع أنسجة أو أعضاء من أشخاص متوفين.

كما نصت المادة 164 من القانون 85-05 المؤرخ في 16/02/1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المعدل بالقانون 90/17 المؤرخ في 31/07/1990، الجريدة الرسمية 35 الصادرة في 15/08/1990، نصت على أنه: "لا يجوز انتزاع الأعضاء من الأشخاص المتوفين قصد زرعها إلا بعد الإثبات الطبي والشرعي للوفاة، من قبل اللجنة الطبية المنصوص عليها في المادة 167 من هذا القانون، وحسب المقاييس العلمية التي يحددها الوزير المكلف بالصحة العمومية.

وفي هذه الحالة، يجوز الانتزاع إذا عبر المتوفي أثناء حياته على قبوله لذلك.

إذا لم يعبر المتوفي أثناء حياته لا يجوز الانتزاع إلا بعد موافقة أحد أعضاء الأسرة حسب الترتيب الأولي التالي: الأب أو الأم، الزوج أو الزوجة، الابن أو البنت، الأخ أو الأخت أو الوالي الشرعي إذا لم تكن للمتوفي أسرة.

وصدر بتاريخ 19/11/2002 قرار وزاري عن وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، تضمن

معايير لإثبات الوفاة لغرض الانتزاع وجاء في المادة الثانية منه المعايير المعتمدة في ذلك وهي⁽¹⁷⁾:

- الانعدام التام للوعي.

- غياب النشاط العفوي الدماغي.

- التأكد من انعدام التام للتهوية العفوية عن طريق اختبار.

- التأكد من موت خلايا المخ باستخدام رسم المخ الكهربائي مرتين ومن انجاز طبيبين مختلفين.

نصت المادة 2/167 و3: "تقرر لجنة طبية تنشأ خصيصاً من الهيكل الأستشفائي ضرورة الانتزاع أو الزرع وتأذن بإجراء العملية.

يجب أن يثبت الوفاة طبيبان على الأقل عضوان في اللجنة وطبيب شرعي وتدون خلاصاتهم

الإثباتية في سجل خاص، في حالة الإقدام على انتزاع أنسجة أو أعضاء من أشخاص متوفين".

ونصت المادة 302 من القانون 11-18 المتعلق بالصحة المؤرخ في 2018/07/02، الجريدة الرسمية رقم 46 الصادرة في 2018/07/29، على أنه: "لا يمكن نزع الأعضاء أو الأنسجة البشرية من أشخاص متوفين بغرض الزرع إلا بعد معاينة طبية وشرعية للوفاة وفقا لمعايير علمية يحددها الوزير المكلف بالصحة. وفي هذه الحالة، يمكن القيام بالزرع إذا لم يعبر الشخص المتوفى عن رفضه الزرع خلال حياته...".

إن معرفة المعايير المحددة للموت مهم في مجال نقل الأعضاء من المتوفين، وأخذ العضو منه في الوقت المناسب مثل القرنية، أو القلب، لأنه من الناحية الفنية تتوقف صلاحية العضو على سريان الحياة في الأنسجة والخلايا المكونة له ويتحقق ذلك عند أشخاص لا يزال في أجسادهم بعض علامات الحياة. والأطباء من مصلحتهم دوما إبقاء أعضاء جسم الإنسان تجم بالحياة لصالح نقلها ونفس الشيء بالنسبة للممارسات الطبية الأخرى كما هو الحال في إجراء التجارب الطبية والدراسات على الجسم البشري واستخدام الخلايا والأنسجة في الصناعات البيولوجية المختلفة⁽¹⁸⁾.

الفرع الثاني: مفهوم الموت الدماغي

نتعرف على الموت الدماغي وعلاماته، ثم نوضح تشخيص الموت الدماغي وأسبابه كما يلي:

أولاً- تعريف الموت الدماغي وعلاماته:

أولاً يجب التفرقة بين السكتة الدماغية والموت الدماغي، أما السكتة الدماغية فهي خلل مفاجئ في تدفق الدم في جزء من الدماغ نتيجة جلطة دموية تصل إلى الدماغ من أي مكان بالجسم، أو انسداد أوعية دموية في الدماغ، أو تمزق أوعية دموية بالدماغ وحدوث نزيف دموي نتيجة ارتفاع ضغط الدم. يؤدي ذلك إلى موت بعض خلايا الدماغ في المساحة المتضررة وبالتالي حدوث إعاقة في وظيفة معينة من الجسم التي يقوم بها الجزء الذي أصابه الضرر من الدماغ مثل ((الشلل النصفي، فقد النطق، البلع)). وقد استطاع الأطباء حديثا علاج الكثير من حالات السكتة الدماغية وتأهيلهم، وكذلك يمكن إسعاف حالات السكتة القلبية مادام الدماغ حياً⁽¹⁹⁾.

أما موت الدماغ هو تعطل جميع وظائف الدماغ، بما فيه جذع الدماغ تعطلاً دائماً، وهذا صدر القرار من عدد من اللجان الطبية، وصار هذا التعريف مقبولاً في الأوساط الطبية، وضابطاً لتحديد موت الدماغ، فقد جاء في قرار المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في بيان المراد به: التوقف الكامل الذي لا رجعة فيه لكل وظائف الدماغ بأجمعه، بما في ذلك جذع الدماغ. وإذا تلف جذع المخ، فإن المراكز المسؤولة عن استمرار التنفس، والدورة الدموية، والوعي، والإدراك تفقد وظيفتها، فيدخل المصاب في غيبوبة دائمة مع عدم الاستجابة للتنبيه بالألم على أي صورة كان، ويتوقف تنفسه، كما أن نبض القلب يتوقف بعد مدة من غيبوبته، وإذا شخص موت الدماغ وفق الشروط الطبية، فإن المصاب لا يمكن أن يبقى حياً، حيث تتعطل وظائف الأعضاء الأخرى، ولا يمكن علاجه، لأن خلايا الدماغ إذا ماتت فإنها لا تتجدد كما هو الحال في خلايا الأعضاء الأخرى، كما أنه لا يمكن استبدالها بأخرى سليمة⁽²⁰⁾.

يمكن تعريف الموت الدماغي أنه حالة قانونية ناشئة عن مرض والذي يكون المريض فاقدًا للوعي والإدراك والإحساس والإرادة بسبب موت جذع الدماغ، فهو لا يملك مقومات الحياة، وتساعدته أجهزة الإنعاش الطبية على البقاء حيا. فالميت دماغيا تبقى فيه مقومات الحياة قائمة واستمرار عمل بعض أجهزة الجسم عندما يتم ضخ الدم إليها بفعل أجهزة التنفس الاصطناعي ومنها الجهاز الهضمي والكبد والبنكرياس والكليتين فضلا عن الجلد والشعر والأظافر لدى المريض وهذا يعني وجود الروح ولا يمكن الحكم بموته إلا بعد انتزاع الروح من جميع أجزاء الجسد أي بعد توقف القلب عن النبض والرتين عن العمل والمريض موضوع تحت أجهزة التنفس الاصطناعي⁽²¹⁾.

ثانياً- علامات الموت الدماغي:

لموت الدماغ علامات منها⁽²²⁾:

- أن المريض في غيبوبة دائمة، مع عدم استجابته للتنبيه بالألم مطلقاً، ولو كانت قوية ومؤلمة، وتكرر إجراؤها.

- توقف التنفس التلقائي توقفاً دائماً، ويمكن الكشف عن ذلك بفصل جهاز التنفس الصناعي عن المريض لمدة عشر دقائق، وملاحظة عدم قدرته على التنفس.

- توقف الوظائف الأساسية لجذع الدماغ.

- عدم وجود موجات كهربائية صادرة عن المخ في تخطيط الدماغ الكهربائي.

- توقف الدورة الدموية في الدماغ، ويمكن ملاحظة هذا بواسطة الأشعة الملونة للشرابين، أو الفحوصات بالنظائر المشعة، أو أجهزة التردد الصوتي.

- انعدام الحركات الإدارية.

- اتساع حدقتي العين، وعدم استجابتها للمؤثرات الضوئية وانعدام الانعكاسات من القرنية، وسائر الانعكاسات الصادرة من العينين.

ويجب إعادة فحص وظائف الدماغ من فريق آخر بعد مرور عدة ساعات (إما ست أو أربع وعشرين على خلاف بين الأطباء). ولا بد أن يجري التشخيص طبيبان على الأقل من الأطباء المختصين الثقافات أحدهما مختص في جراحة الأعصاب (أو طب الأمراض العصبية). وحين يصاب الدماغ إصابات بالغة نتيجة الحوادث فقد يموت الدماغ وتقوم الأجهزة الحديثة بإنعاش القلب والتنفس وجعلهما يستمران في وظيفتهما وبما أن جذع الدماغ هو المتحكم في جهازي التنفس والقلب والدورة الدموية فإن توقف جذع الدماغ وموته يؤدي لا محالة إلى توقف القلب والدورة الدموية والتنفس ولو بعد حين. ولكن لا بد من التأكد التام من التوقف الكامل الذي لا رجعة فيه لوظائف جذع الدماغ مع وجود إصابات باثولوجية وتشريحية⁽²³⁾.

ثالثاً- تشخيص الموت الدماغي:

تشخيص موت الدماغ يجب أن يتم وفقاً للشروط الطبية والعلمية المتفق عليها في البروتوكولات المعترف بها، وتتوزع هذه الشروط على ثلاث مراحل وهي⁽²⁴⁾:

1- الشروط المسبقة:

وتشمل الآتي:

أ- وجود شخص مغى عليه إغماء كاملاً، ولا يتنفس إلا بواسطة جهاز التنفس الآلي.
ب- وجود تشخيص لسبب هذا الإغماء يوضح وجود مرض أو إصابة في جذع الدماغ أو في كامل الدماغ، وهذه الإصابة لا يمكن معالجتها ولا التخفيف منها.

2- عدم وجود سبب من أسباب الإغماء المؤقت:

والتي قد تنتج عن:

- الكحول والعقاقير المهدئة والمخدرات التي تؤخذ بكميات كبيرة.
- حالات الفشل الكلوي أو فشل الكبد.
- حالات الإغماء الناتجة عن زيادة أو نقصان السكر في الدم.
- وجود المريض في حالة صدمة قلبية وعائية لم تعالج.
- حالات الإغماء الناتجة عن إصابات الغدد الصماء بزيادة شديدة في الإفراز الهرموني، أو نقصان شديد في إفراز الغدة الدرقية والغدة الكظرية والغدة النخامية.
- الانخفاض الشديد والمفاجئ في درجة حرارة الجسم.
- اضطراب الكهارل (الشوارد).

وينبغي أن تعالج هذه الأسباب المؤقتة جميعاً قبل أن يتم تشخيص موت الدماغ أو جذع المخ.

3- الفحوصات السريرية لموت الدماغ:

أ- عدم وجود الأفعال المنعكسة من جذع المخ.

ب- عدم الاستجابة لجميع المؤثرات والمنبهات الخارجية، والاسترخاء التام للعضلات.

ج- الانعدام الكلي والتام للتنفس التلقائي، بعد إيقاف جهاز التنفس الصناعي لمدة 10 دقائق، وبشروط معينة يتم فيها إجراء هذا الفحص، فإذا لم يحدث تنفس دل ذلك على توقف مركز التنفس في جذع المخ عن العمل.

د- انعدام أي أثر لنشاط دماغي في جهاز رسم الدماغ الكهربائي، إذ يجب أن يكون تخطيط الجهاز أفقياً ومنبسطاً وفي حال وجود أية ذبذبات أو إشارات ومهما كانت ضئيلة، يسجلها جهاز رسم الدماغ، ويجب متابعة استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي، حتى مع وجود الشروط الأخرى لموت الدماغ. ويجب إعادة التشخيص من قبل المختصين بعد مرور عدة ساعات كما ينبغي الانتظار مدة معينة بين عدم إعطاء جهاز رسم الدماغ لأية ذبذبات وبين الإعلان عن وفاة الشخص رسمياً، وهذه المدة تتراوح بين 47-8 ساعة تبعاً لسبب الغيبوبة في كل حالة.

إن تشخيص موت الدماغ أمر مهم للغاية من الناحية الطبية والشرعية والقانونية، فأما أهميته من الناحية الطبية، فلأن تكاليف العلاج في العناية المركزة باهظة جداً، كما أن عدد الأسرة فيها قليل جداً، وقد خصصت للمرضى ذوي الخطر العالي، والذي يحتاجون لعناية فائقة، ومن هؤلاء المرضى موتى

الدماغ. وبناء على ذلك فإن شغل سرير العناية بميت دماغي قد يحرم مريضاً آخر منه مع كونه بحاجة ماسة له، مما قد يفوت فرصة إنقاذ حياة نفس، كان من الممكن إنقاذها، بينما تبذل الجهود في جثة لا أمل فيها. أضف إلى ذلك أن موتى الدماغ يشكلون أفضل مصدر للتبرع بالأعضاء، بل أنهم المصدر الوحيد لبعض هذه الأعضاء مثل القلب. وهذا يتبين أهمية التأكد من كونه حياً أو ميتاً من الناحية الطبية. أما أهمية تشخيص الميت دماغياً من الناحية الشرعية، فإنها تكمن فيما يترتب على ذلك من أحكام شرعية، كإعلان الوفاة، وهل يجوز استقطاع أجزاء من الميت دماغياً للتبرع بها لإنقاذ حياة مريض آخر؟ وهل يجوز إيقاف أجهزة الإنعاش من الميت دماغياً؟ أم أن إيقافها يعد قتلًا؟ إلى غير ذلك من الأحكام الشرعية التي تترتب على الوفاة كالإرث وعدة الوفاة. وكذلك أهميته من الناحية القانونية، إذ يترتب على ذلك تجديد لحظة الوفاة، وهل استقطاع أعضاء من الميت دماغياً للتبرع بها لمريض يحتاج لها يعد جريمة في القانون أم لا؟... إلى غير ذلك من الأحكام القانونية⁽²⁵⁾.

المبحث الثاني

رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً

نتعرض لرفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً، بتوضيح المقصود بالإنعاش الصناعي، ثم نبين حكم رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً، كما يلي:

المطلب الأول: المقصود بالإنعاش الصناعي

نبين المقصود بالإنعاش الصناعي، بتعريف أجهزة الإنعاش لغة، ثم نوضح المراد بأجهزة الإنعاش، وفق الآتي:

الفرع الأول: تعريف أجهزة الإنعاش لغة

أجهزة الإنعاش مركبة من كلمتين: أجهزة، وإنعاش، ومعرفة المراد يتوقف على تعريف كل من هاتين المفردتين.

أولاً- أجهزة، جهاز:

كل شيء ما يحتاج إليه، يقال: جهاز العروس، والمسافر، والجيش، والميت، وقد جهزه فتجهز، وجهزت العروس تجهيزاً، وتجهيز الغازي تحميلة وإعداد ما يحتاج إليه في غزوه، وجهزت القوم تجهيزاً إذا تكلفت لهم بجهازهم للسفر⁽²⁶⁾.

والجهاز في الحيوان هو ما يؤدي من أعضائه غرضاً حيوياً خاصاً مثل جهاز التنفس، وجهاز

الهضم.

ثانياً- إنعاش:

نعش الشيء نعشاً: أنهضه وأقامه، يقال: نعش الإنسان تداركه من هلكة، ونعشه الله سد فقره، وانتعش العائر إذ نهض من عثرته، يقال: نعشه الله أي رفعه الله وجبره، والنعش من هذا، لأنه مرتفع على السرير، ونعشت فلاناً إذا جبرته بعد فقره، أو رفعته بعد عثرته، وانتعش نشط ونهض⁽²⁷⁾.

الفرع الثاني: المراد بأجهزة الإنعاش

الإنعاش في عالم الطب يقصد به: "المعالجة المكثفة التي يقوم بها طبيب أو مجموعة من الأطباء ومساعدوهم لمساعدة الأجهزة الحياتية حتى تقوم بوظائفها، أو لتعويض بعض الأجهزة المعطلة قصد الوصول إلى تفاعل منسجم بينها". يستنتج من هذا التعريف أن الإنعاش هو نوع من أنواع العلاج يقوم به الاختصاصي أو المجموعة لإنقاذ حياة المصاب الذي يكون في حالة ستفضي به حتماً إلى الموت، إذا لم يتلق العناية التي تنتشله من وضعيته الخطيرة التي هو عليها⁽²⁸⁾.

ظهر استخدام أجهزة الإنعاش أسلوب علاجي جديد في الطب- لم يكن معروفاً من قبل نظراً لتطور أساليب العلم والهندسة والكيمياء والطبيعة والإلكترونيات التقنية- للمريض الذي يصارع الموت من شأنه أن ينشط دورته الدموية، ويعيد النبض للقلب، والتنفس شهيقاً وزفيراً للصدر. وقد نجح في حالات كثيرة في أن يسترد الإنسان وعيه كاملاً وتعود إليه وظائفه الحيوية. وحتى في الحالات التي عجز الطب عن علاجها في حينه، فقد نجح عن طريق هذا الأسلوب العلاجي الجديد في إرجاء لحظة النهاية المحتملة، أملاً في اكتشاف العلاج الفعال لها. ويعرف هذا الأسلوب بالإنعاش الصناعي، وإن كانت له مسميات أخرى فيطلق عليه البعض العناية المركزة، والبعض يسميه العناية المشددة، في حين يسميه البعض الوسائل الصناعية للحفاظ على الحياة. والواقع أن هذه التسميات على اختلافها تعني في مجملها مجموعة من الأساليب الفنية العلاجية المخصصة لحالات مرضية جسيمة وخطرة، والتي لو تركت وشأنها لأفضت في فترة زمنية متناهية القصر إلى وفاة المريض أو التسبب في إصابة عضوية غير قابلة للشفاء. ويلجأ الأطباء إلى استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي متى كان المريض في حالة خطيرة مثل: حالات الحوادث الخطيرة التي ينجم عنها كسور في القفص الصدري، أو حالات التسمم بالمواد والمخدرات والمهدئات أو حالات الفشل الكلوي أو حالات بطن أو عدم انتظام ضربات القلب، أو عمليات جراحة القلب المفتوح، أو حالات التعطل المؤقت أو الجزئي لوظائف المخ⁽²⁹⁾.

وتجمع بين غالبية هذه الحالات دخول المريض في غيبوبة سواء كانت مؤقتة وهي تلك التي تنجم عن تعطل مؤقت لوظائف المخ، أو عميقة وهي التي تنجم عن التوقف الطبيعي لوظائف القلب والرئتين مع استمرار عمل المخ، أو دائمة كالتى تنجم عن وفاة جذع المخ لدى الشخص حتى لو أمكن الإبقاء على نبضه ودورته الدموية بأساليب الإنعاش الصناعي. وهذه الحالة الأخيرة محل جدل كبير حول استخدام الإنعاش الصناعي نظراً لأنه وفقاً لمعيار الموت الدماغي يعد الشخص الذي دخل في غيبوبة دائمة قد مات، وذلك على عكس معيار الموت الجسدي ومن باب أولى معيار الموت الخلوي إذ يعتبر لازال حياً⁽³⁰⁾.

والحكم الشرعي للأعمال المستحدثة في مجال الطب والجراحة يبحث عنه فيما لم يرد به نص شرعي صريح، في ضوء الأهداف العامة للشرع، وبصفة خاصة حفظ النفس والنسل والعقل، وقواعده العامة خاصة قاعدة تحصيل أعلى المصلحتين ودرأ أعظم المفسدتين. فإذا كان الغرض من الإنعاش الصناعي، هو إنقاذ الأرواح التي يتعرض أصحابها لازمات وقتية، بإعادتهم إلى وعيهم بصفة كاملة، حتى لا تموت خلايا المخ، عن طريق تزويدهم بالدم والأكسجين اللذين تتوقف عليهما حياتها، أي بمعنى ضمان

استمرارها في أداء وظائفها الأساسية والحيوية، فإن هذا جائز شرعاً. وذلك لأن استمرار حياة مريض في هذه الحالة، أي المرحلة بين الموت الإكلينيكي وبين موت المخ، والتي لا تستغرق غير بضع دقائق لا يعد من قبيل إعادة الحياة له، لأنه مازال حياً في حكم الشرع، حتى ولو كانت بعض مقومات حياته قد توقفت عن العمل التلقائي. فالمريض الخاضع لأجهزة الإنعاش، هو مريض تعطلت عنده بعض الوظائف الأساسية الحيوية تعطلاً مؤقتاً، والإنعاش هو علاج مكثف أو رعاية طبية مركزة لإنقاذ حياته، وبالتالي فهو يأخذ حكم الوجوب بالنسبة للمريض. ولا بد في حالة استعمال أدوات العناية المركزة وأجهزة الإنعاش الصناعي من إتباع سياسة عادلة وواضحة داخل المستشفيات، بما يتفق مع مبدأ المساواة بين حقوق الناس في الحياة، وفقاً لأحكام الشرع الإسلامي، فإذا توافرت هذه الوسائل الطبية في مستشفى فإنه يجب أن تكون مفتوحة لكل مريض بغض النظر عن سنه ونوع مرضه، كما أنه يجب أن يعطى كل مريض الحق في الإنعاش متى سكت قلبه، حتى ولو كان مرضه ميئوساً منه، دون تفرقة بين مريض ومريض. أما إذا كان الإنعاش الصناعي لا جدوى منه، أو فيه تعذيب للمريض فلا حاجة في هذه الحالة لاستعمال أجهزة الإنعاش الصناعي لعدم الجدوى⁽³¹⁾.

المطلب الثاني: حكم رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً

إن الحياة والموت بيد الله سبحانه وتعالى، يهبهما لمن يشاء، ويمنعهما عن من يشاء، والطب مهما تقدم لم يستطع منع الموت ولا إيقافه، ففي كل يوم وفي كل لحظة يموت ملايين البشر، وتوقف القلب أو التنفس لدقيقة أو أكثر أو أقل لا يعني الموت، وذلك أن هذا التوقف قد يحدث تلقائياً، كما أن عودة القلب والتنفس قد تعود تلقائياً دون تدخل طبي كما حدث في حالات عديدة موثقة، والتدخل الطبي هو في إنعاش هذه الأعضاء الهامة التي توقفت، ولذا فإن نسبة كبيرة جداً من الحالات التي تقدم لها وسائل الإنعاش تموت رغم وسائل الإنعاش، وحالات المريض تحت أجهزة الإنعاش تختلف من مريض لآخر، وبالتالي تختلف حاجة هذا المريض لهذه الأجهزة باختلاف حالاته، وعلمياً يختلف التكيف الفقهي لرفع هذه الأجهزة عن هذا المريض باختلاف حالاته⁽³²⁾. لذلك نوضح حكم إيقاف أجهزة الإنعاش قبل موت الدماغ، ثم نبين حكم إيقاف أجهزة الإنعاش عن موت الدماغ، كما يلي:

الفرع الأول: حكم إيقاف أجهزة الإنعاش قبل موت الدماغ

قد يتعرض الإنسان لأزمة صحية مؤقتة، كمرض مزمن شديد يصيب القلب والرئتين أو تكرار السكتة القلبية، مما ينجم عنه توقف نبضات القلب والدورة الدموية والتنفس، وقد يتوقف جذع المخ عن عمله، على الرغم من أن خلاياه ما تزال حية، فيكون المريض في حالة الغيبوبة العميقة أو الطويلة، فتستخدم أجهزة الإنعاش الصناعي لتزويد الدماغ بالدم المحمل بالأوكسجين كي لا تموت خلاياه. ولا يشكك أحد بأن المريض في هذه الحالة هو إنسان حي، ويتمتع بكل مقومات الحياة الإنسانية، وأن حياته هذه تحظى بالحماية، ومن ثم فإن الحكم الشرعي والقانوني أنه لا يجوز للطبيب المعالج فصل أجهزة الإنعاش عنه، فإذا فعل وترتب على ذلك موت خلايا دماغه، فيكون قد تسبب في موت المريض موتاً فعلياً، وعد مسؤولاً عن ذلك تبعاً لتوافر القصد الجرمي أو الخطأ. ولا يحتج لدفع مسؤولية الطبيب القول بأن أجهزة الإنعاش هي من

الإجراءات العلاجية التي تخضع لتقدير الطبيب، وأن من سلطته تغيير وسيلة العلاج متى بان له أنها غير مجدية في تحقيق شفاء المريض . والسبب في ذلك أن التزام الطبيب ليس بغاية، وهي شفاء المريض، وإنما بوسيلة وبذل عناية. فإذا كان استخدام أجهزة الإنعاش والتغذية الصناعية هي الوسيلة الوحيدة لإطالة حياة المريض وضمان استمراريتها، ولفترة وجيزة، أصبح ذلك التزاماً على الطبيب باستخدامها أيًا كانت النتيجة التي يمكن أن تترتب على ذلك. فضلاً عن أن مهمة الطبيب هي محاولة شفاء المريض وتحسين صحته بالقدر المستطاع، وليس من اختصاصه أن يقتل مريضاً ما زال على قيد الحياة، وهو بأمس الحاجة للمساعدة، فالفرق شاسع بين الهدف النبيل بإنقاذ حياة المريض وتخليصه من آلامه وبين الوسيلة غير الطبية لإنهاء حياته بقتله. كما لا يشفع للطبيب أن هناك مرضى آخرون هم في حاجة إلى أجهزة الإنعاش، لأن الضرر لا يزال بضرر مثله، ولأنه يمنع شرعاً التضحية بحياة إنسان لإنقاذ حياة آخر، استناداً لمبدأ التساوي بين الناس معصومي الدم⁽³³⁾.

لقد اتفق الفقهاء على أنه إذا كان الغرض من الإنعاش الصناعي، هو إنقاذ الأرواح التي يتعرض أصحاب الأزمات وقتية، بإعادتهم إلى وعيهم بصفة كاملة، حتى لا تموت خلايا المخ، عن طريق تزويدها بالدم والأكسجين اللذين تتوقف عليهما حياتها، أي بمعنى ضمان استمرارها في أداء وظائفها الأساسية والحيوية، فإن هذا جائز شرعاً. وذلك لأن استمرار حياة المريض في هذه الحالة، أي المرحلة بين الموت الإكلينيكي وموت خلايا المخ، والتي لا تستغرق سوى بضع دقائق طبية فقط، لا يعد من قبيل إعادة الحياة له، لأنه ما زال حياً في حكم الشرع. فإن أجهزة الإنعاش تعيد للقلب والجهاز التنفسي نشاطهما، بحيث يؤدي ذلك، في بعض الأحيان، إلى استرداد المريض وعيه كاملاً وإعادة وظائفه الأساسية، فيصبح من الممكن للمريض أن يعود إلى التنفس الطبيعي ويخرج من المستشفى سليماً. وعلى هذا الأساس، فإنه لا يجوز شرعاً للطبيب أن يفصل هذه الأجهزة قبل حدوث موت جذع الدماغ، وإلا تسبب في موت المريض موتاً حقيقياً لا رجعة فيه. ويسأل الطبيب عن فعلته هذه مسؤولية مدنية وجنائية، كما أنه يسأل إذا امتنع عن تقديم المساعدة لهذا المريض الذي يعد حياً من الناحية الشرعية والطبية⁽³⁴⁾.

إذن فعدم قيام الطبيب المعالج أو اختصاصي الإنعاش بواجب إنعاش المريض، فإن ذلك يعد شرعاً وقانوناً امتناعاً عن تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر، وهي جريمة يعاقب عليها قانون العقوبات. فقد نصت الفقرة الثانية من المادة 182 من قانون العقوبات الجزائري⁽³⁵⁾ على أنه: "...ويعاقب بالعقوبة نفسها (الحبس من ثلاثة أشهر إلى خمس سنوات وبغرامة من 20.000 دج إلى 100.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين) كل من امتنع عمداً عن تقديم مساعدة إلى شخص في حالة خطر كان في إمكانه تقديمها إليه بعمل مباشر أو بطلب الإغاثة له وذلك دون أن يكون هناك خطورة عليه أو على الغير". يتضح من هذه المادة أنه لقيام جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة يجب توافر ركنين مادي ومعنوي⁽³⁶⁾:

- الركن المادي:

ويتحقق في وجود شخص في خطر وأن يكون هذا الخطر حالاً.

- الركن المعنوي:

ويتمثل في توافر ركن العلم والإرادة لدى المتهم، أي أن يكون عالماً بوجود شخص في خطر ويمتنع عمداً عن تقديم المساعدة له.

ونفصل في ذلك كما يلي:

بالنسبة للركن المادي الذي يتحقق في وجود شخص في خطر وأن يكون هذا الخطر حالاً، ويكون الشخص في حالة خطر إذا صدر ضده فعل مجرم يهدد نفسه وماله بأذى محقق، ويكون هذا الخطر حالاً إذا كان على وشك الوقوع.

ويمتنع الجاني في هذه الحالة عن فعل أو قول ما أوجبه عليه القانون، والامتناع يشكل مخالفة للقانون، كما يشكل ذلك الفعل المخالف تماماً، ولذلك لهما نفس الحكم، وقد اضطر المشرع الفرنسي إلى النص صراحة على المساواة الامتناع بالفعل الإيجابي، فنص على معاقبة من يحرم قاصراً دون الخامسة عشر من عمره من التغذية أو العناية بصورة مقصودة، كما أدخل تعديلاً على النص يلزم بمقتضاه كل شخص علم بتعذيب قاصر بإبلاغ السلطة الإدارية فوراً تحت طائلة العقاب. ولا يفرق القانون بين الامتناع السلبي، والامتناع الإيجابي فكل منهما يشكل خرقاً للقانون يستحق صاحبه العقاب، ويوصف بأنه مجرم، والامتناع السلبي يكون في صورة ما إذا أمر القانون بفعل أو قول فامتنع الجاني عن ذلك، أو أن القانون قد نهى عن السكوت، ولكن الجاني التزم به حيث يجب غير ذلك وتتحصل لدينا ثلاثة صور للامتناع السلبي وهي⁽³⁷⁾:

- أن يأمر القانون بفعل أو قول ولكن الجاني امتنع عن ذلك، ومثال ذلك ما أمر به القانون من وجوب تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر، ولكن من وجده امتنع عن ذلك.

- أن ينهى القانون عن سلوك سلبي، ولكن الجاني لا يلتزم بالنهي، ومثاله نهى القانون عن التستر عن المجرمين، فالشخص الذي يعرف مكان المجرم، وهو عالم بذلك، وعالم بأن القانون قد نهى عن التستر عنه وكتمان أخباره، ومع ذلك لم يحرك ساكناً في سبيل التبليغ عنه، فإنه بنظر القانون يعتبر مجرماً.

- الامتناع عما أمر به الواجب أو الالتزام، كالشخص المكلف بحراسة الشاطئ، يرى شخصاً يغرق ومع ذلك لا يحرك ساكناً، وكالحارس في مؤسسة، يراها تسرق أو تحترق ويقف إزاء ذلك موقفاً سلبياً، وكالأب المكلف بالإنفاق على أولاده فيمتنع، ففي كل هذه الحالات نلاحظ أن المجرم لم يقم بأي سلوك إيجابي، وإنما جاءت مخالفته للقانون، واستحقاقه صفة المجرم ببقائه ساكناً لم يقل ولم يفعل.

أما بالنسبة للركن المعنوي فلا يكفي الإمام بالركن المادي لإسناد المسؤولية إلى الشخص الممتنع، بل لابد من توافر ركن العلم والإرادة لدى المتهم، أي أن يكون عالماً بوجود شخص في خطر ويمتنع عمداً عن تقديم المساعدة له، فالركن المادي يعبر عن جسد الجريمة ووجودها، بينما الركن المعنوي يعبر على

الناحية المعنوية للجريمة، وبها تنسب الجريمة إلى فاعل ما ليتحمل مسؤولية تلك الجريمة أو لا تنسب إليه، وشتان بين من ارتكب جريمة عن علم وقصد وإرادة، وبين من فعل ذلك خطأ⁽³⁸⁾. وبناء عليه، يعتبر المريض-المهدد بموت أكيد وحال- في خطر مما يتعين على الطبيب تقديم المساعدة له، قدر المستطاع، حتى وفاته. فيجب عليه أن يقوم بتركيب أجهزة الإنعاش الصناعي عليه واستمرار عملها متى وجدت فرصة حقيقية لبقاء المريض على قيد الحياة. فإن امتنع يسأل جنائياً عن جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر طبقاً للمادة 182 من قانون العقوبات. ويصنف فقهاء القانون الجنائي هذا النوع من الجرائم بالجرائم الإيجابية التي ترتكب بالترك أو الامتناع. وتطبيقاً على حالة الطبيب الذي يمتنع عن استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي لمريض لم تمت خلايا مخه وإن توقف قلبه ورثتاه عن العمل يعد قاتلاً عمداً بالامتناع أو الترك، ذلك لأن الشخص مازال على قيد الحياة رغم توقف قلبه ورثتاه. كما أن مدونة أخلاقيات الطب الجزائرية توجب في المادتين 7 و9 على الطبيب المعالج تقديم المساعدة للمريض والتخفيف من معاناته ضمن احترام كرامته الإنسانية، وأن يقوم بإسعاف أي مريض يواجه خطراً وشيكاً حتى آخر لحظة، وإن يتأكد من تقديم العلاج الضروري له. وجاء في توصيات ندوة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الثانية سنة 1985، التي خصصتها لموضوع "الحياة الإنسانية" وندوتها التاسعة لموضوع "التعريف الطبي للموت" سنة 1996، بأن ما اتفق عليه الأطباء والفقهاء المشاركون هو أن توقف القلب حالة مرضية يمكن إسعافها. وقد جاء في توصية ندوة 1985 أنه: "إن أياً من الأعضاء أو الوظائف الرئيسة الأخرى كالقلب والتنفس قد يتوقف مؤقتاً ولكن يمكن إسعافه واستنقاذ عدد من المرضى مادام جذع المخ حياً"⁽³⁹⁾.

الفرع الثاني: حكم إيقاف أجهزة الإنعاش عن موت الدماغ

قد يتعرض الإنسان لحادث سيارة أو غرق أو اختناق أو التهاب الدماغ أو السحايا، فتصاب خلايا الدماغ بتلف وتموت، ويدخل المصاب في حالة غيبوبة نهائية، تتميز بتوقف القلب والرئتين عن العمل، والانعدام التام للشعور والإحساس وردود الأفعال، فيدخل غرفة العناية المركزة للإنعاش ما توقف من نفسه ونبضات قلبه. فهذا الشخص الذي ماتت خلايا دماغه وخلايا جذع المخ، والتي تسيطر على الوظائف الأساسية والحيوية في الجسم، يعد، كما رأينا، في حكم الموتى طبياً وشرعاً، لأن تنفسه بواسطة الأجهزة مهما استمر لا قيمة له ولا يعطي الحياة للإنسان. فالإنسان الذي مات دماغه بما فيه من المراكز الحيوية والمهمة جداً والواقعة في جذع المخ يفقد كل الصفات التي تتميز بها الحياة الإنسانية الطبيعية، ولا يحتفظ سوى بحياة اصطناعية تكفلها أجهزة الإنعاش الصناعي. وحول مدى جواز إيقاف أجهزة الإنعاش عن هذا الشخص الذي مات دماغه يوجد رأيان⁽⁴⁰⁾:

الرأي الأول:

يذهب إلى عدم الجواز، وحجته في ذلك أن الأصول الشرعية دلت على المحافظة على المصالح الضرورية، ومن ذلك حفظ النفس، التي يتطلع الشرع لإحيائها وإنقاذها وأن نزع وسائل الإنعاش ممن دخلوا مرحلة الغيبوبة يعد قتلًا، وهو محرم شرعاً.

الرأي الثاني:

يذهب إلى الجواز، واستدل لذلك بأن هذه الأجهزة لن تعيد الحياة للشخص، فهو قد مات منذ تحقق موت دماغه بالكلية، وأنها لا تكفل إلا حياة صناعية لبعض أعضاء الجسم. كما أن إيقاف هذه الأجهزة يدرأ إضاعة المال والجهد والوقت فيما لا جدوى منه، ويؤمن غرفة وأجهزة لمريض آخر هو في أمس الحاجة لها لإنقاذ حياته، وهو غاية الطب المتمثلة في إنقاذ حياة المريض بكل الوسائل الممكنة. وإلى هذا الرأي ذهب أيضاً قرار مجمع الفقه الإسلامي الثالث التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي المنعقد في عمان بالأردن عام 1978.

ويرجح الرأي الثاني على أن يتخذ القرار بإيقاف عمل أجهزة الإنعاش من لجنة ثلاثية ممن يثق بقوله وخبرته، تضم أستاذ مخ وأعصاب وأستاذ استشاري للتخدير وآخر أخصائي بالرعاية المركزة. وأن تكون هذه اللجنة محايدة يستبعد منها كل فرد له مصلحة خاصة مباشرة أو غير مباشرة في إعلان موت المريض حتى لا يتسرب إلى قرارها الشك.

كما أن ترجيح الرأي الثاني راجع إلى (41):

حديث المغيرة بن شعبة رضي الله عنه، عن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: «إِنَّ اللَّهَ حَرَّمَ عَلَيْكُمْ: عُقُوقَ الْأُمَّهَاتِ، وَوَادَّ الْبَنَاتِ، وَمَنْعًا وَهَاتِ. وَكَرِهَ لَكُمْ: قِيلَ وَقَالَ، وَكَثْرَةَ السُّؤَالِ، وَإِضَاعَةَ الْمَالِ». مُتَّفَقٌ عَلَيْهِ.

وفي رواية لمسلم: «إن الله حرم ثلاثاً، ونهى عن ثلاث».

فالشارع جاء بالنهي عن إضاعة المال، وفي إبقاء أجهزة الإنعاش على الميت دماغياً صرف لأموال طائلة، وبذل لعناية طبية فيما لا فائدة فيه، إذ لا يمكن لهذه الأجهزة أن تعيد الحياة إلى خلايا دماغه.

- أن أجهزة الإنعاش الموجودة في وحدات العناية المركزة في المستشفيات قليلة العدد، واستمرار عملها على الميت دماغياً فيه حرمان لمن هو أولى منه ممن لم يميت دماغه، بحيث لو وضعت هذه الأجهزة عليهم لأمكن إنقاذهم- بإذن الله-، كما أن فيه شغلاً للأسرة القليلة الموجودة في غرف العناية التي يمكن أن يستفيد منها مرضى آخرون هم في أمس الحاجة إليها في علاجهم.

- أن الدراسات الطبية والأبحاث العلمية التي أجريت على مئات الحالات ممن مات دماغه توصلت إلى أن الميت دماغياً سيتوقف قلبه، حتى مع استمرار عمل أجهزة الإنعاش، وحينئذ فلا معنى من استمرار عملها إلا إطالة حالة النزع والاحتضار إن لم يكن قد مات، أو نفخ الهواء في جثة إن كان قد مات.

- أن الغرض من استخدام أجهزة الإنعاش هو إنقاذ المصاب من الهلاك، أو المحافظة على حياته، وكلاهما منتف في الميت دماغياً، لأن خلايا الدماغ إذا ماتت فلا يمكن أن تستبدل بغيرها، أو تتجدد، أو تحيا مرة أخرى مهما استخدمت من وسائل علاجية .

- إن موت الدماغ يعد علامة على موت الإنسان، وإكرام الميت تعجيل دفنه، واستمرار عمل أجهزة الإنعاش يؤدي إلى بقاء جثته أياماً أو أسابيع في غرفة العناية المركزة، وهذا مخالف لما ثبت في السنة من الأمر بتعجيل تجهيز الميت ودفنه، كحديث أبو هريرة رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: «أَسْرِعُوا

بِالْجِنَازَةِ، فَإِنْ تَكُ صَالِحَةً فَخَيْرٌ تُقَدِّمُونَهَا، وَإِنْ يَكُنْ سِوَى ذَلِكَ فَشَرٌّ تَضَعُونَهُ عَنْ رِقَابِكُمْ». البخاري (1315)، ومسلم (944).

لذلك إذا تحققت علامات موت الدماغ من الإغماء وعدم الحركة وغيرهما من العلامات، لكن بواسطة أجهزة الإنعاش لا يزال القلب ينبض، والتنفس مستمر، نبضاً وتنفساً صناعيين لا حقيقيين، ففي هذه الحالة صدر قرار كل من مجمع الفقه الإسلامي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي، والمجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي بجواز رفع أجهزة الإنعاش عن هذا المريض، ذلك لأنه لا يوقف علاج يرجى منه شفاء المريض، وإنما يوقف إجراء لا طائل من ورائه في شخص محتضر، بل يتوجه أنه لا ينبغي إبقاء آلة الطبيب والحالة هذه لأنه يطيل عليه ما يؤلمه من حالة النزاع والاحتضار. وهذا نص قرار المجمع الفقهي الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي: "المريض الذي ركبت على جسمه أجهزة الإنعاش، يجوز رفعها، إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلاً نهائياً، وقررت لجنة من ثلاثة أطباء اختصاصيين خبراء، أن التعطل لا رجعة فيه وإن كان القلب والتنفس لا يزالان يعملان آلياً، بفعل الأجهزة المركبة، لكي لا يحكم بموته شرعاً إلا إذا توقف التنفس والقلب توقفاً تاماً بعد رفع هذه الأجهزة". وأما مجمع الفقه الإسلامي المنبثق من منظمة المؤتمر الإسلامي فهذا نص قراره: "يعتبر شرعاً أن الشخص قد مات وتترتب جميع الأحكام المقررة شرعاً للوفاة عند ذلك إذا تبينت فيه إحدى العلامتين التاليتين⁽⁴²⁾:

- إذا توقف قلبه وتنفسه توقفاً تاماً، وحكم الأطباء بان هذا التوقف لا رجعة فيه.

- إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلاً نهائياً، وحكم الأطباء الاختصاصيون الخبراء بأن هذا

التعطل لا رجعة فيه، وأخذ دماغه في التحلل.

وفي هذه الحالة يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص وإن كان بعض الأعضاء، كالقلب

مثلاً، لا يزال يعمل آلياً بفعل الأجهزة المركبة.

وهناك إجماع طبي بأن موت الدماغ هو موت حقيقي للإنسان، وعند التحقق من حدوثه يسوغ

للأطباء وقف أجهزة الإنعاش وإزالتها عن المريض، إلا أن هذه المسألة تخضع لاعتبارات قانونية وشرعية

تختلف من دولة لأخرى. ففي الدول التي نصت تشريعاتها على اعتبار الموت الدماغي موتاً حقيقياً للإنسان،

فإن مسألة إزالة الأجهزة عن المتوفى دماغياً لا تثير أية صعوبات مادام القانون قد اعترف بأن الميت دماغياً

هو ميت حقيقياً، وأن إزالة أجهزة الإنعاش عن الشخص المتوفى هو عمل مشروع يمكن للطبيب القيام به

عند تحققه من واقعة الوفاة وفق ضوابط معينة يحددها القانون. أما في البلدان التي لم تنص تشريعاتها

على اعتبار الموت الدماغي موتاً حقيقياً للإنسان، وصدرت بها فتاوى شرعية تجيز ذلك، فإن الأطباء لا

يملكون إزالة هذه الأجهزة ما لم يحصلوا على إذن من ذوي المتوفى يسمح لهم بذلك، وإلا كانوا محلاً

للمساءلة القانونية مثل ما هو به في الأردن. وأما في الدول التي لم تنص تشريعاتها القانونية على اعتبار

الموت الدماغي موتاً حقيقياً للإنسان، ولم تصدر بها فتاوى شرعية تعتبره كذلك، فإنه لا يجوز للأطباء أن

يزيلوا أجهزة الإنعاش أو يوقفوها عن المريض حتى تتعطل جميع أعضائه عن العمل بصورة طبيعية كما

هو معمول به في اليابان. إلا أن هناك حالة متفقا عليها طبياً في إبقاء أجهزة الإنعاش على الميت دماغياً من الناحية الطبية، تتمثل في حالة الحاجة إلى استقطاع أعضاء منه بغرض زرعها لشخص آخر⁽⁴³⁾.

الخاتمة:

وضحنا مفهوم الموت الدماغي، بالتعرف على علاماته، تشخيصه، كما تعرضنا لموضوع رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً، بتوضيح المقصود بالإنعاش الصناعي، ثم بينا حكم رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً، إذ أن الكثير من الفقهاء والباحثين يجمعون على جواز رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً، ذلك باعتبار الموت الدماغي موتاً حقيقياً تتحقق به وفاة الشخص، وبالتالي يمكن في هذه الحالة نزع أعضاء من الميت إذا ما أوصى بذلك، لزرعها في جسد آخر حي، وطبعاً يكون ذلك بمراعاة شروط الزرع القانونية والطبية.

وبناء على ما تم تناوله في هذه المداخلة نقدم النتائج التالية:

- أن علامات الموت عند الأطباء هي: توقف القلب والتنفس؛ الانعدام التام للوعي.
- موت الدماغ هو تعطل جميع وظائف الدماغ تعطلاً دائماً.
- أن لموت الدماغ علامات منها: الغيبوبة الدائمة، مع عدم الاستجابة للتنبيه بالألم مطلقاً، وانعدام الحركات الإرادية. وتوقف الوظائف الأساسية لجذع الدماغ، والتنفس التلقائي، والدورة الدموية في الدماغ.
- أما الاقتراحات فتتمثل في:
- أن يعتبر بموت الدماغ بما فيه خلايا جذع الدماغ، يكون موت الإنسان متحققاً.
- لا بد قبل إعلان الوفاة التأكيد من موت الدماغ كلية موتاً نهائياً، وفق الشروط الطبية والقانونية الواردة في قانون الصحة.
- يجب أن تقرر وفاة من مات دماغه وإيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عنه من قبل لجنة طبية تضم مجموعة من أساتذة اختصاصيين من ذوي الخبرة بأمراض الأعصاب أو جراحة الدماغ وآخر أخصائي بالرعاية المركزة.
- على الطبيب المختص تحكيم ضميره ودينه وعلمه قبل أن يقرر رفع جهاز الإنعاش عن المريض والحكم بموته.
- يمكن للطبيب أن يوقف عمل أجهزة الإنعاش الصناعي عن الشخص الذي مات دماغه دون أن يكون مسؤولاً جنائياً.
- أن يخضع الأطباء الاختصاصيين العاملين بهذا المجال لدورات تكوينية تضم محاضرات في الأحكام الفقهية، وتخصيص محاور في الأحكام الفقهية في المؤتمرات والملتقيات الطبية، حتى يكون لهم علم بالأحكام الشرعية.

الهوامش:

- (1) عقيل فضل الدهان، الطبيعة القانونية للموت الدماغي في القانون العراقي، بدون تاريخ نشر، تاريخ الاطلاع: 2017/11/07، انترنت منشور على: <https://www.researchgate.net/publication/310596820>.
- (2) صالح بن علي الشمراي، أثر القول باعتبار الموت الدماغي موتاً حقيقياً أولاً في الأحكام الفقهية، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، بدون بلد النشر، العدد 89، أبريل-ماي 2011، ص 9.
- (3) إبراهيم صادق الجندي، الموت الدماغي، مركز الدراسات والبحوث، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية، الطبعة الأولى، 2001، ص 41-42.
- (4) نفس المرجع، ص 43.
- (5) أبي الفضل جمال الدين محمد بن مكرم ابن منظور، لسان العرب، دار صادر، دون طبعة، الجزء 6، بيروت، 1997، ص 4296.
- (6) سورة إبراهيم: الآية 17.
- (7) علياء طه محمود، "مسؤولية الطبيب الجنائية عن عمليات نقل وزرع الأعضاء البشرية (دراسة مقارنة)"، مذكرة ماجستير، كلية الحقوق، جامعة النهرين-العراق، 2013، ص 42.
- (8) سورة الإسراء: الآية 85.
- (9) سورة الملك: الآية 2.
- (10) بلحاج العربي، الأحكام الشرعية والطبية للمتوفي في الفقه الإسلامي، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، بدون بلد النشر، العدد 42، 2004، ص 1.
- (11) سورة الزمر: الآية 42.
- (12) سورة الأنبياء: الآية 35.
- (13) بن سعادة زهراء، "الحماية الجنائية لحرمة الميت في التشريع الجزائري"، مذكرة ماجستير في العلوم الجنائية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الحاج لخضر-باتنة، 2011، ص 18-19.
- (14) سورة السجدة: الآية 11.
- (15) عبد الرحمن العدوي، "نقل الأعضاء من الحي أو موتى المخ محرماً شرعاً"، بحث مقدم إلى مؤتمر مجمع البحوث الإسلامية الثالث عشر، الأزهر الشريف، 2009/03/10، جمهورية مصر، ص 7.
- (16) سورة محمد: الآية 20.
- (17) يوسف فاطمة، تحديد لحظة الوفاة في مجال نقل الأعضاء البشرية، بدون تاريخ النشر، تاريخ الإطلاع: 2017/11/07، انترنت منشور على: <http://manifest.univ-ouargla.dz/index.php/archives/archive/facult%C3%A9-de-droit->.
- (18) نفس المرجع، ص 6.
- (19) إبراهيم صادق الجندي، المرجع السابق، ص 44.
- (20) سعد بن عبد العزيز الشويخ، "موت الدماغ"، مجلة الجمعية الفقهية السعودية، المملكة العربية السعودية، العدد الحادي عشر، 2011، ص 271.
- (21) عقيل فضل الدهان، المرجع السابق، ص 14.
- (22) سعد بن عبد العزيز الشويخ، المرجع السابق، ص 273.
- (23) محمد إبراهيم أبو العيش، "حكم رفع أجهزة الإنعاش عن مريض موت الدماغ"، مذكرة ماجستير في الشريعة الإسلامية، كلية الشريعة والقانون، الجامعة الإسلامية، غزة-فلسطين، 2009، ص 22.
- (24) أحمد العمر، موت الدماغ، المؤتمر العربي الأول لعلوم الأدلة الجنائية والطب الشرعي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية، 2007/11/14-12، ص 10-12.
- (25) حمد محمد الهاجري، "موت الدماغ بين الفقهاء والأطباء"، مجلة كلية الشريعة والدراسات الإسلامية، جامعة قطر، العدد 24، 2006، ص 306-307.
- (26) أبي الفضل جمال الدين محمد بن مكرم ابن منظور، المرجع السابق، ص 143.

- (27) نفس المرجع، ص 934.
- (28) محمد إبراهيم أبو العيش، المرجع السابق، ص 8.
- (29) محمود أحمد طه، المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة، مركز الدراسات والبحوث، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، بدون طبعة، 2001، ص 67.
- (30) نفس المرجع، ص 68.
- (31) محمد بن سليمان بن عبد الله العمرو، "أحكام جرائم الاعتداء على الأموات وعقوبتها بين الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي"، مذكرة ماجستير في التشريع الجنائي الإسلامي، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية، 2004، ص 152.
- (32) محمد إبراهيم أبو العيش، المرجع السابق، ص 28.
- (33) أحمد العمر، المرجع السابق، ص 22-23.
- (34) بلحاج العربي، المرجع السابق، ص 38.
- (35) الصادر بالأمر رقم 156-66 المؤرخ في 1966/06/08 المتضمن قانون العقوبات، الجريدة الرسمية العدد 49، المعدل والمتمم بالقانون 16-02 المؤرخ في 2016/06/19. الجريدة الرسمية العدد 37.
- (36) أحمد عمراني، "حماية الجسم البشري في ظل الممارسات الطبية والعلمية الحديثة (في القانون الوضعي والشريعة)"، أطروحة دكتوراه في القانون الخاص، كلية الحقوق، جامعة وهران، 2010، ص 268.
- (37) منصور رحمانى، الوجيز في القانون الجنائي العام، ب ط، عنابة، دار العلوم للنشر والتوزيع، 2006، ص 94-95.
- (38) نفس المرجع، ص 105.
- (39) أحمد عمراني، المرجع السابق، ص 269.
- (40) أحمد العمر، المرجع السابق، ص 23-24.
- (41) سعد بن عبد العزيز الشويخ، المرجع السابق، ص 335-336.
- (42) حمد محمد الهاجري، المرجع السابق، ص 328-329.
- (43) سمر الأشقر، المركز القانوني للميت دماغياً، 2004، الأردن، تاريخ الاطلاع: 2017/11/07، ص 75، منشور على انترنت:

