

مشكلة تحديد لحظة الوفاة وعلاقتها بالموت الدماغى

دعاس حميدة/بوقطوشة وردة
كلية الحقوق والعلوم السياسية
جامعة محمد لين دباغين-سطيف-2

الملخص

سبب ظهور أجهزة الإنعاش الصناعى وأجهزة قياس عمل المخ، في ظهور حالة جديدة لم تكن معروفة من قبل في الساحة الطبية، هي ظاهرة الموت الدماغى والتي يكون فيها الشخص ميت دماغيا وبقية أعضاءه حية، حيث طرحنا ضمن هذا المقال مشكلة لحظة الوفاة ومتى نقرر الموت الدماغى للشخص ومن المسئول عن تحديدها، من أجل إمكانية الاستفادة من أعضاء الشخص الميت دماغيا وزرعها في شخص حي بحاجة إليها.

الكلمات المفتاحية: الوفاة، الموت الدماغى، الإنعاش الصناعى، الغيبوبة، المريض.

Abstract

Artificial reanimation and brain activity machines have resulted in a not only brand-new but also a never witnessed phenomenon in the medical arena which is called « clinical death ». the latter is when the person's brain stops working while his organs continue to work. This article addresses the moment of death and when and who is responsible for it, for the purpose of benefiting from the clinically dead person's organs by donating them to another alive person in need.

Key terms: death, clinical death, artificial reanimation, coma.

المقدمة

يكتسي موضوع تحديد لحظة وفاة الإنسان أهمية كبيرة سواء على الصعيد الطبي أو الأخلاقي أو القانوني، وقد ازدادت هذه الأهمية في المجال الطبي نتيجة انتشار عمليات نقل وزرع الأعضاء من شخص ميت إلى شخص حي، ولم يكن تحديد هذه اللحظة -لحظة الوفاة- مسألة صعبة على الأطباء والناس منذ القدم فهناك علامات معينة لتحديد ما إذا توقف القلب والتنفس، إلا أن الأمر قد تغير في الآونة الأخيرة فقد ظهر عاملان أساسيان هما:

أولاً: التطور التكنولوجي باستحداث أجهزة الإنعاش الصناعي وما كان لها من أثر في إطالة حياة المريض مرض الموت، مما أدى إلى ضرورة تحديد لحظة حدوث الوفاة ووضع حد لجهود الأطباء في إنعاش شخص لا أمل في عودته إلى الحياة الطبيعية، وبالتالي فصل أجهزة الإنعاش الصناعي عنه دون أن تترتب عليهم أية مسؤولية.

ثانياً: تقدم ونجاح عمليات زرع الأعضاء البشرية، وخاصة عمليات زرع الأعضاء المفردة كالكلب والرئة، إذ لا يمكن نقل هذه الأعضاء من الأحياء لذا تعتبر الجثة هي المصدر الوحيد لها، وحتى تكون عمليات النقل ناجحة لا بد من المحافظة على القيمة البيولوجية لتلك الأعضاء، وقد تمكن الأطباء من ذلك بواسطة إنعاش أعضاء الجثة ماعدا الدماغ في الأشخاص المصابين بموت الدماغ، مما يبرر استمرار أجهزة الإنعاش الصناعي في عملها لحين نقل الأعضاء من الجثة لزرعها في جسم إنسان آخر، وعلى الرغم من أهمية أجهزة الإنعاش الصناعي في حفظ حياة المريض وإعادة نشاط قلبه وجهازه التنفسي اللذين توقفا إلا أن هذه الأجهزة قد أوجدت العديد من المشاكل الدينية والأخلاقية والقانونية تتعلق بمسألة تركيبها على جسم المريض وإيقافها بالنسبة لمن يحيا حياة عضوية صناعية نتيجة موت دماغه.

ومن هنا ثار الخلاف في الوسط الطبي والفقه حول تحديد لحظة الوفاة ومدى اعتبار الموت الدماغي علامة لموت الإنسان، كما ثار الخلاف أيضاً بشأن مسألة إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عن الشخص الذي مات دماغه.

الإشكالية

متى يتحقق موت الإنسان؟ ومن ثم متى يجوز نزع الأعضاء من جسد من حكم بموته ليزرع في جسد مريض بحاجة إليه؟ وما مدى جواز إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً؟

ومن هنا فإن البحث في هذا الموضوع يثير عدة أمور ينبغي التعرض لها بشيء من التفصيل، ومنها تحديد اللحظة الحقيقية لهذا الحدث - الوفاة - ومن ثم ضرورة تحديد الجهة المختصة ببيان معايير الوفاة وهل هي مسألة طبية بيولوجية بحتة أم هي مسألة قانونية وأخيرا بيان حدود الإنعاش الصناعي الواجبة. وذلك ما يلي:

أولا: معايير تحديد لحظة الوفاة

- 1- المعايير الفقهية لتحديد لحظة الوفاة
 - 2- المعايير القانونية والطبية لتحديد لحظة الوفاة
- ثانيا: الإنعاش الصناعي بين الأمل والعدم
- 1- الغيبوبة ودرجاتها
 - 2- حدود الإنعاش الصناعي

أولا: معايير تحديد لحظة الوفاة

الموت ليس واقعة طبية فحسب وإنما هو حقيقة دينية فلسفية وواقعة قانونية وحالة اجتماعية لدى جميع الحضارات والأديان. ويعتبر الموت هو اللحظة الحاسمة التي تفصل الإنسان عن الحياة الدنيا، وعليه فإن تحديد هذه اللحظة له أهمية بالغة.

والموت هو مفارقة الروح للبدن مفارقة تامة، أي انقطاع الحياة عن البدن انقطاعا تاما.

أما بالنسبة لموقف المشرع الجزائري، فإنه لم يعط تعريفا للموت فقط نص في المادة 25 من القانون المدني على أنه: "تبدأ شخصية الإنسان بتمام ولادته حيا وتنتهي بموته" وعليه اعتبر المشرع الجزائري الوفاة واقعة، وطبقا لقانون الحالة المدنية يلزم بالإبلاغ بالوفاة خلال 24 ساعة من حدوثها وهو ما نصت عليه المادة 2/79. وطبقا للمادة 26 من القانون المدني فإنه: "تثبت الولادة والوفاة بالسجلات المعدة لذلك"، وعليه لا يتم قيد الوفاة في سجلات الحالة المدنية ولا يتم الدفن إلا بعد تقديم شهادة الوفاة أو سببها، والتي تكون صادرة من الطبيب أو من قبل ضابط الشرطة القضائية المكلفة بالتحقيق في الوفاة وهذا طبقا للمادة 78 من قانون الحالة المدنية الجزائري.

ويعد تحديد لحظة أهم لحظة بالنسبة لعملية الانتقال بأعضاء الميت لاسيما الأعضاء التي يسري عليها التغيير بعد زمن يسير من الوفاة والتي تستدعي نقلها مباشرة عقب التأكد من الموت الوفاة. وقد اختلف الفقهاء في تحديد لحظة الوفاة واستندوا في ذلك إلى عدة معايير سنقوم بالتطرق إليها كما يلي:

1- المعايير الفقهية لتحديد لحظة الوفاة

ظل الطب إلى زمن قريب يعتمد في تحديد الموت على معيار توقف القلب والتنفس وهو ما يسمى بالمعيار التقليدي، لكن مع تطور الطب واستحداث أجهزة الإنعاش الصناعي، أصبح الطب الحديث يعتمد على معيار جديد للموت وهو معيار الموت الدماغي فيعد الإنسان ميتا بموت جذع المخ.

أ- المعيار التقليدي لتحديد لحظة الوفاة

طبقا لهذا المعيار يعتبر الإنسان ميتا متى توقف قلبه وجهازه التنفسي (الرئتين) عن العمل، وبذلك تتوقف جميع الوظائف الحيوية للجسم، ثم يتوقف وصول الدم المحمل بالأكسجين إلى المخ فتموت خلاياه ثم تموت خلايا الجسم في لحظات متفاوتة،¹ فخلايا الدماغ تبقى حية لمدة أربع دقائق، وخلايا القلب تبقى حية لبضع دقائق، وعليه يمكن إعادة عضلة القلب إلى عملها الطبيعي باللجوء إلى وسائل الإنعاش الصناعي خلال تلك الدقائق لأن بعض الخلايا لا تزال حية وقابلة للاستمرار في العمل إذا تم إنعاشها.²

وقد استند الفقهاء في تحديد لحظة الوفاة وفقا لهذا المعيار على علامات أساسية وهي توقف القلب والنفس والدورة الدموية توقفا لا رجعة فيه. أما العلامات الاستدلالية فهي:

- ارتخاء العضلات وعدم استجابة الجثة لأية تنبيه حسي وبروز حدقة العين.
- بروز الزرققة وهي زرققة ناتجة عن توقف الدورة الدموية وخاصة في الأجزاء العليا من الجثة.
- التيبس وعادة ما يبدأ في عضلات الفك الأسفل والجفنين ثم ينتشر في الوجه والعنق والذراعين.....
- التعفن وهو تحلل أنسجة الجسم بواسطة ميكروبات التعفن خاصة في الأحشاء.³

إلا أن هذه العلامات لا تقدم ضابطا علميا ومنضبطا لتحديد لحظة الموت، كما أن هذا التحديد لا يتناسب مع أغراض عمليات استقطاع العضو من ميت وزرعه في جسد مريض يحتاج إليه لإنقاذ حياته، لأن الارتكاز على هذا المعيار يؤدي إلى تلف تلك الأعضاء وفقدانها لوظيفتها الحيوية. لذلك فقد وضع الأطباء ضابطا جديدا للموت يعتمد على أسس علمية، ويتفق مع متطلبات نقل وزرع الأعضاء وهو موت الدماغ.

ب- المعيار الحديث لتحديد لحظة الوفاة (الموت الدماغي)

استقر الطب الحديث على أن موت خلايا المخ هو الضابط في تحديد موت الإنسان واعتباره موتاً حقيقياً، ويترتب على ذلك توقف المراكز العصبية العليا عن عملها وبذلك يستحيل إعادة الحياة إلى المخ والجسم.⁵

وقد ظهر الحديث لأول مرة عن الموت الدماغي في فرنسا عام 1959 وسميت هذه الحالة بمرحلة ما بعد الإغماء، وتبعتها المدرسة الأمريكية عام 1968 التي وضعت مواصفات علمية لموت الدماغ من قبل لجنة ad hoc في جامعة هارفرد الأمريكية. وفي عام 1981 تم وضع معايير موحدة لتشخيص موت الدماغ من قبل اللجنة الرئاسية الأمريكية.⁶

ب-1- مفهوم الموت الدماغي

تعريف الدماغ: يعرف الدماغ لغة بأنه حشو الرأس، والجمع أدمغة ودمغ وقيل الجلدة الرقيقة المشتملة عليه، وقيل مخ الرأس.

أما اصطلاحاً فيتكون الدماغ من ثلاثة أجزاء رئيسية:

المخ: وهو مركز التفكير والذاكرة والإحساس.

المخيخ: تتعلق وظيفته بتوازن الجسم.

جذع المخ: وهو المركز الأساسي للتنفس والتحكم في القلب والنبض وتنظيم ضغط الدم والدورة الدموية.⁷

تعريف الموت الدماغي: هو تلف دائم في المخ يؤدي إلى توقف دائم لجميع وظائفه بما فيها وظائف جذع الدماغ. أو هو الفقد الدائم لكل الوظائف المتكاملة للخلايا العصبية.

ومن أسباب موت الدماغ:

رضوض الجمجمة، النزف الدماغي، احتشاءات الدماغ وأورامه، إصابة الدماغ بسبب الحوادث، نزيف داخلي بالدماغ، أورام الدماغ والتهابه والسحايا، توقف القلب أو التنفس الفجائي.⁸

من خلال تحديد الأجزاء والوظائف الأساسية لكل جزء من أجزاء الدماغ استطاع الأطباء معرفة أي هذه الأجزاء إذا مات يكون علامة على موت الإنسان.

ويعد جذع المخ هو الجزء الأهم لأن وظائفه وظائف أساسية فهو يتحكم في المراكز الأساسية للحياة مثل مراكز التنفس والتحكم في القلب والدورة الدموية، على عكس المخ والمخيخ لأن وظيفتهما تتعلق بالذاكرة والإحساس وتوازن الجسم ولا أثر لموتهما في موت الإنسان.

وعليه متى ماتت خلايا الدماغ بصورة نهائية وقاطعة فإنه يستحيل عودة الإنسان إلى وعيه إدراكه، حتى لو تم حفظ وظيفة القلب والجهاز التنفسي باستخدام أجهزة الإنعاش الصناعي.⁹

وهنا يحدث ما يسمى بالغيوبة الكبرى التي لا ينفع معها استمرار العلاج بالأجهزة الصناعية، والسبب في ذلك أن موت المراكز العصبية المتحكممة في جهاز التنفس والقلب يؤدي لا محالة إلى توقف التنفس والدورة الدموية. كما أن النسيج الشبكي هو المسؤول عن وعي الإنسان فإذا أصيب بضرر فإنه يستحيل إيجاد بديل يحل محل المخ عن طريق الزرع.

شروط تشخيص موت الدماغ:

- الإغماء الكامل أي وجود الشخص في غيبوبة عميقة ولا يتنفس إلا بجهاز التنفس الآلي.
- عدم الاستجابة لكل المؤثرات والمنبهات الخارجية.
- الانعدام الكلي للتنفس التلقائي بعد إيقاف جهاز التنفس الصناعي لمدة 10 دقائق وبشروط معينة.
- انعدام أي أثر لنشاط دماغي في جهاز رسم الدماغ الكهربائي، إذ يجب أن يكون تخطيط الجهاز أفقياً ومنبسطاً.¹⁰
- موقف القانون والفقه من موت الدماغ
- اختلفت الآراء حول اعتبار الموت الدماغي معياراً للموت الإنسان.¹¹

فمنهم من رأى أن الموت الحقيقي للإنسان لا يتحقق إلا بالتوقف النهائي للقلب والتنفس عن العمل بحجة أن المريض الذي يتنفس بواسطة الأجهزة الصناعية هو إنسان حي لمجرد الروح فيه التي تبعث الحرارة فيه وتحفظه من التعفن والفساد، كما أن بعض الحالات التي حدثت فيها غيبوبة عميقة قد أفاقت من غيبوبتها بعد عدة ساعات أو أيتام... والدليل على ذلك استمرار الحمل لدلى بعض السيدات في حالة غيبوبة عميقة وتوقف المخ.

ومنهم من رأى أن الموت الدماغي هو الضابط في موت الإنسان ويستندون في ذلك إلى أن جذع المخ هو المسيطر على المراكز العصبية العليا والمتحكم في التنفس والدورة الدموية، وعليه فإن موت جذع المخ يعني بالضرورة موت الإنسان بشرط التأكد من توقف الدم المغذي له.

2- المعايير الطبية والقانونية لتحديد لحظة الوفاة

اختلف الآراء حول تحديد الوفاة أهي مسألة طبية أم مسألة قانونية

أ- الوفاة مسألة قانونية

تعتبر الوفاة من المسائل المتعلقة بحالة الشخص ولذا يجب أن يتولى القانون تحديدها، طالما أن الشخصية القانونية للشخص هي منحة من المشرع ومصدر جميع الحقوق للصيقة بالشخصية، فإنه لا يمكن إخضاعها لمعايير شخصية. وإذا كان ينظر للوفاة على أنها ظاهرة طبيعية بسيطة يمكن إدراكها بالحواس العادية وليست بحاجة لتعريف قانوني، فإن هذا التعريف أصبح ذا أهمية كبيرة في مواجهة الاكتشافات الطبية والبيولوجية خاصة في مجال نقل الأعضاء والتي من شروطها التحقق من وفاة المعطي. وتكمن أهمية هذا التعريف في حاجة رجل القانون إلى اليقين فلا يعقل إعلان وفاة بعض الأشخاص وفق معايير بيولوجية معينة ويقرر في الوقت نفسه باستمرار حياة بعض الأشخاص وفقا للمعايير نفسها أو لمعايير مختلفة وهذا لكي يطمئن الجمهور إلى تحقق الوفاة وتوفير هذه الطمأنينة لا يتم إلا بصدر تشريع خاص، كما أن هذا التعريف فيه فائدة للطبيب من جهة حتى لا تثار مسؤوليته من الناحية القانونية والأخلاقية، ومن ثم لا يمكن ترك هذه المسألة لتنظيمها آداب وقواعد مهنة الطب.¹³

ب- الوفاة مسألة طبية

يرى هذا الاتجاه أن تحديد الوفاة مسألة طبية محضة بيولوجية ينفرد بتقديرها الطبيب أن وضع تعريف للوفاة في القانون يعتبر من المسائل الخطيرة بسبب تقدم العلوم البيولوجية الطبية كما هو الحال بالنسبة لمعايير تحديد لحظة الوفاة، ومن ثم يستوجب على المشرع صياغة بعض القواعد السلوكية التي تسهل للأطباء ممارسة مسؤولياتهم وترك الحرية للطبيب للتأكد من الوفاة وفقا للأساليب العلمية الحديثة.¹⁴

أما بالنسبة للمشرع الجزائري فإنه طبقا للمادة 146 من قانون الصحة 17/90 تعتبر مسألة تحديد لحظة الوفاة مسألة طبية، وقد ترك لوزير الصحة تحديد المعايير الطبية الواجب إتباعها عند إثبات الوفاة طبقا للقرار الوزاري 1989/39، وطبقا لذلك انشئ المجلي الوطني لأخلاقيات العلوم الطبية بموجب المادة 168 مكرر الذي وكل إليه تقديم الآراء والاستشارات بخصوص زرع الأعضاء وكل ما يفرضه التطور الطبي، وبصدر القرار الوزاري في 19 نوفمبر 2002 تم تحديد معايير جديدة لإثبات الوفاة وهي: الانعدام التام للوعي، غياب نشاط عضوي دماغي، الانعدام التام للتهوية

العفوية عن طريق اختبار العين، التأكد من موت خلايا المخ باستخدام رسم المخ الكهربائي مرتين. وطبقا للمادة 2/167 من قانون حماية الصحة فإن المشرع ترك مسألة إثبات الوفاة للجنة طبية تتكون من ثلاث أطباء أحدهم طبيب شرعي التي نصت على أنه: "تقرر لجنة طبية تنشأ خصيصا في الهيكل ألأستشفائي ضرورة الانتزاع أو الزرع وتأذن بإجراء العملية". كما أنه لا يمكن للطبيب الذي عاين الوفاة أو أثبتها أن يكون من بين الفريق الذي يقوم بعملية الزرع طبقا للمادة 3/165 من قانون حماية الصحة وترقيتها.

ثانيا: الإنعاش الصناعي بين الأمل والعدم

نظرا للتطور الطبي والذي يتعلق بالأساليب العلاجية المخصصة لحالات مريّة معينة وخطيرة، فقد استحدثت أجهزة الإنعاش الصناعي التي كان لها الدور في إنقاذ حياة العديد من الأشخاص، ويشير استخدام هذه الأجهزة العديد من المشاكل سواء من الناحية الطبية أو الدينية والقانونية، خاصة من حيث مدى جواز استخدام هذه الأجهزة وعلاقتها بالغيوبة. والهدف من هذه الأجهزة هو المحافظة على حياة المريض الذي يتعرض لأزمة وقتية كضعف القلب والجهاز التنفسي أو توقفهما قبل انقطاع الدم المحمل بالأكسجين عن خلايا الدماغ.

ويتمثل الإنعاش الصناعي في الضغط على الصدر في منطقة القص بحوالي مئة ضربة في الدقيقة لتعيد القلب إلى النبض، إضافة إلى جهاز الصدمة القلبية موقوف الذبذبات القلبية وجهاز تنفس وإدخال أنبوبة التنفس إلى الرغامى، وإعطاء عقاقير عن طريق الأوردة أو الشرايين.¹⁵

1- الغيبوبة ودرجاتها

الغيبوبة عبارة عن فقد الشعور والأحاسيس الخارجية لأسباب عديدة منها الإصابات المخية، حدوث نزيف، تصلب شرايين القلب....، وقد تحدث نتيجة تسمم أو إثر الإصابة بأمراض عصبية أو أورام مخية أو تشوهات أو توقف القلب بسبب عملية التخدير.

أ- الغيبوبة المؤقتة

تحدث أحيانا على إثر الدهشة والذهول الشديدين، وأهم مظاهرها عدم الاستجابة العضوية، ويمكن للشخص أن يتخلص منها تحت تأثير المؤثرات الشديدة والمتكررة، وعموما هي تعطل مؤقت لوظائف المخ وسرعان ما يسترد المصاب وعيه ويمارس نشاطه.¹⁶

ب- الغيبوبة العميقة

يكون الشخص في هذه الحالة فاقدا للوعي والإحساس ومجرد من الحركة والمنعكسات، لكنه يحيا حياة عضوية تتمثل في بقاء درجة حرارة الجسم والتنفس والدورة الدموية، وهذه الحالة ليست من قبيل الوفاة فلا يمكن استقطاع عضو كالقلب والكبد.

ج- الغيبوبة المستديمة

تتميز هذه الغيبوبة بوفاة خلايا المخ لدى الشخص والتي يستحيل عودتها إلى الحياة مرة ثانية، فالخ هو المسيطر على المراكز العصبية العليا في الإنسان، وبموت المخ يفقد الإنسان كل الصفات التي تتميز بها الحياة الإنسانية الطبيعية حتى ولو تم الإبقاء على تنفسه ودورته الدموية بواسطة أجهزة الإنعاش الصناعي، ويعد الإنسان في هذه الحالة في حكم الموتى.¹⁷

2- الحدود القانونية للإنعاش الصناعي

إن عمليات نقل وزرع الأعضاء تطلبت تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي على الشخص الذي ماتت خلايا مخه بهدف الحفاظ على حيوية ووظائف أعضائه فما هو حكم إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي وهل يعد ذلك قتلًا وإنهاء لحياة المريض أم هو إنهاء لإجراء لا فائدة منه.

أ- حكم إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي قبل موت الدماغ

في هذه الحالة يكون الشخص في حالة غيبوبة عميقة، فتستخدم أجهزة الإنعاش الصناعي لتزويد الدماغ بالدم المحمل بالأكسجين حتى لا تموت خلاياه، ويكون الإنسان في هذه الحالة حيا ومن ثم لا يجوز فصل أجهزة الإنعاش عنه، أما إذا تم إيقاف هذه الأجهزة عد ذلك قتلًا ولا يحتج لدفع مسؤولية الطبيب بأن أجهزة الإنعاش هي من الإجراءات العلاجية التي تخضع لتقدير الطبيب.

ب- حكم إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي بعد موت الدماغ

في هذه الحالة يكون الشخص في حالة غيبوبة نهائية مستديمة والتي تتميز بتوقف القلب والرئتين عن العمل والانعدام التام للإحساس والإدراك وتكون خلايا مخه قد ماتت وبالتالي لا يعد من الأحياء وفقا للمعيار الحديث للوفاة، ولا تكون الفائدة من أجهزة الإنعاش الصناعي سوى المحافظة على بعض المظاهر الحياتية العضوية المجردة من الإدراك. وبالتالي فإن تنفسه بواسطة الأجهزة مهما استمر لا فائدة منه.

وهناك رأيان حول جواز أو عدم جواز إيقاف أجهزة الإنعاش عن الشخص الذي مات دماغه.

الرأي الأول: يرى عدم جواز ذلك وحجته في ذلك أن الأصول الشرعية دلت على المحافظة على المصالح الضرورية ومنها حفظ النفس، وإيقاف الأجهزة يعد قتلًا.

الرأي الثاني: يذهب إلى جواز ذلك لأن هذه الأجهزة لن تعيد الحياة للشخص فهو ميت دماغيا، وأنها لا تكفل إلا حياة صناعية لبعض أعضاء الجسم، كما أن إيقاف هذه الأجهزة يدرأ إضاعة المال والجهد والوقت، وهذا ما ذهب إليه مجمع الفقه الإسلامي في دورته الثالثة الذي انعقد في الكويت عام 1985 وذهب إليه أيضا مجمع الفقه الإسلامي في الدورة الثالثة الذي انعقد عام 1986 وحدد أن الشخص يعد ميتا إذا تحققت إحدى العلامتين:

- إذا توقف قلبه وتنفسه توقفا تاما وحكم الأطباء أن هذا التوقف لا رجعة فيه.
- إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلا نهائيا وحكم الأطباء المختصون الخبراء بأن هذا التعطل لا رجعة فيه.¹⁸

موقف المشرع الجزائري

لم يوضح المشرع الجزائري المعيار الذي يتم بواسطته تحديد لحظة الوفاة، كما أنه لم يوضح الضمانات القانونية لإيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض.

ويسأل الطبيب عن جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر، ومن ثم يكون الطبيب ملزم بتقديم المساعدة لمريض مهدد بالموت، فإذا امتنع عن ذلك قبل موت خلايا المخ يسأل جنائيا عن جريمة قتل عمد طبقا للمادة 254 من قانون العقوبات. وإذا أخطأ في تقدير مدى جدوى تقديم المساعدة للمريض فإن ذلك لا يعفيه من المسؤولية، وتتم مساءلته طبقا للمادة 1/239 من قانون حماية الصحة وترقيتها على أساس القتل الخطأ.

وعلى هذا الأساس لا يمكن للطبيب إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عن الشخص الذي مات دماغه إلا بتوافر الشروط التالية:

- استشارة اللجنة الطبية المنصوص عليها في المادة 2/167 من قانون حماية الصحة وترقيتها.
- إشعار أسرة المحتضر وفق المادة 164 من قانون حماية الصحة وترقيتها.
- الانتظار لمدة زمنية مناسبة للتأكد من توقف القلب والجهاز التنفسي قبل إعلان الوفاة.

الختامة

من خلال دراستنا لهذا الموضوع تبين لنا أن هناك العديد من المشاكل التي يثيرها تحديد لحظة الوفاة، والجدل الأكبر الذي ثار بشأن هذه القضية مدى جواز اعتبار الموت الدماغى معياراً قاطعاً لتحديد لحظة الوفاة، خاصة إذا تعلق الأمر بأجهزة الإنعاش المستحدثة وحكم رفعها عن الميت دماغياً.

وقد تبين لنا من خلال هذه الدراسة أن هناك رأيين في الوسط الطبى والفقهى بشأن اعتبار الموت الدماغى علامة لموت الإنسان.

رأى يرفض ذلك ويعتبر أن الموت الفعلى للإنسان لا يتحقق إلا بالتوقف النهائى للقلب وجهاز التنفس، ومن ثم لا يجوز للطبيب إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعى عن من مات دماغه مادام قلبه ينبض.

ورأى يؤيد اعتبار الميت دماغياً ميتاً فعلاً بما فيه جذع المخ ومن ثم يجوز للطبيب إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعى عن الميت دماغياً لأنه يعد ميتاً حتى لو استمر قلبه وجهازه التنفسى بالعمل.

الاقتراحات

- ضرورة التعاون بين القائمين على القانون والقائمين على الطب بهدف تأمين الحماية اللازمة للمجتمع حول مشكلة تحديد لحظة الوفاة، فإذا كان الطبيب هو المؤهل لتحديد لحظة الوفاة فعلى القانونى أن يضع الصيغة القانونية الواضحة لمعرفة الحدود القانونية لتصرفاته.
- ضرورة وضع ضوابط وشروط محددة وواضحة ودقيقة في تشخيص الموت الدماغى، من خلال وضع تشريع يتماشى ومستجدات التطورات الطبية الحاصلة خاصة فيما يتعلق بالموت الدماغى وأجهزة الإنعاش.
- تحديد الآثار المترتبة على الموت الدماغى من رفع أجهزة الإنعاش الصناعى ونقل الأعضاء وغيرها من الأحكام.

قائمة المراجع

- 1- عامر القيسي، تحديد لحظة موت الإنسان: دراسة مقارنة في الفقه الإسلامي والقانون المدني، مجلة المختار للعلوم الإنسانية، عدد 2 ، 2004، ص5؛ حيدرة محمد، تشريح الجثث والانتفاع بأعضاء الميت في الشريعة الإسلامية والقانون الطبي الجزائري، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، عدد 6 ، 2011، ص61.
- 2- عامر القيسي، المرجع نفسه، ص6.
- 3- دعيح بطحي ادحيلان المطيري، الموت الدماغى وتكليفه الشرعي: دراسة فقهية مقارنة، كلية الشريعة، جامعة الكويت، ص6.
- 4- أحمد العمر، موت الدماغ، المؤتمر العربي الأول لعلوم الأدلة الجنائية والطب الشرعي، 12 و13 نوفمبر 2007، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ص8.
- 5- حيدرة محمد، المرجع السابق، ص61.
- 6- صالح بن علي الشمراني، أثر القول باعتبار الموت الدماغى موتا حقيقيا على الأحكام الفقهية، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، عدد 89 ، 2011، ص9.
- 7- المرجع نفسه، ص10؛ نهلة عاشور منسي، أحكام الموت الدماغى، مجلة كلية العلوم الإسلامية، عدد 8 ، العراق، ص159.
- 8- حمزة عبد الكريم حماد، قتل الرحمة: رؤية فقهية مقاصدية قانونية، دراسات علوم الشريعة والقانون، مجلد 34، عدد2 ، 2007، ص399.
- 9- أحمد العمر، المرجع السابق، ص9.
- 10- دعيح بطحي ادحيلان المطيري، المرجع السابق، ص6؛ نهلة عاشور منسي، المرجع السابق، ص160؛ عامر القيسي، المرجع السابق، ص13.
- 11- أحمد العمر، المرجع السابق، ص12-16.
- 12- القانون رقم 05/85 المؤرخ في 16/02/1985 المعدل والمتمم.
- 13- محمد سامي الشوا، مسؤولية الأطباء وتطبيقاتها في قانون العقوبات، دار النهضة العربية، القاهرة، 2002-2003، ص247-248؛ عامر القيسي، المرجع السابق، ص21.
- 14- المرجع نفسه، ص249-250، عامر القيسي، المرجع نفسه، ص23-24.
- 15- محمد علي البار، التتوه قرب نهاية الحياة والإنعاش القلبي والرئوي، المجمع الفقهي الإسلامي، دورة 22 ، مكة، ص14-15؛ إبراهيم صادق الجندي، الموت الدماغى، مركز الدراسات والبحوث، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2001، ص67.
- 16- محمد سامي الشوا، المرجع السابق، ص234.
- 17- المرجع نفسه، ص235.
- 18- المرجع نفسه، ص241؛ أحمد العمر، المرجع السابق، ص22.