الإنعاش الصناعي بين الشريعة والقانون

حمايدي نسرين
أستاذة بكلية الحقوق والعلوم السياسية
جامعة البليدة -2-

ملخص

يعد الإنعاش الصناعي إحدى ثمرات المكتشفات الطبية الحديثة والذي يتم بواسطة استخدام أجهزة عالية التقنية، والأصل أن الهدف من استخدام هذه الأجهزة هو المحافظة على حياة المريض، الذي يتعرض لأزمة وقتية تتمثل في ضعف قلبه وجهازه التنفسي أو توقفهما عن العمل، قبل انقطاع الدم المحمل بالأوكسجين عن خلايا الدماغ.

Résumé

la réanimation est une discipline médicale qui s'attache à prendre en charge les patients présentant ou susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances viscérales aigues mettant directement en jeu le pronostic vital.

مقدمة

نظرا لتقدم العلوم البيولوجية وتطور المكتشفات الطبية الحديثة ظهرت وسيلة فنية جديدة في مجال الطب والجراحة، تتمثل في الإنعاش الصناعي والذي يستهدف حفظ حياة الإنسان المريض الذي توقف قلبه عن طريق أجهزة ووسائل صناعية تعيد للقلب والجهاز العصبي نشاطهما وعملهما، بحيث يؤدي ذلك في بعض الأحيان إلى استرداد الإنسان وعيه كاملا، وإعادة وظائفه الأساسية. فالغرض من استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي هو إطالة حياة المريض(د/ أحمد شوقي عمر أبو خطوة، القاهرة، **1986**، ص**180**.)

ومن المتفق عليه طبيا أن خلايا المخ تموت بعد عدة دقائق من انقطاع الدم المحمل بالأكسيجين عنها، لذا يلجأ الأطباء إلى هذه الوسيلة لإعادة القلب والجهاز التنفسي إلى حالة العمل لتزويد خلايا المخ- قبل أن تموت- بالدم والأكسيجين اللذين تتوقف عليهما حياتها.

ونظرا للتقدم العلمي الكبير في علوم الطب تثور الصعوبة عندما يموت جذع مخ الإنسان، ويعتبره البعض موتا حقيقيا، ولكن بعض أعضائه الأخرى لا تزال حية وتعمل بوسائل الإنعاش الصناعي، هذا ما يدعونا إلى طرح الإشكالية التالية: هل يجوز للطبيب المختص إيقاف عمل هذه الأجهزة؟ وما مدى أحقية الطبيب في إيقافها؟ وهل يعتدّ بإرادة للمريض في رفضه العلاج بأجهزة الإنعاش الصناعي؟ وهل يمكن للطبيب إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي بدافع الإشفاق والرحمة على المريض ووضع حد لآلامه بإنهاء حياته عن طريق القتل بدافع الشفقة والرحمة؟

وللإجابة عن الإشكالية والتساؤلات القانونية المطروحة ارتأيت إتباع المنهج الوصفي التحليلي والمنهج المقارن الذي من خلالهما أعرض المبادئ القانونية والشرعية ثم أحللها بالاستناد إلى النصوص القانونية والشرعية.

أما نطاق الدراسة، يكون بالتعرض في المبحث الأول إلى مفهوم الإنعاش الصناعي، وفي المبحث نبيّن موقف القانون الوضعي والشريعة الإسلامية من إباحة أو حظر إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي.

المبحث الأول: مفهوم الإنعاش الصناعي

نحاول من خلال هذا المبحث تحديد المقصود بالإنعاش الصناعي المطلب الأول، ثم بيان وسائل أجهزة الإنعاش الصناعي ودورها في حياة المريض في المطلب الثاني.

المطلب الأول: المقصود بالإنعاش الصناعي

يقصد بالإنعاش الصناعي هو العناية الطبية المركزة باستخدام أجهزة صناعية، ومعالجة دوائية تحت مراقبة فائقة يقدمها فريق طبي متخصص لمعالجة مرضى الحالات الحرجة التي تتوقف فيها وظائف أحد الأعضاء الحيوية إلى أن تعود هذه الأعضاء إلى وظائفها الطبيعية وبصورة تلقائية (د/إبراهيم صادق الجندي، الرياض، **2001**، ص**97**).

وعرف أيضا بأنه "مجموعة الوسائل والإجراءات الطبية المعقدة التي تستخدم لفترة ما قد تطول أو تقصر لتحل محل الوظائف العضوية الأساسية للمريض، أو تساعده حتى يتمكن من اجتياز فترة حرجة يكون فيها المريض معرضا لاحتمال الموت إذا لم تستعمل هذه الأجهزة" (د.أحمد جلال الجوهري، جامعة الكويت، ص **122**.)

وعليه فإن حقيقة الإنعاش تقوم على محاولة الطبيب إعطاء فرصة للمصاب لتعود فيها وظائف قلبه ورئتيه أو دماغه إلى العمل مرة أخرى، أو الوصول إلى حالة أفضل مما كان عليه قبل الإصابة على اقل تقدير.

المطلب الثاني: وسائل الإنعاش الصناعي ودورها في حياة المريض

في هذا المطلب نتعرض في الفرع الأول إلى وسائل الإنعاش الصناعي، وفي الفرع الثاني نبيّن دورها في إطالة حياة المريض علاجيا إلى غاية أن يشفى أو يموت.

الفرع الأول: وسائل الإنعاش الصناعي

وأما الوسائل المستخدمة في الإنعاش الصناعي فتنحصر في:

أولا- **جهاز التنفس الصناعي**: وهو عبارة عن جهاز كهربائي يقوم بإدخال الهواء إلى الرئتين وإخراجه منها مع إمكانية التحكم في نسبة الأكسيجين الداخل مع الهواء. ويوصل الجهاز بالمريض من خلال أنبوب يصل الرغامي بهذا الجهاز، ويستخدم هذا الجهاز عند توقف تنفس المريض أو أوشك على التوقف، كما يستخدم في العمليات الجراحية التي يحتاج فيها المريض إلى التخدير العام(د/ بكر بن عبد الله أبو زيد، **1987**، ص **530**.)

ثانيا- جهاز منع الذبذبات أو مزيل الرجفان: هو جهاز يعطي صدمات كهربائية لقلب اضطرب نبضه اضطرابا شديدا، بحيث إذا لم يجر إنعاش القلب بهذا الجهاز فمن الممكن أن يتوقف، وهو ما يعني عدم وصول التغذية إلى الدماغ وموته بالتالي، وإذا مات الدماغ وخصوصا جذعه، فان ذلك يعني استحالة عودة الشخص المصاب إلى وضعه الطبيعي. ويقوم الطبيب بوضع مزيل الرجفان على صدر المصاب ويمرر تيارا كهربائيا يعمل على إيقاف الذبذبات وإعادة القلب إلى نبضه، وكذلك يستخدم الجهاز في حالة توقف القلب، حيث يمكن للصدمة الكهربائية إعادة القلب إلى العمل.

ثالثا- جهاز منظم ضربات القلب: وهو عبارة عن جهاز صغير موصول بسلك، يتم إدخال هذا السلك إلى تجاويف القلب وبعدها يقوم الجهاز بتوليد شرارات كهربائية وبشكل منتظم. ويستخدم هذا الجهاز عندما تكون ضربات القلب بطيئة جدا، مما يؤدي إلى هبوط ضغط الدم، بحيث لا يصل الدم إلى الدماغ بكمية كافية، أو ينقطع لفترة تمتد إلى ثوان ثم يعود، مما يتسبب في حصول الإغماء وفقدان الوعي المتكرر. (د/ علي محمد علي أحمد، الإسكندرية، **2007**، ص**202،201**.)

رابعا- أجهزة الكلية الصناعية: وهي أجهزة تعوّض وظيفة الكلى في تقنية الدم والجسم من السموم والماء المحتبس فيه(د/ محمد علي البار، الرياض، **1986**، ص **84**)

خامسا- مجموعة من العقاقير: تستخدم لإنعاش التنفس والقلب، أو لرفع ضغط الدم(د/ بكر بن عبد الله أبو زيد: مرجع سابق، ص **531**)

الفرع الثاني: دور أجهزة الإنعاش الصناعي

تضطلع أجهزة الإنعاش الصناعي بدور كبير وعلى درجة من الأهمية، فكما هو معلوم إن الغرض المتوخى من استخدام هذه الأجهزة هو المحافظة على أرواح الناس وإبقائهم على قيد الحياة، وخصوصا في الأوقات الحرجة التي يمر بها المرضى ويتعرضون فيها لخطر الموت كحالات السكتة القلبية وغيرها.

والمبدأ الذي يقوم عليه عمل هذه الأجهزة بسيط، ويقتضي الاستعاضة عن القلب والرئتين عند عجزهما، أو عجز أحدهما عن أداء وظيفته بأجهزة تحل محلها للقيام بوظائفها، بغية الحيلولة دون تلف خلايا المخ بشكل رئيسي لتوقف حياة الإنسان عليها، بالإضافة إلى خلايا الأعضاء الأخرى، من خلال المحافظة على استمرارية وصول الدم المحمل بالأوكسجين إلى تلك الأعضاء، لأن توقف القلب والرئتين يعقبها مباشرة حصول اختلال وظيفي في الدماغ تتوقف فيه خلاياه عن العمل، وسرعان ما تموت هذه الخلايا بعد مرور خمسة دقائق من بداية الموت السريري (توقف القلب والرئتين).(حسام عبد الواحد كاظم الحميداوي، جامعة بغداد، **1999**، ص**108**)

وعليه يتبين أن هناك حالتين يمكن أن تركب عليها أجهزة الإنعاش الصناعي وتتضح من خلالها الدور الذي تلعبه تلك الأجهزة.

الحالة الأولى: هي حالة الشخص الذي يتضرر فيها قلبه ورئتاه ولم يعد بإمكانهما القيام بوظائفهما مع بقاء الدماغ سليما، فتأتي أجهزة الإنعاش الصناعي لتحل محلها، وتقوم بضخ الدم لكافة أنحاء الجسم، وتقوم أيضا بإدخال الهواء وإخراجه من خلال عملية التنفس الصناعي. وعلى الرغم من قصر هذه الفترة إلا أن الشخص لا يزال حيا، ويتعيّن إنقاذه قبل أن تتلف خلايا مخه.

ويترتب على اعتبار الشخص حيا خلال هذه الفترة الوجيزة نتائج قانونية هامة، منها وجوب أن يقوم الطبيب بتنفيذ التزامه تجاه المريض بمحاولة إنقاذه من خلال تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي(ندى محمد الدقر، بيروت، **1997**، ص **45**.)

وعليه فكل من يزيل عن هذا المريض الذي توقف قلبه وجهازه التنفسي قبل موت مخه ما بقي له من حياته بنزع أجهزة الإنعاش الصناعي عنه يستحق العقوبة المخصصة للقتل، حيث إن المريض لا يزال على قيد الحياة من الناحية القانونية. (د/ أحمد شوقي عمر أبو خطوة: مرجع سابق، ص**180**.)

الحالة الثانية: وهي حالة من مات دماغه بسبب حادث أو إصابة مرضية دون أن يلحق الموت بباقي أعضاء الجسم الأخرى، وبتم ربط هذا الشخص إلى أجهزة الإنعاش التي حفزت القلب والرئتين على العمل، ويستمر الجسد حيا دون الدماغ.

ولقد ثار الخلاف والجدل بشأن هذه الحالة ومن نواح عدة، وخاصة من الناحية القانونية، فمنهم من رأى في موت الدماغ موتا حقيقيا للإنسان، ودعا إلى ضرورة أن تنسحب جميع آثار الموت عليه، وبالتالي إمكانية رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عنه إذا لم يكن قد امتنع عن تركيبها منذ البداية، كذلك نقل الأعضاء منه بشكل عام والقلب بصورة خاصة على أساس أن النقل يتم من جثة إنسان ميت بالإضافة إلى غيرها من الآثار.

في حين ذهب معارضو معيار الموت الدماغي إلى اعتبار الشخص في مثل هذا الحال لا يزال حيا طالما أن القلب ينبض والتنفس مستمر، ولا تعلن وفاته إلا بعد رفع أجهزة الإنعاش عنه مع وجوب الانتظار لفترة معينة حتى يتم التيقن بشكل نهائي من توقف جميع أعضاء الجسم بما فيها القلب والرئتين(افتكار ميهوب المخلافي، القاهرة، **2006**، ص **206**.)

هذا التباين من وجهة النظر السابقتين بشأن الموت الدماغي يؤدي في الواقع إلى إرباك من الناحية الجنائية نظرا لاختلاف النظرة القانونية لميت الدماغ، والحقيقة إن أهمية تحديد المركز القانوني لموتى الدماغ تبرز وبشكل جلي في الأنظمة القانونية التي لا تحدد معيار لحظة الوفاة والتشريعات التي ألقت بهذه المهمة صراحة على عاتق الأطباء. لذا نؤكد على ضرورة تولي المشرع الفصل في هذه المسألة بإيراد معيار للوفاة واجب الإتباع لتجنب الإرباك الحاصل عن عدم تحديده.

أما بالنسبة للتشريعات التي نظمت هذه المسألة واعتمدت معيارا محددا، ففي حال اعتماد المشرع لموت الدماغ فأرى ضرورة أن يقتصر التنظيم على تحديد المعيار وتعريفه وتحديد شروط تحققه، بل لابد بالإضافة إلى ذلك من إيجاد التكييف القانوني لأفعال الاعتداء على الشخص الميت دماغيا، فيما لو وقعت عليه أثناء ربطه بالأجهزة والعقوبة، التي من الممكن أن تفرض على مرتكبي مثل هذه الاعتداءات، وخاصة إذا ما أخذنا بالاعتبار

مسألة الانتفاع بأعضائه على فرض مشروعيتها، لأن بعض هذه الاعتداءات قد يؤدي إلى حرمان شخص آخر من الانتفاع بها على الرغم من وجود موافقة المتوفى أو ذويه.(د/سمر الأشقر، عمان، الأردن،**2004**، ص**93**.)

ومن خلال ما تقدم يتضح لنا الدور الجوهري والخطير الذي تضطلع به أجهزة الإنعاش الصناعي في إنقاذ المصابين الذين يفقدون إحدى وظائف أجسامهم الرئيسية أو أكثر، الأمر الذي يستلزم من الطبيب التدخل السريع بتركيب أجهزة الإنعاش الصناعي لإنقاذ حياتهم من الموت متى كان في إمكانه ذلك، أو تحويله إلى وحدات العناية المركزة التي تتوفر فيها الأجهزة اللازمة والأطباء المتخصصين حتى تتحسن حالة المريض ويتعدى مرحلة الخطر، ويصبح في غير حاجة لها، أو أن يثبت لدى الطبيب وفاته.

وفي حال إخلال الطبيب بالتزامه هذا تجاه المرضى، بالامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش أو وقفها، فإن هناك الكثير من الآثار القانونية التي تترتب على هذا الإخلال، أولها اعتبار الطبيب مرتكبا لجريمة قد تصل إلى جناية القتل العمد وتحقق مسؤوليته الجنائية عنها، بالإضافة إلى المسؤولية المدنية.

أما إذا أوفى الطبيب بالتزامه السابق، فانه لا يسأل عن أي نتائج قد تحدث لمريضه، وأساس ذلك أن الطبيب ملزم ببذل عناية وليس تحقيق نتيجة، فإذا قام الطبيب ببذل عناية الطبيب اليقظ في مثل ظروفه، فإنه يكون قد أوفى بالتزامه نحو المريض ولو لم يتم الشفاء، لكن على الطبيب أن يبذل الجهود الصادقة التي تتفق مع الظروف التي يعالج فيها المريض ومع الأصول العلمية المستقرة في مجال الطب بهدف علاج المريض وتحسين حالته الصحية(د/عبد الرشيد مأمون، جامعة الإمارات العربية المتحدة، **1998**، ص**660**.)

المبحث الثاني: إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي

لما كان الإنعاش الصناعي لا يعيد الحياة الإنسانية، فإن إيقاف أجهزة الإنعاش لا تعد حرمانا من الحياة بعد أن فقدت تلقائيا. والحديث عن إيقاف أجهزة الإنعاش يطرح عدة تساؤلات نوضح فيها مدى حقيّة المريض في إنهاء حياته، وهذا ما نتعرض له في المطلب الأول المعنون بإيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي بناء على طلب المريض، وفي المطب الثاني نبيّن موقف الشرع والقانون من إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي رحمة بالمريض.

المطلب الأول: إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي بناء على طلب المريض

يعتبر الحق في الحياة من أقوى الحقوق التصاقا بالشخصية وأشدها تعبيرا عن كيانها المادي، وأهمية هذا الحق متأتية من كونه يعد شرطا أساسيا للتمتع ببقية الحقوق الأخرى، وتكاد تجمع القوانين الوضعية والشرائع السماوية على ضرورة حمايته، وتعمل على تهيئة مستلزمات التمتع به وتضع العقوبات الرادعة على من يعبث به. وينصرف مفهوم الحياة إلى الجسم الطبيعي الذي يباشر مجموعة من الوظائف الحياتية، وتعطيل هذه الوظائف الحياتية بمجموعها يفضي إلى فقدان الجسم لصفة الحياة (حسين عبد الصاحب عبد الكريم الربيعي، جامعة بغداد، **2005**، ص**36**.)

وذهب البعض إلى أن حق المريض في إنهاء حياته حق أصيل باعتبار أن هذا الفرد يجب أن يكون سيد حياته وصاحب القرار النهائي وانه حر في إنهاء هذا الألم في الوقت الذي يريده، وكانعكاس لمثل هذه التوجهات ظهر ما يعرف بوصية الحياة.

ولكن التساؤل المطروح هو ما مدى الاعتراف بهذا الحق للمريض على الصعيد الشرعي والقانوني؟ وما هو أثر ذلك على قيام مسؤولية الطبيب الجنائية؟ الإجابة عن هذا التساؤل تقتضي منا التعرض إلى بيان موقف كل من فقهاء الشريعة الإسلامية ورجال القانون. وهو ما سنتناوله في فرعين، نخصص أولها لبيان موقف الشريعة الإسلامية، ونبحث في الفرع الثاني في مدى إقرار الفقه والقانوني بمثل هذا الحق.

الفرع الأول:موقف الشريعة الإسلامية من حق الشخص المريض في إنهاء حياته

إن المحافظة على الحياة واجب، وهي من الضروريات الخمس في مقاصد الشريعة الإسلامية، وإن تحقيق هذا المقصد يقتضي اتخاذ كافة وسائل وأصناف العلاج لأجل التداوي، ما دامت هناك حياة نابضة ومعتبرة، ويدخل ضمن هذا التداوي تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي، وعليه ليس للمريض حق في رفض الامتثال العلاج، بحيث يعتبر ذلك إهلاكا للنفس من حيث النتيجة والمآل، وهو منهي عنه شرعا، إذ قال تعالى﴿**ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة**﴾(الآيتان**29**،**30** من سورة النساء.)، كذلك نهى عن التسبب في قتل النفس حيث قال تعالى: ﴿**ولا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم رحيما، ومن يفعل ذلك عدوانا وظلما فسوف نصليه نارا**﴾.(الآية **195** من سورة البقرة.)

وفيما يخص إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي بطلب من المريض يذهب بعض الفقهاء إلى أنه لا يملك المريض حقا يبيح له قتل نفسه ويحرم على غيره فعل ذلك حتى لو أذن له

المريض قتله، لأن الأول انتحار والثاني عدوان على الغير بالقتل، فإذن المريض بقتل نفسه لا يحلل الحرام، فهو لا يملك نفسه حتى يأذن للغير أن يقضي عليها، والروح ملك لله، ولا يضحى بها إلا فيما شرع الله من جهاد ونحوه. (د/ محمود أحمد طه، الرياض،**2001**، ص **90**.)

في حين يرى فقهاء آخرون إن للمريض أن يرفض العلاج متى ما انعدمت الفائدة المرجوة منه، حيث اشترط ألا يكون هناك أي جدوى من استمرار العلاج والإبقاء على أجهزة الإنعاش.(د/ يوسف القرضاوي، القاهرة، **1993**، ص**537**.)

ويرى آخرون بضرورة إعطاء الإنسان فرصة ليموت ميتة طبيعية، فذهب إلى القول" بأنه يحق للأطباء نزع أجهزة الإنعاش التي توضع عليه والانتظار إلى أن يحكم الله بموته وأن تتاح له الفرصة لموته موتا طبيعيا".(د/ إبراهيم صادق الجندي، مرجع سابق، ص**76**.)

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن الشريعة الإسلامية لا تعطي الحق للمريض في أن يرفض العلاج- وسائل الإنعاش الصناعي- ما لم ينقطع الأمل في شفائه، وإمكانية الشفاء لدى المريض تفرض التزاما على الطبيب مقتضاه الاستمرار في علاج المريض وعدم إيقاف أجهزة الإنعاش وعدم اليأس، لأن الإسلام ينهي عن اليأس، فهو من رحمة الله ولأن الله رحيم بعباده ولا يرتضي لعباده اليأس من رحمته لقوله تعالى:﴿**ولا تيأسوا من روح الله انه لا ييئس من روح اله صالا القوم الكافرون**﴾.(الآية **87** من سورة يوسف.)

ولكن إذا جزم الأطباء بأن استمرار تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي على المريض أصبح دون جدوى، وأن المريض لا يرجى شفائه، فإن للمريض بناء على ما تقدم فإنه يجوز للمريض أن يرفض استمرار عمل الأجهزة بعد الحصول على إذن كتابي منه، كان قد صرح به أو إذن وليه الشرعي إذا كان قاصرا، وبصدور قرار من لجنة طبية متخصصة لا يقل عدد أعضائه عن ثلاثة أطباء.

وفي الواقع إن هذه الحالة لا تتحقق إلا بموت جذع الدماغ أو الموت الدماغي متى ما تأكد منها بشكل قطعي ووفقا للأصول العلمية المتبعة. لأن إيقاف أجهزة الإنعاش في مثل هذه الحالة لا يمثل وقفا للعلاج يرجى به شفاء المريض، وإنما إيقاف لإجراء لا طائل من ورائه لمريض يحتضر. بل من الواجب على الطبيب ألا يستمر فيما يطيل على المريض آلامه ومعاناته.

الفرع الثاني: موقف الفقه والقانون من حق الشخص المريض في إنهاء حياته

انقسم الفقه بشأن حق المريض في العلاج إلى اتجاهين، يؤيد الأول الإقرار بمثل هذا الحق للمريض، وبالتالي عدم تحمل الطبيب لأي مسؤولية إذا ما أوقف وسائل الإنعاش عن

المريض. في حين يعارض الاتجاه الثاني ذلك ويرى تحقق مسؤولية الطبيب في حال إقدامه على وقف وسائل الإنعاش وسأتعرض فيما يلي لحجج وأسانيد كلا الاتجاهين:

أولا- الاتجاه المؤيد لحق المريض في وقف وسائل الإنعاش الصناعي:

يذهب أنصار هذا الاتجاه إلى أن عدم مسؤولية الطبيب الجنائية في حال الامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي أو رفعها، يجد أساسه في حق لمريض في رفض العلاج الذي عبر عنه قبل دخوله في حالته المرضية أو عن طريق ممثله القانوني، ومن بين حججهم في ذلك:

أ- لا يمكن من الناحية القانونية قبول المنطق الذي يقضي بالإبقاء على أجهزة الإنعاش الصناعي على مريض ميئوس من شفائه نزولا عند رغبة أهل المريض تعاطفا معهم وحرمان شخص آخر من فرصة لا تعوض لإنقاذ حياته.(د/ احمد شرف الدين، القاهرة، **1976**، ص**451**.)

ب- إن الإقرار بحق الإنسان في الحياة يستلزم الإقرار له بحقه في الموت وعدم قبول الحياة، لهذا كان الانتحار غير معاقب عليه قانونا، وعليه يجب أن لا يعاقب على إزهاق الروح إذا ما تم من قبل الإنسان نفسه أو بواسطة شخص آخر ما دام بناءا على طلبه ورضاه.(د/ حمد السعدي، بغداد، **1981**، ص**339**.)

ج- عدم إمكانية قيام مسؤولية الطبيب إذا ما قام بالامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش، أو قام بإيقافها إذا كان ذلك راجعا إلى رفض المريض العلاج بهذا الشكل، بشرط أن يقوم الطبيب بإخبار المريض بخطورة المرض وأهمية العلاج، أو يخبر المسئول عنه إذا كان المريض غائبا عن الوعي، وأساس عدم مساءلته في هذه الحالة أن الطبيب لا يجوز له إجبار المريض على تلقي العلاج.(د/ محمود أحمد طه، مرجع سابق، ص **103**.)

ثانيا- الاتجاه المعارض لحق المريض في إيقاف وسائل الإنعاش الصناعي

يذهب أنصار هذا الاتجاه إلى عدم أحقية المريض في رفض العلاج، ولا يجوز للطبيب أن يمتنع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي أو يرفعها بناءا على طلب المريض، أو إلحاح أسرته، وإلا قامت مسؤوليته الجنائية، ومن أهم ما يستند أصحاب هذا الاتجاه في رأيهم:

أ- أنه لا يمكن الاعتداد بإرادة المريض برفض العلاج، لأنها إرادة معيبة لوجود الكثير من العوامل التي أدت إلى ظهورها بهذا الشكل مثل عوامل المرض والألم والرهبة من الموت، والقول بخلاف ذلك من شأنه تحريض المريض للقتل أو على الأقل التحكم في حياة البشر وهم أحياء.

ب- لا يمكن الاعتداد برضا المجني عليه كمبرر للسلوك الإجرامي إلا على سبيل الاستثناء وفي بعض الجرائم دون جريمة القتل وذلك استنادا للقواعد العامة للقانون الجنائي. والأساس في

ذلك أن معصومية الجسد لا يمكن أن تباح، وبالتالي لا يملك الشخص حق التصرف في جسده، فكما هو معلوم أن حق الفرد ليس حقا مطلقا بل يتعلق به حق المجتمع أيضا ومن ثم لا يحق للمريض رفض العلاج.(د/ محمود أحمد طه، مرجع سابق، ص**89**.)

المطلب الثاني: إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي رحمة بالمريض

ويعرف القتل بدافع الشفقة بأنه" ذلك الموت الرحيم الذي يخلص مريضا لا يرجى شفاؤه من آلامه".(د. نصر الدين ماروك، الجزائر، **2003**، ص**346**.). كما عرفه بعض فقهاء القانون بأنه كل فعل ايجابي أو سلبي من شأنه أن ينهي آلام مريض ميئوس من مرضه ولا يرجى شفاءه بالقضاء عليه رحمة به.(د/ أحمد شوقي عمر أبو خطوة، مرجع سابق، ص**186**.)

يمكن أن يتخذ إنهاء حياة الشخص المريض وفقا لهذا المفهوم صورتين هما:

الصورة الأولى: إنهاء حياة الشخص المريض بدافع الشفقة الايجابي ويتحقق بكل فعل ايجابي يرمي به الجاني إلى إحداث وفاة المريض الميئوس من حالته لإنهاء عذابه واحتضاره المؤلم، بإعطائه مثلا جرعات من المهدئات إلى أن تصل الجرعة إلى حد مميت، أو حقنه بالهواء في الوريد، أو إعطائه مادة سامة، أو قتله بأي وسيلة يكون من شأنها إحداث الموت الهادئ للمجني عليه، وغالبا ما تقع هذه الصورة إما على يد شخص عادي من أقرباء المريض أو من قبل الطبيب المعالج.(عبد العاطي باكير علي الكحيلي، نيلاي، **2013**، ص **80**.)

الصورة الثانية: إنهاء حياة الشخص المريض بدافع الشفقة السلبي وهو ترك المريض يموت موتة طبيعية بالامتناع عن تقديم وسائل الرعاية والعلاج المحتمل معها إطالة الحياة بقصد إحداث الوفاة، وتتم هذه الصورة من القتل بوقف الطبيب لوسائل العلاج غير العادية من وسائل إنعاش صناعي وتغذية وغيرها، فهو قتل سلبي بالترك أو الامتناع (د/ السيد عتيق، القاهرة، **2004**، ص **30**.)

والقتل بدافع الشفقة كأي ظاهرة اجتماعية اختلفت الآراء بشأنها، فأيد البعض هذه الفكرة وناهضها البعض الآخر، وسأستعرض إليها من خلال بيان موقف الشريعة الإسلامية منها في الفرع الأول، ثم بيان وجهة نظر القانون منها في الفرع الثاني.

الفرع الأول: موقف الشريعة الإسلامية من حق المريض إنهاء حياته

إن القتل بدافع الشفقة محرم من المنظور الإسلامي، وآية ذلك تحريم الشريعة الإسلامية لقتل النفس ولو كان صاحبها ميئوسا من شفائه، ولقد استفاض ذكر حرمة قتل النفس في آيات القرآن الكريم التي توعدت من يقدم على هذا الفعل بالعذاب الأليم، لقوله

تعالى: ﴿**ومن يقتل مؤمنا متعمدا فجزاؤه جهنم خالدا فيها وغضب الله عليه ولعنه وأعد له عذابا عظيما**﴾.(الآية **93** من سورة النساء.)

وهذا ما أكد عليه الفقه الإسلامي المعاصر أيضا، فقد أجمع على تحريم القتل بدافع الشفقة، وذهب البعض إلى القول" إن قتل الرحمة ليس من الحقوق الآدمية، بل هو من المحرمات قطعا للنصوص الشرعية الواردة في هذا الشأن منه قوله تعالى ﴿**ما كان لنفس أن تموت إلا بإذن الله كتابا مؤجلا**﴾.(الآية **145**، من سورة آل عمران) وتجريم القتل راجع لأنه هدم لما أقامه الله ورسوله وسلب لحياة المجني عليه واعتداء على أهله، ولذلك فان قتل الرحمة أو الشفقة محرم في الإسلام، وذلك سواء كان لتخليصه من آلامه أو اليأس من شفاؤه". (الشيخ جاد الحق علي جاد الحق، القاهرة، **1993**، ص **508**.)

ونخلص مما تقدم إلى أن الطبيب الذي يعمد إلى تعجيل وفاة الإنسان بأي طريقة كانت ايجابية بحقن المريض مما يعجل في وفاته أو سلبية بالامتناع عن تقديم الرعاية والعلاج التي يحتاجها المريض يعد قاتلا، ولا يزيل عن فعله هذا صفة الإجرامية سواء كان الدافع إلى قتل المريض رحمة به وتخليصا له من آلامه. وهذا طبعا لا يشمل إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عن موتى الدماغ لإعطائهم الفرصة كي يموتوا موتة طبيعية، لأن الحياة الإنسانية هي تلك التي تنبعث من جسم الإنسان وبقاء الروح فيه، وليست تلك التي تنبعث من أجهزة الإنعاش الصناعي. ولا يعني هذا بأي حال اعتبار الإنسان ميتا لمجرد إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي، بل لا بد من تحقق موت جميع الأجهزة الحيوية الثلاثة في الجسم وفقا لمعيار الموت الجسدي حتى تعلن وفاة المريض.

الفرع الثاني: موقف الفقه والقانوني من حق المريض إنهاء حياته

اختلفت اتجاهات الفقه القانوني بشأن مسالة القتل بدافع الشفقة، فقد أيد بعض فقهاء القانون هذه الفكرة، واستندوا في ذلك إلى بعض الحجج والأسانيد. في حين ذهب اتجاه ثان إلى ما يخالف أصحاب الاتجاه الأول تماما، ورفضوا فكرة القتل بدافع الشفقة رفضا مطلقا، وظهر اتجاه ثالث اتخذ لنفسه طريقا وسطا بين كل من الاتجاهين السابقين. وفيما يلي بيان لكل من هذه الاتجاهات:

أولا- رأي وحجج الاتجاه الفقهي المؤيد للقتل بدافع الشفقة:

يؤيد أنصار هذا الاتجاه فكرة القتل بدافع الشفقة، ويرون أن من حق الطبيب الامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي أو رفعها متى كان المريض لا يرجى شفاؤه، وأن

المريض في طريقه إلى الموت، وان اشترط لذلك أن يكون فعل الطبيب نابعا عن رغبته في عدم تعذيب المريض المحتضر وطلبا لراحته وراحة أهله.

ويسوغ أنصار هذا الاتجاه رأيهم هذا بعدة مبررات وحجج من أبرزها:

أ- إن مهمة الطبيب لا تقتصر على العلاج وتخفيف الآلام، وإنما تشمل أيضا مساعدة المريض في الحصول على موت هادئ متى كان الشفاء ميئوسا منه، وكان المريض يعاني من آلام مبرحة. لأن القول بغير ذلك يجعل من عمل الطبيب ليس سوى إطالة لألام المريض البدنية والنفسية.

وأساس هذه الحجة هو أن العلم وخاصة في المجال الطبي ينبغي أن يكون في خدمة الأحياء، وعليه فإذا أيقن الطبيب بأن لا جدوى ترجى من التدخل الطبي والمريض الميئوس من مرضه، عندئذ يتعيّن على الطبيب تسهيل طريق الموت لذلك المريض. فإذا كان الموت دليلا على فشل العلم، فلا بد أن نجعله على أقل تقدير يقدم للإنسان موتا هادئا وسهلا. (د/ محمود أحمد طه، مرجع سابق، ص**86**.)

ب- يذهب أنصار هذا الاتجاه أيضا إلى أن القانون لا يعاقب على الجريمة إن وقعت تحت وطأة الإكراه المعنوي الذي يشل إرادة الفاعل، ولما كانت الإرادة تمثل أحد عنصري القصد الجنائي إلى جانب العلم، لذا فان غياب أحدهما سيؤدي إلى انتفاء وجود القصد الجنائي، وبالتالي ينعدم أحد أركان جريمة القتل العمد وهو الركن المعنوي، وبناءا على ذلك تكون المسؤولية الجنائية للفاعل موضع الشك(د/عبد الوهاب حومد، جامعة الكويت، **1983**، ص**116**.)

ثانيا- رأي وحجج الاتجاه الفقهي المعارض للقتل بدافع الشفقة:

يذهب أنصار هذا الاتجاه الذي نؤيده إلى عدم أحقية الطبيب في إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض الميئوس من شفائه، وإن كان الطبيب يستهدف تخليص المريض من آلامه ومعاناته القاسية، ويستند هؤلاء إلى عدة أسانيد أهمها:

أ- إن الطبيب ملتزم بموجب العلاقة التي تربطه بالمريض، سواء كانت هذه العلاقة عقدية أو تنظيمية ببذل العناية، أي بذل أقصى ما لديه من علم لعلاج المريض من المرض الذي يعانيه بصفة أساسية، لأن الطبيب ملزم ببذل عناية وليس بتحقيق نتيجة.

ب- إن إطلاق اليد للقتل الرحيم سيضعف وينتهك مبدأ حماية الحياة، إذ إن من شأن إباحة هذا الفعل جعل الحياة موضع تصرف من قبل الإنسان، مما يؤدي إلى انتفاء وجود حرمة المساس بها، وهذا كله ما يخالف حقيقة الحق في الحياة، فلم يعد هذا الحق في

التشريعات الحديثة حقا خاص بالمريض بل هو حق مشترك بين الفرد والمجتمع(- د. محمد زكي أبو عامر ود. علي عبد القادر القهوجي: القانون الجنائي، دون ذكر مكان الطباعة، **1986**، ص**37**.)

وعليه لا يجوز للفرد والمجتمع أن يحدث موت شخص متى شاء، بل إن حفظ الحياة لأصحابها يعد من الواجبات الأساسية التي على المجتمع أن يكفلها.

ثالثا- رأي الفقه المعتدل:

حاول هذا الاتجاه أن يتخذ لنفسه طريقا وسطا ويوفق بين الرأي المناهض والمؤيد للقتل بدافع الشفقة، فلم يقر بالإباحة المطلقة للقتل، ولا التشديد المطلق على نحو ما ذهب إليه الاتجاه المعارض، بل حاول الجمع بين محاسن كلا الاتجاهين، ونادى بتضييق نطاق المشمولين بالقتل الرحيم. ودعوة هذا الاتجاه تقوم على أساس التمييز بين نوعين من الموت السهل نبينها فيما يلي بإيجاز:

أ- الموت السهل الايجابي: ويقصد به قيام شخص، كأن يكون الطبيب أو أحد أقرباء المريض أو أصدقائه، بإنهاء حياة المريض بدافع الشفقة، وذلك بارتكاب فعل ايجابي يؤدي إلى موت المريض، ككتم أنفاس المريض أو حقنه بمواد كيماوية تؤدي إلى وفاته.

ب- الموت السهل السلبي: ويقصد بهذا النوع من القتل أن لا يرتكب بفعل ايجابي يقوم به الفاعل بإنهاء حياة المريض وإنما بأي فعل من أفعال الامتناع تصدر عن الفاعل تؤدي إلى وفاة المريض. ومثال قتل الرحمة السلبي عدم قيام الطبيب المعالج بتركيب وسائل الإنعاش والتغذية والتنفس الصناعي(ضاري خليل محمود، مجلة دراسات قانونية، **2000**، ص **109**.)

ويذهب هذا النوع من الفقه الذي يعتبره الفقه الهولندي نموذجا له إلى ضرورة تخفيف العقاب عن القتل بدافع الشفقة الايجابي إذا كان بناءا على طلب المريض وقام الطبيب بتنفيذه بفعل ايجابي، كأن يقوم بحقن المريض بجرعة من مخدر تؤدي إلى وفاته، ولكن بدون إباحة الفعل بصورة مطلقة، فهم يعتبرون إن القتل بدافع الشفقة تصرف طبي أكثر من كونه جريمة يعاقب عليها القانون الجنائي، ولكنهم لا ينكرون كونه جريمة في النهاية.

أما فيما يتعلق بدافع الشفقة السلبي، فالفقه الهولندي لا يعتبره قتل شفقة بمفهوم القتل بل يعتبره تصرفا طبيعيا. إذ إن الطبيب غير ملزم بإتباع عناية طبية علاجية يطبقها على المريض لا طائل من ورائها ولا تسفر عن أية فائدة علاجية، فالخضوع للعلاج والاستمرار فيه يتوقف على اعتبارين، الأول عائد إلى مدى توافر الوسائل العلاجية في المستشفى، والثاني عائد إلى ضرورة عدم رفض المريض للعلاج فان رفض المريض للعلاج فهذا حق له. فلا تثور في

حالة القتل بدافع الشفقة السلبي أو شبهة جنائية، فهو لا يعبر عن جريمة من وجهة نظر هذا الفقه.(د/هدى حامد قشقوش، القاهرة **1996**، ص **61**.)

خاتمة

في خاتمة هذه الدراسة وبالمقارنة بين أقوال علماء الشريعة ورجال القانون الوضعي يظهر أن هناك أوجه اتفاق بين كل من الشريعة والقانون، منها أن الإنعاش الصناعي هو نوع من التداوي مأمور به شرعا وقانونا، وأن الغرض الأساسي في كل منهما من استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي، هو الحفاظ على الحياة أو إنقاذ المرضى الذين يتعرضون إلى أزمات وقتية. فبالنسبة لعمل هذه الأجهزة فان حكم القانون الوضعي جاء موافقا لحكم الشريعة الإسلامية بالنسبة للمريض الذي لم تمت خلايا مخه وترجى حياته وشفاؤه، سواء كان مخه حيا وقلبه ينبض وجميع أجهزته تعمل، أو كان مخه لا زال يعمل بينما قلبه وجهازه التنفسي لا يعملان.

وأما في حالة من مات مخه، ولا يزال قلبه يعمل وباقي أعضاء جسده بفعل الأجهزة، فهنا وقع خلاف بين علماء الشريعة وبعض شراح القانون. فأما فقهاء الشريعة فقد ذهبوا طبقا للرأي الراجح إلى جواز رفع هذه الأجهزة الصناعية عن المريض المحتضر الذي قرر الأطباء المختصون موت جذع مخه، ولكنهم اشترطوا الانتظار مدة مناسبة بعد رفع هذه الأجهزة حتى تتحقق وفاته بتوقف قلبه وتنفسه قبل إعلان الوفاة. فرفع هذه الأجهزة الصناعية عن ميت المخ يخرج عن كونه تركا للتداوي، وهذا لا حرج فيه، ولان عمل هذه الأجهزة على من لا يرجى شفاؤه تعذيبا له بلا جدوى، أو فائدة.

بينما يلاحظ أن شراح القانون الوضعي قد انقسموا إلى فريقين –بخصوص هذه الحالة- فمنهم من وافق علماء الشريعة في جواز رفع هذه الأجهزة، ومنهم من رأى ضرورة مساءلة الطبيب جنائيا عن جريمة مستقلة عقوبتها اقل من عقوبة القتل العمدي.

وأما فيما يتعلق بامتناع الطبيب عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي فقد ذهب علماء الشريعة إلى جواز الامتناع عن تركيب هذه الأجهزة للمريض المحتضر متى تيقن من موت خلايا مخه، كما أن الطبيب في هذه الحالة لا يسال جنائيا إذا امتنع من البداية عن استخدام هذه الأجهزة في هذه الحالة نظرا لانعدام الفائدة.

المراجع

أولا - القران الكريم

ثانيا: الكتب العامة والمتخصصة

1- د/إبراهيم صادق الجندي، الموت الدماغي، الطبعة الأولى، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض، 2001.

2- د/ أحمد شوقي عمر أبو خطوة، القانون الجنائي والطب الحديث، دار النهضة العربية،القاهرة، 1986.

3- د/ السيد عتيق، القتل بدافع الشفقة، دار النهضة العربية، القاهرة، 2004.

4- افتكار ميهوب المخلافي، حدود التصرف في الأعضاء البشرية في الفقه الإسلامي والفقه المدني، دار النهضة العربية، القاهرة، 2006.

5- د/ هدى حامد قشقوش، القتل بدافع الشفقة، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، 1996.

6- د/ حمد السعدي، جرائم الاعتداء على الأشخاص، مطبعة المعارف، بغداد، 1981.

7- د/ محمد زكي أبو عامر ود/ علي عبد القادر القهوجي، القانون الجنائي، ديوان المطبوعات الجامعية، دون مكان الطبع، 1986.

8- د/ محمد علي البار، موت القلب أم موت الدماغ، الدار السعودية للنشر والتوزيع، الرياض، 1986.

9- د/ يوسف القرضاوي، فتاوى معاصرة، الطبعة الأولى، دار الوفاء للطباعة والنشر، القاهرة، 1993.

10- ندى محمد الدقر، موت الدماغ بين الطب والإسلام، الطبعة الأولى، بيروت، 1997.

11- د/ نصر الدين ماروك، نقل وزرع الأعضاء البشرية في القانون المقارن والشريعة الإسلامية، الجزء الأول، الكتاب الأول، دار هومه للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2003.

12- د/ سمر الأشقر، المركز القانوني للميت دماغيا، دار ناشري للنشر والتوزيع، الأردن، 2004.

13- د/ عبد الوهاب حومد، دراسات في الفقه الجنائي المعاصر، جامعة الكويت، 1983.

14- د/ علي محمد علي أحمد، معيار تحقق الوفاة، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2007.

ثالثا- الرسائل الجامعية

1- د/ حسام عبد الواحد كاظم الحميداوي، الموت وآثاره القانونية، دراسة مقارنة، أطروحة دكتوراه مقدمة إلى كلية الحقوق، جامعة بغداد، 1999.

2- د/حسين عبد الصاحب عبد الكريم الربيعي، جرائم الاعتداء على حق الإنسان في التكامل الجسدي، دراسة مقارنة، رسالة دكتوراه مقدمة إلى كلية القانون، جامعة بغداد، 2005.

3- د/ محمود أحمد طه، المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض، 2001.

رابعا- المقالات والبحوث

1- أحمد جلال الجوهري، الإنعاش الصناعي من الناحية الطبية والإنسانية، مقال منشور في مجلة الحقوق والشريعة، العدد الثاني السنة الخامسة، جامعة الكويت،1981.

2- د/ أحمد شرف الدين، الحدود الإنسانية والقانونية للإنعاش الصناعي، مقال منشور المجلة الجنائية القومية، المجلد 19، العدد الثالث، القاهرة، 1976.

3- الشيخ جاد الحق علي جاد الحق، بحوث وفتاوى إسلامية في قضايا معاصرة، الأزهر، الأمانة العامة للجنة العليا للدعوة الإسلامية، القاهرة، 1993.

4- د/ بكر بن عبد الله أبو زيد، أجهزة الإنعاش الصناعي وحقيقة الوفاة بين الفقهاء والأطباء، مقال منشور في مجلة مجمع الفقه الإسلامي، العدد الثالث، الجزء الثاني، 1987.

5- ضاري خليل محمود، موت الدماغ في منظور جنائي، مجلة دراسات قانونية، العدد 45، السنة الثانية، 2000.

6- د/ عبد الرشيد مأمون، المسؤولية الجنائية عن أخطاء الأطباء في المستشفيات الخاصة، بحث مقدم إلى مؤتمر الأطباء والقانون، كلية الشريعة والقانون، جامعة الإمارات العربية المتحدة، 1998.