

موسوعة أخلاقيات

مهنة الطب

(القضايا الأخلاقية والفقهيّة في المهن الصحيّة)

د. حسان شمسي باشا

استشاري امراض القلب
بالمستشفى العسكري بجدة، خبير
بالمجمع الفقهي الدولي

د. محمد علي البار

استشاري امراض باطنية، خبير
بالمجامع الفقهيّة، مدير مركز أخلاقيات
الطب بالمركز الطبي الدولي بجدة

د. عدنان أحمد البار

استاذ طب الاسرة والمجتمع بكلية الطب ، جامعة الملك عبد العزيز والمشرف
على كرسي محمد حسين العمودي لأخلاقيات الممارسة الطبية
بجامعة الملك عبد العزيز بجدة

الجزء الأول

الناشر

كرسي محمد حسين العمودي لأخلاقيات الممارسة الطبية
جامعة الملك عبد العزيز - جدة

حقوق الطبع محفوظة

الطبعة الأولى

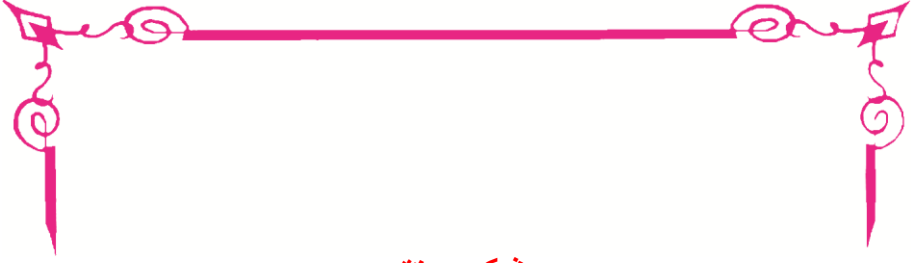
1433 هـ - 2012 م

توزيع

مكتبة كنوز المعرفة - جدة

الناشر

كرسي محمد حسين العمودي
لأخلاقيات الممارسة الطبية
جامعة الملك عبد العزيز - جدة



شكر وتقدي

يأتي هذا الجهد العلمي كمشروع بحثي منبثق من كرسي محمد حسين العمودي لأخلاقيات الممارسة الطبية وتحت مظلة معهد البحوث والاستشارات ووكالة الجامعة للأعمال والإبداع المعرفي المشرف على الكرسي، والمؤلفون بجامعة الملك عبد العزيز.

يجدها فرصة لتقديم خالص الشكر والعرفان للشيخ محمد حسين العمودي ممول الكرسي على دعمه السخي وتبنيه لمثل هذا النشاط العلمي الهادف سائلين الله عز وجل أنه يجعله في صحائف أعماله ويجزل له المثوبة كما يتقدمون بالشكر والثناء لإدارة جامعة الملك عبد العزيز ممثلة في معالي مديرها ووكيلها للأعمال والإبداع المعرفي على دعمهم ومؤازرتهم لهذا: (و و و

و و ي ي) [الجمعة: 2]

والله الموفق

ولكل أمة من الأمم أخلاق مصدرها الأول ما جاء به الأنبياء والرسول عليهم السلام وثانيها: الفطرة التي فطر الله الناس عليها (و و و و و و و و و) [الروم: 30] وقوله ع «كل مولود يولد على الفطرة فأبواه يهودانه أو ينصرانه أو يمجسانه». والاسلام هو دين الفطرة.

وثالثها: العقل الذي وهب الله للانسان والذي به عرف الحق والباطل، فإذا اجتمعت هذه الثلاث، سعدت الانسانية وإذا ضاعت تمزقت الانسانية، وأصبح البشر في جحيم لا يطاق، يأكل القوي الضعيف ويخدع الخبّ الغرّ السليم. كما نراه في عالم البشر اليوم. ويعتبر الأطباء في مقدمة البشر الذين يجب عليهم أن يتحلوا بأحسن الأخلاق إذ هم أمناء على أبدان الناس وعلى صحة القلوب والعقول. وقد اعتبر الأطباء القدماء أن الأخلاق تابعة لمزاج الجسم. وكان جالينوس وغيره يتحدثون عن هذه الأمزجة وهي عندهم أربعة: (temperament).

1 - الدم: وهو سكن الرطوبة والحرارة ومكانه العروق. ويلحق النفس من أعراضه قوة الشكيمة وعرامة الطبع وقوة الشهوة للنساء وسلطانه في اليافعين والشباب وفيه يكون الاندفاع وعدم التروي. وصاحب هذا المزاج يُعرف بالمزاج الدموي sanguinous temperament.

المرّة الصفراء: وهي حارّة ناريّة يابسة تفرزها الحويصله المرارية (Gall bladder) ويلحق النفس من أعراضها الذكاء والنباهة والحدّة وعدم التروي وتظهر غلبتها في سن آخر الشباب والرجولة ويعرف المزاج بالصفراوي (bilious temperament) بالحدة والنباهة.

المرّة السوداء: ومسكنها حسب زعمهم الطحال. - وبها يكون الصمت والتفكير والتروي والحزن والإقْبَلُض. ويعرف صاحبها

بالمزاج السوداوي **Melancholous Temperament** وسلطانه في زمن الكهولة.

البلغم: ومصدره الدماغ والرئتين حسب زعمهم. وهو سكن البرودة والرطوبة ومزاجه العجز والفتور واللين وسلطانه في سن الشيخوخة **Cphlegmatic Temperament**.

واعتدال هذه الأمزجة هو الصحة ولكن لكل مرحلة من مراحل العمر غلبة لأحد هذه الأمزجة.

وأول من شرح هذه النظرية من المسلمين حسب علمي هو الفقيه الاندلسي عبد الملك بن حبيب الأندلسي الألبيري المتوفي سنة 238 هـ في كتابه الطب النبوي. ثم شرحها بعد ذلك الفيلسوف الكندي والفيلسوف والطبيب أبو بكر الرازي وصارت. شروح الرازي لهذه النظرية قاعدة الطب لدى المسلمين. وعلى أساسها فُهمت الأمزجة والأخلاق لدى الأطباء وعلى قواعدها قامت صروح الطب والمعالجات في زمنهم.

وقد بطلت نظريات الأمزجة الأربعة والأخلاق الأربعة والعناصر الأربعة، وصارت الأمور أعقد بكثير مما ذكره أبقراط وجالينوس وأطباء اليونان وفلاسفتهم وشروح الرازي والكندي وابن سينا ومسكويه الخ.

ويقال أن أول من أظهر الطب وأخلاقياته هو نبي الله إدريس # وتسميه التوراة أخرفوخ (Enochs) ويسميه بعض المؤرخين هرمس الهرامسة. وقالوا أنه عاش في مصر.

وقد ظهر في مصر أمنحوتب الطبيب المهندس الذي عاش حوالي 2800 سنة قبل الميلاد (أي حوالي 4800 منذ وقتنا الحاضر) وقد رفعه المصريون إلى درجة الألوهية وعبدوه ضمن آلهتهم العديدة. وقد وضع لهم كثيراً من أخلاقيات الطب وعلومه ووضع لهم كتاباً يجب على الطبيب الكاهن اتباعه فإن خالفه عوقب عقوبات شديدة. ومن ذلك أنه منع الاجهاض (إسقاط حمل المرأة) واعطائها ما يضر جنينها. والغريب حقاً أن (بردية كون)

والتي كتبت سنة 1950 قبل الميلاد فيها 17 وصفة لأمراض الجراحة وتدبير الحوامل، ومعرفة جنس الجنين. وعرف المصريون القدماء التخصص في الطب فهناك الكاهن العشاب (Priest Herbalist) والكاهن الطبائعي (priest physician) والجراح surgoen الخ وكان على الطبيب الكاهن أن يحافظ على النظافة ويغتسل بالماء مرتين نهاراً ومرتين ليلاً، ويرتدي ثياباً بيضاء وعليه أن يقصّ شعره وأظافره كل ثلاثة أيام. ويعتبر تلويث المياه ومجاريها من الذنوب الكبرى التي تستحق العقوبة في الدنيا والآخرة. ولا بد أن يقوم من فعل ذلك بتقديم القرابين للآلهة، كما تُفرض عليه غرامة مالية. وهو أمر موجود لدى الحضارة المصرية القديمة والحضارة السومرية في العراق والحضارة السبائية في اليمن، وهو أمر نحتاج إليه اليوم أشد الحاجة.

وتمتد الحضارة السومرية إلى ما قبل أربعة آلاف عام قبل الميلاد ثم تلتها الحضارة الأشورية والبابلية. وقد نظم الملك حمورابي أمور مملكته الواسعة ووضع شريعة مشهورة باسم شريعة حمورابي (الذي عاش قبل أكثر من أربعة آلاف عام من عهدنا الحاضر) وفيها نظم حمورابي مهنة الطب في المواد 218 إلى 222 .

وقد استعرضنا في الفصل الثاني من هذا الكتاب أخلاقيات وتنظيمات مهنة الطب عند مختلف الأمم مبتدئين بمصر الفرعونية القديمة وقوانين أمحوتب إلى العراق وحضاراتها، ووقفنا عند قوانين حمورابي، وهي أول شريعة مكتوبة مدونة عرفت البشرية، ثم ذكرنا اليونان الذين استفادوا من الأمم السابقة مثل المصريين القدماء والبابليين وغيرهم في علومهم الطبيّة. وكان أول وأشهر من وضع لهم الطب اسقليبوس (Eusclopius) وقد طوّر ما وجده عند المصريين خاصة واعتمد عليه وآله اليونانيون كما آله

المصريون القدماء أمحوتب ويقال أنه كانت له بنتان احدهما هيجياء ومنها جاء اسم الصحّة (Hygiene) والأخرى باناسيا (panacea) أي الدواء الشافي لجميع الأمراض.

وبقي الطب سراً إلى أن أظهره أحد أحفاد اسقليبيوس وهو أبقراط (Hippocrates) الذي عاش في القرن الخامس قبل ميلاد، وعلى يديه تحول الطب إلى علم وإلى نظريات واشتهر أبقراط بقسمه الذي كان على كل طبيب أن يقسمه عند تخرّجه من كليات الطب، وقبل ممارسته العملية. وقد قام المسلمون باعتماد هذا القسم بعد إزالة الشركيات الواردة فيه، والقسم بالآلهة وبالإله أبولو.. الخ وقد تمّ تعديل هذا القسم مراراً. وأهم ما فيه قول الطبيب وسوف لا أعمل شيئاً يضرّ المرضى ولا أعطيهم دواء قتالاً، ولا أعطي المرأة دواءً مُجهضاً ولا أشق عمّن في مئنته حجر ولكن أترك ذلك إلى من كانت حرفته هذا العمل.. وأدخل البيوت لمنفعة المرضى فقط وأحفظ كل سرٍّ وأسمعه وأراه فيها.

وكتب أفلاطون (plato) أن الطبيب يجب أن يُخلى من كل مسؤولية إذا مات المريض، رغم أن الطبيب قد قام بالعناية الواجبة حسب أصول المهنة. وهو أمر أكدته الموثيق الطبيّة عند مختلف الأمم. أما إذا لُتان الموت ناتجاً عن جهل الطبيب ومخالفته لأصول مهنته، فإنه يعاقب عقوبات شديدة تصل إلى الاعدام إذا كان المتوفى من الأحرار، وعقوبة مالية إذا كان من العبيد.

وفي العصور الوسطى ارتكست أوروبا إلى عصور الظلام (Dark Ages) واختفت كتب اليونان التي انتقلت إلى المسلمين فطورّوها وأضافوا إليها، وظهرت نهضة علمية وطبيّة رائعة في أرجاء البلاد الإسلامية امتدّت من بخارى وسمرقند في الشرق إلى قرطبة والزهراء وأشبيلية في أقصى الغرب (في الاندلس) مروراً ببغداد ودمشق وحلب والقاهرة والقيروان... الخ.

وظهرت آداب مهنة الطب ومحنة الطبيب (أي امتحان الطبيب قبل أن يمارس المهنة) وتنظيمات المهنة وقوانينها والإشراف عليها ومحاسبة ومراقبة الأطباء والصيدالة فيما عرف بكتب الحسبة.

وأول من كتب كتاباً مستقلاً في آداب الطبيب هو الفيلسوف الطبيب الكيميائي الصيدلي أبو بكر الرازي صاحب الموسوعة الطبيّة الكبرى (الحاوي في الطب) وصاحب كتاب المنصوري في الطب ومكتشف الكثير من الأمراض، والذي فرّق بين الحصبة والجدي بدقة والذي وضع كتاباً خاصاً بطب الأطفال وكتابه الهام المختصر ادب الطبيب ثم جاء بعده إسحاق الرهاوي فوضع كتاب أدب الطبيب الذي تُرجم الى الإنجليزية، ومنها إلى العديد من اللغات.. وأما كتب امتحان الأطباء فهي قديمة وقد وضع حنين بن إسحاق كتاب «محنة الطبيب» وكتاب عشر مسائل في العين إلى غير ذلك من الكتب التي يمتحن فيها الطبيب. ثم ظهرت كتب الحسبة. وقد ولى عمر بن الخطاب ر الشفاء بنت عبد الله القرشية الحسبة على الأسواق في المدينة المنورة ومعها عبد الله بن عتبة رضي الله عن الجميع. أما في مكة المكرمة فقد ولى الحسبة فيها عين السمراء بنت فهيل وقيل نهيك الأسدية.

وأول من أفرد الحسبة بكتاب، حسب علمي، هو عبد الرحمن بن نصر الشيزري المتوفي سنة 589 هـ «نهاية الرتبة في طلب الحسبة» وقد وضعه للسلطان صلاح الدين الأيوبي واشتهر أيضاً كتاب محمد بن محمد بن أحمد (ابن الاخوة) المتوفي سنة 729 هـ وهو «معالم القرية في أحكام الحسبة» وكتاب محمد بن أحمد (ابن البسام) المعاصر لابن الاخوة وكتابه: «نهاية الرتبة في طلب الحسبة». وفيها تفصيل الحسبة على الأطباء والكحالين والجراحين (الجراحيين) والفسادين والحجّامين والصيدالة.

وقد شرحنا ذلك كله في الفصل الثاني من كتابنا هذا وأوضحنا اهتمام المسلمين بالمسؤولية الطبيّة وضمان الطبيب، وما ورد في ذلك من أحاديث نبوية، وأحكام فقهيّة وأنهينا الفصل بقرار المجمع الفقهي الإسلامي الدولي في دورته الثامنة في بوناي دار السلام محرم 1414 هـ/ يونيه 1993. ثم ذكرنا في نهاية الفصل القرارات الطبيّة الفقهيّة من كلا المجمعين الموقرين: المجمع الفقهي الإسلامي التابع للرابطة العالم الإسلامي بمكة المكرمة والمجمع الفقهي الإسلامي الدولي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي، وتوصيات وقرارات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت. وذلك كله يشكل ثروة ضخمة في مجال أخلاقيات الطب وفقه الطبيب، شاملاً بذلك جميع العاملين في المهن الصحيّة.

وقد جعلنا الفصل الأول لموضوع مهم وهو الأخلاقيات الطبيّة بين الفلسفة الغربية والنظرة الإسلامية. إذ أننا نستورد علومنا الطبيّة من الغرب ولا عيب في ذلك، فالحكمة ضالة المؤمن ولا شك أن الغرب قد تقدّم في كافة العلوم منذ بداية عصر النهضة في القرن الخامس عشر والسادس عشر الميلاديين إلى اليوم. وللأسف أصبحنا عالية على الغرب في كل شيء تقريباً، وهو أمر معيب حقاً، ولم نسهم نحن ولو بجزء يسير في الحضارة الحاليّة، وإن كان الفضل في كثير من الأمور لسلفنا، ولكن ذلك لا يعفينا من الاسهام في هذه الحضارة.

وظهر الاهتمام الشديد بأخلاقيات المهن الصحيّة **Medical Ethics** والتي توسعت لتشمل الأحياء والحيوانات وهندستها في النبات والحيوان والانسان ، وفي صناعة الدواء والتي شملت أبواباً جديدة لم تكن معروفة في الطب مثل الاستنساخ ووسائل الانجاب الحديثة، والتحكّم في الانجاب واختيار جنس الجنين، وحتى اختيار جنس الانسان والتحول من الذكورة إلى الانوثة أو العكس كما شملت الخلايا الجذعية والاجهاض.

وكان لابد من دراسة الأسس التي تقوم عليها هذه الأخلاق في الغرب. ورغم أن العامل الديني لا يزال موجوداً لدى فئة

محدودة من الغربيين فهناك الأخلاق المسيحية أو اليهودية في المجال الطبي إلا أن غالبية الأطباء وأصحاب المهن الطبية يناوون بأنفسهم عن ذلك، ويعتمدون الفلسفات العلمانية **secularism** لأن الغرب كله قد اختلف مع الكنيسة اختلافاً شديداً منذ العصور الوسطى وبنى حضارته وقوانينه على الفصل بين الدين والدولة، والدين والمجتمع، وحدد للدين دوراً واحداً فقط هو علاقة الانسان بربه على المستوى الفردي، وبحيث لا يتدخل ذلك في الحياة العامة بأي شكل من الاشكال.

وليس معنى ذلك أنهم ضدّ الدين، بل الدين عندهم مسألة شخصية بحتة، وهو متعلّق بشؤون الآخرة (لأن اليهود مثلاً لا يؤمنون في غالبيتهم بوجود الآخرة ولا ذكر لها في التوراة الحالية)، ومتعلّق بصلة الانسان الشخصية بربه أو معبوده سواء كان ذلك واحداً أم ثلاثة أم العديد من الآلهة أم الطبيعة (وحدة الوجود) وسواء أقرّ بوجود إله أو انكر ذلك فهو أمر شخصي بالنسبة لهم.

ويمكن تلخيص الفلسفة الأخلاقية في الغرب الى مدرستين هامتين (هناك العديد من المدارس والفلسفات ولكننا هنا نذكر أهم مدرستين لهما تأثير كبير في الفلسفة الاخلاقية الطبية اليوم).

الفلسفة النفعيّة (**utilitarian**) أو فلسفة المصلحة بالتعبير الاسلامي أو العملي الواقعي البراجماتي (**pragmatism**) أو فلسفتي نتائج (أو مآلات) الأعمال (**consequentialism**) وأول رواد هذه الفلسفة النفعيّة الانجليزي هو بزر الذي يرى أن الأخلاق توضع لتحقيق المنفعة، واللذة هي الخير، والألم هو الشر. وكل ما يؤدي إلى الألم فهو شرّ، وكل ما يؤدي إلى اللذة فهو خير.

وقد قام بينثام (أيضاً فيلسوف انجليزي) بتوسيع هذه الفلسفة من نطاقها الفردي الضيق الى نطاقها الأرحب وهو المجتمع. وكل ما يحقّق المصلحة (المنفعة) لأكبر عدد من أفراد المجتمع

فهو الخير، وكل ما يؤدي إلى ضرر بالمجتمع أو بأكبر عدد فيه فهو شر.

ولكن تحديد المنفعة (المصلحة) أمر صعب فقد قام بينثام بالدفاع عن الربا لأن الكنيسة كانت تحرّمه تحريماً تاماً، واعتبر أن ذلك منفعة للتجارة والصناعة، وكان هو أول من أرسى فلسفة البنوك ودافع عنها. كما أنه عاصر الثورة الصناعية ووجود الآف العمال الذين تركوا زوجاتهم وقراهم في الأرياف وذهبوا إلى المصانع فاقترح على رجال الأعمال توفير العاهرات لهؤلاء العمال، على اعتبار أن ذلك سيخفف من الاحتقان الجنسي وبالتالي يزيد الانتاج.. والمشاريع السياحية وصناعة الفن وغيرها تجلب الملايين ولذلك يرى بينثام أنه ينبغي تشييد هذه الصناعة والقيام بها، ولو أدت إلى انهيار أخلاقي ووجود الأمراض الجنسية ووجود حالات الحمل غير المرغوب فيه، وبالتالي الاجهاض.

واستخدمت هذه الفلسفة في ترويج الخمر وصناعتها لأهميتها البالغة في دخل كثير من الدول في الغرب وكونها تشغل ملايين الافراد في صناعتها وترويجها كما أنها تسعد كثيراً من الناس. والشيء ذاته يقال عن التبغ والتدخين... الخ .. ورغم أن الاسلام يعترف بأهمية المصلحة وخاصة مصلحة أكبر عدد من أفراد المجتمع، وأنه كما قال الامام ابن تيمية وغيره من العلماء الأجلاء أينما كانت المصلحة فنّم شرع الله إلا أن هناك مصالح مهدرة في الاسلام فالربا والخمر والمخدرات وتجارة الابضاع (الدعارة) والقنّ الهابط.. الخ كلها مصالح مهدرة، لا قيمة لها.

والفرق بيننا وبينهم ان المصالح توزن عندنا بميزان الشرع، فما حرّمه الشرع يعتبر حراماً، وما فيه من مصالح، فهي مصالح موهومة عند البحث والتدقيق. ومضارّها أكبر بكثير من فوائدها. فمضار الربا لا شك أكبر بكثير من فوائده. ومضار الخمر أكبر

بكثير من فوائدها، ومضار الزنا والعهر لا تقاس باللذة التي يحصل عليها من ممارستها، والتدخين كذلك.. الخ الخ. وهذه كلها مصالح مهدرة في الشرع حتى لو لم تُعرف بعد مضارها وآثارها السيئة، وهذا ينطبق على المجال الطبي فالاستيلاء بالتبرع بالنطف الذكرية أو الانثوية أو الرحم أو استخدام الاستنساخ كلها محرمة في الشرع الإسلامي لأن الانجاب إنما يكون بين ذكر وأنثى تربطهما رابطة الزوجية وهذا الرابط (العقد) قائم، وغير منصرم بموت أو طلاق. ولا يجوز إدخال طرف ثالث في الانجاب، مهما كان الحديث عن هذه المصلحة.

ومثال آخر هو لوثة تحويل الذكر الى شكل أنثى أو تحويل الأنثى إلى شكل ذكر.. وهو أمر قد وفد الى بلاد المسلمين، وتمّ ذلك في تركيا والمغرب وتونس ومصر والسعودية وماليزيا واندونيسيا. كما تمّ لافراد من الكويت قاموا بهذه العمليات الشائنة في تايلند.. والنظرة الغربية تبيح ذلك ببعض القيود الطبيّة، والاسلام يرفض ذلك رفضاً تاماً. وهذا لا يدخل أبداً في تصحيح جنس الطفل أو المولود وإعادةه الى جنسه الحقيقي أو ما يغلب عليه من علامات الذكورة والأنوثة حسب الكروموسومات والغدد التناسلية، والأعضاء التناسلية الباطنة والظاهرة.

وقد فتحت الممارسات الطبية الحديثة أبواباً لم تكن معهودة في الطب مثل موت الدماغ وزرع الأعضاء وجراحة التجميل وقضية تحديد النسل والأجهاض وطرق وأنواع الاستيلاء المستحدثة (مثل أطفال الأنابيب) واختيار جنس الجنين، وأخلاقيات الوراثة الطبية (الفحص الطبي قبل الزواج، هندسة الجينات والعلاج الجيني البصمة الوراثية، الجينوم البشري)، والخلايا الجذعية ومجالاتها الواسعة في الطب وقضاياها الأخلاقية، وحالات تغيير الجنس وحالات تصحيح الجنس والاستنساخ البشري.. والانعاش القلبي الرئوي والتداوي قرب

نهاية الحياة، ومتى يتوقف الطبيب عن العلاج؟ ومن له الحق في ذلك؟ وما هو دور الأهل والأولياء؟ الخ.

وما هي الحالات النباتية المستمرة؟ وكيف ينبغي أن تعامل؟ وما هو مفهوم ما يسمى موت الرحمة (Euthanasia) وما هو الموقف الغربي والموقف الإسلامي منه. وهذه كلها قضايا شائكة خضنا فيها بجسارة لأن من ورائنا مئات الأبحاث وعشرات القرارات التي قدمتها المجامع الفقهية الموقرة (المجمع الفقهي الإسلامي الدولي ومجمع الفقه الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي) وأبحاث وتوصيات الندوات العديدة والهامة التي أقامتها المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت.

ولم ننسى القضايا الطبية العامة فجعلنا فصلاً لخلق الطبيب، وفصلاً لأصول العمل الطبي، وأهم أركانه الاذن الطبي **Informod consent** وشروط حصوله من الشخص البالغ العاقل أو من وليه إذا كان قاصراً أو غير مكتمل الأهلية.

ولا بد من إذن ولي الأمر (النقابة، وزارة الصحة، الهيئة الطبية المختصة بالاذن بالعمل الطبي) حتى لا يمارس المهنة من ليس من أهلها. ولا يمارسها إلا من درس الطب، وإذا أراد أن يمارس فرعاً من فروع الطب العديدة فلا بد له من دراسة ذلك الفرع أيضاً، والحصول على الشهادة فيه، وقبول الهيئة الخاصة بإصدار الأذونات بالعمل الطبي ثم يأتي يعد ذلك إذن المريض أو ولي أمره. وما هو مدى الاذن الطبي المتبصر؟ وما هي المعلومات التي يجب على الطبيب أن يوفرها لمريضه قبل الاقدام على العمل الطبي؟ وخاصة منه ما فيه مخاطر والحصول على الاذن الواعي المتبصر إلا إذا طلب المريض نفسه عدم حاجته لمعرفة هذه التفاصيل.. وناقشنا عدم الحاجة إلى الإذن في الحالات الاسعافية، أو في حالات الأطفال أو فاقد الأهلية عندما يرفض الولي مداواة من هو تحت ولايته، ويتعرض بذلك (الطفل أو فاقد الأهلية) للمخاطر وكيف تتم

المداداة بأخذ إذن من الدولة مباشرة أو بأمر من قاضٍ مختصّ بذلك على وجه السرعة.

وناقشنا موضوع اخبار المريض أو أهله بالحقيقة ونوع التشخيص. كما استعرضنا مسؤولية الطبيب بتفصيل وافٍ ومسؤولية الفريق الصحي بكامله.

وناقشنا موضوع سرّ المهنة ووجوب الحفاظ عليه، ومتى يُفشى هذا السر؟ ولأي جهة يُفشى؟ وما هي الضوابط لذلك؟

كما ناقشنا موضوع التأمين الصحي وأهميته في المجتمعات مع ازدياد التكلفة وواجب الدولة والمجتمع في توفير التداوي للمواطنين. وهو موضوع سبق أن بحثناه بتفصيل وافٍ في كتابنا الرعايا الصحية قضايا وحلول.

وتحدثنا عن أخلاقيات الاعلانات الطبية التي تجاوزت الحدود ووصلت الى الاتجار المموج في المجال الصحي، كما ناقشنا دور شركات الأدوية وتأثيرها على الأطباء بالطرق العلمية وغير العلمية، وبالهدايا والرشاوى والاعراضات المادية الكثيرة، وهو لا شك أمر يندرج فيه أعمال مرفوضة أخلاقاً ودينياً وطبياً ودلفنا إلى أخلاقيات البحوث الطبية وهو ميدان واسع قام في الأساس على خداع المبحوث فيهم، وكان أغلبهم من السود والفقراء في الولايات المتحدة ثم انتقل ذلك إلى جزر الباهاماس وجزر الهند الغربية، ومنها إلى افريقيا والعالم الثالث بأكمله ولم ينج من ذلك البيض الاسياد في ممارسات النازي في المانيا. والولايات المتحدة ولكنها أصبحت نادرة جداً بين الأسياد البيض، ولا تزال منتشرة بين السود وأبناء العالم الثالث. وقد هربت الشركات الكبرى من التضييقات والشروط المشددة في الغرب الى العالم الثالث حيث يمكن عمل كل شيء بالرشوة وإفساد الذمم.

وبدأت المنظمات الطبية والأخلاقية بنزع نفس الشروط في العالم الثالث، ولكن التحايل والرشوة والفساد تيسر الأمور لهذه الشركات العملاقة في اجراء تجاربها بأقل قدر ممكن من الخسائر في هذا العالم الفسيح.

وناقشنا الأخلاقيات المتعلقة بطب الأطفال والمسنيين في فصل خاص كما ناقشنا أخلاقيات وآداب مهنة التمريض وأفردنا فصلاً هاماً للقواعد الفقهية التي يعتمد عليها فقهاؤنا الاجلاء في المجال الطبي والصحي. وحاولنا تبسيطها ليفهمها طالب الطب الذي لا إلمام له بالفقه. وكيف تكون هذه القواعد أساساً لاتخاذ القرارات الطبية. وهو موضوع مهم إذ أن القضايا الطبية وما يسمى النوازل لا يمكن حصرها. وكل يوم سيأتي جديد ومعرفة القواعد تجعل للطبيب القدرة للتفاهم مع الفقيه للوصول إلى حلّ هذه المعضلات التي لا بد أن تأتي.

وكتبنا فصلاً للتداوي بالمحرّمات ومتى يسمح بذلك؟ وما هي الشروط للوصول إلى هذا الحكم. وضررنا العديد من الأمثلة.

ودلفنا الى موضوع حساس وهو كشف العورات في المهنة الطبية، وما هي حدود ذلك الكشف، وكيف يمكن أن يتم، ووجوب ستر عورات الناس إلا إذا كانت هناك حاجة. ولا يجوز أن تكشف هذه العورات لغير ضرورة أو حاجة كما لا يجوز كشفها لمن لا دخل له في التداوي مثل الفراشين أو غيرهم الذين ينقلون المرضى من وإلى غرف العمليات وأقسام الأشعة والمختبرات.. الخ.

وتحدثنا عن أخلاقيات تشريح جثث الموتى وما كان يتم من تجاوز لاحترام جثة الانسان في أقسام التشريح، وبفضل الله قلّت الحاجة إلى التشريح بالوسائل الحديثة. وتم التشديد في كثير من الأماكن على احترام جثة الانسان، حتى مع تشريح تلك الجثة.

وجعلنا فصلاً لمرضى الايدز وحقوقهم لأهمية هذا الموضوع ولانتشاره في كثير من المجتمعات بما فيها المجتمعات الاسلامية (وإن كان بصورة أقل من المجتمعات الأخرى).

وجعلنا آخر الفصول لموضوع الصيام والاحكام المتعلقة به بالنسبة للمرضى لكثرة الأسئلة المتعلقة به. ووضعنا فصلاً هاماً لأخلاقيات المنظمات الصحية والتعليم الطبي في الجامعات وكليات الطب ووزارات الصحة والمستشفيات والادارات الصحية وتنظيماتها العديدة وأخلاقيات المنتسبين اليها وضوابط الممارسات الادارية والتعليمية والمهنية، والمسؤولية الاجتماعية للطباء والعاملين في الحقل الصحي والحفاظ على السجلات المكتوبة والالكترونية وسريتها. وتنظيم المقاضاة الطبية والممارسة الطبية الآمنة، ومعايير طالب وطالبة الطب والعلوم الطبية تم وضعها في جداول لسهولة فهمها وتنفيذها.

وسيلاحظ القارئ الكريم اتساع هذا الموضوع وشموليته. ونحن نرجو أن يكون هذا الكتاب مرجعاً في أخلاقيات الطب والمهن الصحية باللغة العربية للطباء والصيدالة والممرضين والممرضات وعامة الممارسين في المهن الطبية ونتجه بصورة خاصة إلى طلبة الطب وأساتذتهم وإلى طلبة الدراسات العليا وقد أصبح الاهتمام بالقضايا الطبية الفقهية والاخلاقية مهما جداً لهذه المجموعات، ولطلبة العلوم الشرعية وكثير من المهتمين خارج هذا المجال.

فإننا نرجو بذلك أن تسدّ ثغرة في هذا المجال والله نسأل أن يتقبل هذا العمل ويتجاوز عما فيه من تقصير فله الحمد والمنة. ً
أولاً وآخرأً ولا حول ولا قوة إلا بالله العظيم.

المؤلفون

الفصل الأول

الأخ-لاقبيات الطبية

بين الفلسفة الغربية والنظرة الإسلامية

مقدمة في الأخلاق

الخلق في اللغة:

وردت كلمة خلق في اللغة بمعاني متعددة مثل الدين والسجية والطبع والشيمة والعادة وقد وصف الله سبحانه وتعالى رسوله وصفيّه ومجتاباه محمد بقوله: (كُتِبَ عَلَيْكَ أَنْ تُؤَدِّيَ الْأَعْقَابَ) [القصص: 4].

موضوع علم الأخلاق:

«هو العلم الذي يتناول دراسة أفعال الناس بالقياس إلى مثل أعلى، حتى يتسنى له وضع قواعد لسلوكهم وتصرفاتهم، تعيينهم على فعل الخير والابتعاد عن الشر، ومعنى ذلك أن يتصل موضوعه أولاً بأفعال الناس، فلا تعني الظواهر الطبيعية، بل تعنيه الإنسانية فقط، ... من حيث أنها تقترب أو تبتعد عن غاية عليا هي المثل الأعلى»⁽¹⁾.

ويمتاز علم الأخلاق عن الفلسفة النظرية بأنه فلسفة عملية تبحث عما ينبغي أن يكون في مجال السلوك الإنساني . وبالتالي تدرس الأفعال الصادرة عن الإنسان الحرّ الواعي، وهذا يقتضي النية والقدرة (على فعل الشيء)، والمعرفة.

الدين المصدر الأول للأخلاق:

(1) يحيى هوبيدي : مقدمة في الفلسفة العامة ص206.

ولا شك أن المصدر الأول للأخلاق هو الدين . وكانت الأديان كلها حريصة على تثبيت الأساس الأخلاقي لمعتنقيها وأتباعها. وبما أن الله سبحانه وتعالى لم يترك أمة من الأمم إلا وقد بعث لها رسولاً منهم يدلهم على الخير وينهاهم عن الشر ويأمرهم بعبادة الله الواحد الأحد، فإننا نرى في هذه الأديان رغم انحرافها وزيغها آثار التوحيد الأولى مغطاة بركام الشرك، كما نرى أخلاق الدين الأصيلة لدى هذه الأمم وقد تغطت أحياناً بقاذورات الفلسفات واللعادات ونظام الطبقات الجائر. واستبداد القوي بالضعيف واعتبار الحق هو القوة والقوة هي الحق، وبالتالي استعباد الأمم والشعوب بمن يملك القوة . وهو مبدأ قديم خول لهذه الأمم أن تستعبد غيرها .. واستمر ذلك إلى يومنا هذا وإن تغطى بكلمات براقية من الديمقراطية والعودة لمة ومحاربة الإرهاب .

مفاهيم أخلاقية في العصور الحديثة:

يقول ليفي برييل (1) في تعريفه للأخلاق أنها تطلق على ثلاثة معان:

الأول: تطلق كلمة الأخلاق على مجموعة من الأفكار والأحكام والعواطف والعادات التي تتصل بحقوق الناس، وواجبات بعضهم تجاه بعض، والتي يعترف بها ويقبلها الأفراد بصفة عامة في عصر معين أو في حضارة معينة.

الثاني: أنها تطلق على العلم الذي يدرس هذه الظواهر .. وعلم الأخلاق يدل على العلم وموضوعه في آن واحد.

الثالث: «يطلق علم الأخلاق أو الأخلاق على تطبيقات هذا العلم (Applied Ethics) وعلى هذا يفهم من تقدم الأخلاق تقدّم الحياة الإجتماعية مثل زيادة العدالة والتعاون والأمن والطمأنينة وما إلى ذلك».

أما دوركايم (2) فيرى أن أهم خصائص الأخلاق أنها تضع نظاماً وقاعدة للسلوك الإجتماعي . وتضع للسلوك الإنساني غاية خيرة تجذب الناس إلى فعل الخيرات . وهذا النظام موضوع على شكل واجبات يلتزم بها المجتمع لتحقيق الخير لنفسه.

ولعل أبرز من تحدث عن فلسفة الأخلاق في العصور الحديثة

ولا زالت آراؤه وفلسفته تؤثر في علم الأخلاق هو الفيلسوف الألماني عمانويل كانت (1724 - 1804م)، وهو مفهوم تأثر إلى حد ما بفلاسفة اليونان من أمثال سقراط وأفلاطون وأرسطو، وزاده عمقاً وهو المفهوم العقلاني المثالي، كما أنه جعل الأخلاق هدفاً في

(1) ليفي برييل : الأخلاق وعلم العادات الأخلاقية، ترجمة الدكتور محمود قاسم، البابي

الخطبي القاهرة (د.ت.) ص 169.

(2) أدوركايم: التربية الأخلاقية، ترجمة السيد محمد بدوي، مكتبة مصر، القاهرة (د.ت) ص

ذاتها⁽¹⁾، على اعتبار أنها تمثل فلسفة الواجب الذي ينبغي أو يجب أن يعمل دون انتظار لأي جزاء لا في الدنيا ولا في الآخرة (رغم أن «كانت» يؤمن بالآخرة). ولكنه يرى أن الواجب الأخلاقي يفرض نفسه على الإنسان السوي، ولذلك يسمى الأخلاق علم الواجبات **Deontology**، بينما كان فلاسفة اليونان (أرسطو، أفلاطون) يؤكدون على أن غاية الأخلاق هي الخير والكمال الإنساني والسعادة وهناك اتجاه آخر يسمّى الاتجاه النفعي (**Utilitarianism**) أو العملي (**Pragmatism**). وهذا الاتجاه موجود منذ القدم لدى اليونان ويمثله أرسطوبس تلميذ سقراط الذي فسّر السعادة باللذة. وقال: إن على المرء أن يستعجلها لأن تأخيرها يثير في النفس البؤس والشقاء والحرمان. والسلوك الذي يحقق هذه السعادة القائمة على تلك الذات، أخلاقي، والمبادئ السلوكية التي تحققها مبادئ أخلاقية. وهذا المذهب هو الذي أخذ به أبيقور⁽²⁾ واشتهر بمذهب اللذة، بل بمذهب الانغماس في الشهوات (**Hedonism**)، مع أن مذهبه الحقيقي لم يكن كذلك، بل كان يدعو إلى الاعتدال في تحقيق شهوات النفس، وكان هو نفسه يتمتع بمقدار من الزهد ولكن من جاء بعده وسّع الدائرة حتى ارتبط اسمه باتباع الشهوات.

وهناك اتجاهات فلسفية أخلاقية عديدة في العصر الحديث وقد استعرضنا هاتين الفلسفتين الهامتين باختصار هاهنا لأنهما لا تزالان العمدة في فلسفة الأخلاق وهما:

(1) فلسفة الواجب **Deontology** ورائدها عمانوئيل كانت.

(1) مقداد يالجن: علم الأخلاق الإسلامية، دار عالم الكتب، الرياض 2، ص 36.

(2) أبيقور: (241 - 270 قبل الميلاد) فيلسوف يوناني، عرّف الفلسفة بأنها إسعاد الذات بالمتعة العقلية وهي الخير الأوحد. وأساس فلسفته لذة التأمل التي لا يعقبها ألم. وقد أسيء فهم مذهبه فقبل أنه يدعو إلى التمتع بالملاذ الحسية الدنيوية، وهو يريد الابتعاد عن الألم وليس الانغماس في الملاذ والشهوات.

(2) الفلسفة النفعية (Utilitarianism) أو فلسفة نتائج الأعمال (Consequentialism) وتعرف أيضاً باسم البراجماتية (Pragmatism) وروادها الكبار ثلاثة بنّام وجون ستيوارت مل وجون ديوي ففي العصور الحديثة ظهر (هوبز⁽¹⁾) الذي يرى أن الأخلاق توضع وسيلة لتحقيق المنفعة. وليست طبيعة في الإنسان. ولذا فإن الإنسان يبحث في الواقع عما ينفعه وبالتالي يضع لذلك الفلسفة الأخلاقية المناسبة لذلك. واللذة تولّد الرغبة، والإرادة هي أقوى الرغبات التي تصدر عنها الأفعال بطريقة حتمية (جبرية مادية) لا أثر فيها للاختيار. والواقع أنزل لا نملك، حسب رأي هوبز، حرية أخلاقية، بل كل ما نملكه هو حركة تلك الأجسام غير الإرادية!! واللذة هي الخير والألم هو الشرّ، وكل ما يؤدي إلى اللذة هو أيضاً خير، وكل ما يؤدي إلى الألم هو أيضاً شرّ وبالتالي فإن المنفعة هي القاعدة الأخلاقية الوحيدة

ثم ظهر بينثام⁽²⁾ وجون ستيوارت مل⁽³⁾ وغيرهما. وقالوا: أن على الإنسان أن ينشد منفعة البشر عامة أو أكبر مجموعة من البشر. وهم بذلك وسّعوا مفهوم المنفعة التي قال بها هوبز من نطاقها الضيق إلى نطاقها الأوسع.

وقد قام بينثام بتوسيع هذه الفلسفة من الحصول الفردي على اللذة أو المنفعة إلى حصول أكبر عدد من أفراد المجتمع عليها. والاعتبار في أي عمل هو نتيجته : هل يحقق مصلحة لأفراد المجتمع أو لأكثر عدد فيه أم لا؟ فإذا كان كذلك فهو عمل أخلاقي

(1) هوبز: (1588 - 1679) فيلسوف إنجليزي. دافع عن الحكم الملكي المطلق وتفضيله على الأرستقراطية والديمقراطية، والأخلاق تتبع المنفعة.

(2) بينثام (جرمي): (1748 - 1832) فيلسوف إنجليزي أقام مذهب المنفعة في الأخلاق. والخير هو السعادة. والسعادة هي اللذة وسعادة الفرد مرتبطة بسعادة المجتمع وتحقيق الخير لغالبية الناس.

(3) جون ستيوارت مل: (1806 - 1873) فيلسوف إنجليزي، مذهبه في الأخلاق هو النفع الأعظم لأكثر عدد من الناس، وهو نصير الحرية السياسية والإصلاح الاجتماعي.

مهم، ولو كان يؤدي إلى ضرر بأفراد قليلين . وهذه المصلحة أو المنفعة ماديّة مباشرة، ولا تتظر إلى حياة الإنسان في الآخرة، فهذا الموضوع أصلاً خارج نطاق البحث.

واستخدم بينام كلمة **Utilitarianism** (أي المنفعة) وهي مأخوذة من كلمة لاتينية **Utilis** وتعني شيئاً مفيداً **Useful**. وهذا المبدأ يقرُّ بأن كل ما هو نافع أو مفيد فهو جيد وعمل أخلاقي .. وينبغي أن يكون الزرع شاملاً لأكبر عدد من أفراد المجتمع، ولو أدى إلى ضرر مجموعات صغيرة منه . وقد نادى بينام بتطبيق هذا المبدأ على المستوى الأخلاقي والاجتماعي والسياسي والتشريعي . واللذة عنده هي الخير، والألم هو الشر (نفس التعريفات اليونانية القديمة). ولكنه أضاف أنها يمكن أن تقاس بأربعة قياسات وهي:

- (1) قوة تأثير كل منها .
- (2) مدة تأثير كل منها.
- (3) مدى تمتع الفرد بها.
- (4) عدد الذين يمكن أن يتمتعوا بها.

وقد أنتقدت هذه القياسات لما فيها من اضطراب من الناحية العملية.

وقد اعتبر بينام أن أهم مصدر للذة هو المصدر المادي . وقد اعتبر أن الربا أحد مصادر الثروة وبالتالي المنفعة واللذة، ودافع عنه بقوة . كما أن توفير العلاقات الجنسية للعمال خارج نطاق الزواج يزيد من الإنتاج، ويؤدي إلى منفعة ولذة .. وبالتالي يعتبر عملاً أخلاقياً . و ترويج الخمر والتدخين يمكن أن تحقق اللذة على المستوى الفردي والمجمعي، كما تحقق مكاسب مادية ونفعية. وبالتالي تكون عملاً أخلاقياً مرغوباً فيه!!

وقد قام جيمس ستيوارت مل بتعديل هذه الفلسفة قليلاً مع الإبقاء على أصلها، فوسّع دائرة اللذة خارج النطاق المادي البحث إلى اللذة الروحية والعقلية والفنية.

وهذه الفلسفة العملية لها ما يبررها، وفي الشرع الإسلامي تقرر أن المصلحة أحد ركائز الشريعة «وأيما كانت المصلحة فثم

شرع الله» كما يقول ابن تيمية، ولكن الفرق بين الاتجاه الإسلامي في اعتبار المصلحة هو أنها محدّدة بالشرع الإسلامي، فهناك مصالح مهدرة، وإن كانت تحقق في ظلّها خيراً عاماً ومثال ذلك صناعة الخمر وترويجها وبيعها، وشربها باعتدال فإنها تحقق للمجتمع بعض المنافع، مثل العمالة والتجارة والمكاسب، والضرائب التي يتم جمعها للدولة، وشعور شارب الخمر بالسرور (الوقتي) والسعادة الظاهرية، ففي فرنسا على سبيل المثال يعمل أكثر من مليون شخص في صناعة الخمر وترويجها وبيعها .. وتشكل دخلاً كبيراً للدولة من تصديرها ومن الضرائب عليها لكن أضرارها في النهاية تفوق تلك المنافع بأضعاف مضاعفة . ولو افترضنا جدلاً أن منافعها تفوق مضارها (وهو أمر غير صحيح) فإنها تعتبر منافع ومصالح مهدرة. وكذلك يعتبر الشرع الإسلامي بيع التبغ (الدخان بكافة أشكاله) محرّماً ومصالحة مهدرة، رغم أن الشركات تكسب مليارات الدولارات من وراء صناعته وتجارته، ويعمل في زراعته وصناعته وتسويقه ملايين الأفراد كما أن دخل كثير من الدول يعتمد على الضرائب المفروضة عليه .. وهكذا قل في تجارة الفن الهابط، بل إن الإسلام يحرم بيع ما لا نفع فيه، فضلاً عما فيه ضرر محقق بينما ترى الفلسفات الغربية أن هناك مصلحة عامة تبرّر هذه الأشياء وتسمح بها

البراجماتية Pragmatism (أي الواقعية العملية):

يقول أصحاب هذا المذهب أنه ينبغي علينا أن نفحص النتائج العملية الناتجة عن هذه الفكرة (أي فكرة كانت). ولا فائدة ولا جدوى من مناقشة مصدر الفكرة وما هي مقدماتها، فإن المهم هو تفحص نتائجها. وهو ما عرف باسم البراجماتية (Pragmatism). فعوضاً عن أن نتساءل عن ماهية الفكرة وأصلها وحقيقتها، فإن المهم حقاً هو أن ندرس ونتساءل عن نتيجة تلك الفكرة، وبالتالي يتحول اهتمامنا إلى الحصول على الفائدة من تلك الفكرة، وهو أمر هام في مجال التطبيق العملي للحاضر والمستقبل. فإذا لم يكن لهذه الأفكار مردود عملي ونتائج ملموسة فلا حاجة للناس للانشغال بها. وهو أمر قد اهتم به الإسلام مع اختلاف تام في الغايات. وقد ورد في دعاء الرسول: «اللهم علمنا ما ينفعنا وانفعنا بما علمتنا» كما وردت الاستعاذة بالله من علم لا ينفع: «اللهم إني أعوذ بك من علم لا ينفع، ومن قلب لا يخشع، ومن دعوة لا يستجاب لها...». إلخ.

واشتهر جون ديوي (1) بتوسيع هذه الفلسفة البراجماتية

. Pragmatism

ويرجع المذهب البراجماتي الأخلاق إلى نتائج الأعمال (Consequentialism) دون بواعثها. وبالتالي ينظر في هذه النتيجة لهذه الأعمال وما تحققه من نفع، فإذا حققت نفعاً عاماً أكبر من الضرر، فهي مقبولة أخلاقياً، دون النظر إلى البواعث أو الواجب (كما كان يقول به كانت). وما يحقق نفعاً فإنه يعتبر عملاً أخلاقياً جيداً. فالاستعمار مثلاً، عندهم، يحقق مكاسب كبيرة لأوروبا والدول المتقدمة صناعياً، ويقوم بتمديد الدول المتخلفة والمتوحشة وإدخالها إلى دائرة المدنية والحضارة، ولذا يعتبر

(1) جون ديوي: (1859 - 1952) فيلسوف أمريكي، اشتهر بمجموعة من الكتب مثل كيف تفكر؟ الديمقراطية والتربية، التجديد في الفلسفة. فلسفته منبثقة من الاتجاه التجريبي البراجماتي العملي. والتربية عنده نمو مستمر وتدريب مستمر.

عملاً أخلاقياً، رغم ما يصحبه من قتل وظلم ومآسي، فهو في المحصلة عمل أخلاقي لأنه يفيد البشرية حسب زعمهم الكاذب والفاقد. وكذلك نشر الفن (الهابط) يحقق مكاسب كبيرة مادية لمجموعة كبيرة في البشر، ويسعد الملايين، ولا شك أنه في حساباتهم عمل أخلاقي. وكذلك كل عمل من الأعمال فإن حقق خيراً لأكثر عدد من المجتمع (والمقصود الإنسان الأوروبي الأبيض) فهو خير، وإن لم يحقق هذا الخير لأكثر عدد من هؤلاء البيض الأسياد فهو شر ولذا يهتم البراجماتي بالنجاح العملي.. وقد قامت الولايات المتحدة موطن جون ديوي بتحقيق نجاح مذهل في تطبيقات النجاح العملي والإداري والعملية. وبالتالي حققت الولايات المتحدة الأمريكية منذ أواخر القرن التاسع عشر إلى قرب نهاية القرن العشرين نمواً متتالياً.. وقوة ضخمة جعلتها الدولة الأقوى في العالم، وورثة الامبراطوريات البريطانية والفرنسية والألمانية ثم السوفياتية.. وبنيت أمريكا قوتها المادية على فلسفة جون ديوي النفعية (Utilitarianism) والعملية (Pragmatism) البراجماتية. وحققت في ذلك الاتجاه المادي قفزات كبيرة، وأخذت فلسفتها تغزو العالم بأجمعه.. الربح، المال، التقدم المادي السريع، وبالنهاية الخواء الروحي والأخلاقي والذي أدى أيضاً إلى الانهيار المالي المريع الذي ظهر في 2008 والذي ستمتد آثاره إلى أجيال مقبلة.

وقد عرّف جون ديوي الأخلاق بأنها كل ما ينطوي عليه العمل من عمليات الإمعان، أي الموازنة والتروي والرغبة أو الدوافع سواء كانت هذه العمليات قريبة أو بعيدة، ومعيار الأخلاق هو تحقيق المنفعة العملية. وبناء على ذلك اعتبر كل فكرة أو اعتقاد يؤدي إلى العمل الناجح أمراً أخلاقياً قيمياً، بصرف النظر عن قيمتها العلمية أو المنطقية أو العقلية. وبالتالي فكل عمل أو فكرة تؤدي إلى عمل ناجح ومكسب مادي فهي عملية أخلاقية. لأن ذلك العمل ينفع عدداً كبيراً من البشر. وطالما أن المنافع أكبر من المضار (المصالح أكثر من المفسدات بالتعبير الإسلامي الفقهي

مع اختلاف تام في المنهج والتفاصيل (، فإن ذلك العمل يعتبر عملاً أخلاقياً⁽¹⁾⁽²⁾ .

دراسة بوشامب وشلدريس (Beauchamp and Childress) لنظريات المنفعة (Utility) في كتابهما «قواعد أخلاقيات الإحيائية الطبية» (Principles of Biomedical Ethics)

يعتبر بوشامب وشلدريس من أعلام أخلاقيات الطب في أواخر القرن العشرين وبداية القرن الواحد والعشرين . ويعتبر كتابهما المذكور المرجع الأساسي والأهم للدارسين لأخلاقيات الطب (يسمى بعد توسيع دائرته الإحيائية لطبية). وقد طبع طبعات متعددة ولا يزال يعاد طبعه باعتباره المرجع الأول لدارسي أخلاقيات الطب⁽³⁾. يقول المؤلفان⁽⁴⁾:

«لقد خصّصنا الفصل الثامن لمناقشة النظريات الأخلاقية

Moral Theories وفيه: «أن أي كتاب مرجعي (text book) يبدأ باستعراض النظرية ثم نقدها لدرجة أن لا تقوم لها قائمة، ثم ينتقل إلى النظرية الأخرى فيستعرضها، ثم ينقدها نقداً لا ذعاً لا يُبقي ولا يذر، بحيث أن القارئ لهذه النظريات يتشكك في قيمة أي منها، وبالتالي يزهد فيها كلها . وهذا أمر غير مطلوب ولا مرغوب فيه، لأن في كل نظرية بعض الجوانب الإيجابية، وبعض الجوانب السلبية التي ينبغي أن يوجه لها الانتقاد. وهذا هو منهجنا».

(1) جون ديوي: تجديد في الفلسفة ترجمة أمين مرسي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة (د.ت)

ص 273.

(2) د. توفيق الطويل: الفلسفة الخلقية، دار النهضة العربية، القاهرة 1967، ص 269 -

276.

(3) لدّي الطبعة الخامسة منه الصادرة عام 2001 وقد صدرت بعده طبعات أحدث.

Tom Beauchamp & James Childress: Principles of Biomedical Ethics, 5th edition, 2001, Oxford University Press, New York, pp. 337-383.

(4) سرتقل ما قالاه بشيء من الاختصار.

وقد وضعا شروطاً أو قواعد تُدرس على ضوءها أي نظرية أخلاقية (في المجال الحياتي الطبي) منها:

- (1) مناقشة تجريدية للنظرية.
 - (2) منظومة تستعرض قواعد الأخلاقيات.
 - (3) قواعد مترابطة.
 - (4) تبرير منطقي مترابط لهذه القواعد.
- ولا بد أن تحوز هذه النظرية على عدة شروط حتى يمكن اعتبارها نظرية أخلاقية. وليس بالضرورة أن تحوز على كل هذه الشروط لأن ذلك قد يعتبر تعجيزاً، ولكنها على الأقل تحوز معظم هذه الشروط وهي:

- (1) الوضوح (Clarity) .
- (2) الترابط المنطقي (الالتحام والتماسك)
- (3) (Coherence) أن تكون : شاملة وكاملة ويمكن إدراكها .
- (4) البساطة (Simplicity) .
- (5) القدرة على الإيضاح (Explanatory Power) .
- (6) القدرة على التبرير (Justificatory Power) .
- (7) القدرة على إيجاد محصول (نواتج) (المخرجات) (Output Power) .

- (8) ممكن تنفيذها عملياً (عملية) (Practicability) .
- وأي نظرية طوباوية لا يمكن تطبيقها على المجتمعات أو يمكن تطبيقها على عدد محدود من الأفراد لا يمثلون المجتمع ككل، فإنها تعتبر غير عملية، وبالتالي يجب إسقاطها.
- «ونرى أن النظرية النفعية (Utilitarianism) أنها نظرية متماسكة البناء الداخلي (Coherent) ومترابطة منطقياً وشاملة (Complete & Comprehensive) ولها قدرة على إيجاد محصول أو ناتج (Output Power)، ولكنها غير مترابطة منطقياً في عدة نقاط حيوية وهامة كما نراها، وخاصة في مجال العدالة في توزيع الخدمات الصحية، وفي مجال حقوق الإنسان، وفي مجال المشاريع الشخصية

«و على العكس من ذلك نجد نظريات كانت (1) فهي متماسكة ومتطابقة مع كثير مما نراه ولكنها محدودة جداً في مجال الوضوح والبساطة والمخرجات (المحصول أو الناتج).

النظرية النفعية المعتمدة على المآلات (النتائج):

إن النظرية النفعية تعتمد على نتائج العمل أو مآلاته (الذرائع) **Consequentialism** فإذا كانت نتيجة أي عمل مفيدة لأكثر عدد من المجتمع، فإنها تعتبر نتيجة حسنة ونافعة وأخلاقية، ولو أدّى ذلك إلى الإضرار بعدد قليل محدود من البشر . وهذه النظرية قد جاء بها جيرمي بينثام (1748 - 1832) وجون ستيوارت مل (1806 - 1873) (2)

«ولأول وهلة تبدو الفلسفة النفعية الذرائعية منطقية لأنها تسعى إلى تكثير المنافع وتقليل الأضرار قدر المستطاع ونستعملها في حياتنا العامة والخاصة بشكل طبيعي ويومي . وفي تحديد ميزانية العائلة نقدّم ما هو أهم على ما هو مهم، وقد لا نقبل أشياء معينة بناء على منافعها وأضرارها . وفي الحياة العامة مثلاً نناقش فائدة إيجاد حديقة وأهميتها في حي معين، وندرس المكاسب والخسائر.. وهل يمكن الاستفادة بهذا المبلغ في مشروع أكثر أهمية (بناء ملجأ للعجزة أو لكبار السن .. إلخ) عند تضارب المصالح.

«لهذا فإن علينا أن ندرس القيمة القصوى والجدوى من أي عمل، ونوازن بين فوائده، وأضراره، ونسعى لزيادة المكاسب

(1) كانت (عمانوئيل) (1724 - 1804) فيلسوف ألماني مثالي، اشتهر بفلسفة الواجب Deontology وبعتماده على العقل وعدم الاعتماد على الحواس لأنها كثيرة الخطأ والأخلاق تبنى على أسس حرية الإرادة وأسس الإيمان ووجود الله . وأشهر كتبه «نقد العقل الخالص»، و«نقد العقل العملي» والمقصود بالنقد هنا هو التحليل الذي يوضح المعالم. وانظر كتاب الأخلاق: أصولها الدينية وجذورها الفلسفية للكاتب محمد علي البار ج 2/791-856 إصدار كرسي أخلاقيات الطب، جامعة الملك عبد العزيز جدة.

(2) لقد تم استعراض آراءهما بتفصيل كاف فيما سبق.

وتقليل الخسائر قدر الإمكان . ويقول فريق آخر من أصحاب نظرية المنافع أن بعض الأمور مثل تحقيق السعادة (اللذة) والحرية والصحة أمور لا يمكن المساومة عليها ووضعها في ميزان المكاسب والخسائر.

«ويعترف بينثام وجيمس بأن بعض الأعمال البشرية لا يمكن تفسيرها بأنها تسعى إلى اللذة والسعادة، فمثلاً بعض الباحثين من العلماء يرهق نفسه في البحث عن الحقيقة العلمية أو الاكتشاف العلمي، ناسياً لذته وسعادته، بل وقد يضحي بالكثير من أجل الوصول إلى هدفه. وقد حاول جيمس أن يفسر ذلك بأن هدف هذا الشخص في الأساس كان المال والسعادة والشهرة، ولكنه مع انهماكه في العمل، وجد لذته فيه لدرجة إنهاك نفسه والتضحية بكثير من الملذات، وإن كان هدف الشهرة والمال لا يمكن إغفال ه من تصرفات هذا الشخص

«ولكن الفلاسفة المعاصرين من أنصار هذه النظرية النفعية (المصلحية) يقولون إن هناك قيمة هامة أهملها بينثام وجيمس وهي خارج نطاق اللذة والمال (السعادة) ومنها قيمة الصداقة، والمعرفة والصحة والجمال.. وهي قيم تفوق عند بعض الناس أهمية اللذة والمال».

المكاسب المادية واللذات الحسية التي نادى بها بينثام وجيمس:

ومع هذا فإن هؤلاء الفلاسفة المحدثين يرون أهمية الفلسفة النفعية مع توسيع دائرتها لتشمل المعاني المجردة مثل الصداقة، والحرية، والذاتية (Autonomy) والجمال وحب المعرفة، واكتناه المجهول.

«ويري بعض الفلاسفة النفعيين الآخرين أن المعاني المجردة ليست مُتَّفَقاً عليها عند البشر، وبالتالي يجب الحصول على رضا كل شخص حسبما يراه هو بميوله وأفكاره . (وهو أمر يجعل الضوابط شبه مستحيلة) وهو ما يعرف بالاختيارات الشخصية

.Individual Preference

ويضرب المؤلفان مثلاً بقصة طفله في الخامسة من العمر لديها فشل كلوي، وقد وصلت إلى مرحلة لا بد فيها من زرع كلية من متبرع، ووافقت العائلة على إجراء الفحوص لمعرفة الشخص المناسب للتبرع. وكانت الأم غير مناسبة في فحص الأنسجة. وهناك طفلان آخران في الرابعة والثانية، وقد رأى الأطباء عدم تعريضها لهذه المخاطر، ولعدم إمكانية وجود إذن منهما لصغر سنهما، وإذن الوالدين غير كاف في هذه الحالة. وعند فحص الأب وجد أنه مناسب وفحص أنسجته مطابق. وقد أخبره الطبيب أن المرض في هذه الطفلة سيؤثر في الغالب على بقاء الكلية الجديدة، وبالتالي فإن نسبة النجاح في هذه العملية محدود. وقرّر الأب أنه لا يريد التبرع لأن نجاح العملية مشكوك فيه، ويمكن العثور على كلية من متوفى (احتمال ضعيف)، وهو يخاف من العمليات وعواقبها. ولكنه طلب من الطبيب أن لا يخبر زوجته بأنه يرفض التبرع، وإنما عليه أن يقول أنه غير مناسب وغير مطاب ق في فحص الأنسجة.

وقد تردّد الطبيب كثيراً في أن يقوم بالكذب على الأسرة، لأن الكذب أساساً مرفوض وعمل غير أخلاقي. وسيؤدي إذا انتشر الخداع في الطب إلى عدم ثقة المرضى بالأطباء وبالتالي سيؤدي ذلك إلى ضرر أكبر.

وفي الجانب الآخر قال الأب أن حياته الأسرية ستتخطم إذا عرفت زوجته والأهل بذلك، وستتهمه بأنه أناني يرفض التبرع لابنته بكليته، والتبرع بكليته لا يسبب إلا احتمالاً ضئيلاً بالضرر له وفي الواقع فإن نجاح العملية لابنته مشكوك فيه، وقد عانت ابنته كثيراً من هذا المرض، ولا يريد أن يعرضها لمزيد من المعاناة، كما إنه يعترف بأنه يخاف من العمليات الجراحية ويرى الطبيب أن من حقّ الأب أن يرفض التبرع (الحرية الذاتية **Autonomy**) ولا يجد مبرراً أخلاقياً كافياً للضغط عليه، كما أن حقّ المريض (هنا المتبرع وهو الأب) في الحفاظ على سرّه (**Confidentiality**) تكفله كل المدونات الأخلاقية الطبية.

وفي النهاية يقرّر الطبيب أن يقول للزوجة أن زوجها لأسباب طبيّة لا يُنصح بالتبرع بكلّيته (وهو كلام عام وما يسمى معاريض وليس كذباً مباشراً كأن يقول أن فحص الأنسجة غير مطابق وغير ملائم).

وهذه القصة الواقعية معضلة أخلاقية (Ethical Dilemma) وقد انقسمت آراء الأخلاقيين النفعيين أنفسهم فيها، فمنهم من نظر إلى أن إجراء العملية وزرع كلية للطفلة سيعطيها فرصة للحياة، وهي فرصة غير موجودة بدون زرع الكلية، والدها أنسجته مطابقة . وفي نظرهم ليس له عذر كاف في عدم التبرع . وعليه فإنه يجب عليه أخلاقياً أن يتبرع بكلّيته لابنته.

وطلبه من الطبيب أن يكذب ينبغي أن يرفض للأسباب التالية:

- (1) أن الكذب مرفوض أخلاقياً وسيؤدي إلى فقدان ثقة المرضى بالأطباء، وبالتالي إيجاد ضرر أكبر.
- (2) أن الأسرة في مثل هذه الحالات عادة ما تتفكك، حتى لو تبرّع الأب بكلّيته . ويبدو من سلوك الأب أن الأسرة على وشك التفكك.

ويرد آخرون بأن موقف الطبيب سليم للأسباب التالية:

- (1) من حقّ المريض أو المتبرع أن يرفض أي إجراء على بدنه.
 - (2) من حق هذا الشخص الحفاظ على سرّية قراره.
 - (3) أن الطبيب لم يكذب كذباً مباشراً، ولكنه استخدم المعاريض.
 - (4) أن الكذب إذا كان في صالح المريض أو الشخص، ولن يضر الآخرين فينبغي أن يستخدم.
- وليس صحيحاً أن الكذب في حالات محدودة سيؤدي إلى فقدان الثقة بالأطباء. إن الكذب في صالح المريض (أو العميل) إذا كان لا يضرّ الآخرين أمر لا غبار عليه . وخاصة إذا استخدم الطبيب

كلمات موهمة وليست كذباً مباشراً (في المعارض مندوحة حسب المفهوم الإسلامي).

أقول: وفي البلاد الإسلامية (عرباً وعجماً) فإن قول الحقيقة بصورة جافة للمريض مباشرة تؤدي إلى عواقب وخيمة. وخاصة إذا كان التشخيص الطبي يقول أن المرض (السرطان) مثلاً، منتشر ولا فائدة من أي علاج، والمريض سيموت خلال شهر أو شهرين أو أي مدة معينة.

وهنا محاذير عدة:

- (1) أن المريض قد لا يتحمل الصدمة العنيفة وتؤدي الأخبار السيئة إلى وفاته أو حدوث آلام نفسية شديدة لا مبرر لها.
- (2) أن المريض قد لا يطلب معرفة التشخيص، وبالتالي فإن إعطائه هذا التشخيص دون طلبه يشكّل نوعاً من الاعتداء على حرّيته الشخصية (autonomy).
- (3) أن تحديد المدة التي سيعيشها المريض أمر غير صحيح. والطبيب لا يستطيع أن يحدّد المدة. وإن كان يعرف أن مثل هذه الحالات في العادة لا تعيش أكثر من شهر أو شهرين مثلاً. فهناك استثناءات كثيرة تحدث. ولا يوجد ما يلزم الطبيب بتحديد المدة. وكم من مرضى حدّد لهم الأطباء موعد وفاتهم عاشوا، وربما مات الطبيب المعالج قبل المريض.
- (4) أن تحديد زمن الوفاة أمر من الرجم بالغيب. وهو يعارض العقائد الإسلامية. ولا توجد أي فائدة في التحديد ويستطيع الطبيب أن ينبّه الأهل على خطورة الحالة دون تحديد مدة زمنية للوفاة. كما أنه قد يخبر المريض القوي الإيمان والثابت بصورة متدرجة بخطورة حالته، وخاصة إذا طلب المريض معرفة ذلك.

(5) يستطيع الطبيب أن يذكر للمري ض أن الرسول عليه الصلاة والسلام أوصى كل مسلم ألا يبيح إلا وقد كتب وصيته ، وسيفهم المريض ضمناً ما يقصده الطبيب .

(6) أن الرسول ﷺ أمرنا إذا دخلنا على المريض أن نفس له في الأجل⁽¹⁾ ، فإن ذلك لا يرد من قدر الله شيئاً، ولكنه يفيد نفسية المريض ويفسح له في الأمل.

(7) أن الرسول ﷺ دعا إلى استخدام المعاريض . وفي المعاريض مندوحة عن الكذب المباشر.

وقد أباح الرسول ﷺ الكذب للصلح بين المتخاصمين، وذلك أن يقول أن فلاناً ذكرك بالخير ويقول للآخر مثل ذلك، وهو أمر لم يحدث . كما يجوز للزوج والزوجة أن يستخدموا الكذب لبقاء العشرة وزيادة المحبة . وأما إذا كان الكذب ينقذ حياة شخص بريء من شخص معن ظالم فالكذب واجب، وإنقاذ الحياة لشخص بريء مقدّم على معصية الكذب، بل ينقلب الكذب هاهنا إلى طاعة.

وفي هذه النقاط يتفق معنا فيها أصحاب الفلسفة النفعية العملية (Act Utilitarian) بينما يرفض ذلك أصحاب الفلسفة النفعية القاعدية Rule Utilitarian. كما يختلف عنا من باب أولى أصحاب فلسفة الواجب Deontology وعلى رأسهم الفيلسوف كانت . فالكذب عندهم رذيلة في كل الحالات، ولا يوجد لديهم ما يبرر الكذب حتى في الحالات التي ينقذ الكذب فيها حياة إنسان (عند أصحاب فلسفة الواجب) . وهو

(1) عن أبي سعيد الخدري قال: قال رسول الله ﷺ: «إذا دخلتم على المريض فنفسوا له في الأجل، فإن ذلك لا يرد شيئاً، وهو يطيب نفس المريض» سنن الترمذي (كتاب الطب) وسنن ابن ماجه (كتاب الجنائز). قال ابن القيم في الطب النبوي: «في هذا الحديث نوع شريف من أشرف أنواع العلاج، وهو الإرشاد إلى ما يطيب نفس العليل: من الكلام الذي تقوى به الطبيعة، وتنتعش به القوة، وينبعث به الحار الغريزي، فيتساعد على دفع العلة أو تخفيفها الذي هو غاية تأثير الطبيب». وتحدثت ببلاغة عن التأثير النفسي والروحي في مدافعة المرض..

موقف مرفوض تماماً . وقد انتقد ذلك الموقف عدد كبير من علماء الأخلاق.

وفيما عدا إنقا ذ حياة بالكذب، فإن غالبية أصحاب الفلسفة النفعية القاعدية، وكل أصحاب فلسفة الواجب يرون أن الكذب رذيلة، وبالتالي لا يمكن استخدام الكذب وخاصة مع المرضى أو في المعاملات أو بين الزوجين أو في الإصلاح بين المتخاصمين. ويدعو سمارت Smart وهو من أصحاب الفلسفة النفعية العملية **Act Utilitarianism** إلى أن الالتزام بالقواعد الأخلاقية مثل الصدق في القول، قد لا يشكل الحل الأمثل لموقف معين، وأن الكذب قد يكون هو الحل الأمثل. ولا يعني ذلك إباحة الكذب على إطلاقه، بل الكذب ممنوع إلا في حالات خاصة، سيؤدي فيها الكذب إلى منفعه (للمريض) والصدق إلى مضرة . ولن يؤثر حدوث حالات محدودة من عدم الالتزام بالصدق، في أخلاقيات الطب، ولا في ثقة المرضى بالأطباء.

وقد تكون الطريقة التي يتحدث بها صاحب الفلسفة النفعية مثيرة للغضب والاشمئزاز كما حدث لحاكم ولاية كلورادو السابق ريتشار لام **Richard Lamm** عندما صرّح بأن على المرضى في حالات ميؤسة من شفائها أن يعرفوا أن عليهم واجباً، هو أن يموتوا ولا يستخدموا الأجهزة المكلفة والمستشفيات الباهظة الكلفة، لإبقائهم على قيد الحياة، فقد أثارت تصريحاته غضب كثير من سكان الولاية.

ورغم أن ما قاله صحيح، بالنسبة لأصحاب الفلسفة النفعية، إلا أن الطريقة التي صرّح بها كانت مثيرة للغضب . ولا شك أن استعمال الأجهزة المكلفة، والرعاية الصحية في وحدات العناية المركزة الباهظة الثمن تؤدي إلى استنزاف الأموال العامة فيما لا يفيد في الحالات الميؤس منها؛ بينما يمكن أن تصرف هذه الأموال في رعاية الطفولة والأمومة ورعاية المرضى الذين يستجيبون للعلاج.

وقد توصل معظم الأطباء إلى أن استخدام وحدات العناية المركزة والعلاج المكثف في الحالات الميؤس منها، أمر لا مبرر له. ولا يعني ذلك عدم الرعاية الصحية، والتمريض الجيد، وتسكين الآلام، وتخفيف الشعور بالكآبة والإحباط بكافة الوسائل الممكنة بما في ذلك العقاقير المناسبة. بل يجب تقديم هذه الرعاية المهمة سواء كانت في المنزل أو في وحدات خاصة من دور الرعاية الصحية مما يسميه الإنجليز (Hospice). وذلك يخفف بشكل كبير من عبء التكاليف، ويساعد المرضى والأهل على تقبل وضعهم، والتخفيف عنهم (قدر الإمكان) من الآلام والمنغصات والأعراض. ويمكن أن تقوم ممرضة أو ممرض بزيارة يومية إلى المنزل وتستدعي الطبيب عندما يلزم الأمر. وقد وصلت إلينا هذه المشكلة. وترى بعض الحالات الميؤسة منها في وحدات العناية المركزة والمكثفة، حيث تبقى بعض هذه الحالات لأشهر عدة وبعضها لسنين. وتكون تكلفة هذه الأجهزة والمعالجات غير المجدية ملايين الدولارات. فإذا صرفت هذه الأموال من قبل الدولة، فإن ذلك سيؤدي إلى حرمان آلاف وربما ملايين الأطفال والأمهات من الرعاية المطلوبة القليلة الكلفة والكبيرة الفائدة والجدوى. فعلى سبيل المثال حملات تحصين (تطعيم) الأطفال ضد أمراض الطفولة لا تكلف إلا مبالغ زهيدة جداً لكل طفل، لكنها تمنع أمراضاً خطيرة جداً، ووفيات، ومعالجات ذات كلفة عالية جداً. وكذلك التركيز على رعاية الأمومة، فإن كلفتها بسيطة (لكل أم)، ولكن مردودها كبير جداً على صحة الأم، وخاصة إذا صحب تلك الرعاية، توعية قوية بإرضاع الأم طفلها وحثها على ذلك ومساعدتها فيه، ومنع شركات الألبان من دخول مستشفيات الولادة والأطفال، وتوزيع هداياهم المجانية من هذه اللعب، بحيث لا ترضع الأم وليدها، وتخرج من المستشفى بعد يوم أو يومين ثم تشتري هذه الألبان المجففة لتكسب الشركة، وتصاب هي وطفلها بالأضرار التي لا حصر لها

بل إن حملات مكافحة التدخين ومنع التدخين في الأماكن العامة كلها، ووضع ضرائب عالية على التبغ والسجائر، والتشديد في هذه المكافحة، واستخدام أجهزة الإعلام بكثافة في توعية ح هذه الأضرار الرهيبة على الصحة من التدخين (سجائر، شيشة، معسل، تبغ ممضوغ ... إلخ) سيكون لها مردود جيد على صحة الأمة أفضل من كثير من الوسائل العلاجية المتطورة والمحدودة الفائدة.

لهذا إذا تعارضت مصلحتان تقدّم المصلحة الأهم وذات الجدوى، على المصلحة الأقل فائدة. وأما إن كانت عديمة الجدوى والفائدة فتعتبر عبثاً، والعبث والإسراف وإضاعة المال أمرٌ يهوى عنه في الشريعة الإسلامية.

وتبقى المشكلة حتى لو كان المريض وأهله هم الذين سيتحملون الكلفة الباهظة لهذه الرعاية المكثفة. وقد عانت أسر كثيرة من الديون بسبب رعايتهم لمر يرضهم في مستشفى خاص في أقسام الرعاية المركّزة والمكثّفة بعد أن تبين للأطباء عدم جدوى تلك المعالجة. وللأسف فإن بعض المستشفيات الخاصة، إن لم أقل كلها، تحرص على إبقاء المريض تحت هذه الأجهزة متى وثقت من الدفع (دفع مباشر نقدي، تأمين صحي، جهة أخرى تقوم بالدفع ولو كانت الفواتير تصل إلى الملايين، بينما ترفض هذه المستشفيات نفسها إجراء عملية جراحية مستعجلة لطفل التهبت لديه الزائدة الدودية، وهي على وشك الانفجار، أو امرأة على وشك الولادة) سواء كانت طبيعية أم قيصرية إذا لم يستطع أهل المريض الدفع مقدماً. وللأسف، فإن المشكلة تتضاعف إذا كان المريض أجنبياً، ولم يكن لديه تأمين صحي، وهو فقير، فلا المستشفيات الحكومية تقبله، ولا المستشفيات الخاصة تدخله، ويموت بعضهم بالفعل من هذا الموقف لعدم وجود أي رعاية صحيّة ولو في الحالات المستعجلة لهؤلاء المساكين .. وفي بعض الأحيان يسمح لهم بدخول الطوارئ، ولكن لا يسمح لهم بدخول المستشفى، ويبقون

في قسم الطوارئ حتى تخفّ الأعراض، ثم يطردون . وهو موقف لا أخلاقي، وموقف يرفضه ديننا الحنيف، وأخلاقنا العربية، وحقوق الإنسان.. إنه موقف يحتاج إلى مراجعة شاملة.

تقييم بوشامب وشلدرس للفلسفة النفعية:

«رغم الانتقادات الكثيرة التي توجه للفلسفة النفعية فإن لها عناصر قوة كالآتي:

(1) أنها تشكل فلسفة فعّالة في السياسة العامة لأي دولة أو مجتمع. لأنها تبحث عن المصلحة، وتوازن بين المصالح والمفاسد.. وتسعى لاكتساب المصلحة الأعظم متخلية عن المصلحة الأقل. وفي الحالات التي لا توجد إلا مضار فإنها تسعى لتجنب المضرة الأكبر وتحمل المضرة الصغرى إذا لم يكن من ذلك بدّ (1).

(2) تعمل فلسفة المنفعة (المصلحة) في موضوع الإحسان (Beneficence) أيضاً. رغم أن الإحسان يستلهم مبادئ أعلى من المصلحة وتكون مرتبطة بفعل الخير والسعي إليه . لكن فلسفة المنفعة تدخل أيضاً في موضوع الإحسان (Beneficence) وعدم الضرر (لا ضرر ولا ضرار) (Non maleficence) . وكلاهما مرتبط بالمصلحة.

(3) إن اهتمام فلسفة المنفعة بالمآلات (النتائج) (Consequences) أمر مهم من الناحية العملية . ولا يمكن إغفال النتائج في أي

(1) هذا القدر من المصلحة يتفق مع قواعد الأحكام وموضوع المصلحة في الإسلام.

نظرية فلسفية أخلاقية. وبالتالي لا بد من الاهتمام بمآلات (نتائج) الأمور⁽¹⁾.

(4) الاهتمام بالمجتمع والعدالة وتوزيع الخدمات على أكبر عدد ممكن. ولكن ذلك يؤدي أحياناً إلى التعدي على الحرية الفردية وحقوق الإنسان

عناصر الضعف في الفلسفة النفعية:

(1) تبدو المشاكل واضحة عند النفعيين الذين يسعون إلى تحقيق الاختيارات الشخصية (Individual Preferences) لأن الفرد وهو يسعى للحصول على أكبر منفعة ممكنة لشخصه، يضرّ بالآخرين، أو على الأقل ينتقص من فرصهم للحصول على هذه المنفعة. هذا إذا كان ملتزماً بعدم الإضرار بالآخرين وعدم استخدام وسائل غير أخلاقية للحصول على المنافع. (وهو أمر تعاني منه البشرية في كل مكان، وبصورة مفصوحة في العالم الثالث).

(2) «يرى الفلاسفة النفعيون أنه يجوز عند الضرورة أخذ أطفال الأعداء وتعذيبهم ليعترف آباءهم. وهو موقف غير أخلاقي ومشين ومرفوض. مهما كانت الفوائد المرجوة» انتهى كلام بوشامب. وأقول: إن هؤلاء النفعيين لا يرون غضاضة في ارتكاب هذه الجرائم من أجل الحصول على اعترافات ولو بالإكراه لتحقيق سياستهم، كما حصل في جوانتانامو وأبو غريب (في العراق) وباجرام (في باكستان).

(3) لا يفرق الفلاسفة النفعيون بين ما هو ضروري وإلزامي أخلاقياً (Morally Obligatory Action) وبين ما هو نفل (أي زائد عن الضرورة) (Superrogatory actions) والفرق بينهما واضح. فالأمر الضروري يجب عمله، بينما النفل هو أمر تطوعي محمود.

⁽¹⁾ يهتم الإسلام اهتماماً كاملاً بالمآلات. والدنيا مزرعة الآخرة. ولا يقصر ذلك الاهتمام على الدنيا كما تفعل الفلسفة النفعية.

ومثال ذلك أن تفرض التخلص من العجزة والشيخوخة إذا وصلوا إلى سن يصبحون فيها عبئاً كبيراً على المجتمع، وكذلك المرضى المزمنون الذين لا يوجد أمل في شفائهم . فإن التخلص من هؤلاء يصبح عندهم عملاً أخلاقياً ويجب تشجيع هؤلاء على الانتحار كما يقول دوناجان (Donagan) كما أن التبرع الإلزامي بكلية أمرٌ لن يضر المتبرع، وسينقذ حياة آخرين، وأخذ الأعضاء من الموتى دماغياً لن يضر أحداً، ولكنه سينفع العديد من الأشخاص ويعطيهم حياة جديدة نافعة.

وهكذا يحولون التبرع الطوعي بالأعضاء، وهو أمر محمود، إلى واجب أخلاقي بالتبرع بالأعضاء وبالتالي تؤخذ باسم الواجب بصورة قسرية، وهو أمر مرفوض تماماً.

ومن الناحية العملية لم يتم تطبيق هذا المبدأ في الدول الغربية وترفضه الفلسفة الليبرالية وحقوق الإنسان رفضاً تاماً . ولكن تم تطبيق التخلص من المرضى المزمنين والعجزة والشيخوخة الذين وصلوا إلى الخرف وإلى الحاجة لرعاية مستمرة في النظام النازي.. وإلى حد ما في النظام الستاليني ا لشيوعي الروسي . والنظام الماوي الصيني الشيوعي . كما قامت أوروبا بفرض التبرع بالأعضاء لمن يموت دماغياً في المستشفيات الحكومية، ولم يعلن اعتراضه قبل وفاته كتابة⁽¹⁾ .

وقد قامت الصين في عهد ماوتسي تونج بتحديد النسل بطفل واحد لكل أسرة، وبالتالي إذا حملت المرأة ولديها طفل فإن عليها أن تقوم بإجهاض نفسها، وفي الأرياف كانوا ينتظرون حتى تتم الولادة فإذا ولدت أنثى تم قتلها لتتاح لهم الفرصة لإنجاب ولد ذكر، ثم تطورت هذه الطريقة مع وجود أجهزة السونار (الموجات فوق الصوتية) إلى إجراء الفحص في الشهر الرابع -

(1) كانت المملكة المتحدة لا تقبل بهذا الإجراء، ولكنها منذ بداية القرن الواحد والعشرين بدأت تناقش هذه القضية على كافة المستويات، حتى تحصل على رأي عام يوافق على ذلك ثم تصدر بذلك قانوناً من البرلمان.

الخامس من الحمل ع ندما يتبين هل الجنين ذكر أو أنثى (بنسبة عالية من الدقة أكثر من 90 بالمئة) فإذا تبين أن الجنين أنثى تم إسقاطها. وقد انتشرت هذه الطريقة أيضاً في الهند وتم قتل ملايين الأجنة خلال العقدين الماضيين.

وقامت حكومة الصين الماوية، بتشجيع من الغرب، بفرض التعقيم للرجال والنساء وتمّ تعقيم أكثر من خمسين مليون صيني، وذلك لإيقاف الزيادة السكانية. كما قامت أنديرا غاندي بتعقيم أحد عشر مليوناً من الرجال في الهند أيضاً بدعم كامل من الغرب حسب الفلسفة النفعية باعتبار أن ذلك سيخفف من الزيادة السكانية التي ستؤدي إلى كوارث حسب زعمهم.

وكان عدد السكان ثلاثمائة مليون عندما قامت أنديرا بهذه السياسة الحمقاء، وسكان الهند اليوم (2010) أكثر من ألف ومائتي مليون. وقد تحسنت أحوال السكان عما كانت عليه أيام أنديرا . وأصبحت الهند من الدول المرموقة ويشجعها الغرب كي تنافس الصين. إذن الفلسفة النفعية فلسفة تتغير كل يوم . وما هو اليوم صواب يكون خطأ غداً وما هو اليوم فضيلة يصبح غداً جريمة نكراء.

وقد أكد بوشامب وشلدرس على هذه النقطة أكثر من مرة في مقدمتهما للفلسفة النفعية.

(4) مشكلة التوزيع غير العادل للمنافع : ترى الفلسفة النفعية وجوب توزيع المنافع على أك بر عدد ممكن من أفراد المجتمع، ولكنها لا تمنع في وجود ضرر بمجموعة صغيرة من البشر (وخاصة إذا لم تكن من البيض أو اليهود)، فالمصلحة تقتضي إيصال المنافع إلى أكبر عدد ممكن (عادة من المجتمعات الغربية البيضاء)، وإهمال من يصيبهم الضرر من الأقليات أو الفقراء أو الضعفاء في المجتمع الأوروبي أما خارج المجتمعات الغربية فلا قيمة أصلاً لهؤلاء البشر عندهم. ومثال ذلك ما حصل في مصنع السايناد (Cyanide) في بهوبال في الهند حيث قامت الشركة الأمريكية

(Union Carbide) بإنشاء مصنع في الهند، وبمواصفات لا تقبلها الولايات المتحدة من حيث السلامة، فلما انفجر المصنع وقتل عشرات الآلاف، وأصاب بالضرر مئات الآلاف، استطاعت الشركة أن تتخلص من التزاماتها الأخلاقية بواسطة الرشوة، وإعطاء المسؤولين مبالغ جيدة، ووزعت مبالغ تافهة على المتضررين. وبالتالي نجت من إفلاس محقق لو حدثت هذه المأساة في الولايات المتحدة أو دولة أوروبية أو في أستراليا أو في كندا، بالإضافة إلى محاكمات ستدخل كثيراً من مسؤولي الشركة السجن ولكن بما أن المتضررين هم من الهنود وليسوا من الجنس الأبيض، فإن الأمر يعتبر هيناً لديهم، وبالتالي أمكن التخلص من جميع الالتزامات بدعم كامل من حكومة الولايات المتحدة لهذه الجريمة النكراء، وتأييد مبطن من الدول الأوروبية، وسكوت على الظلم والاستغلال من الهند ودول العالم الثالث

وقد ضرب المؤلفان مثلاً على عدم العدالة الناتجة من الفلسفة النفعية في الولايات المتحدة في المجال الطبي . ففي دراسة موسعة لتغلب على مشكلة ارتفاع ضغط الدم تبين أن الذين يعانون من الارتفاع الشديد، وبدون اكتشاف المرض ولا علاجه هم في الغالب من السود الذين لا تأمين صحي لهم .. ووجد الباحثون أن المردود للفحص العشوائي في أقسام الطوارئ (وهو المكان الوحيد الذي يستطيع السود الذين ليس لهم تأمين صحي الذهاب إليه) لهؤلاء السود ضئيل، وحتى لو عُرف المرض، فإن هؤلاء لا يستطيعون متابعة العلاج لأنهم لا يملكون تأميناً صحياً، وليس لهم طبيب يرعاهم. وبالتالي نتيجة هذا النظام الصحي البائس، فإن الدراسة تؤيد أن لا يفحص هؤلاء السود ولا يتم علاجهم، بل يس تمر العلاج حسب المعتاد لمن هم مسجلون عند الأطباء ولهم تأمين صحي . وبدلاً من انتقاد النظام الصحي في الولايات المتحدة والمتحيز للبيض والأثرياء من السود، فإن هؤلاء الدارسين قرروا الاستمرار في النظام البائس الحقيير

والدفاع عنه، وبالتالي عدم الكشف والعلاج لهؤلاء السود البائسين. وبررّوا ذلك بأن جميع الدراسات الميدانية أوضحت عدم جدوى معالجة هؤلاء السود والكشف عليهم، لأنهم لا يستمرون في العلاج.

وبدلاً من نقد النظام الصحي، قام هؤلاء الباحثون، بما في ذلك المؤلفان المشهوران بوشامب وشلدرس، باعتبار أن البحوث كلها تؤكد عدم جدوى علاج هؤلاء السود الفقراء، بدلاً من تغيير هذا النظام المزري والحقير والذي يجعل الولايات المتحدة في مستوى بنجلاديش والدول الأفريقية بالنسبة لخمسين مليون مواطن أمريكي بدون تأمين صحي..

الفلسفة الليبرالية:

تتحدث الفلسفة الليبرالية عن حقوق الأفراد المخت لفين في المجتمع وخاصة المرأة والشاذين جنسياً وتركز جهودها على حقوقهم التي يكتبها المجتمع . ويركزون جهودهم على نشر الشذوذ والعلاقات الجنسية المحرّمة، والإجهاض وتغيير الجنس (الجندر) وما إلى ذلك من حقارات.

وحتى لا تبدو الصورة قاتمة وفي منتهى الحقارة، فإنهم يتحدثون عن حقوق الأقليات، والسود والهسبانك (الأصول الأاسبانية) في الولايات المتحدة.

ومن الناحية الطبية يركزون على ما يسمى:

(1) الحرية الذاتية: **Autonomy** .

(2) الخصوصية: **Privacy** .

(3) المحافظة على أسرار المريض: **Confidentiality** .

ولا شك أن هذه الأمور الثلاثة ذات أهمية بالغة وتقرّها كل الأديان والجماعات والفلسفات بصورة عامة . ولكن عند الدخول في التفاصيل تبدأ نقاط الاختلاف وتظهر المآخذ.

في مجال الحرية الذاتية (**autonomy**) يحقّ للإنسان البالغ العاقل-عندهم- أن يفعل في نفسه ما يشاء ، فمثلاً يستطيع أن يغيّر

جنسه من ذكر إلى أنثى (قضية الجندر) وهو ما يعرف بعبر الجنس (trans Sexudism)، أي يعبر من جنس الذكورة إلى الأنوثة أو العكس، بدون وجود أي خلل جسماني أو هرموني، ولكن لهجرد وجود الرغبة والهوى عند هذا الشخص. وقد وصلت هذه القضية إلى البلاد الإسلامية، عربية وأجنبية، وتم تحويل مئة ات وربما آلاف الأفراد من الذكورة إلى الأنوثة، أو بالعكس من الأنوثة إلى الذكورة دون وجود أي مبرر طبي سوى الهوى والرغبة.

وقد تمت هذه العمليات في المغرب وتونس ومصر وتركيا والسعودية وأندونيسا وماليزيا ولبنان.. كما تم إجراؤها لمواطنين من الكويت في تايند، وحص لت نتيجة ذلك بعض المشكلات القانونية في تغيير هوية الشخص من ذكر إلى أنثى. وفي مصر اشتهرت قضية الطالب في كلية الطب بجامعة الأزهر، ويدعى «سيد» الذي قام بتغيير جنسه إلى أنثى تدعى «سالي». ولما كانت كلية الطب في الأزهر منفصلة بين الإناث والذكور، فقد أراد أن يدخل كلية البنات، ورفض الأزهر، ورفع سالي قضية في المحكمة وحكمت له المحكمة بدخول كلية البنات بعد تغيير جنسه، ولكن الأزهر أثبت أن سالي اشتغلت رقاصة في ملهى ليلي (كابريه)، كما اعترفت سالي بعلاقتها الجنسية العديدة في التليفزيون (وقد رأيتها بنفسى)، وأنها أقامت هذه العلاقات الشاذة عندما كان اسمه سيد، ثم تحولت إلى شكل أنثى، واعترفت اعترافاً كاملاً أمام الملايين بالزنا واللواط. وبدلاً من أن يعاقبه/يعاقبها القانون المصري على ذلك، طالبت المحكمة بعودته/عودتها إلى الدراسة، فرفض الأزهر وقال إن مكانة الأزهر لا تسمح بدخول رقاصة وعاملة في الدعارة في كليته، وكسب القضية.

ولكن أصحاب حقوق الإنسان والولايات المتحدة الأمريكية أقامت عدة دعاوى على مدير جامعة الأزهر الدكتور الطيب

النجار وطالبته بتعويضات بالملايين، لأن سالي اضطرت للعمل في الكابريه وفي الدعارة، وبالتالي فإن على مدير جامعة الأزهر الدكتور الطيب النجار أن يعوّضها على ذلك . وهناك العديد من القضايا ضد مدير جامعة الأزهر حالياً، وقد تؤدي به إلى فقدان منصبه وإلى دخول السجن لأنه رفض إدخال سالي إلى كلية طب الأزهر قسم البنات!!

وهذا يوضح إلى أي مستتقع قدر نندفع إليه بواسطة الليبراليين ودعاة حقوق الإنسان. إن الإنسان الذي يُقتل أو يُدمر بيته في غزة لا حقوق له، وآلاف الأطفال والمشردين والنساء اللاتي تُبْقَرُ بطونهن في فلسطين والعراق وأفغانستان بواسطة جنود إسرائيل والولايات المتحدة وبريطانيا والتحالف الدولي معهما، لا قيمة لهم ولا أحد يتحدث عنهم، وكذلك ما تمّ من جرائم في البوسنة والهرسك، وفي سينكيانج (الأوغور المسلمون) في الصين، وفي تاييلند، وفي الفليبين إن دماء المسلمين وأعراضهم وأموالهم ودورهم كلها مباحة، ومهما تعذبت النساء فلا أحد أبداً يتكلم عن معاناة المرأة المسلمة في فلسطين وفي العراق وفي أفغانستان وغيرها من جراء هذه الاعتداءات المتتالية من الدول الكبرى الليبرالية . والتي تتمسّدق بالحديث عن حقوق الإنسان.. ولا حقوق إلا للشاذين جنسياً والعاهرات والداعرات ولتغيير الجنس.. وما عدا ذلك فلا حقوق لأي إنسان عند هؤلاء المجرمين.

الأخلاق في الإسلام

القرآن كله كتاب أخلاق، وسيرة الرسول المثل الأعلى في الأخلاق، وأحاديثه النبوية الشريفة توضح مكارم الأخلاق وتدعو إليها، وتبيّن مساوئ الأخلاق، وتنفر منها

قال تعالى: ﴿چ چ چ چ چ چ چ چ چ چ﴾ [البقرة: 129] وهي دعوة أبونا إبراهيم فبعث الله محمداً بعد فترة من الرسل وانقطع عن الهدى، هادياً وبشيراً وسراجاً منيراً ورسول الله يقول:

«إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق» (1). ومعنى هذا أن تعاليم الإسلام كلها تهدف إلى مكارم الأخلاق وتنتهي عن سفسافها .. وقد دعي بقوله وفعله إلى محامد الأخلاق، ومحاسن الشيم . وقد قال «ألا أخبركم بأحبكم إليّ وأقربكم مني مجلساً يوم القيامة؟ قالوا نعم يا رسول الله قال: أحسنكم خلقاً» (2).

(1) أخرجه الإمام مالك في الموطأ (الحديث رقم 1723) (وأخرجه أحمد في مسنده بلفظ: إنما بعثت لأتمم صالح الأخلاق).
(2) أخرجه أحمد في مسنده عن عبدالله بن عمرو بن العاص .

المصلحة في الشريعة الإسلامية وفي الفلسفة الغربية

إن مفهوم المصلحة (المنفعة) هو مفهوم قديم لدى الإنسان . ويمثله لدى اليونان أرسطوس تلميذ سقراط الذي فسّر السعادة باللذة الشخصية. ولذا فإن ما يأتي باللذة هو السعادة، وما يأتي بالألم هو الشقاء. وقال إن السلوك الذي يحقق هذه السعادة القائمة على تلك اللذات هو سلوك أخلاقي، والمبادئ السلوكية التي تحققها هي مبادئ أخلاقية

وقد كتب العلامة الشيخ الدكتور محمد سعيد رمضان البوطي رسالته للدكتوراه بعنوان «ضوابط المصلحة في الشريعة الإسلامية»⁽¹⁾. وقد بين الفروق بين ما يسمى مصلحة (منفعة) في الفلسفة الغربية وبين المصلحة في الشريعة الإسلامية وقد يبدو أن هناك اتفاقاً بين تعريف المصلحة لدى الفريقين، ولكنه اتفاق ظاهري، لأن المصلحة في الشريعة منضبطة بضوابط الشريعة.

⁽¹⁾ د. محمد سعيد رمضان البوطي: ضوابط المصلحة في الشريعة الإسلامية، مؤسسة الرسالة، بيروت، ص 23 - 70 وستنقل ما قاله بشيء من الاختصار وبعض الإضافات اليسيرة. وتمّ تقديم الرسالة عام 1965 ونال بها شهادة دكتوراه بامتياز.

تعريف المنفعة:

«المنفعة هي اللذة أو ما كان وسيلة إليها، ودفع الألم أو ما كان وسيلة إليه. وتعبير آخر هي، كما قال الرازي، اللذة تحصيلاً أو إبقاء. فالمراد بالتحصيل جلب اللذة مباشرة، والمراد بالإبقاء الحفظ عليها بدفع المضرّة وأسبابها (1).

وقد اعتبر الشيخ البوطي أن طلب المنفعة واللذة أمر فطري لدى الإنسان، لا خلاف حوله، وبما إن الإسلام دين الفطرة فإنه قد حرص على تحقيق هذه المصلحة، مظاهرها وأوسع طاقاتها بما شرعه الله لعباده من شرائع وأحكام، وما خطه لعباده من أخلاق وفضائل. وقد اتفقت الشرائع على أن المنفعة هي مقياس ما يسمّى الخير والشر. وأن وسائل المنفعة تُعطى حكم المنفعة والمصلحة في الشريعة الإسلامية منضبطة بأحكام الشريعة التي تنظر إلى الدنيا والآخرة، وأن مصالح الدنيا محكومة بسلامة مصالح الآخرة. ومن ثمّ فلا مجال لاضطرابها بين اختلاف الميول والرغبات والأحاسيس

أما المصلحة (المنفعة) عند علماء الأخلاق في الغرب، فهي مرتبطة بمصالح الدنيا فقط وميزان الخير والشرّ عندهم مجرد ما يتواضعون عليه، أو ما يبدو لهم من التجارب والخبرات، أنه يحقق اللذة أو يبعد الألم

«وإذا علمنا أن الشعور بالمنفعة ومداها، كمّاً وكيفاً، متفاوت بين أفراد الناس تفاوتاً كبيراً، حسب تفاوت عاداتهم وخبراتهم وثقافتهم، بل وأمزجتهم وأغراضهم أدركنا أي مثار للخلاف يكمن في استقلالهم بوضع موازين الخير والشرّ لجميع أعمال البشر

(1) المحصول للرازي ص194.

وتصرفاتهم، رغم ما يبدو لديهم من مظهر الإجماع، على اعتبار أصل المنفعة جنساً لهذه الموازين⁽¹⁾.

فأرباب نظريات الأخلاق وأرباب القوانين الوضعية⁽²⁾ إنما تعود موازين الخير والشر بأيديهم - مهما دارت ولقت - إلى القيمة المادية المحسوسة التي بها وحدها تقوم الدنيا كلها في نظرهم. وكما تسخر فضائل الأعمال عندهم للوصول إلى الأماني والمقاصد المادية، فإن الرذائل أيضاً تستخدم لنفس المهمة، إذ لا فرق بين الرذائل والفضائل ما دام كل منهما وسيلة مجردة، ومهما يكن من فرق بينهما فإنه يسقط سقوطاً تاماً ما دام يستويان في تحقيق الغرض المطلوب.

إن فتح أبواب دور ال لهو على مصاريعها، وعرض أشد المغريات الجنسية في أنحاء المجتمع، وإطلاق الخمر والمكيفات في رؤوس الناس وعقولهم - كل ذلك إنما يعتبر شراً في النظرة الأولى فقط، ولكنه سرعان ما ينقلب إلى خير كبير عندما يلاحظ الربح المادي الذي تثمره دور اللهو وتجنیه ضرائب الخمر (وأماكن القمار ووسائل الميسر المنتشرة لديهم).

والخلاصة أن المصالح التي آمنت بها أوروبا على أيدي علماء الفلسفة الأخلاقية، ثم اتخذتها أساساً لقوانينها، مصالح تنبع من أنانية فردية غير مهذبة وإن ظهرت بمظهر السعي إلى الصالح العام، تحوم حول حاجات الجسم وشهواته ولن بدت أنها تطرق باب العقل تسألته وتستفتيته، لا تضع في حساب الوسيلة غاية من وراء الحياة الدنيا وإن لم تنكر الدين ينبغي أن يعلم هذا كل باحث إسلامي كي لا يتشابه عليه الأمر ويقوده تيار التقليد باسم المرونة في الفهم وصلاحيية الدين لكل وقت

أهم خصائص المصلحة في الشريعة الإسلامية: ثلاث

(1) محمد سعيد رمضان البوطي: ضوابط المصلحة في الشريعة الإسلامية ص25.

(2) مرة أخرى أحب أن أذكر القارئ بأنه لا فرق بين بحوث الأخلاق ولوائح القوانين إلا في أسلوب المعالجة وحدها.

الخاصة الأولى: أن الزمن الذي يظهر فيه أثر كل من المصلحة والمفسدة ليس محصوراً في الدنيا وحدها بل مكوّن من الدنيا والآخرة معاً.

وبيان ذلك أن المصلحة هي المنفعة أو الوسيلة إليها . فكل عمل أثمر لصاحبه منفعة - وإن جاءت الثمرة متأخرة - يعتبر عملاً صالحاً.
الخاصة الثانية: أن قيمة المصلحة الشرعية لا تنحصر فيما تنطوي عليه من لذة مادية كما آلت إلى ذلك المصلحة لدى علماء الأخلاق، بل هي نابعة من حاجتي كل من الجسم والروح في الإنسان.

الخاصة الثالثة: أن مصلحة الدين أساس للمصالح الأخرى ومقدّمةٌ عليها، فيجب التضحية بما سواها مما قد يعارضها من المصالح الأخرى إبقاء لها وحفاظاً عليها . وذلك على العكس مما رأيناه معتبراً لدى علماء الأخلاق والقانون، فهم إلى جانب كونهم لا يقيمون وزناً لأمر الآخرة والدين بحد ذاته، يستغلّون ما قد يكون لدى عوام الناس من عقيدة أو فطرة دينية، للاستفادة منها في فرض أفكارهم الخاصة وما يروق لهم من المصالح الدنيوية، كما رأينا فيما مضى.

الضرورات الخمس:

المصالح الضرورية كلها منقسمة إلى خمسة أقسام مرتّبة:
فأولها الدين، وثانيها النفس، وثالثها العقل، ورابعها النسل، وخامسها المال، أجمع على ذلك المسلمون، بل وما خلت أمة «كما يقول الغزالي وغيره إلا وكانت هذه الضرورات مرعية عندها»⁽¹⁾.

وبناء على هذا الترتيب فقد قضت الشريعة بوجوب إحراز كل مرتبة من هذه المراتب الخمسة، حتى وإن قضت الضرورة بالتضحية بجزء مما دونها . فيجب المحافظة على الدين وتقويم

⁽¹⁾ راجع ص 140 ج 1 من كتاب المستصفي للغزالي طبعة مصطفى مح مد، وص 10 ج 2 من كتاب الموافقات للشاطبي.

شرعته حتى وإن استلزم ذلك فوات ما دونها وهو مصلحة المحافظة على النفس، ومن أجل ذلك شرع الجهاد . ويجب المحافظة على النفس حتى وإن اقتضى ذلك إهمال ما دونها وهو المحافظة على العقل، ولذا كان من حق الإنسان أن يفتدي حياته بالخمير إذا أكره عليها بواسطة القتل . ويجب المحافظة على ضوابط النسل حتى وإن استلزم ذلك تفويت مزيد من المال، ولذا لم يكن من شرعة الإسلام في شيء استخدام المثيرات الجنسية التي قد تغزو المجتمع بالفوضى والانحدار الخلقي مهما يكن ذلك جالباً للربح المادي والسعة في الرزق.

فلسفة المصلحة عند سلطان العلماء العزّ بن عبد السلام

أوضح سلطان العلماء العزّ بن عبد السلام أن مصالح الدارين تُبنى في الأغلب على ما يظهر في الظنون (وهو ظن قوي راجح) قال: «وللدارين مصالح إذا فاتت فسد أمرهما، ومفاسد إذا تحققت هلك أهلها . وتحصيل معظم هذه المصالح بتعاطي أسبابها مظنون غير مقطوع به.

ويقول: «معظم مصالح الدنيا ومفاسدها معروفة بالعقل، وكذلك معظم الشرائع، إذ لا يخفى على عاقل - قبل ورود الشرع - أن تحصيل المصلحة المحضة، ودرء المفسدة المحضة عن نفس الإنسان وغيره محمود حسن، وأن تقديم أرجح المصالح فأرجحها محمود حسن، وأن درء المفاسد المرجوحة محمود حس ن . وأن درء المفاسد الراجحة على المصالح المرجوحة محمود حسن . واتفق الحكماء على ذلك». (انتهى كلام العزّ بن عبد السلام) وهو أمر منطقي عند الأمم جميعها إلا إذا فسدت القيم والموازن، كما يحصل في العصر الحديث . وقد اتفقت الشرائع كما يقول العزّ بن عبد السلام على تحريم الدماء والأبضاع والأموال والأعراض - ولكن الحضارة الحديثة أباحت قتل الملايين من سكان الأمريكيتين حتى يأخذ الرجل الأبيض أراضيهم وأموالهم ونساءهم دون أي

مبرر على الإطلاق . ثم قام الرجل الأبيض باستيراد مائة مليون من أفريقيا في أشنع تجارة عبيد عرفها التاريخ الإنساني كما تقرّ بذلك دائرة المعارف البريطانية (الطبعة 15). وقد مات وقتل في الثورات، وفي المناجم، وفي التعذيب، وفي أعمال السخرة ما يقرب من سبعين مليوناً من هؤلاء الأفارقة . وتم تدمير أمم في أفريقيا الغربية بواسطة الرجل الأوروبي، عبر قرنين من الزمان . وما تلاه من قضايا الاستعمار . والشيء ذاته حصل في أستراليا ونيوزيلندا وكندا حيث تم إبادة السكان هناك إلا من بقايا قليلة استمرت إلى اليوم.

وقد قامت الحضارة الأوروبية بسرقة الشعوب كلها لحساب الرجل الأبيض، كما تم سرقة العمال والطبقات السفلى من المجتمعات الأوروبية ذاتها لصالح الطبقات الرأسمالية، والتي يتحكم فيها اليهود . فصار اليهود في نهاية الأمر في قمة الهرم، وهم يستحلّون الدماء والأبضاع والأموال والأعراض، طالما كان ذلك ممكناً من غير اليهود، واستخدام كافة الوسائل القذرة والملتوية في ذلك.

وأما الأبضاع فقد تحولت المرأة باسماً حرية المرأة وحقوق المرأة إلى سلعة للاستمتاع ولترويج البضائع والإعلانات . ولا يمكن بيع سيارة أو حتى أمواس حلاقة إلا باستخدام جسد المرأة ثم لم يكتفوا بذلك، بل تم تسهيل الإجهاض إن حدث رغم شيوع وسائل منع الحمل . وأصبح من النادر جداً أن تجد في المجتمعات الغربية من قد بلغت سن الثامنة عشرة دون أن تفقد بكوريتها بواسطة الزنا . بل إن الأسرة والوالدين ينزعجان انزعاجاً شديداً إذا بلغت ابنتهما هذه السن دون أن يكون لها خليل أو عشيق أو مجرد صديق تقيم معه العلاقات الجنسية!!

ولم يكتف هؤلاء المجرمون بنشر الزنا والربا، بل قاموا وبنشر الشذوذ الجنسي والدفاع عنه، وحتى صارت الحملات

أمتلهم طريقة الذي يقول: لو نحيتها عن الطريق ولا يستطيع أحد أن يتدخل في هذه الأمور باعتبارها حرية شخصية، ومن حقوق الإنسان.

الاختيار بين المصالح والمفاسد:

وقد ذكر سلطان العلماء العز بن عبدالسلام : أن الناس إذا واجهوا مفسدتين اختاروا أقلهما ضرراً، وإذا واجهوا مصلحتين اختاروا أكثرهما فائدة، وإذا حصل التساوي فيتخير ذوو الرأي بين المصلحتين أو المفسدتين بمعرفة أمارات دالة على الترجيح.

الأطباء والاختيار بين المصالح والمفاسد:

ويقول: «وكذلك الأطباء يدفعون أعظم المرضى بالتزام بقاء أدناهما، ويجلبون أعلى السلامتين والصحتين، ولا يباليون بفوات أدناهما، ويتوقفون عند الحيرة في التفاوت والتساوي . فإن الطب كالشرع وضع لجلب مصالح السلامة والعافية، ولدرء مفاسد المعاطب والأسقام، ولدرء ما أمكن دروءه من ذلك. ولجلب ما أمكن جلبه من ذلك...»

«والذي وضع الشرع هو الذي وضع الطب، فإن كل واحد منهما موضوع لجلب مصالح العباد ودرء مفاسدهم». وهي نظرة عجيبة تساوي بين الطب والشرع. والله درّ سلطان العلماء في هذا الفهم الدقيق لمصالح العباد. قال: «واعلم أن تقديم الأصلح فالأصلح، ودرء الأفسد فالأفسد مركزوز في طباع العباد نظراً لهم من رب الأرباب». وقد صدق، إلا إذا طمست الفطرة وعمت البصيرة، وصار الحق باطلاً، والباطل حقاً، والصالح فساداً والفساد صلاحاً.

فلسفة الواجب الكانتيه الأخلاقية

يعتبر (عمانوئل كانت) أحد أهم فلاسفة عصر التنوير، وأحد كبار رواد هذه الحركة في ألمانيا وفي أوروبا . وقد عاش معظم حياته في عهد امبراطور المانيا فردريك الأكبر الذي اشتهر بدعم حركة التنوير مع مقدار كبير من الحرية في القول وإن أثار ذلك القول رجال الكنيسة والدولة

و يشرح (كانت) نظريته بأن لكل فرد ضميراً يمثل الإحساس بالواجب وهو أمر مطلق متعلق بالقوة المتسامية (الترانسندنتاليه *Transcendental*) الموجودة في أعماق الإنسان كإنسان وكما أن هناك إدراكات عقلية قبلية *a Priori* مستقلة عن التجربة، فهناك قوة سامية أخلاقية موجودة في كل فرد فينا وهي في ذاتها أعمق من الأخلاق المكتسبة بالتجربة والمران والتربية (في الحديث الشريف أن أشج عبد القيس الذي قال له الرسول بأن فيه خصلتان يحبهما الله ورسوله هما الحلم والأناة، سأل الرسول الكريم هل همسجيتان فيه أم أنه تطبع بهما. فقال له المصطفى: بل هما سجيتان وهبتهما الله إياهما أو كما قال والحديث في الصحيحين) والأخلاق موجودة كسجية فطرية، كما أنها أيضاً يمكن أن تكتسب بالتطبع والمران والتربية (ومن تصبّر صبّره الله تعالى).

يقول (كانت): «شيان يملآن العقل بالإعجاب والرهبة المتجددين المتعاضمين أبداً .. السموات المرصعة بالنجوم من فوقنا، والقانون الأخلاقي في داخلنا»⁽¹⁾ .

⁽¹⁾ول ديورانت: قصة الحضارة ج41/221.

ويقول: «وكثيراً ما يتعارض هذا الشعور الأخلاقي برغباتنا الحسيّة، ولكننا ندرك أنه عنصر أسمى فينا من طلب اللذة، وهو ليس ثمرة التجربة وإنما هو جزء من بنائنا النفسي الأصيل.. وهو محكمة باطنية حاضرة في كل شخص.. وتأمّرتنا هذه المحكمة بأن نعمل الحقّ من أجل الحقّ كغاية في ذاته، لا كوسيلة للسعادة أو حتى للثواب أو هرباً من العقاب فهذا الأمر أمر مطلق ينبع من داخل ذات كل فرد فينا». وهو ما أطلق عليه فلسفة الواجب Deontology.

وهذا الأمر المطلق يتخذ شكلين:

(1) عامل الناس كما تحب أن يعاملوك وبذلك تظل قاعدة إرادتك صادقة.

(2) واصل بحيث تعامل الإنسانية، سواء كانت ممثلة في شخصك أو في شخص أي إنسان آخر، وفي جميع الأحوال، كغاية في ذاته، لا كمجرد وسيلة أو واسطة لبلوغ مرام مهمما كان هذا المرام أو الغرض. وهذه الصياغة لا يوجد لها نظير في النظم الغربية. ولا توجد إلا في تعاليم الإسلام الواضحة، بل والتي زادت على ما اقترحه (كانت). وذلك بمبدأ الإحسان. (هـ هـ ع ع ع ك ك ك ك و) [الشورى: 40].

وهكذا أثبت أيمانويل كانت وجود الله ووجود اليوم الآخر والجنة والنار والثواب والعقاب واكتمال الفضيلة والسعادة في اليوم الآخر، ولكنه استخدم طريقة تخالف طريقة اللاهوتيين اللذين استنبطوا الحسّ الأخلاقي من الله وعكس (كانت) القضية واستنبط وجود الله من الحسّ الأخلاقي. والمهم أن (كانت) وصل إلى الإيمان بالله وباليوم الآخر حسب قانونه الأخلاقي الذي ينبع من ذواتنا ومن أعماق أنفسنا في عالم النوميبي (حقيقة ذات الشيء).

ويقول أن علينا أن نتقبل هذه الواجبات على أنها أوامر إلهية، ولكن لن ننظر إلى الأفعال الأخلاقية بأنها إلزامية لأنها أوامر الله، بل لأنها تتبع من دواخل ذواتنا، وبالتالي سنعدّها أوامر إلهية لأن فينا التزاماً باطنياً نحوها⁽¹⁾.. وهو كلام أشبه بالسفسطة، وذلك من أجل البعد عن الكنيسة ورجالها الذين لم يكن يمكن لهم سوى الاحتقار

فلسفة الواجب Deontology

يسمي (كانت) فلسفته في الأخلاق فلسفة الواجب (Deontology) على اعتبار أنها تمثل الواجب الذي ينبغي أن يعمل الإنسان دون انتظار لأي جزاء لا في الدنيا ولا في الآخرة، وإنما استجابة لضمير الإنسان أو الواجب الأخلاقي الذي ينبع من ذواتنا وهو ما عبّر عنه القدماء باسم السجية. وقد قال الطاهر بن عاشور في تفسيره «التحرير والتوير»: «الخُلُق السجية المتمكنة في النفس باعثة على عمل يناسبها من خير أو شر».

دراسة بوشامب وشيلدرس لنظريات (كانت) في الأخلاق

كما درسنا رأي بوشامب وشيلدرس عن المنفعة (المصلحة) (Utility) في كتابهما «قواعد أخلاقيات الإحيائية الطبية» (Principles of Biomedical Ethics) فإننا سنستعرض هاهنا رأيهما في النظرية الكانتيه (Kantian Theory) في الأخلاق وفلسفة الواجب⁽²⁾. وقد وضعاً شروطاً ثمانية لا اعتبار النظرية صالحة للتطبيق واعترفاً بأنه لا يمكن أن توجد جميع هذه الشروط في أي نظرية أخلاقية، وبالتالي لا بدّ من القبول بها لو اشتملت على شروط إيجابية مهمّة ولو لم تحز كل تلك الشروط التي أوضحناها فيما

⁽¹⁾ول ديورانت: قصة الحضارة ج41/223.

⁽²⁾ Beauchamp T, Childress J: Principles of Biomedical Ethics edition, 2001, Oxford University Press, New york pp337 - 383.

سبق⁽¹⁾. وقالوا عن نظرية كانت (ومن تبعه): «نجد نظريات (كانت) متماسكة ومتطابقة مع كثير مما نراه ولكنها محدودة جداً في مجال الوضوح والبساطة والمخرجات (المحصول أو الناتج)». وقد ضرب المؤلفان مثلاً بقصة طفلة في الخامسة من العمر تعاني من الفشل الكلوي، وقد وصلت إلى مرحلة لا بد فيها من زرع كلية من متبرع . ووافقت العائلة على إجراء الفحوص لمعرفة الشخص المناسب للزرع. ولم يكن في فحوصات الأنسجة من يصلح لذلك سوى الأب . وقد أخبر الطبيب الأب بالنتيجة، وأخبره أيضاً أنه حتى لو زرعت كلية جيدة وصالحة للزرع، فإن المرض الموجود لدى الطفلة سيسري في الغالب إلى الكلية الجديدة، وبالتالي سيظهر الفشل الكلوي مرة أخرى بعد فترة زمنية لا يستطيع أن يحددها الطبيب.

وقرر الأب أنه لا يريد أن ي تبرع بكلية لابنته للأسباب

التالية:

(1) أن المرض في الغالب سيعود إلى ابنته، وبالتالي ستطول فترة معاناتها وقد عانت بما يكفي.

(2) احتمال وجود كلية من ميت دماغياً (وهو احتمال

ضعيف).

(3) يعترف الأب بأنه يخاف من العمليات الجراحية . وطلب الأب من الطبيب أن لا ي خبر زوجته بحقيقة فحص الأنسجة، ويقول لها أن زوجها غير مناسب، على اعتبار أن ذلك سيحطم الأسرة ويؤدي إلى الافتراق أو الطلاق.

وقد تردّد الطبيب كثيراً في أن يقوم بالكذب على الأسرة، لأن الكذب أساساً مرفوض وعمل غير أخلاقي . وسيؤدي ذلك الكذب إلى الانتشار في عالم الطب، وبالتالي سيؤدي إلى فقدان المرضى الثقة بالأطباء، كما أن الكذب في حدّ ذاته رذيلة.

(1) أنظر سابقاً من هذا الفصل.

وقد ناقشنا فيما سبق موقف الفلاسفة الأخلاقيين النفعيين (Utilitarians) بمختلف فئاتهم، وسننتقل هاهنا إلى مناقشة موقف الفلسفة الكانطية Kantian Philosophy أو فلسفة الواجب Deontology كما يعرضها (بوشامب وشيلدرس). إن فلسفة الواجب، حسب المفهوم الكانطي، تقتضي أن لا يكذب الطبيب (أو أي شخص) مهما كانت الظروف لأن الكذب رذيلة، ويجب تجنبها في كل الأحوال، ولو كان الصدق سيؤدي إلى قتل بريء، أو أن الصدق سيؤدي فعلاً (لا وهماً) إلى تحطيم الأسرة كما يُظن في هذه الحالة. وحسب هذه النظرية يجب أن يصارح الطبيب المريض بحقيقة مرضه، ولو كانت هذه المصارحة ستؤدي إلى تعاسة المريض وزيادة حالته شدة.

وهذا الموقف مرفوض عقلاً ودينياً، لأن إنقاذ حياة أهم من كذبة، وقد سمح الإسلام بالكذب في مثل هذه المواقف، بل في مواقف أقل منها شدة، مثل إصلاح ذات البين، ومثل ما يكون بين الزوجين حتى تدوم العشرة الزوجية التي قد تتعرض للخطر في بعض الحالات بمجرد قول الحقيقة، كما في الحالة المذكورة أعلاه.

وإذا تركنا جانباً موضوع الكذب في قصة هذه الطفلة المحتاجة لزرع كلية، فإن هناك جوانب أخرى أخلاقية وهي:

(1) سرّ المهنة: فعلى الطبيب أن يحافظ على سرّ مريضه، وخاصة أن المريض (وهنا الأب المفروض أن يتبرع بكلية لابنته ولكنه لم يرغب في ذلك) قد نبّه الطبيب ورجاه أن لا يخبر زوجته بالأمر. وعليه يكون من واجب الطبيب الحفاظ على هذا السرّ. ولا يوجد ما يبرّر كشف هذا السرّ، إذ لا يباح كشف السرّ في المهنة الطبيّة إلا في ظروف مقبّدة جداً، ومنها إذا كان هناك مرض معدٍ وفرضت الإدارة الصحية التبليغ عنه، فيكون التبليغ للجهة المسؤولة فقط، أو إذا كان هناك خطر على صحة أو حياة الآخرين أو أفراد بعينهم فيجب إبلاغهم بهذا الخطر، أو إذا أمرت

المحكمة في موضوع محدّد معلومات من الطبيب، وفي هذه الحالة لا يزال هناك جهات نظر متعارضة في الكشف عن السرّ أو عدم الكشف عنه، والاتجاه إلى الكشف إذا كان ذلك سيوضح جريمة أو ينفي تهمة عن بريء.

والخلاصة أن الطبيب ملزم في مثل الحالة ال تي أوضحناها بالتزام السرية وعدم البوح بالمعلومة، وعليه أن يستعمل المعاريض وفي المعاريض مندوحة عن الكذب.

وهناك مبدأ الحرية الذاتية **autonomy** ومن حق الأب أن يرفض أن يتبرع بكليته لابنته، وبالتالي لا يعتبر موقف الأب غير أخلاقي، ولذا فإن على الطبيب أن يحترم هذا القرار. ويعتبر (كانت) أن القرار لكي يعتبر أخلاقياً ينبغي أن يصدر عن الشخص باقتناع بأنه يقوم بواجب أخلاقي، لا يرجو منه جزاء ولا شكوراً (لا من الناس ولا من ربّ الناس). فإذا قام الأب في هذه الحالة مثلاً بالتبرع لابنته بكليته بدافع الشفقة أو المحبة لابنته الأبي اعتبار آخر غير الإحساس بالواجب الأخلاقي، فهو قد عمل عملاً جيّداً، لكنه لم يقم بعمل أخلاقي حسب تفسيرات (كانت) ومدرسته الأخلاقية. ومن باب أولى يعتبر أي عمل ولو كان مفيداً للآخرين، نتيجة الرغبة الشخصية، أو الخوف من الانتقاد أو بمجرد التعاطف والشفقة، يعتبر ذلك العمل جيّداً في حد ذاته، ولكنه ليس عملاً أخلاقياً حسب تعريفه، لأن العمل الأخلاقي لا يكون إلا استجابة للواجب الأخلاقي بصرف النظر عن جميع الدوافع الأخرى. وهو أمر من النادر أن يتحقّق في الحياة بل هو مفهوم طوباوي يعيش في عالم المثل التي أبرزها أفلاطون (Plato) قبل أكثر من ألفي عام منذ زمن (كانت).

لهذا كله فإن (كانت) يعتبر هذه العوامل الخارجية المؤثرة على القرار الشخصي كلها عوامل يجب أن تستبعد حتى يكون القرار أخلاقياً ونابعاً من الحرية الذاتية (Autonomy) ومن

الإحساس الأخلاقي بالواجب (Deontology) وقد أعلى (كانت) من شأن الذاتية باعتبارها أهم معالم الأخلاقيات:

The Principle of autonomy alone gives people respect, value and proper motivation. A Persons dignity - indeed sublimity - Comes from being morally autonomous.

«إن مبدأ الحرية الذاتية وحده يعطي الناس الاحترام والقيمة والدافع الحقيقي. إن الكرامة الشخصية والتسامي : تأتي من كون الإنسان حُرّاً ومتحكماً في ذاته».

ولقد كان تأثير (كانت) عظيماً في هذا الجانب، وخاصة في موضوع التجارب الطبية التي كانت تُجرى بدون موافقة متبصرة من الذين تُجرى عليهم التجارب . وفي أحيان كثيرة بكذب مباشر كما حدث في توسكاجي ألباما بالولايات المتحدة عندما كذبوا وخدعوا بضع مئات من الفقراء السود المصابين بالزهري وأوهموهم بالعلاج، ولكنهم لم يعالجوهم أبداً، رغم توفر البنسلين (وهو علاج ناجع جداً في القضاء على الزهري) واستمروا في الكذب عليهم، وأخذ عينات من الأحياء والأموات حتى عام 1972 عندما فضحهم أحد الأطباء، ونشر ذلك في الصحافة . واضطرت الجهات الرسمية الداعمة لهذا البحث الحقير إلى التوقف، ثم اضطر الرئيس كلنتون إلى الاعتذار علناً للأمة الأمريكية وللشخص الباقي الوحيد من هذه المجموعة التي توفي أغلبها بسبب مرض الزهري.

وأصبحت التجارب، وخاصة بعد تجارب الطبيب النازي منجلي (في الأربعينات من القرن العشرين) محل هجوم من جميع الجهات وخاصة بعد محاكمة نورنبرج التي أدانت هذه التجارب ومن قاموا بها.

وبعد جهود متواصلة أصبح إجراء التجارب الطبية في الغرب مقيداً بقيود كثيرة جداً أهمها الموافقة المتبصرة الواعية من الشخص

البالغ الحرّ الذي يستطيع أن يقبل أو أن يرفض، أو ينسحب من التجربة في أي وقت يشاء، دون أن يقع عليه أي ضرر من أي جهة كانت. وإذا أصيب هو بالضرر فإن له الحقّ في التعويض الكامل. لهذا كله اتجهت الشركات الدوائية والأطباء في الغرب إلى العالم الثالث لإجراء تجاربهم دون رقابة - ولكن الوعي انتشر، وأصبح من العسير إجراء هذه التجارب حتى في العالم الثالث دون قيود مشدّدة تشبه إلى حد كبير القيود والضوابط الموجودة في الغرب، وذلك بعد سلسلة من الفضائح التي تزكم الأنوف و التي قامت بها الشركات الدوائية العملاقة

الأخلاقيات الكانتية المعاصرة

تمّ تطوير أخلاقيات (كانت) على يد كثير من الفلاسفة في القرن التاسع عشر بعد وفاة كانت، ثم ظهرت تطورات أخرى على أيدي الفلاسفة في نهاية القرن العشرين.
ومن هؤلاء:

(1) ألان دوناجان (Alan Donagan) الذي أصيب بلوثة منتشرة في الغرب وهي القيم اليهودية المسيحية (Hebrew - christian Tradition) وهي قصة اخترعها اليهود الذين سيطروا على كثير من مراكز الأبحاث في الجامعات الغربية، وخاصة في الجانب اللاهوتي ومقارنة الأديان والأنثروبولوجي والأخلاقيات.
وقد قدّم ألان دونجان Alan Donogan نظريته وكتابه نظرية الأخلاق The Theory of Moralty واعتمد فلسفة كانت في الواجب ولكنه عبأها بخرافات «التراث اليهودي المسيحي المشترك» الذي لا وجود له كما أسلفنا . وأكد على معاملة الإنسان كغاية في ذاته وليس كوسيلة لغايات أخرى. وأن كل إنسان هو في النهاية إنسان عاقل Rational creature. ويعتقد أن كل المبادئ الأخلاقية تبنى على هذه القاعدة.

ومن أعلام الكانتيه المعاصرة:

(2) جون راولس (John Rawls) الذي تحدّى الفلسفات النفعية وأيدّ نظريات (كانت) في موضوع العقل والحرية الذاتية والمساواة (Equality, Autonomy, Reason)، وأن هذه القيم هي الأساس في احترام الذات وحقوق الأفراد، وتوزيع الخيرات، وتحمل المسؤوليات في المجتمع. ويرى راولس أن أي فلسفة ترى أن حقوق الإنسان التي تتفوق على المبادئ الأخلاقية العقلية هي فلسفة مرفوضة. وحتى الأعمال الشجاعة والتي يقرّها الضمير لا قيمة لها عنده ما لم تقرّها المبادئ الأخلاقية العقلية (الكانتية). ودافع بقوة عن الأساس الأخلاقي للنظام الديمقراطي الدستوري. ويعترف راولس بأن (كانت) لا علاقة له بهذه النظرية، ولكنها كما يقول مستمدة بالقياس من أفكاره ونظريته الأخلاقية.

وه ناك عدد من الفلاسفة الكانتيين مثل روبرت نوزيك (Robert Nozick) وبرنارد وليامز (Bernard Williams) وتوماس ناجل (Thomas Nagel) الذين قالوا بنظرية الكوابح الأخلاقية للواجبات أو الكوابح النابعة من الواجب Deontological Constraints وأكدوا علي صوابية (كانت) في قوله: إن بعض الأعمال غير مسموح بها أخلاقياً، ولو كانت نتائجها حسنة (وهو ضد الغاية تبرر الوسيلة). ووضعوا لذلك مثلاً وهو ما حصل في الولايات المتحدة الأمريكية حيث قامت ثلاثة مستشفيات جامعية (سنة 1945 إلى 1947) ببحث في كيفية معرفة تأثير البلوتونيوم (وهي مادة مشعّة شديدة الخطورة) على القوات العسكرية التي قد تحتاج لاستخدامها. وكان البحث المطلوب معرفة إخراج البلوتونيوم من الجسم بعد التعرض له (excretion rate of Plutonium in humans).

وبدأ الباحثون بإعطاء البلوتونيوم لمرضى مصابين بالسرطان، لا لغرض التداوي، بل لمعرفة كيف يتم التخلص من البلوتونيوم من الجسم الإنساني. وبطبيعة الحال لم يتم أخذ الموافقة من هؤلاء المرضى، وتم إيهامهم بأن ذلك ضمن العلاج.

وقد زعم الباحثون أنهم بتعريضهم هؤلاء المرضى للخطر، بل للموت، أنهم ينقذون الآف الأشخاص الذين يعملون في المفاعلات النووية، وفي القوات المسلحة، وأن هذه التضحية بهذا العدد القليل من البشر (المتوقع أنهم من السود لأن بوشامب لم يذكر شيئاً عنهم) هو عمل إنساني نبيل.

أما أصحاب نظرية الكواجج الأخلاقية (**Deontological Constraints**) فإنهم يرون أن استخدام البشر وتعريضهم للخطر والموت هو عمل غير أخلاقي، ولو كان سينقذ آلاف أو حتى ملايين البشر . والوسيلة القذرة هي وسيلة قذرة ولا أخلاقية و«الغاية لا تبرّر الوسيلة»، كما يرى كثير من أصحاب الفلسفة النفعية.

ويعلق بوشامب وشيلدرس على هذه الأقوال بأن أصحاب هذه النظرية يمنعون الأخ أن يسرق ميراث أخيه، ولكنهم لا يخبروننا كيف نقسم التركة بين هؤلاء الأخوة؟ أي أنهم لا يوضحون لنا الوسيلة التي نستطيع بها أن نحمي البشر دون أن نعرض بضعة أفراد للمخاطر.

واعترض بوشامب وشيلدرس في غير محلّه . فليس من المفروض من أصحاب النظرية الأخلاقية أن يوجدوا الوسائل للمعرفة أو لحماية البشر . الخ. ولكن المفروض من أصحاب النظرية الأخلاقية أن يوضحوا لنا هل هذا الفعل فعل أخلاقي يجوز فعله أم لا يجوز فعله أخلاقياً . وقد فعلوا ذلك، وهذا في نظري يكفي تماماً لقبول وجهة نظرهم.

ويقول بوشامب وشيلدرس : أما أصحاب الفلسفة النفعية (**Utilitarians**) فلا أهمية عندهم لبضعة أشخاص (وخاصة إذا كانوا من السود أو من الأجناس غير البيض) يتعرضون للمخاطر في سبيل إنقاذ آلاف وربما ملايين البشر . بينما يرى أصحاب فلسفة الواجب أن النتائج غير ذات بال إذا كانت الوسائل المتخذة في تحقيقها غير أخلاقية، وهو موقف سليم تماماً أخلاقياً في رأينا.

ويضع بوشامب وشيلدرس القضية التالية:

إذا كان هناك شخص مريض (مرض الموت) ومن شدة ألمه يطلب من الطبيب أن يريجه من هذه الحياة، وعائلة هذا الشخص أيضاً موافقة على هذا الإجراء، ويعتقد الطبيب أن كل واحد (الأسرة والمريض وربما أيضاً المستشفى) سيكون أحسن حالاً لو استجاب لهذا الطلب، وهنا سيختلف موقف الطبيب الذي يؤمن بالنظرية الأخلاقية النفعية والذي سيوافق على قتل المريض (إراحة المريض من آلمه حسب طلبه وطلب أسرته) عن موقف الطبيب الذي يؤمن بالنظرية الأخلاقية الكانتية (فلسفة الواجب)، لأن هذا الأخير سيرى من واجبه الطبي : إنقاذ الحياة، وليس إزهاقها. وبالتالي سيرفض ما يسمى «قتل الرحمة» (Euthanasia) ولو كان بطلب المريض نفسه، وبموافقة أهله على ذلك.

ما هو الموقف بالنسبة للطبيب المسلم؟ طبعاً سيرفض الطبيب المسلم هذا الطلب، وإن كان مقدم الطلب ليس مسلماً، لأن مهمة الطبيب المحافظة على الحياة وليس إزهاقها، حتى ولو كان بطلب الشخص. وتختلف المذاهب الإسلامية في الحكم على من قتل شخصاً بطلبه، فمنهم من قال القصاص، ومنهم من قال الدية، ومنهم من قال يَأْتُمُ إِثْمًا عَظِيمًا وهو حكم أخروي وليس دنيوي . وحكم التعزير يرجع إلى ولي الأم ر والقاضي ليحدّد مدى العقوبة ونوعها⁽¹⁾.

وبالنسبة لقضية التجارب واستخدام البلوتونيوم فإن أصحاب الفلسفة النفعية كما يقول بوشامب وشيلدرس يرون أنه لا مانع من التضحية بشخص أو أشخاص معدودين (وخاصة إذا لم يكونوا من الجنس الأبيض)، إذا كانت الفائدة كبيرة جداً لآلاف الأشخاص. وفي رأينا أن موقف المجموعة الكانتية (نسبة إلى كانت) موقف

⁽¹⁾ انظر فصل «قتل الرحمة» لمزيد من التفصيل.

سليم ومبدأي أيضاً لأنهم يرفضون أن يكون الإنسان وسيلة وأداة لمصلحة مجموعة أخرى، وبالتالي يرفضون مبدأ «الغاية تبرر الوسيلة» الذي يؤمن به أصحاب المذهب النفعي. وهو ما نؤيده بقوة من وجهة النظر الإسلامية، وتتفق فيه معنا الأديان كلها (إلا إذا انحرفت).

ويرى أصحاب نظرية الواجب الأخلاقية أن كل إنسان له قيمته الذاتية، ولا يجوز إحداث ضرر به عمداً لإنقاذ آخرين. كما لا يجوز قتل المريض المشرف على الموت لنريحه من آلامه حسب قولهم، حتى ولو كنا نعتقد أنه سيموت بعد أيام أو أسابيع قليلة.

نظرة نقدية للفلسفة الأخلاقية الكانتية

يعتقد بوشامب وشيلدرس أن النظرية الأخلاقية الكانتية قاصرة مثلما هي النظرية الأخلاقية النفعية، وإن كانت كل واحدة منهما تحقق جوانب مهمة، إلا أنها تقع في المحذور في جوانب أخرى.

تناقض الواجبات: نفرض أننا وعدنا أطفالنا برحلة، ووعدنا كذلك الوالدة بأنها إذا مرضت فإننا سنقف معها وندخلها المستشفى. ولنفرض أن كلا الأمرين وقعا في وقت واحد. فإن صاحب الفلسفة الكانتية سيقع في حرج شديد إذ أن كلا الوعدين يجب أن ينفذا طالما أن الشخص قد وعد بذلك. وبالتالي لا يوجد حل مرض لهذه القضية من وجهة النظر الكانتية. لأن المقولات الأخلاقية عند (كانت) مطلقة، ولا بد من الالتزام بها، ومع ذلك فإننا لا نستطيع أن نفي بكلا الالتزامين في وقت واحد.

والأمر في واقع الأمر أبسط من هذه السفسطة. فبالنسبة للمسلم لا بد من تقديم رعاية الأم أو الأب، وخاصة إذا كان أحدهما مريضا. وأما الأولاد فالرحلة يمكن أن تؤجل إلى وقت آخر بل إن لم يكن هناك وعد أو التزام من الشخص لوالده أو والدته بالقيام بذلك فإنه ملزم شرعاً، ولا يحتاج الأمر بالنسبة للمسلم أن يكون قد التزم لوالده أو والدته بذلك وإذا لم يبادر إلى تقديم الرعاية لوالده أو والدته وخاصة عند المرض والحاجة لذلك، فهو عاق والعقوب من أخبث الخطايا وقد وضعها الرسول الكريم مباشرة بعد الشرك بالله فالاختلاف بيننا وبينهم جذري وأساسي ولا مجال للمقارنة بين الموقفين.

والواجبات تختلف في أهميتها وتقديم الأهم على المهم من أساسيات القواعد الفقهية في الإسلام، وكذلك الضرر ينبغي أن يزال، فإن كانت هناك أضرار في وقت واحد فقدم إزالة الضرر الأكبر على الأصغر وقد سبق أن شرحنا ذلك عند الحديث عن المصلحة في الإسلام ويعتقد الفلاسفة الكانتيون (أي الذين يتبعون

وقد قام الفيلسوف هيغل بانتقاد نظرية «كانت» بأنها تفتقد القدرة على إيجاد نظام واضح للأخلاق المهنية (Professional Ethics)، وهي الأخلاق التي يلتزم بها أصحاب كل مهنة في إطار مهنتهم، وبالتالي تنظم مهنتهم في الجوانب الأخلاقية، ويتم الالتزام بها. ويرى هيغل أن «العقلانية» و«الإنسانية» و«الحرية الذاتية» كلها أمور جيدة، ولكنها لا تكفي لوضع نظام للأخلاق المهنية، واعتبرها من الناحية العملية والتطبيقية فارغة وغير عملية في كثير من الأحيان ولا تجيب على كثير من التساؤلات، ولا تحل كثير من المعضلات التي تواجهها هذه النقابات المهنية من الجانب الأخلاقي.

ويلخص بوشامب وشيلدرس رأيهما في نظريات (كانت) الأخلاقية كالتالي:

يقول (كانت): إذا كانت الدلائل العقلية تؤيد عملاً ما من الناحية الأخلاقية، فإنه بالقياس يمكن استخدام ذلك الحكم على كل موقف مشابه. وكمثال على ذلك فإننا إذا قررنا من الناحية الأخلاقية وجوب الحصول على إذن متبصر واع **informed consent** من أي شخص بإرادته الحرّة لإجراء العمل الطبي أو البحثي عليه، فإنه لا يمكن أن نستثني من ذلك أحداً لأي سبب كان. فوجوب الإذن بإجراء التجارب خاصة مهم جداً، ولو كان ذلك الع مل مهم للتقدم الطبي وسيفيد آلاف أو حتى ملايين البشر. ولهذا لا يمكن إجراء التجارب الطبية على المساجين أو المعتقلين أو الأسرى أو المرضى من المتخلفين عقلياً أو أطفال الملاجيء... الخ وقد حدث ذلك كله في القرن العشرين مرات عديدة وبناتج فادحة ضارة لهؤلاء الذين أجريت عليهم هذه الأبحاث

ولذا فإن الأبحاث على هذه الفئات التي لا تستطيع أن تعطي قراراً حرّاً واعياً مدركاً **informed consent** يجب أن تتجنبها الأبحاث، إلا بشروط مشددة، واعتبارات كثيرة منها أن يفيد البحث الشخص الذي سيجرى عليه أو المجموعة المماثلة له وقد استطاعت النظريات الكانتية في القرن العشرين بأن تقوم بهذا العمل الجيد وإذا لم يكن للكانتية (الحديثة) إلا هذا الفضل وحده

في مجال أخلاقيات الطب فإن ذلك يعتبر إنجازاً هاماً تستحق فيه هذه النظرية الأخلاقية أن تزدهو بأنها قدمت للطب وأخلاقياته إنجازاً رائعاً.

الفصل الثاني

أخلاقيات وتنظيمات مهنة الطب

عند المسلمين ومن سبقهم من الأمم

أخلاقيات وتنظيمات مهنة الطب عند المسلمين ومن سبقهم من الأمم

اهتمّت البشرية عبر تاريخها الطويل بتنظيم مهنة الطب ووضع الأطر الأخلاقية لها وسنستعرض باختصار شديد ما كان عند القدماء.

(1) قدماء المصريين: كان للمصريين باع طويل في الطب والسحر وقد أخذ عنهم اليونان كثيراً من العلوم الطبية وطوروها. وكان أكثرهم شهرة أمحوتب ⁽¹⁾ حتى جعلوه إلهاً للطب .. وكان المصريون يؤمنون بعودة الحياة بعد الموت، فحرصوا على التحنيط وأتقنوه لدرجة مبهرة. وأتاح التحنيط لهم معرفة التشريح معرفة جيدة.

وعرف المصريون القدماء كثيراً من الأمراض وعقاقيرها، كما أجروا عمليات التجبير للكسور وعمليات التربنة **Trephining** للجمجمة عند احتباس الدم في الجمجمة .. وهناك مجموعة كبيرة من البرديات المشهورة التي تمّ التعرف عليها مثل **برديه كون** : كتبت سنة **1950 قبل الميلاد** وفيها 17 وصفاً

⁽¹⁾ أمحوتب طبيب ومهندس عاش في حدود 2800 قبل الميلاد، وجعلوه إلهاً للطب.

لأمراض الجراحة والنساء وتدبير الحوامل ومعرفة جنس الجنين؟!

وبردية إيبرس: كتبت سنة 1550 قبل الميلاد وبها معلومات تشريحية وعلم وظائف الأعضاء وأنواع الأمراض وفارمكوبيا لسبعمائة عقار و811 وصفة طبية.

وبردية هيرست (1950 قبل الميلاد) وتحتوي على 260 وصفة طبية. **وبردية أدوين سميث** وفيها وصف لثمان وأربعين حالة من حالات الجروح والكسور والأورام وكيفية معالجتها.

أخلاقيات الطب عند قدماء المصريين : كان الطب من الأسرار التي يحتفظ بها الكهنة ويعلمو نه لأبنائهم.. وكانت هناك تخصصات طبية مختلفة بين هؤلاء الكهنة، فهناك الكاهن

العشاب (Priest Herbalist)، وهناك طبيب العيون، والجراح.. وكان على الطبيب الكاهن أن يحافظ على النظافة، ويعتسل بالماء مرتين نهاراً ومرتين ليلاً ويرتدي ثياباً بيضاء، وعليه أن يقص شعره كل ثلاثة أيام تفادياً للهوام . كما أن عليه أن يقص أظفره كذلك كل ثلاثة أيام..

وكان على الطبيب أن يسير على مقتضى الكتاب المقدس في الطب لديهم، فإن خالفه، ومات المريض بسبب تلك المخالفة، فإن عقوبته الإعدام. أمّا إذا سار على هدى معلومات الكتاب المقدس، ولم يخالف التعاليم، فلا عقوبة عليه حتى لو مات المريض . وقال ديودور الصقلي: إن المصريين كانوا يعالجون الأمراض طبقاتاً للقواعد المقررة في الكتاب المقدس، وكان على الطبيب أن يسير بمقتضاها. وعند ذلك لا يتعرض للمسؤولية حتى لو مات المريض، ولكن إذا خالفها فإنه يعاقب بالإعدام.

الحضارة السومرية والبابلية والآشورية

تعتبر الحضارة السومرية والبابلية والآشورية من أقدم الحضارات (ما بين خمسة وستة آلاف سنة من العصر الحالي)

وقد كتب السومريون ومن أتى بعدهم كتاباتهم المسمارية على ألواح الطين النيبي ثم يدخلونه النار فيبقى آلاف السنين. وتعتبر شريعة حمورابي البابلي (قبل أربعة آلاف سنة من عصرنا) من أقدم الشرائع. وكانوا يمنعون البصق في ماء النهر أو تناول الطعام من ماعون وسخ. وعرفوا أهمية النظافة والإغتسال في الحفاظ على الصحة، وعرفوا مخاطر مجاري المياه القذرة، فجعلوا لها مجار خاصة بها، ومخلن لتجميعها وتصريفها، ونَبَّهوا على عدم الشرب منها أو الاستحمام فيها.. وعرفوا مخاطر القمل والذباب وأنها تنقل الأمراض⁽¹⁾.

وكانوا ينظرون في بول المريض ونبضه لمعرفة مرضه، كما كانت لديهم فارماكوبيا مكونة من 250 عقار نباتي و180 عقار من مصدر حيواني و120 عقاراً من مصدر معدني⁽²⁾.

أخلاقيات الطبيب عند الآشوريين والبابليين

كان الكاهن هو الطبيب . وعلى الطبيب الكاهن أن يغتسل يومياً ويلبس ثياباً نظيفة وجميلة.

وقد نظم حمورابي مهنة الطب في شريعته في المواد 218-222.

المادة 218: إذا أجرى الطبيب عملية لسيد (حر) بآلة برونزية وسبب وفاته، أو إذا فتح محجر عين إنسان (حر) وسبب فقد بصره، فإن عقاب ذلك الطبيب قطع يده.

المادة 219: إذا أجرى الطبيب عملية لعبد وسبب وفاته أو فقد بصره فعليه أن يعوّض المالك بعبد مثله.

المادة 220: إذا شقّ الطبيب الورم بمبضع برونزي، وعتلّ عين المريض يدفع الطبيب نصف قيمة العين فضة.

(1) كمال السامرائي: مختصر تاريخ الطب العربي ج 1/54.

(2) المصدر السابق.

المادة 221: إذا جبرّ الطبيب عظماً مكسوراً للإنسان حرّاً أو شفاه من مرض فعليه أن يدفع للطبيب خمسة عشرة شياقل فضة، فإذا كان مولى (أي عبد سابق) دفع خمسة شياقل.

المادة 222: أمّا إذا كان عبداً فيدفع عنه سيده شيقلين فقط، وإذا تقاضى أجراً أكبر ممّا هو مقرّر يعاقب بالحبس⁽¹⁾.

وأما من يسقط حمل امرأة، فإن عليه أن يدفع غرامة مالية، ويجلد خمسين جلدة . وتعاقب المرأة التي تجهض حملها بنفسها بالقتل بخازوق ينفذ في جسمها، وتترك في العراء لتنتهش لحمها الوحوش. وكان الأشوريون يعاقبون المرأة التي تسبب ضرراً لخصية رجل بقطع أصبع من أصابعها، وإذا أتلفت الخصيتين يقطع منها أصبعين.

(1) د. محمد نزار خوام وزملاؤه: تاريخ العلاج والدواء في العصور القديمة ص23.

الطب عند اليهود

على الطبيب أن يأخذ الإذن بالممارسة من مجلس القضاء المحلي. وقد نص التلمود على أن لا يخشى الطبيب الاقدام على العلاج، طالما أنه سائر على أصول المهنة . ويكون مسؤولاً إذا خالف أصول المهنة.

الطب عند اليونان

استفاد اليونان ممن سبقهم من الأمم وخاصة الفراعنة . وكان لهم إله في الطب هو إسقليبوس (وهو في الأصل طبيب) وله بنتان أحدهما اسمها هيجيا، ومنها جاء إسم الصحة **Hygiene** (آلهة الصحة) والأخرى تدعى باناسيا **Panacea** (أي الدواء العام لحم يع الأمراض والأسقام).

ثم ظهر أبقرات (ولد 460 قبل الميلاد) وتحوّل الطب على يديه إلى علم يدرس . ولهذا يدعى أبو الطب واهتم أبقرات بأخلاقيات الطب ووضع قسمه المشهور الذي لا يزال الأطباء في بعض الجامعات يقسمون به عند تخرّجهم . وقد حذف من القسم بالآلهة العديدة.

ورنّ هذا القسم⁽¹⁾ : «أقسم بالإله أبولو، وأمام كل الآلهة والآلهات كشهود على ما أقول على أنني سأفي ببندود هذا القسم، وسأنظر إلى من علّمني هذه الصنعة وكأنه والدي، وسأشاركه فيما أملك وأسدّ حاجياته، وأرعى أولاده كما أرعى أولادي، وأعلّمهم صناعتني إن رغبوا فيها دون عو ض، وسوف لا أعمل شيئاً يضرّ المرضى ولا أعطيهم دواء قتالاً، ولا أعطي المرأة دواء مجهضاً، ولا أشقّ عمّن في مثانته حجر، ولكن أترك ذلك

(1) د. كمال السامرائي: مختصر تاريخ الطب العربي ج 103/1.

إلى من كانت حرفته هذا العمل، ولا أعطى المرأة دواءً مجهضاً.
وأدخل البيوت لمنفعة المرضى فقط، وأحفظ كل سرٍّ أسمعه
وأراه فيها».

وأضاف ابن أبي أصيبعة⁽¹⁾ إلى ذلك أن يكون طالب الطب ذا طبيعة جيدة وفهم حسن، وحرص على تعلم هذه الصناعة، حسن الحديث، صحيح الرأي عند المشورة، عفيفاً شجاعاً، غير محبٍ للفضة والذهب، مالكاً لنفسه عند الغضب. وأن يكون مشاركاً للعليل مشفقاً عليه، حافظاً للأسرار، لأن كثيراً من المرضى يوقفونا على أمراض بهم لا يحبون أن يقف عليها غيرهم. وكتب أفلاطون: أن الطبيب يجب أن يخلى من كل مسؤولية إذا مات المريض رغم إرادته وقام بالعناية الواجبة حسب أصول المهنة.

وروى بلوتارك كيف أن الاسكندر الأكبر، أمر بصلب الطبيب غلوكبس في الإسكندرية لأنه ترك صديقه أفستيون وكان قد أصيب بالحمى، فنصحه بالصوم عن الطعام، بيد أن أفستيون خالف نصيحة الطبيب وجلس إلى المائدة، وأكل وشرب حتى شبع فمات.

هذا الفعل يدل بلا ريب على اتجاه التفكير في هذا العصر بيد أن أفلاطون كان يشكو من عدم الرقابة على الأطباء في قول: «إن الأطباء يأخذون أجرهم سواء شفوا المرضى أو قتلوهم».

عند الرومان:

وكان قانون كورنيليا الروماني يميز في العقاب الذي يوقع على الطبيب الذي يرتكب جريمة من الجرائم التي ينص عليها طبقاً لمركزه الاجتماعي فقد نص على أنه:

(1) ابن أبي أصيبعة: عيون الأنبياء في طبقات الأطباء ص 45 وما بعدها.

«إذا نجم عن دواء أعطي لي لأجل إنقاذ حياة أو للشفاء من مرض وفاة المريض الذي أعطي هذا الدواء، ينفى المٌعطي في جزيرة إن كان من طبقة راقية ويُعدم إن كان من طبقة وضيعة».

بيد أنه بعد تقدم المدينة عند الرومان تمتع الأطباء بنوع من الحصانة تكاد تكون تامة من العقاب عن الأضرار التي تحدث نتيجة علاجاتهم، وذلك بسبب الطبيعة التخمينية لمهنة الطب، وقد سلّم القانون الروماني بهذه الطبيعة حيث يقرر أنه:

«إذا كان حادث الموت لا يصح أن ينسب إلى الطبيب فإنه يجب أن يعاقب على الأخطاء التي يرتكبها نتيجة جهله».

أوروبا في العصور المظلمة:

لم يكن هذا عصر الفتن والحروب فحسب بل كان عصر المجاعات والأوبئة ولم تعرف أوروبا في ذلك العهد شيئاً عن النظام الصحي. ولما سقطت روما في عام 476 في أيدي القبائل المتبربرة عمت الفوضى وانحلت الرابطة التي كانت تجمع أقسامها المختلفة، وقضى على كثير من معالم حضارتها.

وفي هذه العصور المظلمة لا يمكن أن تتصرف أذهان الناس إلى الطب بل ضاعت كتب أبو قراط وجالينوس وظهرت كتب التعاويذ والدجل، حتى أن الامبراطور شارلمان «868-824» مع ما عرف عن عصره بالإصلاحات الواسعة لم يأمر بتعليم الطب للشبان إلا في أواخر أيام حياته عندما أحس بشيخوخته.

في القانون الكنسي:

استطاع نظام الكنيسة الذي لم تمسه أيدي الغزاة أن يحول دون القضاء على البقية الباقية من حضارة الرومان، ومع هذا لم يكن للمسيحية نفسها أثر يذكر في تحسين الناحية الطبية.

على أن العصر، على ما فيه من تأخر، عرف المسؤولية الطبية بما يتفق وهذا التأخر، فكان عند القوط الشرقيين إذا مات

مريض بسبب عدم عناية الطبيب أو جهله يسلمّ الطبيب إلى أسرة المريض ويترك لها الخيار بين قتله واتخاذ رقيقاً. أما عند القوط الغربيين فإنهم يعدون الأتعاب التي تعطى للطبيب مقابل الشفاء، فإذا لم يشف المريض اعتبروا العقد غير منفذ، وبالتالي لا يحق للطبيب مطالبة المريض أو ورثته بالأجرة وكتب زاكياس عن الأخطاء الطبية التي يعاقب عليها القانون الكنسي وفرق بين الإهمال والتدليس «أو سوء النية» وميز بين الخطأ اليسير جدا والخطأ اليسير والخطأ الجسيم والخطأ الجسيم جدا والخطأ الأكثر جسامة وقدر لكل واحدة منها ع قابا خاصا مستمدا من القانون الكنسي أو من القانون الوضعي أو منهما معا. أما عن أخطاء الأطباء المعاقب عليها .. فإن الطبيب لا يسأل عن وفاة المريض إذا لم يثبت حصول خطأ منه. ويعتبر الطبيب مهملأ إذا أبطأ في علاج الأمراض الخطيرة والمستعجلة وكان إبطاؤه سببا في تأخر ر وصف الدواء ، أو أنه وصف دواء غير ناجع أو أجل الفصد أو لم يفصد بالقدر الكافي أو نحو ذلك.

في عهد الصليبيين:

وكانت محاكم بيت المقدس تحكم في عهد الصليبيين في القرنين الثاني عشر والثالث عشر بأن الطبيب مسئول عن جميع أخطائه وجميع إهمالاته فإذا توفي الرقيق بسبب جهل طبيب فإنه يلتزم بدفع ثمنه لسيدة، ويترك المدينة. أما إذا كان المجني عليه حرا وكانت المسألة تتعلق بجرح بسيط أو سوء عناية لم يترتب عليه الموت تقطع أيدي الطبيب ولا تدفع أتعابه أما إذا مات المريض فيشنق الطبيب. هذه القسوة دعت الأطباء قي كثير من الأحيان أن يحجموا عن التطبيب أو يشترطوا شروط عدم المسؤولية كما حصل فيما رواه «غليوم دي تير» من أن الملك أ موري الأول من ملوك

أورشليم القدس «1162- 1173» أصيب بمرض خطير ولكن الأطباء من أهل البلد رفضوا أن يعالجوه فلجأ إلى الأطباء الأجانب، فاشترطوا عليه أن يعدهم بعدم ترتيب أي عقاب عليهم في حال عدم نجاحهم⁽¹⁾.

الآداب العامة:

وعلى الطبيب أن يكون حليماً ويتحمل شتائم المريض إذا كانت بسبب مرضه . وبعض المرضى يعانون من الوسواس والبرسام (مرض نفسي يتميز بالشك أي البارانويا). وذلك أن على الطبيب أن يعتني بالنظافة عناية فائقة وأن يلبس ثياباً بيضاء نقيّة وأن يكون هادئاً جالباً للثقة . وأن لا يكون هم الطبيب مداواة الملوك وعلية القوم بل يجعل جُلَّ همّه مداواة الفقراء والناس العاديين وأن يكون متقشفاً في حياته بعيداً عن المذات والإغراق فيها.

علم الأخلاق:

اهتمت الأمم جميعاً بالأخلاق. ولا شك أن الأديان كلّها جعلت الأخلاق من أهم عناصرها . وقد قال رسول الله ﷺ: «إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق». وقال ﷺ عن نفسه وعن الدين الذي جاء به: «إنما مثلي ومثل من جاء قبلي كرجل طاف ببیت فقال : ما أجمله!! ما أكمله.. لولا لبنة تنقصه فأنا هذه اللبنة». أو كما قال وهو ﷺ خاتم الأنبياء والرسول. وبه كمل الدين قال تعالى: (چ چ چ چ چ چ چ چ چ چ چ چ چ چ چ چ) [المائدة:3] وقال عن رسول الله ﷺ: (ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك) [الأنبياء: 107] وقال عنه: (گ گ گ گ گ گ گ گ گ گ گ گ گ گ گ گ) [القلم: 4] فالخلق هو أساس هذا الدين . وقد أقرّ الإسلام الأخلاق الحسنة التي كانت عند العرب من الشجاعة والكرم والسخاء وإغاثة الملهوف وأنكر

(1) آداب مهنة الطب على مر التاريخ للدكتور/ عبد الفتاح شوقي بتصرف.

عليهم الأخلاق الجاهلية من الكبر والبطر و غمط الناس وغيرها من الأخلاق المردولة.

وقد اهتمت الأمم جميعاً بحسن الخلق . جاء في نقوش قبر أحد الحكام في **مصر القديمة** : «إنه لم يسيء معاملة أحد من الناس، ولم يظلم أرملة، ولم يمتهن فلاحاً، ولم يطرد راعياً، ولم يسخر في أعماله عمالاً بلا أجر، وبذلك زال البؤس عن ولايته(1)(2).

وجاء في كتاب الموتى دفاع أحد الموتى عن نفسه في محكمة رئيس الآلهة أوزيريس(3) : «إنني لم أقترف إثماً، ولم أعتد على أحد، ولم أسرق، ولم أتسبب في قتل أحد غيلة وغدراً، ولم أبخل بشيء من القرابين للآلهة، ولم أجعل أحداً يبكي، ولم أكن دنساً، ولم أقتل الحيوانات المقدسة، ولم أتلف أرضاً مزروعة، ولم أشي بأحد، ولم أغضب مطلقاً، ولم أزن، ولم أرفض سماع الحقيقة.. ولم ألوث الماء، ولم أجعل سيدياً يسيء مع املة عبده، ولم أحنث في يميني ولم أغش في الميزان، ولم أحرم رضيعاً مرضعته.. ولم أقطع قناة عن مجراها، ولم أطفئ ناراً حين الحاجة إليها، ولم استخف بصوت الله في قلبي، إنني طاهر، إنني طاهر».

وعند الهنود في أحد كتبهم الدينية جاء ما يلي : «الذي يعفو عن المسيء، يكون أثيراً مكرماً لدى السماء، والذي يحمل الحقد يذهب للجحيم». وفيه «الأطفال والمسنون والفقراء والمرضى، يجب أن نعتبرهم سادة العالم الذي نعيش فيه، والمرأة يجب أن

(1) د. محمد يوسف موسى: تاريخ الأخلاق (ط3)، 1953 ص 17.

(2) هنري برستيد: تاريخ مصر، ترجمة د. حسن كمال ص 160.

(3) د. محمد يوسف موسى: تاريخ الأخلاق ص 19.

تكون موضع احترام خاص. لا يجوز مطلقاً أن تضرب امرأة ولو بزهره»⁽¹⁾.

وفي البوذية: «إذا كان الحقد يردُّ ع لى الحقد بالمثل فكيف ينتهي إذن».

وفيها: «عيشوا مخفين أعمالكم الطيبة، معلنين أخطاءكم، أحبوا الناس جميعاً والكائنات كلها» وهو ما نفس ما نجده في أقوال السيد المسيح #: «أحبوا أعداءكم، أحسنوا إلى مبغضيكم، وصلوا لأجل الذين يسيئون إليكم .. وكما تريدون أن يفعل بكم الناس فافعلوا أنتم أيضاً بهم، اغفروا يغفر لكم»⁽²⁾.

وكان **اليونان اهتماماً بالأخلاق وفلسفة الأخلاق** .. واشتهر منهم: سقراط وأفلاطون وأرسطو. كما كان فيهم أصحاب الفلسفة السوفسطائية وفلسفة اللذة (أبيقور) على عكس فلسفة الرواقيين الذين دعوا إلى التمسك بالواجب والأخلاق وقمع الشهوات وإماتة الأهواء، وتميز اليونان بالكتابات الفلسفية عن الأخلاق وظهرت كتب كثيرة لأفلاطون وأرسطو وغيرهما وأثرت فيما بعد على فلاسفة المسلمين من أمثال الكندي والفارابي وابن سينا وابن رشد بل إنها أثرت في عدو الفلسفة اللدود الإمام الغزالي . وظهر المزج بين الفكر الفلسفي وتعاليم الإسلام في كتاب الأخلاق لابن مسكويه . كما أظهر الفكر النقدي الأخلاقي عند ابن خلدون في المقدمة.

وكانت تعاليم الأخلاق مندرجة عند المسلمين بصورة عامة في كتبهم الفقهية والدينية والقرآن الكريم والسنة المطهرة حافلة بالتعاليم الأخلاقية. وقد أمر الإسلام بمكارم الأخلاق ومحامد الخلال وأمر بالمعروف ونهي عن المنكر وحث على الصدقة، والأمانة، والعفة، والصبر، والبر والصدقة، والوفاء بالعهود وبر الوالدين وحق القريب والجار وصلة الرحم، وحسن الخلق والمعاملة مع الناس جميعاً، والرحمة بالصغار والفقراء والضعفاء وجميع خلق الله .

(1) المصدر السابق ص 23.

(2) إنجيل لوقا الاصحاح السادس (6)، (27-31).

ونهى عن كل خلق ذميم من الكذب والطمع والجشع والغيبة والنميمة والجبن والبخل، والكبر والغرور .. إلخ، ونظّم المعاملات بين الناس على أساس العدل والإحسان .. وظهرت كتب كثيرة في هذا المجال في كل تخصّص . ومنها كتب الأحكام السلطانية، وظهرت مهمة المحتسب وكتب الحسبة.

الحسبة⁽¹⁾:

وأول من جعل للحسبة وظيفة هو عمر بن الخطاب < في أثناء خلافته، والغريب حقاً أنه عيّن في وظيفة الحسبة على الأسواق في المدينة إحدى الصحابييات وهي الشفاء بنت عبد الله القرشية، كما عيّن أيضاً الصحابي عبدالله بن عتبة ليراقب الأسواق. وفي مكة المكرمة عيّن السمراء بنت نهيل الأسيديّة في وظيفة الحسبة على الأسواق⁽²⁾ .. وهو أمر لا يعرفه غالب المثقّفين بل والفقهاء وقد استمرّت وظيفة المحتسب في الدولة الإسلامية في كافة فتراتنا. وقد استعمل الأمويون مصطلح «العامل على السوق» للمحتسب في دولتهم من عاصمتهم دمشق، ثم بعد أن زالت دولتهم هناك، وأقامها عبدالرحمن الداخل في الأندلس، أبقى على وظيفة «العامل على السوق».

وأما الدولة العباسية فقد اهتمت اهتماماً كبيراً بوظيفة المحتسب وجعلت وظيفته كبيرة ويساعده عدد كبير من الموظفين في مجالات مختلفة ومنها بطبيعة الحال الرقابة على الأسواق وعلى الأطباء والصيدلة وعلى الصرّافين والمعاملات المالية ...

(1) كان رسول الله ﷺ يمر على الأسواق ومن ذلك أنه أدخل يده في طعام فنالت يده فيها بلا فقال: ما هذا يا صاحب الطعام؟ فقال : أصابته السماء يا رسول الله، قال : أفلا جعلت فوق الطعام كي يراه الناس، من غشنا فليس منا» أخرجه مسلم في صحيحه.
وقد ولى رسول الله ﷺ سعيد بن العاص سوق مكة بعد الفتح، وولى عمر بن الخطاب سوق المدينة.

(2) الماوردي : أدب الدين والدولة كما ينقله عن د . كمال السامرائي «مدخل إلى موضوع الحسبة» وسالم الألوّس : الخدمات البلدية في الحضارة الإسلامية ندوة الحسبة والمحتسب عند العرب، بغداد، 1987، جامعة بغداد.

إلخ كما كان هناك المحتسب الذي يراقب السلوك، وأداء الصلوات في أوقاتها، والإلتزام بالعبادات الدينية، ومنع الخمر والدعارة... إلخ.

وأول من تولّى الحسبة في بغداد هو يحيى بن زكريا محتسب الخليفة أبي جعفر المنصور، وأعقبه عبد الجبار المحتسب في عهد المهدي، ثم الحسن بن محمد الطوسي المعروف بالأبجّ في عهد هارون الرشيد... وهكذا...

وظهرت كتاب أبو الحسن علي بن محمد البصري الماوردي (المتوفي سنة 470هـ): «أدب الدين والدولة» وكتاب «الأحكام السلطانية» له أيضاً. وتحدّث الغزالي (المتوفي سنة 505هـ) في كتاب «إحياء علوم الدين» عن الحسبة وأهميتها. وكتب عنها ابن تيمية كتاباً صغيراً مستقلاً. كما كتب عنها أهل الفقه في كتبهم. وتحدّث عنها ابن خلدون في مقدمته بفصل كامل عن الحسبة وهي تشمل الحسبة على الأسواق والامباني والمعاملات والأطباء والصيدلة... إلخ.

وقد ظهرت كتب خاصة بالحسبة ومن أشهرها ثلاثة (وهي كلها مطبوعة) كالآتي:

(1) **عبد الرحمن بن نصر الشيزري** المتوفي سنة 589هـ: «نهاية الرتبة في طلب الحسبة» وقد وضعه للسلطان صلاح الدين الأيوبي.

(2) **محمد بن محمد بن أحمد مد (ابن الأخوة)** المتوفي سنة 729هـ وكتابه «معالم القربة في أحكام الحسبة».

(3) **محمد بن أحمد (ابن البسام)** (توفي أوائل القرن الهجري): وكتابه: «نهاية الرتبة في طلب الحسبة».

وظهرت كتب أخرى في الحسبة مثل «كتاب نصاب الإحتساب» لعمر الشامي، وكتاب «آداب الإحتساب» لأبي

عبدالله السقطي المالقي، وأحكام الإحتساب لابن الداية (1) وكتاب «الحسبة» لابن تيمية. ولعلّ أقدمها كتاب الرتبة في طلب الحسبة للموردي.

وقد قال ابن الأثير في كتابه المثل السائر : «إن الحسبة في الإسلام قد غطت جميع أعمال الناس، ولم يبق إلا أن يكون للكتاب محتسب، فلا يكتب ولا تنشر الأفكار الخسيسة والهدامة بين القراء» (2).

وقد كانت هناك حرية تامة للكتاب وللغير بما في ذلك نشر الأفكار الخسيسة والهدامة، حتى ترفع قضية أمام الدولة لمحاكمة هؤلاء الضالين والمضلين. ولم تكن من وظيفة المحتسب الرقابة عليهم. وقد تمت محاكمة الزنادقة في أيام المهدي، ثم اختفت بعد ذلك.

أمثلة من الحسبة على الأطباء والصيدالة

أورد القفطي في كتابه تاريخ الحكماء ومثله ابن أبي أصيبعة في كتاب «عيون الأنباء في طبقات الأطباء» أن الخليفة المقتدر العباسي أوكل إلى طبيبه سنان بن ثابت بن قرّة امتحان الأطباء قبل أن يسمح لهم بممارسة مهنة الطب، فامتحن خلقاً كثيراً غير المشهورين بالطب الحاذقين فيه، و أصدر التصريح بمزاولة المهنة لمن رآه متقناً لصنعتهم منهم، ومنع كل متطّّل على هذه المهنة من مزاولتها.

مثال من كتاب عبدالرحمن بن نصر الشيزري «نهاية الرتبة في طلب الحسبة» في المجال الطبي (ص 89 - 102):

(1) د. كمال السامرائي : مدخل إلى موضوع الحسبة في الاسلام ضمن كتاب مركز إحياء التراث العربي - جام عة بغداد «دراسات في الحسبة والمحتسب عند العرب» (ندوة الحسبة بغداد 4-5/10/1987) ص 16.

(2) المصدر السابق، ص 17 (3) ابن أبي أصيبعة (عيون الأنباء في طبقات الأطباء)

الفصد:

لا يتصدى للفصد إلا من اشتهرت معرفته بتشريح الأعضاء والعروق والعضل والشرابين، وأحاط بمعرفة تركيبها وكيفيةها، لئلا يقع المبضع في عرق غير مقصود أو في عضلة، أو شريان، فيؤدّي إلى زمانة العضو (أي مرضه مرضاً مزمناً) وهلاك المفصود، فكثير هلك من ذلك.

وبالجملة ينبغي للمحتسب أن يأخذ عليهم العهد والميثاق ألا يفصدوا في عشرة أمزجة، وليحذروا فيها حذراً إلا بعد مشاورة الأطباء. وهي في السن القاصر عن الرابع عشر، وفي سن الشيخوخة، وفي الأبدان الشديدة القسافة (النحيفة)، وفي الأبدان الشديدة السمّن، وفي الأبدان المتخلفة ... إلخ ثم ذكر تفاصيل العروق.

وقال عن **الحجامة**: «والحجامة عظيمة المنفعة، وهي أقلّ خطراً من الفصادة. وينبغي أن يكون الحجام خفيفاً رشيقاً خبيراً بالصناعة، فيخفّ يده في الشروط (أي شرط وقطع الجلد) ... وينبغي للمحتسب أن يمتحن الحجام بورقة يلصقها على آجرة ثم يأمره بشرطها، فإن نفذ الشرط كان ثقيل اليد سيء الصناعة وعلامة حذق الحجام خفة يده وألا يرجع المحجوم».

الحسبة على الأطباء والكحالين (أطباء العيون) والجراحين

ذكر أهمية الطب وما ينبغي لطلّاب أن يعلمه من الجزء النظري (من الكتب والأطباء) والجزء العملي (من الممارسة تحت إشراف الأطباء). وذكر وجوب امتحان الأطباء قبل ممارستهم لمهنة الطب، ولا يسمح لهم بالعمل إلا بعد الحصول على التصريح الخاص بذلك من كبير الأطباء.

«وينبغي إذا دخل الطبيب على مريض أن يسأله عن سبب مرضه، وعما يجد من الألم، ويعرف السبب والعلامة، والنبض

والقارورة (أي فحص البول). ثم يرتب له قانوناً (أي وصفة طبية مكتوبة) من الأشربة وغيرها . ثم يكتب نسخة بما ذكره له المريض، وبما رتبّه له في مقابلة المرضى، ويسلم نسخه لأولياء المريض، بشهادة من حضر معه عند المريض، فإذا كان من الغد حضر ونظر إلى ذاته وسأل المريض، ورتب له قانوناً على حسب مقتضى الحال وكتب له نسخة وسلمها إليهم.. وهكذا إلى أن يبرأ المريض أو يموت، فإن برئ من مرضه أخذ الطبيب أجرته وكرامته. وإن مات حضر أولياؤه عند الحكيم المشهور وعرضوا عليه النسخ التي كتبها لهم الطبيب، فإن رآها على مقتضى الحكمة وصناعة الطب من غير تفريط ولا تقصير من الطبيب أعلمهم، وإن رأى الأمر بخلاف ذلك قال لهم خذوا دية صاحبكم من الطبيب، فإنه هو الذي قتله بسوء صناعته وتفريطه».

«وينبغي للمحتسب أن يأخذ عليهم عهد أبقراط الذي أخذه على سائر الأطباء، ويحلّفهم ألا يعطوا دواء مضرّاً، ولا يركّبوا سماً، ولا يصفوا التّمائم عند أحد من العامّة، ولا يذكروا للنساء الدواء الذي يسقط الأجنّة، ولا للرجال الدواء الذي يقطع النسل، وليغضّوا أبصارهم عن المحارم عند دخولهم على المرضى، ولا يفسّوا الأسرار، ولا يهتكوا الأستار».

«وينبغي للطبيب أن يكون عنده جميع آلات الطب على الكمال».

وللمحتسب أن يمتحن الأطباء بما ذكره حنين «بن اسحاق» في كتابه المعروف «محنة الطبيب»... وأمّا الكحالون فيمتحنهم المحتسب بكتاب حنين بن اسحاق، أعني العشر مقالات في العين، فمن وجده فيما امتحنه به عارفاً بتشرّح يحدّد طبقات العين السبعة، وعدد رطوباتها الثلاثة، وعدد أمراضها الثلاث، وما يتفرّع من ذلك من الأمراض، وكان خبيراً بتركيب الأكحال،

وأمزجة العقاقير، أذن له المحتسب بالتصدّي لمداواة أعين الناس».

وأما المجبرون فيجب عليهم معرفة عدد عظام الأدمي، وصورة كل عظم وشكله وقدره واتصاله وانفصاله...

وأما الجراحيون (الجراحون) فينبغي عليهم معرفة التشريح وأعضاء الإنسان تفصيلاً.. وأن تكون معه أدوات الجراحة كاملة مثل المباضع والحربات والمورّبات، ومنشار القطع ومجرفة الأذن... وهكذا في كل فرع من فروع الجراحة. ولا يؤذن لهم بالعمل إلا بعد امتحانهم بواسطة أهل الخبرة والفن في كل فرع، وكل حسب تخصصه.

الحسبة على الصيادلة (ص 42-55)

تدليس هذا الباب (أي الصيادلة) والذي بعده (أي العطارين) كثير.. والغش في الأدوية أضّر على الخلق من غيرها، لأن العقاقير والأشربة مختلفة الطبائع والأمزجة، والتداوي على قدر أمزجتها، فمنها ما يصلح لمرض (معين)، فإذا أضيف إليها غيرها أحرفها عن مزاجها، فأضرّت بالمريض لا محالة، فالواجب على الصيادلة أن يراقبوا الله عز وجل في ذلك.

«وينبغي للمحتسب أن يخوفهم ويعظهم وينذرهم العقوبة والتعزير، ويعتبر عليهم عقاقيرهم كل أسبوع. فمن غشوشهم المشهورة أنهم يشغون الأفيون المصري بشياف ماميتا (نبات مر الطعم يشبه الخشخاش الذي يستخرج منه الأفيون).. ثم ذكر أنواعاً كثيرة من أنواع غشّ الصيادلة. ونبه الشيزري على غشوش العطارين وكيفية غش المسك والعنبر والكافور والزعفران ودهن البان والعود الهندي وماء الكافور.. وهي كلها تستخدم في الطب وفي الزينة فلا يهمل المحتسب الكشف على ذلك كله، وإشهار فاعله بالتعزير».

ضمان الطبيب والمسؤولية الطبيّة

اهتم الإسلام بموضوع ضمان الطبيب ومسؤوليته . وهناك حديثان في الباب:

(1) أخرج أبو داود في سننه عن عمرو بن شعيب يرفعه إلى

النبي ﷺ أنه قال : «من تطبّب ولم يعلم منه طب فهو

ضامن» **أخرج أيضاً النسائي وابن ماجه .**

(2) أخرج أبو داود في سننه عن عبد العزيز بن عمر بن

عبد العزيز أن رسول الله ﷺ قال: «أيما طبيب تطبّب

على قوم لا يعرف له تطبب قبل ذلك فأعنت فهو

ضامن».

وقد كتب الفقهاء والأطباء عشرات المقالات والكتب حول هذا الموضوع ومنهم الكحال بن طرخان في كتابه الأحكام النبوية في الصناعة الطبيّة، ونقل عنه ابن القيم في الطب النبوي (فصل من كتابه زاد المعاد) دون أن يشير إليه، وأضاف إليه من علمه الواسع بالفقه ولا يوجد كتاب موسوع في الفقه إلا وقد ذكر ضمان الطبيب. ومن أمثلتها كتاب المجموع للإمام النووي (الفقه الشافعي) وكتاب المغني لابن قدامه (الفقه الحنبلي)، والمبسوط للسرخسي (الفقه الحنفي)، وبداية المجتهد ونهاية المقتصد لابن رشد الحفيد الطبيب الفيلسوف المالكي، والمحلى لابن حزم الظاهري، وكتب الأصول مثل الموافقات في أصول الشريعة للشاطبي، وقواعد الأحكام في مصالح الأنام للعز بن عبد السلام والفروق (أنوار البروق في أنوار الفروق) للقراخي، وكتاب زاد المعاد لابن القيم. والكتب في هذا المجال لا يمكن حصرها.

مجمع الفقه الإسلامي

وفي العصر الحديث خصّص مج مع الفقه الاسلامي الدولي في دورته الثامنة المنعقدة في بروناي دار السلام في 1-7 محرم 1414هـ/21-27 يونيو 1993 وقتاً لمناقشة:

(1) أخلاقيات الطبيب المسلم.

(2) مسؤولية وضمان الطبيب.

(3) الأحكام المتعلقة بزوي الأمراض المستعصية.

وأدرج في أبحاثه ومناقشاته وثائق الندوة الفقهية للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت حول قدسية سرّ المهنة.

وبعد مناقشات مستفيضة أصدر المجمع قراره رقم 84/11/85 أجلّ المجمع الموقر إصدار قرار في موضوع أخلاقيات الطبيب : مسؤولية وضمانة، وموضوع التداوي بالمحرمات والنظر في دستور المهنة الطبية المعدّ من المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت إلى دورة قادمة بعد الطلب من الأمانة العامة المزيد من الإستكتاب في هذه الموضوعات.

وقد أعاد المجمع الموقر دراسة هذا الموضوع في دورته الخامسة عشر المنعقدة بمسقط (سلطنة عمان) في 14-19 محرم 1425هـ/6-11 مارس 2004 وأصدر القرار رقم 142(8/15).
وقرّر فيه ما يلي:

أولاً: ضمان الطبيب

1 - الطب علم وفن متطورّ لنفع البشرية، وعلى الطبيب أن يستشعر مراقبة الله في أداء عمله، وأن يؤدي واجبه بإخلاص حسب الأصول الفنية والعلمية.

2- يكون الطبيب ضامناً إذا ترتب ضرر بالمريض في الحالات الآتية:

- (أ) إذا تعمد إحداث الضرر.
 (ب) إذا كان جاهلاً بالطب، أو بالفرع الذي أقدم على العمل الطبي فيه.
 (ج) إذا كان غير مأذون له من قبل الجهة الرسمية المختصة.
 (د) إذا أقدم على العمل دون إذن المريض، أو من يقوم مقامه (كما ورد في قرار المجمع رقم 67 (7/5)).
 (هـ) إذا غرر بالمريض.
 (و) إذا ارتكب خطأ لا يقع فيه أمثاله، ولا تقره أصول المهنة، أو وقع منه إهمال أو تقصير.
 (ز) إذا أفشى سر ال مريض بدون مقتضى معتبر، حسب قرار المجمع رقم 79(8/10).
 (ح) إذا امتنع عن أداء الواجب الطبي في الحالات الإسعافية (حالات الضرورة).

3- يكون الطبيب، ومن في حكمه، مسؤولاً ج زائياً في الحالات السابق ذكرها إذا توافرت شروط المسؤولية الجزائية فيما عدا حالة الخطأ (الفقرة و)، فلا يسأل جزائياً إلا إذا كان الخطأ جسيماً.

4- إذا قام بالعمل الطبي الواحد فريق طبي متكامل، فيسأل كل واحد منهم عن خطئه تطبيقاً للقاعدة : «إذا اجتمعت مباشرة الضرر مع التسبب فيه، فالمسؤول هو المباشر، ما لم يكن المتسبب أولى بالمسؤولية منه . ويكون رئيس الفريق مسؤول مسؤولية تضامنية عن فعل معاونيه إذا أخطأ في توجيههم أو قصر في الرقابة عليهم.

5- تكون المؤسسة الصحيّة (عامّة أو خاصة) مسؤولة عن الأضرار إذا قصّرت في التزاماتها، أو صدرت عنها تعليمات ترتّب عليها ضرر بالمرضى دون مسوغ.

ويوصي المجمع بما يأتي:

- 1- إجراء دراسة خاصة بمشكلات التطبيق المعاصر لنظام العاقلة، واقتراح البدائل المقبولة شرعاً.
 - 2- إجراء دراسة خاصة بمسائل الضرر المعنوي والتعويض عنه في قضايا الضمان بوجه عام.
 - 3- الطلب من الحكومات الاسلامية توحيد التشريعات الخاصة بتنظيم الأعمال الطبيّة مثل قضايا الإجهاض وموت الدماغ والتشريح... إلخ.
 - 4- الطلب من الجامعات في الدول الاسلامية إيجاد مقرّر خاص بأخلاقيات وفقه الطبيب لطلبة الكليات الطبيّة والتمريض.
 - 5- الطلب من الحكومات في الدول الإسلاميّة مية تنظيم ممارسات الطب البديل والطب الشعبي والإشراف عليهما، ووضع الضوابط التي تحمي المجتمع من الأضرار.
 - 6- حث وسائل الإعلام على ضبط الرسالة الإعلامية في المجال الصحي والطبي.
 - 7- تشجيع الأطباء المسلمين على إجراء البحوث والتجارب العلمية والشرعية.
- وقد وضع أحدنا (د. محمد علي البار) كتاباً بعنوان المسؤولية الطبيّة وأخلاقيات الطبيب : ضمان الطبيب وإذن المريض (وهو بحث مقدّم للمجمع الفقهي الدولي الموقر) ونشرته دار المنارة جدة. ثم قمنا بوضع كتاب آخر بعنوان : «مسؤولية الطبيب بين الفقه والقانون» تعرضنا فيه لمسؤولية الطبيب لأخلاقية، وإذن

المريض وضمان الطبيب، وموجبات المسؤولية الطبيّة، وأنواع الخطأ الطّبيّ، وأنواع المسؤولية الطبيّة، ثم مسؤولية الطبيب في مختلف الممارسات مثل جراحة التجميل والتلقيح الصناعي وزرع الأعضاء وإجراء الأبحاث الطبيّة والصيدلانية، وفيه قائمة طويلة بالمراجع في التراث الإسلامي القديم والمعاصر. وقد اهتم المجمع الفقهي الدولي ومجمع الفقه الاسلامي التابع لرابطة العالم الاسلامي في دوراتهما المختلفة بالقضايا الطبيّة الفقهية وخصيصاً لها أوقاتاً لبحثها. وقد أصدر قرارات بشأنها. وقد يؤجّل الموضوع إلى دورة قادمة. وفيما يلي جدول بالمسائل الطبيّة التي بحثها:

المجمع الفقهي الاسلامي التابع لرابطة العالم الاسلامي (مكة المكرمة)

التاريخ	الدورة	
30-23 ربيع الآخر 1401هـ	الثالثة	قرار مجلس المجمع الفقهي الاسلامي في الحكم الشرعي في تحديد النسل
17-7 ربيع الآخر 1400هـ	الرابعة	القرار الرابع : حول انتشار أم الخبيثات الداء والدواء
16-8 ربيع الآخر 1402هـ	الخامسة	القرار الرابع : حول موضوع أطفال الأنابيب والتلقيح الإصطناعي (تم تأجيله لدورة قادمة)
16-11 ربيع الآخر 1404هـ	السادسة	القرار الخامس : حول التلقيح الإصطناعي وأطفال الأنابيب (قرار مفصل) وتأجيل بعض النقاط
28 ربيع الآخر - 7 جمادى الأول 1405	الثامنة	القرار الأول: بشأن موضوع زراعة الأعضاء
28 ربيع الآخر - 7 جمادى الأول 1405	الثامنة	القرار الثاني : بشأن التلقيح الإصطناعي وأطفال الأنابيب
28-24 صفر 1408هـ الموافق 21-17 أكتوبر 1987م	العاشرة	القرار الأول: بشأن موضوع تشريح جنث الموتى
28-24 صفر 1408هـ الموافق 21-17 أكتوبر 1987م	العاشرة	القرار الثاني: بشأن موضوع (تقرير حصول الوفاة ورفع) أجهزة الإنعاش من جسم الإنسان

المجمع الفقهي الاسلامي . رابطة العالم الاسلامي . مكة المكرمة

التاريخ	الدورة	
20-13 رجب 1409هـ 26-19 فبراير 1989	الحادية عشرة	القرار الثالث: بشأن حكم نقل الدم من امرأة إلى طفل دون سن الحولين. هل يأخذ حكم الرضاع المحرم أو لا؟ هل يجوز أخذ العوض عن هذا الدم أو لا؟
20-13 رجب 1409هـ 26-19 فبراير 1989	الحادية عشرة	القرار الخامس : بشأن حكم التطهر بمياه المجاري بعد تنقيتها
20-13 رجب 1409هـ 26-19 فبراير 1989	الحادية عشرة	القرار السادس : بشأن تحويل الذكر إلى أنثى وبالعكس
22-15 رجب 1410هـ	الثانية	القرار الثاني : بشأن منع الزوج

17-10 فبراير 1990م	عشرة	زوجته من تناول دواء الصرع بحجة أن ما تعانيه زوجته مس من الجن، أو أن في الأدوية الموصوفة نوع من المخدر
22-15 رجب 1410هـ	الثانية	القرار الثالث: بشأن التلقيح الصناعي
17-10 فبراير 1990م	عشرة	بين الزوجين (الضرات)
22-15 رجب 1410هـ	الثانية	القرار الرابع: بشأن إسقاط الجنين
17-10 فبراير 1990م	عشرة	المشوه خلقياً
5 شعبان 1412هـ	الثالثة	القرار الثاني: بشأن موضوع المشيمة
8 فبراير 1992م	عشرة	والإستفادة منها في الأغراض الطبية
20 شعبان 1415هـ	الرابعة	القرار الأول: بشأن مسؤولية الأولياء
21 يناير 1995م	عشرة	والأوصياء على من تحت ولايتهم ورعايتهم
20 شعبان 1415هـ	الرابعة	القرار السابع: بشأن ضوابط كشف
21 يناير 1995م	عشرة	العورة أثناء علاج المريض
11 رجب 1419هـ	الخامسة	القرار الأول: بشأن استفادة المسلمين
31 أكتوبر 1988م	عشرة	من علم الهندسة الوراثية
11 رجب 1419هـ	الخامسة	القرار الثاني: بشأن الإستفادة من
31 أكتوبر 1988م	عشرة	البصمة الوراثية
11 رجب 1419هـ	الخامسة	القرار الثالث: بشأن استفادة المسلمين
31 أكتوبر 1988م	عشرة	من عظام الحيوانات وولودها في صناعة الجيلاتين
26-21 شوال 1422هـ	السادسة	الأدوية المشتمة على الكحول
	عشرة	والمخدرات
		القرار الرابع: من حك م استعمال
23-19 شوال 1424هـ	السابعة	الدواء المشتمة على شيء من نجس
17-13 ديسمبر 2003	عشرة	العين كالخنزير وله بديل أقل فائدة منه كالهيبارين الجديد
23-19 شوال 1424هـ	السابعة	القرار الخامس: بشأن موضوع
17-13 ديسمبر 2003	عشرة	أمراض الدم الوراثية
23-19 شوال 1424هـ	السابعة	القرار الثالث: بشأن موضوع الخلايا
17-13 ديسمبر 2003	عشرة	الجذعية

وهناك قرارات في الدورة الثامنة عشرة والتاسعة عشرة وقد بحث موضوع اختيار جنس الجنين في الدورة الثامنة عشرة المنعقدة في مكة المكرمة من 1427/3/14-10 هـ الموافق 2006/4/12-8م ولكن المجمع الموقر قرّر تأجيل إصدار قرار إلى الدورة التاسعة عشرة المنعقدة في مكة المكرمة من 1428/6/27-22 هـ الموافق 3-2007/11/8م القرار السادس والذي قرّر فيه:

(1) جواز اختيار جنس الجنين بالطرق الطبيعية كالنظام الغذائي وتوقيت الجماع بتحرّي وقت الإباضة، والغسل الكيميائي، لكونها أسباباً مباحة لا محذور فيها.

(2) لا يجوز أي تدخل طبي لاختيار جنس الجنين إلا في حالة الضرورة العلاجية في الأمراض الوراثية التي تصيب الذكور دون الإناث أو بالعكس فيجوز حينئذ التدخل بالضوابط الشرعية المقررة على أن يكون ذلك بقرار من لجنة طبية مختصة لا يقل عدد أعضائها عن ثلاثة من الأطباء العدول، تقدم تقريراً طبياً بالإجماع يؤكد أن حالة المريضة تستدعي أن يكون هناك تدخل طبي حتى لا يصاب الجنين بالمرض الوراثي، ومن ثمّ يعرض هذا التقرير على جهة الإفتاء المختصة لإصدار ما تراه في ذلك.

(3) ضرورة إيجاد جهة ات للرقابة المباشرة والدقيقة على المستشفيات والمراكز الطبية التي تمارس مثل هذه العمليات في الدول الإسلامية.

وفي الدورة العشرين بحث المجمع الموقر قضية فصل التوائم المتلاصقة وأصدر فيها قراراته.

قرارات المجمع الفقهي الدولي (جدة) المتعلقة بالطب

التاريخ	مكانها	الدورة	القرار
16-10 ربيع الآخر 1406 هـ 28-22 ديسمبر 1985 م	جدة	الثانية	قرار رقم 5 (2/5) بشأن أطفال الأنابيب وتأجيل البت فيه
16-10 ربيع الآخر 1406 هـ 28-22 ديسمبر 1985 م	جدة	الثانية	قرار رقم 6 (2/6) بشأن بنوك الحليب
16-10 ربيع الآخر 1406 هـ 28-22 ديسمبر 1985 م	جدة	الثانية	قرار رقم 7 (2/7) بشأن أجهزة الإنعاش (تأجل البت فيه)
13-8 صفر 1407 هـ 16-11 أكتوبر 1986 م	عمان - الأردن	الثالثة	قرار رقم 16 (3/4) بشأن أطفال الأنابيب
13-8 صفر 1407 هـ 16-11 أكتوبر 1986 م	عمان - الأردن	الثالثة	قرار رقم 17 (3/5) بشأن أجهزة الإنعاش
13-8 صفر 1407 هـ 16-11 أكتوبر 1986 م	عمان - الأردن	الثالثة	قرار رقم 23 (3/11) بشأن استفسارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي بواشنطن (وفيه أسئلة طبيّة)
23-18 جمادى الآخرة 1408 هـ 11-6 فبراير 1988 م	جدة	الرابعة	قرار رقم 26 (4/1) بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حياً كان أو ميتاً
6-1 جمادى الأولى 1409 هـ 15-10 ديسمبر 1988 م	الكويت	الخامسة	قرار رقم 39 (5/1) تنظيم النسل
23-17 شعبان 1410 هـ 20-14 مارس 1990 م	جدة	السادسة	قرار رقم 54 (6/5) زراعة خلايا المخ والجهاز العصبي
23-17 شعبان 1410 هـ 20-14 مارس 1990 م	جدة	السادسة	قرار رقم 55 (6/6) المبيضات الملقحة الزائدة عن الحاجة
23-17 شعبان 1410 هـ 20-14 مارس 1990 م	جدة	السادسة	قرار رقم 56 (6/7) استخدام الأجنة مصدراً

			لزراعة الأعضاء
17-23 شعبان 1410 هـ	جدة	السادسة	قرار رقم 57(6/8)
14-20 مارس 1990 م			زراعة الأعضاء التناسلية
17-23 شعبان 1410 هـ	جدة	السادسة	قرار رقم 58(6/9)
14-20 مارس 1990 م			زراعة عضو استئصل في حد أو قصاص
17-12 ذو القعدة 1412 هـ	جدة	السابعة	قرار رقم 67(7/5)
9-14 مايو 1992 م			العلاج الطبي والحالات المؤوس منه ا والإذن الطبي
1-7 محرم 1414 هـ	بروناي	الثامنة	قرار رقم 71(8/2)
21-27 يونيو 1993 م			حوادث السير
1-7 محرم 1414 هـ	بروناي	الثامنة	قرار رقم 79(8/10) السر
21-27 يونيو 1993 م			في المهن الطبية
1-7 محرم 1414 هـ	بروناي	الثامنة	قرار رقم 80(8/11)
21-27 يونيو 1993 م			أخلاقيات الطبيب : مسؤوليته وضمائه
1-7 محرم 1414 هـ	بروناي	الثامنة	قرار رقم 81(8/12)
21-27 يونيو 1993 م			مداواة الرجل للمرأة والعكس
1-7 محرم 1414 هـ	بروناي	الثامنة	قرار رقم 82(8/13)
21-27 يونيو 1993 م			مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز)
1-6 ذو القعدة 1415 هـ	أبو ظبي	التاسعة	قرار رقم 90(9/7)
1-6 أبريل 1995 م			مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والأحكام الفقهية المتعلقة بها
23-28 صفر 1418 هـ	جدة	العاشرة	قرار رقم 93(10/1)
28 يونيو - 3 يوليو 1997 م			المنظرات في مجال التداوي

قرار رقم 94(10/2) العاشرة	جدة	28-23 صفر 1418 هـ 28 يونيو - 3 يوليو 1997م
الإستساح البشري		
قرار رقم 95(10/3) العاشرة	جدة	28-23 صفر 1418 هـ 28 يونيو - 3 يوليو 1997م
الذباح		
قرار رقم 97(10/5) دور العاشرة	جدة	28-23 صفر 1418 هـ 28 يونيو - 3 يوليو 1997م
المرأة المسلمة في التنمية		

وعدت الدورة الثامنة عشرة في بوتراجيا (ماليزيا) في 9-16 يوليو 2007 وقدمت خمسة أبحاث عن جراحة التجميل وصدر فيها قرار مفصل . وبحث عن حالات سقوط الإذن في الحالات المستعجلة، والحالات المستعجلة، وصدر فيها قرار وأجل النظر في ثلاث حالات إلى الدورة القادمة (التاسعة عشرة).

وفي الدورة التاسعة عشرة (1430هـ/2009) المنعقدة في الشارقة تمّ بحث التداوي في العمليات المستعجلة مثل الزائدة الدودية والعملية القيصرية مع رفض الولي إجرائها . وكذلك نقل الدم والغسيل الكلوي عندما يرفض الولي ذلك . وأصدر بذلك قراراته الهامة.

المنظمة الإسلامية للعلوم الطبيّة - الكويت

تعتبر المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت أكبر المنظمات الإسلامية الطبيّة في مجال الاهتمام بالطب الإسلامي وأخلاقياته منذ تأسيسها وانطلاق نشاطها في المؤتمر الأول الذي عقد في ربيع الأول 1401هـ/ يناير 1981 ثم تتابع نشاطها وعقدت خمسة مؤتمرات طبيّة عالمية تناولت فيها أبحاثاً عملية وأبحاثاً نظرية متعلّقة بالطب البديل والطب النبوي وتاريخ الطب الإسلامي وأخلاقيات الطب. ثم عقدت المنظمة عشرات الندوات المختصّة التي تجمع بين الأطباء والفقهاء وبعض المختصّين في العلوم وخاصة علوم الجينات والهندسة الوراثية والعلوم البيولوجية.

وأصدرت قراراتها وتوصياتها في المواضيع التالية:

- 1 - بنك الحليب البشري المختلط.
- 2 - التحكم في جنس الجنين.
- 3 - الاستنساخ النباتي والحيواني.
- 4 - أطفال الأنابيب.
- 5 - الرحم الظئ.
- 6 - تعيين الأم في الرحم الظئر **Surrogate Mother**.
- 7 - منع الحمل الجراحي (التعقيم).
- 8 - الإجهاض.
- 9 - نظرة الجنس لعورة الجنس الآخر لدواعي الكشف والمعالجة والتعليم الطّبي.
- 10 - بداية الحياة في الإنسان.
- 11 - تعريف الموت الذي ينهي حياة الإنسان.

- 12 - حكم عودة الحياة لمن مات دماغه.
13 - إسعاف من مات قلبه دون دماغه، ورفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً.
14 - سر المهنة الصحيّة.
15 - اختلاف القانون أو الأمر الإداري مع الشريعة في الممارسة الصحيّة.
16 - الوسائل المشروعة للحصول على الأعضاء البشرية (التبرّع والبيع).
17 - نقل وزراعة خلايا المخ والجهاز العصبي.
18 - الإستفادة الطبيّة من الأجنّة المجهضة والزائدة عن الحاجة، والمولود اللادماغي.
19 - زرع الغدد التناسلية والأعضاء التناسلية.
20 - عمليات تغيير الجنس للسوي والخنثى.
21 - عمليات رتق غشاء البكارة.
22 - جراحة التجميل.
23 - أقل مدة الحيض وأكثرها والدورة الحيضية.
24 - أقل مدة النفاس وأكثرها.
25 - أقل مدة الحمل وأكثرها.
26 - أنماط الحياة الإسلامية.
27 - مشكلات الشيخوخة وحقوق المسنين.
28 - قتل الرحمة والحق في إنهاء الحياة والحرمان من العناية الفائقة.
29 - الإعتماد على المشروبات الكحولية والمخدرات.
30 - الأحكام المتفرّعة على اكتشاف مرض الإيدز.
31 - المواد الإضافية المحرّمة والنجسة في صناعة الغذاء والدواء.

- 32 -** حكم المفطرات بالإستعمالات الطبيّة المعاصرة غير الأكل والشرب.
- 33 -** قراءة الجينوم البشري وأثاره الشرعية.
- 34 -** الهندسة الوراثية وأثرها على الإنسان وطعامه.
- 35 -** الإرشاد الوراثي في المجال الأسي.
- 36 -** الترقيع الجلدي.
- 37 -** بنوك الجلد الأدمي.
- 38 -** البصمة الوراثية وأثرها في النسب.
- 39 -** حقوق والتزامات المعوقين والمرضى النفسانيين.
- 40 -** التكييف الشرعي للعلوم الطبيّة والحياتية.
- 41 -** بيان من المنظمة الإ سلامية للعلوم الطبيّة حول التعريف الطبّي للموت.

وأصدرت المنظمة القسم الطبّي للطبيب المسلم.

والميثاق الاسلامي العالمي للأخلاقيات الطبيّة والصحيّة (وهو في مجلد وقد أعطيتكم ملزمة بقراراته الهامة باللغة الإنكليزية) وهو مكوّن من ثلاثة أجزاء.

الأول: السلوكيات الطبيّة وحقوق الطبيب وواجباته وهو مكوّن من 105 مادة مع أدلتها الشرعية.

الثاني: القواعد الإرشادية الأخلاقية العالمية لأبحاث الطب الحيوي المتعلقة بالجوانب الإنسانية - رؤية إسلامية.

الثالث: رؤية إسلامية للإنجازات الحديثة في الطب، وهو الجزء المتعلّق بالقرارات والتوصيات والفتاوى المتعلقة بالممارسة الطبيّة.

وقد أصدرت المنظمة أيضاً مجلداً كبيراً عن إدخال الطب البديل (الطب التكميلي) في الطب كما أصدرت مجلداً خاصاً عن أخلاقيات الأبحاث الطبيّة. وأقامت ندوات خاصة متمثلة بالأديان الثلاثة الإسلاميّة والمسيحية واليهودية حول العديد من القضايا مثل الخلايا الجذعية.

وامتد نشاط المنظمة مع المنظمات العالمية مثل هيئة الصحة العالمية، واتحاد الأطباء العالمي والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والمنظمة العربية للتربية والعلوم والمنظمة العالمية للتربية والعلوم (اليونسكو).. مع التعاون الوثيق مع المجمع الفقهي الدولي (مقره جدة) وبصورة أقل مع المجمع الفقهي الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي (مكة المكرمة).

وقد قام الدكتور عبد العزيز بن فهد بن عبد الحسن بإصدار مجلد بعنوان: «جامع الفتاوى الطبيّة» جمع فيها الفتاوى الصادرة عن علماء المملكة العربية المشهورين، وفتاوى هيئة

كبار العلماء الصادرة في المملكة العربية السعودية في المجال
الطبي ونشرته دار القاسم 1425هـ/2004 الرياض.
وقد اقتصر المصنف الذي جمع ورتب الفتاوى على عدة
أبواب على فتاوى علماء المملكة العربية السعودية فقط.
ونحن نحتاج أيضاً إلى جمع الفتاوى من المجامع الفقهية
المتعلقة بالطب دار الإفتاء بمصر ودور الإفتاء في العالم
الاسلامي.

أمّا في مجال أخلاقيات الطب وآداب المهنة فهناك العديد من
الكتب والدساتير، فبالإضافة إلى ما ذكرناه من إصدارات المنظمة
الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت فهناك ترسيمات ولوائح أصدرتها
وزارات الصحة ونقابات الأطباء والإتحادات الطبية (الإتحاد
الطبي الإسلامي العالمي). وكلها تتعلق بأخلاقيات المهنة
وتنظيماتها.

فعلى سبيل المثال صدرت في المملكة العربية السعودية
الإصدارات التالية:

1 - اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة مهنة ال طب البشري
وطب الأسنان (1409/2/21).

2 - قرار وزاري رقم 12/1/45787 وتاريخ 1424/4/16
بنظام المؤسسات الصحية الخاصة.

3 - نظام مزاولة المهن الصحية الصادر بالمرسوم الملكي
رقم (م/59) وتاريخ 1426/4/11هـ ولائحته التنفيذية المنشور في
1427/8/6.

4 - أخلاقيات مهنة الطب الطبعة ال ثانية 1424هـ/2003
إصدار الهيئة السعودية للتخصصات الصحية بالرياض.

المناهج الطبيّة في أخلاقيات الطب

وهناك العديد من المناهج في الجامعات في المملكة العربية السعودية والدول الإسلامية حول أخلاقيات الطبيب . فعلى سبيل المثال هناك منهج أخلاقيات الطبيب في جزء أعدهما قسم طب العائلة والمجتمع كلية الطب - جامعة الملك سعود بالرياض عام 1424 وهناك منهج مماثل في كلية الطب بالخبر، ومنهج في كلية الطب بأبها، وفي جامعة الملك عبد العزيز هناك منهج أيضاً لطلبة كلية الطب.

وفي صنعاء وعدن ومسقط وعمّان الأردن ومصر وغيرها مناهج مشابهة عن أخلاقيات الطبيب وقد تدخل في الطب الشرعي.. وكلها تدرس، وقد تحتاج إلى إضافات وإعادة نظر في بعض بنودها.

وهكذا نجد أن جميع الجامعات وكليات الطب في العالم الإسلامي تدرس بصورة مقتضبة مادة أخلاقيات الطبيب وتنظيمات مهنة الطب في كل بلد من تلك البلدان.

وتعتبر الجامعة الإسلامية في ماليزيا رائدة في إيجاد منهج متكامل في كلية الطب مبنية من أساسه وفي كل مواده على إدخال المفاهيم الإسلامية ويتبع المنهج بكامله هذا المفهوم الجديد. وقد وضع الدكتور البروفسور عمر كسولي أسس هذا المنهج وهناك محاضرات في هذا الموضوع

Lecture notes on Islamic

.Principles in Medical Practice

وقد عقدت عدّة مؤتمرات عن الأخلاقيات الطبيّة منها المؤتمر الطبّي السعودي الأول عن الأخلاقيات الطبيّة (رجب 1422 بالرياض) وفي جدة عقد الملتقى الطبّي الفقهي : رؤية شرعية لبعض القضايا في طب النساء والولادة . وعقد مستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض عدّة مؤتمرات وندوات حول أخلاقيات الطبيب والقضايا الطبيّة الفقهية.

وهناك مئات المؤتمرات والندوات والكتب الصادرة في العالم الإسلامي حول القضايا الطبية الفقهية وأخلاقيات الطبيب وتنظيمات المهنة . كما أن هناك مئات رسائل الماجستير والدكتوراه من أندونيسا إلى أقصى المغرب العربي حول هذه القضايا. بل إن هناك عدد من رسائل الدكتوراه في بريطانيا وفرنسا وألمانيا والولايات المتحدة حول قضايا طبية من وجهة النظر الإسلامية.

وجمع هذه الأدبيات يحتاج إلى مكتبة كبيرة . وعندي بعض هذه الجهود وأعمّ ال هذه المؤتمرات، وما عندي لا يشكّل سوى نسبة ضئيلة جداً مما هو موجود.

وهناك عشرات الكتب المهمّة بأخلاقيات الطبيب المسلم منها الأبحاث المقدّمة إلى المجمع الفقهي الإسلامي الدولي (الدورة الثامنة محرم 1414هـ/ يونيو 1993) وكتاب السلوك الطبي الإسلامي للدكتور م حمود الحاج قاسم . ولكتاب هذه السطور مجموعة من الكتب في مجال أخلاقيات الطبيب والقضايا الطبية الفقهية تزيد عن عشرين كتاباً وكثير منها بالإشتراك مع بعض الزملاء المهتمين بهذه القضايا مثل الدكتور حسان شمس باشا والدكتور زهير السباعي والدكتور ياسر جمال..

والخلاصة أن متابعة الكتب والمؤتمرات والمجامع الفقهية في مجال أخلاقيات الطب والقضايا الطبية الفقهية أمر يحتاج فعلاً إلى مركز لأخلاقيات الطب بإمكانات كاملة مع مكتبة وميزانية وموظفين.

أمّا متابعة الدراسات والتنظيمات ودراسات المهن الطبية على المستوى العالمي وإتحادات الأطباء العالمية فذلك جهد آخر يحتاج إلى مزيد من التفرّغ والتخصّص والميزانية!!

الفصل الثالث

خلق الطبيب

فلاسلام يحترم العمل ال مهني من أجل الكسب الحلال ،
والرسول ﷺ يقول : «ما كسب الرجل كسباً أطيب من عمل
يده»⁽¹⁾

والطب مهنة للكسب الحلال امتدحها رسول الله : «نعم العبد
الحجام»⁽²⁾.

تذكر أن للمسلم في عمله الحلال ثواب العباداة.
وإذا كانت العبادات وسيلة الى رضا الله فإن العلم أيضاً وسيلة
الى رضا الله وإلى نفع العباد.

وجه علمك إلى ما يرضي الله، يقول رسول الله ﷺ: «من تعلم
علماً مما يبتغى به وجه الله، لا يتعلمه إلا ليصيب به عرضاً من
الدنيا، لم يجد عرف الجنة - يعني ريحها»⁽³⁾.

وقال: «من طلب العلم ليجاري به العلماء أو ليماري به
السفهاء أو يصرف به وجوه الناس إليه أدخله الله النار»⁽⁴⁾.
اتق الله في استخدام العلم ، فللطبيب دائم الصلة بالله يسأله
التوفيق في عمله وأن يقيه من الغرور المهني عند نجاحه في
عمله لأن ذلك يحبط العمل ويزيل الأجر.
يقول عبد الرحمن المتطبيب:

«الطبيب الحقيقي ما عالج نفسه بالفضائل ..

ورأى مذلتة في الرذائل ..

ثم يهبط بعد ذلك إلى معالجة الأجسام ..

فمن لم يهبط من معالجة النفس إلى معالجة الجسد

فهو أسفل السافلين !!».

(1) صحيح الجامع 5660.

(2) رواه الترمذي.

(3) صحيح الجامع 6159.

(4) صحيح الجامع 6383.

كن رحيماً بالناس:

والطبيب ينبغي أن يحمل الرحمة الإنسانية التي تتسع لكل البشر، مسلمين وغير مسلمين بل تتسع لكل كائن حي، فالرسول عليه الصلاة والسلام يقول: «في كل ذات كبد رطبة أجر»⁽¹⁾. ويقول: «والذي نفسي بيده لا تدخلوا الجنة حتى تراحموا قالوا بلى يا رسول الله كلنا رحيم قال : إنه ليس برحمة أحدكم صاحبه ولكن رحمة العامة»⁽²⁾.

وهدف الطبيب في تخفيف آلام المريض يجب أن يكون أسمى من الرغبة في الأجر ، وأرفع من إشباع النفس بلذة الشعور بالمهارة في المهنة.

وفي ممارستك اليومية ستواجهك كثير من المواقف تستلزم استفتاء الضمير ، فتذكر قول رسول الله: «البر حسن الخلق والإثم ما حاك في صدرك وكرهت أن يطلع عليه الناس»⁽³⁾.

اعمل لا بقصد رضا الناس بل بقصد رضا الله ، فالله تعالى يقول: (كُذِّبُوا وَوُجِّهُوا) [الأنعام: 162].

احفظ أمانة مريضك

فالمريض قد أودع عندك أمانة غالية هي صحته، فالصحة أثمن ما يملكه المرء ، وهي أعلى من المال ، فكن أهلاً لحملها حريصاً على برئها وشفائها . فارغ الأمانة وتأمل حديث معقل بن يسار <عن النبي ﷺ: «ما من عبدٍ يستره الله رعية فلم يحطها

(1) رواه البخاري.

(2) رواه الطبراني.

(3) رواه مسلم.

بُنُصحه لم يجد رائحة الجنة»⁽¹⁾، وإن الله سائلك عما استرعاك واستأمنك.

متى تكون أميناً على صحة مريضك ؟

- عندما تكون ماهراً في طبك ، متقناً لتخصصك، مطلعاً على آخر ما استجد في علمك ... ثم تصف له العلاج الناجع بإذن الله، وتمنحه المعلومة الصحيحة و النصيحة المفيدة .
 - عندما تكون حالة مريضك خارجة عن حدود علمك ، أو يغم عليك التشخيص أو العلاج المناسب ، فتتذكر ان (فوق كل ذي علم عليم) فتطلب لمريضك استشارة زميل آخر ، وعندها تكون حارساً أميناً على صحة مريضك .
 - عندما تحترم وجهة نظر مريضك أو وليه، وإن كانت خاطئة فتسعى إلى تصحيحها.
- عندما تلقى مريضك ب رحابة صدر ، حتى وأنت تعلم أنه سيذهب إلى طبيب آخر ليستشير برأي ثان . أعلمه أن هذا من حقه ولكن الأولى أن لا يشتت نفسه بين الأطباء!.
- يقول الرازي: «ينبغي أن يقتصر المريض على واحد ممن يوثق بهم من الأطباء فخطأه في جنب صوابه يسير جداً . ومن تطيب عند كثير من الأطباء يوشك أن يقع في خطأ كل واحد منهم»!!.

أتقن مهنتك

لقد جاءنا حديث عن رسول الله ﷺ لو فهمناه كما ينبغي ، ووضعناه موضع التطبيق في كل عمل نعمله ، لتغير حالنا

⁽¹⁾ رواه البخاري

وارتقت درجاتنا، ألا وهو حديث: (الإتقان)... انظر الى روعة كلامه **ع**: «إن الله كتب الإحسان على كل شيء»⁽¹⁾... والإحسان هو: الإتقان... فجعل رسول الله **ع** الإتقان فرضاً في كل عمل نعمله أو أمر نتناوله... وقال **ع** في حديث آخر: «إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه»⁽²⁾.. والعجيب ان أمة جاءها هذان الحديثين لهي أبعد ما تكون في وقتها الراهن عن الإتقان!

وكيف يتقن الطبيب مهنته؟

- داوم على مطالعة كتبك الطبية ومصادرك العلمية.
- احضر المؤتمرات الطبية السنوية.
- شارك مشاركة فعالة في الندوات واللقاءات الطبية الدورية.

يقول **ع**: «الحكمة ضالة المؤمن فحيث وجدها فهو أحق

بها»⁽³⁾...

فإذا أردت أن تكسب قلوب مرضاك فعليك بالعلم، وإن الجهل لا يأتي بخير. كان عمر بن عبد العزيز < يقول: «من عمل بغير علم كان ما يفسد أكثر مما يصلح». والمرضى لا يثقون غالباً ولا يقدرّون إلا الطبيب العالم المستبصر بعلوم فنه، فقد قالت العرب: «ليس شيء أعز من العلم: الملوك حكام على الناس، والعلماء حكام على الملوك». لا تقدم على ممارسة الطب إلا إذا كنت مطمئناً إلى كفاءتك واحترم تخصصك الطبي. فالمريض عندما يأتيك يأتي باحثاً عن العلاج والدواء، وأكثر ما يهمله هو أن يجد عندك العلاج النافع.

⁽¹⁾ رواه مسلم.

⁽²⁾ صحيح الجامع 1880.

⁽³⁾ رواه الترمذي.

اهتم بمظهرك

فحسن مظهر الطبيب يبعث في نفس الطبيب الهدوء والسكينة، وفي نفس المريض الراحة والطمأنينة، مما يزيد من تفاؤله بالبرء والشفاء ، ويخلع على الطبيب الهيبة والوقار ، فيفرض على مريضه الإحترام والتقدير ، فيكون كلام الطبيب أعظم أثراً في نفس المريض.

ولا نلبس ثوباً تحصل به الشهرة بتمييزٍ عن المعتاد فللنبي ﷺ يقول:

«من لبس ثوب شهرة في الدنيا ألبسه الله يوم القيامة ثوب مذلة ثم ألهب فيه ناراً»⁽¹⁾. وقال شيخ الإسلام ابن تيمية ~: «يحرّم لبس الشهرة ، وهو ما قصد به الإرتفاع وإظهار الترفع ، أو إظهار التواضع والزهد».

حسن الخلق

يقول بعض العامة : لقد خرجتُ من عند الطبيب فلان وقد تعافيت !... وهولم يشتر بعد الوصفة ولم يتناول الدواء قط!! ... وهذا والله صحيح ، فللطبيب عيادوي في كثير من الاحيان ببسمته وكلامه أكثر من طبه ودوائه !!. والطبيب يستطيع الدخول إلى قلوب مرضاه دون أن ينطق بكلمة واحدة ، وذلك عن طريق الصفات الكريمة والأخلاق الحميدة التي يتحلّى بها.

قال ﷺ: «ألا أخبركم بخياركم؟ قالوا: بلى يا رسول الله ! قال: أطولكم أعماراً، وأحسنكم أخلاقاً»⁽²⁾.

وقال ﷺ: «ما من شيء في الميزان أثقل من حسن الخلق»⁽³⁾. وهل تعتقد أن دواءك هو الذي يشفي العليل؟ فللادوية قد تساعد على اختفاء الأعراض وتسرع في التماثل للشفاء ولكن باذن الله

(1) صحيح ابن ماجه 2922.

(2) صحيح الترغيب 2651.

(3) صحيح الجامع 5721.

ورحمته ... ألم يحدث معك أن جاءك مريضان مصابان بنفس المرض، ووصفت لهما نفس الدواء، ثم خرجا ... واحد عاد إليك بعد أسبوع يشكرك، والآخر مضى إلى ربه وأنتك قريبه يخبرك؟ لماذا يرتاح المرضى لطبيب ويذهبون إليه راضين مبتهجين، وينفرون من آخر ولا يقصدونه إلا مضطرين ومكرهين؟ ... لماذا عيادة ذلك الطبيب ملىء بالمراجعين بينما عيادة الآخر على عروشها خاوية، والشهادات واحدة والخبرات متقاربة؟...
إن في الأمر سرّاً: وإذا أردت أن تكون من أهل النجاح فابحث عن هذا السر وتأكد أنه بداخلك، ولا تستطيع كل كليات الطب في العالم أن تمنحك إياه بشهادات تنالها أو تزكية تحصل عليها⁽¹⁾.

ناد مريضك باسمه فالمرء يحب أن يسمعك تردد اسمه.

لا تلق مريضك بوجه عبوس

فللمريض يقصدك وهو في وضع نفسي صعب، وجاء بابك ينشد الراحة والطمأنينة ويأمل منك أن ترفع من معنوياته، وتبرئ كل أسقامه، فأعطه الكلمة الطيبة لأن الرسول ﷺ يقول: «الكلمة الطيبة صدقة»⁽²⁾.

تبسم في وجه مريضك ف - «تبسمك في وجه أخيك لك صدقة»⁽³⁾.

استمع إلى مرضاك بلذن صاغية

أعط المريض فرصة للحديث ولا تقاطعه. أنصت إليه فقد كان صلوات ربي وسلامه عليه أحسن الناس إنصتاً للآخرين، جاء عتبة بن ربيعة إلى النبي ﷺ فقال له: يا ابن أخي، فقال ﷺ: يا

(1) همسات..في أذن كل طبيب: د. مصطفى عبد الرحمن (محاضرة على الإنترنت).

(2) رواه البخاري.

(3) صحيح الجامع 2908.

أبا الوليد أسمع ، فقال له عتبة ما قال حتى إذا فرغ قال له النبي ﷺ: «أو قد فرغت يا أبا الوليد»، قال نعم قال: «فاسمع مني» فأخذ النبي ﷺ يتلو عليه من سورة فصلت ... القصة.

خاطب المريض بما يفهم

روت عائشة > قالت: «كان كلام رسول الله ﷺ كلاماً فصلاً يفهمه كل من سمعه»⁽¹⁾، وقال علي <: «حدثوا الناس بما يعرفون ، أحبون أن يُكذَّب الله ورسوله»⁽²⁾، فالهدف من مخاطبة المريض تفهيمه ما يحتاج إليه في مرضه وعلاجه، وليس الهدف إظهار ما عندك من العلم أو الاستعلاء على المريض ببعض المصطلحات ، أو التشدق ببعض الكلام الأجنبي كما هو شائع اليوم، و حذار أن تُشعر المريض بالحرَج أو الاحتقار إذا سألك أو استفسر منك عن كلامٍ قلته له، بل عليك أن تفسح المجال للمريض أن يسأل ويستوعب ويفهم ليخرج من عندك قرير العين مجبور الخاطر⁽³⁾.

لا تفرق بين مرضاك في المعاملة

سيأتيك العالم والجاهل ، الفقير والغني ، الصالح والطالح ، المسلم وغير المسلم ... فلا يجوز لك - بل وأنت مسؤول أمام الله Y- أن تحترم العالم من مرضاك و تحقر الجاهل ... أو تحب بللغني وتهمل الفقير!....

ارفض الوساطة غير المبررة، وعامل الناس باحترام بالغ على حد سواء.

ولا يمكن أن تنجح في مهنتك إلا إذا خرج من عندك الجاهل راضياً مسروراً كما العالم تماماً ... والفقير مثل الغني.

(1) صحيح أبي داود.

(2) صحيح البخاري .

(3) حلية الطبيب المسلم : د. وسيم فتح الله. (كتاب على الأنترنت).

لا تكثر من المزاح مع المرضى

فبغم حاجة المرضى أحياناً إلى المزاح للترويح عن أنفسهم فلا تكثر منه، ولا إفراط ولا تفريط . يقول عمر بن الخطاب <: «من كثر ضحكه قلت هيبته، ومن مزح استخف به، ومن أكثر من شيء عرف به، ومن كثر كلامه كثر سقطه، ومن كثر سقطه قل حياؤه، ومن قل حياؤه قل ورعه، ومن قل ورعه مات قلبه».

احفظ سر مريضك

والسرّ هنا سرّان:

فلما السرّ الأول فهو المرض نفسه: فاسم المرض وطبيعته وإنذاره أشياء مقدسة يجب أن تظل بين اثنين الله ثالثهما ... هما أنت ومريضك ... قال رسول الله ﷺ: (المستشار مؤتمن) (1) ... ولا يجوز لك افشاؤها إلا لضرورة قصوى وفي حالات نادرة تقدر بقرها.

كم نسمع طبيباً يقول لك : فلان هو من مرضاي ، وأنا أتابعه بشكل دوري و أجريت له كذا وكذا .. ولم يخطر بباله أبداً أنه أفشى سرّاً طبيباً لا يقبل به أبداً ذلك المريض ... بل ومن حق أي إنسان ألا يقبله!

تأمل حديث النبي ﷺ: «إذا حدّث الرجل الحديث ثم التفتَ فهي أمّانة» (2).

فإذا كان الحال كذلك فما بالك بأخص خصوصيات وأسرار المريض التي تطلع عليها، أفلا تكون أمانةً أثقل من الجبال؟ حذار أن تتحول أسرار المرضى إلى أحاديث يُتفكك بها في ردهات المشافي والمصاعد وغيرها من المجالس.

(1) رواه الترمذي .

(2) صحيح الترمذي .

وأما السر الثاني فلا علاقة له بالمرض و إنما بالمريض: فقد تُستدعى الى عيادة مريض في بيته ، فتطلع على أحواله المادية: فقد يكون في قمم الغنى أو ربما في قاع الفقر ، فليأكد أن تخرج لتحدّث بهذا أو ذاك.

قال الرازي: «اعلم يا بني أنه ينبغي للطبيب أن يكون رقيقاً بالناس حافظاً للغيب كتوماً لأسرارهم ولا سيما أسرار مخدمه، فإنه ربما يكون في بعض الناس من المرض ما يكتبه عن أخص الناس مثل أميه وأمه ، يكتبون خصوصياتهم ويفشون للطبيب ضرورة، وإذا عالج من نسائه أو جواريه أحداً فيجب أن يحفظ طرفه ولا يجاوز موضع العلة».

تذكر أن الله تعالى مطلع عليك، فلا تستغل موضعك المهني الذي يخولك البحث في ملفات المرضى ونحوه - من دون ضرورة، فهو تجسس وتدخل في شؤون الغير.

احترام استقلالية المرض

فرق كبير بين احترام استقلالية المرض .. واحترام كرامته .. فمثلاً إذا اكتشف الطبيب أن مريضه يعاني من مرض تناسلي، فإن من واجبه في هذه الحالة ليس علاجه فح سب، بل ونصحه إلى العفة والإحصان والطهر ، ذلك لأنك تريد له الخير كله والصالح كله .. صلاح الروح والجسد... والذين يحترمون استقلاليته يعالجون جسده فقط .. ولا شأن لهم فيما سوى ذلك !.

كن متواضعاً

فالتواضع خلق كريم ، يزيد الطبيب رفعة وعزاً ويحبيه إلى قلوب الآخرين. يقول ابن القيم ~: «ومن مكايده - أي الشيطان - أنه يأمرك أن تلقى المساكين وذوي الحاجات بوجه عبوس ولا تزيهم بشراً ولا طلاقة ، فيطمعوا فيك ويتجرءوا عليك ، وتسقط هيبتك من قلوبهم، فيحرمك صالح أدعيتهم، وميل قلوبهم إليك».

تواضع لله تعالى و اشكره على أن وفّقك لهذه الخدمة الجليلة،
و إياك أن يزين لك الشيطان أن الشفاء تمّ بعلمك وذكائك، بل
أرجع السبب إليّ توفيق الله.
تذكر دوماً أن الشفاء جرى على يديك بتوفيق الله جل و علا
ومشيئته وإرادته.

كن صبوراً

قد يتعرض الطبيب حينما يتعامل مع مرضاه ومراجعيه إلى
بعض الكلمات التي تجرح شعوره، وربما يتعرض إلى الإيذاء،
فعلية أن يتحلى بالصبر الجميل، ويحتسب كل ذلك عند الله ،
يقول تعالى: (ثُمَّ نُؤْتُوهُ نُؤْتُوهُ نُؤْتُوهُ) [آل عمران: 186]
لا تقابل إساءة مريضك بإساءة مثلها ، فأنت تتعامل مع
مختلف الطبقات وشرائح شديدة التنوع في المستوى ال ثقافي
والاجتماعي، فقد تكشف على مريض يع تبر معلماً في الأدب أو
الذوق، فتأنس لسلوكه وترتاح لتطبيبه ، وتتمنى لو يكون كل
مرضاك من هذا الطراز ... فيخرج من عيادتك ليدخل عليك
مريض آخر في قمة الجهل أو سوء التصرف فيثير أعصابك.
والمريض أو وليه يقع تحت ضغوط قد تدفعه إلى الاستعجال أو
التلفظ بما لا يناسب الطبيب فعليك بالصبر.

كن حكيماً

يقول الطبري في «فردوس الحكمة»:
«ولا ينبغي لأحد أن يعجل بالعلاج ولا يقوم عليه إلا بعد
التجربة ومعرفة الأدوية، لأن الدواء في يد الجاهل كالسم
الزعاف.. وربما كان السم بحكمة الحكيم وحسن تقديره مثل ماء
الحياة» !!

ويقول الكندي الطبيب المعروف:
«ليتق الله تعالى المطيب ولا يخاطر .. فليس عن الأنفس
عوض..

وكما يجب أن يقال أنه كان سبب عافية المريض وبرئه...
كذلك يحذر أن يقال أنه كان سبب تلفه وموته!».

كن مستقيماً وصادقاً

لا تكثر الحديث عن نفسك فنفكر محاسن عملك ودقة إنجازاتك!!
 اقتصر على مجال تخصصك ولا تعالج الحالات التي ليست داخل تخصصك.
 لا تصف أدوية لا يحتاجها المريض واقتصر على ما تدعو إليه الحاجة.
 لا تعط إجازات مرضية إلا حسب ما تقتضيه حاجة المريض واقتصر على المدة المحتاجة فعلياً.
 يجب على الطبيب إن أدلى بشهادة أو كتب تقريراً طبياً أن يكون مطابقاً للحقيقة، وأن لا تدفعه نوازع القربى أو الصداقة أن يدلي بشهادة تخالف الواقع، وأن لا يشهد الزور.
 ولا تكتب بكفك غير شيء يسرك في القيامة أن تراه

لا يجوز للطبيب أن يمتنع عن إعطاء المريض تقريراً طبياً عندما يطلب منه ذلك، وفق الشروط المتعارف عليها لأن التقرير من أنواع الشهادة والله تعالى يقول: ﴿ تَدْفَعُ فَوْقَ قَفِّهِ ﴾ [البقرة: 283]

لا يجوز للطبيب أن يمتنع عن علاج أي مريض إلا بمبرر شرعي أو علمي مقبول . ولا تتبرم وتتضجر من طلب المريض رأياً ثانياً.

لا تهمل الحالات الميؤوس من شفائها أو التي لا يرجى برؤها، وكل حالة تعالج بقدرها.

تجنب ما حرم الله في العلاج . فالرسول عليه السلاة والسلام يقول: «إن الله لم يجعل شفاءكم فيما حرم عليكم»⁽¹⁾.

راع حرمة الميت كما تراعي حرمة الحي ، فالرسول ﷺ يخاطب الكعبة قائلاً: «والمؤمن أعظم حرمة عند الله منك»⁽²⁾ وقال رسول الله ﷺ: «كسر عظم الميت ككسره حياً»⁽¹⁾.

(1) رواه أحمد وابن حبان .

(2) رواه الترمذي.

ووقف ٤ عندما مرت جنازة يهودي، وعندما تعجب بعض الصحابة من ذلك قال: أليست نفساً؟ (2)

اشحن مريضك بالإيمان

لا يكن علاجك لمرضاك حسيماً فقط، يعني بالأدوية ، و إنما عليك أن تطيب قلوبهم بالكلام الذي يسر ويقوي أرواحهم، وينشط أبدانهم، ويزيل عنهم الهم والغم، قدوتك في ذلك طبيب البشرية رسول الله ٤.

عليك أن تصل مرضاك بالله Y، وأن تخبرهم أن ما أصابهم هو من عند الله، وهم مأجورون عليه.

يقول ابن القيم: «فللقب إذا اتصل برب العالمين وخالق الءاء والدواء، كانت له أدوية أخرى غير الأدوية التي يعانيتها القلب البعيد عن الله، ومتى قويت الأرواح وقويت النفس تعاوننا على دفع الءاء وقهره».

ويقول: «يجب على الطبيب أن ي شجع المريض ولو كان مشرفاً على الموت لأن قوة الإنسان مستمدة من روحه المعنوية». وكان الشيخ الرئيس ابن سينا يخاطب مريضه قائلاً : «انظر أنا وأنت والمرض ثلاثة:

فإذا عاونتني ووقفت بجانبني فنصبح اثنين والمرض وحده فنتغلب عليه ونقهره...

أما إذا وقفت مع المرض .. فعندئذ تصبحان اثنين وأكون وحدي .. وتتغلبان علي ولا أستطيع شفاءك»
يقول الشاعر:

إن الطبيب بطبه ودوائه لا يستطيع دفاع
مقدور أتى

(1) صحيح الجامع 4478.

(2) رواه البخاري.

ما للطبيب يموت بالداء الذي
مضى
قد كان يبيري مثله فيما
مات المداوي والمداوى والذي
اشترى
جلب الدواء وباعه ومن
وقد ينبه الطبيب مريضه إلى أن مرضه مرض عُضال
بأسلوب لطيف، لينبهه على ضرورة اغتنام ما تبقى من عمره في
رد المظالم والتوبة من المعاصي والتزود من القربات.

ابتعد عن الشبهات

فلا تشارك في أي نشاط لا يتفق مع شرف المهنة، حتى لا نقف موقف الاعتذار، ولا يقدح في نزاهتك أحد، مصداقاً لقوله **ع:** «فمن اتقى الشبهات استبرأ لدينه وعرضه»⁽¹⁾، ورحم الله الفاروق عمر بن الخطاب < حينما قال: «كنا ندع تسعة أعشار الحلال مخافة أن نقع في الحرام».

وهناك أمران يتعلقان بمسألة العورات؛ أحدهما تدرج إباحة الإطلاع على العورة للحاجة أو الضرورة بالنسبة للمريضة فتبدأ بالطبيبة المسلمة، فإن عدمت فالطبيبة غير المسلمة، فإن عدمت فالطبيب المسلم، فإن عدم فالطبيب غير المسلم، ما لم يفوت هذا التدرج مصلحة طبية معتبرة تعود إلى تفاوت المهارة المهنية⁽²⁾، وأما المسألة الثانية المتعلقة بموضوع العورات فهي مراعاة حرمة الإطلاع على العورات المغلطة بغض النظر عن توافق الجنسين أو اختلافهما، فالرسول الله **ع** يقول: «لا ينظر الرجل إلى عورة الرجل، ولا المرأة إلى عورة المرأة، ولا يفضي الرجل إلى الرجل في ثوب واحد، ولا تفضي المرأة إلى المرأة في الثوب الواحد»⁽³⁾.

فلا يجوز للطبيب أن يتوسع في قاعدة «الضرورات تبيح المحظورات»، فالنظر إلى عورة المريض للضرورة معتبر في شرع الله، ويجوز كذلك مس العورة بقدر الحاجة ودون تجاوز، فمتى انتهى الطبيب من الفحص حرم عليه النظر أو اللمس بعده

(1) رواه البخاري .

(2) أما التدرج بالنسبة للمريض يكون من الطبيب المسلم إلى الطبيب غير المسلم إلى الطبيبة المسلمة إلى الطبيبة غير المسلمة وكل هذا مقيد ومقدر بالحد الذي تندفع به الضرورة والحاجة.

(3) صحيح مسلم.

إلا لضرورة أخرى لاحقة ، تطبيقاً للقاعدة الفقهية «ما جاز لعذر بطل بزواله»، وليتذكر الطبيب قوله تعالى: (بح بخ بم بي) [الصفات: 24] وأن يتذكر قوله تعالى: (چ چ چ چ د د د د ذ ذ ذ ذ ذ ذ ك) [النور: 30].

تعلم الأحكام الشرعية في ممارستك

لأن الناس سوف يستفتونك في أمورهم الصحية ذات الصلة بالعبادات، وينبغي عليك أن تلم ببقية الأحكام المتعلقة بالصحة والمرض إجمالاً ، فهذه المعرفة تحمي ك وتحمي مرضاك من الوقوع في محذور من المحظورات.

فالتبيب الذي وضع القثطرة البولية أو أجرى العملية الجراحية لفتح مخرج للفضلات ونحوه مسؤول عن تنبيه وتوجيه مريضه إلى أحكام طهارته. وأقل ما تبرأ به الذمة أن ينبه الطبيب مريضه إلى ضرورة سؤال من يثق بدينه من أهل العلم كي يفنيه ويرشده إلى ما يحتاج إليه . روى عمران بن حصين < قال: «كانت بي بواسير، فسألت النبي ﷺ عن الصلاة فقال: صل قائماً، فإن لم تستطع فقاعداً، فإن لم تستطع فعلى جنب»⁽¹⁾.

ومن أدق هذه المسائل التي تستشكل على كثير من الناس بل وتحير أهل العلم أحياناً ما يتعلق با لدماء الطبيعية عند النساء، فحريّ بالطبيبة التي تصدّت لهذا التخصص أن تكون خير دليل لمريضاتها.

وواجب الطبيب الذي يشخص المرض ويصف الدواء أن ينبه المريض إلى مثل قوله تعالى: (ي نج نج ثم) [الأنبياء: 35]، وإلى قوله ﷺ: «ما يزال البلاء بالمؤمن والمؤمنة، في نفسه وولده وماله، حتى يلقي الله وما عليه خطيئة»⁽²⁾ وقوله ﷺ: «عجباً لأمر

(1) رواه البخاري

(2) صحيح الجامع 5815

المؤمن إن أمره كله خير، وليس ذاك لأحد إلا للمؤمن، إن أصابته
سراء شكر فكان خيراً له، وإن أصابته ضراء صبر فكان خيراً
له»⁽¹⁾.

أخلاقيات الفريق الطبي

- لا تنتقص من المكانة العلمية أو العملية لزميل آخر، و
لا تحط من قدره أو تشيع عنه الأخبار السيئة .
- تعاون مع زملائك على خدمة المرضى وتحسين
الرعاية الصحية .
- لا تتوانى في الاستعانة بزميل لك لعلاج مريض أو
للاستشارة الطبية.
- يقول العماني الطبيب : «من استبدَّ بمعالجته في حالة مرضه
وإن كان طبيباً حاذقاً فقد يعرض للخطأ بجهد».
- قدّم مشورتك بصدق وأمانة ودون تردد إذا ما طلب
مرتك ذلك مصداقاً لقوله ﷺ: «الدين النصيحة»⁽²⁾.
- علّم زملاءك الأقل خبرة ، فالرسول ﷺ يقول: «الذال
على الخير كفاعله»⁽³⁾.
- ويقول أيضاً: «من سئل عن علم علمه، ثم كتبه، أجم يوم
القيامة بلجام من نار»⁽⁴⁾.
- انشر كل ما تقرؤه من جديد الأبحاث العلمية تعميماً
للفائدة.
- عامل زملاءك كما تحب أن يعاملوك امتثالاً لقوله ﷺ:
«لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه»⁽¹⁾.

(1) صحيح مسلم 5318

(2) رواه مسلم.

(3) صحيح الجامع 3399

(4) صحيح الترمذي 2649

➤ إياك والتحاسد والتباغض فيما بين الأطباء:
 فللطبيب أخو الطبيب يوقر حضرته ويحفظ غيبته، ويتجنب
 إساءته ويقدم له العون والنصح والمشورة كلما دعت الحاجة، ولا
 يأكل لحمه، ولا يكيد له ولا يحقد عليه، ولا يتبع عورته، فقد صح
 عن رسول الله ﷺ أنه قال: «لا تغتابوا المسلمين ولا تتبعوا
 عوراتهم فإنه من اتبع عوراتهم يتبع الله عورته ومن يتبع الله
 عورته يفضحه في بيته»⁽²⁾، كما قال ﷺ: «لا تباغضوا ولا تحاسدوا
 ولا تدابروا وكونوا عباد الله إخواناً»⁽³⁾.
 وبراءة الصدر من الغل والبغض أخذناه من قوله تعالى:
 (والذين جاءوا من بعدهم يقولون ربنا اغفر لنا ولإخواننا الذين
 سبقونا بالإيمان ولا تجعل في قلوبنا غلاً للذين آمنوا ربنا إنك
 رؤوف رحيم) [الحشر: 10].

لا تطعن ولا تشهر بزملائك

➤ لا يجوز للطبيب، وتحت أي ظرف كان، أن ينتقد
 زميله لابوجوده ولا بغيابه، ولا أمام المريض ولا
 بوجود الناس..
 ➤ إذا لاحظ الطبيب أن التدخل من قبل أحد زملائه أو
 رؤسائه من شأنه التأثير على سلامة ممارسته الطبية
 أو خشي أن يؤدي ذلك التدخل إلى الإضرار
 بالمريض فعليه مناقشة المسألة مع الزميل أو الرئيس
 المعني (بطريقة حضارية وفي مكان مناسب، بعيداً
 عن المريض) وفي حالة عدم الاتفاق يرفع الأمر
 للجهة المختصة للنظر فيه.

(1) رواه البخاري

(2) صحيح الترغيب 2340

(3) صحيح البخاري.

➤ اجتنب الغيبة والتجريح واحترم الكبير ، فالرسول ﷺ يقول: «لا تباغضوا ولا تحاسدوا ولا تدابروا وكونوا عباد الله اخواناً»⁽¹⁾

➤ لا تثر الشكوك حول التشخيص الموضوع أو العلاج الموصوف من قبل زميل آخر أمام المريض حتى ولو لثقت بتعتقد غير ذلك ...

فللطب علم واسع لا يمكن لإنسان أن يحيط به كله حتى ولو كان ذلك في الاختصاصات المحدودة ... فلا يجوز لأي طبيب أن يدّعي (مهما كانت شهاداته وخبراته) أنه جمع الطب من أطرافه، ووقف عند كل مستجداته ، حتى أصبح فوق كل زملائه يستعلي على كل أقرانه!!

ألم تر مريضاً يأتيك يحمل وصفة زميلك ، ليقول لك بكل جرأة أنه لم يستفد منها ... لا بل وساءت حاله ... ولف نظرت إلى تاريخ وصفها لوجدت أنه لم يمض على استعماله الدواء يوم أو يومان! ... لكن عدم ثقته بالطبيب الأ ول ج عله يبحث عن دواء أقوى وأسرع! ... فإن شهّرت بزميلك زدت الطينة بلة لأنك أكدت له عدم الثقة التي كانت في رأسه، وربما خرج من عندك لذهب إلى زميل آخر يسأل علاجاً أنجع وأقوى!

قد تقع من زملائك أخطاء يسيرة لا تضر في المريض شيئاً، فعلى الطبيب الذي يقع على شيء من أخطاء زملائه التي لا تضر في نفسها أن يستر على أخيه بما لا غش فيه للمريض ولا ضرر، بخلاف ممارسة بعض الأطباء الذين لا يلبثوا أن يكتشفوا زلة يسيرة لطبيب آخر حتى يبادروا إلى تجريحه واتهامه في علمه ، ويتظاهر هذا المجرّح بأنه يريد مصلحة المريض بل ووجه الله

(1) رواه الشيخان.

أحياناً!!، وهو في حقيقة الأمر لا يريد إلا إسقاط ذاك الطبيب من عين المريض .
 أما إذا كان الخطأ مما يضر بالمريض أو يستلزم كشفه له ،
 فمحل الستر هنا هو عدم الإفواط وتجاوز الحد في اتهام الطبيب .
 وضابط الستر هو فيما لا يضر بالمريض، بحيث يستر على
 الزلات اليسيرة لزملائه الأطباء التي لا يترتب عليها ضرر ،
 وإنما تكون تقويتاً للأكمل والأفضل . فإذا أعطى طبيب مريضه
 مضاداً حيويّاً لعلاج التهاب ما ، ولكن هناك مضاد حيوي أفضل
 منه، فإذا كان المضاد الحيوي الأول كافياً ولا يتضرر حالة
 المريض، فلا ينبغي التشهير بهذا الطبيب أمام المريض.

علاقتك مع هيئة التمريض:

احترم أعضاء الهيئة التمريضية و اعرض ملاحظتك
 المهنية بطريقة حضارية.
 اجعل تعليماتك الخاصة بالرعاية الطبية للمريض كتابة و
 بصورة واضحة .
 إذا رأيت الممرضة أن أوامر الطبيب لا تتفق مع متطلبات
 الحالة الصحية للمريض فينبغي عليها إبداء رأيها وملاحظاتها
 للطبيب بأدب واحترام .
 استمع بجدية واحترام إلى ملاحظات و آراء الهيئة
 التمريضية بشأن أوامرك العلاجية، حتى ولو تعارضت مع رأيك .
 ساعد الهيئة ال تمريضية على تطوير معارفها العلمية
 ومهاراتها المهنية . علمهم و درّبهم فسيعود ذلك النفع على
 المرضى.

علاقتك مع المهن الصحية المساعدة:

احترم زملاء المهنة من غير الأطباء ، و قدّر دورهم في علاج المرضى والعناية بهم ، وابن علاقتك بهم على التعاون البناء لخدمة مصلحة المرضى.

اجعل توجيهاك واضحة ومحددة للهيئات الصحية المساعدة (أشعة - مختبر - علاج طبيعي - تخدير... الخ)، و تأكد من تنفيذها .

ابدل جهدك في تعليمهم وتدريبهم، وتأكد من التزامهم بمبادئ أخلاقيات المهنة .

حافظ على المؤسسة التي تعمل بها:

حافظ على سمعتها و ممتلكاتها و استخدمها استخداماً رشيداً فهي أمانة بين يديك. وأسهم في تطويرها و الارتقاء بها .
كن قدوة في الالتزام بالقوانين و الأنظمة و التعليمات السارية فيها بشرط عدم تعارضها مع المبادئ الأساسية لأخلاقيات المهنة .

تضارب المصالح :

- لا يجوز للطبيب تحت أي ظرف أن يقدّم مصلحته الشخصية، مالية كانت أم اجتماعية على مصلحة المريض الذي يعالجه .
- لا يجوز للطبيب أن يبني قراراته المتعلقة بإدخال المريض المستشفى أو القيام بأي إجراءات طبية ، من وصف الأدوية أو الإجراءات التشخيصية أو العلاجية، بغرض الربح المادي دون النظر إلى حاجة المريض الفعلية.
- للأطباء الحق في الدخول في علاقات تعاقدية قانونية بما في ذلك الحصول على أسهم ملكية في المنشآت الصحية أو المنتجات الصحية أو الأجهزة **(وفقاً لأحكام القوانين النافذة في البلد المعني).**
- وفي حالة تحويل المريض إلى أي من المؤسسات التي يشارك فيها الطبي عليه مراعاة ما يلي:
أن تكون هذه المنشأة متميزة عن غيرها.
إذا لم تكن كذلك فعليه إعطاء المريض حرية الاختيار.
أن يكون التحويل إلى تلك المنشأة ضرورياً لحالة المريض وألا يمكث المريض في المنشأة وقتاً أكثر من المطلوب ⁽¹⁾.

أخلاقيات تعليم طلاب الطب:

للأستاذ حقوق وعليه واجبات ...
فمن واجبات الأستاذ لتلاميذه أن يرأف بهم ويحنو عليهم وألا يكتم عنهم علماً هم في حاجة إليه وأن يعاملهم كأبنائه

(1) الوثيقة الإسلامية لأخلاقيات الطب والصحة (www.emro.who.int)

يقول **ع:** «من سئل عن علم ثم كتبه أجم يوم القيامة بلجام من نار»⁽¹⁾.

ويقول: «يأتيكم رجال من قبل المشرق يتعلمون فاذا جاؤوكم فاستوصوا بهم خيراً»⁽²⁾.

وعلى الطبيب أن يحترم طلاب الطب ويقدر دورهم في علاج المرضى والعناية بهم ، وأن يبذل الجهد في تعليمهم وتدريبهم، ويتأكد من التزامهم بمبادئ أخلاقيات المهنة . ولا ينتقص من القدرة العلمية أو العملية لطالب، ولا يحط من قدره أو يشيع عنه الأخبار السيئة.

وعلى الطبيب أن يتوخى الدقة والأمانة في تقويمه أداء من يعملون أو يتدربون تحت إشرافه فلا يبخص أحداً حقاً، كما لا يساوي بين المجتهد والمقصر في التقويم .

وعلى الطلبة أو من يتلمذون على الأستاذ – وإن كانوا قد حازوا الدرجات العلمية – أن يظهروا احترامهم و مودتهم وتقديرهم لأستاذهم وشكرهم له في السر والعلن.

الطبيب وعلاج الأرواح

أثبتت الأبحاث العلمية العالمية دور الدين والجوانب الروحية في تقبل المريض للعلاج واستفادته منه، وتعاليت الصيحات العالمية لتبني العلاج الروحي مع المرضى والاهتمام بالقضايا الدينية، وألفت في ذلك الكتب ونشرت المجالات العلمية العالمية التي تعنى بهذا الأمر مثل مجلة «**الدين والصحة**» **Journal of Religion and Health** رغم ضلال معظم تلك العقائد والأديان⁽³⁾.

(1) رواه الترمذي.

(2) رواه الترمذي.

(3) Hall DE Measuring Religiousness and Health Research, Journal of Religion and health 2008; 47:134-163

وإذا كان رضا المريض من أهم أهداف المنشآت الصحية، فإن حسن المعاملة هي السبيل الأقرب لذلك، فالكلمة الطبية والابتساماة وحسن الخلق هي من دعائم حسن المعاملة الرئيسية، وقد أشار الحبيب المصطفى ﷺ إلى ذلك بقوله: «إنكم لن تسعوا الناس بأموالكم، ولكن يسعهم منكم بسط الوجه وحسن الخلق»⁽¹⁾.

تقييم المرضى لاهتمام الفريق الطبي بالجوانب الفقهية والأخلاقية:

قام الأستاذ الدكتور محمد بن عثمان الركبان بإجراء دراسة مسحية مقطعية **Cross Sectional Study** على عينة عشوائية من المرضى في عدد من مشافي الرياض في عام 2006 م، لمعرفة أهمية الخلق الحسن مع المرضى من وجهة نظره، والوقوف على مدى رضا المرضى عن معاملة العاملين بالمستشفى لهم، وتحديد مدى اهتمام الفريق الطبي بالجوانب الفقهية التي تهم المريض. وقد شارك في الدراسة 408 مريض تراوحت أعمارهم بين 7 - 100 سنة، وتبين أن 70% من المرضى راضون عن مراعاة الفريق الطبي لنفسياتهم، وأن 54% راضون عن معاملة الفريق الطبي لهم.

وأظهرت الدراسة أن الاب تسامة (68.4%) والكلمة الطيبة (65.9%) وإعطاء المريض تفاصيل عن حالته الصحية (62.7%) وحسن الخلق (65.7%) هي أهم الأمور المحببة للمرضى عند تعامل الفريق الطبي معهم.

ولم يرض 43.4% من المرضى عن اهتمام الفريق الطبي بالجوانب الشرعية كالتذكير بالصلاة والطهارة، رغم أن 93.7% منهم يرون أهمية قيام الفريق الطبي بذلك⁽¹⁾.

⁽¹⁾ رواه أبو يعلى والبزار.

وأكدت هذه الدراسة وغيرها ضعف اهتمام الفريق الطبي بالتذكير بالقضايا الشرعية التي تهم المريض.
يقول ابن القيم في وصفه للطبيب الحاذق :
(أن يكون له خبرة باعتلال القلوب والأرواح وأدويتها، وذلك أصل عظيم في علاج الأبدان.. والطبيب إذا كان عارفاً بأمراض القلب والروح وعلاجهما كان هو الطبيب الكامل .. وكل طبيب لا يداوي العليل، بتفقد قلبه وصلاحه، وتقوية روحه وقواه بالصدقة، وفعل الخير والاحسان والاقبال على الله والدار الآخرة، فليس بطبيب بل هو متطبب)⁽²⁾.

لا تنس الدعوة إلى الله

لاشك أن على الطبيب أن يدعو إلى الله عز وجل ، ولكن بلسلوب آخر ، فإن إتقانك لطبك ومداواتك لمريضك هو دعوة إلى الله...

وإن معالجة حكيمة لمريض يشفى بها بإذن الله ، أو تقنية جراحية يلهمك الله إياها جزاء تفكيرك وجهدك هي دعوة إلى الله ...

وإن تعليمك لطلابك ب تفانٍ وإخلاص لتخريج العلماء والمبدعين هي دعوة إلى الله ...
وإن كتابك تكتبه أو مقالاً تنشره أو بحثاً تقوم به، فيستفاد منه في الوقاية من الأمراض أو معالجة الأدواء هو دعوة إلى الله .
اطلب العون من الله وابدأ فحصك للمريض أو كتابة الوصفة بذكر اسم الله فإن ذلك:
➤ ادعى للتوفيق في العمل.

(1) تقييم المرضى لاهتمام الفريق الطبي بالجوانب الفقهية والأخلاقية : للدكتور محمد

بن عثمان الركبان. أبحاث مؤتمر الفقه الاسلامي الثاني بالرياض 1431هـ.

(2) زاد المعاد في هدي خير العباد لابن القيم 4\132

فالرسول عليه الصلاة والسلام يقول : «كل عمل ذي بال لم يبدأ فيه بحمد الله فهو أبتن»⁽¹⁾

- يجعلك تستشعر دورك كوسيط، وأن الشافي هو الله .
 - ويجعلك توجّه عملك لله فتثاب عليه.
 - ويمنح المريض دفعة روحية.
- استعن بالله في مواجهة الصعاب ولا تكون إلى قوتك وعلمك .
 كان شيخ الإسلام ابن تيمية ~ كثيرا ما يقول في دعائه إذا استعصى عليه تفسير آية من كتاب الله تعالى : «اللهم يا معلّم آدم وإبراهيم علمني ويا مفهّم سليمان فهمني» .
 تخير المكان والوقت المناسب لموعظتك، فليس جميلاً أن تكون بجوار مصنع ذي ضجيج أو مكان يشق على الحضور.

أجرة الطبيب

يستحق الطبيب - وكل صاحب مهنة - أجرة على عمله وخدماته.

وقد حل الإسلام مسألة أجرة الطبيب حلاً عادلاً عظيماً. قال تعالى: (تَوَّ تَوَّ تَوَّ) [الشعراء: 80].

فالشفاء بيد الله لا بيد الطبيب ، ولذلك فإن أجرة الطبيب على أساس ما يبذل من جهد لا على الشفاء ، لأن الشفاء خارج عن قدرته .

ولو جعل الله الشفاء بيد الطبيب ، لما استطاع الإنسان أن يوفي للطبيب أجره ، بل لما استطاعت الحكومات ذلك ، لأن الإنسان لا يقدر بثمن . ولا يحق للطبيب أن يمنّ على المريض بالشفاء، وفي ذلك رفع لكرامة المريض .

يقول علي بن رضوان في «أخلاقيات الطبيب»:

⁽¹⁾ رواه النسائي.

«أن تكون رغبته في إبراء المرضى أكثر من رغبته فيما يلمسه من الأجرة .. ورغبته في علاج الفقراء أكثر من علاج الأغنياء».

قسم الطبيب المسلم :

ما زال الأطباء في العالم الإسلامي يقسمون قسم أبقراط .. والذي ينص على أمور بدائية وبديهية، ولدينا من تعاليم الإسلام ما هو أكثر إيجابية وأعلى مستوى من ذلك.

قسم ابقراط

«أقسم بالإله الطبيب ، واهب الصحة والشفاء ، على أنه على قدر استطاعتي وتقديري سأتمسك بهذا القسم وهذا الميثاق .
بأن أرى المعلم في هذه الصناعة بمنزلة أبائي وأن أقاسمه ما أمثلك حينما يكون في حاجة إلى ذلك ، وأن أرى أبناءه بمنزلة إخوتي ، وأن أعلمهم هذه الصناعة إن هم أرادوا ذلك، بلا أجر أو مساومة . وإنه بالتعليم والمحاضرة وكل وسيلة من وسائل التنقيف، سأفضي بتلك الصناعة لأبنائي وأبناء من علّ موني، ولتلاميذتي، وليس لأحد غيره، مرتبطاً بالميثاق والقسم على إطاعة قانون الطب، واقصد بقدر طاقتي منفعة المرضى عما يضرهم أو يسيء إليهم، وألا أعطي دواءً قتالاً أو أشير به، أو لبوساً مسقطاً للجنين.

وأحفظ نفسي على النزاهة والطهارة، وأحافظ على السر الطبي، وألا أجري عمليات للمصابين بالحصى، وأن أترك ذلك للمتمرنين فيه، وأن أدخل البيوت لمنفعة المرضى، متجنباً كل ما يسيء إليهم ، وألا أخادع أو أهتك عرضاً للنساء أو الرجال أحراراً كانوا أو عبيداً ، ولا أفشي ما يجب أن يبقى سراً بالنسبة لما أرى وأسمع من الناس، سواءً ذلك ما يتصل بمهنتي أو ما

يخرج عنها ، وما دمت م بقياً على هذا العهد فلأستمتع بالحياة،
ولأمارس مهنتي بين الناس، فان نكثت هذا الميثاق فليكن نقيض
ذلك من نصيبي».

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



قِسْمُ الطَّبِيبِ

اِقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

- * أن أراقب الله في مهنتي ...
- * وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها . في كل الظروف والاحوال بآذلا وشبي في أستفادها من الهلاك والمرضى والألسم والفسلق .
- * وأن أحفظ للناس كرامتهم ، وأشتر عورتهم ، وأكتم سرهم
- * وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله ، بأذلا رعائتي الطبيية للقریب والبعید ، للصالح والخاطيء ، والصديق والعدو
- * وأن أشابر على طلب العلم ، أسخره لرفع الإنسان .. لا لأذاه .
- * وأن أوقر من علمني ، وأعلم من يصغرنی ، وأكون أخا لكل زميل في المهنة الطبيية متعاونين على السبر والتقوى
- * وأن تكون حياتي ومصدق إيماني في سريتي وعلانياتي ، نقيية ومعا يُشبهها تجاه الله ورسولہ والمؤمنين .

وَاللَّهُ عَلِيمٌ بِالْغُورِ

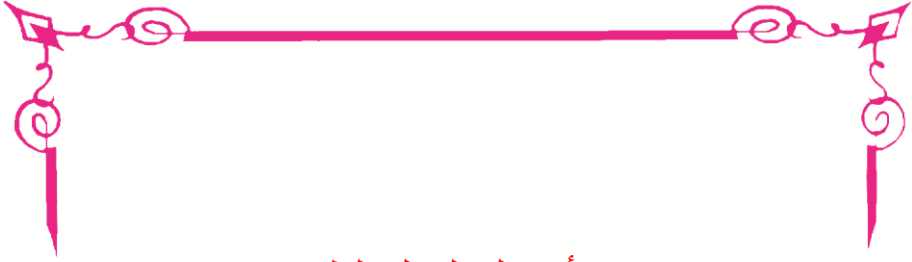
مع تجبات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية - دولة الكويت

الوصايا الخمس للأطباء

- 1- تذلل إلى الله، واطلب منه شفاء مرضاك، وادع الله لهم في السر والعلن.
 - 2- اعمل لنفع الناس، وليس لج مع المال، ولتكن نيتك خدمة خلق الله.
 - 3- اعلم بأن الله مراقبك، وه و يراك في كل عمل تقوم به.
 - 4- فكر.. اقرأ.. استشر.. اعمل ما تراه مفيداً.
 - 5- انظر لكل مريض على أنه أخ أو أب أو ابن.
- واعلم أنك عن قريب ستجني الثمار الطيبة المباركة لمثل هذا السلوك ..
- شفاء لمرضاك ..
وفلاحا في عملك ..
وبركة في أهلك ومالك ..
وطمأنينة في نفسك ..
وذكراً حسناً بين الناس .. وما عند الله خير للأبرار ! .
- واعلم بأنك عن قريب صائرٌ **خبراً فكن خيراً بخيرٍ يُكرَ**

الفصل الرابع

أصول العمل الطبي



أصول العمل الطبي

عرّف الإمام ابن رشد صناعة الطب بقوله «صناعة فاعلة عن مبادئ صادقة يلتمس بها حفظ بدن الإنسان وإبطال المرض، وذلك بأقصى ما يمكن في واحد من الأبدان»⁽¹⁾ ويزيد الإمام ابن رشد الكلام وضوحاً فيقول : «إن هذه الصناعة ليس غايتها أن تبرئ ولا بد، بل أن تفعل ما يجب ، بالمقدار الذي يجب، في الوقت الذي يجب، ثم ينتظر حصول غايتها»⁽²⁾.

وعرّف الشيخ الرئيس ابن سينا علم الطب بقوله : «علم يتعرف منه أحوال بدن الإنسان من جهة ما يصح ويزول عن الصحة، ليحفظ الصحة حاصلة، ويستردها زائلة»⁽³⁾. ومن التعريفات الحديثة لمهنة الطب، أنها علم، يبحث مقومات الحياة والصحة، ونشأة الأمراض وتشخيصها، وطرق العلاج والوقاية»⁽¹⁾.

(1) الكليات في الطب للإمام ابن رشد القرطبي ص 9. طبعة المجلس الأعلى للثقافة

1989م.

(2) المرجع السابق.

(3) القانون في الطب لابن سينا ج 1 ص 3 طبعة دار الفلّو.

وبناء على التعريفات السابقة لمهنة الطب يكون الطبيب هو الذي يمارس مهنة الطب، ويبدل كل ما في وسعه للحفاظ على صحة الإنسان ووقايته من الامراض، و إنقاذه منها، والعمل على استرداد الصحة الزائلة

تعريف الطب والطبيب في الاصطلاح الفقهي

الطب في اصطلاح الفقهاء يُطلق على التداوي والمداواة. ويعرّف الإمام الشيرازي الشافعيّ الطبيبَ بقوله: «هو العارف بتركيب البدن ومزاج الأعضاء، والأمراض الحادثة فيها، وأسبابها، وأعراضها، وعلاماتها، والأدوية النافعة فيها، والإعتياض عما لم يوجد منها، والوجه في استخراجها، وطريق مداواتها، ليساوي بين الأمراض والأدوية في كمياتها، ويخالف بينها، وبين كفيّاتها»⁽²⁾.

وصناعة الطب في الفقه الإسلامي لا تقتصر على العمل المادي الذي يقوم به الطبيب لعلاج جسم المريض، بل تشمل أيضاً العمل النفسي والروحي الذي يقوي به الطبيبُ روحَ المريض.

وفي هذا المعنى يقول الإمام ابن القيم ~: «كل طبيب لا يداوي العليل بتفقد قلبه وصلّاحه، وتقوية روحه وقواه بالصدقة، وفعل الخير والإحسان، والاقبال على الله والدار الآخرة، فليس بطبيب، بل متطبب قلّصر»⁽³⁾.

فالتبيب في الفقه الإسلامي يجمع بين علاج البدن وعلاج الروح، فقد يكون اعتلال البدن بسبب اعتلال النفس، وقد تكون تقوية النفس أعظم أثراً في الشفاء من العلاج بالأدوية والمركبات.

(1) الموسوعة العربية العالمية ج 15 / 502.

(2) نهاية الرتبة في طلب الحسبة للإمام الشيرازي ص 97.

(3) زاد المعاد في هدي خير العباد لابن القيم 4 / 142.

وبناء على ما سبق يمكن تعريف العمل الطبي في الفقه الإسلامي بأنه «ذلك العمل الذي يقوم به شخص متخصص من أجل الحفاظ على الصحة موجودة، وتنميتها، واستعادتها مفقودة وذلك بمداواة المرض الحادث للإنسان لإزالته، أو تخفيف حدّته، أو الوقاية منه، مستعيناً في ذلك بالقواعد والتعاليم المتعارف عليها بين أهل الخبرة في هذا الشأن».

الشروط اللازم توفرها قبل ممارسة العمل الطبي في الفقه الإسلامي:

- ← أن يكون القائم بالعمل الطبي مؤهلاً للقيام بهذا العمل.
- ↑ أن يكون الباعث على العمل الطبي على جسد المريض هو علاجه وإزالة العلة منه، أو على الأقل تخفيفها.
- أن يكون القائم بالعمل الطبي قد أذن المريض أو ولي أمره له في مباشرته⁽¹⁾.
- ↓ أن يكون ولي الأمر (المحتسب سابقاً أو وزارة الصحة حالياً) قد أذن له بالممارسة الطبيّة.

(1) الامتناع عن علاج المريض بين الفقه الإسلامي والقانون الوضعي : هشام محمد مجاهد القاضي دار الفكر الجامعي، الإسكندرية 2007م ص 75.

الإذن الطبي

يُشترط لمباشرة العمل الطبي حصول القائم بالعمل الطبي على إذن المريض وموافقة قبل القيام به ، وهذا الإذن قد يكون صريحاً، وقد يكون ضمنياً، ولا عبرة بالصورة التي يصدر عليها، المهم هو صدور هذا الإذن من المريض قبل القيام بالعمل الطبي.

ولكي يكون الرضاء ذا قيمة قانونية، لا بد أن يوضح الطبيبُ للمريض نوع العلاج أو الجراحة تفصيلاً ، حتى يصدر رضائه وهو على بينة من الأمر⁽¹⁾.

وإذا لم يحصل القائم بالعمل الطبي على موافقة المريض، أو من ينوب عنه قبل مباشرة العمل الطبي على جسده، وبالرغم من ذلك قام بمباشرة العمل الطبي ، فإن فعله في هذه الحالة يكون مجرماً وفقاً للقواعد العامة في هذا الشأن.

(1) رضى المريض عن الأعمال الطبية والجراحية، د . مأمون عبد الكريم، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية 2006م.

ماهو الإذن الطبي ؟

الإذن الطبي هو أن يُبيح المريضُ، أو وليه الشرعيُّ، للطبيبِ المأذونِ له، بالقيام بإجراءٍ طبيٍّ على المريضِ في ظرفٍ مكاني وزماني محدد.

ويكونُ الإذنُ الطبيُّ مطلقاً، أو مُقيّداً. فالمطلقُ هو الذي يأذنُ فيه الأذنُ للطبيبِ بالقيام بالعملِ الطبي الذي يستدعيه علاجه. والمقيّدُ هو الذي يُحدّدُ فيه الآذنُ فعلاً طبياً معيناً يأذنُ بفعله.

ويشترط في صحة إذن المريض :

← أن يكون الإذن صادراً عن المريض أو وليه في حال عدم أهليته.

↑ أن يكون أهلاً للإذن.

→ أن يكون الآذن مختاراً.

↓ أن يشتمل الإذن على الإجازة بالعمل ال جراحي أو

التشخيصي.

○ أن تكون صيغة الإذن واضحة

± أن يكون المأذون به مشروعاً.

ويشتمل «إذن المريض» للطبيب على أربعة أركان :

← الشخص الآذن (وهو المريض أو وليه) .

↑ والمأذون له (وهو الطبيب ومساعدوه).

→ والمأذون به (وهو العمل الجراحي أو الإجراء

التشخيصي)

↓ والصيغة (وهي العبارة التي تدل على إجازة العمل

الجراحي أو التشخيصي).

ويطلبُ الإذنُ الطبي من المريضِ أو وليِّه الشرعيُّ للأغراضِ التالية، متفرقةً أو مجتمعةً:

← إجراء الفحص الطبي، وهذا لا يحتاج للإذن الكتابي بل يكفي أن يكون شفويًا أو ضمناً.
↑ أي عملية جراحية.

→ إعطاء أي مخدر وخاصة التخدير العام أو النصفى
↓ إجراء فحوصات فيها تدخل في جسم المريض مثل القسطرة القلبية ومناظير الجهاز الهضمي أو البولي أو التناسلي، ومثل أخذ خزعات من الكبد أو الكلى أو الرئتين وغيرها. وكذلك إجراء التداخلات العلاجية الشعاعية.
○ استخدام المعالجة الكيميائية أو الشعاعية في علاج السرطان⁽¹⁾

مَنْ يَحِقُّ لَهُ الْإِذْنُ:

الآذِنُ هو المريضُ الراشِدُ الواعي والمتبصِّرُ والمختار. فلا يُعْتَدُ بإذنِ القاصر، ولا المُشَوَّشِ عقلياً، ولا يُعْتَدُ بإذنِ الغافلِ الذي لم يفهم المراد من الإذن، ولا يُعْتَدُ بإذنِ الشخصِ المُكرهِ على قولِ أكره عليه.

الإذنُ حقٌّ متمحضٌ للمريضِ ذي الأهلية:

إنَّ المريضَ متى كان قادراً على التعبير عن إرادته، فإنَّ الإذنَ في الإجراء الطبي حقٌّ متمحضٌ له : لا يجوز لأحدٍ أن يفئات عليه فيه، وليس لأحدٍ أن يجبره على الإذن، ولا أن يأذن نيابةً عنه، وليس لأحدٍ أن يعترض على إذنه بهذا الإجراء ما لم يكن هناك مُسوّغٌ شرعي لذلك.

(1) المرجع السابق.

إذن المرأة عن نفسها حقّ مُتمحّضٌ لها

يحق للمرأة أن تعطي الإذن بالعلاج مالم يتعلق ذلك بقضايا الإنجاب فينبغي عندئذ أخذ موافقة الزوج. وكثير من الأطباء يجهلون ذلك، خاصة ال ذين يعملون في البلاد العربية من الأجانب. فقد انفجر رحم المرأة والأطباء ينتظرون إذن الزوج بعملية قيصرية لولادة متعسرة في مدينة في نجد قبل سنوات!. وتأخرت الديليزة (تصفية الدم من الشوائب لقصور الكلى) عن امرأة راشدة، سبع ساعاتٍ في انتظار (وليّها) من الذكور!.

إذا كان المريضُ فاقداً للأهلية:

متى ما انتفتت الأهلية عن المريض بعدم الرشد، أو عدم العقل، جاز أن يُطلب الإذن من وليّه الشرعي. ولا يُعتدُّ بإذن الغافل حتى يُبصرَ بالإجراء الطبي وما يترتبُ عليه. كما لا يُعتدُّ بإذن المُكره.

مراتبُ الولاية:

والولاية مرتبةٌ بحسب ترتيب الأولياء الشرعي: فأقربُ الأولياء شرعاً هو الزوج ثم الإبن ثم الأب ثم الأم. ويقومُ مقام الأب الجدُّ وإن علا. ثم الإخوة الأشقاء، وهكذا، بحسب الترتيب الشرعي. أما إذا تنازع الأب والزوج ولاية امرأة مريضة، وفاقدة للأهلية (كما حدث في أمريكا)، فلمن تكون الولاية؟

والجواب أنه في الشرع تكون الولاية للزوج إلا إذا كان في غير مصلحة المريضة . وهذا أمر يقرره القضاء بناء على مصلحة المرأة المريضة (المولى عنها) (1) .

كيفية الإذن

ينقسم الإذن الطبي من حيث دلالاته إلى قسمين:
الأول: **الإذن الصريح**، كأن يقول المريض للطبيب أذنت لك بالفحص أو إجراء عملية جراحية ونحو ذلك.
ومنذ إبداء المريض موافقته على معالجة الطبيب له ، يكون قد قبل ضمناً بالأعمال الطبية الضرورية والمتعارف عليه في كل نشاط طبي عادي.

ويكتفى بالإذن الشفوي لإجراء الفحص السريري والتحليل المخبرية العادية مثل تحليل الدم والبول والبراز والأشعة العادية التي ليس فيها أي تدخل في جسم المريض.

الثاني: **الإذن غير الصريح (الضمني)**: كأن يظن الطبيب أن المريض يعاني من مرض في الجوف يستدعي الاستئصال، (كالتهاب الزائدة الدودية، مثلاً) فيأذن له المريض باستئصالها، فإذا شرع في الجراحة وجد أن ما يعاني منه المريض وجود ورم مثلاً، وأما الزائدة فهي سليمة.

فهل للطبيب استئصاله أخذاً بأن المريض أذن له باستئصالها على أنها هي سبب المرض؟(2)
والحقيقة أنه إذا ظهر سبب المرض غير الذي كان يظن الجراح، فإن المريض قد أذن له باستئصاله؟.

(1) الرضا عن الغير في مجال الأعمال الطبية، د . علي جابر محبوب علي، دار النهضة العربية، القاهرة 2010م.

(2) يحتاط بعض الأطباء بأخذ إذن واضح بأن يقوم بما يلزم إذا وجد مرضاً آخر أو استجد أمر أثناء عمل العملية الجراحية. وهو إجراء سليم ويجنب الإشكالات.

وحالة أخرى أنه إذا فوجئ الطبيب أثناء الجراحة بمرض أخطر من ذلك الذي كشف عنه، فهل توقف الجراحة حتى يبصرَ المريض بوضعه الجديد؟

ينبغي أن يُخبرَ ولية إذا كان موجوداً، وتتم العملية بناءً على ذلك. أما إذا لم يكن أحد الأُولياء موجوداً فينبغي أن تُتراعى مصلحة المريض بإتمام العملية على أكمل وجه.

دلالة الإذن :

← أن الغالب في المرضى عدم معرفتهم بتفاصيل الأمراض، واختلاف أعراضها، وإنما هم مطمئنون إلى تشخيص الطبيب وما يقرره .

↑ أن المريض لم يأذن بإجراء العلاج أو الجراحة، إلا لأجل طلب السلامة، وحفظ نفسه من التلف والهلاك، فإذنه بالعمل المعين يبنى بإذنه في كل ما يحصل له به السلامة والحفظ.

→ أنه محسن والله تعالى يقول : (تَدْعُهُمْ إِلَى الْهُدَى وَإِلَى الْحَقِّ) [التوبة: 91]. وهذه الآية أصل في رفع العقاب عن كل محسن.

↓ أن الطبيب بين أمرين ، إما أن يجري ما ظهر له، اعتماداً على ذلك الإذن ، أو يترك مريضه حتى يفيق من تخديره ثم يستأذنه، ولا شك أن الأول أوّلى، فهو أَدفع للمشقة عن الطبيب والمريض.

واجب الطبيب في تبصير المريض أو وليّه

يجبُ على الطبيب المعالج أو مَنْ يُمثله أن يُبصّرَ المريضَ ذا الأهلية، أو أو لياء المريض فاقِدِ الأهلية، يُبصّرَه بالعمل الطبي المقصود (وله ثلاثة أركان):

← الغرض منه.

↑ والفائدة المرجوة منه.

→ والأضرارُ التي قد تترتبُ عليه.
ويجبُ على الطبيبِ المعني أن يتيقنَ - إلى حدِّ معقولٍ - أن المريضَ ذا الأهلية، أو وليَّ المريضِ فاقدِ الأهلية، قد فهمَ أركانَ التداخلِ الطبيِّ الثلاثة.

ماذا يخبر المريض ؟

يجب أن يحاط المريض علماً بـ:

- ← هل الإجراء تشخيصي أم علاجي، أم وقائي أو تجميلي؟
- ↑ النتائج المتوقعة من حيث الألم والوظيفة والإحساس .
- احتمالات نجاح العملية .
- ↓ وجود احتمالات أخرى .
- المخاطر الجسدية أو العقلية أو النفسية المحتملة.
- ± المضاعفات المحتملة: بما فيها معدل الالتهاب.

هل يبصرُ الطبيبُ مريضه بكل احتمالات نتائج العلاج ؟

إذا كان الرأي الراجح في التشريعات الدولية يعتقد أن الطبيب غير مُلزم بتبصير مريضه بكل النتائج المأساوية والاستثنائية التي يتضمنها العلاج ، فإن هناك جانباً من المشرّعين من يرى عكس ذلك ، ويقول بأن على الطبيب أن يبصرَ مريضه بكل المخاطر التي يتعرض لها ، ويكشف له عن حالته على حقيقتها مهما كانت مرارة ما يفصح به.

والحقيقة أن ممارسة مهنة الطب تكون من الصعوبة بمكان، إذا كان على الطبيب أن يبصرَ مريضه على نحو كامل بالأسباب الفنية التي بنى عليها تشخيصه، ومبررات ووسائل العلاج التي اختارها، وأسباب اختياره لها، وكل المخاطر حتى ما كان منها شاذاً أو استثنائياً. ولا يمكن أن نطالب الطبيب بأن يتحول إلى مُحاضر في الطب!!.

ويعتمد الالتزام بالتبصير على حالة الاستعجال والضرورة :
فكلما كان العلاج ضرورياً وعاجلاً، كان نطاق الإلتزام بالتبصير
الملقى على عاتق الطبيب ضئيلاً ضيقاً.

أما إذا كانت الغاية من التدخل الطبي تحسين حالة المريض
الصحية العامة، فإن على الطبيب أن يُعلم المريض إعلماً كاملاً
ويبصره بكل المخاطر، حتى وإن كانت استثنائية كما في حالات
جراحة التجميل والتجارب غير العلاجية ونحوها.
وهناك نوعان من المخاطر التي قد يتعرض لها المريض :

الأولى: مخاطر عادية ومتوقعة.

والثانية: مخاطر غير عادية وغير متوقعة.

فالمخاطر العادية المتوقعة يجب على الطبيب أن يخبر
المريض بها. أما المخاطر غير العادية وغير المتوقعة فإن القانون
يكاد يجمع على أن الطبيب لا يلتزم بلفت نظر المريض إلى الشاذ
النادر، فلا يُطلب من الطبيب الذي يشرف على سيدة توشك على
وضع حملها أن يخبرها أن اثنتين في الألف من السيدات الحوامل
يهتن أثناء الولادة، أو يخبر من يقدم على عملية استئصال الزائدة
الدودية أن كل تخدير يحتمل إغماءة مميتة. فيكفي أن يعلم المريض
بالمخاطر المتوقعة عادة، بأن يعطى فكرة معقولة عن حالته،
تسمح له بأن يتخذ قراراً راشداً وحكيماً⁽¹⁾.

ويرى بعض القانونيين أنه يجب على الطبيب تبصير
المريض بحقيقة حالته مهما كانت صعبة، فمن حق المريض أن
يكون سيد نفسه، وبالتالي لا يجوز إجراء أي تدخل علاجي - من
حيث المبدأ - إلا بعد تبصير المريض تبصيراً كاملاً، والحصول

(1) التزامات الطبيب في العمل الطبي : د. حسين نجيدة ص 24، معصومية الجسد : د.
حمدي عبد الرحمن ص 41. الامتناع عن علاج المريض : هشام القاضي ص 119،
مسؤولية الطبيب بين الفقه والقانون : د. حسان شمسي باشا و د. محمد علي البار.

على موافقته ، وأن أي إخفاء للحقيقة عنه يكون خطأ يستوجب مسؤولية الطبيب⁽¹⁾.

وهناك بعض الحالات التي يلتزم فيها الطبيب بإعلام المريض إعلاماً كاملاً، وتبصيره بكل المخاطر التي يمكن أن يتعرض لها ، حتى ولو كانت استثنائية ، كما هو الحال في عمليات جراحة التجميل⁽²⁾.

(1) رضا المريض عن الأعمال الطبية والجراحية د . مأمون عبد الكريم، مرجع سابق.

(2) المسؤولية الطبية في الجراحة التجميلية، د. منذر الفضل مكتبة دار الثقافة، عمان

وينبغي أن تكون المعلومات المقدمة من الطبيب: بلغة سهلة بعيدة عن التراكم الفنى والمصطلحات العلمية ، متناسبة مع المستوى الثقافى للمريض ، وبشكل مبسط يسمح معه للمريض بفهم وضعه الصحى. ويحق للمريض أن يوكل عنه من يشاء، ومن حقه أن يرفض التبصير، وأن يطلب من الطبيب أن يقوم بما يراه مناسباً لحالته، بشرط توثيق ذلك بشهود.

مراعاة ظروف المريض النفسية:

ينبغي على الطبيب، وهو يقوم بتبصير المريض، مراعاة الحالة النفسية والمعنوية للمريض، حتى لا تؤثر سلباً على حالة المريض العضوية.

فقد يكون إيمان بعض المرضى بالله تعالى قوياً ، وتكون إرادتهم قوية، وقيام الطبيب بتبصير المريض بحقيقة مرضه، سوف يساعده في الالتزام بالعلاج والمحافظة على صحته خوفاً من تدهورها، وخوفاً من تفاقم المرض. ففي هذه الحالة يقدر الطبيب هذه الظروف، ويخبر المريض بحقيقة مرضه ومدى خطورته وبالمقابل، هناك بعض المرضى الذي تتصف شخصيتهم بالقلق والوسوسة، فينبغي على الطبيب حينئذ للمحافظة على حالة المريض النفسية، فلا يبصره بكل الحقائق، لأنها قد تؤدي إلى الإضرار بمصلحته، بل قد تؤدي إلى صدمة هائلة تؤثر على حالته الصحية وقد تسبب له اضطرابات تؤثر في سلامة تفكيره وتقديره للأمور ويقول فقهاء القانون : «لو علم المريض - في كثير من الحالات - كل آثار مرضه ، وأبعاده لترتب على ذلك ردود فعل سيئة بالنسبة للعلاج ، بل إن بعض المرضى لو أفصح لهم

الطبيب عن كافة التوقعات المعروفة والمستقبلية ، فإن ذلك قد يدفعهم إلى رفض العلاج كله»⁽¹⁾ .
ولكن لا بد من التأكيد في هذه الحالة على ضرورة إحاطة المقربين من المريض علماً بهذه الأمور.

كل ما يدل على الرضا فهو إذن

كل ما يدل على الرضا والموافقة فهو كافٍ في حصول الإذن.

والتعبير عن الإرادة يكون بعدة طرق:

النطق هو الأصل في البيان، ولكن قد تقوم مقامه كل وسيلة أخرى مما يمكن أن تعبر عن الإرادة الجازمة تعبيراً كافياً مفيداً. وأما السكوت فالأصل أنه لا يعتبر إذناً ؛ وذلك لقاعدة : لا «ينسب لساكت قول».

فلو سكت المالك حين يرى الغير يبيع ملكه، لم يكن هذا السكوت إذناً بالبيع، وهذا محل اتفاق.

الإذن الطبي مكتوباً أم شفاهة؟

يكون كتابياً أو شفويّاً حسب العمل المتخذ؛ فلإذن الكتابي يجرى في حالات تترافق بنسبة من الخطورة، أو خشية حصول آثار جانبية للمريض.

ففي مثل هذه الحالات يُفضّل أن يكون الأذن الطبي مكتوباً، ويُوقّع عليه المريضُ ذو الأهلية، أو ولي المريضِ فاقد الأهلية، ويشهد على الإذن شاهداً عدلٍ.

أمّا إذا كان الإجراء الطبي عادياً كوصفة طبية، أو إرشادات في العمل أو الجسم، فيكتفى فيه بالإذن الشفوي.

(1) رضى المريض عن الأعمال الطبية والجراحية، د . مأمون عبد الكريم، مرجع

ويتعدد الإلتزام بالتبصير أثناء فترة العلاج ، بتعدد الأعمال الطبية التي يخضع لها المريض.
ومتى أعطى المريض المؤهل والقادر على إعطاء الإذن إذنه للطبيب، وامتنع أولياؤه من القرابة عن ذلك لم يُ لتفت إلى امتناعهم.

ولا يجوز للطبيب ممارسة أي ضغط على المريض ، فدوره ينتهي بتبصيره بأمانة تاركاً له حرية الاختيار⁽¹⁾، إلا إذا طلب المريض صراحة رأيه ومشورته، وهنا يمكن للطبيب أن يبين له مخاطر الإحجام، وفوائد الاقدام.

إذا كان المريض فاقداً للأهلية ولا ولي له:

يُرفع الأمر إلى الحاكم أو من ينوب عنه، كالشرطة أو إدارة المستشفى، ليأذن بالإجراء الطبي، لأن الحاكم (هو ولي من لا ولي له)، وله أن يقيم ولياً على المريض نائباً عنه.

غياب من له حق الإذن:

يُنظر في حالة المريض:

فإن لم يكن المريض في حالة خطرة، بل تسمح حالته بالتأخير لحين قدوم وليه، فلا بد من انتظار الولي.
وإن كان المريض مهدداً بالموت أو تلف عضو من أعضائه إذا لم يتم علاجه وإسعافه، [ومن أمثله: المصابون في الحوادث المرورية، أو فيما حكم ذلك من الطوارئ الطبية التي يُخشى أن تؤدي بحياة المريض إن تأخر التداخل الطبي]، فهذا يجب على الطبيب مباشرة الإجراء الطبي دون استئذان لإنقاذ المريض

(1) من الأمانة أن يوضح الطبيب للمريض ما يضره وما ينفعه، والدين النصحية فإذا كان المريض مثلاً من مستعملي التبغ يوضح له مخاطر ذلك. والشيء ذاته يقال عن الخمر والمخدرات والزنا واللواط. ويكون الطبيب صريحاً ورفيقاً.

الحالات التي يسقط فيها وجوب الإذن :

يسقط وجوب أخذ الإذن من المريض أو وليه الشرعي قبل التدخل الطبي في ثلاث حالات:

الحالة الأولى : أن يكون المريض مهدداً بالموت أو تلف جسيم في الجسم أو الأعضاء، ما لم يُسَعَفَ عاجلاً بطبابة أو جراحة فورية، ولا تسمح حالته الصحية بأخذ الإذن الطبي.

الحالة الثانية : أن يكون مصاباً بمرض مُعدٍ يُخشى انتشاره في المجتمع ما لم يُبادر بعلاجه، ففي هذه الحالة يُعالج المريض أو يُعزَلُ وإن لم يأذن بذلك.

الحالة الثالثة : أن يكون مريضاً مرضاً نفسياً خطيراً يهدد حياته أو حياة الآخرين، فيمكن آنذاك إدخاله المستشفى النفسي مرغماً ومعالجته، بعد اتخاذ الإجراءات المطلوبة. ففي الحالات المذكورة آنفاً يستوثق من صحة حدوثها بالتشاور مع طبيبٍ حاذقٍ آخر، ما أمكن ذلك، ويوثق ذلك في نصٍّ مكتوبٍ، ومشهودٍ.

حق الدولة (المجتمع):

من حق الدولة:

أن تفرض التداوي قسراً على المريض حتى لا يضر المجتمع، وأن تعزله في مستشفيات خاصة (المحجر الصحي)، وأن تفرض التطعيم ضد أمراض الأطفال مثل الحصبة وشلل الأطفال والسعال الديكي والتهاب الكبد الفيروسي، وأن تفرض التطعيم عند السفر ضد الكوليرا والحمى الصفراء والحمى الشوكية، وأن تفرض التداوي في حالة الإصابة بالأمراض الجنسية كالسيلان والزهري وغيرهما.

ويستحب للمريض إذا طُلب منه الإذن بالعمل الجراحي أو التشخيصي أن يأذن به، وذلك لاستحباب التداوي، وهو ما روي عن النبي ﷺ: «تداووا عباد الله فإن الله لم يضع داء إلا وضع له معه شفاء إلا الهرم»⁽¹⁾

هل للولي الامتناع عن الإذن بعلاج موليه؟

لا يسوغ للولي أن يمتنع عن معالجة موليه إذ الولاية تتضمن فعل الأصلح، وعدم العلاج ضرر محض فلا يكون من حق الولي. وهذا محل نظر، خاصة في حالة الأطفال الذين يتولاهم آباؤهم وأمهاتهم.

ويجب أن تكون هناك آلية سريعة بحيث تنتزع الولاية على الطفل (أو ناقص الأهلية)، ويتولاهما شخص آخر يعيّن القاضي. وهناك إجراءات تتيح لإدارة المستشفى بعد تبليغ الجهات القضائية المختصة هاتفياً بإجراء التدخل الطبي السريع⁽²⁾.

وخلاصة القول: أن الطبيب يلتزم بتبصير المريض بأخطار العلاج والتدخل الجراحي خاصة، والألم الناتج عن ذلك، ولا يعفى الطبيب من هذا الالتزام إلا إذا كان فيه إلحاق ضرر بالغ بالمريض، وضرره أكثر من نفعه.

ولكن قد تطرأ أثناء العملية الجراحية حالة تقتضي تدخلاً جراحياً آخر، ويكون من المتعذر على الطبيب الحصول على رضا المريض وتبصيره، فهنا يجوز للطبيب أن يقوم بإجراء الجراحة اللازمة للمريض اعتماداً على الرضا السابق⁽³⁾.

(1) رواه أبو داود والترمذي.

(2) الرضا عن الغير في مجال الأعمال الطبية، د. علي جابر محبوب علي، (مرجع سابق).

(3) يمكن أخذ إذن مسبق بإجراء ما يلزم إذا طرأ في العملية ما يوجب ذلك.

ونؤكد على ضرورة أن يقوم الطبيب الجراح أو مساعده بإعلام المقربين من المريض والمتواجدين عادة أمام غرفة العمليات - بذلك أثناء إجراء العمل الجراحي. وعلى الطبيب أن يشرح للمريض فيما بعد ما حدث له والسبب في ذلك التدخل الجراحي العاجل. والحقيقة أن ليس هناك شيء أفضل من إقامة علاقة ثقة ووثام بين المريض والطبيب. ولا ننسى أيضا أهمية العلاقة بين الطبيب وأهل المريض.

الإنبابة في المداواة:

قد يصعب في بعض الحالات استمرار الطبيب بمعالجة مريض ما لظروف تتعلق بالطبيب نفسه، فيجوز للطبيب المعالج أن ينبب عنه طبيباً آخر من اختصاصه نفسه يتابع حالة المريض. وقد ينظر ذوو المرضى إلى تلك الإنبابة بشيء من الريبة، خاصة عند حدوث مضاعفات عند المريض أو تأخر شفائه، فيلومون الطبيب الأساسي على ما حصل. والواقع أن الطبيب الأساسي لا يتحمل أي مسؤولية على هذه المضاعفات، إذا كانت من المضاعفات المعتادة في هذا المرض، شريطة أن يكون الطبيب البديل يحمل نفس مؤهلات الطبيب الأول، وأن يكون المريض أو ذوهه قد وافقوا على متابعتة للحالة المرضية بدلاً من الطبيب المعالج⁽¹⁾.

(1) في المستشفيات (الحكومية والجامعية) يكثر وجود طبيب بديل، ولكن الطبيب البديل يطلع على كل ملفات المريض وأحواله. ولا يجد المريض أو أهله بدأ من الموافقة على هذا البديل وإلا تعذر عليه التداوي.

قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم: 7 / 5 / 67

بشأن العلاج الطبي

إذن المريض

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي الدولي المنعقد في دورة
مؤتمره السابع بجدة في المملكة العربية السعودية من 7-12 ذي
القعدة 1412 الموافق 9-14 أيار (مايو) 1992م.
بعد اطلاعه على البحوث الواردة إلى المجمع بخصوص
موضوع العلاج الطبي،
وبعد استماعه إلى المناقشات التي دارت حوله، قرر ما يلي:

إذن المريض:

- يشترط إذن المريض للعلاج إذا كان تام الأهلية، فإذا كان عديم الأهلية أو ناقصها اعتبر إذن وليه حسب ترتيب الولاية الشرعية ووفقاً لأحكامها التي تحصر تصرف الولي فيما فيه منفعة المولى عليه ومصالحته ورفع الأذى عنه . على أنه لا يعتبر بتصرف الولي في عدم الإذن إذا كان واضح الضرر بالمولى عليه، وينتقل الحق إلى غيره من الأولياء ثم إلى ولي الأمر .
- لولي الأمر الإلزام بالتداوي في بعض الأحوال، كالأمراض المعدية والتحصينات الوقائية.
- في حالات الإسعاف التي تتعرض فيها حياة المصاب لخطر لا يتوقف العلاج على الإذن.
- لا بد في إجراء الأبحاث الطبية من م وافقة الشخص التام الأهلية بصورة خالية من شائبة الإكراه (كالمساجين) أو الإغراء المادي (كالمساكين). ويجب ألا يترتب على إجراء تلك الأبحاث ضرر .

ولا يجوز إجراء الأبحاث الطبية على عديمي الأهلي أو ناقصيها ولو بموافقة الأولياء إلا إذا كانت هذه الأبحاث في مصلحة الشخص المصاب أو المجموعة المماثلة . ولا بد من حصول إذن هؤلاء الأشخاص (عديمي الأهلية أو ناقصيها). ولا بد من أن لا يؤدي البحث إلى ضرر أشد من المرض الذي يبيحث. وكلما كانت الفوائد المرجوة لنفس الشخص (الذي سيجرى عليه البحث) أو مجموعته، كبيرة والأضرار المحتملة نادرة وضيئلة، أصبح إجراء البحث مطلوباً».

الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة

عملية جراحية .. كلمة ذات وقع مهيب، وخاصة عندما يكون الأمر مستعجلاً، وليس هناك كثير من الوقت للتفكير. وكثير من أطراف هذه الهيئة سببه الخوف من المجهول، وعدم معرفة العملية. ما هي؟ وكيف تجري؟ وماذا سيحدث بعدها؟

الطبيب ينصح .. والمريضة أو المريض يرفض .. فماذا يفعل الطبيب؟

موضوع يواجه الأطباء في كل مكان .. في المشافي الحكومية وفي المشافي الخاصة .. في المشافي الجامعية والمشافي الصغيرة

.. وقد توجد حالات يصعب فيها الحصول على إذن المريض أو وليه، وهذه الحالات لا يمكن معها الإنتظار، إذ قد يترتب عليه فقد المريض لحياته، أو لأحد أعضائه، أو إلحاق ضرر بالغ به، فهل يجوز في مثل هذه الحالات مباشرة العلاج بدون إذن أم لا؟

سقوط الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة:

إذا تعذر الحصول على إذن المريض أو وليه، وكانت بالمريض حالة ضرورة لا يمكن معها التأخير، فإن العمل الطبي والحالة هذه يكون مباحاً، ولا ضمان على الفاعل لأنه أحسن إلى المريض.

وقد بحث هذا الأمر مجمع الفقه الإسلامي الدولي المنبثق عن منظمة المؤتمر الإسلامي في دورته الثامنة عشرة في ماليزيا من 24 إلى 29 جمادى الآخرة 1428هـ، الموافق 9 - 14 تموز (يوليو) 2007م.

قرار رقم 171 (18/10) بشأن الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة

وقرر ما يأتي :

أولاً: يجوز اتخاذ التدابير والإجراءات الطبية اللازمة في الحالات الإسعافية (طب الطوارئ) دون حاجة إلى أخذ موافقة المريض أو وليه في الحالات التالية :

وصول المريض في حالة إغماء شديد أو في حالة يتعذر الحصول معها على الموافقة قبل التدخل .

أن المريض في حالة صحية خطيرة تعرّضه للموت تتطلب التدخل السريع قبل الحصول على الموافقة .

أن لا يوجد مع المريض أي من أقاربه الذين لهم حق الموافقة مع ضيق الوقت .

ثانياً: يشترط للتدخل الطبي في مثل تلك الحالات: أن يكون العلاج مقرأً من الجهات الصحية المختصة ومعترفاً به.

ضرورة وجود طبيب اختصاصي في فريق لا يقل عن ثلاثة أطباء للموافقة على التشخيص وا لعلاج المقترح⁽¹⁾، مع إعداد محضر بذلك موقع عليه من الفريق.

ضرورة أن تكون الفوائد المتوقعة من العلاج تفوق أضراره مع تقليل المخاطر قدر الإمكان.

بعد إفاقة المريض على الطبيب شرح التفاصيل الكاملة له.

(1) قد يكون من المتعذر وجود هذا الفريق الطبي، وخاصة في مستشفيات القرى والمدن الصغيرة . ولهذا يجب الإسعاف وإجراء العمل الطبي والجراحي على وجه السرعة في حالة تعذر الحصول على الإذن وهو ما صرح به قرار المجمع الفقهي الدولي في مؤتمره السابع بجدة 1412 هـ / 1992 والذي سبق ذكره، كما إن هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية أباحت ذلك وأقرّه أيضاً تنظيم وزارة الصحة بالمملكة.

أن تكون المعالجة مجانية ، وإذا كانت لها تكاليف فتحدد من
جهة متخصصة محايدة». انتهى القرار.

رفض المريض للعلاج

لماذا يرفض المريض العلاج؟

هناك عدد من الأسباب التي تجعل المريض يرفض العلاج أو العمل الجراحي:

1 - الخوف من الموت : فمنهم من يرفض العمل الجراحي لخوفه من الموت ، رغم ما يبديه لك من أنه لا يخاف الموت !! . فكلمة عملية جراحية كلمة ذات وقع مهيب ترتبط عند بعض الناس بذكريات أو حوادث أليمة أصابت قريباً أو صديقاً، رغم أن سلامة العمليات الجراحية قد تطورت تطوراً مذهلاً خلال العقود الأخيرة.

2 - الخوف من المجهول: ومنهم من يرفضه خوفاً مما تخبئه عواقب العمل الجراحي ، فيخشى أن تصيبه بعد العملية من المضاعفات والاختلاطات ما يسيئه.

3 - الزهد بما بقي من العمر : فمنهم من يأبى العلاج لأنه شعر أنه قد وصل إلى أواخر العمر ، فلا داعي لأن يعرض نفسه لاختلاطات العلاج أو العمليات الجراحية.

4 - الجهل وقلة الوعي: ومنهم من لا يستطيع أن يفهم ح الته المرضية بشكل واع فيرفض العلاج، دون أن يدرك عواقب مثل ذلك القرار.

5 - الفقر: ومن المرضى من يرفض العلاج أو العملية الجراحية بسبب ضيق الحال وعدم القدرة على تحمل تكاليف العلاج أو العملية الجراحية . وللأسف الشديد فقد أصبحت العمليات الجراحية المعقدة باهظة التكاليف . فعملية وصل

شرايين القلب التاجية تكلف حوالي 10 آلاف دولار . وحتى العلاجات الدوائية، فقد أصبحت باهظة التكاليف ، شديدة أعباؤها على كثير من المرضى . فمريض مصاب بارتفاع ضغط الدم ومرض السكر وارتفاع الدهون، وما أكثرهم في هذه الأيام، ربما تصل تكاليف أدويته إلى أكثر من 300 دولار شهرياً.

6 - عدم الثقة بالطبيب أو المستشفى : ونشاهد هذا بشكل

خاص في المشافي الخاصة ، فقد يوصي الطبيب مثلاً بإجراء عملية قيصرية دون داع طبي لها أو عملية تجميلية لا طائل منها وغير ذلك . وقد لا يثق المريض تمام الثقة بالمشافي الحكومية الصغيرة التي تفتقر إلى الأجهزة و الإمكانيات.

7 - التبصير المشتتل على تخويف للمريض من مضاعفات

العمل الجراحي : فحين يخبر الطبيب مريضه أن احتمال حدوث الوفاة 30 %، والفشل الكلوي 20 %، والنزف 10 % وهكذا، فإن عدداً من المرضى سوف يتردد في قبول هذه المخاطر!! .

8 - عدم وجود أعراض شديدة عند المريض : فارتفاع

ضغط الدم لا يسبب عادة أية أعراض ، وربما يتساءل المريض لماذا أتناول العلاج وأنا لا أشكو من أي شيء . وقد تكون شرايين المريض متضيقه جداً ولا يشكو إلا القليل من الأعراض فيرفض إجراء عملية لشرايين القلب.

فهل من حق المريض أو ولي أمره أن يرفض العلاج ؟

وهل يأتئم إذا أصر على رفض العلاج ؟

هل يستطيع الطبيب إجبار المريض على قبول العملية

الجراحية؟

هل يأتئم الطبيب بترك المريض أو وليه مصراً على رأيه

بعدم العلاج؟

ورفض المريض للعلاج له جوانب ينبغي إيضاحها:

- أولاً:** هل من حق المريض أو و لي أمره أن يرفض العلاج الواجب؟
- ثانياً:** هل يأتّم إذا أصر على رفض العلاج الواجب؟
- ثالثاً:** ما هو حق المجتمع تجاه مريض أو ولي أمره يرفض العلاج وهو يشكل خطراً على المجتمع؟
- رابعاً:** هل يلزم المريض بالعلاج أو ولي أمره بالموافقة من قبل الوالي (السلطة)؟
- خامساً:** هل يأتّم الطبيب بترك المريض أو وليه مصراً على رأيه بعدم العلاج الواجب؟
- ولكن لا بد قبل بحث هذه الأمور من إلقاء الضوء على أحكام التداوي أولاً.

أحكام التداوي:

عن أبي الدرداء < أن رسول الله ﷺ قال: «إن الله أنزل الداء والدواء، وجعل لكل داء دواء. فتداووا ولا تتداووا بحرام»⁽¹⁾.

وقد حمل العلماء الأمر الوارد في هذا الحديث حمل النذب لا الوجوب لوجود أحاديث صحيحة تفيد إباحة التداوي أو تفضيل عدم التداوي.

وقد اختلف أهل العلم في حكم التداوي على أقوال أشهرها ما يلي:

القول الأول: أن التداوي مباح وهو قول جمهور أهل العلم⁽²⁾ من الحنفية⁽¹⁾ والمالكية⁽²⁾ والشافعية⁽³⁾ والحنابلة⁽⁴⁾. وإن اختلفوا هل الأولى فعله أو تركه.

(1) أخرجه أبو داود بسند صحيح.

(2) مجموع فتاوى شيخ الإسلام ابن تيمية (269/24).

وأما من قال أن ترك التداوي أفضل - وربما عبّوا عن ذلك بلفظ الكراهة - فغاية ما أحتجّ به حديثان:

الحديث الأول: عن عطاء بن أبي رباح قال : قال لي ابن عباس: ألا أريك امرأة من أهل الجنة؟ قلت بلى ، قال: هذه المرأة السوداء أتت النبي ﷺ فقالت إني أُصرِّع ، وإني أتكشّف ، فادعُ الله لي. قال: «إن شئتِ صبرتِ ولكِ الجنة ، وإن شئتِ دعوتُ الله أن يعافيكِ» فقالت: أصبر ، فقالت: إني أتكشّف ، فادعُ الله لي ألا أتكشّف ، فدعا لها(5).

والحديث الثاني: ما أخرجه الشيخان من حديث ابن عباس (6) الطويل ، وفيه قول النبي ﷺ: «... ثم رُفِع لي سواد عظيم ، فقيل لي: هذه أمتك ، ويدخل الجنة من هؤلاء سبعون ألفاً بغير حساب...» ثم فسّرهم بقوله: «هم الذين لا يسْتَرْقون ولا يتطيرون ولا يكتون ، وعلى ربهم يتوكلون»(6).

القول الثاني : أنه واجب وهو قولٌ لبعض الحنابلة (7) وحصره بعض أهل العلم فيما إذا علم تحقق الشفاء (8) .
وقد أفتى مجمع الفقه الإسلامي الدولي بأن التداوي يختلف حكمه باختلاف الأحوال والأشخاص.

(1) العناية شرح الهداية (500/8) .

(2) الثمر الداني في تقريب المعاني ص 534 .

(3) مغنى المحتاج (357/1) .

(4) الروض المربع 172 .

(5) رواه البخاري.

(6) رواه البخاري و مسلم

(7) الآداب الشرعية (361/2) .

(8) الإنصاف (10/6) .

فيكون واجباً على الشخص إذا كان تركه يُفسي إلى تلف نفسه أو أحد أعضائه أو عجزه، أو كان المرض ينتقل ضرره إلى غيره كالأمراض المعدية .

ويكون مندوباً إذا كان تركه يؤدي إلى ضعف البدن ولا يترتب عليه ما سبق في الحالة الأولى .

ويكون مباحاً إذا لم يندرج في الحالتين السابقتين .

ويكون مكروهاً إذا كان بفعل يخاف منه حدوث مضاعفات أشد من العلة المراد إزالتها⁽⁴⁾ .

وذكر الإمام الغزالي في «إحياء علوم الدين» أسباباً دعت بعض الصحابة والتابعين وتابعيهم إلى ترك التدوي، منها:
← أن يكون المريض قد علم بقرائن الأحوال أن مرضه مرض الموت، وأن الدواء بالتالي لا ينفعه، وهو ما حدث لأبي بكر الصديق> .

↑ أن يكون مشغولاً بمآله وخوف عاقبته حتى ينسيه ألم المرض. (مثل ما نقل عن أبي ذر الغفاري).

→ العلة مزمنة ويغلب على الظن عدم نفع الدواء . قال الغزالي: «واكثر من ترك التدوي من العبّ اد والزّة اد هذا مستندهم» .

↓ لينال ثواب الصبر على البلاء، وهو يطيقه وتكفير الذنوب لمن أسرف على نفسه.

◦ لمن يعرف في نفسه الأثر والبطر ونسيان النعمة عند الصحة وحلول العافية، فإذا جاء المرض عرف ربه والتجأ إليه، فيتترك التدوي حتى لا تعاوده الغفلة.

هل من حق المريض أو ولي أمره أن يرفض العلاج الواجب ؟

(4) قرار المجمع رقم 7/5/69. مجلة مجمع الفقه الإسلامي (العدد السابع (3/731) .

ما هو العلاج الواجب؟

يجب العلاج (التداوي) اذا علم أن الدواء يزيل المرض يقيناً أو يغلب على الظن الشفاء به بإذن الله ، لأن الأحكام الشرعية مبنية على غلبة الظن وأن المرض إذا لم يُعالج سيؤدي إلى التهلكة، أو إلى تلف عضو من الأعضاء، أو الإعاقة الدائمة، أو أن المرض معدٍ، و سيؤدي إلى اصابة الآخرين اذا لم يُعالج.

والعلاج الواجب له وجهان :

جانب متعلق بالمريض :

← إذا أصاب المريض مرض خطير يترتب عليه تلف النفس أو عضو من الجسد مثال ذلك رجل حدث له حادث في الطريق فبدأ ينزف، فهل يجب علاج ذلك حتى يوقف النزيف الذي قد يؤدي به إلى التهلكة ؟ فالجواب: نعم

↑ مريض أصيب بحمى شوكيه (خاصة عند الأطفال)، فهل يجب علاجه ؟ فالجواب نعم، لما يترتب على ذلك من تخلف عقلي وإعاقة بدنيه في حق المصاب .

→ مريض مصاب بالتهاب في المجاري البولية وحدث عنده تجرثم في الدم ، فالعلاج في حقه واجب لأنه يمكن أن يموت بصدمة جرثومية **Septic shock**.

↓ أمراه حامل مصابة بالإنسمام الحلمي **Preeclampsia** فالعلاج في حقه وفي حق الجنين واجب .
○ مريض شاب مصاب بجلطة في القلب أو جلطة في الرئة فالعلاج في حقه واجب

± مريض مصاب بقرحه حادة في المعدة تنزف دماً ، إذا لم يعالج فقد يموت من النزيف، فالعلاج في حقه واجب .
" طفل حديث الولادة اكتشف لديه نقص في إفراز الغدة الدرقية، فالعلاج في حقه واجب لما يترتب على عدم العلاج من تخلف عقلي.

وهذه الحالات وأمثالها مقطوع أو يغلب على الظن أثر العلاج عليها، وهي تشبه إنقاذ معصوم من هلكة أو غرق أو هدم أو نحوه .

ولا يجوز لأحد أن يمنع أحداً من التداوي، خاصة إذا ما كانت حياته مهددة بالخطر إن هو منع من التداوي.

وجانب متعلق بالمجتمع:

فإذا كان هناك مريض مصاب بداء قد يؤدي إلى وباء عام مثل الكوليرا أو الحمى الشوكية في الحج أو غيره، فهذا علاجه واجب من جانبين: جانب في حق المريض وجانب في حق المجتمع، فإذا كان العلاج واجباً فتركه الواجب محرّم. وليس من حق المريض أو وليه أن يرفض العلاج إذا تحقق الضرر وكان العلاج يغلب على الظن أنه ناجع، فالشريعة جاءت لحفظ الكليات الخمس ومنها النفس والعقل).

قال سلطان العلماء العز بن عبد السلام : «الطب كالشرع وضع لجلب مصالح السلامة و العافية، و لدرء مفاسد المعاطب و الأسقام» وإذا ترك المسلم واجباً فهو آثم.

وإذا رفض مريض يشكل مرضه خطراً على المجتمع أو وليه العلاج فمن حق أفراد المجتمع أو طائفة منهم أن يتقدموا إلى الوالي (السلطة) بطلب علاج ذلك المريض أو عز له، ومن حق المجتمع مطالبة الوالي (السلطة) بالزام المريض أو وليه بالعلاج إذا تحقق الضرر وكان العلاج ناجعاً بإذن الله تعالى.

ومما ينبغي التنبيه عليه أن أقوال السلف بترك التداوي أو الجواز أو الإستحباب في الغالب- مبنية على عدم القطع بإفادة العلاج، أما لو قطع بفائدته فإنه واجب. وقولهم بعدم الوجوب لا يخرج عن كون علاج الأمراض التي يتناولونها بالبحث في زمنهم، لا يحصل فيها قطع أو غلبة ظن بأن العلاج يؤدي إلى الشفاء بإذن الله تعالى.

وإذا قلنا بوجوب التداوي في مثل هذه الحالات ، فإنه ينبغي عليه أن من له ولاية ع امة أو خاصة على مريض فإنه يلزمه بالتداوي، لأن من وجب عليه شيء بحكم الإسلام شرع الإحتساب

عليه، لإلزامه بما أوجبه الله عليه ، لكن لا يتعين عليه التداوي في مستشفى معين أو عند طبيب محدد⁽¹⁾.

وقد ارتأى مجمع الفقه الإسلامي الدولي بحث موضوع رفض المريض إعطاء الإذن، تحت المحاور التالية:

✘ العمليات المستعجلة مثل الزائدة الملتهبة إذا رفض المريض إعطاء الإذن .

✘ الجنين الذي التف الحبل السري حول رقبتة، ولم تتم الموافقة على إجراء العملية القيصرية اللازمة لإنقاذ الطفل.

✘ إذا احتاج الطفل المريض إلى إجراء طبي تدخلي مثل عمليات الزائدة أو غسيل الكلى ونقل الدم ، ورفض الولي اتخاذ ذلك الإجراء.

الحالة الأولى : حالات العمليات المستعجلة مثل الزائدة

الدودية الملتهبة إذا رفض المريض إعطاء الإذن بإجرائها وإذا كانت أمانة المجمع الموقر قد ضربت مثلاً واحداً - وهو التهاب الزائدة الدودية- على الحالات التي تستدعي إجراء عملية جراحية مستعجلة ، فهناك أيضاً العديد من الحالات التي تحتاج إلى تدخل جراحي سريع ومن هذه الحالات ما يسمى بالبطن الجراحي الحاد.

والبطن الجراحي الحاد : هو اسم لعدد من الحالات الفجائية والشديدة في الأمعاء التي تحتاج غالباً إلى جراح طارئة لمنع الوفاة. وتشكل حالات البطن الحاد ما نسبته 50% من كل القبولات الإسعافية في وحدات الجراحة العامة

فانثقاب قرحة المعدة أو الأثني عشري ، أو التهاب الزائدة الدودية الحاد، أو انسداد الأمعاء، هي أمثلة على البطن الحاد . و

(1) أحكام التداوي : د. عبد العزيز بن محمد الراشد بتصريف يسير . (محاضرة على الإنترنت)، وأحكام الأدوية في الشريعة الإسلامية د. حسن بن أحمد الفكي مكتبة دار المنهاج الرياض 1425 هـ.

من الأسباب الأخرى عند النساء ، الحمل المنتبذ (الحمل خارج الرحم).

كما أن هناك حالات أخرى تستدعي العمل الجراحي المستعجل مثل:

تضييق شديد في جذع الشريان التاجي الأيسر، والذي يغذي معظم العضلة القلبية، وبالتالي فإن انسداده قد يؤدي إلى الوفاة .
النزف داخل البطن الناجم عن الرضوض مثل تمزق الطحال أو تمزق الكبد.
تمزق الشريان الأبهر في رضوض الصدر ، وغيرها من الأمثلة التي لا مجال لذكرها.

ما حكم من رفض العلاج ومات بسبب ذلك؟

إذا امتنع المريض عن التداوي بعد أن بيّن له الطبيب الثقة الحاذق أن ترك التداوي أو الامتناع عنه قد يؤدي إلى تلف ع ضو منه، أو وفاته، فما حكم ذلك؟

ذهب جمهور الفقهاء إلى أنه إن فعل ذلك يعتبر آثماً وعاصياً، فإن مات بسبب ذلك لا يُعتبر قاتلاً لنفسه، لأن الشفاء بالتدخل الطبي ليس مقطوعاً بنجاحه، بخلاف من ترك الطعام والشراب حتى هلك، فإن هذا الأخير يُعتبر قاتلاً لنفسه.

ورفض المريض للعلاج في الحالات التي تستدعي تدخلاً جراحياً مستعجلاً، وإلا كانت النتائج وخيمة، فيه إلقاء بالنفس إلى التهلكة. والله سبحانه وتعالى يقول : (ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة)

[البقرة: 195].

فهل من حق مريض في الخمسين من العمر مثلاً ، مصاب بجلطة في القلب أن يرفض العلاج ونحن في هذا التقدم العلمي؟ هل من حق مريضة شابة مصابة بجلطة كبيرة في الرئة أن ترفض العلاج؟ وهي تعلم أن ذلك قد يؤدي بها إلى الموت؟

هل من حق مريضة مصابة بانسداد في الصمام المترالي
بخثرة (جلطة) ترسبت عليه أن ترفض العلاج؟، وهي حالة
مميّنة إن لم تعالج بالعملية الجراحية أو بدواء مذيب للجلطة!!
هل من حق مريض مصاب بالورم الليمفاوي هودجكين أن
يرفض العلاج الكيميائي، وهو يعلم أن نسبة الشفاء من المرض
لمدة خمس سنوات تصل إلى 90%.

هل من حق مريض وضعت دعامة (شبكة) في أحد شرايين
قلبه، أن يتوقف فجأة عن تناول دواء خاص يمنع انسداد الدعامة،
فينسد الشريان فجأة وينجم عن ذلك جلطة في القلب (احتشاء
العضلة القلبية) أو وفاة لاسمح الله -.

إذا مات أحد هؤلاء بسبب رفضه للعلاج وهو يعلم أن نسبة
الشفاء عالية جداً بإذن الله، ألا يكون قد ألقى بيديه إلى التهلكة
؟ فهل هو قاتل لنفسه أم لا ؟

كيف نقارن هذا بتلك المرأة المصابة بالصرع؟ ونحن نعلم
أنه لم يكن هناك علاج للصرع إلا في القرن العشرين!!، وأن
الإصابة بنوبات الصرع لا تؤدي إلى الموت إلا إذا حدثت النوبة
الصرعية أثناء قيادة السيارة (بل حتى في هذه الحالة قد لا
يموت)!!.

ومع ذلك إذا كان المريض عاقلاً بالغاً فلا يمكن إجباره على
التداوي، ولو كان في ذلك خطر على حياته. أما إذا كان المريض
ناقص الأهلية أو معدومها، ورفض الولي التداوي، فإن هذه
الولاية تنزع منه، ويتم التداوي بأسرع ما يمكن، وحسب حرج
الحالة وضرورة الإسراع في مداواتها.

**هل يؤثم الطبيب بترك المريض مصراً على رأيه بعدم العلاج
الواجب؟**

فللعلماء قولان :

الأول: أنه لا يَأْتُم إذا بيَّ ن للمريض أو وليه خطورة عدم العلاج وما يترتب عليه.
والثاني: أنه لابد من إبلاغ الوالي (السلطة) وأن الإثم لا يرتفع بمجرد البيان للمريض.
 و إذا كان إبلاغ السلطات ممكناً ومن السهل القيام به، فالإبلاغ واجب.

أما إذا كان ذلك متعسراً فلا يكلف الله نفساً إلا وسعها ولعل في بيان خطورة الأمر للمريض أو وليه رفعاً للحرص والإثم⁽¹⁾.

كيف نتعامل مع المريض الذي يرفض العلاج؟

الإجابة السائدة الآن : للمريض الحق في رفض العلاج إذا بَصَّرَ تماماً بالمخاطر التي تنتظره بسبب رفض العلاج، شريطة أن يكون كامل الأهلية ومدركاً للمعاني المطروحة، وأن يُوثَّقَ رفضه بالشهود، وأن يُراجعَ في قراره بطبيبٍ آخر غير الذي عرض الأمر في بداية العلاج ما أمكن ذلك.
 وقد يفقد المريض أهليته (بالغيوبة مثلاً) فلا يستطيع أن يُعبر عن تغيير رأيه.

واقترح أصحاب القانون - على سبيل الاحتياط في مثل هذه الحالات - أن يوقَّع المريض أو أهله - إذا لم يكن في حالة تسمح له بالتعبير عن إرادته - إقراراً يقول فيه: «لقد بَصَّرْتُ على نحو كاف من قبل الدكتور» حول طبيعة التدخل الجراحي الذي يجب أن يقوم به عليّ، والعلاج الذي يتبع ذلك.
 أنا الموقع أدناه «....» أرفض بصراحة، وبكل وضوح هذه العملية، وأخلي من كل وجه الدكتور «.....» من كل مسؤولية يمكن أن تتولد بهذه المناسبة».

ولما كان من المتصور أن يرفض المريض توقيع الإقرار، فقد نصح القانونيون الطبيب بأن يقرأ هذا الإقرار على المريض

(1) أحكام التداوي : د. عبد العزيز بن محمد الراشد، (مرجع سابق).

في حضور شاهديْن، ويكتب «قرئ هذا الإقرار على المريض بحضور و ورفض التوقيع» .
ونرى أنّ حالات رفض العلاج يجب أن تكون موثقةً بعهد مكتوبٍ ومشهود.

الحالة الثانية: الجنين الذي التفت الحبل السري حول رقبتة ولم تتم الموافقة على إجراء العملية القيصرية اللازمة لإنقاذ الجنين .

نادراً ما يسبب التفاف الحبل السري وفاة في الجنين، أو إصابة في الدماغ إذا لم يتم إنقاذ الطفل بسرعة.
وهناك حالات معينة مثل **انغراز الحبل السري في جانب المشيمة Vasa previa** وغيرها قد تستدعي إجراء عملية قيصرية فورية لإنقاذ حياة الجنين . فماذا يفعل الطبيب إذا رفضت الأم إجراء العملية؟.

لا بد للطبيب من أن يحاول كل جهده لإقناع الحامل . فيذكرها بأنها قد تفقد الولد الذي حملته تسعة أشهر!! .. وإن مات فلن تغفر لنفسها هذا الفعل .. يذكرها بأنها مسؤولة أمام الله عز وجل عن هذا الصنيع .. يذكرها بإيمانها بالقضاء والقدر، وبتفويض أمرها لله بارئها وخالقها.

فهل يحق للأم أو الأب الممانعة في إجراء العملية القيصرية رغم معرفتهما بخطورة هذا القرار على جنينها، واحتمال وفاة الجنين؟.

لا شك أن إجراء العملية القيصرية - مثلها مثل أي عمل جراحي يحتاج إلى موافقة الأم الحامل على ذلك . ولكن الأمر هنا ينطوي أيضاً على خطر يمس حياة مخلوق آخر، إن هي أصرت على موقفها ورفضت العملية القيصرية . فهل يمكن للطبيب أن يجري العملية رغماً عنها؟ وكيف يأخذها إلى غرفة العمليات لإنقاذ الجنين، وهي تعلن صراحة رفضها ذلك؟.

الحالة الثالثة : إذا احتاج الطفل المريض إلى إجراء طبي تدخله مثل عمليات الزائدة أو غسيل الكلى ونقل الدم ورفض الولي اتخاذ ذلك الإجراء .

وإذا ارتفع مستوى البوتاسيوم في الدم إلى معدلات عالية نتيجة الفشل الكلوي فإن الحالة تصبح خطيرة جداً ومميتة . وهي حالة طارئة تحتاج إلى معالجة فورية بالأدوية والغسيل الكلوي . فإذا رفض الولي معالجة طفله بالغسيل الكلوي فإنه - بلا شك - يدفع بابنه إلى الموت !!.

ما هي أسباب رفض الوالدين لعلاج القاصر:

- ← خوف غير مبرر على المريض.
 - ↑ أسباب مالية لعدم القدرة على تحمل نفقات العلاج المقترح.
 - الرغبة في التخلص من القاصر بسبب الإعاقة وغيرها .
 - ↓ معتقدات دينية عند بعض الطوائف الدينية التي يرفض المنتمون إليها تلقيح (تطعيم) أولادهم ضد الأمراض السارية، أو الذين يعارضون نقل الدم تماماً (طائفة شهود يهوه)⁽¹⁾، بل إن هناك طوائف ترفض العلاج الطبي على وجه العموم، وترى أن الدعاء فقط هو الوسيلة للشفاء.
- فاحترام الطبيب لرفض الوالدين، وقبوله وفاة الطفل أو تعرضه للمخاطر، يجعله عرضة للجزاء الجنائي، ونفس الاتهام يمكن أن يُوجه للوالدين، لأنهما بالإصرار على رفض العلاج يرتكبان أيضاً جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في خطر.

(1) من المعروف أن طائفة «شهود يهوه» (وهم جماعة صهيونية عالمية متأثرة بالديانة اليهودية ترتدي ثوب المسيحية) يرفضون العلاج عن طريق نقل الدم، ولو في حالة الضرورة سواء لهم أو لأبنائهم .. مع العلم أن أغلب القوانين الغربية تجيز للطبيب علاج الأطفال المنتمين إلى هذه الطوائف رغم اعتراض الأولياء على ذلك، إذا كان نقل الدم ضرورياً لحماية صحة أو حياة الطفل، على أساس أنه من حق الوالد الملتمزم بشعائر دينه أن يمنع ذلك عندما يتعلق الأمر بحياته أو سلامة جسمه هو، أما عندما يتعلق الأمر بالأطفال فيجب أن يخضعوا للعلاج في هذه المرحلة من عمرهم.

والخلاصة: أنه إزاء رفض الوالدين لإجراء علاجي يبدو ضرورياً بالنسبة للقاصر، فإن مشكلة رفض ولي الأمر للعلاج يمكن أن تحل على أساس التفرقة بين فرضين:

الأول: إذا كان العمل الطبي الذي يلزم إخضاع القاصر له عملاً عاجلاً لا يحتمل التأخير، وإلا تعرضت حياة القاصر للخطر، فعندئذ يكفي الاستعجال بذاته مبرراً للقيام بالعمل، حتى لو كان ولي الأمر يرفضه، فيقوم الطبيب بمباشرة العمل فوراً، وذلك لوجود ظروف استعجال لا تحتمل التأخير، ويخشى معها على حياة المريض.

والثاني: أن يكون العمل برغم ضرورته، يحتمل التأجيل لبعض الوقت، وهنا يستطيع الطبيب أن يُخطر النائب العام الذي يحيل الأمر بدوره إلى قاضي الأطفال لاتخاذ الإجراءات اللازمة⁽¹⁾.

(1) الإمتناع عن علاج المريض بين الفقه الإسلامي والقانون الوصفي، هشام محمد مجاهد القاضي، دار الفلأو الجامعي، الإسكندرية 2007.

قرار رقم 184 (19/10)

بشأن

الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة

إن مجلس م جمع الفقه الإسلامي الدولي المنبثق عن منظمة المؤتمر الإسلامي المنعقد في دورته التاسعة عشرة في إمارة الشارقة (دولة الإمارات العربية المتحدة) من 1 إلى 5 جمادى الأولى 1430هـ، الموافق 26 - 30 نيسان (إبريل) 2009م، حيث سبق للمجمع اتخاذ قرار رقم 67 (7/5) في دورته السابعة المنعقدة بجدة في المملكة العربية السعودية من 7-12 ذي القعدة 1412 الموافق 9 - 14 أيار (مايو) 1992م، بشأن أحكام التداوي واتخاذ قرار رقم 172 (18/10) في دورته الثامنة عشرة المنعقدة ببتروجايا بماليزيا بشأن اتخاذ التدابير الطبية اللازمة في الحالات الإسعافية (طب الطوارئ)، واستكمالاً لما رآه من تأجيل البت في الحالات المرضية المستعجلة، وبعد اطلاعه على البحوث الواردة إلى المجمع بخصوص موضوع الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة، وبعد استماعه إلى المناقشات التي دارت حوله،

قرر ما يأتي :

← يقصد بالحالات المستعجلة : الحالات المرضية التي تستدعي إجراء عمل علاجي أو جراحي دون أي تأخير ، نظراً لخطورة الوضع الصحي الذي يعاني منه المريض إنقاذاً لحياته أو منعاً لتلف عضو من أعضائه من مثل:

(أ) - الحالات التي تتطلب إجراء ولادة قيصرية إنقاذاً لحياة الأم أو الجنين أو هما معاً ، كما في حالة التنفاس الحبل السري ، وحالة التمزق الرحمي عند الأم أثناء الولادة.

(ب) - الحالات التي تتطلب إجراء جراحة ضرورية كما في حالة الزائدة الملتهبة.

(ج) - الحالات التي تتطلب إجراء علاجياً معيناً من مثل غسيل الكلى ونقل الدم.

↑ إذا كان المريض كامل الأهلية وتام الوعي ولديه قدرة على الاستيعاب واتخاذ القرار دون إكراه ، وقرر الأطباء أن حالته مستعجلة وأن حاجته لإجراء علاجي أو جراحي أصبحت أمراً ضرورياً ، فإن إعطاء الإذن بعلاجه واجب شرعاً يأثم المريض بتركه .

ويجوز للطبيب إجراء التدخل العلاجي ال لازم إنقاذاً لحياة المريض استناداً لأحكام الضرورة في الشريعة.

→ إذا كان المريض ناقص الأهلية ورفض وليه إعطاء الإذن الطبي لعلاجه في الحالات المستعجلة فلا يُ عتدّ برفضه ، وينتقل الحق في الإذن إلى ولي الأمر أو من ينيبه من الجهات المختصة في الدولة.

↓ إذا كانت الجراحة القيصرية ضرورية لإنقاذ حياة الجنين أو الأم أو هما معاً ورفض الزوجان أو أحدهما الإذن بذلك ، فلا

يعتد بهذا الرفض وينتقل الحق بذلك إلى ولي الأمر أو من ينيبه في إجراء هذه الجراحة.

° يشترط للتدخل الطبي في الحالات المستعجلة ما يأتي:

- (أ) - أن يشرح الطبيب للمريض أو وليه أهمية العلاج الطبي وخطورة الحالة المرضية والآثار المترتبة على رفضه ، وفي حالة الإصرار على الرفض يقوم الطبيب بتوثيق ذلك .
- (ب) - أن يقوم الطبيب ببذل جهد كبير لإقناع المريض وأهله للرجوع عن رفضه للإذن تفادياً لتردّي حالته .
- (ج) - يتولى فريق طبي لا يقل عن ثلاثة أطباء استشاريين⁽¹⁾ ، على ألا يكون الطبيب المعالج من بينهم، بالتأكد من تشخيص المرض والعلاج المقترح له مع إعداد محضر بذلك موقع عليه من الفريق ، وإعلام إدارة المستشفى بذلك ،
- (د) - أن تكون المعالجة مجانية ، أو تقوم إحدى الجهات المحايدة بتقدير التكلفة .

ويوصي المجمع:

- حكومات الدول الإسلامية بوضع تشريع ينظم ممارسة العمل الطبي في كافة الحالات المرضية الإسعافية والمستعجلة ، بحيث يتم تطبيق قرارات المجمع في الأمور الطبية .
- العمل على توعية المريض توعية صحية لتفادي مثل هذه المواقف حرصاً على حياته .

والله أعلم

(1) في كثير من الحالات المستعجلة لا يمكن إحضار فريق طبي لا يقل عن ثلاثة أطباء استشاريين ويكاد ذلك أن يكون مستحيلاً في مستشفيات الأرياف والمدن الصغيرة.

امتناع الطبيب عن العلاج

الأصل في مهنة الطب الحرية ، فللطبيب أن يجيب دعوة المريض، وله رفضها ، غير أن ثمة قواعد إنسانية وأخلاقية تملي عليه الإلتزام بإجابة الدعوة . وقد جرى العرف بين الأطباء خلقاً وديناً وإنسانية أنه لا يجوز إلا امتناع عن علاج أي مريض مالم تكن حالته خارجة عن دائرة اختصاصه، أو قامت لديه أسباب تسوغ هذا الامتناع.

والطبيب الممتنع هو الذي يرفض دعوة المريض ذي الحالة الخطرة، دون مسوغ شرعي، وليس ثمة من يقوم مقامه. والطبيب الممتنع ، إذا لم يكن ثمة من يقوم مكانه ، يتعين عليه تلبية الدعوة، كإحدى تطبيقات الواجب العيني .

والمقصود **بالطبيب الممتنع**:

هو ذلك الذي يعمل لحسابه الخاص ، ولا يرتبط بإحدى المستشفيات الحكومية أو الخاصة ، التي يلزم فيها بالعلاج بموجب الرابطة العقدية، والممتنع عن تلبية دعوة المريض ذي الحالة الخطرة ، دونما ضرر يلحق به ، ولا يوجد من يقوم مقامه، سواء أكان في مدينته أو منطقة نائية ، وليس له مسوغ شرعي يعذر فيه.

وهناك **حالات لا يجوز فيها إلا امتناع**، كالعامل في المستشفيات الحكومية، والتعاقد مع المؤسسات، وحال خلو البلدة من طبيب آخر ، وفي الحالات الطارئة كالحرب ونحوه ، وحالة الاستعجال. وبالمقابل هناك **حالات يجوز فيها إلا امتناع عن العلاج**، وذلك :

← عند مخالفة المريض تعليمات الطبيب .

↑ عند الإستعانة بطبيب آخر .

→ انشغاله بمريض آخر.

↓ في حالة مرض الطبيب، وعدم قدرته على الوصول
 ◦ إذا كان باستطاعة أهل المريض طلب طبيب آخر (1).

الإمتناع عن إسعاف المريض

الإسعاف هو المساعدة الطبية الأولية التي تقدم للمصابين والمرضى الذي تحتاج حالتهم إلى التدخل الطبي العاجل ، كالمصابين في حوادث السير ، واحتشاء عضلة القلب ، والنزف الهضمي وغيرها .

جاء في تعريف «الحالة الإسعافية» في اللائحة التنفيذية لنظام المؤسسات الصحية الخاصة في المملكة العربية السعودية «بأنها الحالة الناتجة عن إصابة أو مرض يمكن أن يهدد حياة المريض أو أحد أطرافه أو أعضائه الداخلية أو الخارجية وعرفت اللائحة «الإسعافات الأولية» بأنها: الإجراءات الطبية العاجلة التي تؤدي إلى استقرار حالة المريض بشكل ي سمح بنقله».

والطبيب الذي يمتنع عن إسعاف المريض وعلاجه يأثم ، إذا لم يكن هناك سبب مقبول . وإسعاف المريض طاعة لله ورسوله ، وفوق ذلك كله دليل على تعظيم حرمان الله . وإنقاذ الحياة والحفاظ عليها من أعظم مقاصد الشريعة الإسلامية . فالرسول ﷺ يقول: «المسلم أخو المسلم لا يظلمه ولا يسلمه ، ومن كان في حاجة أخيه كان الله في حاجته ، ومن فرج عن مسلم كربته فرج الله عنه كربة من كربات يوم القيامة» (2) . قال ابن حجر : «يقال أسلم فلان فلاناً، إذا ألقاه إلى التهلكة ولم يخمه».

(1) امتناع الطبيب عن العلاج بين الشريعة والقانون : د. عبد الله بن إبراهيم الموسى ، مؤتمر الفقه الإسلامي الثاني، قضايا طبية معاصرة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية 2010، بحث منشور في مجلة الشريعة والقانون، العدد 44 أكتوبر 2010.

(2) رواه الشيخان

وامتناع الطبيب عن إسعاف المريض وعلاجه دون مبرر مقبول يعتبر من الأخطاء الطبية التي تستوجب المسؤولية. والامتناع عن الإسعاف والعلاج قد يقع من الحاكم أو من يمثله حينما يمنع الأطباء من عبور الحدود والسفر إلى الخارج لإسعاف الجرحى ومداواة المرضى ، أو يمنع الجرحى والمرضى من مغادرة أراضيهم لتلقي الرعاية الصحية التي لا تتوفر في الداخل.

وقد يقع من إدارة المستشفى الحكومي أو المستوصف الخاص حينما ترفض علاج من لا يشملهم حق العلاج بسبب مخالفة قوانين الهجرة أو الجنسية أو عدم الدخول في مظلة التأمين الطبي.

وقد يقع من الطبيب أو غيره من الممارسين الصحيين لأسباب دينية أو مهنية أو شخصية. وتارة يقع الامتناع من المريض نفسه أو من ولي أمره.

ما هي الأسباب التي تدفع المريض أو ولي أمره إلى الامتناع عن الإسعاف والعلاج؟

- ← الرغبة في الانتحار لأسباب نفسية وغيرها.
 - ↑ العجز عن التكفل بنفقات العلاج.
 - عدم الثقة في الممارس الطبي أو المستشفى.
 - ↓ الأمراض الجنسية الميؤس منها مثل الأيدز وغيره (يوجد لها علاج يزيل الأعراض، وتخفي الفيروسات لفترة زمنية قد تطول وقد تقصر).
 - التعسف في استخدام السلطة الاجتماعية الأسرية ، فقد يخرج الأب ابنه الصغير من المستشفى أو الزوج زوجته ، ويرفض متابعة العلاج.
- أما الأسباب المهنية فتشمل:

فلو طلب المريض من الطبيب أن يعالجه بمحرراً م من المحرمات فعلى الطبيب أن يمتنع، ولو طلب الطبيب من المريض أن يتناول محرراً ما من المحرمات فينبغي على المريض أن يمتنع.

↑ **طلب المريض أو ولي أمره إنهاء الحياة** «الموت الرحيم»:

لأسباب اجتماعية أو بسبب اليأس من الشفاء . وهناك صور لا تدرج في قتل الرحمة، ولا تعتبر من موجبات المسؤولية الطبية، فقد جاء في المادة الثالثة والستين من الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية ما يلي : «لا تدرج الحالات التالية على سبيل المثال في مسمى قتل الرحمة :

- وقف العلاج الذي يثبت عدم جدوى استمراره بقرار من اللجنة الطبية المختصة بما في ذلك أجهزة الإنعاش الاصطناعي .
- صرف النظر عن الشروع في معالجة يقطع بعدم جدواها» .

→ **طلب التلقيح الاصطناعي «أطفال الأنابيب» بالطرق المتفق على تحريمها.**

↓ **طلب الإجهاض غير العلاجي .**

○ **طلب المريض من الطبيب إحداث إصابة في جسده قصد الإعفاء من الجندية الإلزامية.**

(ب) - الامتناع المذموم:

يحرم على الطبيب أن يمتنع عن إسعاف المريض الذي يحتاج إلى تدخل علاجي أو جراحي عاجل . فالواجب عليه أن يقدم الإسعافات الطبية الأولية، فهذا عمل إنساني تندب إليه الشرائع السماوية قاطبة.

يقول ابن القيم : «وكذلك من أمكنه إنجاء إنسان من مهلكة،
وجب عليه أن يخلصه، فإن ترك ذلك مع قدرته عليه أثم
وضمنه»⁽¹⁾.

ولا يمنع أداء العبادة من القيام بالإسعاف، فالعبادة يمكن
تأجيلها أو قضاؤها. يقول ابن عابدين : «المصلي متى سمع أحداً
يستغيث، وإن لم يقصده بالنداء، أو كان أجنبياً ، وإن لم يعلم ما
حلّ به أو علم، وكان له قدرة على إغاثته وتخليصه وجب عليه
إغاثته وقطع الصلاة فرضاً كان أو غيره»⁽²⁾.
ولا شك أن في الامتناع على إسعاف المصاب خيانة للأمانة
من قبل الطبيب، ونقضاً للعقد المبرم بينه وبين المستشفى الذي
يعمل به، وحنثاً في القسم الطبي.

ونصت المادة 8 من مزاولة المهنة الطبية في المملكة العربية
السعودية على أنه: «يجب على الممارس الصحي الذي يشهد أو
يعلم أن مريضاً أو جريحاً في حالة خطرة أن يقدم له المساعدة
الممكنة أو أن يتأكد من أنه يتلقى العناية الضرورية»⁽³⁾.

وقد نصت المادة 28 من نظام مزاولة المهنة الطبية في
المملكة العربية السعودية : «على أنه يعاقب بالسجن مدة لا
تتجاوز ستة أشهر وبغرامة لا تزيد عن مئة ألف ريال، أو بإحدى
هاتين العقوبتين كل من امتنع عن علاج مريض دون سبب
مقبول»⁽⁴⁾.

(ج) - الامتناع الجائز:

ولكن لا يجوز للطبيب أن يمتنع عن إسعاف المريض وعلاجه
في حالة المرض، والقوة القاهرة، والحادث الفجائي. والطبيب
الذي يمتنع عن الإسعاف والعلاج حينما يتعين عليه الإسعاف

(1) الطرق الحكمية ص 281

(2) حاشية ابن عابدين ، ج 2 ص 52

(3) نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة العربية السعودية ، المادة الثامنة

(4) نظام مزاولة المهن الصحية بالمملكة العربية السعودية ، المادة الثامنة والعشرون

والعلاج، فإنه يتحمل المسؤولية الطبية المترتبة على ذلك من القصاص أو الدية أو الضمان أو التعزير⁽¹⁾.
وأما ما يتعلق بالمؤسسات الصحية كالمستشفيات ونحوها فقد جاء في اللائحة التنفيذية للنظام الصحي بالمملكة العربية السعودية «تلتزم المؤسسة الصحية الخاصة بتقديم العلاج الإسعافي لجميع الحالات الطارئة الخطرة الواردة إليها وذلك دون مطالبة مالية قبل تقديم العلاج وبقائماً تحدده اللائحة التنفيذية»⁽²⁾.
والامتناع عن إسعاف المريض، خصوصاً في المشافي الخاصة، مشكلة قاسية، حيث تتكرر حوادث امتناع المستشفيات عن استقبال بعض الحالات الطارئة لعدم ضمانها لأجرة العلاج. وقد نص قرار مجمع الفقه الإسلامي المتعلق بالتدخل الطبي في الحالات الطارئة أن تكون المعالجة مجانية، أو تقوم إحدى الجهات المحايدة بتقدير التكلفة⁽³⁾.
ولا يخلو الإسعاف في المؤسسات الصحية من وجود كلفة تُقَدَّر بحسب الحالة. إلا أنه ينبغي ألا يصل الأمر بالمسلم إلى طلب الأجر المادي مقابل كل عمل يؤديه لإخوانه المسلمين وينبغي التأكيد على وجوب إسعاف المريض مباشرة دون انتظار الأجرة قبل الإسعاف.

كيف يتم تحديد أجرة العلاج؟

جاء في قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي السابق أن أجرة العلاج تحددها جهة محايدة، وهذا يعني ضرورة وجود جهة رسمية تتولى مثل هذه الأمور. وهو أمر من اختصاص وزارة الصحة، ينبغي أن تسن له الأنظمة اللازمة لضمان حقوق الطرفين.

حكم ما يترتب على الامتناع عن إسعاف المريض

- (1) الامتناع عن إسعاف المريض وعلاجه: د. محمد بشير محمد البشير.
- (2) اللائحة التنفيذية للنظام الصحي بالمملكة العربية السعودية، المادة السادسة عشرة.

(3) الدورة التاسعة عشرة، قرار رقم 184 (19/10)

لا شك أن إسعاف المريض المسلم في الحالات الطارئة فرض كفاية، إذا قام به البعض سقط عن الباقيين. فإذا لم يوجد إلا واحد قادر على إسعافه تعين عليه⁽¹⁾.

⁽¹⁾ حكم الامتناع عن إسعاف المريض في الفقه الإسلامي : للدكتور فيصل بن سعيد بالعمش ، مؤتمر الفقه الإسلامي الثاني، قضايا طبية معاصرة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية 2010.

الفصل الخامس

مسؤولية الطبيب

مسؤولية الطبيب

شهد علم الطب في العقدين السابقين تقدماً مذهلاً بحيث يمكن القول أن الطب تقدم اليوم في عشرين سنة أكثر مما تقدم في عشرين قرناً.

والطب ليس من العلوم التي تكون نتائجها يقينية. ولكنه «فن» لأن ميدانه جسم الإنسان الذي لا يعلم قبوله أو رفضه إلا الله تعالى، فالطبيب غير مسؤول عن البرء إذا جرى في الكشف والعلاج على الأصول الفنية المقبولة يوم قيامه بمهنته. والطبيب مسؤول أمام الله تعالى، وهو مأجور على عمله - إن كان حاذقاً بالمهنة - بمقدار ما يخلص فيه، ويكون معرضاً لعقابه إن كان غير حاذق.

وقد تغيرت طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض وأصبح من شروط إباحة العمل الجراحي أو التداخلي الحصول على إذن خطي من المريض، بعد أن تعمق مبدأ الرضا المتبصر، وأصبح الطبيب ملزماً بتبصير المريض بما هو مُقدّم عليه، فنخبر المريض بنسبة خطورة العملية الجراحية بما قد يرافقه من مضاعفات.

وإزداد عدد القضايا الموجهة ضد الأطباء بمعدل مضطرد خلال العقدين الأخيرين. وانعكست تلك الآثار السلبية على علاقة

الأطباء بالمرضى . وتعزى زيادة عدد الحالات التي تستوجب مسؤولية الأطباء إلى الأمور الآتية :

← تعقد الأجهزة الطبية ، وخطورة الوسائل العلاجية والدوائية المستخدمة.

↑ روح الإقدام التي يتحلى بها أطباء اليوم.

→ التحولات الاجتماعية التي طرأت على المجتمع.

ولا شك أن التزام الطبيب هو التزام ببذل عناية ، باستثناء بعض الحالات التي قد يكون الالتزام فيها بتحقيق نتيجة ، نظراً للتقدم العلمي الذي أحرزه الطب في هذا المجال.

العلاقة بين الطبيب والمريض

بما أن الطبيب قبل أن يباشر مهنته، يقسم على الوفاء لأصول المهنة الطبية الشريفة، فإن من يتقدم له يستحضر وفاءه لما أقسم عليه. والعلاقة بينهما عقد إجارة يتحتم فيه معرفة الطرفين بالأجر الواجب دفعه. وقد يكون العقد على أن كل عيادة للمريض يستحق عليها الطبيب أجراً. (هذا في مجال العمل الطبي الخاص).

أما في العمل في جهات رسمية مثل وزارة الصحة أو القوات المسلحة أو الجامعات أو غيرها من الهيئات الحكومية أو الشعبية، فيكون تعاقد الطبيب مع المؤسسة على بذل جهده وعلمه وخبرته في تشخيص ومداواة المرض. والمريض في كثير من البلدان يعالج مجاناً أو بتأمين تفرضه الدولة على أصحاب العمل، فلا يدخل المريض في أي نوع من أنواع الإجارة مع الطبيب.

وقد يقع التعاقد على البرء، وفي هذه الحال لا يستحق الطبيب شيئاً إلا إذا نجح في شفاء المريض. (وهو أمر غير موجود في العصر الحديث).

أركان المسؤولية الطبية

الأول: وهو «التعدي» أي فعل الخطأ.
الثاني: وهو «الضرر» الذي أصاب المريض.
والثالث: علاقة السببية بين الفعل والضرر ويطلق عليها «الإفشاء»

أولاً: التعدي

التعدي المقصود هنا هو إتيان الطبيب فعلاً محظوراً، سواء كان ذلك إيجاباً أو سلباً، عمداً أو خطأ، مباشرة أو تسبباً. ويعبر عنه القانونيون بالخطأ، ولا شك أن التعبير الشرعي أولى وأفضل، فالتعدي يشمل العمد والخطأ، ويشمل التقصير والإهمال ونحوهما.

ما هو الخطأ الطبي؟

يعرّف الخطأ الطبي بأنه «عدم قيام الطبيب بالا لتزامات الخاصة التي تفرضها عليه مهنته» أو هو «تقصير لا يقع من طبيب يقظ وُجد في نفس الظروف الخارجية التي أحاطت بالطبيب المسؤول». كما يعرّف الخطأ الطبي بأنه «انحراف الطبيب عن السلوك الطبي العادي والمألوف، وما يقتضيه من يقظة وتبصّر، إلى درجة يهمل معها الاهتمام بمريضه» أو «هو إخلال الطبيب بالواجبات الخاصة التي تفرضها عليه مهنته (الإخلال بتنفيذ الالتزام التعاقدية)، وعدم الالتزام بمراعاة الحيطة والحذر والحرص».

وينطبق ذلك على الممرضين وغيرهم من العاملين في المجال الطبي.

ويقوم الخطأ الطبي على توافر العناصر التالية:

- عدم مراعاة الأصول والقواعد العلمية المتعارف عليها في علم الطب.
 - الإخلال بواجبات الحيطة والحذر.
 - إغفال بذل العناية التي كانت في استطاعته.
- ويقسم الخطأ الطبي إلى نوعين:
- ← **الخطأ المهني (الفني):**
- وهو خطأ يصدر عن الطبيب يتعلق بأعمال مهنته، ويتحدد هذا الخطأ بالرجوع الى الأصول والقواعد العلمية والفنية التي تحدد أصول مهنة الطب.
- ويتولد هذا الخطأ إما نتيجة الجهل بهذه القواعد أو بتطبيقها تطبيقاً غير صحيح.
- فهو إذن يتعلق بمخالفة أصول المهنة وقواعدها، ومن أمثلة ذلك:

- إذا خالف العادات الطبية المستقرة في العلاج.
- أن يغفل استدعاء طبيب أخصائي لعدم تقديره خطورة حالة المريض .
- عدم إجراء التعقيمت اللازمة داخلياً وخارجياً في العمليات الجراحية...
- أن يطبق وسيلة علاج جديدة لم يسبق له تجربتها من قبل .
- إجراء عملية جراحية لا داعي لها، أو أن يتسبب بقطع جزء من عضو أو شريان أو عصب .
- إجراء عمليات الولادة بالقيصرية بلا ضرورة .
- إجراء عمليات الإجهاض بغير مبرر طبي أو شرعي .
- إعطاء جرعة خاطئة. (وهذا يعود للصيدلي أو للمرض أو للممرضة في الغالب).

- أخطاء متعلقة بالتدخلات الطبية التشخيصية أو العلاجية.
- أخطاء ناجمة عن نتائج مختبر خاطئة (وهنا قد تكون المسؤولية مشتركة على الطبيب المعالج وعلى المختبر).

↑ الخطأ المادي :

ولا شأن له بالقواعد السابقة، وإنما مردّه إلى الإخلال بواجبات الحيطة والحذر العامة التي ينبغي أن يلتزم بها الناس كافة، ومنهم الطبيب في نطاق مهنته، باعتباره يلتزم بهذه الواجبات العامة قبل أن يلتزم بالقواعد العلمية أو الفنية.

الخطأ المادي (العادي)

ويعرّف بأنه الخطأ الخارج عن مهنة الطب : أي الذي يقع فيه الطبيب وهو يزاول مهنته دون أن يتعلق بهذه المهنة، ومن أمثلة ذلك:

- أن يجري الطبيب جراحة وهو في حالة سئور.
- أن يجري جراحة وهو مصاب بعجز في يده.
- أن يترك بعض الأدوات في جسم المريض ، كأن ينسى في جوف المريض ضماداً أو مشرطاً أو ما شابه.
- أن يجري العملية الجراحية على الفخذ اليمنى بدلاً من اليسرى المصابة.
- إخلال الطبيب بواجبه في إنقاذ مريض ، أو عدم الحصول على موافقته أو انتهاك السرا لمهني دون إذن من المريض.
- تحرير وصفة الدواء «روشته» بطريقة غير مقروءة، مما أدى إلى وقوع الصيدلي في خطأ تسبب بوقوع حادثة للمريض.

ولا بد أن نفرق بين «الخطأ الطبي» وبين «الإهمال أو التقصير» في تقديم الخدمة الطبية بالشكل المطلوب. **فالخطأ الطبي** أمر غير مقصود ولا يمكن أن يكون متعمداً ، لأن الطبيب إنسان معرض للخطأ أو النسيان. أما **الإهمال أو التقصير** في تقديم الخدمة الطبية بالشكل المطلوب فهو ما لا يرضاه ولا يقبله أحد ، ويعتبر إساءة إلى المهنة⁽¹⁾.

خطأ التمريض:

ومن أمثلته :

- إعطاء علاج بدل آخر
- أو خطأ بالجرعات الدوائية
- أو عدم تنفيذ التعليمات الطبية الخاصة بالمريض
- عدم مراقبة المرضى
- عدم الإبلاغ عن أي تغيير في الحالة الصحية للمريض.

خطأ المستشفى

- هناك أخطاء تُسأل عنها المستشفيات، ومن أمثلتها :
- عندما ينتج الأمر عن سوء التعقيم وعدم توافر الشروط الصحية.
 - عدم وجود التجهيزات الضرورية أو المناسبة .
 - عدم استبدال التالف منها
 - عدم اختيار أفضل الأنواع جودة من الأدوات الجراحية والخيوط والأدوية وكافة المستلزمات الطبية
 - عدم إقرار ومتابعة الصيانة الدورية

(1) الخطأ الطبي الجراحي في ال شرعية الإسلامية والقوانين العربية والأوربية والأمريكية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية 2008م.

- عدم توفير درجة كافية من الأمان والسلامة للمباني والأثاث والتجهيزات.

ثانياً: الضرر

اصطلاحاً هو إلحاق مفسدة بالآخرين ، وعرفه ابن حجر بقوله: «هو إلحاق مفسدة بالغير»⁽¹⁾.
ويقسم الضرر إلى قسمين:

ضرر حسي (مادي): وهو إلحاق مفسدة مادية حسية بالغير.

والضرر الحسي يمكن أن يكون بدنياً يصيب المريض في جسمه، أو مالياً بسبب ما تكبده من مصاريف علاجية نتيجة تعدي الطبيب وتقصيره .

وينبغي البحث عن ضابط يحكم ما يدخل من نفقات التطبيب ، وما لا يدخل حتى لا يقع الظلم على الطبيب المقصّر ، إذا حملناه كل ما يطلبه المتضرر أو يقع على المتضرر إذا منعناه كل ما تحمله .

ضرر معنوي (أدبي): وهو ما يصيب الانسان في شعوره نتيجة لمساس بعاطفته أو كرامته أو سمعته أو شرفه، أو في غير ذلك من الأ مور المعنوية، التي يحرص الانسان في حياته عليها، أو بعبارة أخرى ما يصيب الانسان بناحية غير مالية.

ثالثاً: الإفضاء

ويعبر عنه الفقهاء المعاصرون برابطة السببية. والإفضاء في اصطلاح الفقه الإسلامي هو أن يكون الفعل موصلاً إلى نتيجة لا تتخلف عنه، إذا انتفت الموانع.

ويجب إثبات أن ما لحق بالمريض من ضرر كان بسبب ما أتاه الطبيب من خطأ، وأن الخطأ والضرر يرتبطان ببعضهما

(1) الفتح المبين لشرح الأربعين (211).

ارتباط العلة بالمعلول والسبب بالمسبب، بحيث لا يمكن أن يتصور حصول النتيجة الضارة لو لم يقع الخطأ، فإذا انعدمت رابطة السببية بين خطأ الطبيب والنتيجة الضارة تنتفي مسؤولية الطبيب (1).

المسؤولية الطبية في الشريعة الإسلامية:

والأصل في الشريعة الإسلامي أن المسؤولية الجنائية لا تكون إلا عن فعل عمد حرّ مه الشارع الحكيم ، ولا تكون عن الخطأ لقوله تعالى: ﴿لَا تُكْفِرُ بَكُمْ ذُنُوبَكُمْ إِنَّمَا كَفَرْتُمْ بِنَفْسِكُمْ إِذَا خَلَقْتُمْ صُلُوبَكُمْ﴾ (الأحزاب: 5).

وقول المصطفى ﷺ: «رفع عن أمي الخطأ والنسيان وما استكرهوا عليه» (2)

وأجازت الشريعة التعويض عن الضرر الناجم عن الخطأ استثناء من هذا الأصل مراعاة للصالح العام. يقول ابن رشد في «بداية المجتهد»: «وأما الطبيب وما أشبهه إذا أخطأ في فعله ، وكان من أهل المعرفة فلا شيء عليه في النفس ، والدية على العاقلة فيما فوق الثلث ، وفي ماله فيما دون الثلث. وإن لم يكن من أهل المعرفة فعليه الضرب والسجن والدية، قيل في ماله وقيل على العاقلة» (3).

والطبيب الحاذق لا يُسأل إلا عن الخطأ الجسيم (الفاحش) فلا يُعْتَفَر له الإهمال المفرط، كاستعماله أدوات غير معقمة، أو امتناعه عن معالجة مريض دون مسوغ مقبول، كل هذا يعتبر تقصيراً وتعدياً يُحاسب عليه جنائياً ، ويندرج تحت المخالفة لأصول مهنة الطبيب.

(1) مسؤولية الطبيب بين الفقه والقانون : د.حسان شمسى باشا و د . محمد علي البار ،

دار القلم دمشق، دار البشير جدة.

(2) رواه ابن ماجه.

(3) بداية المجتهد 19/2.

والخطأ الفاحش هو ما لا تقره أصول فن الطب ، ولا يقره أهل العلم بفن الطب . ويعرّف الخطأ الفاحش أيضاً بأنه : «الخطأ الذي لا يمكن أن يقع فيه طبيب آخر». ويستعين القاضي بال خبراء في تحديد جسامه الخطأ والمسؤولية عنه.

شروط الضمان فى الاسلام

التعدّي: أي مجاوزة ما ينبغي أن يقتصر عليه شرعاً، أو عرفاً، أو عادة.

الضرر: أي إلحاق مفسدة بالغير.

الإفشاء: أي ألا يوجد للضرر سبب آخر غيره (سبب معين أفضى إلى نتيجة محدّدة).

فإذا تحققت هذه الشروط فإن مسبب الخطأ يتحمل المسؤولية، ويضمن تعويض الأضرار التي نتجت عنها

ويتحمل الطبيب ومن في حكمه ممن يزاولون المهن الطبية مسؤولية الأضرار التي تنتج عن أفعالهم، سواء حدثت نتيجة استخدام أدوات ووسائل وأجهزة، أو حدثت بسبب خطأ شخصي، أو تقصير أو إهمال، أو عدم متابعة حالة المريض، أو عدم إجراء ما يلزم إجراؤه في الوقت المناسب، أو عدم استشارة ذوي الخبرة والاختصاص إذا كانت الحالة تستدعي الاستشارة.

فلا ضمان على الطبيب في الفقه الإسلامي إذا كان العلاج أو الجراحة بإذن من المريض أو وليه ، وكان الطبيب مأذوناً له إذناً عاماً، وبذل أقصى الجهد في العلاج ، فإن تخلف جزء من هذه الأمور فإن عليه التبعة، وخصوصاً بالنسبة لبذل أقصى الجهد في العلاج.

حالات عدم الضمان:

وقد أدركت المذاهبُ الفقهيةُ المختلفةُ طبيعةَ العملِ الطبي، وما ينطوي عليه من أخطار ومضاعفات (Complications) لا يستطيع الطبيب أن يتجنّبها مهما أُوتِيَ من علم وخبرة ومهما بذل من جهد، ولذلك اتجه الفقهاءُ لمراعاة الطبِ ييب، والتخفيف من مسؤولياته عن المضاعفات التي قد تنتج عن عمله، واتفقوا على أنه لا ضمانَ على الطبيبِ ومَنْ في حكمه من مَرْضِين وفنيين ونحوهم إذا ما راعى الشروط الآتية:

- أن يكون من ذوي المعرفة في صناعة الطب : أي عارفاً (بالأصول الثابتة والقواعد المتعارف عليها نظرياً وعملياً بين الأطباء، والتي يجب أن يلمّ بها كل طبيب وقت قيامه بالعمل الطبي)، فلا ضمان على الطبيب ومن في حكمه ما دام من أهل المعرفة ولم يخطئ، أي أن يكون فعل الطبيب الذي نتج عنه الضرر قد وقع على النحو المعتبر عند أهل الصناعة.
- أن يُؤدّن له بمزاولة المهنة : أي أن يحصل على ترخيص رسمي بممارسة الطب أو غيره من الإختصاصات الطبية، من الجهة ذات الإختصاص (وزارة الصحة). قال ابن رشد في بداية المجتهد: (لاخلاف أنه إذا لم يكن من أهل الطب أنه يضمن لأنه متعد).
- أن يأذن له المريضُ بمداواته : ويشترط أن يكون الإذن معتبراً شرعاً ، فإذا كان الإذن معتبراً، وكان الطبيب حاذقاً، ولم يتعمّد الوقوع في الخطأ، ولم يتجاوز ما أُذن فيه، وسرى التلف إلى المريض، فإن الطبيب لا يضمن، لأنه فعلاً فعلاً مباحاً مأذوناً فيه، أما إذا طبّب بغير إذن (ما عدا الحالات الإسعافية التي لا تحتاج إلى إذن لخطورتها)، أو بإذن غير معتبر

شرعاً، فأدى إلى تلف أو عيب فإنه يضمن ما ترتب على فعله من أضرار.

- ألا يتجاوز ما ينبغي له في المداواة : فإذا أعطى للمريض جرعة من الدواء أكبر من الجرعة المحددة، أو قطع من العضو أكثر مما ينبغي، أو ما شابه ذلك من تجاوزات، فإنه يتحمّل مسؤولية فعله، ويلزم بضمان ما نتج عن فعله من أضرار سواء كان فعله عن خطأ أو تقصير أو جهل أو اعتداء، إلا أنه لا يأنم في الخطأ، ويأنم في التقصير والجهل والاعتداء⁽¹⁾.

والقاعدة الشرعية في المسؤولية الطبية تنص على أن كل من يزاول عملاً أو علماً لم يعرف عنه إتقانه يكون مسؤولاً عن الضرر الذي يصيب الغير نتيجة هذه المزاولة.

والخلاصة :

يشترط لعدم المسؤولية عن التطبيب الشروط الآتية:

- ← أن يكون الفاعل طبيباً عن معرفة ودراية.
- ↑ أن يأتي الفعل بقصد العلاج وبحسن نية.
- أن يعمل طبقاً للأصول الفنية التي يقرأها فن الطب وأهل العلم به، فما لم يكن كذلك فهو خطأ جسيم يستوجب المسؤولية.
- ↓ أن يأذن له المريض أو وليه.
- أن تأذن له الجهات المختصة بمزاولة المهنة لحديث المصطفى ﷺ «من تطبب ولم يعلم من ه طب قبل ذلك فهو ضامن»⁽²⁾.

(1) الممارسات الطبية بين خطأ الطبيب ومضاعفات المرض د. عبد الله محمد منجود

Enstera Mediterrream Health Journal 2004 ;10: 198 - 207

(2) صحيح ابن ماجه 2808.

والجدير بالذكر أن الفقهاء في القانون في العصر الحديث قد توصلوا بعد طول الجدل والبحث إلى نفس هذه الشروط التي قررها علماء الشريعة الإسلامية، كما أن غالبية القوانين الوضعية الحديثة قد تضمنت هذه الشروط لانتفاء المسؤولية عن الأطباء.

التفريق بين الخطأ والمضاعفات :

كثيراً ما يختلط الأمر على الناس حتى المثقفين منهم بين «الأخطاء الطبية» و«المضاعفات الطبية».

وقد يجد البعض صعوبة في التمييز بين الخطأ الطبي والمضاعفات الطبية.

فللعالم يشهد سنوياً إجراء حوالي 250 مليون عملية جراحية كبرى، وتجرى هذه العمليات في ظل مخاطر تزداد مع تقدم العمر وتعدد الإجراءات التداخلية.

وتتراوح معدلات المضاعفات الهامة الناجمة عن هذه العمليات بين 3% و16% .

كما تتراوح معدلات الوفاة بين 0.2% و10% حسب نوع العملية والمكان الذي تجرى فيه الجراحة ، الأمر الذي ينجم عنه حوالي 7 ملايين حالة من المضاعفات المسببة للعجز كما تحدث مليون وفاة سنوياً.

المضاعفات الطبية:

هي تلك الحوادث التي تطرأ على المريض أثناء علاجه ويتأذى منها، وقد تصل إلى الوفاة أو تعطل بعض الأعضاء أو تأخر الشفاء، وليس للطاقم الطبي سبب في حدوثها أو منعها، حيث يكون الطاقم الطبي قد أخذ بالإجراءات الصحيحة ، والمريض قد نفذ التعليمات كاملة

ولكن طرأت أمراض إض افية على مرضه الأصلي أوطراً
التهاب أو عدم التحام في الجروح أوحث عدم استجابة كاملة
للعلاج.

فالطبيب غير مسؤول طالما أنه:

- مجاز وخبير
 - وأخذ بالأسباب الصحيحة
 - وبذل أقصى جهده لرعاية المريض.
 - ولايمك الطبيب وسيلة لمنعها
- ويزداد احتمال حدوث هذه المضاعفات تبعاً لظروف
المريض:

لكالعمر، ووجود الأمراض المزمنة : مثل مرض السكر
والأورام الخبيثة والفشل الكلوي والكبدى، والظروف التي رافقت
العملية مثل كونها طبيعية أم طارئة أو كون ها انتقائية تتم في
ظروف مستقرة.

وكلما زادت عوامل الخطورة حدثت مضاعفات تعزى إلى
الظروف المحيطة بالعملية، فالشفاء ليس بيد الأطباء، ولكنه بيد
الله.

والطبيب الجراح شأنه شأن الطبيب العادي ، عليه الالتزام
ببذل عناية دون تحقيق نتيجة ، بمعنى أنه لا يكون مسؤولاً عن
ضمان شفاء المريض أو نجاح العملية الجراحية طالما أنه بذل
جهوداً صادقة يقظة تتفق مع الأصول المستقرة في علم الطب.
ويعفى الجراح من المسؤولية في حالة توافر شروط القوة
القاهرة، أو حالة الضرورة التي توجب ضرورة السرعة في
إجراء العملية.

وقد يفاجأ الجراح بظروف شاذة لم يكن يتوقعها ، ولا في
مقدوره أن يعمل على تلافيها.

والحقيقة أن الفشل في أية عملية جراحية هو قدر الجراحة والجراحين ولو في أكثر بلاد العالم تقدماً.
فهناك نسبة فشل في أية عملية مهما صغرت، مقررة في كل كتب الطب لكل أنواع العمليات عرفها من عرفها وجهلها من جهلها!.

وهذا من جملة العبر في استيلاء النقص على جملة البشر.
فالجرح ينزف، والعظم يلتهب، والخياطة تفك.
وهناك أسباب لا حصر لها في فشل أية عملية جراحية، من تصلب الشرايين وتقدم العمر أو اضطراب تخثر الدم أو خطأ فني أو التهاب.
والمضاعفات الخطيرة قد تحدث مع أعظم الجراحين وفي أصغر عملية!
وأية عملية مهما كانت صغيرة محفوفة بالمخاطر والفشل، وهذا لب الحقيقة.

ف «أنتوني إيدن» رئيس الوزراء البريطاني دخل غرفة العمليات من أجل عملية مرارة بسيطة، ولكن هذا العمل الجراحي أدى إلى إطلاق سلسلة أحداث غيرت مجرى التاريخ.
فقد قطعت القناة المرارية وتعرض للتهاب متكرر، دفعه لإدمان عقار أثار عليه سلباً في اتخاذ قرار غزو السويس، فانهار سياسياً ومعه سمعة بريطانيا الدولية.
وهذا أثر الأمراض ومضاعفات الجراحة في الأقدار السياسية⁽⁶⁾!!.

اختلاطات الأمراض الباطنية

(1) فلسفة النجاح والفشل: د. خالد جليبي بتصريف (لشرق الأوسط العدد 9173، 9 يناير 2004).

ولكن يجب على الطبيب أن يشرح للمريض ولذويه خطة سير المعالجة أولاً بأول ، وبوضوح تام، وأنه سيبذل قصارى جهده في تقديم أفضل الطرق لعلاجهم، ولكن الشافي هو الله.

الواجب في خطأ الطبيب :

وتتنوع الأجزاء المترتبة على خطأ الطبيب في الفقه الإسلامي. ويظهر اتجاه الفقه الإسلامي بوضوح إلى تغليب استخدام التعويضات المالية على فرض العقوبات ، وهذا ما يدفع العاملين في المجال الطبي إلى عدم التستر عن الخطأ. ولا يتحدث الفقهاء عن العقوبة على أخطاء الأطباء ومن في حكمهم إلا في حالات القصد في إحداث الضرر. وهو ما أدى إلى إيجاد نوع من التوازن بين كل من رعاية مصلحة المريض ، ومصلحة المجتمع في الإقبال على مزاوله مهنة الطب.

فالتشدد في إلقاء المسؤولية على الطبيب عن كل ضرر يلحق بالمريض يمكن أن يؤدي إلى:

← العزوف عن ممارسة المهنة.

↑ البعد عن التدخل الجراحي الذي قد يترافق بمضاعفات.

→ أو إجراء المزيد من الفحوص الطبية المكلفة وغير

الضرورية للمريض (وهذا ما يسمى بالطب الدفاعي) .

أنواع المسؤولية

← مسؤولية مدنية: تستدعي تعويضاً عن الضرر الحاصل .

↑ مسؤولية جزائية: وهي التي تتبعها عقوبة إذا طالب بها

المتضرر أو الوكالة العامة للدولة.

المسؤولية المدنية التقصيرية :

تتعقد المسؤولية المدنية التقصيرية للطبيب :

- نتيجة مخالفة الأنظمة واللوائح الواجب مراعاتها ، كما لو أجرى عملية جراحية لا يسمح لمثله بإجرائها.
- إذا كان العقد الذي بينه وبين المريض يفتقر إلى أحد الأركان أو الشروط التي تؤثر في كيانه.
- إذا كان المريض قد تعاقد وهو ناقص الأهلية ، أو كان تعاقدته تحت تأثير ضغط أو إكراه أو تدليس أخلَّ بواجب الأمانة في ممارسة العمل الطبي.
- إذا كان الضرر نتيجة الإخلال بالتزام سابق على التعاقد ، كالتزام الطبيب - قبل التعاقد - بتبصير المريض بخطورة الجراحة التي سوف يجريها له.
- إذا شاب التنفيذ سوء نية ، كما لو أجرى للحامل عملية قيصرية ، ابتغاء رفع الأجر ، وكان من الممكن توليدها بطريقة عادية.

المسؤولية الجزائية :

نصت القوانين والنظم على عدد من الأفعال التي تعتبر جرائم أو التي يلزم مراعاتها ويحظر مخالفتها ، يسأل الطبيب الذي يقترفها جزائياً ، وتوقع عليه عقوبة م نصوص عليها ، من ذلك على سبيل المثال:

- جريمة مزاوله المهنة بدون ترخيص.
- جريمة تقديم بيانات غير صحيحة للحصول على الترخيص.
- عدم الحصول على إذن المريض أو من يمثله قبل إجراء أي عمل طبي.
- جريمة الإمتناع عن علاج مريض دون مبرر مقبول.
- ممارسة الطبيب طرق تشخيص و علاج غير معترف بها.

- مجازرة الطبيب - في غير حالة الضرورة - اختصاصه وإمكانياته.
- إنهاء حياة مريض ميؤس من شفائه طبيًا.
- إجهاض امرأة حامل، إلا في الحدود التي بينها القانون، وأقرتها الشريعة الإسلامية.
- جريمة إفشاء سر المهنة الطبية إلا في حالات خاصة⁽¹⁾.

ونضرب هنا مثالين :

إذا نقل مريض إلى مستشفى خاص، وهو بحالة إسعاف شديدة يحتاج إلى إجراء عملية جراحية سريعة ، ولكن الطبيب لم يقبله بحجة أنه مرهق، فمات المريض، أو لم يقبل الطبيب إجراء العملية له حتى يؤدي له أجره مسبقاً ولم يكن الأجر حاضراً ، فالطبيب مسؤول جنائياً. وقد تتحول المسؤولية إلى المستشفى الخاص الذي فرض هذا النظام

ولو تعهد الطبيب بتمريض المريض وأجرى له عملية جراحية، ومنع أي طبيب آخر من الإشراف عليه ، وطرأت مضاعفات لهذا المريض ، وأبلغ الطبيب بذلك ، ولم يحضر في الوقت المناسب حتى مات المريض، فالطبيب مسؤول جزائياً. ولما كانت القوانين في العالم الإسلامي لا توقع عقوبة إلا إذا نصّ القانون على المخالفة ونص على العقوبة ، بناء على قاعدة متفق عليها (أن لا عقوبة إلا بنص) فإنه يتحتم تبعاً لذلك أن تعنى الدول الإسلامية بإصدار القوانين التي تبين بدقة المخالفات التي توجب عقوبة، وأن تراعي الأحكام الإسلامية فيما تصدره من قوانين .

فإذا أخطأ الطبيب المعروف بالطب ، المأذون له في عمله من ولي الأمر ، ومن المريض ، وكان الخطأ واضحاً مخالفاً

(1) مسؤولية الطبيب بين الفقه والقانون : د.حسان شمسي باشا و د . محمد علي البار ، دار القلم دمشق.

لأصول المهنة، فإن الطبيب يضمن ما أخطأت يده، فإن كان التالف يقدر بأقل من ثلث الدية (والديق تقدر بقيمة مائة إبل)، فعليه أن يدفع ذلك من ماله للمتضرر، وإن كان التعويض يقدر بثلث الدية أو ما فوقها فإنها تقع على العاقلة.

والعاقلة هي من يحمل العقل وهي الدية، وسميت كذلك لأنهم يمنعون عن القاتل أو لأنهم يعقلون لسان ولي المقتول. «وعاقلة الإنسان» هم العصبة وهم أولياء الدم.. ويدخل العصبة لأنهم يرثون الإنسان إذا مات. وقد جعل عمر بن الخطاب < العاقلة في أهل الديوان، وهم أهل العطاء من ديوان واحد. ومنه استنبط بعض العلماء جعل العاقلة في أهل الحرفة الواحدة متى كان يجمعهم رابطة أو نقابة أو جمعية. ويمكن أن تكون الآن في التأمين على الممارسة الطبية. وقد صار شائعاً، بل ولا يسمح للطبيب بالممارسة إلا بعد حصوله على هذا التأمين.

ويوضح نظام العاقلة مدى الترابط بين أفراد المجتمع، فإذا تعذر وجود العاقلة في العصبة، فإن جعل العاقلة في أهل الديوان أو أهل المهنة الواحدة مثل نقابة الأطباء أو النقابات المهنية الأخرى، أو إيجاد تأمين بشروطه الإسلامية، ييسر إيجاد «صندوق» لمثل هذه الحالات، بحيث يؤخذ من كل عضو في النقابة مبلغ من المال إسهاماً في هذا الصندوق كل عام، فإذا ما حدث خطأ ولزمت الدية، أمكن دفعها من هذا الصندوق».

الفريق الطبي :

ومن تطورات الطب في العصر الحديث أن الكشف والعلاج قد يكون بواسطة طبيب واحد، وقد يكون بواسطة عدد من الأطباء أو من الطبيب والخبراء وتنقسم هذه الفرق إلى قسمين:

فريق مترابط: يشترك في القيام بالكشف والعلاج، ويكون فيه الطبيب الجراح رئيس الفريق وهو الذي يعين بقية الأعضاء وهو

المسؤول بصورة عامة عن الخطأ إلا إذا تحددت مسؤولية أحد أعضاء الفريق في وقوع الخطأ وما ترتب عليه من ضرر **فريق غير مترابط:** فيسأل كل طبيب عن خطئه .

مسؤولية المستشفيات :

تتحمل المستشفيات الحكومية والأهلية المسؤولية عن الأشخاص ا لعاملين بها من أطباء وممرضين ومخدرين وغيرهم. والأصل في ذلك حديث رسول الله ﷺ «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته ...»⁽¹⁾.

فإذا قصرت إدارة المستشفى في اختيار الأطباء ومراقبتهم فقد تكون مسؤولة عن الأضرار التي تحدث للمرضى . كما تكون مسؤولة إذا لم توفر الأجهزة الضرورية للأطباء.

والخلاصة :

1. التطبيب فن ولا يسأل الطبيب عن الشفاء وإنما يسأل عن القيام بواجبه بإخلاص حسب الأصول الفنية والعلمية في وقت قيامه بالتطبيب.
2. الطبيب مسؤول أمام الله كلما قصر في أداء واجبه أو تجاوز ما هو مآذون له فيه ، عرف ذلك أو لم يعرف.
3. تمت وظيفة الطبيب لتشمل - إلى جانب الوظيفة التقليدية - البحوث والتجارب التي كشف عنها التطور العلمي.
4. بما أن عقد التطبيب في المستشفيات الخاصة والعيادات الخاصة عقد إجارة بين المريض والطبيب فالواجب أن لا يباشر الطبيبُ المريضَ إلا بعد معرفة أجر الطبيب من الطرفين.

⁽¹⁾ رواه البخاري ومسلم.

- وللطرفين أن يتعاقدا على أجر يتجدد كلما قام الطبيب بمعالجة المريض . كما يجوز أن يتعاقدا على استحقاق الطبيب لأجره عند الشفاء . ولا يستحق شيئاً إن لم يحصل البرء (1) .
5. الأصل في المسؤولية الطبية أن التزام الطبيب ينحصر في بذل العناية المطابقة للأسس العلمية في المجال الطبي ولو لم تتحقق النتيجة المرجوة . ومع ذلك يلتزم الطبيب بتحقيق هذه النتيجة إذا استقر العرف الطبي على أن ذلك في مقدور الطبيب .
6. لا تتعدّد مسؤولية الطبيب التقصيرية إلا إذا وجد منه إخلال بواجب ترتب عليه الإضرار بالغير .
7. يُسأل الطبيب مدنياً عن الخطأ الفاحش الذي ترتب عنه ضرر مالي للمريض ، ويطالب بالتعويض المالي بقدر الضرر اللاحق . والقصد من ضمان الطبيب «الجبر لا الزجر» .
8. الطبيب مسؤول جزائياً عن كل ضرر قصد إحاقه بالمريض . أو أقدم على العلاج فيما هو جاهل به . وتتعدّد مسؤولية الطبيب جزائياً إذا أخلّ متعمداً بواجب أو التزام قانوني أو مهني .
9. لا تسقط المسؤولية الجزائية عن مراكز الأبحاث التي تتمتع بالشخصية المعنوية ، وندعو الحكومات إلى تنظيم هذه المسؤولية وتحديد العقوبات التي تناسبها .
10. الفريق الطبي المترابط يسأل فيه كل فرد ترتب عن خطئه الضرر ، كما يُسأل الطبيب رئيس الفريق . أما الفريق غير المترابط فكل فرد مسؤول عن عمله .
11. تُسأل المؤسسة الصحية مدنياً عن الأضرار التي حصلت للمريض بسبب خطأ من الفريق المعالج ، أو بسبب عدم توفير الأجهزة الأساسية للطبيب .
12. على الحكومات الإسلامية أن تعمل على إصدار التشريع الذي يتابع الحالات التي يكون فيها الطبيب مسؤولاً جزائياً .
13. ندعو منظمة المؤتمر الإسلامي للاضطلاع بذلك التشريع الموحد بين أقطار العالم الإسلامي مستلهمة فيه من الشريعة

(1) الأصل أن الطبيب مسؤول عن بذل عناية وليس بيده شفاء المرضى . ويستحق الأجر على بذل العناية حسب الأصول الطبية المتعارف عليها .

الإسلامية ومن أصول المهنة الطبية ، وأن تعمم نشره بين جميع
أعضائها.

قرار رقم: 15/8,142

بشأن ضمان الطبيب

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي الدولي المنبثق عن منظمة المؤتمر الإسلامي المنعقد في دورته الخامسة عشرة بمسقط (سلطنة عُمان) من 14 إلى 19 المحرم 1425هـ، الموافق 6-11 آذار (مارس) 2004م.

بعد اطلاعه على البحوث الواردة إلى المجمع بخصوص موضوع ضمان الطبيب، وبعد استماعه إلى المناقشات التي دارت حوله، **قرر ما يأتي:**

أولاً - ضمان الطبيب:

- (1) الطب علم وفن متطور لِنفع البشرية، وعلى الطبيب أن يستشعر مراقبة الله تعالى في أداء عمله، وأن يؤدي واجبه بإخلاص حسب الأصول الفنية والعلمية.
- (2) يكون الطبيب ضامناً إذا ترتب ضررٌ بالمريض في الحالات الآتية:

- أ - إذا تعدد إحداث الضرر.
- ب - إذا كان جاهلاً بالطب، أو بالفرع الذي أقدم على العمل الطبي فيه.
- ج - إذا كان غير مأذون له من قبل الجهة الرسمية المختصة.
- د - إذا أقدم على العمل دون إذن المريض أو مَنْ يقوم مقامه «كما ورد في قرار المجمع رقم 67(7/5)».
- هـ - إذا غرر بالمريض.
- و - إذا ارتكب خطأً لا يقع فيه أمثاله ولا تقره أصول المهنة، أو وقع منه إهمال أو تقصير.
- ز - إذا أفشى سر المريض بدون مقتضى معتبر «حسب قرار المجمع» رقم 79(8/10).
- ح - إذا امتنع عن أداء الواجب الطبي في الحالات الإسعافية (حالات الضرورة).

(3) يكون الطبيب - ومن في حكمه - مسؤولاً جزائياً في الحالات السابق ذكرها إذا توافرت شروط المسؤولية الجزائية فيما عدا حالة الخطأ (فقرة و) فلا يُسأل جزائياً إلا إذا كان الخطأ جسيماً.

(4) إذا قام بالعمل الطبي الواحد فريق طبي متكامل، فيُسأل كل واحد منهم عن خطئه تطبيقاً للقاعدة «إذا اجتمعت مباشرة الضرر مع التسبب فيه فالمسؤول هو المباشر، ما لم يكن المتسبب أولى بالمسؤولية منه». ويكون رئيس الفريق مسؤولاً مسؤولية تضامنية عن فعل معاونيه إذا أخطأ في توجيههم أو قصّر في الرقابة عليهم.

(5) تكون المؤسسة الصحية (عامة أو خاصة) مسؤولة عن الأضرار إذا قصرت في التزاماتها، أو صدرت عنها تعليمات ترتب عليها ضرر بالمرضى دون مسوغ.

ويوصي بما يأتي:

- (1)** إجراء دراسة خاصة بمشكلات التطبيق المعاصر لنظام العاقلة واقتراح البدائل المقبولة شرعاً.
- (2)** إجراء دراسة خاصة بمسائل الضرر المعنوي والتعويض عنه في قضايا الضمان بوجه عام.
- (3)** الطلب من الجامعات في الدول الإسلامية إيجاد مقرر خاص بأخلاقيات وفقه الطبيب لطلبة الكليات الطبية والتمريض.
- (4)** الطلب من الحكومات في الدول الإسلامية تنظيم ممارسات الطب البديل والطب الشعبي والإشراف عليها ووضع الضوابط التي تحمي المجتمع من الأضرار.
- (5)** حث وسائل الإعلام على ضبط الرسالة الإعلامية في المجال الصحي والطبي.
- (6)** تشجيع الأطباء المسلمين على إجراء البحوث والتجارب العلمية والشرعية.

والله الموفق

الفصل السادس

حفظ سر

المهنة

حفظ سر المهنة

السِر في اللغة اسم لما يُسر به الإنسان أي : يكتمه، وأصل الكلمة يدل على إخفاء الشيء وعدم إظهاره (1) ولعل طبيعة عمل الطبيب، وما فيها من مباشرة لجسم المريض عامة، ومواضع العورة أحياناً، تقتضي أن يطلع على أشياء يختص بها المريض، ولا يجب أن يطلع عليها أحد غيره . ومن حق المريض عليه أن لا ييوح بأي معلومات عنه وذلك أن ثقة المريض في طبيبه هي أساس التعامل بينهما، والمريض إنما أفشى بأسراره وما يعانيه للطبيب لأجل الوصول إلى التشخيص الصحيح. (2) ولولا قسوة المرض، وشدة وطأته على المريض، لما باح بشيء من هذه الأسرار للطبيب. وكثير من المرضى يصابون بعلل يكتمونها عن آبائهم وأهليهم، ويذكرونها للطبيب، مثل أمراض الرحم والبواسير وغيرها.

فالسِر: هو الذي يفضي به إنسان إلى غيره، أو يطلع عليه بحكم معاشرته أو مهنته ويستكتم عليه، أو دلت القرائن على طلب الكتمان، أو كان من شأنه في العادة أن يُكتم، أو تضمّن ضرراً،

(1) معجم مقاييس اللغة (67/3)، لسان العرب مادة [سرر].

(2) انظر: رؤية إسلامية لبعض القضايا الطبية، د. عبدالله حسين باسلامه، ص 95.

أو عيباً يكره إطلاع الناس عليه، أو تضمّن ن إفشاؤه الإفساد بينه وبين غيره⁽¹⁾.

وقد تكون الأسرار التي يطلع عليها الطبيب مما يتعلق بذات المرض، كالأمراض الخاصة بدممني المخدرات ومدمني شرب الخمر.

أو يكتشفها الطبيب من خلال فحصه جسم المريض، كبعض الأمراض الجنسية.

وقد تكون مما لا يتعلق بالمرض، ولكن يكتشفها الطبيب في أثناء حديثه مع المريض، كالأسرار العائلية، أو يطلع عليها أثناء فحصه له، كبعض العيوب الخلقية التي بجسمه.

وما يطلع عليه الطبيب من أسرار المريض نوعان:

الأول: هو العورات والسوات التي لا يحب المريض أن يطلع عليها أحد غيره ولولا الضرورة لما سمح للطبيب أن يطلع عليها.

الثاني: المعاصي والذنوب والآثام التي يقترفها المريض، ولا يطلع عليها أحد غيره، ثم يظهرها للطبيب أثناء كشفه عليه أو حديثه معه.

وفي كل من هذين النوعين فإن للكشف عن السر حالتين:

الأولى: أن يكون السر مما لا تدعو الضرورة إلى كشفه، ولا النظر إليه أو الإخبار عنه.

الثانية: أن يكون السر مما تدعو الضرورة إلى كشفه، أو إلى النظر إليه أو الإخبار عنه.

ما لا تدعو الضرورة لكشفه من العورات :

قد يكون ما يطلع عليه الطبيب من المريض عورة، لا يحب المريض أن يراها أحد، ويكتمها عن أبويه وأهله، ويذكرها للطبيب رجاء تمكينه من معرفة الداء وعلاجه. فينبغي على

(1) الرؤية الشرعية لقضايا سرية المرضى للدكتور هاني عبد الله الجبير.

الطبيب حفظ الأمانة التي استودعه إياها مريضه . وقد قال الله تعالى في وصف عباده المؤمنين: (چ چ چ چ د) [المؤمنون: 8].

ما لا تدعو الضرورة لكشفه من المعاصي :

قد يرتكب إنسان معصية مرة أو مرات متعددة، مستتراً عن أعين الناس، نادماً على ما بدر منه من مخالفة لأوامر الله تعالى، فإذا اطّلع الطبيب من مريضه على شيء من ذلك، وكان مطمئناً إلى توبته أو متوقفاً منه ذلك، فيجب عليه أن يسبل عليه ثوب السر، فلعل ذلك يكون دافعاً له لعدم العودة إلى تلك المعصية . قال العز بن عبد السلام - 660هـ-: «الستر على الناس شيمة الأولياء، ويجوز إفشاء السر إذا تضمن مصلحة أو دفع ضرر، وقد كشف يوسف # سر المرأة التي راودته فقال : (ك س ن ث) [يوسف: 26] ليدفع عن نفسه ما قد يتعرض له من قتل أو عقوبة»⁽¹⁾ ويرجع أساس الالتزام بالسر الطبي قديماً إلى ما نص عليه قسم أبقراط إذ جاء فيه:

(إن كل ما يصل إلى بصري أو سمعي وقت قيامي بمهمتي أو في غير وقتها مما يمس علاقتي بالناس ويتطلب كتمانهم، سأكتمه، وسأحتفظ به في نفسي، محافظتي على الأسرار). ويوجه الطبيب أبو بكر الرازي نصيحة لتلاميذه فيقول: (اعلم يا بني أنه ينبغي للطبيب أن يكون رفيقاً بالناس حافظاً لغيبهم كتماً للأسرارهم، سيما أسرار مخدومه فإنه ربما يكون ببعض الناس من المرض، ما يكتمه من أخص الناس به مثل أبيه وأمه وولده و إنما يكتمونه خصوصياتهم فيجب أن يحفظ طرفه ولا يجاوز موضع العلم).

والسر المهني وموضوعه يعدّ من الضمانات الأساسية لحقوق الإنسان حيث تضمنت المادة (12) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان أحكاماً تتضمن حماية الخصوصية الشخصية للأفراد، ويأتي الالتزام بالاحتفاظ بالسر الطبي ضمن قائمة من أسرار المهن

(1) شجرة المعارف والأحوال، ص 389، بتصرف واختصار.

التي يتوجب على أصحابها الالتزام بهذه الأسرار مثل المحامين والوكلاء وغيرهم من أصحاب المهن الذين يتصل علمهم بهذه الأسرار بحكم عملهم

تساؤلات حول مدى أحقية الطبيب بإفشاء المعلومات المتعلقة بالمريض بعد وفاته:

نشرت إحدى الصحف الفرنسية نبأ وفاة الرسام الفرنسي الشهير سياستيان لوباج (1885) وعزت السبب في موته إلى مضاعفات مرض مخجل.

ولما كانت الصحيفة كاذبة فيما ادعت .. ملحقة بالرجل أذى كبيراً في سمعته الأدبية، فإن الدكتور، «واتله» - بدافع الإنصاف والدفاع عن سمعة بريء لا يملك الدفاع عن نفسه - نشر مقالاً في الصحف يكذب التشخيص الذي لفقته الصحيفة ويبين وجه الصدق في المرض الذي توفي به الرسام ..

و في العرف العام شهامة وإحقاق للحق .. ولكنها في خصوصية المهنة الطبية كسرت النطاق القانوني الوثيق الذي أقامه القانون حول قدسية سر المهنة الطبية، أقيمت الدعوى على الطبيب وحكم عليه بجرم إفشاء السر الطبي، ورفع الحكم إلى محكمة النقض فصادقت عليه.

تحريم نشر السر:

أمر الشرع بحفظ السر ونهى عن إفشائه سواء كان من اطلع عليه طبيب أو موظف بالسجلات الطبية أو من أفراد الهيئة التمريضية وغيرهم، ويرتب المسؤولية على إفشاء السر على أي واحد منهم، إذ أن حفظ السر من الأمانة الواجب حفظها والإخلال بها من علامات النفاق.

عن أبي هريرة > قال: قال رسول الله ﷺ: «آية المنافق ثلاث إذا حدث كذب وإذا وعد أخلف وإذا أوتمن خان»⁽¹⁾
والرسول ﷺ يقول: «من ستر مسلماً ستره الله يوم القيامة»⁽²⁾.
وعن عائشة > قالت: كان النبي ﷺ إذا بلغه عن الرجل الشيء لم يقل ما بال فلان يقول، ولكن كان يقول: «ما بال أقوام يقولون كذا وكذا»⁽³⁾.

قال ابن الحاج (737هـ): ينبغي أن يكون – الطبيب – أميناً على أسرار المريض، فلا يُطلع أحداً على ما ذكره المريض؛ إذ إنه لم يأذن له في إطلاع غيره على ذلك⁽⁴⁾.
وعن عائشة > قالت: قال رسول الله ﷺ: «من غسل ميتاً فأدى فيه الأمانة، ولم يُفش عليه ما يكون منه عند ذلك خرج من ذنوبه كيوم ولدته أمه»⁽⁵⁾.

والملف الطبي للمريض هو مستودع الأسرار التي أنتنم المريض بها الطبيب وأي إطلاع عليه دون إذن المريض أو دون توفر المسوغات الشرعية من قبل محكمة شرعية وإذن القاضي بهتك هذا الحق، هو جريمة في حق المريض والفرد والمجتمع. ويتوجب على العاملين في المجال الصحي من المواخذه أكثر من غيرهم.. إذ أصل عملهم هو تخفيف معاناة المريض، والسعي لراحته. وأي عمل يخالف هذا المقصد يضاعف المواخذه، إذ من قواعد الشرع أنّ مَنْ عظمتُ النعمة عليه زادت المواخذه كذلك عليه.

(1) رواه البخاري ومسلم.

(2) رواه البخاري.

(3) رواه أبو داود وصححه الألباني في السلسلة الصحيحة رقم 2064.

(4) المدخل إلى تنمية الأعمال بتحسين النيات لابن الحاج.

(5) رواه أحمد.

متى نقول إن الطبيب أفشى سرّ المهنة؟

لا يباح إفشاء سر المريض حتى ولو كان من طبيب إلى طبيب، لأن المريض حين يأتى طبيباً على سره لا يعني أنه يأتى غيره أيضاً.

فسرّ المهنة لا يقتصر على ما يعهد به الطبيب، بل يتعداه إلى كل ما يشاهده الطبيب، أو يسمع به، مما يضر إفشائه بسمعة المريض أو كرامته، وكل ما يمثل سرّاً يلزم الطبيب بكتمانه حتى ولو لم يطلب المريض منه ذلك.

وكثيراً ما يفصح الأطباء - باستهتار غريب - عن أسرار أمراض بعض مرضاهم لزملائهم.. ليس من أجل الحصول على استفسار حول المرض أو عن أسلوب علاجي جديد أو غيره من الأمور المباحة طبيّاً، ولكن من أجل التباهي أو إبراز القدرات العلمية، وهو أمر أصبح منتشرّاً حتى بين أساطين الطب وليس بين صغار الأطباء فقط.

أسرار المريض القاصر

عندما يطلب المرضى القصر من الطبيب المعالج تلقي العلاج سرّاً دون إخبار أولياء أمورهم، يجب على الطبيب تشجيعهم على إشراك الأهل، ويتضمن ذلك محاولة التعرّف على سبب رغبة المريض في عدم إطلاع أهله على حالته ومحاولة تصحيح أي مفاهيم خاطئة.

ومن حق الطبيب أن يسمح للمريض القاصر لأهلية بأن يخضع للعلاج، ويحجم الطبيب عن التصريح بأي معلومات للأهل دون موافقته، إلا إذا كانت القوانين النافذة تقضي بغير ذلك، وتحدّد مدى أهلية المريض من قبل الطبيب المعالج في أغلب الأحيان.

كما يجوز استشارة بعض المتخصصين في علم نفس الأطفال أو بعض المختصين في التعامل مع المراهقين إذا لزم الأمر.

هل كل الأمراض تعتبر من الأسرار الطبية؟

هناك أمراض تعتبر بطبيعتها من أسرار المريض مثل الأمراض الجنسية والوراثية . وكذلك العقم عند الرجال والنساء يعتبر من الأمراض التي لا يجوز إفشاء سرها . وسر المريض يعتمد أيضاً على الظروف التي يحدث فيها المرض، فليس من كتمان السر – مثلاً – أن يخفي الطبيب حالة المريض الصحية الخ طرة والحرجة عن أهل المريض، بل مطلوب منه أن يُعلم أهل المريض بحالة مريضهم، وربما يرى الطبيب مصلحة في إعلام المريض نفسه بالأمر.

وفي بعض الأحيان يكون كتمان السر في حاجة المريض الخاصة عن أهله وذويه مطلوباً والأمر راجع إلى الضرر الأقل والضرر الأكبر، ونحن نتحمل الضرر الأقل لندفع الأكبر

وماذا عن إفشاء السر لأحد الزوجين؟

لا بأس بإفشاء السر لأحد الزوجين إذا كان ذلك في الأمور المشتركة التي تخصهما معاً، وليس له أن يبيح بأشياء المريض الخاصة إلا بإذنه كالأمراض الجنسية أو الحمل في حال عدم قدرة الزوج على الإنجاب⁽¹⁾.

وإذا تبين للطبيب أن رب الأسرة قد أصيب بمرض جنسي؛ فهل يبليغ الزوجة؟

إن كان المرض معدياً، ويخشى أن ينتقل إلى الزوجة أو أفراد الأسرة، فإن الضرر المتوقع بإصابته للأبرياء أعظم من الضرر

(1) حكم إفشاء السر في الإسلام للدكتور توفيق الواعي.

الذي ينال المريض نفسه ببيان حاله . وربما يكون على الطبيب البيان إن سُئل عن ذلك أو اقتضته الحال
 ففي حالة الأمراض الجنسية، وهي معدية، فإن كان لها علاج،
 أمكن إعطاء العلاج، ولكن لا بد أيضاً من فحص الزوج الآخر،
 حتى لا يتكرر المرض . ولهذا فإن طريقة الإفشاء للزوج الآخر
 تكون مهمة، وبطريقة مهذبة وذكية وبحضور المريض نفسه
 وأما إذا كان المرض مثل الإيدز ليس له علاج شاف، فلا بد
 من إخبار الآخر حتى يتم فحصه ويتجنب العدوى، وفي ذلك تفصيل
 ذكره المجمع الفقهي عن موضوع الإيدز⁽¹⁾.

حكم إفشاء سر الأمراض المعدية وا لتي تتصل بالجهاز التناسلي (الإيدز مثلاً):

لا يجوز للإنسان أن يضر شخصاً آخر في نفسه وماله، فقد نهى الشارع عن الإضرار بالغير، ومن ثم يجوز إعلام أحد الزوجين بحقيقة مرض الآخر حتى يأخذ كافة الطرق للوقاية من هذا المرض ويكون هذا الإعلام بطريقة هادئة غير مروعة وإبلاغ أحد الزوجين بحقيقة مرض الآخر، إن كان مصاباً بمرض مُعدٍ أمر بقضيه وقاية الزوج الصحيح من أن ينتقل إليه فيروس هذا المرض.

متى يجوز إفشاء السر ؟

لا يجوز لأي طبيب أن يفشي سراً خاصاً وصل إلى علمه بسبب مزاولته المهنة سواء كان المريض قد عهد إليه بهذا السر واثتمنه عليه أو كان الطبيب قد اطلع عليه بحكم عمله وذلك فيما عدا الحالات التالية:

- ← إذا كان إفشاء السر بناء على طلب صاحبه.
- ↑ إذا كان إفشاء السر لمصلحة الزوج أو الزوجة و أبلغ شخصياً لأي منهما.

(1) راجع فصب «حقوق مرضى الإيدز».

- إذا كان إفشاء السر لمنع وقوع جريمة ، فيكون الإفشاء في هذه الحالة للسلطة الرسمية المختصة فقط.
- ↓ إذا كان الغرض من إفشاء السر هو دفاع الطبيب عن نفسه أمام جهة قضائية و بناء على طلبها، أو أداء الشهادة أمام المحاكم.
- إذا كان الغرض من إفشاء السر منع تفشي مرض معد يضر أفراد المجتمع، ويكون إفشاء السر في هذه الحالة للسلطة الصحية المختصة فقط .
- ± الإبلاغ عن المواليد والوفيات.
- كل هذه الحالات من الأسباب التي تجعل إفشاء السر مباحاً في الحدود اللازمة وبالقدر الذي يتفق مع الحكمة من الإباحة، أما غير ذلك فيسري عليه الحظر.

سرية العلاقة بين الطبيب ومحامي المريض

يجوز للطبيب مناقشة حالة المريض والتشخيص والعلاج والتوقعات الخاصة بتطور الحالة مع محامي المريض شريطة طلب المريض وموافقته أو ولي أمره. وعلى الطبيب الإدلاء بالشهادة أمام المحكمة أو الجهات القضائية المختلفة أو الجهات المشابهة متى طلب منه ذلك.

سرية التعامل مع ممثلي شركات التأمين

لا يجوز الكشف عن معلومات خاصة بحالة المريض لمندوب شركة التأمين إلا بعد إخطار المريض، وأخذ موافقته، أو من يمثله قانونياً على ذلك.

حالات من الواقع:

- إذا عرف الطبيب من مريضه الذي يعمل في موقع حساس (طيار مثلاً) أنه مدمن مخدرات، وأن بعض زملائه مدمنون أيضاً؛ فهل يقوم الطبيب بإطلاع المسؤولين على هذا السر؟ أم يقوم الطبيب بإخبار السلطات لاتخاذ اللازم؟ يجب على الطبيب شرعاً أن يخبر الجهات المسؤولة، ويبلغ السلطات أيضاً، وذلك ليتمكن تفادي الأخطار الفظيعة التي قد تترتب على قيادة الطائرة من قبل شخص واقع تحت تأثير المخدر.
- مريض فقد بصره، ولكن أمكن إصلاحها حتى تبدو سليمة تماماً بحيث لا يعرف الناظر إليه أنه لا ينظر إلا بعين واحدة. وطلب المريض من الطبيب ألا يخبر زوجته بذلك؛ لأنها ستطلب الطلاق إذا علمت بذلك، أو أن خطيبته سترفض الإقتران به؛ فكيف يتصرف الطبيب؟

هذا السر ليس للطبيب أن يخبر به لِمَا فيه من الضرر على المريض⁽¹⁾.

• إذا أجرى الطبيب اختباره على الزوج فبان له أن الزوج عقيم عقماً لا شفاء منه، ولا أمل في إنجاب، ثم جاءت زوجته برفقه زوجها فاكتشف أنها حامل، فهل يخبر زوجها بأنه من المؤكد أن الحمل ليس منه؟
والجواب لا يجوز للطبيب أن يدخل الريبة في نفس الزوج، ولا يسلط اتهامه على المرأة، ولو كانت الحدود تقام، لوجب على الحاكم أن يجلد الطبيب المشكك ثمانين جلدة، ويفسق ولا تقبل شهادته تبرئة للمرأة وصوناً للفراس⁽²⁾.

أما إذا جاء الزوج وطلب الفحوصات للتأكد من قدرته على الإنجاب فيجب على الطبيب إخباره بنتائج الفحوصات.

• إذا قام الطبيب بعمل يخل بأداب مهنة الطب، واكتشف ذلك زميل له؛ هل يقوم بالإبلاغ وإفشاء السر؟

إن كان الطبيب قد اعتدى على الطرف الآخر، واستغل صغره أو ضعفه في مواجهة الطبيب، فليس الستر على المعتدي أو لِي من تمكين المعتدي عليه من الوصول إلى حقه . وقد يترجح الإفشاء في هذه الصورة على الكتمان إن كان مثل ذلك العدوان محتمل التكرار.

أما إن كان مستمراً على غوايته واستغلال مركزه فيجب إيقافه عند حده.

• مريض أجريت له عملية في العين، أو أصيب بضعف البصر لدرجة تكون قيادته للسيارة خطراً عليه وعلى الناس؛ فهل يجوز الإفشاء بأمره إلى المسؤولين؟

(1) إفشاء السر في الشريعة الإسلامية" للدكتور : محمد سليمان الأشقر

(2) الطب في ضوء الإيمان: للشيخ محمد مختار السلاوي دار الغرب الإسلامي 2001

يجب على الطبيب أن يفضي بذلك إن غلب على ظنه أن المريض لن يستمع إلى نصح الطبيب له بالامتناع عن قيادة السيارة، ليحصل منعه من القيادة مؤقتاً، إن كان ضعف الإبصار مؤقتاً، أو لسحب الرخصة منه إن كان الضعف دائماً⁽¹⁾.

• إذا عرف الطبيب عن مريضته أنها قامت بترك وليدها غير

الشرعي في الطريق العام، أو أي مكان تفادياً للفضيحة؛

فهل يقوم الطبيب بإبلاغ السلطات، أم يلتزم بكتمان السر؟

يلتزم الطبيب في هذه الحال بكتمان السر، وخاصة إذا

استكتمته السر والتزم لها. وحتى لو لم يلتزم فلا يفشي السر، لشدة الخطورة على حياتها في غالب الأحوال، ولما في إفشاء السر من أضرار معنوية شديدة على المرأة نفسها وعلى أسرته، هذا مع وجوب العمل على إنقاذ الطفل⁽²⁾.

ولابد من التنبيه إلى استعمال أحسن الألفاظ في التعبير ولنا

في رسول الله ﷺ أسوة حسنة إذ لم يكن فليحشاً ولا متفحشاً، فيتلفظ أو يكتب الطبيب العبارة المؤدية للغرض. فكلية (غير لائق) تكفي

في الإخبار عن حالة المتقدم لعمل مثلاً دون ذكر تفاصيل

المرض، وكذلك (أن المريض مصاب بمرض ينتقل بالاتصال الجنسي) يكفي عن تسمية المرض، و (عدم التوافق بين الزوجين)

كذلك يؤدي الغرض دون الحاجة لذكر اسم الداء.

وقد بدأت المستشفيات بذكر التصنيف العالمي لأي مرض

عوضاً عن ذكر اسمه.

حالة:

(1) إفشاء السر في الشريعة الإسلامية" للدكتور : محمد سليمان الأشقر ،بتصرف .

(2) المرجع السابق.

امرأة متأكدة أنها حملت من غير زوجها، وتطالب بالإجهاض لكي لا يذكرها الوليد مستقبلاً بما ارتكبته من إثم نحو زوجها ونحو نفسها.

فهذه المرأة لها من زوجها ع دة بنات، ولم تلد بعد ذكوراً، وزوجها يعلم بالحمل الجديد، ويتوقع أن يكون الوليد المنتظر ذكراً فما الرأي في هذا الموقف المعقد؟

لا تملك الزانية إسقاط جنينها، والقول بجواز إجهاض ولد الزنا مخالفة صريحة لما تقضي به قاعدة سد الذرائع، ذلك لأن أهم العقبات المانعة للم رأة من الزنا ظهور الحمل الذي يترتب عليه افتضاح أمرها، وإصاق العار بها طول عمرها، فلئن لن تردعها عن الفاحشة مخافة الله، كانت الفضيحة هي الرادع⁽¹⁾.

ملحوظة: المرأة المتزوجة التي زنت ولها زوج، وزوجها مسرور بالحمل فإنها لاشك ستستمر في خداعه ولن تقوم بالإجهاض ولايكشف سرها!.

إفشاء سر الأمراض النفسية:

يطلع الطبيب النفسي خلال عمله على أسرار كثيرة، ويدلي بنصائح قد توقع به أحياناً في تناقضات بين ما يؤمن من أخلاقيات، وما يضطر إليه من إرشاد أو توجيه لإيجاد حل أو جواب.

ومن المواقف التي يواجهها الطبيب النفسي خلال عمله:

مریضة تعاني من أعراض نفسية، ويعلم الطبيب أثناء فحصها أن السبب في معاناتها أنها تخون زوجها، وبعد خروجها من حجرة الفحص يدخل زوجها مستفسراً عن حالة زوجته وعن أسبابها؟ فما الرأي الشرعي فيما يقال له؟

(1) إفشاء السر الطبي. وأثره في الفقه الإسلامي : د. علي محمد علي أحمد دار الفكر الجامعي، الإسكندرية 2007 ص 405.

لابد للطبيب أولاً من نصح المريضة بترك المعاصي، ويمكن للطبيب إخبار الزوج بأنها تعاني من قلق وكآبة، وهما أمران شائعان جداً ولا علاقة لهما بالزنا ولا بغيره . كما ينبغي على الطبيب في هذه الحالة أن يستر على المريضة، لأن الشارع قد طلب من المسلم الستر على أخيه المسلم غير المجاهر، بل ويجوز له الكذب للستر على المسلم، لما روي عن النبي ﷺ أنه قال: «ليس الكذاب الذي يصلح بين الناس، ويقول خيراً وينمي خيراً»⁽¹⁾.
 وإذا أفشى الطبيب ستر مريضته فيعد قاذفاً لإنسان محصن بالزنا، ويطالب بإثبات واقعة الزنا طبقاً للمنهج الشرعي في ذلك، فإن لم يثبت ذلك أقيم عليه حد القذف – إذا توفرت الشروط المطلوبة لحد القذف.
 وليعلم الطبيب أن التي اعترفت أمامه إنسانة مريضة قد لا تعي ما تقول، فيجب على الطبيب أن يحتاط في مثل هذه الأمور⁽²⁾.

(1) رواه مسلم.

(2) إفتاء السر الطبي وأثره في الفقه الإسلامي د. علي محمد علي أحمد مرجع سابق، ص

مشاكل تحتاج حلولاً:

ومن هذه المشاكل مشكلة الحمل السفاحي – غير الشرعي – ومشكلة استغلال الأطفال جنسياً فهل إفشاء هذه يعتبر من إفشاء السر؟

إذا وقف الطبيب على حصول حمل غير شرعي فإن توصيفه للحالة بأنها حمل ليس فيه كشف للسر، لأنها من جنس الإخبار بالمرض ونحوه ولكن يختص هذا بالحامل دون غيرها. وإذا كانت متزوجة وأخبرته بأن حملها من سفاح أو توصل إلى ذلك فإنه لا يجوز له الإبلاغ عن ذلك لكونه قذفٌ وإذا اطلع على أن طفلاً قد استغل فإن عليه إبلاغ وليه بحالته لأن سر المريض غير كامل الأهلية يتولاه وليه . وإذا كان المعتدي هو الولي نفسه فينبغي إبلاغ الجهات المختصة. وفي جميع ما تقدم يجب على الطبيب كغيره مناصحة مَنْ عُلِمَ منه المنكر، وتوجيهه وتذكيره بالله فهذا واجب شرعي سواء أبلغ بعد ذلك أو لا⁽¹⁾.

كشف حالات سوء معاملة الأطفال من قبل ذويهم، هل يعتبر كسفاً لأسرار المريض؟

فإساءة معاملة الأطفال وإهمالهم هي واحدة من التحديات الأخلاقية التي تواجه الأطباء الممارسين في جميع أنحاء العالم. ومن منظور الخصوصية و السرية فإن هذه القضايا تصبح خطيرة جداً نظراً لأنه يمكن لطبيب الأطفال أو طبيب الطوارئ أو طبيب طب الأسرة أن يواجه مواقف يشعر فيه بالشك في أن طفلاً ما قد اسيئت معاملته . وهو في الوقت ذاته يشعر بالارتباك

(1) الرؤية الشرعية لقضايا سرية المرضى للدكتور هاني عبد الله الجبير(مرجع سابق).

والتخبط في كيفية التصرف في مثل هذه الأمور، فهذه القضايا تشمل حقوق الأبوين وواجباتهم، وأن الأبوين هما من له حق الإشراف والرعاية للطفل، كما أنه ليس للغرباء الحق في التدخل في مثل هذه الشؤون⁽¹⁾.

ومن هنا فإن مسؤولية الطبيب في حماية الصغير مسؤولية كبرى، كما أن الشعور بالذنب لدى أحد الأبوين أو كليهما بصورة الأسرة وشرفها، وما يمكن أن ينطوي عليه الأمر إذا تدخلت السلطات وعلمت بالأمر، كل ذلك مما يجب أن يدركه الطبيب ويكون في حسبانته⁽²⁾.

وأقرت **الهيئة السعودية للتخصصات الطبية** في المملكة العربية السعودية في باب «أخلاقيات مهنة الطب» حفظ سر المريض وكتمانه فقد جاء فيها:

"لقد أكد الإسلام على حفظ السر والستر على المسلم، خاصة إذا كان هذا الستر لا يجرُّ إلى مفسدة راجحة في المجتمع، وإطلاع الطبيب على أسرار المريض لا يبيح له كشف هذه الأسرار والتحدث عنها بما يؤدي إلى إفشائها إلا في الحالات الاستثنائية التالية:

← إذا كان الإفشاء لذوي المريض أو لغيرهم مفيداً لعلاجهم، أو فيه حماية للمخالطين له من الإصابة بالمرض مثل «الأمراض المعدية أو إدمان المخدرات»، وفي هذه الحالة يقتصر الإخبار على من يمكن أن يُضار.

(1) إظهار و كشف حالات سوء معاملة الأطفال، هل تعتبر كشف لخصوصيات و أسرار المريض؟ د. عمر ابراهيم المديفر (موقع صيد الفوائد).

(2) لا بد من إتخاذ إجراءات وقائية للطفل المعتدى عليه، ويؤاخذ الطبيب على عدم إبلاغه للجهات المختصة . ولا يبادر الطبي ب بالاتهام، ولكنه يطلب رأي الطب الشرعي أو المختصين، كما ينبغي إبلاغ الجهات المختصة بحماية الطفل.

↑ إذا ترتب على الإفشاء مصلحة راجحة للمجتمع أو دفع مفسدة عنه، ويكون التبليغ للجهات الرسمية المختصة، وأمثلة ذلك ما يلي:

- الإبلاغ عن وفاة ناجمة عن حادث جنائي، أو للحيلولة دون ارتكاب جريمة.
- التبليغ عن الأمراض السارية أو المعدية.
- إذا طلب منه ذلك من جهة قضائية.
- دفع تهمة موجهة إلى الطبيب من المريض أو ذويه تتعلق بكفاءته أو كيفية ممارسته لمهنته، على أن ي كون الإفشاء أمام الجهات الرسمية.

→ الإفشاء لغرض التعليم:

- يمكن للطبيب إفشاء بعض أسرار المريض إذا دعت الحاجة إلى ذلك من أجل تعليم الأطباء أو أعضاء الفريق الصحي الآخرين، على أن يقتصر ذلك على غرض التعليم فقط، وأن يحافظ على عدم إبراز ما يدل على هوية المريض وشخصيته ما لم يكن ذلك ضرورياً.
- يمكن للطبيب تصوير بعض أجزاء جسم المريض لغرض طبي أو تعليمي بعد استئذانه في ذلك، شريطة أن لا يكون في هذا التصوير ما يدل على شخصية المريض وكشف هويته، وإذا دعت الحاجة إلى تصوير الوجه لأغراض التعليم فيجب أخذ موافقة خطية، وأن تغطي العينان إلا للضرورة العلمية» انتهى.

وكل ما ذكر أعلاه مُطبق في الغرب إلى أكبر حد .. فلا يجوز لشخص أو جهة «وإن كانت حكومية» الإطلاع على ملفات المريض إلا بإذن من القاضي الذي ينظر في الأمر ويُرجح المصالح والمفاسد.

فالهدف الطبي للمريض هو مستودع الأسرار التي أ نتمن المريض بها الطبيب وأي اطلاع عليه أو جزء منه دون إذن

المريض أو دون توفر المسوغات الشرعية من قبل محكمة شرعية وإذن القاضي بهتك هذا الحق، هو جريمة في حق المريض والفرد والمجتمع ، وهي جريمة شرعية و أخلاقية واجتماعية لا تغفرها المجتمعات الغربية بقوانينها الوضعية، فكيف بنا ونحن نتبع قوانين السماء والأمر الشرعي فيها جلي واضح بين شرعاً وقانوناً وخلقاً.

وجاء في الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية في موضوع السرّ الطبي:

المادة 29

- لا يجوز للطبيب أن يفشي سرّاً وصل إلى علمه بسبب
مزاولته المهنة، سواء كان المريض قد عهد إليه بهذا السر، أو
كان الطبيب قد اطّلع عليه بحكم عمله وذلك فيما عدا الحالات
الآتية، وأمثالها مما تنصّ عليه التشريعات الوطنية:
- (أ) - إذا كان إفشاء السرّ بناءً على طلب صاحبه خطياً أو كان
في إفشائه مصلحة للمريض أو مصلحة للمجتمع؛
- (ب) - إذا كانت القوانين النافذة تنصّ على إفشاء مثل هذا
السر، أو صدر قرار بإفشائه من جهة قضائية؛
- (ج) - إذا كان الغرض من إفشاء السرّ منع وقوع جريمة،
فيكون الإفشاء في هذه الحالة للسلطة الرسمية المختصة فقط؛
- (د) - إذا كان إفشاء السرّ لدفع الضرر عن الزوج أو الزوجة،
على أن يبلغ به في حضورهما معاً، وليس لأحدهما دون الآخر؛
- (هـ) - إذا كان الغرض من إفشاء السرّ هو دفاع الطبيب عن
نفسه أمام جهة قضائية وبناءً على طلبها بحسب ما تقتضيه حاجة
الدفاع.
- (و) - إذا كان الغرض من إفشاء السرّ منع تفشي مرض مُعدٍ
يضرّ بأفراد المجتمع. ويكون إفشاء السرّ في هذه الحالة للسلطة
الصحية المختصة فقط.

المادة 30

على الطبيب عندما يطلب منه المرضى القصر تلقي العلاج
سراً دون إخبار أولياء أمورهم، أن يعمل على التعرف على سبب

رغبة المريض في عدم إطلاع أهله على حالته، وأن يشجعه على إشراك الأهل، وأن يعمل على تصحيح المفاهيم الخاطئة لديه.

المادة 31

من حقّ الطبيب أن يعالج المرضى القصر، ومن حقّه أن يُحجم عن التصريح بأي معلومات قد تؤدي إلى إلحاق ضرر بالقاصر، إلا إذا كانت القوانين النافذة تقضي بغير ذلك.

المادة 32

على الطبيب إخطار المريض والحصول على موافقته المستنيرة المبنيّة على المعرفة، كتابةً، قبل تقديم أية معلومات عنه لأطراف أخرى، مثل الباحثين، أو شركات الأدوية، أو مؤسسات جمع البيانات.

المادة 35

للطبيب الكشف عن معلومات خاصة بحالة المريض لمندوب شركة التأمين، شريطة موافقة المريض أو من يمثله قانونياً على ذلك كتابةً، وعلى أن يقتصر الكشف على المعلومات المتعلقة بالبند التأميني فقط . وعلى الطبيب أن يقوم بتبصير المريض بما يترتب على كشفها قبل أن يقوم بذلك.

المادة 36

على الطبيب وسائر العاملين في المجال الصحي بذل كل جهد ممكن للمحافظة على سرية جميع التقارير الطبية، بما في ذلك التقارير التي تخزن في ذاكرة أجهزة الحاسوب . ولا يجوز أن يتم إدخال المعلومات إلى سجل الحاسوب إلا من قبل الأشخاص المخوّلين بذلك وحدهم . ويراعى تحديد تاريخ وتوقيت أيّ إضافة لمعلومات جديدة، (ويراعى تسجيل اسم من قام بالتعديل أو الإضافة).

المادة 37

يجب إخبار المريض أو من ينوب عنه بوجود نظام تخزين البيانات على الحاسوب بالمنشأة الصحية، على أن يكون ذلك قبل أن يقوم الطبيب المعالج بإرسال المعلومات لقسم الحاسوب الذي يتولى تخزينها. كما ينبغي أن تُحدّد مسبقاً جميع الأفراد والجهات

التي يمكنها الوصول إلى المعلومات. ويُعدّ التصريح بكل هذه المعلومات للمريض أمراً ضرورياً للحصول على موافقته. وتبعاً لمدى حساسية بيانات المريض، يراعى اتخاذ الاحتياطات الأمنية التي تمنع تسرب المعلومات أو وصول أفراد آخرين إليها.

المادة 38

يجب إخبار المريض أو من ينوب عنه قبل توزيع أية تقارير تشتمل على بيانات خاصة به. كما يجب الحصول على موافقة المريض، وإخطار الطبيب المعالج، قبل إرسال أيّ بيانات أو معلومات خاصة بالمريض إلى أفراد أو منظمات خارج نطاق مؤسسات الرعاية الصحية، بحيث لا يصرّح بإفشاء مثل هذه البيانات لأية جهة دون موافقة المريض.

المادة 39

يقتصر التصريح بأيّ بيانات طبية سرية على الأفراد والهيئات التي ستتناولها بكتمان شديد، حسب الأنظمة واللوائح النافذة. كما يقتصر إرسال المعلومات الطبية السرية على الوفاء بالغرض الذي تحدد عند طلبها، وتكون محددة بالإطار الزمني لهذا الغرض. ويجب إخطار جميع تلك الهيئات والأفراد أن إفشاء تلك البيانات لهم لا يعني السماح بتمريرها لجهات أخرى، أو استخدامها في أغراض غير التي حُدِّتْ عند طلبها.

قرار مجمع الفقه الإسلامي بشأن السرّ في المهن الطبية

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد خاتم النبيين وعلى آله وصحبه.
إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره الثامن ببندر سيرى بيجوان، بروناي دار السلام من 1-7 محرم 1414هـ الموافق 21-27 (يونيو) 1993م.

بعد إطلاعه على البحوث الواردة في المجمع بخصوص موضوع السرّ في المهن الطبية، وبعد استماعه إلى المناقشات التي دارت حوله، قرر ما يلي:

أولاً: السرّ هو ما يفضي به الإنسان إلى آخر مستكتماً إياه من قبل أو من بعد، ويشمل ما حفتت به قرائن دالة على طلب الكتمان إذا كان العرف يقضي بكتمانه، كما يشمل خصوصيات الإنسان وعيوبه التي يكره أن يطلع عليها الناس.

ثانياً: السرّ أمانة لدى من استودع حفظه، التزاماً بما جاءت به الشريعة الإسلامية، وهو ما تقضي به المروءة وآداب التعامل.
ثالثاً: الأصل حظر إفشاء السرّ وإفشاءه بدون مقتضٍ معتبر، موجب للمؤاخذة شرعاً.

رابعاً: يتأكد واجب حفظ السرّ على من يعمل في المهن التي يعود الإفشاء فيها على أصل المهنة بالخلل، كالمهن الطبية، إذ يركن إلى هؤلاء ذوو الحاجة إلى محض النصح وتقديم العون فيفيضون إليهم بكل ما يساعد على حسن أداء هذه المهام الحيوية، ومنها أسرار لا يكشفها المرء لغيرهم حتى الأقربين إليه.

خامساً: تستثنى من وجوب كتمان السرّ حالات يؤدي فيها كتمانها إلى ضرر يفوق ضرر إفشائه بالنسبة لصاحبه، أو يكون في إفشائه مصلحة ترجح على مضرة كتمانها، وهذه الحالات على ضربين:

(أ) - حالات يجب فيها إفشاء السر بناء على قاعدة ارتكاب أهون الضررين لتقويت أشدهما، وقاعدة تحقيق المصلحة العامة التي تقضي بتحمل الضرر الخاص لدرء الضرر العام إذا تعين ذلك لدرئه.

وهذه الحالات نوعان

- ما فيه درء مفسدة عن المجتمع.

- وما فيه درء مفسدة عن الفرد.

(ب) - حالات يجوز فيها إفشاء السر لما فيه

- جلب مصلحة للمجتمع.

- أو درء مفسدة عامة.

وهذه الحالات يجب الالتزام فيها بمقاصد الشريعة وأولوياتها من حيث حفظ الدين والنفس والعقل والنسل والمال.

سادساً: الاستثناءات بشأن مواطن وجوب الإفشاء أو جوازه

ينبغي أن ينصَّ عليها في نظام مزاولة المهن الطبية وغيره من الأنظمة، موضحة ومنصوصاً عليها على سبيل الحصر، مع تفصيل كيفية الإفشاء، ولمن يكون، وتقوم الجهات المسؤولة بتوعية الكافة بهذه المواطن.

ويوصي بما يلي:

دعوة نقابات المهن الطبية ووزارة الصحة وكليات العلوم الصحية بإدراج هذا الموضوع ضمن برامج الكليات ، والاهتمام به، وتوعية العاملين في هذا المجال بهذا الموضوع، ووضع المقررات المتعلقة به، مع الاستفادة من الأبحاث المقدّمة في هذا الموضوع.

والله الموفق

الإخبار بالحقيقة

قد يطلب المريض من الطبيب أن يخبره بنوع مرضه أو بنتيجة الكشف عليه أو الأشعة أو بحالته الصحية. و ينبغي أن يستجيب الطبيب لذلك، ما دام المريض يعرف مصلحته، وهو في كامل قواه العقلية، فهو صاحب المصلحة. ولكن ماذا لو كان إخبار المريض سيزيده ألماً أو يسبب له تأثيرات نفسية شديدة؟ ينبغي على الطبيب في هذه الحالة أن يخبر أحد أقاربه ويناقش معه أفضل السبل لإيصال المعلومة إلى المريض. فلا يتصور أحد أن يكون الطبيب إلا صادقاً في أقواله وأفعاله. ولكن هل يشترط في الطبيب أن يقول الحقيقة في كل الظروف والأحوال؟ ومتى يصبح إخفاء الحقيقة أو المعارض مندوباً أو واجباً؟ ينقسم الأطباء وفلاسفة الأخلاق بخصوص ضرورة الإخبار بالحقيقة إلى فريقين:

➤ الأول يرى ضرورة ذكر الحقيقة كاملة للمريض
للأسباب التالية:

✘ الإخبار بالحقيقة تعبير عن احترام استقلالية المريض
في اتخاذ قراره، واختيار ما يناسبه بكامل حريته،
وهو رأي الأخلاقيين **Kantians**.

✘ الإخبار بالحقيقة تعبير عن الوفاء بالعقد القائم ضمناً
بين الطبيب المعالج والمريض، وهو رأي الفيلسوف
WD Ross

✘ الإخبار بالحقيقة يوطد أواصر الثقة بين الطبيب
ومريضه، بما يحقق التعاون المثمر بينهما . وهذا
رأي الفلاسفة النفعيين **Utilitarian**.

✘ الإخبار بالحقيقة حق من حقوق المريض في معرفة
تفاصيل الإجراءات الطبية التي تجرى له.

➤ فريق يعتبر الإخبار بالحقيقة غير ملزم دائماً للأسباب
التالية:

✘ الخداع الخيري: **Benevolent Deception**

فإذا كان المريض يعاني مثلاً من السرطان فإن مواجهة
المريض بالحقيقة، وإعطاءه بوضوح مستقبل تطور المرض
Prognosis قد يؤدي إلى تدهور الحالة النفسية والحالة الصحية
للمريض، وذلك لارتباط المقاومة المناعية بالحالة النفسية
ويطلق على هذا الشعور الأخ لاقى تجاه المريض «السلوك
الأبوي» **Paternalism**، لأن الطبيب يقوم في هذه الحال بدور
الوالد الذي يختار لولده القاصر ما فيه نفعه وصلاحه⁽¹⁾.

✘ الحقيقة الكاملة غير معروفة في الغالب، لأن
الطب ليس علماً رياضياً دقيقاً، وحتى كلمة

(1) الطبابة أخلاقيات وسلوك: د. عبد الجبار دية، الرياض 1421 هـ.

«السرطان» لا تعني بالنسبة للطبيب وال مريض شيئاً واحداً.

✘ بعض المرضى الذين هم على شفا الموت لا يرغبون في معرفة حقيقة حالتهم، وليس من المعقول أن تفرض عليه المعرفة رغماً عنه.

✘ قد يتعارض الإخبار بالحقيقة مع واجب الحفاظ على السر الطبي **Confidentiality**. وهنا قد يُقَدَّم واجب الحفاظ على السر الطبي.

فإذا قرر رجلٌ التبرع لولده بكليته، وبعد إجراء اختبار التوافق النسيجي **Histocompatibility**، وجد الطبيب أن الأب مناسب كمتبرع، إلا أن الوالد غير رآيه، وطلب من الطبيب أن يشعر ولده وزوجه أن لا يمكنه نقل الكلية من الوالد لأسباب طبية، فيجد الطبيب نفسه أن عليه أن يذعن لرغبة الوالد لأن الالتزام الأدبي تجاهه أكد .. !

الإخبار بالحقيقة من منظور الشرع:

قد يباح للطبيب عدم الإخبار بالحقيقة أو إخفاؤها كلياً أو جزئياً في حالات خاصة تقتضيها المصلحة «مصلحة المريض أولاً».. عملاً بقاعدة «أخف الضررين»، أو القاعدة التي تقول: «إذا تعارضت مفسدتان رجحت أقلهما مفسدة»! وهذا ما تقره العقيدة الصحيحة، ويقبله العقل السليم.

متى يجوز للطبيب إخفاء الحقيقة؟

هناك حالات استثنائية نوردتها على سبيل المثال لا الحصر،

ومنها:

← إذا كان المريض مشرفاً على الموت، ويعلم الطبيب من حالته النفسية أن مصارحته بالحقيقة قد تعجل بوفاته، أو تقوده إلى يأس شديد ..

↑ إذا كان المريض يعاني من مرض عضال كالسرطان،
 ويعلم الطبيب من حالته النفسية «بطريقة شخصية أو عن طريق
 ذويه» أن إخباره بالحقيقة، قد يؤدي به إلى هلع وجزع شديدين.
 ولكن لا بد من التأكيد على ضرورة مكاشفة ذوي المريض
 بالحقيقة حتى يكونوا على بينة من الأمر، وحتى لا يئثم الطبيب
 بالتكتم ومن ثم بالتقصير.

وعلى الطبيب أن يصارح المريض بعلته إن طلب المريض
 ذلك، وأن تكون المصارحة مبنية على الحكمة في القول واختيار
 ألفاظ الألفاظ، واستخدام العبارات المناسبة، فيخاطب كلاً على
 قدر شخصيته ومستواه العقلي، وعليه أن يعمل على تذكير
 المريض بربه ومولاه، وأن يوثق رباطه بالله حتى يهون عليه
 مرضه وتطمئن نفسه.

أما إذا كان المريض مصاباً بمرض معدٍ «كالإيدز أو
 الأمراض الجنسية عموماً» فلا بد من مصارحة المريض، حتى
 يمكنه أخذ الاحتياطات اللازمة لتفادي نقل المرض إلى الذين
 يتصل بهم. كما ينبغي إطلاع زوجه وذويه حتى يمكنهم اتخاذ
 الاحتياطات الوقائية المناسبة. وقد يكون من الواجب إبلاغ
 الجهات الحكومية المسؤولة، وخاصة إذا نصت التنظيمات
 الرسمية على ذلك. فيجب إبلاغ الجهات الصحية المختصة فقط
 بذلك. ولا يعتبر ذلك من إفشاء السر لأن الأمر منوط بالمصلحة
 العامة وبقوانين الدولة. ولا يجوز إفشاء ذلك السراً أو تلك المعلومة
 إلى غير الجهة المختصة حصرياً.

الفصل السابع

التأمين الصحي

التأمين الصحي

تتسم الرعاية الصحية بأنها من الخدمات الأعلى تكلفة في العالم حيث يقدر ما يسدده العالم سنوياً 2 تريليون دولار ثمناً لفاتورة العلاج ، بينما تصل التكاليف السنوية للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية - على سبيل المثال - إلى 20 مليار ريال.

فالاعتماد بشكل أساسي على ميزانية وزارة الصحة في أي بلد يؤدي إلى حدوث خلل في التوازن بين الموارد والتكاليف، ومن ثم بات ضرورياً البحث عن قنوات تمويل جديدة تسد هذا الخلل وتعيد التوازن الطبيعي لتلك المعادلة.

وتتجه كافة دول العالم الآن لاعتماد التأمين الصحي كوسيلة رئيسة لتوفير خدمات الرعاية الصحية للسكان . وقد طبق نظام التأمين الصحي في حوالي 100 دولة من دول العالم.

وأصبح علاج كثير من الأمراض يشكل عبئاً ثقيلاً على المريض، فإضافة إلى أجره الطبيب أو المداخلات العلاجية أو الجراحية فإن المريض قد يحتاج إلى أدوية متعددة ينوء بحمل أثمانها كثير من المرضى، حتى يكاد يبلغ ثمن بعضها شهرياً نصف راتب المريض أو يزيد .

ومن هنا جاءت أهمية طرح خيار التأمين الصحي التعاوني كبديل متاح يمكن الإستعانة به في سداد فاتورة الخدمات الصحية

التي تزداد عاماً بعد عام ، ولتحمل عن هؤلاء المرضى ثقل تلك التكاليف الباهظة

وتتبع أهمية التأمين الصحي من عوامل عديدة يمكن تلخيصها فيما يلي:

← الأهمية الحيوية للرعاية الطبية بالنسبة لسعادة الفرد والمجتمع .

↑ الازدياد الكبير في تكلفة الرعاية الطبية الحديثة.

→ عدم القدرة على التنبؤ بحدوث المرض أو تكلفته ومن ثم صعوبة اتخاذ الإجراءات لتغطية هذه التكاليف.

والتأمين بمفهومه المعاصر لم يكن معروفاً في البلاد الإسلامية لأنها كانت في السابق مستغنية عنه بنظام التكافل الاجتماعي.

وقد أرسى الإسلام مبادئ التكافل الاجتماعي، و انفرد بها عن أي نظام آخر، فأقرَّ نظام التآخي بين المهاجرين و الأنصار، و نظام تكافل العاقلة، و نظام كفالة الغارمين بإعطائهم سهماً من مصارف الزكاة المفروضة .

وإذا كنا لا نكاد نجد في حكومات العالم في القرون الأخيرة من نظم لتوفير الرعاية الصحية على نطاق واسع، قبل المستشار الألماني بسمارك عام 1883 م، ففي وسعنا أن نجد كثيراً من الوقائع في تاريخنا الإسلامي، وتتجلى فيها مسؤولية الدولة عن صحة رعاياها. والأمثلة كثيرة، ومنها كيف سنَّ الخليفة عمر بن الخطاب < سرُّنَةً تدل على أن بيت المال كان يتكفل بالرعاية الصحية لمن هم دون حد الفقر!.

وكيف كان ينفق على الأطفال جميعاً بمن فيهم اللقطاء، منذ ولادتهم لتوفير رضاعهم وحسن تغذيتهم⁽¹⁾.

(1) د. محمد هيثم الخياط: التأمين الصحي . مجلة مجمع الفقه الإسلامي، العدد الثالث عشر الجزء الثالث .

فقه ذكر البلاذري في (فتوح البلدان): «أن عمر <، مرّ عند مَقْدَمِهِ الجابية من أرض دمشق، على قوم مجذمين من النصارى، فأمر أن يُعْطُوا من الصدقات، وأن يُجرى عليهم القوت»⁽¹⁾.
كما ورد في «طبقات» ابن سعد: أن عمر < كان يفرض للمنفوس (الوليد) مائة درهم، فإذا ترعرع بَلَغ به مائتي درهم، وفَرَضَ له رزقاً يأخذه وليّه كل شهر بما يُصلحه، ثم ينقله من سنة إلى سنة. وكان يوصي بهم خيراً، ويجعل نفقتهم ورضاعهم من بيت المال»⁽²⁾.

ولا بد من الإشارة إلى أن التأمين عن الخدمات الطبية كان متحقّقاً في العهود الإسلامية الزاهرة من خلال المنشآت الطبية الموقوفة، وهي ما يسمى (البيمارستانات) أي مكان المرضى (المستشفى)، وكانت صيغة «الوقف» تشتمل على كل ما يتطلبه المستشفى من أماكن تنويم، وعيادات خارجية، وأدوية، وجراحة وبقية أصناف التخصصات الطبية، مع مرتبات للأطباء، وتلامذتهم المتدربين، وما يتصل بذلك من فرص الترويح عن المرضى ولا سيما الزمنى وهم من كان مرضهم مزمناً⁽³⁾.

والتأمين الصحي: عقد بين طرفين يلتزم به الطرف الأول (المستشفى) بعلاج الطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) من مرض معين، أو الوقاية من المرض عامة، مقابل مبلّغ مالي محدد يدفعه إلى الطرف الأول دفعة واحدة أو على أقساط.

(1) البلاذري: فتوح البلدان.

(2) طبقات ابن سعد 289/3

(3) ينظر كتاب «تاريخ البيمارستانات»، الدكتور أحمد عيسى ط. الترقى. دمشق، ففيه أمثلة رائعة عن الرعاية الصحية والمعالجات الطبية التي كانت تتم في هذه المستشفيات الموقوفة من أهل الخير أو من السلاطين. وهو أرقى ما وصل إليه الضمان الطبي الرسمي في العصر الحاضر.

وينظر أيضاً الخطط، للمقريزي، ووصفه للبيمارستان الذي وقفه السلطان قلاوون. كما تنظر صيغة وقفية مستشفى وما اشتمل عليه، في كتاب جواهر العقود والشروط، للمنهاجي 100/2 (باب الوقف) عن بحث د. عبد الستار أبو غدة.

ويكون دفعُ المستفيد من المؤسسة التأمينية على إحدى الصور التالية:

- ← **الأ يدفع** شيئاً لقاء الخدمة الصحية لا إلى مقدّم الخدمة (الطبيب، المستشفى....) ولا إلى المؤسسة التأمينية . وبذلك يقتصر ما يدفعه - إن كان يدفع- على قسط التأمين.
- ↑ أن يدفع لقاء تقديم الخدمة الصحية مبلغاً صغيراً **مقطوعاً** إلى مقدّم الخدمة، وتدفع المؤسسة التأمينية الباقي.
- أن يدفع لقاء تقديم الخدمة الصحية **نسبة مئوية معينة** من التكاليف مهما بلغت وتدفع المؤسسة التأمينية الباقي. وفي هذه الحالات جميعاً إما أن يكون ما تدفعه المؤسسة التأمينية في حدود سقف معين، أو بلا حدود . ولا يشمل المدفوع في عقد التأمين الصحي عادة كل مصاريف العلاج، بل نسبة منها، تصل أحيانا إلى 80 % أو نحوه .

أنواع التأمين الصحي:

ويقسم التأمين الصحي إلى خمسة أنواع:

الأول: التأمين الصحي الاجتماعي:

وهو الذي **تقوم به الدولة** لمصلحة الموظفين والعمال، فتؤمّنهم من إصابة المرض والشيخوخة . ويسهم في حصيلته كل من المستفيدين وأرباب الأعمال والدولة بنسب محددة، ويكون - في الغالب- إجبارياً لا يقصد من ورائه تحقيق الربح . وتكاد تتفق الآراء على أن هذا النوع من التأمين جائز شرعاً.

الثاني: التأمين الصحي التجاري:

وهو عقد بين فرد أو مؤسسة وبين **شركة تأمين تجاري** ، تلتزم شركة التأمين بمقتضاه أن تدفع مبلغاً معيناً دفعة واحدة أو على أقساط، وبأن ترد مصروفات العلاج وثمان الأدوية كلها أو بعضها من المستفيد من التأمين إذا مرض خلال مدة محددة، وذلك في مقابل التزام المؤمن له بدفع أقساط التأمين المتفق عليها.

وتكاد تتفق الآراء على عدم مشروعية هذا النوع من التأمين، لأنه عمل تجاري يقصد من ورائه الربح.

الثالث: التأمين الصحي التعاوني:

وهو عقد بين فرد أو مؤسسة وبين شركة تأمين تعاوني ينص على أن يدفع المؤمن له مبلغاً أو عدة أقساط، مقابل أن تلتزم هذه الشركة بأن تدفع له مصاريف العلاج وثمان الأدوية- كلها أو بعضها- إذا مرض خلال مدة التأمين، وبأن يزرع على حملة الوثائق - وفق نظام معين- كل أو بعض الفائض الصافي السنوي الناتج من عمليات التأمين.

و يمتاز التأمين التعاوني **الحقيقي** بخصائص معينة : فهو يسعى إلى التعاون، وينشأ بين جماعة يتعرض أفرادها لأخطار متشابهة، ويقوم على أساس توزيع الاشتراكات التي تُجمع من كل فرد من هذه الجماعة، على من يُبتلى منهم بالمصيبة المؤمن منها، دون أن يعود على أي منهم أي ربح مادي مما دفعه من اشتراكات. فإن زادت في نهاية العام قيمة الاشتراكات على ماُصرف من تعويضات، وُزرع هذا الفائض على المشتركين، وإن نقصت طُولب المشتركون بدفع مبالغ إضافية لتغطية العجز. ويقصد بالتأمين التعاوني المجاز شرعاً التأمين الذي يوافق أحكام الشريعة الإسلامية، من حيث مجال التغطية وأحكام الوثيقة وشروط التعاقد، وموجبات التغطية واستثناءاتها وغير ذلك من الأحكام التي يجب أن تراعى عند إعداد وثيقة التأمين. واستقر رأي علماء العصر على أن التأمين التعاوني مشروع لأن مقصده الأساسي التعاون على تقبيل الأخطار وتحمل المسؤولية.

الرابع: التأمين الصحي التبادلي:

وهو اتفاق بين جماعة على التبرع بمقادير متساوية أو متفاوتة بغرض علاج من يمرض منهم من هذه الأموال، وتقوم

به في الغالب جمعيات خيرية لتأمين المنتسبين إليها من غوائل المرض على سبيل التبرع . وتنتشر مثل هذه الأنواع من التنظيمات للتأمين بين أعضاء النقابات والجمعيات المهنية والعاملين لدى جهة واحدة كموظفي شركة أو عمال مصنع . وهي لا تحتاج إلى هيكل إداري في الغالب ولا تكون مسجلة كشركة ، بل يقوم عليها محام يقوم بتسجيل هذه الاتفاقيات ويرعى مصالح المشاركين في البرنامج . وهو يقوم بذلك مقابل مرتب شهري أو جزء من الربح المحقق من استثمار الأموال . واتفقت الآراء على جوازه .

الخامس: التأمين الصحي المباشر:

وهو عقد بين طرفين يلتزم به الطرف الأول (المستشفى) بعلاج الطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) من مرض معين، مقابل مبلغ مالي محدد.

ويعتبر هذا العقد عقد تأمين تجاري، وليس تعاوناً على توزيع المخاطر، والعلاقة بينهما علاقة تعاوضية . ورأى بعض الفقهاء أن هذا العقد عقد صحيح شرعاً، ورأى آخرون غير ذلك⁽¹⁾.

التأمين في الشريعة الإسلامية:

ولا شك أن مفهوم التأمين في الشريعة الإسلامية يختلف عن مفهومه الوضعي، فالتأمين في الشريعة الإسلامية يعتبر من أعمال التعاون التي تدخل في نطاق التكافل الاجتماعي . فغرض التأمين هو تفتيت الأخطار التي تواجه مجموعات من الناس لا يمكنهم مواجهتها بشكل فردي . والتأمين طبقاً لهذه الرؤية لا يقوم على أساس المضاربة، بل على أساس المشاركة، أي أن المؤمن لهم يتعاونون فيما بينهم من أجل تفتيت خطر محدد . وتعاونهم هذا

(1) للمزيد راجع كتاب «الرعاية الصحية : قضايا وحلول» . د. محمد علي البار، د . حسان شمسي باشا، د. عدنان البار، دار القلم دمشق، ودار البشير جدة.

لا يُعتبر عملاً تجارياً يقوم على حسابات الربح والخسارة، وإنما هو عمل تعاوني يهدف إلى إعانة من يقع عليه الضرر منهم. ومن المعروف أن التأمين بمفهومه التجاري الحالي لم ينشأ في بيئة اقتصادية إسلامية .. وبالتالي فإن شركات التأمين الإسلامية الجديدة لن تجد مفرّاً من التعامل مع شركة إعادة تأمين غير إسلامية أو الانضمام للاتحاد العالمي للتأمين الذي يقوم على أسس غربية غير إسلامية ، هذا واقع صعب ، ولكن لا يمكن تجاهله كما قال فقهاء التأمين . وصعوبة هذا الوضع تنبع من أن اقتصاديات الدول العربية والإسلامية لا يمكن لها أن تعمل بشكل مستقل عن الإقتصاد العالمي غير الإسلامي وخاصة في ظل توجهات العولمة الحديثة.

صحيح أنه ينبغي علينا الإ نخراط في المجتمع الاقتصادي الدولي في ظل العولمة، وصحيح أيضاً أن تطبيق نظام الضمان أو التأمين الصحي يعتبر أحد شروط الإ نضمام لمنظمة التجارة الدولية.. إلا أن المجتمعات الإسلامية كان لا بد لها أن تحرص كل الحرص على خلو التأمين مما يعرّ ضه للتعارض مع الأسس الشرعية. ولا شك أن الدور الذي يلعبه مستشارو التأمين له أهمية بالغة في التأكد من خلو بوالص التأمين من أي مخالفة لمبادئ الشريعة الإسلامية من تدليس أو غش أو غبن للعميل وهو الأمر الذي لا ينتبه إليه كثير من العملاء (دون قصد منهم) وذلك نظراً لعدم إلمامهم الكامل بثغرات وتعقيدات العملية التأمينية وقد استقرّ اجتهاد المجامع والمجالس الفقهيّة على حرمة التأمين التجاري، وعلى مشروعية كل من التأمين التعاوني، والتأمين الإجتماعي، وصدر عنها عدة قرارات . ولم تؤد هذه القرارات والفتاوى إلى تحديد صورة واضحة لمدى مشروعية التأمين، ومن ثمّ تحديد الضوابط الشرعية التي يمكن أن يمارس من خلالها.

ويرى البعض أن صيغة التأمين التي أشارت إليها فتوى هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية والمجامع الفقهية قابلة للتطبيق، بل هي موجودة ومعروفة، وتسمى هذه الصيغة «التأمين التبادلي»، أما ما انتشر العمل به فيما سمي بالتأمين التعاوني فهي مختلفة، وسواء كانت جائزة أم ممنوعة فهي ليس تطبيقاً للفتاوى المذكورة.

الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية :

أخذت المملكة العربية السعودية بلاتجاه نحو تطبيق التأمين الصحي فأصدرت نظام الضمان الصحي التعاوني الذي يهدف في مرحلته الأولى إلى توفير خدمات الرعاية الصحية للمقيمين في المملكة، طبقاً لمفهوم التأمين التعاوني المجاز شرعاً مع الأخذ بالمبادئ الفزيّة المتعارف عليها للتأمين الصحي . كما يهدف في المراحل التالية إلى توفير خدمات الرعاية الصحية لجميع السكان في المملكة⁽¹⁾.

وقد دعا قرار مجلس الوزراء في المملكة العربية السعودية رقم (71) وتاريخ 1420/4/27هـ إلى أن «يتم تطبيق الضمان الصحي التعاوني عن طريق شركات تأمين تعاونية سعودية مؤهلة تعمل بأسلوب التأمين التعاوني على غرار ما تقوم به الشركة الوطنية للتأمين التعاوني، ووفقاً لما ورد في قرار هيئة كبار العلماء رقم (51) وتاريخ 1397/4/4هـ»⁽²⁾.

وقد صدرت اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني ووثيقة الضمان الصحي التعاوني بقرار من وزير الصحة في المملكة العربية السعودية رقم 23/460/ض وتاريخ 1423/3/27هـ.

وتغطي وثيقة الضمان الصحي التعاوني عادة الخدمات الصحية الأساسية التالية:

(أ) - الكشف الطبي والعلاج في العيادات، والأدوية.

(1) د. عبد الإله ساعاتي، أحسن العمري: الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية بين النظرية و التطبيق . مطبعة المحمودية ، السعودية 1424هـ
(2) المادة (17) من نظام الضمان الصحي التعاوني.

(ب) - الإجراءات الوقائية مثل: التطعيمات، ورعاية الأمومة والطفولة.

(ج) - الفحوص المخبرية والشعاعية التي تتطلبها الحالة.

(د) - الإقامة والعلاج في المستشفيات بما في ذلك الولادة والعمليات.

(هـ) - معالجة أمراض الأسنان واللثة، ما عدا التقويم والأطقم الصناعية.

ولا تخلّ هذه الخدمات بما تقضي به أحكام نظام التأمينات الاجتماعية وما تقدمه الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد لجميع منسوبيها من خدمات صحية أشمل مما نصّ عليه هذا النظام.

ورغم منافع التأمين التي أوردتها اللائحة، والتي تشمل جميع مصاريف الكشف الطبي والتشخيص والعلاج والأدوية وجميع مصاريف التنويم بالمستشفى، بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد والولادة، وكذلك معالجة أمراض الأسنان واللثة، والإجراءات الوقائية التي تحددها وزارة الصحة مثل التطعيمات ورعاية الأمومة والطفولة، فضلاً عن مصاريف إعادة جثمان الشخص المؤمن عليه إلى موطنه الأصلي، كما تشمل منافع التأمين الحالات التي ترجع نشأتها للمدة السابقة لبداية التغطية التأمينية والتطعيمات حتى سن الالتحاق بالمدرسة، حسب قرارات وزارة الصحة، إضافة إلى نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفيات لمرافق واحد للمستفيد، كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة، أو حينما تقتضي ذلك الضرورة الطبية، حسب تقرير الطبيب المعالج، إضافة إلى تكاليف نقل المستفيدين من المرضى أو الحوامل لأقرب موقع ملائم لتلقي العلاج في حالات الطوارئ فقط، إلا أن اللائحة استثنت من التغطية التأمينية بعض

الحالات أهمها أنه إذا بلغ الشخص المؤمن عليه سن 65 عاماً أو أي أحد من الذين يعولهم ويدخلون في وثيقة التأمين، والإصابة التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً ، والأمراض التي تنشأ بفعل إساءة استعمال بعض الأدوية أو المنشطات أو المهدئات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات، وجراحات التجميل . كما استنتجت أيضاً الفحوصات الشاملة، والاستجمام، وبرامج الصحة البدني العامة، والعلاج في دور الرعاية الاجتماعية ، بالإضافة إلى أي علة أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن عليه، ومعالجة الأمراض التناسلية، وجميع التكاليف المتعلقة بزراعة الأسنان أو تركيب الأسنان الاصطناعية أو الجسور، واختبارات تصحيح النظر أو السمع والوسائل البصرية أو السمعية، والعلاج النفسي والعقلي ، ووسائل منع الحمل ، إضافة إلى الاستثناءات العامة مثل الحرب والغزو وأعمال العدو الأجنبي، والتلوث بالنشاط الإشعاعي من أي وقود نووي أو نفايات نووية⁽¹⁾.

(1) للمزيد راجع كتابنا «الرعاية الصحية: قضايا وحلول».

واقع التأمين الطبي:

إن واقع وطبيعة التأمين الطبي تجزم أنه تجارة ربحية محدّدة الأهداف، وتكتنفها الكثير من التصرفات اللا أخلاقيه التي تضرُّ بالمرضى وخصوصا الضعفاء والمعوزين مادياً ، وليس عمل إحسان وتعاون على البر، بالرغم من تسميته بالتعاونى أو وصفه أنه تكافل أو حتى ضمان فما هي إلا الفاظ دعائية لا تمارس واقعياً.

وهناك الكثير من السلبيات التي تمارسها شركات التأمين ضد المرضى مثل عدم وضوح العقود وغموض الواجبات الملقاه على الشركة.

فهل العلاقة القائمة بين شركة التأمين من جهة ومن مؤسسات تقديم الخدمة للمرضى من جهة أخرى هي في الواقع علاقة تكميلية هدفها النهوض بالخدمات الصحية؟! هل شركات التأمين الصحي تصرف الأموال وتستثمرها بما يعود بالنفع على الخدمات الصحية وصحة المجتمع عموماً والمرضى خصوصاً (كما يجب أن يكون نتيجة متوقعة للعمل التعاونى على البر والتقوى؟!) أم أن شركات التأمين تستثمر في مجالات متعدّده وأحدها الخدمات الصحية المربحة فقط؛ هل تنفق شركات التأمين التعاونى أموالاً في الارتقاء بالتوعية الصحية للمجتمع وفي توفير تكاليف الأدوية وحماية البيئة ومنع الأوبئة ومساعدة الفقراء والنهوض بصحة الطفل والأم وغير ذلك مما ينعكس إيجابياً على صحة الفرد والمجتمع؟

هل سيخفف التأمين الصحي فاتورة الإنفاق الحكومى على الخدمات الصحية؟!

فحسب التعريف الدولي للصحة في منظمة الصحة العالمية؛ فإن الصحة هي السلامة البدنية والنفسية والعقلية والروحية والاجتماعية، وكل مجتمع أولويات صحية. ومن هذا المنطلق فإن الانفاق على الخدمات الصحية يعتمد كلياً على الحاجات الاجتماعية؛ ولأن بعض الخدمات الصحية تعتبر حيوية للمجتمع الإنساني فإن قضية التكلفه تصبح أمراً ذات أولوية قوى يجب توفيره، ولا مجال لحذفه مهما كانت التكاليف!!⁽¹⁾.

⁽¹⁾ تصور علمي واقعي عن التأمين الصحي التعاوني : د. محمد عابد باخظمة

التجارب العالمية في إعتاد شركات التأمين الصحي

هناك إجماع عالمي على مسلمّات ثلاث: أن الصرف الموحد من الدولة على الخدمات الصحية هو أفضل السبل، وهناك إجماع على التأثير الإجماعي السلبي للتأمين في الخدمات الصحية، وهناك إجماع أن شركات التأمين تتعمد زيادة أسعار الخدمات الصحية لتزيد من مبالغ التأمين.

وكل دول العالم المتقدمة في الخدمات الصحية (كندا، اليابان، السويد، ألمانيا، بريطانيا وغيرهم) تعتمد الصرف الموحد على الخدمات الصحية، ولم يشذ سوى الولايات المتحدة وهي ستغير منهجيتها بعد أن تسبب التأمين في عدم تغطية خمسة وأربعين مليون أمريكي صحياً، في حين أن 15% من الناتج القومي يصرف على الخدمات الصحية. وأصبح مثبتاً أن 35% من مصروفات التأمين الصحي مصروفات مميزات إداريه (مميزات مدراء، دعاية وإعلان، تسويق)، أما التزوير الذي تعاني منه شركات التأمين فعلاجه زيادة مبالغ التأمين، على غير المزورين!!⁽¹⁾.

مشكلة الغموض وفقدان المرجع القانوني:

إن عملية تطبيق نظام الضمان الصحي يكتنفها الغموض فهي غير مقرّنة، وذلك يصب في صالح شركات التأمين، ليكون التعامل وفق شروط هذه الشركات، التي ستسعى بالتأكد إلى خفض أسعار وثيقة الضمان، دون مراعاة جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض، والذي من حقه الحصول على رعاية صحية كاملة وشاملة. أما المستشفى أو المنشأة الصحية فهي بدورها ستحاول تجنب الخسارة من خلال تقديم خدمات طبية أقل مما تتقاضاه من قيمة مالية من قبل شركات التأمين، وفي النهاية سيكون المريض هو الضحية، وكل ذلك يجعلنا نقول أن

(1) المرجع السابق.

التسرع في تطبيق نظام التأمين الطبي سيضرّ بالفكرة وربما يؤدي إلى وأدها مبكراً⁽¹⁾.

ولا توجد جهات قانونية متخصصة في القطاع الصحي والطبي تستطيع حلّ المنازعات بين هذه الفئات ، ولهذا كان من الضروري وضع قوانين مرنة وقابلة للتعديل والتبديل ، تنظّم وتوضح العلاقة بين الجهات الثلاث المشاركة في عملية نظام الضمان الصحي التعاوني ومؤسسات القطاع الطبي، وتحديد الجهات المعنية بحل المشاكل والنزاعات القانونية المتوقع حدوثها خاصة عند بداية تطبيق هذا النظام⁽²⁾.

(1) د.صالح القنيز، عضو اللجنة الطبية ف ي الغرفة التجارية بالرياض (جريدة الرياض 2001/5/5).

(2) فهد سعود العرفج ، مدير عام مجموعة الندوة الطبية وعضو اللجنة في الغرفة التجارية (مرجع سابق) عن بحث الدكتور أبو غدة.

قرار رقم 149 (16/7)

بشأن التأمين الصحي

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي الدولي المنبثق عن منظمة المؤتمر الإسلامي المنعقد في دروته السادسة عشر بدبي (دولة الإمارات العربية المتحدة) من 30 صفر إلى 5 ربيع الأول 1426هـ، الموافق 9 - 14 نيسان (أبريل) 2005م، بعد اطلاع ه على البحوث الواردة إلى المجمع بخصوص موضوع التأمين الصحي، وبعد استماعه إلى المناقشات التي دارت حوله،

قرر ما يلي:

← تعريف التأمين الصحي:

عقد التأمين الصحي: اتفاق يلتزم بموجبه شخص أو مؤسسة تتعهد برعايته بدفع مبلغ محدد أو عدد من الأقساط لجهة معينة على أن تلتزم تلك الجهة بتغطية العلاج أو تغطية تكاليفه خلال مدة معينة.

↑ أساليب التأمين الصحي:

التأمين الصحي إما أن يتم عن طريق مؤسسة علاجية، أو عن طريق شركة تأمين تقوم بدور الوسيط بين المستأمن وبين المؤسسة العلاجية.

→ حكم التأمين الصحي:

أ) - إذا كان التأمين الصحي مباشراً مع المؤسسة العلاجية فإنه جائز شرعاً، بالضوابط التي تجعل الغرر يسيراً مغتقراً، مع توافر الحاجة التي تنزل منزلة الضرورة لتعلق ذلك بحفظ النفس والعقل والنسل، وهي من الضروريات التي جاءت الشريعة بصيانتها.

ومن الضوابط المشار إليها:

☒ وضع مواصفات دقيقة تحدد التزامات كل من الطرفين.

☒ دراسة الحالة الصحية للمستأمن والاحتمالات التي يمكن التعرض لها.

☒ أن تكون المطالبات المالية من المؤسسة العلاجية إلى الجهة مرتبطة بالأعمال التي تم تقديمها وليس بمبالغ افتراضية كما يقع في شركات التأمين التجارية.

ب) - إذا كان التأمين الصحي عن طريق شركة تأمين إسلامي (تعاوني أو تكافلي) تزاوّل نشاطها وفق الضوابط الشرعية التي أقرّها المجمع في قراره رقم 9/29 بشأن التأمين وإعادة التأمين، فهو جائز.

ت) - إذا كان التأمين الصحي عن طريق شركة تأمين تجاري فهو غير جائز كما نص على ذلك قرار المجمع المشار إليه أعلاه.

↓ الإشراف والوقاية:

على الجهات المختصة القيام بالإشراف والرقابة على عمليات التأمين الصحي بما يحقق العدالة ويرفع الغبن والاستغلال وحماية المستأمنين.

التوصيات:

يوصي مجلس المجمع بما يلي:

← دعوة الحكومات الإسلامية والجمعيات الخيرية ومؤسسات الأوقاف إلى توفير التأمين الصحي مجاناً أو بمقابل مناسب لغير القادرين على الحصول على التأمين من القطاع الخاص.

↑ عدم استخدام البطاقات الصحية إلا من أصحابها لما في ذلك من مخالفة لمقتضيات العقود وما تتضمنه من غش وتدليس.

→ التحذير من إساءة استخدام التأمين الصحي كادعاء المرض أو كتمانته أو تقديم بيانات مخالفة للواقع.

↓ إدراج موضوع التأمين التعاوني (الإسلامي أو التكافلي) في دورات المجمع القادمة في ضوء ما توصلت إليه المؤتمرات والندوات الأخيرة والتطبيقات المتنوعة التي ظهرت بعد إصدار المجمع قراره السابق.

الفصل الثامن

أخلاقيات

الإعلانات والهدايا في المجال الطبي

أخلاقيات الإعلانات الطبية

لا شك أن تحول الطب والخدمات الصحية إلى سلعة هو انتكاسة حقيقية للخدمات الصحية والطبية. وهو تحول إلى البحث عن المال فقط بأي طريق!.

والباحث عن المال سيتحایل على جميع الضوا بط، فالأصل هو منع الإعلانات الطبية إلا في أضيق الحدود التي كانت قد أقرتها المنظمات والنقابات الطبية.

وقد أدرك العقلاء من غير المسلمين خطورة إطلاق الحرية للناس في ممارسة الإعلان الطبي حسب أهوائهم، بعد ظهور السلبيات الكبرى للممارسة غير المنضبطة للحرية، فتمَّ المناداة بوضع مدونة للقواعد الدولية في مجال الإعلان، وتضمنت العديد من المبادئ التي تتفق في معظمها مع شريعتنا السمحاء.

والإعلان الطبي: «هو الأعمال التي يقوم بها العاملون في القطاع الطبي لتعريف الجمهور بالسلع والخدمات الطبية عبر الوسائل المختلفة، لحثهم على شرائها».

أهداف الإعلانات الطبية:

- ← زيادة عمليات البيع من الأدوية والأجهزة الطبية ونحوها.
- ↑ التعريف بالسلعة أو الخدمة الطبية من مستشفى أو طبيب أو تقنية حديثة.

→ جذب العملاء إلى المستشفى أو بائع السلعة الطبية أو الخدمة الطبية.

↓ التفوق على المنافسين في مجال السلع والخدمات الطبية.
وقد تكون هناك أهداف أخرى تسعى إلى توعية المجتمع بما ينفعه في المجال الصحي أو اختيار في المستشفيات الصحيحة⁽¹⁾.

(1) الإعلان: للأستاذ علي السلمي ، مكتبة غريب، الفجالة.

وسائل الإعلان الطبي:

← الوسائل المرئية:

ويتمّ فيها التعريف بالسلع أو الخدمات الطبية من خلال الفضائيات أو الإنترنت، أو في صالات الإنتظار في المستشفيات أو الأماكن العامة، وهي أقوى الوسائل تأثيراً. ↑ الوسائل المسموعة: وذلك من خلال الإذاعة.

→ الوسائل المقروءة:

عن طريق الصحف والمجلات، واللوحات الإعلانية، ورسائل الجوال والبريد الإلكتروني، ومواقع الإنترنت⁽¹⁾.

حكم الإعلان الطبي:

الإعلان الطبي هو في الواقع ثناء على سلع وخدمات طبية، وترغيب للناس فيها، وهو لا يخلو من حالين: إما إعلان خالٍ من المحاذير الشرعية التي جاءت النصوص بتحريمها كالكذب والغش ونحوه، أو إعلان يتضمن محاذير شرعية. فالإعلان الطبي بخلوّه من عوارض التحريم جائز للأدلة التالية:

← أن الأصل في المعاملات الحلّ ما لم يتم دليل على المنع.

↑ أن المستثمرين في القطاع الصحي يحتاجون لتسويق بضائعهم وتعريف الناس بها، والناس يحتاجون إلى معرفة السلع الطبية والخدمات، ليتمكنوا من الانتفاع بها.

(1) حقيقة الإعلان: للدكتور محمد عمر الحاجي دار المكتبي، دمشق 1423 هـ 27-36.

→ أن الإعلان الطبي نوع من أنواع الوساطة التجارية بين المنتجين والمستهلكين، وأصل الوساطة التجارية مشروع بلا خلاف بين المسلمين⁽¹⁾.

ضوابط الإعلان الطبي في الشريعة:

- (1) - أن لا يتضمن الإعلان الطبي أفكاراً مخالفة لدين الإسلام عقيدة أو شريعة أو سلوكاً.
- (2) - أن تكون السلعة أو الخدمة الطبية المراد الإعلان عنها مباحة.
- (3) - أن يكون الإعلان الطبي خالياً من الكذب والتغريب، معبراً بدقة عن حقيقة المنتج أو الخدمة الطبية دون زيادة أو مبالغة.
- فإطراء الأدوية والخدمات بما ليس فيها كذب وتغريب بالمشتريين، وأخذ أموالهم بالباطل، وخاصة عندما يقوم الأطباء والمتخصصون الذين يثق الناس بعلمهم، بمدح تلك السلع أو الخدمات بما ليس فيها!!.
- (4) - أن يتم الإعلان الطبي بوسيلة مباحة.
- (5) - ألا يتضمن الإعلان الطبي دعوة للتشبه بالكفار أو الثناء على عاداتهم المخالفة لشريعة الإسلام؟
- (6) - ألا يتضمن الإعلان الطبي ترويعاً للناس. فالإعلانات الطبية التي تتضمن تهويلاً ومبالغة بأخطار المرض إضرار بالمسلمين.
- (7) - أن يحافظ الإعلان الطبي على أعراض الناس وأسرارهم.

(1) ضوابط الإعلانات الطبية في الشريعة الإسلامية : للدكتور عبدالله البكري ، مؤتمر الفقه الإسلامي الثاني، قضايا طبية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، 1430 هـ.

- (8) - أن يكون الإعلان الطبي خالياً من ذم سلع المنافسين أو خدماتهم تصريحاً أو تعريضاً .
- (9) - أن يفهم المُستقبل للإعلان الطبي أنه إعلان دعائي وليس معلومات حقيقية مجردة.
- (10) - ألا يتضمن الإعلان الطبي ما يدعو إلى الإسراف والتبذير .
- (11) - أن يكون الإعلان الطبي مشتملاً على ما يجب على المشتري معرفته من احتياطات ومحاذير.
- (12) - أن تكون المعلومات التي تضمنها الإعلان الطبي حديثة.
- (13) - أن يتجنب الإعلان الطبي المساس بكرامة الإنسان أو عرقه أو جنسه أو بلده أو مهنته.
- (14) - ألا يحتوي الإعلان الطبي على القطع بالشفاء.
- (15) - ألا يحتوي الإعلان الطبي على مواد خادشة للحياء.
- (16) - ألا يحتوي الإعلان الطبي على تعرض للمصابين بعاهات خلقية أو عقلية بما يجرحهم.
- (17) - أن يكون الإعلان الطبي بلغة مؤدبة بعيدة عن الإسفاف.
- (18) - أن لا يتم الإعلان الطبي في داخل المساجد.
- (19) - أن يتجنب الإعلان الطبي المساس بالرموز الإسلامية المكانية أو الزمانية أو العلماء أو الأمور المقدسة في الشرع .
- (20) - أن لا يتضمن الإعلان الطبي إخلالاً بحقوق ولاية الأمر.
- (21) - أن يحافظ الإعلان الطبي على حقوق التأليف والابتكار.

- (22) - أن لا يتضمن الإعلان الطبي تهويماً من شأن الأسباب الشرعية في التداوي كالدعاء والرقى والتوكل على الله تعالى.
- (23) - أن لا يتضمن الإعلان الطبي قدحاً في الطب النبوي الصحيح المأثور عن النبي ﷺ .
- (24) - أن لا يتضمن الإعلان نسبة أي علاج أو دواء للطب النبوي إلا بدليل شرعي صحيح بشهادة أهل الاختصاص .
- (25) - أن يشتمل الإعلان على الخصائص الجوهرية المؤثرة في المنتج مثل المكونات وكيفية الاستعمال والمصدر، بطريقة واضحة دون استعمال ألفاظ موهمة.
- (26) - أن يتجنب الإعلان الطبي استغلال قلة خبرة الأطفال أو ذوي الاحتياجات الخاصة⁽¹⁾.
- وفي الختام:** لا بد من وجود ميثاق شرعي ضابط لسوق الإعلانات الطبية يتم التزام المؤسسات الطبية به عند إعلانها.

(1) المرجع السابق.

جاء في الوثيقة الإسلامية لأخلاقيات الطب والصحة :

- «يجوز أن يشتمل الإعلان على الشهادات والتخصصات التي حصل عليها الطبيب، وعلى تاريخه المهني وخبراته السابقة وغير ذلك من المعلومات الموضوعية غير المضللة .
- لا يجوز أن يشتمل الإعلان على معلومات تهدف إلى تضليل المتلقّي أو تزييف الحقائق أو إخفاء الآثار الجانبية للعلاج أو أن يكون مخالفاً بالأداب.
- لا يجوز للطبيب أن يدّعي لنفسه أو منشأته مهارات وخدمات تشخيصية أو علاجية غير مؤهل لها وغير مرخص له بمزاولتها .
- يجوز للطبيب الإستعانة بحالات مرضية حقيقية - بعد الحصول على موافقتهم الطوعية - في الإعلان كدليل على كفاءته، شريطة أن يكشف الإعلان بصراحة عن كافة الآثار الجانبية التي ترتبت على العلاج ، وشريطة ضمان حماية خصوصيات المرضى وكافة حقوقهم القانونية .
- لا يجوز للطبيب أن يستغل جهل المريض بالمعلومات الطبية، فيضله بادعاء إمكانه القيام بإجراءات تشخيصية أو علاجية لا تستند إلى دليل علمي، أو بعرض ضمانات بشفاء بعض الأمراض .
- يجب أن تقتصر المادة الإعلانية على المعلومات الحقيقية فقط دون مبالغة ، وأن تخلو من عبارات توهي بالتفوق على الآخرين أو الحطّ من قدراتهم بأي شكل كان.
- يجوز أن يضيف الطبيب اسمه ومؤهلاته وعنوانه وطريقة الإتصال به في أي دليل محلي أو وطني أو في غير ذلك من المطبوعات المشابهة .

- يجوز للأطباء والاختصاصيين العاملين في القطاع الخاص، إبلاغ زملائهم والمنشآت الصحية الأخرى عن الخدمات التي يقدمونها والممارسة التي يزاولونها.
- على الأطباء الذين يعملون في منشآت صحية أو عيادات متخصصة في القطاع الخاص تجنّب الدعاية للخدمات التي تقدمها الجهات التي يعملون بها أثناء الحديث في وسائل الإعلام أو كتابة المقالات أو ما إلى ذلك»⁽¹⁾.

(1) الوثيقة الإسلامية لأخلاقيات الطب والصحة (مرجع سابق).

أخلاقيات الهدايا في المجال الطبي

علاقة الطبيب مع شركات الأدوية والصناعة الطبية:

لا شك أن هناك صراعاً بين شركات الصناعة الطبية للوصول إلى الأسواق في أسرع وقت، وتحقيق أكبر قدر من الأرباح. ولذلك فإن هذه الشركات تنفق أموالاً طائلة من أجل تسويق منتجاتها.

وسائل شركات الأدوية في التسويق :

← الدعاية عن طريق ممثلي الشركة :

وعادة ما يكون هؤلاء من الصيادلة الذين يعملون لصالح الشركة مباشرة. ويقومون بزيارة الأطباء في المشافي والعيادات، ويمارسون النشاطات التالية:

(أ) - الترويج للدواء وذلك بتقديم المعلومات للأطباء عن الأدوية التي تنتجها الشركة من خلال التحدث مع الأطباء، أو من خلال تقديم نشرات دعائية للدواء.

(ب) - تقديم عينات مجانية من الدواء.

(ت) - وكثيراً ما يقدم ممثلو الشركات الدوائية معلومات غير دقيقة، بل ربما مغلوبة عن الدواء، فيركزون على أن دواءهم هو الأفضل، وأنه أقل الأدوية إحداثاً للتأثيرات الجانبية!

وكثيراً ما يُطلب من الطبيب مباشرة وصف الدواء الذي تنتجه شركتهم دون سواه.

↑ تنظيم المحاضرات والدورات:

تقوم معظم شركات الأدوية بتنظيم مؤتمرات ومحاضرات تتعلق بالدواء الذي تنتجه الشركة، ويقدم هذه المحاضرات إما ممثل الشركة، أو تستضيف بعض الأطباء ليقدموا المحاضرات عن الموضوع الذي يعالجه الدواء، ويتضمن ذلك الحديث عن الدواء الذي تنتجه الشركة.

→ حضور المؤتمرات والندوات:

تنظم بعض شركات الأدوية مؤتمرات أو ندوات قصيرة تحتوي على دعاية عن أدوية الشركة.

↓ تمويل المؤتمرات أو الندوات:

وذلك بالتنسيق بين ممثلي الشركات والمؤسسات الصحية أو الجمعيات العلمية. وتُعطى الشركات فرصة لعرض م نتجاتها في صالة عرض إلى جانب قاعة المؤتمر .

◦ تمويل الأبحاث والدراسات العلمية:

فيقوم الباحثون بإجراء دراسات تمولها هذه الشركات⁽¹⁾.

الدوافع وراء الهدايا:

ثمة دوافع كثيرة لدى شركات الأدوية لتقديم الهدايا للمؤسسات أو الأفراد العاملين في المجال الطبي . ومن أم هذه الدوافع :

← التسويق لمنتجات الشركة:

حيث تقدّم هذه الشركات عينات مجانية من الأدوية أو الأجهزة الطبية، وذلك لتعريف الأطباء أو الصيادلة وغيرهم بهذه المنتجات، أو بغرض التسويق لها من أجل بيع أكبر كمية ممكنة . وكثيراً ما تكون هذه الهدايا على قدر ما يسوّقه الطبيب أو الصيدلي من هذه المنتجات . فإذا كتب الطبيب لمرضاه دواء اتفق مع الشركة على تسويقه رغم وجود أدوية أنجع منه، أو أرخص منه، فهذه خيانة من الطبيب للأمانة التي أوكلت إليه.

↑ تسهيل أمور الشركة الطبية لدى مؤسسة معينة:

فقد تقدم بعض الشركات الطبية الهدايا لل مؤسسات الطبية الحكومية أو الخاصة كي تتم معاملات الشركة ببسر وسهولة، أو من أجل التغاضي عن بعض الشروط المطلوبة من الشركة . فهذه من الرشوة المحرمة، وإذا طلبت المؤسسة الطبية من الشركة

(1) العلاقة مع شركات الأدوية والصناعة الطبية : للأستاذ الدكتور جمال جار الله بتصريف مؤتمر الفقه الإسلامي الثاني، قضايا طبية معاصرة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، 1430.

تقديم بعض الهدايا حتى تحصل الشركة على مستحقاتها المالية
المشروعة فهي رشوة أيضاً.

→ **خدمة البحث العلمي:**

حيث تقدم الشركات الطبية أو الدوائية دعماً غير مشروط
للتطور العلمي تتمثل في رعاية مؤتمرات طبية أو تقديم دورات
مجانية وغيرها، فلا بأس بأخذ هذا الدعم.

↓ دعم الفقراء:

فقد تقدم بعض شركات الأدوية عينات مجانية للأطباء
كي تُعطى للفقراء ممن لا يجد ثمن الدواء.

◦ اشتراط الهدايا كتتمة للعقد:

فبعض المستشفيات أو المستوصفات تشترط على الشركات
الطبية تأمين عدد من أجهزة الكمبيوتر أو غيرها، وبهذا يخرج
عن كونه هدية إلى كونه أحد شروط العقد⁽¹⁾.

الهدايا المقدمة من الشركات العاملة في المجال الطبي وأحكامها:

(1) الهدايا اليسيرة : مثل الأقلام المعتادة والمفكرات
الشخصية والتقويم التي تحمل شعار الشركة ونحوه . وليس لهذه
الهدايا في المعتاد أثر واضح في تغيير قرار الطبيب ليصرف
أدوية الشركة دون غيرها . وإذا أحسّ الطبيب أن هذه الهدايا
ستؤثر في سلوكه بالنسبة لل وصفات الطبية فعليه تجنب ذلك .
وعليه ألا يقبل تلك الهدايا أبداً إذا ما ارتبطت بعدد الوصفات
الطبية التي يكتبها⁽²⁾.

(2) الرحلات العلمية وحضور المؤتمرات : قد تدفع الشركة
قيمة تذاكر السفر للطبيب، وأحياناً لأسرته، لحضور مؤتمر علمي
قد تشرف عليه شركة الأدوية، أو تنظمه جهة علمية أكاديمية لا
علاقة لها بشركة الأدوية. وعادة ما تختص شركات الأدوية أعداداً

(1) هدايا الشركات العاملة في المجال الطبي : للدكتور عبد الرحمن الجرعي . مؤتمر
الفرق الإسلامي الثاني، قضايا طبية معاصرة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية،
1430.

(2) أخلاقيات مهنة الطب ، الهيئة السعودية للتخصصات الصحية .

قليلة من الأطباء، يمكن أن يكون لهم تأثير في زيادة بيع أدوية الشركة الممولة. و تتكفل بعض الشركات بتمويل تكاليف هذه الرحلات وحضور تلك المؤتمرات، فإن كان هذا التمويل مشروطاً بوصف أدوية الشركة أو أجهزتها فهو غير جائز⁽¹⁾.

(3) العينات المجانية من الأدوية والمستلزمات الطبية: فإذا

كانت بغرض التعرف على هذه العينات أو التعريف بها، فلا بأس في ذلك. أما إذا كانت مشروطة بتسويق أو تحقيق مصلحة للشركة فلا يحلّ قبولها⁽²⁾.

(4) الدورات التدريبية على الأجهزة الطبية في البلد

المصنع للأجهزة: فإذا كانت هذه الدورات جزءاً من العقد المبرم بين الشركة العاملة في المجال الطبي والمؤسسة الطبية فهذا شرط سائغ يجب الوفاء به.

(5) عقد المؤتمرات العلمية على حساب الشركة بشرط

إظهار اسم الشركة كراع للمؤتمر، أو إقامة معرض للشركة مصاحب للمؤتمر: ويحضر هذه المؤتمرات بالطبع عشرات الأطباء وغيرهم من العاملين في المجال الطبي. وفي هذا النوع من المؤتمرات جانب تسويقي للشركة العاملة، وفيه جانب علمي يعين على التقدم العلمي.

يقول الأستاذ الدكتور عبد الرحمن الجرعي : «يُظن في الجانب الأغلّب للمؤتمر، فإن كان المؤتمر جاداً ومستوى مشاركته، فالحكم له ولا بأس من قبول تمويل الشركة في هذه الحالة، وما يصاحبه من دعاية أو تسويق هو بمثابة التابع للمقصد الأصلي، وهو خدمة البحث العلمي.

(1) الفتاوى الطبية المعاصرة: للدكتور عبد الرحمن الجرعي دار ابن حزم، بيروت 2007

ص 98.

(2) المرجع السابق.

أما إذا كانت الدعاية والتسويق لمنتجات الشركة هي الغالبة على المؤتمر بحيث تصبح هي الأصل فلا أرى جواز قبول الأطباء أو منسوبي المؤسسات الطبية للمشاركة في هذه المؤتمرات والله أعلم⁽¹⁾.

(6) وهناك الرشوة الصريحة التي قد تقدمها الشركات بإعطاء مبالغ نقدية للطبيب أو هدايا قيّمة أو تذاكر سفر إلى أماكن سياحية، أو تلبية أي نوع من الطلبات للطبيب .

هل يتأثر الطبيب بدعايات الشركات؟

يرى كثير من الأطباء أن وسائل الدعاية المختلفة لا تؤثر على قراراتهم باختيار الدواء للمريض، ولكن الدراسات العلمية تؤكد أن تعرّض الأطباء للدعايات يؤثر في سلوكهم ووصفاتهم الطبية، ويزيد من تحيزهم لأدوية الشركة.

فقد لا تكون المعلومات المقدّمة إليهم دقيقة بل ربما تكون غير صحيحة.

وُينكر كثير من الأطباء تأثيرهم بالهدايا المقدّمة إليهم من الشركات، إلا أن الواقع يشير إلى أن تعرّض الأطباء للهدايا يجعلهم أكثر حرصاً على إدخال الدواء إلى سجل الأدوية في المستشفى الذي يعملون فيه، كما أن هناك علاقة مباشرة بين كثرة مقابلات ممثلي الشركات وبين زيادة صرف الدواء الذي يتحدثون عنه، من قبل الطبيب⁽²⁾.

وقد أصدرت الجمعية الطبية الأمريكية قواعد ارشادية تتعلق بقبول الهدايا من شركات الصناعة الطبية، وتحت على عدم قبول

(1) هدايا الشركات العاملة في المجال الطبي : للأستاذ الدكتور عبد الرحمن الجرعي ، مؤتمر الفقه الإسلامي الثاني، قضايا طبية معاصرة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، 1430.

(2) العلاقة مع شركات الأدوية والصناعة الطبية : للأستاذ الدكتور جمال جار الله بتصرف. (مرجع سابق).

الهدايا إذا ارتبطت ببعض الشروط مثل وصف دواء معين،
وكذلك عدم قبول الهدايا باهظة الثمن.
كما أصدر المجلس الطبي البريطاني إرشادات مماثلة.

إرشادات الهيئة السعودية للتخصصات الصحية:

جاء في كتاب أخلاقيات مهنة الطب الصادر عن الهيئة السعودية للتخصصات الطبية وتحت بند «الهدايا والهبات والقروض»، القواعد الإرشادية الآتية:

- لا يجوز للطبيب سواء عمل في القطاع الحكومي أو الخاص قبول أو إعطاء الرشاوى كما لا يجوز قبول هدايا أو قروض أو معدات بغرض التأثير على قراراته.
- لا يجوز للطبيب قبول الهدايا الشخصية الثمينة ، أو المبالغ النقدية المقدمة من الشركات مهما كانت مبررات ذلك .
- يمكن للطبيب قبول هدايا بسيطة كأقلام ونحوها، أو بعض الكتب والمجلات الطبية، وإذا أحسَّ الطبيب أن هذه الهدايا ستؤثر في تغير سلوكه بالنسبة للوصفات الطبية فعليه تجنب ذلك ، قال رسول الله ﷺ: «الإثم ما حاك في نفسك وكرهت أن يطلع عليه الناس»⁽¹⁾، وعليه أن لا يقبل تلك الهدايا مطلقاً إذا ارتبطت بعدد الوصفات الطبية التي يكتبها أو عدد الأجهزة التي يصفها للمريض مثلاً:
- يسمح بقبول المنح الدراسية والدعم المالي لحضور دورات تدريبية أو ندوات دراسية للأطباء ، على أن تقوم المؤسسات الصحية أو الجهات التي يتبعون لها باختيار المرشحين.
- لا يجوز للطبيب بصفة شخصية قبول الإعانات التي تُقدَّم من الشركات؛ للتعويض عن مصاريف السفر والإقامة والوجبات

(1) صحيح الجامع 2880.

الغذائية عند المشاركة في حضور الندوات والمؤتمرات، ولا تعويضاً عن وقته مقابل حضور التدريب. ويمكن قبول وجبات الضيافة العادية التي تقدم خلال المؤتمرات.

- يجوز للمحاضرين في الندوات والمؤتمرات والاستشاريين الذين يقدمون خدمات فعلية أن يقبلوا تعويضاً مناسباً عن نفقات السفر والإقامة وقبول هدايا شرفية مقابل خدماتهم»⁽¹⁾.

(1) إرشادات الهيئة السعودية للتخصصات الطبية.

العلاقات مع شركات الأدوية والأجهزة الطبية:

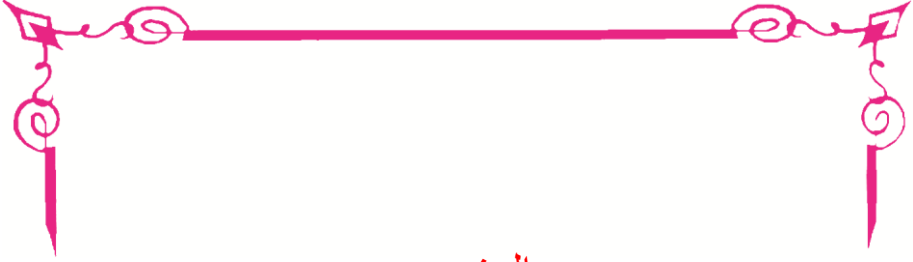
وفي باب العلاقات مع شركات الأدوية والأجهزة الطبية والتعامل معها جاء في إرشادات **الهيئة السعودية للتخصصات الصحية** الضوابط الآتية:

- عدم التحيز لأدوية أو أجهزة شركات معينة دون مبرر واضح، مثل جودة المنتج أو رخص سعره مقارنة بما يماثله من حيث الجودة وعدم توفر غي ره في الوقت الذي احتاج المريض إليه.
- تجنب التحيز لأدوية أو أجهزة شركة معينة بسبب أن تلك الشركة قامت بتمويل بعض الأنشطة العلمية في المؤسسة الصحية التابعة لها.
- تكون الوصفات العلاجية أو الوقائية أو التشخيصية (أدوية كانت أو أجهزة) بناء على حاجة المريض الفع لية ولا اعتبارات طبية فقط لا بسبب علاقة الطبيب بالشركة المنتجة.
- يكون قبول تمويل الأنشطة العلمية مرتبطاً بما يخدم المعرفة الطبية والمرضى بوضوح دون التحيز لأدوية الشركة الممولة، وأن لا يكون للشركة الممولة أي دور في البرنامج العلمي للنشاط. ويمكن للشركة أن تع لن منتجاتها في معرض مشترك مع شركات أخرى»⁽¹⁾.

(1) المرجع السابق.

الفهرس

الفهرس



الفهرس

3	شكر وتقدير
5	المقدمة
20	الفصل الأول: الأخلاقيات الطبية بين الفلسفة الغربية والنظرة الإسلامية
22	مقدمة في الأخلاق
22	الخُلُق في اللغة
22	موضوع علم الأخلاق
22	الدين المصدر الأول للأخلاق
24	مفاهيم أخلاقية في العصور الحديثة
29	البراجماتية Pragmatism (أي الواقعية العملية)
	دراسة بوشامب وشلدرس (Beauchamp and Childress) لنظريات المنفعة (Utility)
	في كتابهما «قواعد أخلاقيات الإحيائية الطبية» (Principles of Biomedical Ethics)
31	النظرية النفعية المعتمدة على المآلات (النتائج)
33	المكاسب الماديق واللذات الحسية التي نادى بها بينثام وجيمس
34	تقييم بوشامب وشلدرس للفلسفة النفعية
42	عناصر الضعف في الفلسفة النفعية
43	الفلسفة الليبرالية
47	الأخلاق في الإسلام
49	المصلحة في الشريعة الإسلامية وفي الفلسفة الغربية
51	تعريف المنفعة
52	الضرورات الخمس
54	فلسفة المصلحة عند سلطان العلماء العزّ بن عبد السلام
55	الاختيار بين المصالح والمفاسد
58	الأطباء والاختيار بين المصالح والمفاسد
59	فلسفة الواجب الكانتيه الأخلاقية
60	

62	فلسفة الواجب Deontology
62	دراسة بوشامب وشيلدرس لنظريات (كانت) في الأخلاق
68	الأخلاقيات الكانتيّة المعاصرة
73	نظرة نقدية للفلسفة الأخلاقية الكانتيّة
78	الفصل الثاني: أخلاقيات وتنظيمات مهنة الطب عند المسلمين ومن سبقهم من الأمم
81	الحضارة السومرية والبابلية والآشورية
82	أخلاقيات الطبيب عند الآشوريين والبابليين
84	الطب عند اليهود
84	الطب عند اليونان
85	عند الرومان
86	أوروبا في العصور المظلمة
86	في القانون الكنسي
87	في عهد الصليبيين
88	الأداب العامة
88	علم الأخلاق
91	الحسبة
93	أمثلة من الحسبة على الأطباء والصيدالة
94	الفصد
94	الحسبة على الأطباء والكحالين (أطباء العيون) والجراحين
96	الحسبة على الصيدالة (ص 42-55)
97	ضمان الطبيب والمسؤولية الطبيّة
98	مجمع الفقه الإسلامي
98	أولاً ضمان الطبيب
113	المناهج الطبيّة في أخلاقيات الطب
116	الفصل الثالث: خلق الطبيب
118	فضل الطب
118	لماذا اخترت مهنة الطب؟
120	كن رحيماً بالناس
120	احفظ أمانة مريضك
121	متى تكون أميناً على صحة مريضك ؟
121	أتقن مهنتك
122	كيف يتقن الطبيب مهنته ؟
123	اهتم بمظهرك
123	حسن الخلق
124	لا تلق مريضك بوجه عبوس
124	استمع إلى مرضاك بأذن صاغية
125	خاطب المريض بما يفهم
125	لا تفرق بين مرضاك في المعاملة
126	لا تكثر من المزاح مع المرضى
126	احفظ سر مريضك
127	احترام استقلالية المرض
130	اشحن مريضك بالإيمان

132	ابتعد عن الشبهات
133	تعلم الأحكام الشرعية في ممارستك
134	أخلاقيات الفريق الطبي
135	لا تطعن ولا تشهر بزملائك
137	علاقتك مع هيئة التمريض
138	علاقتك مع المهن الصحية المساعدة
138	حافظ على المؤسسة التي تعمل بها
139	تضارب المصالح
139	أخلاقيات تعليم طلاب الطب
140	الطبيب وعلاج الأرواح
141	تقييم المرضى لاهتمام الفريق الطبي بالجوانب الفقهية والأخلاقية
142	لا تنس الدعوة إلى الله
143	أجرة الطبيب
144	قسم الطبيب المسلم
144	قسم ابقرط
147	الوصايا الخمس للأطباء
148	الفصل الرابع: أصول العمل الطبي
151	تعريف الطب والطبيب في الاصطلاح الفقهي
152	الشروط اللازم توفرها قبل ممارسة العمل الطبي في الفقه الإسلامي
153	الإذن الطبي
154	ماهو الإذن الطبي
154	ويشترط في صحة إذن المريض
154	ويشتمل «إذن المريض» للطبيب على أربعة أركان
155	من يحق له الإذن
155	الإذن حق متمحض للمريض ذي الأهلية
156	إذن المرأة عن نفسها حق متمحض لها
156	إذا كان المريض فاقداً للأهلية
156	مراتب الولاية
157	كيفية الإذن
158	دلالة الإذن
158	واجب الطبيب في تبصير المريض أو وليه
159	ماذا يخبر المريض؟
159	هل يبصر الطبيب مريضه بكل احتمالات نتائج العلاج؟
162	مراعاة ظروف المريض النفسية
163	كل ما يدل على الرضا فهو إذن
163	الإذن الطبي مكتوباً أم شفهياً؟
164	إذا كان المريض فاقداً للأهلية ولا ولي له
164	غياب من له حق الإذن
165	الحالات التي يسقط فيها وجوب الإذن
165	حق الدولة (المجتمع)
166	هل للولي الامتناع عن الإذن بعلاج موليه؟
167	الإنابة في المداواة

168	قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم 67 / 5/ 7 بشأن العلاج الطبي (إذن المريض)
170	الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة
171	سقوط الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة
174	رفض المريض للعلاج
174	لماذا يرفض المريض العلاج؟
176	ورفض المريض للعلاج له جوانب ينبغي إيضاحها
176	أحكام التداوي
178	هل من حق المريض أو ولي أمره أن يرفض العلاج الواجب؟
179	ما هو العلاج الواجب؟
180	والعلاج الواجب له وجهان
180	جانب متعلق بالمريض
181	وجانب متعلق بالمجتمع
183	ما حكم من رفض العلاج ومات بسبب ذلك؟
184	هل يأثم الطبيب بترك المريض مصراً على رأيه بعدم العلاج الواجب؟
187	ما هي أسباب رفض الوالدين لعلاج القاصر
189	قرار رقم 184 (19/10) بشأن الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة
192	امتناع الطبيب عن العلاج
193	الإمتناع عن إسعاف المريض
194	ما هي الأسباب التي تدفع المريض أو ولي أمره إلى الامتناع عن الإسعاف والعلاج
195	أنواع الامتناع عن العلاج
198	كيف يتم تحديد أجره العلاج؟
198	حكم ما يترتب على الامتناع عن إسعاف المريض
201	الفصل الخامس: مسؤولية الطبيب
205	العلاقة بين الطبيب والمريض
206	أركان المسؤولية الطبية
206	أولاً التعدي
206	ما هو الخطأ الطبي؟
209	خطأ التمريض
209	خطأ المستشفى
211	ثانياً الضرر
211	ثالثاً الإفضاء
212	المسؤولية الطبية في الشريعة الإسلامية
213	شروط الضمان في الاسلام
213	حالات عدم الضمان
216	التفريق بين الخطأ والمضاعفات
216	المضاعفات الطبية
218	اختلاطات الأمراض الباطنية
220	الواجب في خطأ الطبيب
220	أنواع المسؤولية
220	المسؤولية المدنية التقصيرية

221	المسؤولية الجزائية
223	الفريق الطبي
224	مسؤولية المستشفيات
227	قرار رقم 142(8/15) بشأن ضمان الطبيب
230	الفصل السادس: حفظ سر المهنة
233	ما لا تدعو الضرورة لكشفه من العورات
234	ما لا تدعو الضرورة لكشفه من المعاصي
235	تحريم نشر السر
237	متى نقول إن الطبيب أفشى سر المهنة؟
237	أسرار المريض القاصر
238	هل كل الأمراض تعتبر من الأسرار الطبية؟
238	وماذا عن إفشاء السر لأحد الزوجين؟
239	متى يجوز إفشاء السر؟
241	سرية العلاقة بين الطبيب ومحامي المريض
241	سرية التعامل مع ممثلي شركات التأمين
241	حالات من الواقع
244	إفشاء سر الأمراض النفسية
246	مشاكل تحتاج حلاً
	كشفت حالات سوء معاملة الأطفال من قبل ذويهم، هل يعتبر كشفاً لأسرار المريض؟
246
256	قرار مجمع الفقه الإسلامي بشأن السر في المهن الطبية الإخبار بالحقيقة
258	الإخبار بالحقيقة من منظور الشرع
258	متى يجوز للطبيب إخفاء الحقيقة؟
260	الفصل السابع: التأمين الصحي
265	أنواع التأمين الصحي
267	التأمين في الشريعة الإسلامية
270	الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية
273	واقع التأمين الطبي
275	التجارب العالمية في اعتماد شركات التأمين الصحي
275	مشكلة الغموض وفقدان المرجع القانوني
277	قرار رقم 149 (7/16) بشأن التأمين الصحي
279	التوصيات
281	الفصل الثامن: أخلاقيات الإعلانات والهدايا في المجال الطبي
283	أهداف الإعلانات الطبية
285	وسائل الإعلان الطبي
285	حكم الإعلان الطبي
286	ضوابط الإعلان الطبي في الشريعة
291	أخلاقيات الهدايا في المجال الطبي
291	علاقة الطبيب مع شركات الأدوية والصناعة الطبية
291	وسائل شركات الأدوية في التسويق
293	الدوافع وراء الهدايا
295	الهدايا المقدمة من الشركات العاملة في المجال الطبي وأحكامها

- 297 هل يتأثر الطبيب بدعايات الشركات؟
299 إرشادات الهيئة السعودية للتخصصات الصحية
301 العلاقات مع شركات الأدوية والأجهزة الطبية

المرجع في أخلاقيات مهنة الطب

(القضايا الأخلاقية والفقهية في المهن الصحية)

د. حسان شمسي باشا

استشاري أمراض القلب بالمستشفى
العسكري بجدة، خبير بالمجمع الفقهي
الدولي.

د. محمد علي البار

استشاري أمراض باطنية، خبير
بالمجمع الفقهية، مدير مركز أخلاقيات
الطب بالمركز الطبي الدولي بجدة.

د. عدنان أحمد البار

استاذ طب الأسرة والمجتمع بكلية الطب ، جامعة الملك عبد العزيز والمشرف على
كرسي محمد حسين العمودي لأخلاقيات الممارسة الطبية بجامعة الملك عبد العزيز
بجدة.

الجزء الثاني

حقوق الطبع محفوظة

الطبعة الأولى

1433 هـ - 2012 م

الفصل التاسع

أخلاقيات البحوث الطبية

أخلاقيات البحوث الطبية

لكي يستمر الطب في تقدمه وتطوره لابد من إجراء التجارب العلمية التي تهدف إلى الوصول إلى أفضل أنواع العلاجات وأقلها إضراراً بالمريض.

ولكن التجارب الطبية على الإنسان تثير مشكلة تتأرجح بين اعتبارين مختلفين : فلا بد من إطلاق حرية الطبيب في إجراء التجارب العلمية والعلاجية على الإنسان.

ولكن لابد - من جهة أخرى - من الحفاظ على الحرية الفردية والسلامة البدنية للإنسان، وعدم المساس بها إلا تحقيقاً لمصلحة عليا يقرها القانون.

فكيف يتسنى لنا التوفيق بين هذين الاعتبارين؟ وبمعنى آخر، كيف يمكن أن نصل إلى نظام قانوني يمكن في إطاره التوفيق بين حرية الفرد وتحقيق التقدم الإنساني؟.

دور العرب والمسلمين في التجارب الطبية :

وقد أسهم العرب والمسلمون في تقدم الطب والع لوم، وقاموا بإجراء التجارب الطبية والصيدلانية وحثوا على إجراء التجارب على الحيوان وعلى الإنسان، ولاحظوا الفروق بين الإنسان

والحيوان.. وأن التجارب على الحيوان لا تغني عن التجارب على الإنسان لاختلاف الأنواع واستجابتها للعقاقير. يقول جورج سارتون في كتابه «مقدمة تاريخ العلوم»: «وقد اهتدى العرب والمسلمون في عصرهم الزاهر إلى تأسيس قواعد «البحث العلمي التجريبي» ووضعوا له الضوابط والقيود العلمية، والتي أسفرت عن اكتشافات كثيرة جداً في شتى حقول المعرفة . وبهذا سبقوا أوروبا بعدة قرون قبل أن تصبح ملامح المنهج العلمي هناك واضحة».

اليهود يبيحون قتل الآخرين في التجارب الطبية:

يعتبر موسى بن ميمون المعروف لدى الغرب باسم ميمونيدس من أشهر الأطباء والفلاسفة ورجال الدين اليهود الذين ظهروا في العالم الإسلامي، فهو من مواليد قرطبة ثم ذهب إلى فاس في المغرب وأعلنت عائلته الإسلام وأبطلت الكفر. ولهذا نرى عند ابن ميمون النظرة العنصرية البغيضة في احتقاره لكثير من الأمم وقوله عنهم كما ينقله عنه إسرائيل شاحاك في كتابه «الديانة اليهودية وتاريخ اليهود»⁽¹⁾ يقول ابن ميمون عن الأغيار (أي غير اليهود) كما ينقله عنه شاحاك «أن واجب المرء أن يقتلهم بيديه إذا استطاع ذلك، ولم يجلب عمله أي ثورة ضد اليهود». ورغم أنه كان طبيب سلطان المسلمين صلاح الدين الأيوبي، وتضرب له الطبول عند دخوله القلعة إلا أنه كتب كما ينقل عنه شاحاك «أن على الطبيب اليهودي أن يجري التجارب الطبية على الأغيار (غير اليهود) ولو أدى ذلك إلى قتلهم بشرط أن لا يعلم بذلك أحد، ولا يثير الناس ضد اليهود»..

ويقول موسى ابن ميمون كما ينقله عنه إسرائيل شاحاك «ومن المسموح به تجربة عقار من العقاقير على كافر إذا كان ذلك في بغرض ما»⁽²⁾. وبالتالي يجوز أن يجرب على الأغيار حتى قبل أن يجرب على الحيوانات، وليس من المهم ما قد يحدث من مخاطر ومضاعفات على صحة متعاطي العقار لأن المتعاطي من الأغيار، ولا يوجد ما يمنع من الإضرار بهم أو حتى قتلهم بشرط أن لا يكتشف هذا الأمر وأن لا يؤدي مثل هذا العمل إلى

(1) إسرائيل شاحاك كان استاذاً للكيمياء في جامعة تل أبيب وزمياً لبن جوريون، ولكنه تحول إلى انتقاد إسرائيل وسياساتها العنصرية ووضع عدة كتب في ذلك منها كتابه المشهور الديانة اليهودية وتاريخ اليهود، انظر ص 51-145.

(2) الديانة اليهودية وتاريخ اليهود، إسرائيل شاحاك.

الإضرار بالطبيب اليهودي، أو ما هو أشد، الإضرار بطائفة اليهود في تلك البلاد !!.

الاستخدام الخاطئ لثمار الثورة العلمية :

وقد أثارت البحوث العلمية الحديثة والتجارب الطبية على الإنسان، بما فيها العمليات الجراحية التجريبية غير المسبوقة، ضرورة الموازنة بين المتطلبات البيولوجية الحديثة، في مجالات الطب والجراحة والأبحاث العلمية التجريبية، وبين حتمية توافر الحد الأدنى من الاحترام الواجب للجسم البشري والحفاظ على الكرامة الإنسانية. ولا يكون ذلك في الدول العربية والإسلامية إلا بصياغة تشريعات أخلاقية جديدة، تحدد الضوابط الشرعية والقانونية والأخلاقية والإنسانية للبحوث العلمية والتجارب الطبية على الإنسان.

فالاستخدام الخاطئ لثمار هذه الثورة العلمية لم يعد مجرد أفكار وخواطر، بل إن الأبحاث غير الأخلاقية أصبحت حقيقة لا يمكن إنكارها، ومن الاستخدامات الخاطئة للتقدم التقني في علم الجينات صناعة ما يمكن أن نسميه «أسلحة الدمار الوراثية الشاملة»⁽¹⁾.

ويكفي للدلالة على مدى خطورة هذه الأسلحة البيولوجية أن نشير إلى أن أول عملية استخدام لأسلحة الدمار الشامل وأكثرها فتكاً عبر التاريخ قد استخدمها الأمريكان عند قدومهم إلى أمريكا ضد سكانها الأصليين عندما تم نشر داء الجدري بينهم مما تسبب في قتل الملايين منهم خاصة وأن القارة الأمريكية لم تكن موبوءة بهذا الداء من قبل.

ومن الأمثلة الحديثة ما حصل من فضيحة علمية شابها الكثير من العمل غير الأخلاقي، ومن قبل أحد أكبر المراكز العلمية

(1) أمنا الجيني هل فات الأوان؟: د. إبراهيم برجس العبد الكريم

المرموقة في العالم، حين قام فريق بحثي من جامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية بجمع مئات الآلاف من العينات الحيوية لمواطنين صينيين عام 1997م، بعد تواطىء أحد الباحثين الصينيين مع ذلك الفريق البحثي، حيث عمل على إقناع أولئك المواطنين بأن هذا البحث سوف يسهم في الرقي بالرعاية الصحية المقدمة لهم. وبعد افتضاح الأمر عام 2000م اكتفى مدير جامعة هارفارد بالاعتذار لحكومة الصين عن هذا العمل غير الأخلاقي بينما بقيت تلك العينات في مكان مجهول حتى يومنا هذا. إن هذا الحدث قد جعل العالم الصيني «د. يانغ» يبكي عند طرحه لهذه الحادثة في المؤتمر العالمي الثالث للعينات الوراثية والذي عقد في مونتريال بكندا في شهر سبتمبر 2002م. وقد ألفت هذه الحادثة بظلالها وشكوكها حول طبيعة وأسباب تفشي مرض السارس **SARS** وتأثيره القاتل على شعوب شرق آسيا وخصوصا الصين.

وللأسف فإن بعض الأبحاث الوراثية التي تم إجراؤها في بعض البلاد العربية لم تتقيد بسريّة المعلومات حيث نشرت بعض المجالات الطبية العلمية أن القبيلة الفلانية في المنطقة كذا لديها استعداد وراثي للمرض الفلاني، وهذا يعتبر إفساء للسر ونوعاً من الوصمة ضد تلك القبيلة.

وتعتبر المادة الوراثية ملكاً للأمة ولا تستطيع شركة أو هيئة خاصة احتكارها وتسويقها. وهو ما يتم للأسف الشدي في الولايات المتحدة بصورة خاصة، باعتبار أن ذلك يشجع الباحثين والشركات في هذا المجال لإيجاد فحوص جديدة تستطيع التعرف على مزيد من المورثات (الجينات) التي تحمل الاستعداد للعديد من الأمراض الوراثية. وقد اعتبر الجينوم البشري بأكمله ملكاً للإنسانية ولا يجوز احتكاره والتحكّم فيه وبيعه وتسويقه. وبالتالي

لا يجوز بيع المعلومات الوراثية لشركات متخصصة تبحث عنها لتقوم باحتكارها وتسويقها.

تجارب الحضارة الغربية :

ومما يؤخذ على الحضارة الغربية عنصريتها وإجراؤها التجارب على الشعوب المستعمرة وعلى السكان الأصليين في المناطق التي فتحها الرجل الأوروبي واستقر فيها مثل استراليا ونيوزيلندا وأمريكا الشمالية وأمريكا الجنوبية بالإضافة إلى مستعمراته العديدة في آسيا وأفريقيا.

وخلال القرن الماضي تشكلت المبادئ الأخلاقية للبحوث الحيوية والطبية بعد حصول عدد من التجاوزات الأخلاقية في حق الإنسان، وتمت صياغة العديد من الضوابط الأخلاقية بصورة تحافظ على كرامة الإنسان وحقه المعنوي والجسدي في الحصول على أفضل عناية ممكنة خلال إجراء البحث .

فلم يكن هناك اتفاق عالمي على طريقة إجراء البحوث قبل العام 1946 م. وكان الباب مفتوحا لإجراء التجارب على الإنسان بدون ضوابط، حتى قام الحلفاء بعد الحرب العالمية الثانية بالمحاكمة المشهورة في 9 ديسمبر 1946 لـ (23) طبيبا ألمانيا تابعين للحكومات النازية قاموا بتجارب وحشية على آلاف من الأسرى السجناء بدون موافقتهم، وقد أدى ذلك لموت معظمهم وأصيب الباقون بإعاقات مستديمة، وكننتيجة لذلك تم وضع (دستور نورمبرج) عام 1948. ورغم أن (دستور نورمبرج) لم يستخدم قوة القانون، إلا أنه كان أول اتفاق عالمي ينص على ما يلي :

- (1) أهمية موافقة الإنسان موضع البحث
- (2) ضرورة تواجد الموافقة المتنورة
- (3) أن تزيد فوائد التجربة أو البحث على مخاطرها

- وصدر إعلان هلسنكي في عام 1964 من الاتحاد الطبي العالمي (**World Medical Association**) والذي قام بوضع ضوابط للأطباء العاملين في الأبحاث الحيوية والطبية المتعلقة بالإنسان، وتمت مراجعته عدة مرات وهو قاعدة للأداء السريري الجيد هذه الأيام، ومن أهم المواضيع التي تم تغطيتها في إعلان هلسنكي :
- يجب أن تعتمد الأبحاث على الإنسان على نتائج التجارب المخبرية والتجارب على الحيوان .
 - يجب أن تراجع خطة (بروتوكول) البحث من قبل لجنة مستقلة قبل أن يبدأ
 - الحصول على الموافقة المتنورة من المشاركين في البحث أمر حتمي .
 - البحث يجب أن يتم إجراؤه من قبل أشخاص مؤهلين علمياً وطبياً.
 - يجب أن تزيد فوائد البحث عن مخاطره المتوقعة .

تجربة توسكاجي

ورغم ذلك حدثت حوادث كثيرة منها تجربة توسكاجي في ألاباما في الولايات المتحدة على السود المصابين بالزهري والذين تركوا دون علاج حتى مات أكثرهم بزعم أن ذلك سيؤدي إلى معرفة سير المرض، واستمرت تلك التجربة البشعة حتى عام 1972 عندما فضحها بعض الأطباء على الجمهور والإعلام واضطرت الإدارات إلى إيقافها عام 1973.

ففي الولايات المتحدة أجريت تجربة على (400) مصاب بمرض الزهري من السود في منطقة ريفية تدعى (توسكاجي) في (ألاباما) لدراسة تطور هذا المرض بين السود. بدأت هذه التجربة سنة 1932م، وتم اختيار المرضى من السود الأميين الفقراء الجهلة، وتم إيهامهم بأنهم سيعطون علاجاً لمرضهم واستمرت عملية خداع هؤلاء المساكين وكانوا يغرونهم بوجبات ساخنة عند دخولهم

للمستشفى وإجراء جميع الفحوصات عليهم، وإعطائهم مادة غفلاً ليس فيها أي دواء
ورغم ظهور عقار البنسلين واستخدامه على نطاق واسع
لمعالجة الزهري منذ عام 1952م إلا إن الإدارات الطبية المتعاقبة
رفضت رفضاً باتاً أن تعطيهم هذا العلاج الذي أثبت جدواه
ونجاعته، بزعم الحاجة لمعرفة تطور المرض، رغم أن
المعلومات عن تطور مرض الزهري كانت متوفرة من دراسة
الحالات المختلفة، ولم تكن للتجربة أيه فوائد علمية على
الإطلاق.

واستمرت هذه الجريمة البشعة العنصرية البغيضة رغم
معارضة بعض الأطباء لها باعتبارها جريمة عنصرية بغيضة
ولا تحقق أي فائدة مما أدى إلى أن يقوم أحد الأطباء المعارضين
لهذه التجربة البشعة بنشرها في الصحافة عام 1972م مما أثار
الرأي العام ضدها ، وتم إيقاف هذه التجربة في العام التالي أي
1973م.

وقد مات غالبية من أجريت عليهم هذه التجربة البشعة
بويلات الزهري رغم توفر علاجه، واضطر الرئيس كلينتون إلى
الاعتذار رسمياً للسود في أثناء ولايته الثانية، واعتذر لبضعة
أفراد كانوا لا يزالون على قيد الحياة، ونشرت ذلك جميع أجهزة
الإعلام. **وظهر العجوز الأسود والرئيس كلينتون يحتضنه،
ويعتذر له باسم الأمة الأمريكية على ما فعلوه به وبزملائه
الأربعمائه الذين ماتوا نتيجة مرض الزهري الذي كان علاجه
متوفراً، وقال كلينتون : «إنها عنصرية، وعنصرية بغيضة،
وتجربة بشعة في حق الإنسانية وفي حق المواطنين السود .
ومن هذا المنبر باسم الولايات المتحدة أقدم اعتذاري لهؤلاء
الضحايا والأسرهم».**

ولكن الولايات المتحدة الغنية لم تدفع لأسر هؤلاء المساكين من السود أي تعويضات مالية! مع أن ضحايا لوكربي تم تعويض أسرة كل واحد منهم بعشرة ملايين دولار دفعتها ليبيا حتى تنهي هذه القضية⁽¹⁾.

الأبحاث الطبية في العالم الثالث:

وفي مقال رئيس نشر في مجلة **Canadian Medical Association Journal** عام 2003م يذكر المقال أنه بعد 40 عاماً من نشر «إعلان هلسنكي» فإن الحوار ما زال قائماً حول كيفية التعامل مع الناس المشاركين في الدراسات العلمية، وخاصة في العالم الثالث! ففي عام 2000م أضيفت فقرة على إعلان هلسنكي (في المقطع 30) تقول «إنه بعد انتهاء الدراسة يجب طمأنة المرضى الذين أجريت عليهم الدراسة بأنهم سوف يستمرون في تلقي أفضل الطرق العلاجية أو التشخيصية التي تم التعرف عليها خلال الدراسة».

والحقيقة أن ذلك التعديل ما كان ليظهر إلا بعد انتشار فضيحة الدراسة التي أجريت في تايلند وأفريقية عام 1997م، وفيها أعطيت الحوامل المصابات بفيروس الإيدز دواء غفلاً، وذلك لأن الباحثين الغربيين كانوا يعتقدون أنه لا يمكن إعطاء الدواء الغالي الثمن لهؤلاء المرضى بعد انتهاء الدراسة.

فقد ثبت أن إعطاء المرأة المصابة بفيروس الإيدز أثناء حملها عقار (AZT) (AzidoThymidine) يؤدي إلى سلامة تئلي المواليد على الأقل، ولكن ينبغي أن تعطى الجرعات من بداية الحمل وبكمية مقررة. وبما أن هذا العقار غالي الثمن بالنسبة للمرضى في العالم الثالث، وخاصة في أفريقيا، فإن بعض

(1) أخلاقيات البحوث الطبية: د. محمد علي البار و د. حسان شمسي باشا، دار القلم بدمشق و دار البشير جدة.

الباحثين الغربيين قاموا بتجربة إعطاء جرعة صغيرة من العقار **AZT** وفي آخر الحمل فقط، وقرنوا ذلك بمجموعة من النساء اللاتي أعطوهن عقاراً غُفلاً، وقد تمت هذه التجربة في تايلند وفي إفريقيا عام 1997م.

وإجراء مثل هذه التجربة في البلاد المتقدمة يعتبر مخالفة خطيرة لأن الدواء **AZT** قد ثبت جدواه ونفعه في إنقاذ معظم الأجنة من الإصابة بفيروس الإيدز، ولا يوجد مبرر أخلاقي لإجراء مثل هذه التجربة ولا يمكن أن تتم قطعياً في البلاد المتقدمة.

ولكن المبرر الذي تقدم به الباحثون أن هذه البلاد النامية فقيرة ولا تستطيع توفير **AZT** بالجرعات المطلوبة طوال فترة الحمل، ولذا فقد قاموا بتجريب إعطاء جرعات صغيرة (رخيصة الثمن نسبياً) ولمدة محدودة في آخر الحمل. ورغم أن هذه التجربة معيبة من الناحية الأخلاقية إلا أنها أثبتت أن الجرعات الصغيرة من العقار **AZT** كانت ذات نفع وأفضل من إعطاء الدواء الغفل. ولا شك أن ترك الحوامل بدون أي علاج وإعطائهن دواء غُفلاً هو عمل غير أخلاقي ومعيب.

وهناك تجربة فايزر في علاج الحمى الشوكية⁽¹⁾، وتجربة الشركات في الهند التي قتلت أكثر من 760 شخصاً ولم تعوض إلا لثلاثة فقط وقد رفعت الهند قضايا ضد الشركات. وفي دول العالم

(1) قامت شركة فايزر بانتاج دواء جديد لمعالجة الحمى الشوكية للأطفال. وقبل أن تجربه في الولايات المتحدة أو أوروبا أرسلته إلى نيجيريا باعتبارها دواءً معترف به، وتبرعت به ليعطي لألاف الأطفال وقد أدى استعمال هذا الدواء إلى وفاة مئات الأطفال وإصابة أعداد أكبر بأمراض في الكبد وغيرها. وعندما رفعت حكومة نيجيريا القضية على الشركة، حُكم لها بحوالي تسعين مليون دولار. والغريب حقاً أن شركة فايزر سمحت باستخدام دواء معروف ومصروح به في الولايات المتحدة لاستخدام جديد ولم يحدث من ذلك الاستخدام أي ضرر فحكمت عليها الـ (FDA) بالتعويض بأكثر من مليار دولار!!

الثالث تضع الشركات شرطاً بأن لا تقدم العلاج أو التعويض إذا حدثت مضاعفات من هذا العمل.

وهناك قضية مصنع شركة اليونيان كار بين الأمريكية في بهوبال في الهند الذي انفجر وخرج منه غاز السايينيد السام وقتل المئات وأصاب عشرات الآلاف ومع هذا لم تدفع الشركة إلا تعويضاً تافهاً لهؤلاء المساكين ولو حدث ذلك في أي بلد متقدم لأفلست الشركة ولدخل كثير من المسؤولين فيها السجن على هذه الجريمة المنكرة. ولهذا تهتم الشركات الغربية بالعمل وإجراء التجارب في العالم الثالث.

حتى المتخلفين عقلياً لم يسلموا :

يعيش كثير من المتخلفين عقلياً أو المعاقين جسدياً في معاهد أو نزل خاصة أو ملاجئ، وفي كثير من الأحيان يتعرضون للاستغلال والابتزاز بما في ذلك إجراء الأبحاث الطبية البيولوجية عليهم. ولهذا فقد أكدت الدساتير المختصة بأخلاقيات المهنة الطبية عدم جواز إجراء أي بحث طبي بيولوجي إلا إذا كان في صالح هؤلاء الأشخاص، وسيؤدي في الغالب إلى فائدة لهم.

ويذكر الباحثون حادثة مروعة حيث قام أحد الملاجيء في مدينة نيويورك الذي يستضيف المئات من هؤلاء المتخلفين عقلياً بتعمد إصابتهم بفيروس الكبد الوبائي (من نوع A) عام 1956. وفي ذلك الوقت لم يكن له تطعيم كما أن نوع الفيروس لم يكن معروفاً. وكانت حجة القائمين على هذه التجربة أن هؤلاء الأطفال يتعرضون للإصابة بهذا المرض. ومن الأفضل أن يتعمد إصابتهم تحت إشراف طبي بحيث يقلل من أي مضاعفات تحدث. وهذه العدوى تعطيمهم مناعة ضد العدوى مرة أخرى. وقد أدينت هذه التجربة باعتبارها اعتداء على أطفال أبرياء متخلفين عقلياً، ولم يكن هناك مبرر حقيقي لإصابتهم بهذا المرض، وكان الواجب رفع المستوى الصحي والنظافة في مثل

هذا الملجأ، وشدة العناية بهم، لا إصابتهم بمرض، رغم عدم خطورته في الغالب، إلا أنه مرض مزعج، وقد تكون له مضاعفات عدّة نادرة الحدوث غالباً. ولا بد إذن أن تكون أي تجربة في صالح هؤلاء الأطفال مباشرة وتمنع أي تجربة أخرى لا علاقة لهم بها.

ورغم ذلك فإن من الحق أن نقول أن العالم الغربي بدأ يشدد في إجراءات السلامة في التجارب على البشر، وأن هذه الأخلاقيات أصبحت صارمة جداً، حتى أن كثيراً من الباحثين وشركات الأدوية بدأت تغزو العالم الثالث لإجراء التجارب فيه، وذلك لعدة أسباب منها ضعف الرقابة، وعدم التشدد في إجراءات السلامة والإذن، واضطرار الشركات والباحثين لدفع مبالغ تعويضية ضخمة في حال حدوث مضاعفات خطيرة من هذه التجارب!

وللأسف فإن دول العالم الثالث بما فيه الدول الإسلامية عربية أو عجمية لا تهتم بالبحث العلمي إلا في أضيق نطاق، ولا يشكل البحث العلمي بأكمله إلا نسبة ضئيلة جداً من ناتج الدخل القومي. وقد تراجع البحث العلمي في البلدان الإسلامية، وأصبحت الأمة الإسلامية في آخر الركب، حتى أن البلاد العربية لا تنفق على البحث العلمي سوى (0.2 %) من إنتاجها القومي.

أخلاقيات البحوث الطبية والحماية الشرعية:

وكثيراً ما نواجه إشكالية التوفيق بين طموحات العلماء وضوابط الشرع، فيما يجلب النفع والصحة للإنسان، ويدراً الضرر والفساد عنه. فلا بد من إحاطة البحوث الطبية التجريبية على الإنسان، والعمليات الجراحية التجريبية غير المسبوق، بسياج متين من الحماية الشرعية والقانونية والأخلاقية، فإن

حماية الجسم البشري هي حماية شرعية، يقرها الفقه الإسلامي منذ أربعة عشر قرناً.

وقد قامت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والمجلس العالمي لمنظمات العلوم الطبية **CIOMS** واتحاد الأطباء العرب بوضع «الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية» (29 شوال - 2 ذو القعدة 1425 هـ / 14-11 ديسمبر 2004).

أهداف إجراء البحوث في الإطار الأخلاقي :

- أن يساهم البحث في إثراء المعرفة الصحية .
- أن يكون له أثر إيجابي ملموس على مستوى تحسين الرعاية الصحية أو حلّ مشكلات الصحة .
- أن تفوق الفوائد المرجوة من البحث العلمي الأضرار المتوقع حدوثها للمريض أو المجتمع بنسبة كبيرة .
- أن تتفق وسائل البحث العلمي مع مبادئ الأخلاق ، وألا تكون الغاية النبيلة مبررة لوسيلة غير أخلاقية .
- ألا تتعارض فرضية البحث ومخرجاته مع الإطار الأخلاقي ومبادئ حماية الإنسان والمجتمع الذي يعيش فيه⁽¹⁾ .

ولا بد للباحث أن يستشعر في نفسه مراقبة الله عز وجل له، وأن يشعر في قرارة نفسه أنه مسؤول عن أبحاثه وأعماله أمام الله تعالى قبل البشر، وأن يكون طلبه للعلم خالصاً لوجه الله تعالى، لا أن تكون غاية الباحث منصرفة إلى نشر أكبر عدد من البحوث في المجالات العلمية، أو من أجل ترقية أو ترفيع لدرجته أو مستواه، أو حرصاً على التباهي والافتخار في المؤتمرات العلمية. فبعض الباحثين لا هدف له سوى نشر عدد من البحوث في المجالات العلمية من أجل ترقيته إلى مستوى أعلى في السلك الجامعي أو المهني، أو للحصول على وظيفة أرقى، أو سمعة أكبر. والرسول ﷺ يقول: «من طلب العلم ليحاري به العلماء أو ليحاري به السفهاء، أو يصرف به وجوه الناس إليه أدخله الله النار»⁽²⁾ .

(1) المظمة الإسلامية للعلوم الطبية والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لحوض البحر الأبيض المتوسط : الوثيقة الإسلامية لأخلاقيات الطب والصحة.

(2) رواه الترمذي وابن ماجه

ولا يحجر الإسلام على حرية البحث العلمي في مختلف المجالات، ولكن ضمن ضوابط شرعية لهذا البحث العلمي . وهذه الضوابط ضرورية لحماية المجتمع والأفراد والبيئة من إساءة استخدام البحوث العلمية في أغراض لا يقرها الشارع الحكيم. ولهذا ينبغي أن تخضع مراكز البحث العلمي في بلادنا الإسلامية للضوابط الشرعية، إلى جانب الضوابط العلمية المعتمدة، وأن تسن التشريعات القانونية اللازمة لحماية البحوث العلمية من العبث أو ارتكاب المحرمات، وضبط هذه المسألة من الناحيتين : العلمية والشرعية

وقد جرت العادة في معظم دول العالم على تكليف لجان وهيئات علمية متخصصة للإشراف على مراكز البحث العلمي لضبط سير البحوث العلمية ضبطاً علمياً دقيقاً . ويجدر بنا-نحن المسلمين- ألا نحصر مهمة هذه اللجان بالجانب العلمي وحده، بل يجب أن تشمل مهماتها أيضاً ضبط الجانب الشرعي، وذلك بأن تضم نخبة من علماء الشريعة المتخصصين، إلى جانب أهل الاختصاص في العلوم ذات الصلة، ويكون من مهام هذه اللجان أيضاً سن التشريعات العلمية والشرعية المتعلقة بالبحث العلمي⁽¹⁾.

شروط البحث العلمي:

وقد وضعت الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في كتابها (أخلاقيات مهنة الطب) الصادر عام (1423هـ/2002م) ضوابط لإجراء البحوث الحيوية الطبية على الإنسان:

فلا بد للطبيب الذي يقوم بتلك البحوث من الالتزام بالضوابط التالية:

((أن يلتزم بالأمانة ويحفظ للمساهمين في البحوث حقهم الأدبي عند نشر البحوث، أو حقهم المادي عند الاتفاق على مقابل

(1) د. أحمد كنعان : مجلة البحوث الفقهية المعاصرة العدد 45 عام 2000 ص 183 .

مادي لمساهماتهم . كما عليه أن لا يغط حق الجهات الداعمة للبحث في تقديم الشكر لهم وإبراز دعمهم)).
و لإجراء البحوث الحيوية الطبية على الإنسان عليه أن يراعي ما يلي:

- (1) أن يتفق البحث العلمي في أهدافه وطريقته مع أحكام الشريعة الإسلامية.
- (2) أن تكون أهداف البحث العلمي ذات أهمية كبيرة تسهم في إثراء المعرفة الطبية بوضوح.
- (3) أن يتبع الباحث الأسس العلمية للبحث العلمي ، وأن يكون البحث العلمي متفقاً مع المبادئ العلمية والأخلاقية المقبولة مثل إعلان هلنسكي وغيره، ومنها أن يكون الباحث قد تأكد من إمكانية إجراء البحث على الإنسان.
- (4) أن تفوق الفوائد المرجوة أو المتوقعة من البحث العلمي الأضرار المتوقعة حدوثها للمريض، وأن يكون البحث مبنياً على مبررات علمية مقنعة لإجرائه.
- (5) أن يكون ال باحث مؤهلاً للقيام بالبحث الطبي وعلى معرفة تامة بالمادة العلمية في موضوع البحث المراد إجراؤه.
- (6) أن يحترم الباحث حقوق المرضى الذين يجرى عليهم البحث، وأن يتم التعامل معهم بطريقة إنسانية دون انتقاص من قدرهم أو حقوقهم.
- (7) أن يجرى البحث الطبي على الإنسان بكامل رضاه، وأن يراعى في ذلك ما يلي:
- أن يقوم الطبيب الباحث بإيضاح كافة التفاصيل المتعلقة بالبحث العلمي وما يمكن أن يحدث من أضرار محتملة حتى يكون المريض على بينة كاملة حين يأذن بإجراء البحث العلمي عليه.

- أن يكون الشخص الذي يوافق على إجراء البحوث الطبية عليه بكامل الأهلية، أي: بالغاً، راشداً . ويشترط في إجراء البحوث على قاصر الأهلية إذن وليه، وأن يكون البحث في صالح هذا الشخص أو الفئة التي ينتمي إليها.

- أن يكون الإذن كتابياً في البحوث التي تحتوي إجراءات تداخلية.

- لا يجوز مطلقاً أن يكون سبيل الحصول على الإذن بإجراء الدراسة: الضغط، أو الإكراه، أو استغلال الحاجة إلى المال، أو التداوي.

8) عند تطلب إجراء البحث الطبي على الإنسان للمرة الأولى – كما هو الحال في العمليات الجراحية أو الإجراءات التداخلية – على الطبيب أن يتدرب على إجرائها على حيوانات التجارب قبل إجرائها على الإنسان حتى يتقن المهارات التي يحتاجها لإجرائها على الإنسان.

9) الالتزام بالأنظمة الصادرة أو التي تصدر لتنظيم إجراء البحوث الطبية.

10) الحصول على إذن من الجهات المختصة بالأبحاث الطبية أو من القطاع الصحي الذي يعمل به ، أو الذي يجري به البحث، مثل : لجان الأخلاقيات الطبية في المؤسسات الصحية والإدارات الطبية المعنية.

11) من حق الشخص الذي يجري عليه البحث أن يتوقف عنه بدون أن يتعرض إلى أي ضغط، وبدون أن يمس ذلك مداواته.

12) إذا حدثت أي مضاعفات خطيرة يجب إيقاف البحث فوراً

13) يجب التعويض العادل الكامل عن أي ضرر حصل للشخص الذي أصابه الضرر من جراء البحث، ويجب

على الباحثين مداواته بالإضافة إلى التعويض. وإذا مات نتيجة البحث فللورثة أخذ الدية كاملة مع أي تعويضات أخرى تقررها المحكمة⁽¹⁾.

(1) تقوم شركات الأدوية الغربية الكبرى بإجراء التجارب على مرضى معينين في العالم الثالث بالاتفاق مع أطباء مشهورين أو بعض الجامعات ورغم التزامها بكثير من الشروط العالمية إلا أنها ترفض تماماً إعطاء أي تعويض في حالة الضرر، بل ما هو أشدّ وأنكى من ذلك ترفض حتى مداواة المريض إذا حدثت له مضاعفات . وعليه أن يقوم بالتداوي على حسابه أو على حساب التأمين (إذا كان له تأمين) أو في المؤسسة التي أجرت التجربة (الجامعة مثلاً). وقد وقفت على ذلك بنفسه مراراً عندما كنت عضواً في بعض اللجان الأخلاقية، وأثرت هذه القضية اللاأخلاقية التي يجب من أجلها رفض البحث وعدم السماح به (محمد البار).

الموافقة المتبصرة في التجارب الطبية :

لابد أولاً من حصول الباحثين على إذن كتابي بإجراء البحث من اللجنة العلمية المختصة بالأبحاث ثم أخذ الإذن من اللجنة الأخلاقية المشرفة على مثل هذا البحث ، ثم بعد ذلك يجب الحصول على إذن الشخص البالغ العاقل بعد تبصيره وهو ما اتَّفَق على تسميته بالإذن الواعي المتبصر **Informed Consent** .
والمقصود بالإذن المتبصر أن يقرّر المريض أو ال متطوِّع بإجراء البحث العلمي موافقته أو عدم موافقته على إجرائها بناء على معلومات واضحة ودقيقة لديه، وبعد أن يعطى الفرصة للتفكّر في هذا الأمر ومشاوره من يريد مشاورته . وبالتالي يُعطي إذنه أو يمتنع عن إعطاء هذا الإذن.

وينبغي على الذين سيجرون البحث أن يقدموا لمثل هذا الشخص المعلومات الأساسية عن هذه التجربة أو هذا البحث ولماذا سيجرى هذا البحث، وما هي الفوائد المرجوة التي ستعود على هذا الشخص، أو على مثله، أو على المجتمع الإنساني في حالة إتمام هذا البحث، وما هي الأضرار المحتملة التي يمكن أن تقع على الأشخاص الذين تُجرى عليهم هذه الأبحاث، وما هي مدة البحث المتوقعة، وهل سيؤدي ذلك إلى الإضرار بعمله مثلاً بسبب المواعيد المتكررة للحضور لمحل البحث وإجراء الفحوصات المختلفة؟ وإذا كان هناك ضرر مادي من ناحية فقدان وقت العمل أو تكاليف الحضور إلى مكان البحث فما هي التعويضات التي ستقدّم؟

وينبغي أن تكون المعلومات الأساسية مكتوبة بلغة مبسّطة جداً بحيث يفهمها الشخص العادي أو حتى العامي إذا قرئت عليه، وله أن يأخذ تلك المعلومات مكتوبة ويفكّر فيها ويدوّن ما يعنُّ له من أسئلة، وعلى أحد الباحثين أن يشرح له ما غمض عليه وأن يجيب على كل أسئلته.

وليس من المطلوب الدخول في التفاصيل الطبية الدقيقة التي لا يستطيع أن يفهمها الشخص العادي لأن ذلك سيشوش عليه ويجعل فهم الموضوع معقداً وصعباً، بل ويجب إفهام الشخص الذي ستجرى عليه التجربة أو البحث الطبي كل الفوائد المرجوة والأضرار المحتملة دون مبالغة أو تهوين وبلغة سهلة ميسرة. ومن الواجب على الطبيب أو القائم بالبحث الطبي أن يوضح للشخص المزمع دخوله في البحث طرق العلاج الممكنة والبدائل والخيارات المتاحة، مبيّناً مخاطر ومميزات كل طريقة، ولماذا يتم هذا البحث والفوائد المرجوة منه، والإضافات التي يمكن أن يضريها إلى المعرفة الطبية التي قد تفيد المريض نفسه أو المرضى المماثلين أو غيرهم من البشر.

وقد يحتاج الباحث أن يقوم بإعادة تبصير المريض أثناء إجراء البحث لطروء عوامل جديدة أو بعض المخاطر التي لم تكن في الحسبان عند بداية البحث.

ولا بد أن يكون رضا المريض حراً و متبصراً، أي عن اختيار كامل، وعلى علم بالظروف والنتائج المرتبطة بإجراء البحث العلمي.

ولا يكفي أن تكون الموافقة على إجراء البحث الطبي حرة قائمة على اختيار دون ضغط أو إكراه، بل ينبغي أن تكون الموافقة- متبصرة أو مستنيرة، أي عن بصر وبصيرة بعواقب التجربة ومدى خطورتها.

وفي «التجارب المراقبة» **controlled Trials** يقسم الخاضعون للبحث إلى مجموعتين : الأولى تعطى العقار الجديد، والثانية تعطى عقاراً معروفاً ومتداولاً، ويتم رصد الفوائد والأعراض الجانبية لفترة محددة . ولا بد من تبصير المريض بأنه قد يكون من الذين يتناولون العقار الجديد أو الدواء الغفل.

- وتكون مدة سريان الموافقة هي مدة البحث التي وافقت اللجنة عليها ما لم يطرأ أي مما يلي:
- (1) تعديل على نص الموافقة المتتورة أو تعديل فيها بعد توقيعها.
 - (2) بلوغ الطفل المشارك سن الأهلية بحيث يصبح مسئولاً عن إعطاء موافقته شخصياً.
 - (3) إذا لم يحدد نموذج الموافقة الذي تم التوقيع عليه مدة الموافقة تعتبر الموافقة لاغية ويجب أخذ موافقة جديدة⁽¹⁾.

الموافقة لإجراء البحث على الحامل

- وقد لخصت «الوثيقة الإسلامية لأخلاقيات الطب والصحة» شروط إجراء البحوث على الحوامل والمرضعات بمايلي :
- (1) تنطبق عليهم كافة شروط إجراء البحوث التي ذكرت أعلاه - في فصل الموافقة المتبصرة - إضافة إلى:
 - أ - يجب التأكيد على اطلاع الزوجين على طبيعة البحث ومكوناته ومضاعفاته المحتملة على الام والجنين مع أخذ الموافقة الخطية المبنية على المعرفة من الزوجين .
 - ب - أن لا يحتمل هذا البحث و جود مضاعفات على الجنين أو المولود يؤدي إلى حدوث تشوهات أو أي إعاقات أو عدم نمو أو وفاته حسب الحقائق العلمية الموثقة .
 - (2) لا يجوز إطلاقاً إجراء البحوث على حوامل أو مرضعات في حالة إمكانية إجرائها على غيرهن .
 - (3) يتم إجراء البحوث على الحوامل في حالة وجود فائدة مرجوة أو حاصلة بصحة الأم أو الجنين⁽²⁾.

البحث على أفراد غير قادرين على منح الموافقة المتتورة

- (1) مسؤولي الطبيب بين الفقه والقانون : د.حسان شمسي باشا و د. محمد علي البار ، ص 144
- (2) أخلاقيات البحوث الطبية : د. محمد علي البار و د. حسان شمسي باشا ، دار القلم بدمشق و دار البشير جدة

قد يكون لدى أفراد معينين أو جماعات معينة قدرة محدودة على منح الموافقة إما بسبب أن حقهم في تقرير المصير محدود، كما في حالة السجناء، وإما بسبب أن قدرتهم الإدراكية محدودة. وقد يكون المريض غير أهل لإعطاء إذن صحيح، إما بسبب انعدام أهليته كما هي الحال في المجنون أو المعتوه، أو لنقص في تلك الأهلية كما في الصبي المميز ومن في حكمه. شروط إجراء البحوث على القصر أو المعاقين أو ناقصي الأهلية:

- (1) لا يتم إجراء البحوث الصحية على القصر أو المعاقين أو ناقصي الأهلية في حالة إمكانية إجرائها على الأصحاء.
 - (2) يتم إجراء البحوث على القصر أو المعاقين أو ناقصي الأهلية بعد الحصول على الموافقة الكتابية المبنية على المعرفة من الوصي الرسمي أو القيم ويشترط أن يكون البحث خاصاً بحالته المرضية أو الصحية.
 - (3) يجب أن تكون طبيعة البحث السريري الذي يخضع له القصر أو المعاقون أو ناقصو الأهلية تحتم الاستعانة بهم، وأن إجراء البحث هذا خاص بحالتهم مع عدم إلحاق الضرر بهم.
 - (4) عند ضرورة إجراء البحث على القصر أو المعاقين أو فاقد الأهلية يتم اطلاع القيم أو الوصي على أبعاد البحث وأهميته ومضاعفاته وجميع جوانب البحث⁽¹⁾.
 - (5) إطلاع الأطفال بعد سن التمييز (أي بعد 7 سنوات) عن سير البحث، وأخذ موافقتهم بالإضافة إلى موافقة الولي ويسمى ذلك (Assent)، وبما أن سن الرشد هو 18 سنة في معظم أرجاء العالم، وأن من كان دونها يعتبر طفلاً إلا أن إذن هذا الشخص ضروري وخاصة بعد سن البلوغ البيولوجي، ولا يكتفى بموافقة الولي أبداً، بل لا بد من موافقتها معاً.
- متى يتم إيقاف البحث**

(1) المرجع السابق.

- (1) إذا تبين في أي مرحلة من مراحل إجراء البحث أن مقاصد البحث وأهدافه لا تتحقق .
- (2) إذا تبين أن المخاطر المحتملة أو العواقب والصعوبات المتوقعة من البحث تفوق الفوائد .
- (3) إذا تبين أن إجراء البحث يعرض خصوصية وسرية النتائج والحفاظ عليها وسلامة المتطوعين الجسدية والعقلية والنفسية للمخاطر وانتهاك تلك الحقوق .
- (4) يوقف البحث في حالة أن تنطوي عليه شبهة اختلاط الأنساب أو المشاركة فيها بأي صورة .

شروط التوثيق والنشر والإعلام :

- (1) تقع المسؤوليات الأخلاقية لتوفير ونشر نتائج البحوث على عاتق فريق البحث والمؤسسة التابع لها .
- (2) عند النشر يجب أن يتم التحقق من توافر المعايير العالمية المعترف بها الخاصة بالتوثيق والنشر .
- (3) لا يجوز إطلاقاً الإساءة لسمعة أي من الخاضعين للبحث أو المؤسسة عند نشر وتوثيق نتائج البحث مع المحافظة على الجوانب السرية .
- (4) الاحتفاظ بسرية الأشخاص الذين تم عليهم البحث، وعدم ذكر ما يشير إلى أسمائهم وقبائلهم.
- (5) لا يجوز نشر صور توضح معالم الشخصية إلا بعد أخذ إذن بذلك.

تصوير العمليات أو العينات الباثولوجية:

يجوز تصوير العم ليات البحثية وغيرها أو العينات الباثولوجية للأغراض التعليمية والتوثيقية، إذا لم تؤدي إلى التعرف إلى صاحبها بأي شكل من الأشكال، ولا تحتاج في ذلك إلى إذن من صاحب الصورة أو العينة الباثولوجية.

ولا يجوز النشر في الإعلام أو حتى في المجالات العلمية إذا كانت الصور يمكن أن يُستدل بها على صاحبها إلا في حالة موافقة صاحب الصورة على ذلك خطياً . وإذا كانت هذه المعلومات ستؤثر على أسرته فإن موافقة الأسرة تصبح أيضاً ضرورية إلا إذا كانت المعلومات لا تؤدي إلى التعرف على هذه الأسرة أو القبيلة.

تضارب المصالح:

- (1) يتعين على كافة المراكز البحثية وضع القواعد والأدلة الإرشادية الواضحة لدرء تضارب المصالح.
- (2) يجب العمل على تجنب الصراعات عند إجراء البحوث ضماناً للموضوعية والشفافية والعدل والمحافظة على نزاهة فريق البحث والمؤسسة .
- (3) يجب على فريق البحث عدم التصرف بالموارد المالية والإمكانات المتوفرة لإجراء البحوث إلا فيما خصص له من بنود الميزانية وأوجه الصرف .
- (4) أن تكون مكافأة الباحثين مقررّة مسبقاً ومتفق عليها وعلى أسلوب صرفها واستحقاقها مع إيضاح الجهة الممولة لهذه المكافأة .
- (5) حفاظاً على نزاهة وموضوعية النتائج، ينبغي استبعاد الأشخاص الذين لهم صلات بالجهات المانحة أو الداعمة أو الممولة من المشاركة في للبحث.
- (6) على الباحثين أن يفصحوا عن أية صلات مادية مع الجهات التي تمول البحث أو التي يقومون بفحص منتجاتها، فينبغي عليهم أن يكشفوا عن صلاتهم المالية ، ومشاركتهم في الأنشطة التعليمية التي ترعاها تلك الشركات ومشاركتهم في

المشاريع البحثية التي تمويلها . ويتعين أن يتم ذلك كتابة إلى المراكز البحثية والمؤسسات التابعين لها .
(7) يتعين على المراكز الطبية أن تشكل لجان مراجعة لدراسة الحالات المتعلقة بالروابط المالية مع المؤسسات التجارية

(8) يحظر أن يعهد بتحكيم البحث إلى من له مصلحة أو علاقة بالشركة أو الجهة الممولة للبحث .

ضوابط تمويل البحوث:

- للطبيب أن يقبل الدعم المادي للبحوث الطبية التي يجريها، وذلك ضمن الضوابط الآتية:
- (1) أن لا يكون قبول الدعم مشروطا بما يتنافى مع شروط وضوابط البحث العلمي .
 - (2) أن يجرى البحث بطريقة علمية ومنهجية صحيحة وأن لا يكون للجهة الداعمة أيا كانت أي تدخل في نتائج البحث أو طريقة إجرائه .
 - (3) الابتعاد عن المواطن التي يخشى فيها أن تكون مصادر التمويل محل شبهة أو غير قانونية .
 - (4) يجب أن لا تتأثر انسيابية عمل البحث ومراحله بالتمويل المالي أو الهدايا المقدمة من الجهة الداعمة .
 - (5) يجب أن لا تتعرض الدولة أو أي من مؤسساتها لضغوط من جهة التمويل الخارجي.

إعطاء مبلغ تشجيعي :

قد يتم تعويض حالات البحث عن مكاسبهم المفقودة وتكاليف السفر وغيرها من النفقات المتحملة من جراء المشاركة في البحث؛ وقد يتلقون كذلك خدمات طبية مجانية.

وينبغي ألا تكون المبالغ كبيرة جداً، وألا تكون الخدمات الطبية باهظة التكاليف من أجل حث الحالات المتوقعة للموافقة على المشاركة في البحث على حساب الرأي الأفضل لهم «التشجيع غير اللائق»، ويجب موافقة إحدى لجان مراجعة آداب المهنة على كافة المبالغ المالية والتعويضات والخدمات الطبية المقدمة لحالات البحث.

ولكن إذا حدث ضرر أو مرض نتيجة البحث، فلا بد أن تتحمل الجهة الممولة للبحث تكاليف مداواة الشخص المصاب، ولو كلف ذلك الملايين . كما أن الحق في التعويض العادل بالإضافة إلى المداواة أمر مكفول، وتقرر ذلك لجنة مستقلة أو القضاء.

الفقهية العامة «من لا يصح تصرفه لا قول له» وقد أقامت له الشريعة ولياً أو وصياً يلي تدبير أموره ورعاية شؤونه على النحو الذي يحقق مصلحته الخالصة دون أي تصرف ضار أو محتمل الضرر.

(2) تحقيق المصلحة وهو أصل في الشريعة الإسلامية من خلال «جلب المصالح ودرء المفاسد عن العباد». أما في الحالات التي لا مناص فيها من المفسدة فإنه يصر إلى دفع أعظم الضررين وأشد المفسدتين بارتكاب الأخف والأدنى.

(3) تحقيق العدل وهو الالتزام الأخلاقي بمعاملة كل شخص وفقاً لما هو صواب وصحيح من الناحية الأخلاقية وإعطاء كل ذي حق حقه سواء أكان ذكراً أم أنثى . وهو أصل مقرر في الشريعة الإسلامية وهو أحد الصور التنفيذية لمبدأ إقامة العدل والإنصاف الذي أرسى الإسلام قواعده وجعله محور الصلاح والنجاح في الحياة.

(4) الإحسان: وقد وردت بشأنه أجمع آية في القرآن الكريم للحث على المصالح كلها وللزجر عن المفاسد بأسرها وهي قوله تعالى (بِجْ بِجْ بِجْ بِجْ) [التحل: 90].

ثانياً: ضوابط الأبحاث الطبية الأحيائية (البيولوجية) على الإنسان:

يؤكد المجمع على اعتماد ضوابط البحوث الطبية الأحيائية على الإنسان التي اشتملت عليها الوثيقة المشار إليها في ديباجة القرار، باعتبارها تنظم عملية إجراء البحوث الطبية الأحيائية في إطار مبادئ وأحكام الشريعة الإسلامية، مع دعوة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية إلى عقد لقاء موسع يضم الأطباء والفقهاء لتعميق المعرفة بهذه الضوابط.

الفصل العاشر

أخلاقيات معاملة

الأطفال والمسنين في الإسلام

أخلاقيات معاملة الأطفال والمسنين في الإسلام

دعا الإسلام إلى احترام حقوق الطفل من قبل أن يخرج الطفل إلى الوجود، فحث الزوج على الإنفاق على أهله والإعتناء بتغذية الحامل، مما يؤثر على مستقبل الجنين.

وعلى مدى التاريخ الإسلامي كانت معاملة الأطفال تمتاز بالبرقة والحنان على الأبناء والبنات ، والعناية بالأيتام والإحسان إليهم، وإعطاء الطفل حقوقه في الرعاية والتربية والتنشئة.

أما واقع الأطفال في العالم اليوم ، فهو واقع حزين ومؤسف فحسبما تذكر تقارير المنظمات الدولية مثل اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية فإن هناك أكثر من مئة مليون طفل في الشوارع لا أهل لهم ولا مأوى . ويستخدم هؤلاء في مختلف أنواع الجرائم مثل السرقة وتوزيع المخدرات والدعارة وغيرها . كما ذكرت تقارير منظمات الأمم المتحدة أن مليون طفل يُدفعون دفعاً إلى الدعارة سنوياً في آسيا، ومثل ذلك الرقم في أمريكا اللاتينية.

ويعاني هؤلاء الأطفال من الأمراض الجنسية الخطيرة مثل السيلان والزهري والهربس والإيدز . وقد بلغ عدد الأطفال الذين أصيبوا بالإيدز في العالم قرابة عشرة ملايين .

وقضية أخرى يعاني منها ملايين الأطفال في العالم، ألا وهي الآثار المدمرة للحروب الأهلية والنزاعات الإقليمية في العالم حيث يقتل في هذه الحروب آلاف الأطفال .

ومن المأسى التي يتعرض لها الأطفال بصورة خاصة، انتشار الألغام الأرضية التي تقتل آلافاً من الأطفال . وتقدر منظمات الأمم المتحدة أن هناك أكثر من مئة مليون لغم أرضي موزعة في أقطار العالم، ومنها على سبيل المثال عشرة ملايين لغم في أفغانستان، وسبعة ملايين لغم في العراق، ومليون لغم في البوسنة. ورغم أن منظمات حقوق الإنسان ومنظمات الأمم المتحدة تدعو إلى إيقاف إنتاج الألغام الفردية، فإن الولايات المتحدة تقف حجر عثرة ضد إصدار قانون دولي يحرم إنتاج هذه الألغام، حيث تعتبر أكبر منتج لهذه الألغام . ونتيجة للفقر المدقع الذي يعاني منه الغالبية من سكان العالم، نجد انتشاراً رهيباً لاستخدام الأطفال في الأعمال، فهناك 800 مليون طفل أقل من سن 15 عاماً يعملون يومياً للحصول على ما يكفي أودهم .

ولا يعاني الأطفال من ويلات الفقر والعدوان فحسب، بل يعانون أيضاً قبل أن يولدوا، ففي عالم اليوم يتم قتل خمسين مليون طفل سنوياً في العالم بسبب ما يسمى بـ «الإجهاض الاختياري»، الذي كان يُدعى إلى عهد قريب «الإجهاض الجنائي». وقد انتشر الإجهاض انتشاراً واسعاً في كافة أصقاع الأرض ما عدا الدول الإسلامية التي لا يزال الإجهاض فيها محدوداً بالنسبة لغيرها . ففي الولايات المتحدة يتم إجهاض مليون وستمئة ألف جنين سنوياً. ولا يعاني الأطفال من الاعتداء عليهم بالإجهاض فحسب، بل يتم الاعتداء عليهم أثناء الحمل بسبب التعرض إلى المواد الكيماوية، وتلوث البيئة، وتدخين الأمهات الحوامل، وشرب الخمر وتعاطي المخدرات التي تؤدي إلى إصابة ملايين الأطفال

بإصابات مختلفة وتشوهات جنينية، وهم لا يزالون في ظلمات الأرحام .

وفي الوقت الذي يفيض الطعام حتى يتم حرقه وإغراقه في أوروبا والولايات المتحدة حتى لا تنخفض الأسعار، فإن الملايين من الأطفال في العالم يتضورون جوعاً، ويعانون من سوء التغذية، بل ومن الموت جوعاً.

ومن المشاكل الأخرى التي تواجه عالم الأطفال هجران الرضاعة الطبيعية والاتجاه نحو الرضاعة الاصطناعية . وتذكر منظمة الصحة العالمية أن عشرة ملايين طفل يتوفون سنوياً في العالم الثالث نتيجة أمراض الجهاز الهضمي والإسهال . وأغلب هذه الوفيات ناتجة عن تغذية الأطفال بالألبان المصنعة بواسطة القارورة .

وفي الوقت الذي تعود فيه الأمهات في أمريكا وأوروبا إلى الرضاعة الطبيعية بعد أن أثبتت الدراسات فوائدها لا للرضيع فحسب بل للأمهات أيضاً ، فإننا ما زلنا نشاهد انتشار ظاهرة الرضاعة الاصطناعية من لبن القارورة في العالم الثالث . وتؤكد تقارير منظمة الصحة العالمية أن إرضاع المواليد من أمهاتهم لمدة عامين سينقذ بإذن الله أكثر من عشرة ملايين طفل يتوفون سنوياً بسبب الإسهال وسوء التغذية وأمراض أخرى كثيرة .

إساءة معاملة الأطفال :

يعاني الأطفال في مختلف أنحاء العالم من اعتداءات جسدية وجنسية مباشرة. ويعتبر الاعتداء على الأطفال – في الولايات المتحدة – أهم ثاني سبب للوفيات ودخول المستشفى للأطفال من سن الولادة إلى سن الخامسة . وتقدر المصادر الطبية أن عدد الأطفال الذين يتعرضون للاعتداء بخمسة ملايين طفل سنوياً في الولايات المتحدة وأصبحت تجارة دعارة الأطفال واسعة الانتشار، فهناك مليون حالة اعتداء جنسي على الأطفال سنوياً في الولايات المتحدة، ويتم تصوير العديد من تلك الحالات وبيعها في أشرطة فيديو وفي المجالات وفي الإنترنت.

وليس هذا فحسب، بل إن هناك في الغرب من يدعو إلى حرية الإتصال الجنسي بين الطفل وأقاربه . ويقول الباحثون أن نكاح المحرمات أصبح منتشرأ في الولايات المتحدة لدرجة أن هناك عائلة من كل خمس عائلات أمريكية محت رمة تمارس هذا الشذوذ. ويقدر عدد الفتيات اللاتي كانت لهن علاقة جنسية بأبائهن باثني عشر مليون فتاة.

ومن المشاكل التي يتعرض لها أطفال المسلمين : عملية نقلهم إلى أوروبا والولايات المتحدة، حيث تقوم الكنيسة ومنظمات إنقاذ الأطفال من المجاعات والحروب بنقل الآلاف من أطفال المسلمين إلى تلك الدول، حيث يتم تبنيهم من أسر مسيحية . كما حدث ذلك في الصومال أثناء المجاعة، وأطفال البوسنة والهرسك وغيرهم .

وتعتبر مشكلة إساءة معاملة الأطفال **Child maltreatment** أو إيذاءهم من المشكلات القديمة الحديثة التي عانت ولا تزال تعاني منها الكثير من المجتمعات. وتشير الدراسات إلى أن هذه المشكلة ليست قاصرة على فئة معينة أو مجتمع محدد، بل هي موجود وبنسب مختلفة في مجتمعات العالم على حد سواء . وتعرف

المؤسسة الدولية للصحة النفسية **National Institute of Mental Health** إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم بأنها:

«أي فعل من شأنه تعريض صحة ونمو الطفل الجسدي والنفسي للخطر». وبهذا فإن الشخص يعتبر مسيئاً لمعاملة الأطفال إذا فشل في تنشئته، أو تسبب في أي أذى جسدي أو جنسي أو نفسي له».

والمقصود بالأطفال وفقاً لتعريف الأمم المتحدة : أي فرد يتراوح عمره بين سن الميلاد و 18 سنة .

- ويرجع الاهتمام بمشكلة إساءة معاملة الأطفال وخاصة في السنوات الأولى من العمر للعديد من الأسباب، لعل من أهمها أن:
- الأطفال هم نصف الحاضر وكل المستقبل .
 - أنها مشكلة ذات آثار مستقبلية خطيرة يترتب عليها العديد من المشكلات السلوكية والصحية والتي قد يعاني من ها الفرد طيلة حياته .
 - تعتبر من أهم أسباب الاضطرابات العقلية والانتحار ، بالإضافة إلى الأمراض النفسية كالاكتئاب والقلق، وبعض المشكلات السلوكية كالتدخين وتعاطي الكحول والمخدرات، والعنف والسلوك العدواني ضد الآخرين وضد الذات أيضاً، والاضطرابات الجنسية.

أشكال إساءة معاملة الأطفال :

لإساءة معاملة الأطفال خمسة أنواع أساسية هي:

- (1) الإساءة البدنية:** وهي أي إصابة للطفل لا تكون ناتجة عن حادث مثل : (الكدمات وآثار الضرب ، الخدوش والجروح ، الخنق، العض، المسك بعنف، شد الشعر، كسور العظام، الحرق، الربط، ... الخ .
- (2) الإساءة النفسية** وتعمد إلحاق ألم نفسي بالطفل مثل : (الشتيم، الاحتقار، الانتقاد المستمر، السخرية منه ومن قدراته ،

النبذ والتهديد والتخويف ، العزل ، إهمال ردود أفعاله العاطفية ،
التفريق في المعاملة والحرمان من العطف والمحبة

(3) الإساءة الجنسية واستغلال الطفل لإشباع رغبات جنسية لدى الكبار كالاغتصاب والتحرش الجنسي بأشكاله.

(4) الإساءة الصحية : وتتمثل في الإهمال وعدم إشباع حاجات الطفل الأساسية مثل : (عدم الاهتمام بتوفير الرعاية الصحية، عدم الاهتمام بنظافته ومأكله وملبسه، عدم الاهتمام بمتابعته وتركه خارج المنزل لفترات طويلة....

(5) الإساءة التربوية : وتتمثل في حرمان الطفل من التعليم أو إجباره على الانقطاع عنه لأسباب أسرية ، اقتصادية، اجتماعية، مما يحرمه من اكتساب القيم والمعلومات والمهارات اللازمة لنموه العقلي والانفعالي واللغوي ، وتأهيله للأدوار الاجتماعية المستقبلية المطلوبة للتكيف مع متطلبات الحياة المتغيرة باستمرار .

(6) استغلال الأطفال في أعمال غير شرعية وغير قانونية على حساب صحتهم وتعليمهم مثل : ترويج المخدرات، الدعارة، التسول والبيع في الطرقات

أسباب إساءة معاملة الأطفال :

يمكن أن نجمل أسباب إساءة معاملة الأطفال في ثلاثة جوانب أساسية :

أولاً: الوالدان :

إن العلاقة بالوالدين هي أول علاقة يخبرها الطفل في سنين العمر الأولى، ولا شك أن للأساليب التي يتبعها أحدهما أو كلاهما دور أساسي في سلوك الطفل أو اضطرابه فيما بعد . كذلك فإن إساءة الوالدين للطفل قد ترجع للعديد من الأسباب لعل من أهمها:

- شخصية كلا الوالدين أو أحدهما.

- الاضطراب أو المرض النفسي الذي يعاني منه أحد الوالدين أو كلاهما .
- مستوى النضج النفسي الاجتماعي عند الوالدين .
- الخبرات السابقة المرتبطة بإساءة معاملتهم أثناء طفولتهم.
- نظرتهم نحو الطفل وتوقعاتهم غير المنطقية عن سل وكه وقدراته العقلية وحجم انجازه .
- المعتقدات الخاطئة حول دورهم كأباء.
- الافتقار للمهارات التربوية المناسبة لكل مرحلة.
- إدمان أحد الوالدين أو كليهما .
- تدني المستوى التعليمي والثقافي لأحدهما أو كليهما.
- وأشارت بعض الدراسات إلى أن الآباء والأمهات الذين يسيئون معاملة أطفالهم قد يتصفون بواحدة أو أكثر من الصفات التالية :
الاضطراب النفسي، عدم النضج، النرجسية، الأنانية، الاندفاعية، والعدوانية .

ثانياً: الأوضاع والمشكلات الأسرية :

لا شك أن لطبيعة العلاقات الأسرية دوراً هاماً في الأساليب التي يتبعها الوالدان في معاملة الطفل، وهناك العديد من الأسباب الموجودة داخل الأسرة والتي قد ينتج عنها فعل الإساءة للطفل منها :

- حالات الطلاق أو الانفصال العاطفي بين الوالدين .
- التنقل المستمر للأسرة وعدم الاستقرار المكاني .
- وفاة أحد الوالدين والتفكك الأسري .
- الضغوط الحياتية ومهارات التعامل م معها .
- زيادة عدد الأطفال .
- الزواج الإجباري ومشكلات التوافق الزوجي .
- طريقة التفاهم والاتصال بين أفراد الأسرة .
- العنف الأسري .

ثالثاً: الأوضاع الاجتماعية السيئة :

- هناك العديد من الأوضاع الاجتماعية السيئة التي تعيش فيها الأسر، ومن ثم تنعكس آثارها على أساليب التعامل مع الأطفال، ومن هذه الأوضاع:
- الجهل، الفقر، البطالة، السجن .
 - انخفاض مستوى الرعاية والدعم الاجتماعي للأسر التي تعاني من ظروف إجتماعية سيئة.
 - قلة الخبرات والمهارات الاجتماعية اللازمة للتعامل.
 - انخفاض مستوى الخدمات والبرامج التأهيلية والتي يمكن اللجوء إليها وقت الأزمات⁽¹⁾.

الاستغلال الجنسي للأطفال في مختلف أنحاء العالم

لا شك أن استخدام الأطفال (دون سن الثامنة عشرة) لإشباع الغريزة الجنسية لدى الآخرين ليس بالأمر الجديد. وأشارت دراسة الأمين العام للأمم المتحدة في عام 2006 بشأن العنف ضد الأطفال إلى ما ذكرته منظمة الصحة العالمية من تعرض 150 مليون من البنات و 73 مليون من البنين دون الثامنة عشر لجماع جنسي قسري أو لأشكال أخرى من أشكال العنف الجنسي والاستغلال التي تضمنت اتصالاً جسدياً. ومما يدعو إلى القلق أن هذه الدراسة أكدت بأن مرتكبي العنف الجنسي ضد البنات كانوا في الغالب من أعضاء الأسرة الذكور (الإخوة أو الأعمام أو الأخوال، ويليهم في هذا الصدد أزواج الأمهات والآباء) ويتعرض الأطفال للعنف الجنسي في بيئات تعليمية، حيث ورد أن بعض المدرسين يقايضون الدرجات بممارسة الجنس؛ و في مؤسسات الرعاية والاحتجاز، حيث يستخدم العنف الجنسي كعقوبة من العقوبات.

(1) إساءة معاملة الأطفال : د/ خالد محمود عبد الوهاب بتصرف

وتشير تقديرات منظمة العمل الدولية إلى أن أكثر من 8 مليون طفل يتعرضون للاستغلال الجنسي لأغراض تجارية في أشكال البغاء أو إنتاج الأفلام الإباحية وغيرها.

جرائم الاستغلال الجنسي ومرتكبوها

قد يحدث الاستغلال الجنسي للأطفال في أي مكان: في المدارس أو أماكن العمل أو المجتمعات المحلية أو شبكات الحواسيب وغيرها.

ويتسم الاستغلال الجنسي بوحدة من خاصيتين اثنتين، وهما الرغبة في الربح أو استغلال علاقة من علاقات القوة بين طفل وكهل يعتمد عليه.

وبعض الكبار يستغلون علاقتهم بالطفل من أجل المتعة أو السيطرة، لا من أجل الربح الشخصي. وكثيراً ما يكون هؤلاء معروفين لدى الطفل: مثل أعضاء الأسرة أو أصدقاء العائلة أو المدرسين أو المدربين الرياضيين أو مقدّمي الرعاية. وهم كثيراً ما يتجهون إلى البحث عن غيرهم ممن يشاركونهم هذا الميل بهدف تشكيل نواد معهم أو تكوين مجتمعات على شبكة الإنترنت، حيث يمكنهم أن يشعروا بالأمان وأن يجدوا مبرراً لأفعالهم بوصفها «أفعالاً عادية».

وثمة آخرون يقومون باستغلال الأطفال جنسياً من أجل الربح، أو يدخلون في عمليات تجارية لشراء خدمات جنسية من الطفل. ومن بين هؤلاء: القوادون وأصحاب المواخير وغيرهم من الوسطاء الذين يعملون في صناعتي الترفيه والسياحة كموظفي الفنادق والمرشدين السياحيين والعاملين في الحانات والمطاعم.

وتتضمن هذه الفئة أيضاً من يجنّدون الفتيات اليائسات والمخدوعات للعمل في مجال البغاء في إطار وعد بتوفير العمل

أو تهيئة حياة أفضل، ثم يقومون ببيع هؤلاء الفتيات أو الاتجار بهن في سوق الاسترقاق الجنسي.

العوامل التي تعرض الأطفال للمخاطر

يرى الكثيرون أن الفقر يشكل السبب الأساسي للعنف الجنسي ضد الأطفال، ومع هذا فإن ثمة أطفالاً كثيرين يعيشون في نطاق الفقر ولا يقعون ضحية لمستغلي الجنس. فلا بد من وجود عوامل أخرى تدفع بالطفل إلى التعرض لهذا الاستغلال الجنسي. وقد يكون هذا العامل متمثلاً في تمزق الأسرة، كوقوع العائل فريسة للمرض أو فقده لعمله، أو موت واحد من الأبوين أو كليهما.

والعنف العائلي يعد أيضاً من هذه العوامل، فالأطفال قد يهربون من المسكن المعرض للعنف ليعيشوا بالشارع، فيتعرضون للاستغلال والعنف والاتجار.

ماذا يمكن عمله؟

هناك حكومات كثيرة لا تدرك مدى نطاق مشكلة الاستغلال الجنسي في بلدانها. وهذه الحكومات بحاجة إلى الاستثمار في مجال تقدير حجم تلك المشكلة. فالأمور القابلة للقياس هي وحدها التي تحظى بما يلزم من ميزانية وتخطيط، وبدون المعرفة الواجبة في هذا الشأن لن يكون هناك تحدُّ فعال لهذا الانتهاك البشع لحقوق الأطفال.

لقد سُجِّل تقدم كبير في ميدان وضع تشريعات وطنية في شتى أنحاء العالم من أجل تناول موضوع الاستغلال الجنسي للأطفال. ومع هذا، فإن التشريعات القائمة لا تغطِّي كلها مختلف صور هذا الاستغلال. وفي العديد من البلدان على سبيل المثال، لا تزال القوانين تسمح بشراء ومشاهدة المواد الإباحية للأطفال.

وقد وردت في الدراسة التي قام بها الأمين العام للأمم المتحدة في عام 2006 بشأن العنف ضد الأطفال 12 توصية منها:

(1) ضرورة إلزام كل بلد بوضع قوانين وسياسات لمنع الاعتداء على الأطفال جسدياً ونفسياً واستغلالهم جنسياً في جميع البيئات وهذا من مسؤوليات الحكومات .

(2) استمرار التدريب والتنقيف لمن يعمل في مجال الأطفال و إعدادهم لمنع واكتشاف ومواجهة الاعتداء على الأطفال واستغلالهم جنسياً (وهذا من مسؤوليات كافة المنظمات والجماعات والهيئات التي تعمل مباشرة مع الأطفال).

(3) الوصول لخدمات صحية واجتماعية تتسم بمراعاة احتياجات الأطفال وببسر التكلفة وبجودة النوعية.

(4) تهئية قنوات مأمونة وجديرة بالثقة وميسورة ومعروفة من أجل الأطفال وممثليهم وأوليائهم بهدف الإبلاغ عن الاعتداء على الأطفال واستغلالهم جنسياً⁽¹⁾.

(1) من تقرير منظمة اليونيسف بتصرف .

الشيخوخة

الشيخوخة واحدة من أهم المشكلات التي تواجه الإنسان في العصر الحديث، فمع تقدم الطب وعلومه واستعمال العقاقير الحديثة، أصبح بالإمكان القضاء على كثير من الأمراض، وتقدمت سبل الوقاية من الأمراض، مما أدى إلى رفع معدل العمر الوسطي للإنسان، وازدياد عدد المسنين زيادة كبيرة. وباتوا يشكلون نسبة هامة من المجتمعات لها مشاكلها وهمومها وآثارها على المجتمع .

واحتلَّت الشيخوخة مكاناً بارزاً في لائحة اهتمامات الأمم والشعوب والحكومات، إلا أن الدول النامية، ومنها عالمنا العربي والإسلامي، لم يعط اهتمامه الكافي بعد لهذه المشكلة الهامة . وهذا أمر مؤسف للغاية، إذ لا نكاد نرى دراسة أو بحثاً جدياً موجهاً نحو هذا الموضوع، في الوقت الذي أخذ فيه هذا الموضوع من اهتمامات الدول المتقدمة حيزاً كبيراً، فوضعت للشيخوخة برامج وخطط حكومية، وأجريت حولها البحوث والدراسات، وأقيمت لأجلها المشافي والدور الخاصة، وتفرّدت الشيخوخة باختصاص متميز يختص به الأطباء في العديد من دول العالم يسمى «طب الشيخوخة» .

ولعل السبب في عدم الانتباه لموضوع المسنين والانشغال عنهم، هو ما يجده المسنون في المجتمعات الشرقية من الرعاية والاحترام والعناية من قبل العائلة ، بحيث لا يشكّ لون مشكلة اجتماعية كبيرة، ولا يزالون قادرين على لعب دورهم الاجتماعي في الحياة، في ظلّ التعاليم السماوية والعادات والتقاليد التي تجلّهم وتدعو لاحترامهم.

ولكن اتجاه مجتمعنا نحو التصنيع، وتأثير العلم والتكنولوجيا عليه، وما بدأ يظهر من هجرة سكان الريف إلى المدينة، وتضخم المدن وما يظهر من تغيّرات في العادات والتقاليد، وبداية تفكّك الروابط الأسرية والأواصر العائلية .. كل هذا يجب أن يحفزنا على الإعداد الكافي لمواجهة ما قد يلاقينا من مشاكل مستقبلية في هذا المجال .

ما هي الشيخوخة ؟

تظهر الشيخوخة عند الناس بشكل تدريجي، وتختلف سرعة ظهورها من إنسان لآخر، مما يجعل العمر الحيوي مختلفاً مع العمر الزمني. ففي حين نجد بعض الناس شيوخاً عاجزين في سن الستين، نجد آخرين شباناً نسبياً في الثمانين من العمر. ولهذا فإن المعايير التي تصنف الأشخاص المسنين كجماعات وزمر معينة حسب العمر، كأن نقول إن الشيخوخة تبدأ بعد عمر 60 سنة أو 70 سنة، إنما هي معايير غير دقيقة علمياً وواقعياً. ومن الأفضل استخدام مصطلح (المسنين أو المعمرين) للتعبير عن الأمور الوظيفية والتغيرات الحيوية في الجسم بدلاً من الترتيب الزمني والعمر بالسنين . ومن الأفضل أن نفسّم الشيخوخة إلى شيخوخة زمنية، وشيخوخة عضوية وحيوية، وشيخوخة نفسية .. إلخ

من هو المسنّ؟

حتى زمن قريب لم يكن هناك عدد من المئويين (وهم الذين تبلغ أعمارهم مائة أو تزيد) يكفي لاعتبارهم مجموعة منفصلة عن بقية المسنين. أما الآن، فقد أدت الزيادة الكبيرة في أعدادهم لجعل أكبر الهيئات العالمية المتخصصة في شؤون السكان، وهي قسم السكان التابع للأمم المتحدة، تعيد صياغة تعريفاتها المعتمدة، فاصطلاح «المسنّ Elderly» يعني الآن ذلك الشخص الذي يبلغ الخامسة والثمانين من العمر أو أكثر، وليس الخامسة والستين كما كان يشير إليه التعريف منذ زمن قريب.

وتفسير ما يجري من تغيرات في التركيبة السكانية للعالم ليس صعباً، فكثير من الدول تسعى لتقليل الخصوبة أي القدرة على الإنجاب ، وتبدل الميول عند الرجال و النساء في عدد من الدول تجاه الأسرة الكبيرة كل ذلك جعل العالم أمام إخصاب أقل والإنسان - ونتيجة لتحسن الصحة والمعيشة - يعيش أكثر، فمتوسط العمر العالمي المتوقع حالياً هو 66 سنة، يرتفع فوق السبعين لبلدان مثل : الإمارات، وقطر، واليابان، وأوربا، وكوبا، والبحرين، وكندا، والصين، والولايات المتحدة . وينخفض إلى الخمسين في إفريقيا جنوب الصحراء.

وكان الاعتقاد السائد أن كبار السن يتركزون في الدول المتقدمة حيث يتوافر مستوى صحي مرتفع ، إلا أن إحصائيات منظمة الصحة العالمية أكدت أن 60 % من المسنين هم من أبناء الدول النامية، وسوف يتضاعف عددهم بحلول عام 2020. وكان الاعتقاد السائد أن كل المسنين سواء ، تتدهور أحوالهم الصحية، وتراجع كفاءتهم الذهنية، وتقل قدرتهم على العمل، لكن الأبحاث تشير إلى أنه بينما يتقارب الصغار في صفاتهم الصحية ، فإن صحة المسنين ترتبط بعوامل كثيرة : فهي انعكاس لمسيرة حياة طويلة، فالذين دخنوا عشرات السنين ، أو الذين تعاطوا الخمر لسنوات طويلة، أو من لم يحصلوا على تغذية صحية ، كل هؤلاء تختلف حالتهم الصحية عن غيرهم⁽¹⁾.

رعاية المسنين

ينبغي علينا أن نرشد الكبار منا إلى مواطن القوة في حياتهم ومواطن الضعف. وهناك مجموعة من الاعتبارات التي ينبغي أن يدركها كل مسن:

(1) وهم الشيخوخة محمود المراغي. العربي - العدد 490 سبتمبر 1999 م ص 76

- (1) ليست الشيخوخة كلها ضعفاً ولا هي كلها قوة. وقد تكون أيام الشيخوخة من أكثر أيام الحياة إنتاجاً وإبداعاً.
- (2) الشيخوخة حالة نفسية قبل أن تكون فيزيولوجية أو عضوية، فينبغي عدم الاعتماد على المعيار الزمني للشيخوخة.
- (3) ربما تضعف الملذات الجسدية والمادية في الشيخوخة، إلا أن الملذات الفكرية والروحية والدينية تقوى عند المسنين.
- (4) على المسن أن يتقبل حياته كما هي، وأن يعتقد أنه قادر على ابتكار أشياء جديدة.

أوجه رعاية المسنين :

- (1) حثّ الأبناء على رد الجميل تجاه والديهم الشبان في هذه المرحلة من حياتهم.
- (2) تقديم الرعاية الطبيّة والصحيّة للمسنين .
- (3) الاهتمام بالصحة النفسية للشيخ المسن وإشعاره بالحب، وأن أهله بحاجة إليه.
- (4) تنمية العلاقات الاجتماعية، وتوسيع دائرة صداقات المسن مع المتكافئين معه سنّاً وثقافة ومستوى، والحرص على ملء وقت فراغهم.
- (5) تشجيع المسن على البحث والقراءة حتى تبقى ذاكرته حية.

الرعاية الصحية للمسنين

أخصائص الأوضاع الصحية عند المسنين :

- (1) **الحجم:** إن حجم المسنين يتزايد بشكل مضطرد، سواء كان تزايداً عددياً أو نسبياً ففي عام 2000 كانت نسبة المسنين (فوق الستين) 9.6 % من مجموع سكان العالم، وفي العام 2020 ستصل إلى 12.5 % .
- (2) **العجز:** إن 39 % من المسنين مصابون بعجز في القيام بأحد الفعاليات اليومية مقابل 7 % عند غير المسنين. وهذه من أصعب المشاكل التي يواجهها المسنون، وتستدعي التخطيط المسبق لزيادة حجم مرحلة الاعتماد على النفس .

(3) التكلفة: إن المسنين هم أكثر الفئات استخداماً للخدمات

الصحية، وهم الأكثر استهلاكاً لكل الإمكانيات الطبية، سواء في مجال إشغال الأسرة في المستشفيات، أو بكمية الأدوية المستهلكة . وقد بلغت النفقات الحكومية على المسنين في بعض المجتمعات ثلاثة أضعاف نفقاتها على الأطفال . وإن 30 % من نفقات العناية الصحية تصرف على المسنين، رغم أن نسبتهم تبلغ حوالي 11 % من مجموع السكان .

(4) تعدد أمراض المسنين: كثيراً ما يصاب المسن بأكثر من

مرض، وتشير الدراسات إلى أن المسن قد يصاب بـ 4-10 أمراض في آن واحد. إن هذه الخصائص الأربعة تظهر بوضوح أن المشاكل الصحية عند المسنين تشكل التحدي الأكبر لكل الأنظمة الصحية، ولكل الأنظمة ذات العلاقة. وهذا يستوجب التخطيط العلمي السليم منذ الآن، والتصدي المبكر حالاً، حتى لا تكون الخسائر جسيمة والثمن باهظاً. وإن الرعاية الصحية للمسنين يمكّن أن تقدّم من خلال مستويين:

(1)- الرعاية الصحية الأولية، والمتمثلة في حصول المسنين على نصيب عادل من الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجاتهم .

(2)- خدمات طب الشيخوخة : وهذه الخدمات تضم طاقماً متعدد الاختصاصات، ومنهم الطبيب والممرضة والاختصاصي الاجتماعي والنفسي وغيرهم . كما لا بد من وجود أقسام أو مستشفيات وفقاً على أمراض الشيخوخة . ولا بد من التأكيد أن

العناية الصحية بالمسنين ليست محصورة في مستشفى أو عيادة بل هي نظام يمتد إلى المنزل والمؤسسات و المجتمع⁽¹⁾.

ب- في مجال النشاط الاجتماعي :

(1) - من الأهمية بمكان العمل على استمرار المسن متحركاً بقدر الإمكان مزاوياً أي نشاط مناسب ، مشاركاً في الحياة والعطاء، مثبتاً ذاته، وأنه مرغوب فيه ، وفي خبرته وعطائه ، وإظهار الوفاء والاحترام له ، وتشجيعه على ممارسة نشاطاته وخبراته. وأن يشعر أنه ما زال قادراً على العطاء .

(2) - ينبغي أن نع مل على تشجيعه على مقابلة الأفراد والزملاء، والقيام بالرحلات غير المرهقة إذا تيسر وسمحت الظروف، وحضور الندوات والمشاركة فيها ، وخاصة في موضوعات الساعة، والندوات الثقافية والعلمية والدينية .

(3) - إقامة جمعيات يشمل نشاطها الاهتمامات التي تلائم كل متقدم في السن.

(4) - قيام الأخصائيين الاجتماعيين ، وطلبة الطب ، وهيئة التمريض بزيارات دورية لمن لا يستطيع منهم مغادرة المنزل . (الطب المنزلي أو الرعاية الصحية المنزلية فرع مهم من فروع الطب).

(1) الشيخوخة : أسباب -تطور -جوانب د. محمد بشير شريم الاتحاد العام للجمعيات الخيرية الأردنية 1992 م ص 244-246.

ج - في المجال الطبي:

تخصيص عيادات خاصة برعاية الشيخوخة لمن يستطيع منهم الحضور ، تقوم بالكشف الطبي الدوري ، وكذلك علاج الحالات المرضية ، وتقديم الخدمات التأهيلية .. مثل النظارات الطبية، أو أجهزة السمع ، أو أجهزة المساعدة على المشي وغيرها، والتثقيف الصحي للمتقدمين على تلك العيادات . وينبغي أن يكون هناك تخصص في طب الشيخوخة مثلما هي الحال في الغرب.

د - دار المسنين :

قد تضطر بعضهم الظروف إلى الالتجاء إلى دار المسنين ، وقد تكون الإقامة بصفة دائمة أو تكون نهارية . ولكن ينبغي أن تعد تلك الأماكن بطريقة علمية مدروسة، تعلم خفايا وأسرار تلك المرحلة من العمر ، وكيفية التعامل معها. وألا تتعامل بمفهوم أنها منزل للسكن والطعام والنوم.. وإنما هو مجتمع مثمر في نشاطات وعطاءات .. كل حسب قدرته⁽¹⁾.

رعاية الإسلام للمسنين :

الإسلام دين إنساني يحترم الإنسان ويصون كرامته كبيراً وصغيراً. وإذا كان الإسلام قد حرص على صون كرامة الإنسان في كل مراحل عمره، فقد عني عناية خاصة بـ توفير الكبار واحترامهم والعطف عليهم والإحسان إليهم وخاصة الوالدين، مصداقاً لقوله تعالى: (بِ كِبَرِكُمْ كَرِهَ اللَّهُ لِيُنزَلَ بَعْضَ آيَاتِهِ الْكُرْهُ) [النساء: 36].

ودعا الإسلام أبناءه إلى صلة الأرحام وتوثيق الروابط الأسرية والإحسان إلى الأهل مصداقاً لقوله تعالى: (تُؤْتُونَ

(1) عمرك الأول و عمرك الثاني. د. حسني الوددي دار الإعتصام، القاهرة ص 102-

ث (ث) [النساء: 1] وقوله تعالى: (ث ث ث ث ث ث ث ث) (الرعد: [21].

ويوصي الإسلام الإنسان بوالديه ومن في حكمهم من كبار السن بالإحسان (ث ث ث) [العنكبوت: 8].
ويعمل الإسلام على توقير الكبار في السن واحترامهم، و
للكبير حق الكلام قبل الصغير. وإجلال الشيخ الكبير واجب لقوله
ع: «إن من إجلال الله تعالى إكرام ذي الشيبة المسلم وحامل
القرآن غير الغالي فيه والجافي عنه، وإكرام ذي السلطان
المقسط»⁽¹⁾.

ولننظر في قول الرسول البليغ في الدعوة للرحمة بالصغير
وتقدير شرف الكبير «ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويعرف
شرف كبيرنا»⁽²⁾.

وفي تكريم كبار السن روى البخاري عن أبي سعيد سمرة بن
جندب < قال: كنت على عهد رسول الله ع غلاماً فكانت أحفظ
عنه، فما يمنعني من القول «إلا أن ههنا رجالاً هم أسنّ مني» .
والمسلم مطالب بأن يلتزم بالآداب الإسلامية والإنسانية مع
أقاربه مثلما يلتزم بها مع والديه . وعليه أن يوقر الكبير ويرحم
الصغير، ويعود المريض، ويواسي المنكوب، ويعزي المصاب .
والرسول ع يحث على التراحم والتعاطف بين الناس كما في
قوله: «يقول الله تعالى : أنا الله و أنا الرحمن، وشققت لها من
اسمي»⁽³⁾.

واهتم الدين الإسلامي الحنيف بكبار السن فأمر برعايتهم
واحترامهم وتقديرهم . يقول الله تعالى: (ك ك ك ك ك ك ك ك)
(الإسراء: 23).

(1) رواه أبو داود.
(2) رواه الترمذي وأحمد.
(3) السلسلة الصحيحة: 520.

ولهذا كان كبار السن في المجتمع الإسلامي يحاطون بألوان شتى من الرعاية والعناية . وعلى أفراد الأسرة الآخرين تقديم كل عون للمسن، حتى لا يحتاج للعمل في سن متقدمة من العمر. ومن ثم يكون للمسن الكبير في الأسرة ما يلي :

(1) الاحترام والاعتبار الكبيرين بين أفراد الأسرة الآخرين .
 (2) الضمان والأمان الاقتصادي بحيث لا يواجه حاجة مادية، فالكل في المجتمع الإسلامي ملزمون بالعمل والعطاء من أجل كبار السن والنساء والأطفال.

(3) على الأبناء والأحفاد من الذكور وزوجاتهم وبناتهم تقديم سبل الرعاية والخدمة الشخصية التي يحتاج إليها المسن إذا حرم من كفالة أو رعاية شريك حياته أو حرم من أقرب المقربين إليه .
 (4) أعطى نظام التكافل الاجتماعي الذي أتى به الإسلام لكل فرد من أفراد الأسرة وبخاصة غير القادرين على العمل ومنهم

المسنين، أعطى لهم الحق على القادر ذي المورد المادي والاقتصادي، في الحصول على النفقة تبعاً لدرجة القرابة وتسلسلها⁽¹⁾.

قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي بشأن حقوق الأطفال والمسنين :

أولاً: حقوق الأطفال في الإسلام :

قرر المجمع مايلي:

(1) حماية الجنين في رحم أمه من كل المؤثرات التي تلحق ضرراً به أو بأمه كالمسكرات والمخدرات واجب في الشريعة الإسلامية.

(1) رعاية المسنين اجتماعياً. د. سيد محمد فهمي المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية

- (2) للجنين حق في الحياة من بدء تكونه فلا يعتدى عليه بالإجهاض أو بأي وجه من وجوه الإساءة التي تحدث التشوهات الخلقية أو العاهات .
- (3) لكل طفل بعد الولادة حقوق مادية ومعنوية، ومن المادية حق الملكية والميراث والوصية والهيئة والوقف، ومن المعنوية الاسم الحسن والنسب والدين والانتماء لوطنه .
- (4) الأطفال اليتامى واللقطاء والمشردون وضحايا الحروب وغيرهم ممن ليس له عائل لهم جميع حقوق الطفل ويقوم بها المجتمع والدولة .
- (5) تأمين حقّ في الرضاعة الطبيعية إلى حولين كاملين .
- (6) للطفل حقّ في الحضانه والرعاية في جو نظيف كريم، والأم المؤهلة أولى بهذا الحق من غيرها، ثم بقية أقربائه على الترتيب المعروف شرعاً .
- (7) الولاية على الطفل - من أهله أو القضاء - في نفسه وماله لحفظهما حقّ من حقوقه لا يجوز التفريط فيها، وبعد بلوغه رشده تكون الولاية له .
- (8) التربية القويمة والتنشئة الأخلاقية الحسنة والتعلم والتدريب واكتساب الخبرات والمهارات والحرف الجائزة شرعاً المؤهلة للطفل للاستقلال بنفسه واكتسابه رزقه بعد بلوغه من أهم الحقوق التي ينبغي العناية بها، مع تخصيص الموهوبين منهم برعاية خاصة لتنمية طاقاتهم، وكل ذلك في إطار الشريعة الإسلامية .
- (9) يحظر الإسلام على الأبوين وغيرهما إهمال العناية بالأطفال خشية التشرّد والضياع، كما يحظر استغلالهم وتكليفهم بالأعمال التي تؤثر على طاقاتهم الجسدية والعقلية والنفسية .
- (10) الاعتداء على الأطفال في عقيدتهم أو أنفسهم أو أعراضهم أو أموالهم أو عقولهم جريمة كبيرة .

ثانياً: حقوق المسنين :

- (1) توعية المسن بما يحفظ صحته الجسدية والروحية والاجتماعية، ومواصلة تعريفه بالأحكام الدينية التي يحتاجها في عبادته ومعاملاته وأحواله، وتقوية صلته بربه وحسن ظنه بعفو ربه ومغفرته .
- (2) التأكيد على أهمية عضوية المسنين في المجتمع وتمتعهم بجميع حقوق الإنسان.
- (3) أن تكون أسرهم هي المكان الأساس الذي يعيشون فيه ليستمتعوا بالحياة العائلية، وليبرهم أولادهم وأحفادهم وينعموا بصلة أقربائهم وأصدقائهم وجيرانهم، فإن لم تكن لهم أسر فينبغي أن يوفر لهم الجو العائلي في دور المسنين .
- (4) توعية المجتمع بمكانة المسنين وحقوقهم من خلال مناهج التعليم والبرامج الإعلامية مع التركيز على برّ الوالدين .
- (5) إنشاء دور الرعاية للمسنين الذين لا عائل لهم أو تعجز عائلتهم عن القيام بهم.
- (6) الاهتمام بطبّ الشيخوخة في كليات الطب والمعاهد الصحية وتدريب بعض الأطباء على اكتشاف وعلاج أمراض المسنين، مع تخصيص أقسام لأمراض الشيخوخة في المستشفيات .
- (7) تخصيص مقاعد للمسنين في وسائل النقل والأماكن العامة ومواقف السيارات وغيرها لرعايتهم .

الفصل الحادي عشر

أخلاقيات
وآداب مهنة التمريض

أخلاقيات وآداب مهنة التمريض

إذا كان الغرب يفخر بالمرضة الإنجليزية (نايتنغيل) التي خرجت من الطبقة النبيلة تدعو إلى التمريض واعتباره عملاً شريفاً، فمن الواجب أن نردّ هذا الفخر إلى المرأة العربية في صدر الإسلام.

آسيات في صدر الإسلام:

كانت المرأة العربية لا تتوانى عن المساهمة في الخدمات الاجتماعية، وقد اختصت في الغالب بهذا العمل فئة من نساء العرب. وعلى رأس تلك الخدمات التي برزت فيها المرأة، التمريض والإسعاف الصحي في السلم والحرب، وقد أجاز الشرع هذا العمل. وكان العرب يطلقون اسم الآسيات على النساء اللاتي يعملن في تضميد الجراح وجبر العظام. ومن هؤلاء النسوة:

(1) **رفيدة:** طبيبة متميزة بالجراحة اختارها الرسول ﷺ لتقوم بالعمل في خيمة متنقلة.

(2) **أمية بنت قيس الغفارية:** خرجت زعيمة للآسيات الطبيبات ولما تبلغ السابعة عشر من عمرها.

(3) أم عطية الأنصارية : اشتهرت بالجراحة، وغزت مع الرسول ﷺ حيث كانت تداوي الجرحى وتقوم على المرضى⁽¹⁾.

مهنة التمريض:

التمريض مهنة مبنية على أسس علمية ومهارات فنية، تعنى بالرعاية الصحية الشاملة للفرد والأسرة والمجتمع في شتى المراحل العمرية، أثناء الصحة والمرض.

وهو جزء لا يتجزأ من خدمات الرعاية الصحية في جميع المجالات الوقائية، والعلاجية والتأهيلية وغيرها . والمرضى/المرمضة عضو فعال في الفريق الصحي المتكامل. وتشارك مهنة التمريض في صنع القرار الصحي وفي رسم السياسة الصحية الوطنية.

والحاجة إلى العناية التمريضية حاجة ملحة تعني الإنسانية جمعاء. ولا تتأثر العناية التمريضية بأي اعتبار للجنسية أو العرق أو المعتقد أو اللون أو الجنس.

وعلى من يختار مهنة التمريض أن تعلم على اليقين بأنها: مهنة شاقة، وتستلزم صحة جيدة، ومزايا خاصة كالصبر والحكمة والحنان والشفقة، والنضوج العقلي.

وهي مهنة شريفة، تركز على المبادئ الإنسانية الفاضلة.

المسؤوليات الأساسية الأربعة للممرضة أو الممرض:

- تحسين الصحة وتعزيزها.
- الوقاية من المرض.
- التأهيل.
- وتخفيف المعاناة.

العلاقة مع هيئة التمريض:

(1) هكذا كانوا يوم كنا: د. حسان شمسي باشا، دار المنارة جدة.

- ❖ على الطبيب أن يقوم بإصدار تعليماته الخاصة بالرعاية الطبية للمريض كتابة وبصورة واضحة.
- ❖ على الطبيب أن يحترم ويوقر أعضاء الهيئة التمريضية وأن يبدي ملاحظاته المهنية بطريقة حضارية.
- ❖ على الطبيب أن يستمع بجديّة واحترام إلى ملاحظات وآراء الهيئة التمريضية بالنسبة لأوامره العلاجية حتى إذا تعارضت مع رأيه.
- ❖ إذا رأت الممرضة أن أوامر الطبيب لا تتفق مع متطلبات الحالة الصحيّة للمريض فينبغي عليها إبداء رأيها وملاحظاتها للطبيب بأدب واحترام.
- ❖ وفي حالة عدم استجابة الطبيب لهذه الملاحظات عليها أن تسجل ذلك في ملف المريض وإبلاغ مشرفة التمريض لاتخاذ ما يلزم.
- ❖ على الطبيب أن يساعد الهيئة التمريضية على تطوير معارفها العلمية ومهاراتها المهنية باستمرار.
- ينبغي تكريم هيئة التمريض ومنحهم الحوافز المادية والمعنوية.
- الحرص على تثقيفهم ورفع مستواهم العلمي والعملية وحضور دورات تثقيفية.
- تشجيعهم على المشاركة الفعّالة في الخدمات الصحية.

واجبات الممرضة/ الممرض نحو المجتمع:

- على الممرض أن يسهم في خدمة المجتمع من خلال مهنته وبكل إمكانياته حسب ما تقتضيه المصلحة العامة، ويكون ذلك في إطار الأهداف التالية:
- ممارسة المهنة على أقصى درجة من المعرفة والمهارة والصدق والأمانة والمتابعة لما يستجد في مجال التمريض.
- العناية بصحة المجتمع بالتوعية الصحية المناسبة لموقع الممرض.
- المساهمة في تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع في مكان عمله وفي القطاع الصحي بشكل عام.
- المساهمة قدر الإمكان في دراسة المشكلات الصحية على مستوى المجتمع واقتراح الحلول المناسبة لها.
- المشاركة الفعالة في البحوث والإحصاءات الطبية التي تفيد المجتمع.
- الالتزام بمعاونة الجهات المختصة في أداء واجباتها نحو صحة أفضل مثل التبليغ عن الأمراض السارية والأوبئة.

واجبات المرض/ الممرضة نحو المرضى

- على الممرضة أن تقدّم الخدمات التمريضية اللازمة لمرضاها بدقّة وإتقان وذلك من خلال ما يلي:
- حسن الإستماع للمريض وفهم ماذا يريد ومما يشكو.
 - تجنّب التعالي على المريض أو الإستهزاء والسخرية به.
 - احترام وجهة نظر المريض.
 - المساواة في المعاملة بين جميع المرضى وعدم التفریق بينهم في الرعاية التمريضية بسبب تباين مراكزهم الأدبية أو الإجتماعية أو شعوره الشخصي نحوهم.
 - الرفق بالمريض عند العناية التمريضية ومراعاة أحكام كشف العورة.
 - الإمتناع عن أي ممارسات قد تضر المرضى مثل استخدام طرق تمريضية غير متعارف بها علمياً.
 - استشارة ممرض لديه الخبرة الكافية في حالة قلة الخبرة بالعناية التمريضية اللازمة والضرورية.
 - الإستمرار في تقديم الرعاية التمريضية للمرضى المصابين بأمراض غير قابلة للعلاج أو مستعصية أو مميتة حتى في اللحظات الأخيرة من حياته.
 - التبليغ عن أي ممارسات مخالفة لأعراف وأخلاقيات المهنة إذا تحقّق من حدوثها.
 - حفظ سرّ المريض.
 - أخذ إذن المريض في جميع الإجراءات التمريضية.
 - عدم استغلال المعرفة المهنية في أعمال يمنعها القانون.
 - عدم القيام بأعمال تسيء إلى المهنة وصورتها في المجتمع.

- المشاركة في الأبحاث العلمية لتطوير العلوم التمريضية.
- المشاركة وزملاء المهنة وباقي أفراد الفريق الصحي في تطوير مهارتها المهنية.
- والمساهمة قدر إمكان كل منهم في توفير الرعاية الصحية الآمنة.
- عدم قبول الهدايا المبالغ فيها من المرضى وأهلهم بقصد الحصول على مزيد من الإهتمام والرعاية.
- عدم استغلال المركز لتسويق أية منتجات أو خدمات طبية أو العمل بوظيفة أخرى غير التمريض تسيء إلى المهنة.
- على الممرضة / الممرض الإعتناء شخصياً بالمرضى المكلف رعايتهم ويحظر عليهم استخدام أشخاص غير مجازين بممارسة المهنة وفقاً للأصول لينوبوا عنهم عند الضرورة.
- على الممرض أن يلتزم في جميع الظروف بمبادئ الشرف والإستقامة والاحترام.

من أخلاقيات مهنة التمريض:

• الإخلاص:

الممرض موضع ثقة المريض وأهله وذويه والمجتمع، وأهم ما يوجب هذه الثقة أن يخلص لهم في تقديم العناية التمريضية اللازمة.

• الأمانة:

الممرض مؤتمن على الأرواح والأعراض، فلا بد أن يتصرف بالأمانة وأن يؤدي هذه الأمانة على وجهها الصحيح، ومن الأمانة المحافظة على أسرار المرضى.

• **الصدق:**

فالممرض صادق إذا عمل أو قال أو كتب أو شهد .. حريص كل الحرص ألا تدفعه نوازع القربى أو غيرها إلى أن يدلي بشهادة أو تقريري يعلم أنه مغاير للحقيقة.

• **المحبة والعطف:**

فالممرض محبّ لمرضاه عطوف عليهم، رفيق بهم، وعليه أن يكون لبقاً معهم متلطفاً بهم، وعليه أن يراعي نفسياتهم ويلجأ إلى الأساليب التي تعين على التخلص من الأوهام.

• **الصبر:**

إن مهنة التمريض مهنة شاقّة والتعامل مع نوعيات مختلفّة من المجتمع يتطلّب قدراً كبيراً من الصبر وسعة الصدر، فلا بدّ للممرض أن يتصف بهما.

• **التواضع:**

على الممرض أن يكون متواضعاً فلا يتكبر على مرضاه أو يحتقرهم مهما كان شأنهم، ومن تواضع لله رفعه.

الفصل الرابع عشر

القواعد الطبية الفقهية

القواعد الطبية الفقهية

يعتبر الإسلام الأخلاقيات الطبية نفس الأخلاقيات في مجالات الحياة الأخرى، ومن ثم فما نطلق عليه الأخلاقيات الطبية ما هو إلا القواعد الأخلاقية العامة باستخدام المصطلحات والتطبيقات الطبية. فقوانين الأخلاقيات الطبية يمكن استخلاصها من الشريعة الأساسية لكن التطبيقات التفصيلية تتطلب اجتهاد الأطباء. ومما يثير العجب أن بعض المشكلات الأخلاقية يمكن حلها باجتنابها؛ حيث إنه من التعاليم الإسلامية اجتناب كل ما يثير الشك، فقد قال رسول الله ﷺ: «دع ما يريبك إلى ما لا يريبك»⁽¹⁾. والنظرية الأخلاقية في الإسلام متمثلة في المقاصد الشرعية الخمس التي هي: حفظ الدين، حفظ النفس، حفظ العقل، حفظ النسل، وحفظ المال. فأى عمل طبي يجب أن يحقق هذه المقاصد حتى نعتبره أخلاقياً. والقواعد الأخلاقية الأساسية للإسلام المتعلقة بممارسة الطب تستخلص من قواعد الشريعة.

مقاصد الشريعة في الطب

المقصد الأول: حفظ الدين: وهذا المقصد يخص الصحة الجسدية والعقلية؛ فحفظ الدين يتضمن حفظ العبادات، وبالتالي فإن العلاج الطبي يسهم مباشرة في حفظ العبادات وذلك بالحفاظ على الصحة الجيدة. فالجسد الضعيف لا يتمكن من أداء العبادات

(1) صحیح الترمذی 2518.

الأساسية التي تعتمد على الطاعة الجسدية كالصلاة، والصوم، والحج على أكمل وجه.

المقصد الثاني: حفظ النفس: وهذا هو المقصد الأساسي للطب، والطب لا يمنع أو يؤجل الموت؛ لأن الموت بيد الله وحده، لكن الطب يحاول المحافظة على جودة عالية للحياة حتى ميقات الموت، وذلك بالحفاظ على الوظائف الجسدية.

المقصد الثالث: حفظ النسل: ويساهم الطب في حفظ النسل عن طريق التأكد من العناية الجيدة بالأطفال حتى يصبحوا أفراداً أصحاء في المجتمع يمكنهم تقديم نسل جديد ذي صحة جيدة. كما أن علاج عقم الذكور والإناث يضمن تكاثراً ناجحاً، وكذلك العناية بالحوامل والأطفال كل هذا يضمن أطفالاً أصحاء يكبرون في صحة جيدة.

المقصد الرابع: حفظ العقل: يلعب الطب دوراً في حفظ العقل عن طريق علاج الأمراض الجسدية، ومعالجة الحالات النفسية لحفظ الوظائف العقلية، وعلاج إدمان الكحول والمخدرات لمنع تدهور الحالة العقلية للإنسان.

المقصد الخامس: حفظ المال: يساهم الطب في حفظ المال، حيث إن أموال أي مجتمع تعتمد على الأنشطة المنتجة التي يقوم بها المواطنون الأصحاء، وبالتالي فإن المحافظة على صحة الأجيال وعلاج أي أمراض يضمن الحفاظ على الأموال. فالمجتمعات ذات الصحة العامة المتدنية أقل إنتاجاً من المجتمعات ذات الصحة العامة الجيدة.

وقد يحدث تضارب بين مبادئ حفظ النفس وحفظ المال في علاج الحالات التي تعاني من أمراض مميتة، حيث إن الأموال التي تنفق على علاج هذه الحالات يمكن استخدامها لعلاج حالات أخرى من المتوقع شفاؤها. وحلٌ مثل هذا التناقض يكون بالرجوع إلى قواعد الشريعة.

المصالح الشرعية:

طلب الشارع الحكيم تحقيق مصلحة الانسان في كل أحكامه، فشرع له ما فيه النفع ودفع عنه ما فيه الضرر، لكي يتحقق له ما خلق من أجله من الخلافة في الأرض، وإخلاص العبادة لله رب العالمين.
وما تركت شريعة الله تعالى شيئاً من أمور الدين والدنيا إلا وعالجتها، ووضعت لها من الحلول التي ترفع الحرج عن كل الناس.

ولهذا كانت المصالح ثلاثة أنواع:

أولها: نوع اعتبره الشارع.

وثانيها: نوع ألغاه الشارع.

وثالثها: نوع سكت عنه الشارع، فلم ينص على اعتباره أو

إلغائه.

النوع الأول: المصالح المعتبرة:

وهي كل مصلحة ثبت الحكم المؤدي إليها بالنص أو بالاجماع أو بالقياس.

فشملت أموراً تحققت فيها مصالح الناس في دنياهم وأخراهم.

وقد قسم الشارع المصالح التي اعتبرها بالنسبة لحاجة

الانسان إلى ثلاث:

الأولى: المصالح الضرورية:

وهي التي لا بد منها لقيام الحياة للعباد، بحيث لو اختلت كله ا

أو بعضها، اختلّ نظام حياتهم، وعمّتهم الفوضى، فلا غنى

للإنسان عنها: كحفظ دينه ونفسه وعقله ونسله وماله.

ورتبها الشارع على هذه المراتب، فقدم حفظ الدين على حفظ

النفس، وحفظ النفس على حفظ العقل، إلى أن جعل المال هو آخر

الضروريات للإنسان.

الثانية: المصالح الحاجية:

وهي أقل من سابقتها، فهي تسهّل للناس حياتهم، وترفع الحرج عنهم، وذلك كالرخص التي تصدّق الله بها على عباده، تيسيراً لهم، ودفعاً للحرج عنهم.

الثالثة: المصالح التحسينية:

وهي التي لم يكن للإنسان إليها حاجة، وإنما هي مزيّنة لحياته، يأخذ منها ما يليق من محاسن العادات، ولا يترتب على فواتها خلل في نظام الحياة.

النوع الثاني: المصالح الملغاة:

وهي كل مصلحة قام النص أو الإجماع أو القياس على إلغائها وعدم اعتبارها، لما فيها من تحقيق الضرر – ولو توهم الإنسان أن فيها مصلحة – سواء أكان ضررها واضحاً أم أنها تؤدي إلى ضرر لاحق.

فألغى الشرع المصلحة المتوهمة في مساواة الابن والبنات في الميراث. وأهدرت الشريعة مصلحة أكل الربا في زيادة ثروته. ومصّلحة تجارة التبغ وتجارة الخمر والمخدرات، وما يسمى الفنون الترفيهية المخلة بالأداب، والسياحة التي تبيح كثير من المحرّمات ومصلحة بيع ما فيه ضرر أو حتى بيع ما لا نفع فيه.

النوع الثالث: المصالح التي سكت الشارع عنها:

وهي المصالح التي سكت الشارع عنها، فلم يشهد لها بالاعتبار أو الملغاة بنص معين، بل تركها لأولي الأمر من المجتهدين، وتسمى بـ«المصالح المرسلة».

ومهمة المجتهد إزاء ما سكتت النصوص عن تفصيل أحكامه، أن يبحث عن حكم له فيها، فما وجد له نظيراً مما صرّحت به النصوص الحقّة بطريق القياس.

فإذا عجز عن وجدان النظير لجأ إلى تطبيق قواعد الشريعة ومبادئها، وهو تحكيم المصالح، فيأخذ بها إذا اقتضى حالها الأخذ، ويتركها إذا ترتب عليها مفسدة أو أدت إلى ضرر⁽¹⁾.

القواعد الشرعية في المسائل الطبية⁽²⁾

تعريف القواعد الفقهيّة:

القواعد جمع قاعدة . والقاعدة في اللغة : الأساس، وتطلق القاعدة على الأمر الكلي الذي ينطبق على جزئياته .
وأما القاعدة الفقهيّة فعرفت بأنها : أمرٌ كُليٌ منطبق على جزئيات موضوعه .
ومن أحسن تعاريف القاعدة الفقهيّة أنها : قضية فقهيّة كلية جزئياتها قضايا كلية .

القاعدة الأولى

(الأمور بمقاصدها)

ومعناها: أن الحكم الذي يترتب على أمرٍ يكون على مقتضى المقصود من ذلك الأمر . فللمقصود من إذن المريض للطبيب بإجراء عملٍ طبي، هو رضاه وموافقته عليه، وبناء على ذلك فكل ما يدل على الرضى والموافقة فهو كاف في حصول الإذن؛ لأن

(1) غاية الوصول إلى دقائق علم الأصول : د. جمال الدين عبدالرحمن . وعلم أصول الفقه : عبدالوهاب خلاف .

(2) هذا البحث مقتبس من بحث «القواعد الشرعية في المسائل الطبية» للشيخ وليد بن راشد السعيدان، و «القواعد والضوابط الفقهيّة المؤثرة في أحكام العمل الطبي» للدكتور هاني بن عبد الله بن جبير، و«تطبيق القواعد الفقهيّة على المسائل الطبية» للدكتور علي بن عبد العزيز المطرودي ، بتصرف .

كل ما يعبر عن الإرادة والقصد تعبيراً جازماً يقوم مقام النطق باللسان.

وهي تدعو لأن يرجع الطبيب إلى ضميره، فهناك الكثير من الإجراءات والقرارات الطبية التي لا تظهر للجمهور. فمن الممكن أن يقوم الطبيب بإجراء يكون مقبولاً ظاهرياً، لكن له مقصداً مختلفاً لا يظهر لنا، فقد يستخدم المورفين لتسكين الألم في المراحل النهائية للمرض، كما يمكن أن يستخدم في إحداث هبوط في التنفس يؤدي إلى الموت.

(القاعدة الثانية)

الأصل في المنافع الإباحة

فالله تعالى برحمته وعظيم منته على عباده قد فتح لهم باب الانتفاع بما هو مباح من المنافع الموجودة على وجه هذه الأرض، فكل ما على هذه الأرض من المنافع فإنه يجوز الانتفاع بها . والأصل هو أن نبقى على هذا الأصل حتى يرد الدليل المانع من الإنتفاع بشيء من هذه المنافع . فإذا ورد الدليل الشرعي الصحيح الصريح بالمنع من شيء معين فإننا نمتنع من الانتفاع به، وأما لم يرد فيه دليل بخصوصه فإن الأصل فيه الحل والإباحة . وهذه القاعدة متفرعة عن القاعدة التي تقول : (الأصل في الأشياء الحل والإباحة) .

ويتفرع عن ذلك:

أن الأصل جواز التداوي، ولا دليل يمنعه، فالأصل فيه الحل والإباحة. فإذا أصيب الإنسان بشيء من الأمراض فإنه يجوز له أن يتداوى منها، وليس التداوي منها خلاف الأولى كما قاله بعض الفقهاء، بل التداوي جائز بل قد يكون مطلوباً في بعض الأحوال طلب وجوب أو استحباب. فالتداوي فيه منفعة هي إعادة هذا البدن إلى استقراره الطبيعي، ليقوم الإنسان بواجباته الدينية والدنيوية .

ومنها: أن الأصل جواز التداوي بكل دواءٍ موجود على وجه هذه الأرض إلا ما ورد الدليل بالمنع من التداوي به، ففي الحديث: «تداووا ولا تتداووا بحرام»⁽¹⁾، لأن هذه الأدوية فيها منافع والأصل في المنافع الإباحة، ويدخل في ذلك التداوي بالعمليات الجراحية، والتداوي بالأشعة بأنواعها، وغير ذلك من أنواع الأدوية التي لا تعد ولا تحصى

(القاعدة الثالثة)

الأصل في المضار التحريم

وهي عكس القاعدة الأولى، فكل شيء فيه مضرة فإنه ممنوع شرعاً. فالتداوي بالأدوية الخبيثة، كالخمر لا يجوز؛ لأن الخمر أم الخبائث، وقد نهى النبي ﷺ عن التداوي بها، وأخبر أنها داء وليست بدواء، وكالتداوي بشحم الخنزير فإنه حرام لا يجوز، قال تعالى: (كَيْفَ يَكْفُرُ الْكُفَّارُ لِمَنْ يُنذِرُهُمْ أَنْ هُمْ لَهُمْ خَيْرٌ مِنْهُمْ) [الأنعام: 145].

ويدخل في ذلك: التداوي بالنجاسات، كالتداوي بالبول أو بالدم المسفوح كما يفعله بعض الأعراب وبعض القبائل في أفريقيا.

ويدخل في ذلك: بالميتات أو بشيء من أجزائها، فإن الميتة حرام ونجسة، قال تعالى: (أَبْ بَابِ ...) الآية .

ويدخل في ذلك: التداوي بالذهاب إلى السحرة وإتيان الكهان والعرافين والمشعوذين، وهذه طامة وخيمة تذهب الدين وتهلك العقيدة، وفي الحديث: «من أتى عرافاً أو كاهناً فسأله عن شيء فصدقه بما يقول فقد كفر بما أنزل على محمد ﷺ»⁽²⁾.

ويدخل في ذلك: التداوي بالأعشاب الضارة المهلكة، ولا بد من الحذر من الأعشاب التي تباع عند العطارين، فإن كثيراً منها فيه ضرر محقق، ونحن لا ننكر أصل التداوي بالأعشاب، ولكن

(1) صحيح الجامع 1762.

(2) صحيح الجامع 5939.

لا بد أن يكون المشرف على وصفة العشب الأطباء الثقات وذوو الخبرة والدراية التامة في ذلك المجال، وأما أن يشرف عليها من هبّ ودبّ، فهذا هو الذي ننكره.

ويدخل في ذلك : التداوي بالمخدرات؛ لأنها أم الضرر وجماعه، فهي مشتملة على الضرر الديني والجسدي . ويباح التداوي بالمورفين عند إشتداد الألم في حالات خاصة يقررها الطبيب.

وجماع ذلك أن كل شيء اشتمل على ضرر ديني أو جسدي فإنه يحرم التداوي به ؛ لأنه ضار والأصل في المضار التحريم

القاعدة الرابعة

العادة محكمة

ومعناها: أن العادة والعرف يجعل حكماً فتخضع لها أحكام التصرفات، فتثبت الأحكام على وفق ما تقتضي به العادة أو العرف إذا لم يكن هناك نص شرعي مخالف لتلك العادة. وما يمكن اعتباره من العرف هو ما يغلب، تبعاً للقول: «إنما تعتبر العادات إذا اطردت وغلبت»، وكذلك العبرة بالغالب الشائع لا النادر. وكذلك يجب أن يكون العرف قديماً وليس ظاهرة حديثة حتى يعطي الفرصة للإجماع الطبي للحكم عليه.

ومن التطبيقات المتعلقة بهذه القاعدة:

أن الطبيب إذا فعل المعتاد الموافق للأصول النظرية والعملية للطب حسب ما تعارف عليه أهل الاختصاص – وترتب على ذلك أذى، فإنّ الطبيب لا يضمّنه⁽¹⁾.

القاعدة الخامسة

(1) المغني (117/8)؛ وانظر : أحكام الجراحة الطبية ص 473؛ المسؤولية الطبية وأخلاقيات الطبيب ص 135.

«اليقين لا يزول بالشك»

ومعناها أن الشيء المتيقن ثبوته لا يرتفع إلا بدليل قاطع، ولا يحكم بزواله لمجرد الشك. فمن اكتملت أعضاء ذكورته أو أنوثتها لا يجوز تحويله إلى النوع الآخر، أما من اجتمعت في أعضائه علامات النساء والرجال فينظر فيه الغالب من حاله، ويعالج طبيياً بما يزيل الاشتباه، سواء كان علاجه بالجراحة أو الهرمونات⁽¹⁾.

176 في 1413/3/17 هـ، والمجمع الفقهي

(1) قرار هيئة كبار العلماء رقم
الإسلامي بمكة في 1409/7/20 هـ.

(القاعدة السادسة)

لا ضرر ولا ضرار

وهي إحدى القواعد الكلية الكبرى الخمس، وهي أصل عظيم من أصول الإسلام، ينبني عليها كثير من الفروع والمسائل في مختلف أبواب الفقه.

وأصلها حديث إسناده جيد له طرق يقوي بعضها بعضها، وهي من القواعد المتفق عليها بين العلماء. والضرر في اللغة خلاف النفع، وهو إلحاق مفسدة بالغير مطلقاً. والضرار هو مقابلة الضرر بمثله، أي هو مقابلة لضرر بالضرر، أو هو إلحاق مفسدة بالغير على جهة المقابلة.

ويدخل في ذلك: الدواء المغشوش، لأن فيه ضرراً وإضراراً بالغير بلا وجه حق.

ويدخل في ذلك: تطيب الرجال للنساء، وتطيب النساء للرجال بلا حاجة ولا ضرورة؛ لأن ذلك فيه ضرر محقق ومفسدة بينة من انكشاف العورات والفتنة وفساد الدين والأخلاق، لكن إذا دعت الضرورة لذلك فلا بأس به.

ويدخل في ذلك: انتقام الطبيب من بعض المرضى لسوء أخلاقه، أو لأن بينهما خصومة أو ثأر كما نسمعه ونقرأه في بعض الصحف، فإن ذلك حرام؛ لأنه إضرار بالغير بلا وجه حق.

ويدخل في ذلك: خلوة الطبيب بمن لا تحل له من الممرضات بحجة المساعدة، وهذا حرام لا يجوز؛ لأنه لا حاجة له وضرره أعظم من نفعه ومفاسده لا تخفى.

ويدخل في ذلك: العمليات القيصرية إذا أمكن إخراج المولود من طريقه الطبيعي بحجة الاستعجال وازدحام غرفة الولادة، فهذا حرام لا يجوز لأن فيه ضرراً وإضراراً.

ويدخل في ذلك: مخالطة المريض مرضاً معدياً بالأصحاء، فإنه لا يجوز لأن ذلك يوجب بقدر الله تعالى ومشيتته تعدي المرض منه إليهم، ولا ضرر ولا ضرار .

وبناءً عليه، فيجوز الحجر الصحي على المرضى الذين قد أصيبوا بشيء من هذه الأمراض المعدية ولاسيما إذا كانت خطيرة. وفي الحديث: «لا يورد ممرض على مصح»⁽¹⁾.

ويجب على الزوجين في حال إصابة أحدهما بمرض مُعدٍ (كنقص المناعة المكتسبة) أن يخبر الآخر عنه، وأن يتعاون معه في إجراءات الوقاية منه كما أن للزوجة طلب الفرقة من زوجها في حال إصابته به منعاً للضرر عنها⁽²⁾.

ويدخل فيها أيضاً: جواز سحب الشهادة من الطبيب الذي صدرت منه أفعال محرّمة مع مرضاه ؛ لأن بقاء هذا الطبيب فيه ضرر محقق .

ويدخل في ذلك أيضاً: عدم تضمين الطبيب الحاذق في مهنته ما جنته يده بلا تفریط؛ لأنه محسن «وما على المحسنين من سبيل»، فالحاق الضمان به إضرار به بلا وجه حق .

(القاعدة السابعة)

الضرر يدفع بقدر الإمكان

وهذه القاعدة فرع عن القاعدة السابقة، وهي تفيده وجوب بذل قصارى الجهد في دفع الضرر قبل وقوعه بكل الوسائل

(1) صحيح مسلم.
(2) قرار مجمع الفقه الإسلامي بجدة رقم 82 في 1414/1/7هـ، والقرار رقم 90 في 1415/11/6هـ.

- **ومنها:** أنه يجوز الانتقال إلى التيمم حتى ولو كان الماء موجوداً إذا كان في استخدامه زيادة المرض أو تأخر الشفاء .
- **ومنها:** أن المريض يجوز له أن يصلي ولو كان متصلاً بالأنابيب التي تصرف البول إذا لم يستطع إبعادها عنه أو كان في إبعادها ضرر عليه.
- **ومنها:** جواز منع الزيارة لأقارب المريض إذا كان في زيارته ضرر عليه، وهذا يرجع إلى تقدير الطبيب.
- **ومنها:** منع الأطفال من الزيارة، فقد يتضررون من العدوى لضعف المناعة عندهم.
- **ومنها:** جواز الكذب على المريض إذا كان في إخباره بالحقيقة ضرر عليه، فإن بعض المرضى قد لا يتحمل الحقيقة .

(القاعدة الثامنة)

الضرر لا يكون قديماً

أي أن الضرر حتى ولو كان قديماً تجب إزالته، ولا يجوز لأحد أن يبقيه احتراماً لقدمه .
وفي المجال الصحي يجب تعديل بعض الأنظمة الطبية المقررة في السابق إذا كان في بقائها ضرر على الأطباء أو المرضى، وكإزالة بعض الأنظمة التي تحول دون إدخال المريض المحتاج للمستشفيات، فالواجب إزالة هذه الأنظمة لأن بقاءها ضرر، ولا عبرة بكونها أنظمة قديمة، لاسيما وأنها من كلام البشر الذي لا يحمل صفة القداسة .

(القاعدة التاسعة)

الضرر لا يزال بمثله

فكل ضرر يجب أن يزال إلا أنه يجب علينا أن لا نزيل الضرر بضرر مثله، ولا بأشد منه من باب أولى .

وفروعها في المجال الصحي :

- أنه لا يجوز إجراء العمليات التي يغلب على الظن عدم نجاحها، أو التي قد تؤدي إلى هلاك المريض ، أو تلف بعض أطرافه أو ذهاب بعض حواسه ؛ لأن الضرر - الذي هو المرض الحاصل - لا يُفَع بضرر مثله.
- لا يجوز صرف دواءٍ لمريض بسبب علة فيه إذا كان هذا الدواء يُحدث فيه علةً أخرى كالعلة التي فيه أو أشد ؛ لأن الضرر لا يزال بمثله.
- يجوز في هذه الأزمنة- مع تقدم التقنيات الطبية- شق بطن المرأة الميتة الحامل لاستخراج جنينها إذا كانت حياتها مرجوة، وهذا الشق يتم بالطرق الحديثة ويعاد مرة أخرى وكأن شيئاً لم يحدث، فليس فيه انتهاكاً لحرمة الميت، بل فيه إنقاذ لحياة معصومة، ولا يجوز التقريط في ذلك.
- يجوز أخذ عضو من جسم إنسان حي وزرعه في جسم إنسان آخر مضطراً إليه لإنقاذ حياته، أو استعادة وظيفة من وظائف أعضائه الأساسية دفْعاً للضرر عنه، بشرط أن لا يسبب أخذ العضو من المتبرع به ضرراً يخل بحياته⁽¹⁾.

(القاعدة العاشرة)

الضرر الأشد يزال بالضرر الأخف

فإذا تعارض ضرران ننظر أيهما أعظم، فإذا عرف الأعظم منهما نحاول دفعه ما استطعنا إلى ذلك سبيلاً، حتى وإن استلزم لدفعه ارتكاب الضرر الأخف.

ويدخل فيه أيضاً : جواز إسقاط الجنين الذي يكون في بقائه

ضرر محقق على أمه، فإن الضرر الحاصل عليه أهون من الضرر الذي سيصيب أمه، والضرر الأشد يدفع بالضرر الأخف.

(1) قرار المجمع الفقهي الإسلامي بمكة المكرمة في دورته الثامنة المنعقدة في ربيع الآخر عام 1405هـ.

ويدخل تحته أيضاً : أنه يجوز للمرأة أن تتناول مانع الحمل إذا كان الحمل يضر بها إضراراً متحققاً حتى ولو كان في تناوله شيء من الضرر.

وأى إجراء جراحي يمارسه الجراح يعرض الأنسجة المحيطة بالمنطقة إلى شق وقطع ، وهذه كلها أضرار قليلة نتحملها لنرفع أضراراً جسيمة.

(تحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام)

فعند وجود أمراض معدية تنتقل بالاتصال فمن حق الحكومات أن تحد من حركة المواطنين أو حتى تدمر أملاكهم التي قد تؤدي إلى نقل المرض، ويجب تعويضهم عليها تعويضاً عادلاً.

وعندما يتم إتلاف كميات كبيرة أو قليلة من الأدوية لأنها غير مطابقة للمواصفات والمعياري الدوائيين نكون قد ألحقنا ضرراً مادياً خاصاً بصاحب معمل الأدوية، لكن القاعدة تقول (يتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام) فيما لو نزلت ه ذه الأدوية إلى الأسواق وتناولها عامة المرضى لسببت ضرراً كبيراً.

(القاعدة الحادية عشرة)

إذا تعارضت مفسدتان روعي أشدهما بارتكاب أخفهما

ومثلها قاعدة : (إذا تعارضت مصلحتان روعي أعلاهما بتقويت أدناهما) .

فالشريعة الإسلامية جاءت بتحصيل المصالح وتكميلها، وتعطيل المفسد وتقليلها، وهي ترجح خير الخيرين، وتحصل أعظم المصلحتين بتقويت أدناهما، وتدفع أعظم المفسدتين باحتمال أدناهما.

وهذا الأمر تضمنته عدة قواعد فقهية منها : إذا تعارضت مفسدتان روعي أعظمها ضرراً بارتكاب أخفهما . ويتحمل

الضرر الخاص لدفع ضرر عام .
فإذا تعارضت المصالح حَصَلَ الإنسان أعلاها ولو فات
أدناها .

وإذا تعارضت المفسد ارتكب الإنسان أخفها ليدفع أعظمها .
وإذا تعارضت المصالح والمفسد فينظر إلى الراجح والغالب
فإن كان الغالب المصلحة لم ينظر للمفسدة اللاحقة وإن كان
الغالب المفسدة لم ينظر إلى المصلحة (1) .

يقول العز بن عبد السلام: (قد يخفى ترجيح بعض المصالح
على بعض، وترجيح بعض المفسد على بعض، وقد تخفى
مساواة بعض المصالح لبعض، ومساواة بعض المفسد لبعض،
فيجب البحث عن ذلك بطرقه الموصلة إليه، والدالة عليه، ومن
أصاب ذلك فقد فاز بقصده وعفي عن خطئه رحمة من الله سبحانه
ورفقاً بعباده) (2) .

ومن تطبيقات هذه القاعدة:

ومنها: جواز إجراء التطبيب للمرأة من الرجل والعكس إذا
لم يمكن غير ذلك ؛ لأن هذا فيه دفع لمفسد عظيمة .
وكذلك المرأة الحامل نتيجة الإغتصاب (3) التي يغلب على الظن
أنها ستُفْتَنُ في بعض المجتمعات فلا بد من الموازنة بين العد وان
على الجنين وبين قتل الأم والجنين معاً . وكذلك لو كان بقاء الجنين
مؤدياً لوفاة أمه .

(1) الموافقات للشاطبي (26/2) . والقواعد والضوابط الفقهيّة المؤثرة في أحكام العمل
الطبي: د. هاني بن عبد الله بن جبير .

(2) قواعد الأحكام (49/1) .

(3) أباح كثير من الفقهاء الإجهاض في حالات الإغتصاب حتى ولو لم يكن هناك غلبة
الظن بقتلها . وهي لا شك برنية . ولكن يجب أن يُجرى الإجهاض بأسرع ما يمكن
(بالحبوب أو بأي وسيلة أخرى) ويمكن أن يتم ذلك قبل الأربعين، بل يجب الحرص على
أن يكون قبل الأربعين .

ومنها: أنه لا يجوز إجراء أي بحث أو معالجة تتعلق بمورثات إنسان ما إلا بعد إجراء تقويم دقيق للأخطار والفوائد المحتملة المرتبطة بهذه الأنشطة . وكذلك القرارات المتعلقة بالاستنساخ للحيوان والنبات وللإنسان بنيت على مراعاة هذه القاعدة، والفتوى بتحريم تجميد الأجنة والاحتفاظ بها، ومنع إنشاء بنوك اللقائح والمني⁽¹⁾ . والفتوى بجواز علاج من اجتمع في أعضائه علامات النساء والرجال بما يؤدي إلى زوال الاشتباه في أمره بمراعاة الغالب من حاله⁽²⁾ .

(القاعدة الثانية عشرة)

درء المفسد مقدم على جلب المصالح

ويدخل فيه: منع المريض من الصيام إذا كان الصيام يزيد في عنته، ويجب عليه الاستجابة لذلك .
ويدخل فيه أيضاً: وجوب ترك غذاء معين إذا قرر الطبيب أن استعماله يزيد في الحالة المرضية ، ولا يجوز للمريض تناوله ما دام الطبيب يمنعه منعاً مؤكداً .

(1) القواعد والضوابط الفقهيّة المؤثرة في أحكام العمل الطبي : د. هاني بن عبد الله بن

جبير .

(2) قرار هيئة كبار العلماء رقم 176 في 1413/3/17 هـ .

(القاعدة الثالثة عشرة)

المشقة تجلب التيسير⁽¹⁾

(القاعدة الرابعة عشرة)

الأمر إذا ضاق اتسع

وهما قاعدتان معناهما واحد وأدلتهما واحدة وفروعهما واحدة.

ومعناها: أن الأحكام التي ينشأ عن تطبيقها حرج على المكلف، ومشقة في نفسه أو ماله فالشريعة تخففها⁽²⁾.

قال تعالى: (وُؤُؤُؤُ وُؤُؤُؤُ وُؤُؤُؤُ) ، وقال ع: «إن الدين يسر ولن يشاد الدين أحد إلا غلبه».

ومن ذلك: أن المريض الذي يشق عليه الصيام فإنه يجوز له الفطر .

ومن ذلك: أن من أصيب بمرض لا يرجى برؤه فإنه يفطر ويطعم عن كل يوم مسكيناً.

ومن ذلك: جواز الجمع للطبيب الجراح إذا لم يستطع إقامة الصلاة في وقتها بسبب الاشتغال بالعملية الجراحية.

(1) الأشباه والنظائر للسيوطي ص76؛ ابن نجيم ص81.

(2) الوجيز في إيضاح القواعد الكلية ص 157.

ومن التطبيقات المتعلقة بهذه القاعدة :

أن الإسلام يرغب في زيادة النسل وتكثيره لأن ذلك يقوي الأمة، ويزيدها منعةً وعزّةً، لكن إذا تسبب ذلك في مشقة أو أذى يلحق الزوجين أو أحدهما، فإنّ لهما أن ينظما النسل طبقاً لما تقضي به الضرورة المتروك تقديرها لهما⁽¹⁾.

ومنها: أن انكشاف المرأة على غير من يحل شرعاً بينها وبينه الاتصال الجنسي محرم بكل حال، لكن لو احتاجت المرأة إلى العلاج من مرض يضرها فإن هذه المشقة تجلب لها تيسيراً لها بموجبه أن تنكشف لغير زوجها للعلاج⁽²⁾، ويراعى في ذلك قاعدة: الضرورة تقدر بقدرها.

كما أن بيع الدم محرم كما نص على ذلك القرآن الكريم، والله تعالى إذا حرّم شيئاً حرّم ثمنه، فإذا احتاج إنسان لنقل الدم إليه، ولم يجد من يتبرع به إلا بعوض جاز له شراء الم و دفع العوض، ويكون الإثم على الأخذ⁽³⁾.

(1) قرار هيئة كبار العلماء رقم 42 في 13/4/1396 هـ . وقرار مجمع البح واث الإسلامية بالقاهرة عن تحديد النسل وتنظيمه عام 1385 هـ.

(2) قرار المجمع الفقهي الإسلامي بمكة المكرمة في ربيع الآخر عام 1404 هـ.

(3) قرار المجمع الفقهي الإسلامي بمكة المكرمة في رجب عام 1409 هـ.

(القاعدة الخامسة عشرة)

الضرورات تبيح المحظورات

أي أنه إذا حصلت الضرورة لاستخدام شيء من المحرمات ولم يمكن الاستغناء عن ذلك فإنه يجوز له استعمال هذا المحرم، ولكن ليس هذا على إطلاقه، بل هو مقيد بالقاعدة التي تقول (الضرورات تقتّر بقدرها)، أي أنه لا يحلُّ له من الحرام إلا المقدار الذي تندفع به ضرورته فقط، فإن زاد على ذلك فإنه أثمّ معتدٍ عاصٍ، قال تعالى: (پ پ پ پ پ ن ث ن ذ ن ت ت)، وقال تعالى: (ذ ذ ذ ذ ذ ر ر ر ر ر ك ك ك ك ك گ گ گ گ گ)

فالمضطر إلى أكل الميتة إنما يجوز له تناول القدر الذي تزول به ضرورته فقط، والمضطر لدفع الغصة يجوز له أن يشرب - أي من الخمر إذا لم يجد إلا هو - بالقدر الذي تندفع هذه الضرورة.

(القاعدة السادسة عشرة)

ما جاز لعذرٍ بطل بزواله

(القاعدة السابعة عشرة)

إذا زال المانع عاد الممنوع

وهما بمعنى واحد، وقد ذكرنا سابقاً أن الأصل في المحرّم تحريم الفعل، فلا يجوز لك أن تفعل شيئاً من المحرّمات، لكن إذا اضطرتت إلى شيء من المحرمات فيجوز لك منه القدر الذي تندفع به هذه الضرورة، ثم يعود حكم الحرام إلى حكمه الأول؛ لأنه إنما جاز فعله بسبب العذر وهو الضرورة، فإذا زالت هذه الضرورة زال الجواز.

فإذا زال العذر المجيز لنظر الطبيب للمريضة أو للعورة عاد الحكم إلى تحريم النظر وإلى تحريم كشف العورة.

(القاعدة الثامنة عشرة)

الاضطرار لا يبطل حق الغير

لأن الاضطرار وإن كان في بعض المواضع يقتضي تغيير الحكم من الحرمة إلى الإباحة كأكل الميتة، إلا أنه على كل حال لا يبطل حق الآخرين، وإلا كان من قبيل إزالة الضرر بالضرر، وهذا غير جائز.

وهذه القاعدة من باب إقامة العدل بين العباد . فلا يجوز رفع أجهزة الإنعاش عن مريض بحجة أن هناك مريض آخر مضطر لها؛ لأن الحق فيها للأسبق، وضرورة المتأخر لها لا يسقط استحقاق الأول لها.

ومنها: ازدهام المرضى على دخول المستشفيات ومَن الأحق بالتقديم. وهذه مسألة دخل عليها فساد كبير بسبب حرمان من يستحق وتقديم من لا يستحق لأن عنده شفاة كبيرة لا يستطيع أحد أن يردّها . فالمريض الأسبق هو الأحق بهذا السرير إن كان مضطراً له، والمريض الثاني إن كان مضطراً فإنه ينتظر حتى يفرغ له سرير آخر، ومجرد كونه - أي المريض الثاني - مضطراً لا يسقط ذلك حق المريض الأول في التقديم؛ لأن الاضطرار لا يبطل حق الغير، وكل شفاة أفضت إلى تأخير مَن حقه التقديم أو تقديم من حقه التأخير فإنها شفاة آثمّة سيئة.

ومنها: دخول غرفة العمليات، فإن الأحق فيها للمضطر الأسبق، فلو كان هناك مريض مضطر آخر فإنه لا حق له في أن يتقدم على المريض الأول، لأن كليهما مضطر إلى هذه العملية ولكن تميز الأول بالأسبقية، ولا حق لأحد أن يشفع في تقديم هذا على ذاك.

(القاعدة التاسعة عشرة)

لا يجوز لأحد أن يتصرف في ملك الغير إلا بإذنه

فلا يجوز إجراء العملية الجراحية إلا بإذن المريض، ولا بد من إذن الشارع أولاً في فعل هذه الجراحة بأن لا تكون جراحة محرمة شرعاً ولا بد من أخذ إذن المريض ثانياً، لأن هذا حقه ولا يجوز لأحد أن يتصرف في بدنه إلا بإذنه .

(القاعدة العشرون)

الحاجة تنزل منزلة الضرورة عامة كانت أو خاصة

ومنها جواز العمليات الحاجية والتي لا تصل إلى مرتبة الضرورة . والجراحة الحاجية هي الجراحة التي لو لم تفعل لحصل الضيق والحرج على الشخص. فهو لا يطلب بها حسناً زائداً وإنما يطلب بها إزالة ذلك الضيق والحرج الحاصل، كإزالة التشوهات التي حصلت بسبب حريق مثلاً أو حوادث سيارات ونحو ذلك، أو كإزالة أصبع زائدة، أو يد زائدة، أو سن زائدة تضر بالفم وعملية المضغ، أو كتصحيح الأنف الأعوج الذي من شأنه أن يضر بعملية التنفس، أو كشد الجفون المتهدلة التي من شأنها إعاقة الرؤية، وكعملية تخفيف الثديين إذا كانا كبيرين جدلياً يضراً بعمود المرأة الفقري بسبب عدم التوازن لوجود الثقل من الأمام، أو كعملية رتق الشفة المنشقة بسبب خلقي أو غير ذلك، فكل ذلك تدعو الحاجة له، والحاجة تنزل منزلة الضرورة عامة كانت أو خاصة، وقد قتر في الشرع بالإجماع رفع الحرج

(القاعدة الحادية والعشرون)

تصرف الإمام على الرعية منوط بالمصلحة

فمنها: طاعته في الحجر الصحي على بعض المرضى إذا كانت المصلحة تدعو إلى الحجر عليهم، فهذا أمر يجب طاعته فيه ولا تجوز مخالفته.

ومنها: جواز منع بعض الأدوية من الدخول في بلاده إذا رأى أن المصلحة هو منع هذا النوع من الدواء .

الفصل الثالث عشر

التداوي بالمحرّمات

التداوي بالمحرّمات

التداوي هو تعاطي الدواء بقصد معالجة المرض أو الوقاية منه. والأصل في التداوي الإباحة. ويجوز التداوي بكل دواء يرى أهل الطب نفعه وموافقته للعلة، ما لم يرد نص في تحريمه. فيحرم التداوي بكل ما ثبت تحريمه عن الله عز وجل لعموم النهي عن المحرّمات كالخمر والخنزير والميتة، وحديث رسول الله ﷺ: «تداووا ولا تتداووا بحرام»⁽¹⁾.

و يسأل بعض الناس عن استعمال الخمر كدواء . وقد أجاب الرسول ﷺ عن ذلك السؤال، فقد سأل رجل عن الخمر، فنهاه عنها، فقال الرجل : إنما أصنعها للدواء . قال ﷺ : «إنه ليس بدواء ولكنه داء»⁽²⁾ وقال ﷺ : «إن الله أنزل الداء والدواء، وجعل لكل داء دواء، فتداووا، ولا تتداووا بحرام»⁽³⁾. وقال ابن مسعود < في شأن المسكر : «إن الله لم يجعل شفاءكم فيها حرّم عليكم».

ولا عجب أن يحرم الإسلام التداوي بالخمر وغيرها من المحرّمات، فإن تحريم الشيء - كما قال الإمام ابن القيم- يقتضي تجنبه والبعد عنه بكل طريق، وفي اتخاذه دواء حضم على الترغيب فيه وملابسته، وهذا ضد مقصود الشارع.

استخدامات الكحول في المستحضرات الصيدلانية

(1) رواه أبو داود.
(2) صحيح الجامع 2408.
(3) رواه أبو داود.

الكحول مذيب جيد للمواد الطيِّارة وللخلاصات النباتية وبعض المواد العضوية والكيميائية والحيوانية .
وإذا نظرنا إلى الأدوية الموجودة التي بها شيء من الكحول نجدها على ضربين:

الأول: مواد قلبية أو دهنية تستعمل كأدوية ولا بد لإذابتها من الكحول.

أما الثاني. فمواد يضاف إليها شيء يسير من الكحول لا لضرورة وإنما لإعطاء الشراب نكهة خاصة ومذاقاً تعود عليه أهل أوروبا وأمريكا.

وهذا النوع الثاني لاشك في حرمة.

لابد للطبيب المسلم أن يتروى في وصف الأدوية التي بها شيء من الكحول وليتجرّبها ما استطاع إلى ذلك سبباً .

وللكحول خاصية قتل الجراثيم والميكروبات ، ولهذا يستخدم كمادة حافظة لهذه المستحضرات . ولا يقتصر هذا على الكحول الإيثيلي بل توجد هذه الخاصية في مجموعة من الكحولات (الأغوال) غير المسكرة - وإن كانت سامة بكميات كبيرة - وبالتالي يمكن استخدام الكحول البنزيلي أو البروبيلي أو غيرها من الأغوال في هذا المجال.

كما يستخدم الكحول في كثير من المستحضرات الدوائية المستعملة كمضمضة وغرغرة فموية، وفي المراهم اللثوية ، والإمتصاص منها أكبر ، ولذا ينبغي تجنبها إلا في حالة عدم وجود بديل لها ، وتعيّن استخدامها بوصف طبيب مسلم عدل .
والحقيقة أن المستحضرات الخالية من الكحول متوفرة الآن في كل مكان⁽¹⁾.

(1) الموقف الشرعي والطبي من التداوي بالكحول والمخدرات د. محمد علي البار.

هل يجوز شرب الدواء الذي يحتوي على نسبة ضئيلة من الكحول؟

كثير من الأدوية السائلة تدخل في تركيبها نسبة ضئيلة من الكحول الإيثيلي لغرض الحفظ، أو إذابة بعض المستخلصات النباتية أو العضوية أو الكيم يائية المحضرة التي لا تذوب في الماء، وتستعمل هذه الأدوية بحسب وصفة الطبيب بجرعات قليلة لا تؤدي إلى إسكار المريض الذي يتناولها. أما يتعلق بالحكم الشرعي في تناول هذه الأدوية التي تحتوي على نسبة قليلة من الكحول، ويحتاج الناس للتداوي بها في الجملة، ولا تتخذ لغ رض الإسكار ولا كعلاج مهدئ أو مفتر، فهناك طرق لتخريجه:

(1) نظرية الإستحالة:

استحالة الأعيان في الاصطلاح الفقهي تعني: إنقلاب حقيقتها بانتفاء بعض أجزاء مفهومها أو كله (1). وهذا لا يحدث إذ يبقى الكحول على حاله وليس حتى مستهلكاً في الدواء . وإذا شرب الإنسان كمية كبيرة منه لاشك سيسكر. وعرفها بعضهم بأنها «تغيّر الشيء عن طبعه ووصفه». وفي المصطلح العلمي الشائع ينظر إلى كل تفاعل كيميائي يحوّل المادة إلى مركب آخر على أنه ضرب من استحالة العين إلى عين أخرى، كتحويل الزيوت والشحوم على اختلاف مصادرها إلى صابون.

و مفهوم هذه النظرية الفقهية أن المادة النجسة أو المحرّمة التناول إذا تغيرت حقيقتها، وانقلبت عينها إلى مادة أخرى مباحة

(1) البحر الرائق 1/239

لها في الاسم والخصائص والصفات، فإنها تصير طاهرة حلال التناول.

قال ابن تيمية: «ولا ينبغي أن يعبر عن ذلك بأن النجاسة طهرت بالاستحالة، فإن النجس لم يطهر، ولكنه استحال، وهذا الطاهر ليس هو ذاك النجس، وإن كان مستحيلاً منه، والمادة واحدة»⁽¹⁾.

ومن المعلوم أن الله تعالى إنما حرّم الخبائث لما قام بها من وصف الخبث، فإذا زال الموجب - وهو ذلك الوصف الخبيث بالاستحالة - زال الموجب، وهو النجاسة أو الحرمة⁽²⁾. والمعنى: أن المادة المحرّمة أو النجسة إذا تغير تركيبها الكيميائي وخواصها الفيزيائية، فقد انقلبت إلى عين أخرى ذات اسم آخر وصفات أخرى، فحُكِمَ عليها بالطهارة والحل اعتباراً للأصل في الأعيان⁽³⁾.

(2) نظرية الاستهلاك

يطلق مصطلح (الاستهلاك) في الاستعمال الفقهي غا لباً على معنيين:

أحدهما: تصيير الشيء هالكاً. فيقال: استهلك فلان ماله، أن أنفقه وأنفده.

والثاني: اختلاط العين بغيرها على وجه يفوّت الصفات الموجودة فيها، بحيث تصير كالهالكة وإن كانت باقية. كما مزاج نقطة خمر أو لبن في ماء أو مائع غالب.

ومفهوم النظرية أن العين المحرّمة التناول أو النجسة إذا كانت قليلة، فامتزجت بعين طيبة حلال غالبية، حتى زالت صفات

(1) مجموع فتاوى ابن تيمية 611/21

(2) إعلام الموقعين عن رب العالمين 394/1.

(3) الاستحالة وأحكامها في الفقه الإسلامي، د. قذافي عزت الغنائم، دار النفائس، عمان

ذلك المخالط المغلوب، من الطعم واللون والريح، فإن هذا الاستهلاك يُذهب عنها صفة النجاسة والحُرْمَة شرعاً، حيث لم يبق من خصائص وصفات العين المَحْرَمَة أو النجسة شيء يمكن أن يوصف بالحرمة أو النجاسة.

قال ابن تيمية : «إن الله حرّم الخبائث التي هي الدم والميتة ولحم الخنزير ونحو ذلك، فإذا وقعت هذه في الماء أو غيره واستهلكت، لم يبق هناك دم ولا ميتة ولا لحم خنزير أصلاً، كما أن الخمر إذا استهلكت في المائع لم يكن الشارب لها شارب خمر»⁽¹⁾.

(3) نظرية الضرورة والحاجة للتداوي:

الضرورة في الاصطلاح الشرعي : هي الحالة الملجئة لاقتراف المحذور، بحيث يغلب على ظن المكلّف أنه إن لم يرتكب الممنوع هلك أو لحقه ضرر جسيم في بدنه أو ماله أو عرضه، مما يجعله فاقد الرضا بما يأتي وإن اختاره. ومفهوم هذه النظرية أن الشارع الحكيم اعتبر الضرورة حالة استثنائية رافعة للحكم التكليفي الأصلي بطلب الترك على سبيل الجزم. وعلى ذلك جاء في القواعد الفقهية : «الضرورات تبيح المحظورات».

(1) مجموع فتاوى ابن تيمية 502/21.

غير أنها لا تعد كذلك إلا بشرطين:

أحدهما: أن تكون متعيّنة: أي بأن تتسدّد جميع الطرق المشروعة لرفع تلك الحاجة الملجئة، ولا يبقى إلا إتيان المحظور. لأنه لو أمكن تحقيق الغرض بواسطة أي بديل مشروع، فإن الإضطرار إلى المحظور لا يكون موجوداً في الحقيقة.

والثاني: أن تقدّر بقدرها: أي فلا يتوسع فيها، بل يقتصر على ما يدفعها لا أكثر. وعلى ذلك جاء في القواعد الفقهية: «ما أبيع للضرورة يقدر بقدرها». وذلك لأن الله حرّم ما حرّم، واستثنى ما اضطرّ إليه، فإذا اندفعت الضرورة عادت الحرمة كحالة الابتداء.

حكم استخدام الكحول في الروائح العطرية والمستحضرات الدوائية:

إذا أخذنا بالقول بأن الخمر طاهر العين، فإن الم ستحضر المعروف بـ (الكحول الإيثيلي) يعدّ مادة طاهرة شرعاً إذا اعتبرناها بمنزلة الخمر، و أجرينا عليها حكمه من حيث الطهارة والنجاسة. وكذا إذا نظرنا إليه على أنه مادة جديدة، تعويلاً على أن الأصل في الأعيان الطهارة، لأن الخمر مركب من أكثر من أربعين مادة.

ويتم تحضير الكحول من غازات البترول وخاصة الميثان الذي يمكن تحويله بسهولة إلى إيثان ومن ثم إلى كحول إيثيلي. فليس مصدر هذا الكحول الخمر المعروفة، وشربه محرّم لأنه مسكر.

وليس هناك حرج شرعاً:

(1) في إنتاج واستعمال الروائح العطرية (الكولونيات) التي تستخدم الكحول فيها كمذيب للمواد العطرية الطيارة، لأنها من زينة وطيبات الحياة الدنيا. قال

وللأسف لم تقم أي دولة مسلمة (عربية أو غير عربية) بمنعه إلا عندما قامت الولايات المتحدة بهذا المنع!!
 وقد قامت الشركات المصنّعة لأدوية الأطفال في أمريكا بإزالة الكحول الإيثيلي من مستحضراتها الطبية الموصوفة للأطفال. وهذا يدلُّ على أنه يمكن استبدال كل الأدوية المذابة في الكحول بمواد أخرى. وقد استطاعت الصناعة الدوائية إيجاد هذه البدائل عندما وُجِهُت بالمنع في حالة أدوية الأطفال.
 والأمر ذاته ممكن إذا تمَّ منع الأدوية المح توية على الكحول بالنسبة للبالغين إذ أن الشركات العملاقة في الصناعة الدوائية لديها الإمكانيات العملية الكافية لاستبدال الكحول بمواد أخرى مناسبة. ولكنها لا تفعل لأن الجمهور الغربي يريد الكحول في الدواء، ولأن الجماهير العالمية لم تبد أي ممانعة لوجود الكحول في الدواء بما في ذلك الدول الإسلامية.
 ولو قامت الدول الإسلامية بمنع الأدوية المحتوية على الكحول الإيثيلي لقامت الشركات بكل يسر باستبدالها بعقاقير لا تحتوي على الكحول الإيثيلي، هذا مع العلم أن بعض أشربة السعال والمقويات السائلة لا حاجة أصلاً لوجود الكحول فيها ، وإنما تضاف إليها لإعطائها النكهة المطلوبة من الجماهير الغربية التي تحبُّ طعم الكحول⁽¹⁾.

الكحول في الغذاء :

من الثابت علمياً أن الكحول يدخل في تركيب ومكونات كثير من الأطعمة والأشربة الحلال الطبية بنسبة قليلة تصل إلى (0.5) % وقد تزيد أحياناً، وذلك بصورة ط بيعية، لا بإضافة أحد، مثل سائر أنواع عصير الفواكه واللبن (الزبادي) والعجين المختمر، ولا يصنف شيء من هذه الأغذية ونحوها علمياً تحت زمرة

(1) الموقف الشرعي والطبي من التداوي بالكحول والمخدرات : مرجع سابق . والمواد المحرمة والنجسة في الغذاء والدواء، د. نزيه حماد، دار القلم دمشق، دار البشير جدة.

المسكرات أو الأشرطة الكحولية، ولا يقول أحد فيها أنها تضمنت خمرًا، ولا خلاف بين أهل العلم في مشروعيتها تناولها⁽¹⁾. والكحول يتكوّن في أمعائنا، وفي كثير من المأكولات . وكل مادة تستخدم فيها الخميرة لا بد وأن يتكون فيها شيء من الكحول . فجميع أنواع الخبز والبسكويت وغيره من المعجنات والأطعمة المستخدمة فيها الخميرة تتكون فيها كمية قليلة من الكحول سرعان ما يتطاير .

وقد تتكون في اللبن الرائب وغيره من الأشرطة كمية ضئيلة من الكحول، وكل ما كان ينتبذ من التمر أو العنب أو الزبيب ويبقى ليوم أو ثلاثة أيام تتكون فيه كمية قليلة من الكحول. وقد كان ينتبذ للذبي ϵ صباحاً فيشربه عشية أو ينتبذ له عشية فيشربه صباحاً.. وقد وردت إباحة شرب النبيذ (ليس المقصود به الأنبذة المخمرة المعروفة باسم wine فهي الخمر بعينها) ما لم ينش ويقذف بالزبد . وهو لا ينش ويقذف بالزبد إلا بعد تكوّن كمية من الكحول الإيثيلي وغاز ثاني أكسيد الكربون. وقد وردت الإباحة بشربه قبل ثلاثة أيام، ولعل ذلك في أيام الشتاء حيث تبطيء عملية التخمير.

هل يجوز تناول الأغذية التي تحتوي على نسبة من الكحول؟

المواد الغذائية التي يدخل في تركيبها الكحول تنقسم إلى عدة أصناف:

الصف الأول:

وهو عصائر الفاكهة المختلفة واللبن الرائب (الزبادي) والعجين المختمر ونحوها، التي تحتوي على نسبة قليلة من الكحول لا تزيد في العادة عن 0.5%) باستثناء عصير العنب، فإنه قد ترتفع النسبة فيه إلى 1%)، ومع ذلك فإن هذه المواد الغذائية لا تعتبر من المسكرات، ولا تدخل بحسب التصنيف الغذائي في زمرة الأشرطة الكحولية أو المسكرة

(1) الموقف الشرعي والطبي من التداوي بالكحول والمخدرات : د.محمد علي البلوي .

وهذا الصنف من المواد الغذائية يعتبر شرعاً من الحلال الطيب، رغم تضمنه تلك النسبة الضئيلة من الكحول نتيجة التخمر السريع لبعض المواد السكرية أو النشوية الموجودة في أنواعه، وذلك لكونها مستهلكة في المائع المخالط الغالب، حيث لم يبق لها فيه طعم ولا لون ولا ريح وقد ذكرنا في نظرية الاستهلاك أن المادة المحرمة أو النجسة إذا استهلكت في ماء أو مائع أو طعام طاهر غالب، بحيث لم يبق لها طعم ولا لون ولا رائحة، فإن هذا الاستهلاك يذهب عنها صفة النجاسة والحرمة شرعاً.

ولأن مثلها مثل النبيذ الذي لا يسكر - أي قبل اشتداده - فإنه جائز الشرب بإجماع الفقهاء، رغم تشكل نسبة قليلة من الكحول فيه خلال عدة أيام لا محالة.

الصنف الثاني:

ويتضمن المواد الغذائية التي يدخل في مكوناتها نسبة ضئيلة من الكحول، استعملت لإذابة بعض المواد التي لا تذوب في الماء من ملونات وحافظات ونكهات وما إلى ذلك . ونذكر على سبيل المثال شراب الكوكا كولا والبيبيسي كولا، اللذين ي وجد في محتويات كل واحد منهما مادة عطرية مختلفة عن الآخر، تعتبر من أسرار الصناعة وهي تذاب في الكحول، ولا تزيد نسبة الكحول في كل منهما بعد التمديد النهائي عن (0.2-0.3)%. وكذلك شراب الميرندا الذي يحتوي على ملون هو (البيتاكاروتين) وعلى عطر البرتقال الطبيعي، وإنيهما ليستعملان بعد إذابتهما في الكحول كما سبق.

وهذا الصنف من المواد الغذائية يعد في النظر الشرعي من الحلال الطيب نظراً لاستهلاك الكحول في المائع المخالط الطاهر الغالب، بحيث لم يبق له فيه طعم ولا لون ولا رائحة.

الصنف الثالث:

ويتضمن المواد الغذائية التي يضاف إليها الشراب الكحولي المسكر مثل (الروم و اليراندي والكونياك... وما إلى ذلك)

لإكسابها نكهة معينة ومذاقاً مميزاً مرغوباً من بعض المستهلكين .
ومن ذلك بعض أنواع الجيلاتيني (الآيس كريم) والحلويات،
وبعض أصناف الشوكولاته والفواكه المسكرة والمياه الغازية.
وهذا الصنف من المواد الغذائية يحرم تناول سائر أنواعه
مطلقاً، لاشتمالها على الخمر، حيث اتفق أهل العلم على أن الخمر
إذا أضيفت إلى مائع أو جامد من الأغذية الطيبة، فلم تستهلك فيه،
بل ظهر أثرها من لون أو طعم أو رائحة فيه فقد فسد كله، وحرّم
تناوله، ولم يجز استعماله⁽¹⁾.

الإنسولين

يتم تصنيع وإفراز الإنسولين بواسطة خلايا بيتا (B) في جزر
لانجرهانز بالبنكرياس، ويتكون الهرمون من مجموعتين من
الأحماض الأمينية، مجموعة (A) وتحتوي على 21 حامضاً أمينياً،
ومجموعة (B) وتحتوي على 30 حامضاً أمينياً.
وقد استحضر الهرمون في صورة نقية من ال بنكرياس
الحيواني من كل من الخنزير والبقر . ولا يجوز استخدام
الأنسولين الخنزيري إلا إذا سبب الأنسولين البقري حساسية
شديدة، ولم يكن هناك أنسولين بشري، فيجوز أنذاك استخدام
الأنسولين الخنزيري.

وحيث تم تصنيع الأنسولين البشري، عن طريق الهندسة الوراثية،
أصبح بديلاً للأنسولين الحيواني، و اقتصر تداول الأخير على بعض
البلدان النامية، ومنها مصر لأنه أرخص من تصنيع الأنسولين البشري

الهيبارين Heparin

(1) انظر المواد المحرمة والنجسة في الغذاء والدواء، د . نزيه حماد، والموقف
الشرعي والطبي من التداوي بالكحول والمخدرات، د. محمد علي البار.

الهيبارين دواء يستعمل بشكل واسع لمنع تخثر الدم سواء عن طريق الحقن الوريدية أو تحت الجلد . وهو يستخرج من الاغشية المخاطية للحيوانات آكلة العشب.

ويعطى الهيبارين في احتشاء القلب (جلطة القلب) والخثر التي تتكون في القلب، وخثر الأوردة العميقة في الساق وغيرها.

وقد بحث مجلس المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته السابعة عشرة المنعقدة بمكة المكرمة، في الفترة من 19 - 23/10/1424هـ الذي يوافق: 13 - 17 / 12 / 2003م، في موضوع: (حكم استعمال الدواء المشتتل على شيء من نجس العين، كالخزير وله بديل أقل منه فائدة؛ وكالهيبارين الجديد ذي الوزن الجزيئي المنخفض) وأصدر القرار التالي:

(يراد بالهيبارين: مادة تنتجها خلايا معينة في الجسم، وتستخلص عادة من أكباد ورتأت وأمعاء الحيوانات، ومنها البقر والخزير.

أما الهيبارين ذو الوزن الجزيئي المنخفض فيهيأ من الهيبارين العادي بالطرق الكيميائية المختلفة.

وهما يستخدمان في علاج أمراض مختلفة، ك الذبحة الصدرية واحتشاء القلب، والخثرات الدموية، وغيرها.

وأن عملية استخلاص الهيبارين ذي الوزن الجزيئي المنخفض من الهيبارين العادي تتم بطرق كيميائية ينتج عنها مركبات جديدة مختلفة في خواصها وصفاتها الفيزيائية والكيميائية عن الهيبارينات العادية، وهو ما يعبر عنه الفقهاء بالإستحالة.

وأن استحالة النجاسة إلى مادة أخرى مخ تلفة عنها في صفاتها وخواصها كتحول الزيت إلى صابون ونحو ذلك، أو استهلاك المادة بالتصنيع وتغير الصفات والذات، تعد وسيلة مقبولة في الفقه الإسلامي للحكم بالطهارة وإباحة الانتفاع بها شرعاً.

قرر المجلس ما يأتي:

يباح التداوي بالهيبارين الجديد ذي الوزن الجزيئي ال منخفض عند عدم وجود البديل المباح الذي يغني عنه في العلاج، أو إذا كان البديل يطيل أمد العلاج.

عدم التوسع في استعماله إلا بالقدر الذي يحتاج إليه، فإذا وجد البديل الطاهر يقينا يصار إليه عملاً بالأصل، ومراعاة للخلاف.

يوصي المجلس وزراء الصحة في الدول الإسلامية بالتنسيق مع شركات الأدوية المصنعة للهيبارين، والهيبارين الجديد ذي الوزن الجزيئي المنخفض على تصنيعه من مصدر بقري سليم).

توصيات الندوة الفقهية الطبية الثامنة

وموضوعها «رؤية إسلامية لبعض المشاكل الصحية»، وذلك بمشاركة الأزهر الشريف ومجمع الفقه الإسلامي الدولي بجدة والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالإسكندرية ووزارة الصحة بدولة الكويت، وذلك في الفترة من 22-24 من شهر ذي الحجة 1415هـ الذي يوافق 22-24 من شهر مايو 1995.

(1) يجب على كل مسلم الالتزام بأحكام الشريعة الإسلامية، وخاصة في مجال الغذاء والدواء، وذلك كحق لطيب مطعمه ومشربه وعلاجه، وإن من رحمة الله بعباده وتيسير سبيل الإتيان لشرعه مراعاة حال الضرورة، والحاجة التي تضمنتها مبادئ شرعية مقررة منها؛ أن الضرورات تبيح المحظورات، وأن الحاجة تنزل منزلة الضرورة ما دامت متعينة، وأن الأصل في الأشياء الإباحة ما لم يقدح دليل معتبر على الحرمة، كما أن الأصل في الأشياء كلها الطهارة ما لم يقدح دليل معتبر على النجاسة ولا يعتبر تحريم أكل الشيء أو شربه حكماً بنجاسته شرعاً.

(2) مادة الكحول غير نجسة شرعاً، بناء على ما سبق تقريره من أن الأصل في الأشياء الطهارة، سواء أكان الكحول صرفاً أم مخففاً بالماء، ترجيحاً للقول بأن نجاسة الخمر وسائر المسكرات معنوية غير حسية.

وعليه، فلا حرج شرعاً من استخدام الكحول طبيّاً كالمطهر للجلد - الجروح والأدوات وقاتل للجراثيم، أو استعمال الروائح

العطرية (ماء الكولونيا) التي يستخدم الكحول فيها باعتباره مذيّباً للمواد العطرية الطيارة، أو استخدام الكريّمات التي يدخل الكحول فيها. ولا ينطبق ذلك على الخمر لحرمة الانتفاع به.

(3) لما كان الكحول مادة مسكرة فيحرم تناولها، وريثما يتحقق ما يتطلع إليه المسلمون من تصنيع أدوية لا يدخل الكحول في تركيبها ولا سيما أدوية الأطفال والحوامل، فإنه لا مانع شرعاً من تناول الأدوية التي تصنع حالياً ويدخل في تركيبها نسبة ضئيلة من الكحول، لغرض الحفظ، أو إذابة بعض المواد الدوائية التي لا تذوب في الماء مع عدم استعمال الكحول فيها مهدئاً وهذا حيث لا يتوافر بديل عن تلك الأدوية

(4) لا يجوز تناول المواد الغذائية التي تحتوي على نسبة من الخمر مهما تكن ضئيلة، ولا سيما الشائعة في البلاد الغربية، كـ بعض الشوكولاتة وبعض أنواع الثلجات (الآيس كريم، الجيلاتيني، البوظة)، وبعض المشروبات الغازية، اعتباراً للأصل الشرعي في أن ما أسكر كثيره فقليله حرام، ولعدم قيام موجب شرعي استثنائي للترخيص بها.

(5) المواد الغذائية التي يستعمل في تصنيعها نسبة ضئيلة من الكحول لإذابة بعض المواد التي لا تذوب بالماء من ملونات وحافظات وما إلى ذلك، يجوز تناولها لعموم البلوى ولتبخّر معظم الكحول المضاف في أثناء تصنيع الغذاء.

(6) المواد الغذائية التي يدخل شحم الخنزير في تركيبها دون استحالة عينه مثل بعض الأجبان، وبعض أنواع الزيت والدهن والسمن والزبد وبعض أنواع البسكويت والشوكولاتة والآيس كريم، هي محرّمة ولا يحلّ أكلها مطلقاً، اعتباراً لإجماع أهل العلم على نجاسة الخنزير وعدم حلّ أكله، ولانتفاء الإضرار إلى تناول هذه المواد.

(7) الإنسولين الخنزيري المنشأ يباح لمرضى السكري التداوي به للضرورة بضوابطها الشرعية.

(8) الاستحالة التي تع زي انقلاب العين إلى عين أخرى
تغيرها في صفاتها تحول المواد النجسة أو المتنجسة إلى مواد
طاهرة، وتحول المواد المحرمة إلى مواد مباحة شرعاً.

وبناء على ذلك:

الجيلاتين المتكون من استحالة عظم الحيوان النجس وجلده
وأوتاره طاهر وأكله حلال.
الصابون الذي ينتج من استحالة شحم الخنزير أو الميتة
يصير طاهراً بتلك الإستحالة ويجوز استعماله.
الجبين المنعقد بفعل إنفحة ميتة الحيوان المأكول اللحم طاهر
ويجوز تناوله.
المراهم والكريمات ومواد التجميل التي يدخل في تركيبها
شحم الخنزير نجسة، ولا يجوز استعمالها شرعاً إلا إذا تحققت
فيها استحالة الشحم وانقلاب عينه.
(9) المواد المخدّرة محرّمة لا يحلّ تناولها إلا لغرض
المعالجة الطبية المتعيّنة، وبالمقادير التي يحددها الأطباء وهي
طاهرة العين.
ولا حرج في استعمال جوزة الطيب في إصلاح نكهة الطعام
بمقادير قليلة لا تؤدي إلى التفثير أو التخدير.

توصيات الندوة الفقهية الطبية التاسعة

وموضوعها «رؤية إسلامية لبعض المشكلات الطبية المعاصرة» في الفترة من 8- 11 صفر 1418هـ الموافق 17-14 يونيو 1997م، في مدينة الدار البيضاء.

استكمالاً لما سبقت دراسته في الندوة السابقة فإن هذه الندوة ناقشت الجوانب الطبية والفقهية المتعلقة بهذا الموضوع وخلصت إلى أن المواد الإضافية في الغذاء والدواء التي لها أصل نجس أو محرّم تنقلب إلى مواد مباحة شرعياً حتى طريقتين:

أ- الإستحالة:

تشير الندوة ابتداءً إلى ما سبق اتخاذه من توصية في الفقرة (8) من البند ثانياً المتخذة في الندوة الفقهية الطبية الثامنة بشأن الإستحالة. ويقصد بالاستحالة في الإصطلاح الفقهي «تغير حقيقة المادة النجسة أو المحرم تناولها وانقلاب عينها إلى مادة أخرى مباحة لها في الإسم والخصائص والصفات»، ويُعبر عنها في المصطلح العلمي الشائع بأنها كل تفاعل كيميائي يحول المادة إلى مركب آخر كتحويل الزيوت والشحوم على اختلاف مصادرها إلى صابون، وتحلل المادة إلى مكوناته المختلفة كتفكك الزيوت والدهون إلى حموض دسمة⁽¹⁾ وجليسرين، وكما يحصل التفاعل الكيميائي بالقصد إليه بالوسائل العلمية الفنية يحصل أيضاً - بصورة غير منظورة - في الصور التي أوردها الفقهاء على سبيل المثال: كالتخلل والدباغة والإحراق.

وبناء على ذلك تعتبر:

(1) أي أحماض دهنية Fatty acids.

(1) المركبات الإضافية ذات المنشأ الحيواني المحرّم م أو النجس التي تتحقق فيها الإستحالة كما سبقت الإشارة إليها، تعتبر طاهرة حلال التناول في الغذاء والدواء.

(2) المركبات الكيميائية المستخرجة من أصول نجسة أو محرمة كالدّم المسفوح أو مياه المجاري والتي لم تتحقق فيها الاستحالة بالمصطلح المشار إليه، لا يجوز استخدامها في الغذاء والدواء مثل : الأغذية التي يضاف إليها الدم المسفوح كالنقانق المحشوة بالدم والعصائذ المدّمة (البودينغ الأسود) والهامبرجر المدّمى وأغذية الأطفال المحتوية على الدم وعجائن الدم والحساء بالدم ونحوها تع تبر طعاماً نجساً محرّم الأكل لاحتوائها على الدم المسفوح الذي لم تتحقق به الاستحالة.

أما بلازما الدم- التي تعتبر بديلاً رخيصاً لزلال البيض- وقد تستخدم في الفطائر والحساء والنقانق والهامبرجر و صنوف المعجنات كالكعك والبسكويت والعصائذ (بودينغ) والخبز ومشتقات الألبان وأدوية الأطفال وأغذيتهم، والتي قد تضاف إلى الدقيق، فقد رأت الندوة أنها مادة مباحة للدم في الإسم والخصائص والصفات فليس لها حكم الدم وإن رأى بعض الحاضرين خلاف ذلك.

ب- الاستهلاك:

ويكون ذلك بامتزاج مادة محرمة أو نجسة بمادة أخرى طاهرة حلال غالبية، مما يذهب عنها صفة النجاسة والحرمة شرعاً، إذا زالت صفات ذلك المخالط المغلوب من الطعم واللون والرائحة، حيث يصير المغلوب مستهلكاً بالغالب ويكون الحكم للغالب ومثال ذلك:-

(1) المركبات الإضافية التي يستعمل من محلولها في الكحول كمية قليلة جداً في الغذاء والدواء كالملونات والحافظات والمستحلبات ومضادات الزنخ.

(2) الليستين والكوليسترول المستخرجان من أصول نجسة بدون استحالة يجوز استخدامها في الغذاء والدواء بمقادير قليلة جداً مستهلكة في المخالط الغالب الحلال الطاهر.

(3) الإنزيمات الخنزيرية المنشأ كالبيسين وسائر الخمائر الهاضمة ونحوها المستخدمة بكميات زهيدة مستهلكة في الغذاء والدواء الغالب».

الفصل الرابع عشر

العورات في الممارسة الطبية

العورات في الممارسة الطبية

التقريب في حفظ العورات في المستشفيات ظاهرة مؤلمة، فهذا طبيب يدخل على غرفة تنويم للنساء في الزيارة الصباحية، يفتح الباب، وينزل الستارة عنها من غير استئذان، ولا كلام . والاستئذان واجب لو كان المريض رجلاً فكيف وهي امرأة؟! . وفي غرفة العمليات حدث ولا حرج؛ فالمرأة قد توضع على طاولة العملية عارية تماماً، ويكون في غرفة العمليات : أخصائي التخدير، وطلاب، وأطباء . وعندما يقول أحدهم : قوموا بتغطيتها. يردُّ آخر بقوله: إننا جميعاً أطباء⁽¹⁾.

(1) أصبح هذا الإجراء مستهجناً لدى الأطباء حتى في الغرب . ونحن ندين بقوة مثل هذا السلوك، ونرى أنه في طريقه إلى الزوال.

تشريح جثث الجنس الآخر:

من المعروف أن على طالب الطب سواء كان رجلاً أم امرأة أن يشرح جُثثَ الرجل وِجُثثَ المرأة وعلية (أو عليها) أن يعرف (تعرف) الجهاز التناسلي للذكر والـجهاز التناسلي للأنثى تشريحاً ووظيفة وأمراضاً ولا يعذر طالب الطب (ذكراً كان أم أنثى) في جهله بأي منها، كما أن على طالب الطب أن يحضر الولادات الطبيعية وغير الطبيعية.

والتشريح في حالات الطب الشرعي يستدعي تشريح جثث النساء في بعض الأحيان وغالبية من يشرحون الـجثث في هذا الميدان هم من الرجال. وقد لا توجد امرأة في هذا التخصص، ولا بد إذن أن يقوم الرجل بتشريح جثة المرأة، وقد يستدعي ذلك أجهزتها التناسلية في حالات الإغتصاب والإجهاض والذي قد يكون مصحوباً بإعتداء أدى إلى وفاة المرأة.

وقد وردت أحاديث صحيحة عن النبي ﷺ في مداواة المرأة للرجل الأجنبي عنها ومداواة الرجل الأجنبي للمرأة، نذكر منها:

(1) عن الربيع بنت معوذ > قالت: «كنا مع النبي ﷺ نسقي، ونداوي الجرحى ونردُّ القتلى إلى المدينة» وذلك في معركة أحد⁽¹⁾.

(2) عن أم عطية قالت: «غزوت مع رسول الله ﷺ سبع غزوات، أخلفهم في رحالهم وأصنع لهم الطعام لهم وأجيز على الجرحى وأداوي المرضى»⁽²⁾.

(3) عن أنس قال: «كان رسول الله ﷺ يغزو ومعه أم سليم (وهي أم انس بن مالك راوي الحديث) ومعها نسوة من الأنصار، يسقين الماء ويداوين الجرحى»⁽³⁾.

(1) أخرجه البخاري في صحيحه.

(2) أخرجه مسلم وأحمد وابن حبان.

(3) أخرجه مسلم.

(4) أخرج الحاكم في المستدرک أن الشفلة بنت عبد الله كانت ترقى من النملة (هربس زوستر) وجاءها انصاري خرجت به نملة يريد أن ترقيه فقالت : ما رقيت منذ أسلمت، فدعاها رسول الله ﷺ فقال لها: «أرقيه وعلّيتها حفصة كما علّيتها الكتابة».

(5) أخرجه الحاكم في المستدرک أن رسول الله ﷺ أوكل تميم بن سعد بن معاذ عندما أصيب في أكله إلى ربيعة الأسلمية، وجعل له خيمة في المسجد، ثم جعل معه بعض الجرحى وأوكل تميمهم جميعاً إلى ربيعة .

(6) عن حبار <: «أن أم سلمة أستأذنت رسول الله ﷺ في الحجامه، فأذن لها، وأمر أبا طيبة أن يحجمها»⁽¹⁾.

النظر للعورة للعلاج:

في ظل القاعدة الشرعية المعروفة (الضرورات تبيح المحظورات) والآخرى التي تقضي بارتكاب أهون الضررين اتقاء الأشد منهما، أعتبر تحريم النظر إلى العورة قاعدة لها مستثنيات لا تختص بطبيب دون غيره.

ولا يخفى أن العورة من الرجل ما بين السرة إلى الركبة، ومن المرأة البدن كله عدا الوجه والكفين، وأما العورة المغلظة فهي الفرج وما حوله.

وعلى هذا فإن ما فوق السرة وما تحت الركبة هو القدر المباح للنظر إليه من الرجل بالنسبة للرجل ومن الرجل لمحارمة، ومن المرأة للمرأة، ومن المرأة للرجل، أما نظر الرجل إلى المرأة فالقدر المباح منه هو الوجه والكفان.

هذه هي القاعدة في الجملة، أما الاستثناءات فهي إباحة النظر إلى محل المعالجة أو لمسه وهو في الأصل أشد حرمة من النظر، وذلك بالقدر الذي تدعو إليه الحاجة، حتى لو كان ذلك المحل هو السواتين .

(1) أخرجه مسلم وابن حبان.

ودواعي النظر التي مثلّوا بها متعدّدة وهي قد آلت إلى الطبيب أو مساعديه والملحقين به في الحكم كالمقابلّة والممرض/الممرضة، ولمن يعهد إليه بتعرّف البلوغ (التسنين)، ولمن يرجع إليه في معرفة العيوب الجنسية أو البكارة. ومما حضّ عليه الفقهاء ستر ما لا يحتاج لنظرة من العورة بثوب، والاقتصار على النظر للمحلّ المعالج .

علاج الرجل للمرأة وعكسه:

من القواعد الشرعية أن نظر الجنس - ذكراً أو أنثى - إلى الجنس نفسه أخفّ، ولهذا كان الأصل أن تعالج المرأة مثلها ... ومع هذا فقد نصّ الفقهاء على جواز الإِسْتِنَاء، وهو معالجة الرجل للمرأة وذلك حيث لم يوجد أحد من بني جنسها، أو أن الطبيب الرجل أكثر اختصاصاً وخبرة وعلماً من الطبيبة. فإذا لم يكن ساعة العلاج العاجل إلا رجلاً، أو كان الاختصاص المطلوب أو مقدار المهارة فيه لم يتوافر في امرأة، فذلك كله من الدواعي المشروعة .. وصرّح بعضهم بأن الرجل يستعين بامرأة فيطلب إليها فعل ما يريد فعله⁽¹⁾. وتتدرج إباحة الاطلاع على العورة للحاجة أو الضرورة بالنسبة للمريضة فتبدأ بالطبيبة المسلمة، فإن عدمت فالطبيبة غير المسلمة، فإن عدمت فالطبيب المسلم، فإن عدم فالطبيب غير المسلم، ما لم يفوّت هذا التدرج مصلحة طبية معتبرة تعود إلى تفاوت المهارة المهنية⁽²⁾.

الموقف الفقهي

(1) بحوث في الفقه الطبي والصحة النفسية من منظور إسلامي : د. عبد الستار أبو غدة، دار الأقصى، القاهرة 1991 .

(1) أما التدرج بالنسبة للمريض يكون من الطبيب المسلم إلى الطبيب غير المسلم إلى الطبيبة المسلمة إلى الطبيبة غير المسلمة وكل هذا مقيّد ومقدّر بالحدّ الذي تندفع به الضرورة والحاجة.

قال الذهبي في كتابة الطب النبوي: «ونصّ أحمد أن الطبيب يجوز له أن ينظر المرأة الأجنبية إلى ما تدعو إليه الحاجة، إلى العورة .. وكذلك يجوز للمرأة أن تنظر إلى عورة الرجل عند الحاجة» .. قال الذهبي: «وكذلك يجوز خدمة الأجنبية، ويشاهد منها عورة في حالة المرض وكذلك يجوز لها أن تخدم الرجل وتشاهد منه عورة في حال المرض إذا لم يوجد رجل أو محرم». ولا خلاف بين الفقهاء، على جواز مداواة الرجل للمرأة، ونظر ومسّ ما تدعو إليه الحاجة وإن كان عورتها المغلظة. وذلك عند فقدان الطيبة والعكس صحيح أي أن المرأة تداوي الرجل الأجنبي عنها عند عدم وجود الطبيب .

وبقَدَم الطيبة الكافرة على الطبيب المسلم عند الشافعي إلا إذا كان الرجل محرماً لها فيداويها هو، ويقدم الأمر من الأطباء ولو كان رجلاً على المرأة. ولو وجدت طيبة لا ترضى إلا بأكثر من أجره مثلها، ورضي الطبيب الرجل بأقل منها جاز للرجل مداواتها. بل لو وجد كافر رضى بأقل من أجره الطبيب المسلم جاز التداوي عنده. ويجوز التداوي عند الأمر من الأطباء ولو كان كافرًا مع وجود مسلم أقل خبرة ومهارة منه.

الخلوة بالمرأة:

أحكام الخلوة عامة لا إعفاء من مراعاتها إلا في الحالات الطارئة النادرة كما لو كانت المرأة مسافرة مع زوج أو محرم، ثم فارقها بالوفاة مثلاً. والخلوة الممنوعة هي الإفراد بالمرأة من قبل رجل ليس زوجاً ولا محرماً. والمتفق عليه هو ما جاء به الحديث الصحيح «ما خلا رجل بامرأة إلا كان الشيطان ثالثهما»⁽¹⁾.

(1) مغني المحتاج 133/3 والهداية والعناية 99/8 ورد المختار 337/5 ونهاية المحتاج 197/6.

واختلف الفقهاء في الخلوة فمنهم من رأى أن وجود رجلين أجنبيين ينفي الخلوة (بعض الحنفية) والراجح عند الشافعية أن الخلوة تنتفي بوجود امرأة ثقة أخرى ، بينما قال القفال الشاشي الشافعي أن الخلوة لا تنتفي بوجود امرأتين اجنبيتين (المريضة + الممرضة)، وتحرم خلوة امرأة برجلين إلا إذا كان أحدهما من محارمها. وعند الحنابلة أن الخلوة لا تنتفي بوجود امرأة أو أكثر مع الطبيب والمريضة كما لا تنتفي بوجود أكثر من رجل مع الطبيب إلا إذا كان الرجل أحد محارمها .

الإطلاع على العورات المغلطة:

أمر الشرع بمراعاة حرمة الإطلاع على العورات المغلطة بغض النظر عن توافق الجنسين أو اختلافهما، فالرسول ﷺ يقول: «لا ينظر الرجل إلى عورة الرجل ، ولا المرأة إلى عورة المرأة ، ولا يفضي الرجل إلى الرجل في ثوب واحد ، ولا تفضي المرأة إلى المرأة في الثوب الواحد»⁽¹⁾.

فلا يجوز للطبيب أن يتوسع في قاعدة «الضرورات تبيح المحظورات»، فالنظر إلى عورة المريض للضرورة معتبر في شرع الله، ويجوز كذلك مس العورة بقدر الحاجة ودون تجاوز، فمتى انتهى الطبيب من الفحص حرم عليه النظر أو اللمس بعده إلا لضرورة أخرى لاحقة، تطبيقاً للقاعدة الفقهية «ما جاز لعذر بطل بزواله»، وليتذكر الطبيب قوله تعالى: (بح بخ ب ب) وأن يتذكر قوله تعالى: (چ چ د د ت ت ث ث ذ ذ ز ز ر ر ك) لو أن فتاة وقعت في الخطيئة وطلبت من الطبيب أن يفحصها ليتبين هل حملت أو لا؟ فإن كل تجاوز من الطبيب في الأسئلة لمعرفة عشيقها ومقدار جمال ه، وعدد المرات التي اتصل بها ومكان ذلك، إلى آخر الأسئلة التي لا يتوقع عليها معرفة حصول

(1) صح يـح مسلم - كتاب الحيض ورواه الترمذي وابن ماجة وصحّ ح حديثهما الألباني - واللفظ لمسلم

الحمل يعتبر من قبيل التجسس الذي نهى الله عنه⁽¹⁾.
ويحرم على الطبيب أن يكشف الصدر والظهر الذي لا حاجة
إلى الكشف، بل الواجب عليه أن يطلب من المريضة المتحللة
خُلُقياً أن تحترمه ولا تكشف عما لا يجوز أن ينظر إليه.

(1) الطب في ضوء الإيمان : للشيخ محمد المختار السلامي دار الغرب الإسلامي
بيروت 2001 ص 201

حكم التصوير الطبي للعورة:

بعض الأمراض الجراحية تحتاج إلى تصوير بالأشعة سواء كان بالأشعة السينية أو الصوتية وغيرها.

ولا بد من مراعاة أحكام العورة عند إجراء التصوير الطبي للعورة، فلا يكشف من العورة للتصوير إلا لضرورة طبية مؤكدة، ولا يصور فيها إلا ما يلزم تصويره طبياً دون تجاوز للحد المطلوب.

وينبغي تجنب تصوير العورات المغلظة، كالأعضاء التناسلية والتدبين ونحوهما إلا لضرورة طبية مؤكدة.

ولا يحضر عملية التصوير إلا الأشخاص الذين يلزم حضورهم فعلاً، وذلك صوتاً للعورات من العبث بها أو لمسها دون ضرورة.

وإذا كانت هناك حاجة مؤكدة لعرض صور العورات لأغراض تعليمية مثلاً، فلا تعرض إلا على من يلزمهم فعلاً رؤيتها.

وإذا كانت هناك حاجة لنشرها في الكتب والمجلات، فيقتصر على نشر الجزء المطلوب من العورة دون تجاوز⁽¹⁾.

(1) الموسوعة الطبية الفقهية. د. أحمد محمد كنعان ص 204، 205 بتصريف.

الأول: ألا يوجد طيبة أو أن الطبيب أكثر خبرة ومعرفة من الطيبة، أو أن الطبيب قبل بأجر أقل من الطيبة كما تقدم.

الشرط الثاني: وجود الضرورة، أو الحاجة الملحة.

الشرط الثالث: أن يكون الكشف بقدر الحاجة، فإذا وجدت

الحاجة لكشف جزء من الساق مثلاً، لم يجز الكشف أكثر من مقدار الحاجة فيه. وإذا كانت الحاجة تندفع برؤية طبيب واحد لم يجز أن ينظر إليها أكثر من واحد.

الشرط الرابع: وجود المحرم، فالكشف على المرأة الأجنبية

مظنة الفتنة، ومن أعظم وسائل دفعها وجود المحرم. قال النبي ﷺ: «لا يخلون رجل بامرأة، إلا ومعها ذو محرم»⁽¹⁾.

خامساً: الاستئذان أدب شرعي أثبته الشرع حقاً لكل من

أغلق بابه، أو أرخى عليه ستره. والاستئذان شرع من أجل البصر، وقد عظم الله شأن الاستئذان حتى أهدر عين من نظر من غير استئذان فعن سهل بن سعد < قال: «اطَّلَعَ رَجُلٌ مِنْ جُرِّ فِي حُجْرِ النَّبِيِّ ﷺ وَمَعَ النَّبِيِّ ﷺ مِدْرَى يَحْكُ بِه رَأْسَهُ فَقَالَ: «لَوْ أَعْلَمُ أَنَّكَ تَنْظُرُ لَطَعْتُ بِه فِي عَيْنِكَ إِنَّمَا جَعَلَ الْإِسْتِئْذَانَ مِنْ أَجْلِ الْبَصْرِ»⁽²⁾.

و عن أبي هريرة < أن رسول الله ﷺ قال: «لَوْ أَنَّ رَجُلًا اطَّلَعَ عَلَيْكَ بِغَيْرِ إِذْنٍ فَحَدَفْتَهُ بِحِصَاةٍ فَفَقَاتَ عَيْنَهُ مَا كَانَ عَلَيْكَ مِنْ جُنَاحٍ»⁽³⁾.

سادساً: أن يدرس في كليات الطب: العلوم الشرعية التي

تبيّن الحقوق الشرعية للمرضى، والأحكام والقواعد الشرعية لأحكام التداوي وضوابطه.

(1) أخرجه مسلم من حديث ابن عباس <.

(2) متفق عليه.

(3) متفق عليه.

ضوابط إدارية وإجرائية للحفاظ على عورات المرضى بالمملكة العربية السعودية

صدر عن وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية الضوابط
الإدارية والإجرائية للحفاظ على عورات المرضى:

أولاً ضوابط عامة:

- (1) يمنع فحص المريضة بدون وجود ممرضة أو أحد محارمها.
- (2) عند إجراء الكشف الطبي على المريض /المريضة يتم استئذانه أولاً وإيضاح ما سيتم عمله معه و إن كان صغيراً في السن تؤخذ موافقة المرافق.
- (3) يجب أن يرافق المريضة ممرضة أو أحد محارمها طيلة فترة تواجدها عند الطبيب.
- (4) يمنع منعاً باتاً فحص المرضى في ممرات المرافق الصحية أو غرف الإنتظار.
- (5) يجب المحافظة على الخصوصية والسرية أثناء فحص المرضى.
- (6) عدم السماح بوجود من ليس له علاقة أثناء الكشف الطبي على المرضى.
- (7) وضع لوحة إرشادية أو إشارة ضوئية توضح للمراجعين المنتظرين أن الطبيب يقوم بإجراء الكشف ويمنع الدخول.
- (8) أن يتم تجهيز المرضى للفحص الطبي حسب ما تقتضيه الحالة المرضية مع المحافظة التامة على ستر العورة والأجزاء الأخرى من الجسد.
- (9) على الطبيب الرفق بالمريض عند إجراء الكشف الطبي، وإعطائه الوقت الكافي لعرض الجزء المطلوب فحصه.

- (10) على الممرض / المريضة التأكد من ستر وتغطية عورات المرضى سواء كان المريض واعياً أو تحت تأثير التخدير.
- (11) الحرص على إلباس المريض / المريضة لباساً يتصف بالموصفات الشرعية يحفظ خصوصيته ويستر عورته.
- (12) عدم السماح لعمال وعاملات النظافة بدخول غرف الكشف وأقسام المرضى عند إجراء الكشف الطبي ما لم تستدع الحاجة ذلك.
- (13) عدم السماح لعمال النظافة بدخول غرف التنويم أثناء الليل إلا عند الضرورة.
- (14) التأكيد على عدم السماح للعاملين من الذكور بالدخول إلى غرف الكشف أو أقسام تنويم المريضات بدون أسباب تستدع ذلك.
- (15) يمكن دخول الفريق الطبي من الذكور على المريضة شريطة مرافقة ممرضة وبعد الاستئذان من المريضة للسماح لهم بالدخول.
- (16) على رئيسة التمريض المسؤولة عن أقسام النساء التأكد من الحاجة لتواجد العاملين من الذكور.
- (17) على الفريق الطبي المعالج مناقشة الحالة الطبية للمريض مع المحافظة التامة على خصوصية المرضى وسرية المعلومات.
- (18) لا يسمح للطبيب بالخلوة مع المريضة بدون وجود ممرضة أو مرافق لها.
- (19) عدم الإخلال بهذه الضوابط أو بعضها، وعلى رئيسة القسم المعني إبلاغ الاستشاري المختص.
- (20) على الفريق الطبي أن يعامل المراجع أو المريض / المريضة كأهم شخص في حياتهم المهنية وأن العلاقة التي

ترابطهم بالمريض / المريضة هي الأمانة والنزاهة والمحافظة على كرامتهم واحترام خصوصياتهم.

(21) الفريق الطبي مؤتمن على المحافظة على عورة المريض / المريضة في حالة غيابه من الوعي وهو مسؤول عن تلك الأمانة.

(22) على رئيسة التمريض المسؤولة عن قسم النساء إبلاغ قسم الأمن بالمستشفى عند وجود أشخاص غير مصرح لهم مع المريض / المريضة.

ثانياً: ضوابط خاصة:

(أ) - فيما يخص العيادات الخارجية / الإسعاف:

- (1) يمنع منعاً باتاً إجراء الكشف الطبي على أي مريضة أو طفل داخل العيادات بدون حضور ممرضة.
- (2) فصل أماكن انتظار الرجال عن النساء فصلاً تاماً.
- (3) عدم السماح بدخول الرجال أماكن انتظار النساء.
- (4) في حالة وجود أمر يتطلب استشارة أو استئذان الزواج أو ولي أمر المريضة يتم دخوله بعد الإعداد المناسب لذلك.
- (5) لا يتم الكشف على أي مريض إلا على سرير الكشف المخصص لذلك وبوجود ستائر أو حواجز (سواتر) تحفظ خصوصية المريض وتستتر عوارته وسائر جسده.
- (6) يجب أن يتوفر على سرير الكشف شرف لتغطية المريض والسماح بستر عورته وتحديد المكان المعنى بالكشف، وإن لزم الأمر فحص الجسد كله فعلاً ذلك.
- (7) الطلب من الممرض / الممرضة تجهيز المريض / المريضة للكشف، ومن ثم على الطبيب / الطبيبة مباشرة الكشف بحضور الممرض / الممرضة.

(8) لا يتم البدء في الكشف إلا بعد شرح ذلك للمريض واستئذانه.

(9) العمل على أن يكون سرير الكشف في الجهة المعاكسة لجهة فتح باب العيادة لزيادة ضمان ستر عورة المريض.

(10) على الطبيب والمرضة إغلاق الستارة والتأكد من إحاطتها بالمريض والسرير من كافة الجهات قبل البدء بالكشف.

(11) على الطبيب التأكد من إغلاق باب العيادة وعدم السماح لغير المعنيين بالتواجد في عيادة الكشف.

(12) عند الحاجة لتغيير ملابس المريض / المريضة بملابس فحص معينة يتم ذلك من قبل المريض / المريضة بدون وجود الفريق الطبي ما لم تتطلب الحال الصحية المساعدة من هيئة التمريض.

(13) الممرضة المسؤولة عن العيادة تقع عليها مسؤولية تطبيق هذه الضوابط بكل دقة مع حفظ النظام وضبط الحركة داخل غرفة الكشف للعيادات / الإسعاف وعلى رئيسة الممرضات متابعة تنفيذ ذلك.

(ب) - فيما يخص أقسام التنويم:

(1) لا يتم الدخول إلى أقسام تنويم النساء إلا بعد الاستئذان من هيئة التمريض.

(2) لا يتم الكشف على أي مريضة منومة إلا بمرافقة ممرضة والتي عليها التأكد من إغلاق الستائر وتهيئة الممرضة المراد فحصها للطبيب مع ضمان الخصوصية للمريضات الأخريات.

- (3) تكون مسؤولية التأكد من تغطية جسد المريضة وستر العورة حسب الأصول الشرعية على الممرضة المسؤولة عن المريضة وعلى رئيسة القسم متابعة ذلك.
- (4) يمنع دخول أقسام التنويم للنساء ليلاً ما لم يستدع الأمر ذلك وتكون مسؤولية متابعة ذلك على رئيسة القسم.
- (5) يجب أن يحرص الاستشاري / الاختصاصي المختص على أن يلتزم جميع أعضاء الفريق الطبي بالضوابط الخاصة بالكشف على المرضى وخاصة الإناث ويقوم بمتابعة ذلك.
- (6) عدم السماح بالزيارة إلى أقسام النساء أثناء الليل بعد انتهاء أوقات الزيارة الرسمية.
- (7) يتم تطبيق الضوابط المذكورة أعلاه على أقسام تنويم الأطفال.

(ج) - فيما يخص نقل المريض بين أقسام المستشفى المختلفة:

- (1) لا يتم نقل المريض / المريضة بدون مرافقة أحد أعضاء هيئة التمريض ويكون مسؤولاً عن ستر عورة المريض / المريضة كاملة أثناء النقل.
- (2) الحرص على أن يرافق المريضة ممرضة أثناء النقل.
- (3) في حالة النقل إلى المختبرات أو الأشعة أو العلاج الطبيعي ويتطلب الأمر الانتظار يتم إبقاء المرضى في غرفة الانتظار بالقرب من الخدمات المساندة، كل مريض حسب جنسه مع ضمان خصوصية المرضى.
- (4) مراعاة خصوصية المرضى وستر عوراتهم عند الانتظار لعمل الفحوصات لدى الأقسام المساندة (الأشعة المختبر، العلاج الطبيعي... الخ) والحرص قدر الامكان

على عدم انتظار المرضى في الممرات الخاصة بالخدمات المساندة.

(5) عند نقل المريض / المريضة في حالة عدم كمال الوعي أو النوم فإنه يلزم التأكد من ستر المريض ويكون ذلك من مسؤولية الممرضة المرافقة.

(6) على هيئة التمريض الإقلال قدر الإمكان من نقل المرضى بين العنابر أو الخدمات المساندة (الأشعة، المختبر العلاج الطبيعي، إلخ) خلال الفترات المخصصة للزيارة.

(د) - ضوابط الحفاظ على المريض وخصوصياته في قسم

العمليات:

(1) على الممرضة المرافقة مسؤولية ستر عورة المريضة وتغطيتها بالكامل بما في ذلك الرأس والوجه والمحافظة على خصوصيتها في كل مراحل نقلها.

(2) على الممرضة المرافقة عدم ترك المريضة طيلة فترة النقل بدون مرافقتها حتى تسليمها للممرضة المسؤولة عن قسم العمليات.

(3) أن يتم تخصيص مكان مستور (ولو بستانر) في قسم العمليات يتم فيه استلام وتسليم المريضة ونقلها من عربة نقل المرضى (ترولي) الخاصة بالقسم المعني إلى عربة نقل المرضى (ترولي) الخاصة بغرفة العمليات وبالعكس وتكون مسؤولية ذلك على العمليات. أما في العودة فتكون المسؤولية مشتركة بين ممرضة الإفاقة وممرضة القسم.

(4) لا بد من تخصيص منطقة انتظار مستورة داخل قسم العمليات وخاصة للمرضى من النساء وتكون مفصولة عن المرضى الذكور مع مراعاة تكليف ممرضة مسؤولة عن منطقة الانتظار للمحافظة على ستر عورة المريض /

- المریضة حتى دخول غرفة العمليات.
- (5) الحرص على عدم تواجد من ليس له علاقة (بما فيهم عمال / عاملات النظافة) عند إدخال المريضة/ المريض غرفة العمليات وأن تكون مسؤولية ذلك على طبيب التخدير المعنى بالحالة.
- (6) وجوب المحافظة على بقاء عورة المريضة / المريض مستورة أثناء عملية التحويل من عربة نقل المرضى (ترولّي) الخاصة بغرفة العمليات إلى طاولة العمليات وتقع هذه المسؤولية على فنية / فني التخدير والممرضة تحت إشراف طبيب التخدير.
- (7) الحرص على توفير فنية تخدير في جميع الأوقات في غرف العمليات التابعة لمستشفيات أمراض النساء والولادة والأطفال أو غرفة العمليات الخاصة بهذا التخصص في المستشفيات العامة
- (8) يجب معاملة المرضى برفق واحترام مشاعرهم والحفاظ على خصوصياتهم ، والحرص على ستر عوراتهم أثناء توصيلهم إلى أجهزة المراقبة، والمحافظة على الهدوء. وتكون مسؤولية ذلك على طبيب التخدير والجراحة كلٌّ فيما يخصه.
- (9) يتم وضع لوحة تنبيه في حالة وجود مريضة أنثى في غرفة العمليات أو عند إجراء عملية تحت تخدير موضعي.
- (10) عند توصيل المريض / المريضة على جهاز الكلى أو أي جهاز آخر يتطلب الكشف عن جسد المريض / المريضة يجب مراعاة ستر العورة وعدم كشف أي جزء من الجسم ليس له علاقة بذلك وتكون مسؤولية ذلك على الممرضة المناوب.

- (11)** إذا احتاج المريض / المريضة قبل الشروع في إجراء لعملية الكشف عن العورة المغلظة لأمر ما مثل وضع قسطرة بولية أو لزوم وضع المريضة / المريض في وضع معين للعملية يجب مراعاة عدم تواجد أي فرد ليس هناك ضرورة لوجوده وأن يتم ذلك من قبل الممرضة للمريضة والممرض للمريض الرجل.
- (12)** يجب عدم تواجد أي فرد لا ضرورة له في غرفة العمليات أثناء تعقيم مكان العملية وتكون مسؤولية ذلك على الجراح وطبيب التخدير والممرضة كل فيما يخصه.
- (13)** عند انتهاء العملية يتم مباشرة تنظيف المريضة / المريض ويغشى الجسم بلباس العمليات مع التأكيد على ستر العورة وتكون مسؤولية ذلك على كل من الممرضة المعقمة والممرضة المناولة وطبيب التخدير.
- (14)** عند نقل المريضة / المريض من طاولة العمليات إلى عربة نقل المرضى (الترولي) الخاصة بالعمليات يجب الحفاظ على ستر العورة، وإجراء عملية النقل برفق، وتكون مسؤولية ذلك على طبيب التخدير مع ضرورة وجود الممرضة المناولة وفني / وفنية التخدير حتى خروج المريضة / المريض من غرفة العمليات ، وعدم ترك أي منهما في هذه الفترة حتى وصول غرفة الإفاقة والتسليم لممرضة الإفاقة .
- (15)** الحرص على ستر المريضة / المريض بالكامل في غرفة الإفاقة وفصل النساء عن الرجال بساتر مناسب ، وتقع المسؤولية هنا على ممرضة الإفاقة إلى أن يتم تسليم المريض / المريضة إلى ممرضة القسم مع مراعاة ومراقبة ذلك من قبل رئيسة ممرضات غرفة الإفاقة.

ملاحظة مهمة

يجب عدم اتخاذ تطبيق هذه الضوابط ذريعة لتأخير أو تأجيل أو إلغاء العملية الجراحية المقررة للمريض / المريضة حيث أن الأولوية القصوى هنا هي لعلاج المريض / المريضة في الوقت المقرر مع مراعاة مشاعره⁽¹⁾.

(1) مجلة صحة الخليج المجلد الثالث عشر – العدد 77- شعبان 1426 هـ سبتمبر 2005

قرار مجمع الفقه الإسلامي

بشأن ضوابط كشف العورة أثناء علاج المريض

«الحمد لله وحده والصلاة والسلام على من لا نبي بعده سيدنا ونبينا محمد وعلى آله وصحبه وسلم. أما بعد :

فإن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي لرابطة العالم الإسلامي في دورته الرابعة عشر، المنعقدة بمكة المكرمة، والتي بدأت يوم السبت، العشرون من شعبان، عام ألف وأربعمائة وخمس عشرة للهجرة . قد نظر في هذا الموضوع، وأصدر القرار الآتي:

- (1) الأصل الشرعي أنه لا يجوز كشف عورة المرأة للرجل، ولا العكس، ولا كشف عورة المرأة للمرأة، ولا عورة الرجل للرجل.
- (2) يؤكد المجمع على ما صدر من مجمع الفقه الإسلامي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي بقراره **برقم وتاريخ** وهذا نصه: «الأصل أنه إذا توافرت طبيبة مسلمة متخصصة يجب أن تقوم بالكشف على المريضة، وإذا لم يتوافر ذلك، فتقوم طبيبة غير مسلمة . فإن لم يتوافر ذلك يقوم به طبيب مسلم، وإن لم يتوافر طبيب مسلم يمكن أن يقوم مقامه طبيب غير مسلم . على أن يطلع من جسم المرأة على قدر الحاجة في تشخيص المرض ومداواته، وألا يزيد عن ذلك، وأن يغض الطرف قدر استطاعته، وأن تتم معالجة الطبيب للمرأة هذه بحضور محرم أو زوج، أو امرأة ثقة خشية الخلوة » انتهى النقل.
- (3) في جميع الأحوال المذكورة، لا يجوز أن يشترك مع الطبيب إلا من دعت الحاجة الطبيّة الملحّة لمشاركته، ويجب عليه كتمان الأسرار إن وجدت

- (4) يجب على المسؤولين في الصحة، والمستشفيات حفظ عورات المسلمين والمسلمات من خلال وضع لوائح وأنظمة خاصة، تحقق هذا الهدف . وتعاقب كل من لا يحترم أخلاق المسلمين، و

ترتيب ما يلزم لستر العورة وعدم كشفها أثناء العمليات إلا بقدر الحاجة من خلال اللباس المناسب شرعاً .

(5) و يوصي المجمع بما يلي:

1. أن يقوم المسؤولون عن الصحة بتعديل السياسة الصحية فكراً ومنهجاً وتطبيقاً بما يتفق مع ديننا الإسلامي الحنيف وقواعده الأخلاقية السامية، وأن يولوا عنايتهم الكاملة لدفع الحرج عن المسلمين، وحفظ كرامتهم وصيانة أعراضهم
2. العمل على وجود موجه شرعي في كل مستشفى للإرشاد والتوجيه للمرضى. وصلي الله على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم تسليماً كثيراً، والحمد لله رب العالمين».

الفصل الخامس عشر

أخلاقيات تشريح جثث الموتى

وقد نهى رسول الله ﷺ عن التمثيل ولو بكلب عقور، فكيف
بالإنسان.

ورغم أن الإسلام قد احترم الإنسان حيّاً وميتاً، ومنع من
التمثيل بالجثة، أو العبث بها، فإن تعلّم الطب يعتبر من الأهداف
النبيلة التي تخدم الإنسان، وما لا يتم الواجب إلاّ به يصبح واجباً،
وسنذكر هذه النقطة فيما بعد بما تستحقه من التفصيل وأقوال
الفقهاء فيها.

والخلاصة أن علماء الطب من المسلمين اتجهوا إلى علم
التشريح في الإنسان والحيوان، ومارسوه ليتعلّموا الطب، والإمام
الشافعي يقول: (العلم علمان: علم الأديان وعلم الأبدان). ولا يقوم
علم الأبدان إلاّ بتعلّم التشريح، ووظائف الأعضاء.

ويقول القاضي الطبيب الفيلسوف الفقيه المالكي أبو الوليد
محمد بن رشد: «من اشتغل بالتشريح ازداد إيماناً بالله».
وسنذكر في هذا البحث بعض الأدلة التي توضح أن المسلمين
قد مارسوا التشريح، وأنهم أسهموا فيه بإسهامات جمة، وأن
جهودهم فيه، قد أتاحت للبشرية التقدّم في علم التشريح وعلوم
الطب الأخرى.

وليس صحيحاً أن الأطباء المسلمين كانوا لا يمارسون
التشريح بسبب خوفهم من محاكم التفتيش، ومن بطش الفقهاء،
كما يدّعي بول غليونجي حيث يقول: «إني أرجح أن ابن النفيس
قام بصفات تشريحه في الحيوان، إن لم يجرها في جثث آدمية،
وكان عليه إجرائها في جوّ من السرية التامة، كما فعل زملاؤه في
الغرب في عصر النهضة.. فإنما فعل هذا لإسكات رجال الدين،

كما فعل بعده جاليليو وكبلر وكوبرنيكس خوفاً من محاكم التفتيش⁽¹⁾.

ولا شك إن كلام بول غليونجي متناقض ومضطرب، وأسلوبه رديء ومناقض للحقيقة، فهو يدّعي تارة أنه لم يشرّح إلا الحيوانات، ثم يدّعي أنه مارس التشريح سراً خوفاً من رجال الدين!! وإذا كان لم يشرّح إلا الحيوانات فلماذا السرية؟! ثم ادعى أنه هناك محاكم تفتيش، وقتل وسحل للعلماء كما حدث في أوروبا لجاليليو وكبلر و كوبرنيكس.. وهو كذب وافتراء .. فابن النفيس فقيه شافعي وابن رشد فقيه مالكي.. وكل الأطباء المسلمين كانت لهم ثقافة دينية واسعة، وكان بعضهم، كما سيأتي، من أساطين الطب والفقهاء أو علوم الحديث .. ولم يكن هناك فصام نكد بين علوم الدين وعلوم الدنيا .. ولم يحدث قط أن عدّ ب عالم من علماء المسلمين من أجل بحوثه الطبية أو الفلكية أو الكيميائية أو الفيزيائية.. إلخ، بل وجدوا التكريم والتشجيع من الخلفاء والعامّة.

الموقف الفقهي من تشريح جنث الموتى:

لم يبحث الفقهاء الأقدمون بحثاً مفصلاً في موضوع تشريح الجنث، سوى ما جاء في شقّ بطن الحامل الميت لإخراج جنينها، إذا ترجح حياة الولد في بطنها . قال ابن عابدين في حاشيته⁽²⁾: (حامل ماتت وولدها حي يضطرب، يشق بطنها من الأيسر ويخرج ولدها.. ولو مات الولد في بطنها وهي حية، وخيف على الأم قطع (الولد) وأخرج.. بخلاف ما لو كان حياً)، أي إذا كان حياً فلا يجوز تقطيعه.

وقال النووي في المجموع⁽³⁾: (إذا ماتت امرأة وفي جوفها جنين حي، يشق جوفها، لأن استبقاءه بإتلاف جزء من الميت،

(1) بول غليونجي : «سلب الغرب فضل ابن النفيس عليه» «المؤتمر الثاني للطب الإسلامي الكويت ج 2/378-382 المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الكويت، سنة 1982.

(2) ابن عابدين: رد المحتار على الدر المختار ج1/628.

(3) الإمام النووي: المجموع شرح المذهب ج5/300.

فأشبهه ما إذا اضطر إلى أكل جزء من الميت .. ويشترط لذلك أن ترجى حياة الولد، بأن يكون له ستة أشهر فأكثر).

وجاء في كتاب مغني المحتا ج للخطيب الشربيني (1)، وهو شرح منهاج الطالبين للنووي، أنه : (لو دُفنت امرأة وفي بطنها جنين حيّ ترجى حياته بأن يكون له ستة أشهر فأكثر، نُبش قبرها وشقّ جوفها، وأخرج، تداركاً للواجب لأنه يجب شقّ جوفها قبل الدفن).

وفي المذهب الحنبلي جاء في تصحيح الفروع (2): (أنه إذا ماتت امرأة حامل شقّ جوفها). وجاء في المغني لابن قدامة (3): (يحتمل أن يشق بطن الأم (الميتة) إن غلب على الظن أن الجنين يحيى).

وذكر ابن حزم في المحلى أن (4): (لو ماتت حامل والجنين قد جاوز ستة أشهر، وكان يتحرك، فإن بطنها يشق، ويخرج منها الطفل.. ومن تركه عمداً حتى يموت فهو قاتل نفس).

وكذلك أباح الفقهاء الأقدمون شقّ بطن الميت لو بلغ مال غيره في أثناء حياته، واختلفوا في التفاصيل، فبعضهم لم يجز شقّ بطنه إذا كان للميت مال، أو إذا كان المال عائداً له، وبعضهم أجاز ذلك، لأن من حق صاحب المال (جوهره مثلاً) أن يطالب بعين المال.. وإن بلغ الميت (قبل وفاته) مالاً له، فإن المال يصبح بعد وفاته مال الورثة، ومن حقهم أخذ مالهم . لذا أجاز بعض الفقهاء الشقّ (يدعى أحياناً البقر)، ولم يعتبروا ذلك مثلاً.

وقد كتب الأطباء، وكثير منهم فقهاء مثل القاضي أبي الوليد محمد بن رشد وابن النفيس كتباً في التشريح، ولكن أول من كتب من الفقهاء في علم التشريح وجواز استخدامه، هو شيخ الأزهر

(1) الخطيب الشربيني: مغني المحتا في شرح ألفاظ المنهاج ج/207/1.

(2) سليمان المقدسي: تصحيح الفروع ج/691/1.

(3) ابن قدامة: المغني ج/551/2.

(4) ابن حزم: المحلى ج/166/5 المسألة رقم 7.

العلامة أحمد بن عبد المنعم الدمنهوري المتوفى سنة 1192هـ الذي صنّف رسالة أسماها : «القول الصريح في علم التشريح» وشرحها في كتابه «منتهى التشريح بخلاصة القول الصريح في علم التشريح»⁽¹⁾.

وتولى مشيخة الأزهر بعد ذلك الشيخ حسن بن محمد العطار (1766-1843) وكان متفنناً في العلوم الحكيمة، إلى جانب تضلعه في علوم الدين، وله رسائل عدّة في الطب والتشريح . وعندما تمّ تأسيس كلية الطب عام 1827 في القاهرة في أبي زعل، وتولى زمامها الطبيب الفرنسي كلوت بك، كان شيخ الأزهر حسن العطار يفتد للطلبة أهمية التشريح، وجواز استخدامه لأنه يؤدي إلى علم الطب .. وعلم الطب أحد فروض الكفاية التي اهتم بها الإسلام اهتماماً شديداً .. واستطاع هذا العلامة أن يجتذب الأزهر الذين كانوا نواة كلية الطب آنذاك بأهمية علم التشريح وجواز تعلّمه عندما رأى ثورتهم على كلوت بك وهو يشرّح الجثث⁽²⁾.

وفي القرن العشرين أصدر الشيخ عبد المجيد سليم مفتي الديار المصرية فتوى برقم 639 في 26 شعبان 1356 (31 أكتوبر 1937)⁽³⁾ بإباحة التشريح، بناءً على أن قواعد الدين الإسلامي مبرّنة على المصالح الراجحة، وتحمل الضرر الأخف لجلب مصلحة يكون تفويتها أشدّ من هذا الضرر . وقد تمثّلت الفتوى في النقاط التالية:

(1) أحمد بن عبد المنعم الدمنهوري: تولى مشيخة الأزهر وفاته 1192هـ/1778م له كتب في الفقه والطب والفلك.

(2) د. فؤاد الحفناوي (الطب في الأزهر قديماً وحديثاً) المؤتمر الثاني للطب الإسلامي 1982، الكويت ج2/811-818 د. محمد عيسى الصالحية : التشريح بين اللغة والطب، المصدر السابق ج183/2 - 194.

(3) المصدر السابق د . الحفناوي (3) الفتاوى الإسلامية، دار الإفتاء المصرية ج4/1331.

الأولى: في تشريح جثة القتيل لإثبات التهمة على القتل أو لإثبات براءته.

الثانية: في حالة تشريح جثة المتوفى بالسّم لمعرفة سبب الوفاة ونوع السم.

الثالثة: تشريح الجثة لتعليم الطب، ومعرفة الأمراض، والمصلحة في ذلك أعم وأشمل.

وصدرت بعد ذلك فتوى الشيخ حسنين مخلوف عام 1951 وأكّد فيها جواز تشريح الجثث للأغراض السابقة (مفتي الديار المصرية في تلك الفترة).

وتتالت الفتاوى من مختلف أصقاع العالم الإسلامي، وكان من آخرها بحث اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية حول موضوع تشريح جثث الموتى في 1396/7/21⁽¹⁾، وقرار هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية (الدورة التاسعة) رقم 47 وتاريخ 1396/8/20⁽²⁾. وقرار المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي الـعاشرة (24-28 صفر 1408هـ/ 17-21 أكتوبر 1987) بشأن تشريح جثث الموتى⁽³⁾. وقد أباحت هذه الفتاوى، وكثير غيرها التشريح لأحد الأغراض التالية:

- التحقّق في دعوى جنائية لمعرفة أسباب الموت أو الجريمة المرتكبة، وذلك عندما يُشكّل على القاضي معرفة أسباب الوفاة، ويتبيّن أن التشريح هو السبيل لمعرفة هذه الأسباب.

(1) محمد علي البار : علم التشريح عند المسلمين، الدار السعودية، جدة 1989 ص

76-69.

(2) المصدر السابق ص 78.

(3) كتاب قرارات المجمع الفقهي الإسلامي رابطة العالم الإسلامي، مكة المكرمة.

- التحقق من الأمراض التي تستدعي التشريح ليتخذ على ضوءه الاحتياطات الوقائية والعلاجات المناسبة لتلك الأمراض.
- تعليم الطب، وتعلّمه كما هو الحال في كليات الطب.

ماذا يحدث في صالات التشريح؟

بفضل الله قلّت الحاجة لتشريح الجثث لدراسة علم التشريح **Anatomy** وذلك بعد التقدّم في الوسائل التعليمية الطّبية بشكل كبير خلال العقود الماضية . وأصبحت الحاجة إلى تشريح الجثث لدراسة علم التشريح أقلّ بكثير مما كانت عليه . وأصبحت جثة أو جثتين تكفيان لمجموعة كبيرة من الطلبة في هذه المرحلة . ومع إيجاد مقاطع متعدّدة وتصويرها مقطعيّاً، أصبحت معرفة الأعضاء وعلاقاتها أفضل مما كانت في السابق . كما أن صناعة أشكال مشابهة لجثة الإنسان ولأعضائه تقدّمت بحيث أمكن تدريس علم التشريح على هذه المجسّمات، وإن كانت لا تكفي كفاية تامّة لمعرفة علم ال تشريح . ولكن مع دراسة جثة حقيقية بواسطة المدرس وتوضيحها للطلاب مع وجود المقاطع المتعدّدة أمكن بالفعل تخفيض الحاجة للجثث.

وأما في السابق فقد كانت الصورة مزرية ولا أخلاقية، وكانت الجثث تسرق من المقابر، أو من المتعهدين، وتورد إلى كليات الطب . ويقوم كل مجموعة من الطلبة بتشريح جثة بعد تقسيمهم إلى مجموعات صغيرة . وكان من المريع أن تجد الطالبات فضلاً عن الطلبة يأكلن السندويشات ويشربن الغازيات (الكازوزة) وهنّ يقمن بالتشريح . كما أنني رأيت بعض زملائي وهم يقيسون طول الأمعاء على الأرض بأقدامهم !!؟ وأعتقد أن هذه الصورة البشعة والمريعة قد اختفت . كما أظن أن استعارة أجزاء من الجثة لدراستها في المنزل مقابل مبلغ مالي للموظف قد

انتهت أو كادت . ولم يكن في الخمسينات والستينات من القرن العشرين غربياً أن يقوم طالب في كلية الطب باستعارة أجزاء من الجثة وطبها في البالطو ومع ذلك يركب الأوتوبيس المزدهم . ولولا ستر الله لظهرت أجزاء من الجثة ولكانت فضيحة ومأساة .

وفي ظني أن الأمور قد تحسّنت حتى في الهند وباكستان وبنغلاديش ومصر ولا شك أن ما كان يتم في السابق هو أمر مشين ولا أخلاقي . وأن بقاياها إذا كانت لا تزال موجودة، يجب أن تحارب حتى تتوقف تلك الممارسات البغيضة توقفاً تاماً . وهناك أمر آخر وهو أن ما بقي من الجثة ينبغي أن يجمع ويدفن وهو أمر لا أظن أنه يحدث في كثير من البلدان . ولا بد من جمع هذه البقايا ودفنها .

ويبقى الإشكال في القطع من الجثث والتي تُحنّط وتوضع في جرار زجاجية خاصة لدراستها من قبل الطلبة . فهذه القطع تبقى في المتحف ربما لمئات السنين .

وكذلك التشريح لمعرفة الأمراض فإن قطعاً كثيرة تُحنّط وتحفظ في جرار كما تؤخذ منها عينات ميكروسكوبية لدراستها . وهذه كلها تبقى لآماد طويلة ولا تدفن .

ولا شك أن هناك حاجة لمثل هذه العينات المحفوظة في متاحف كليات الطب . ولا بد منها لدراسة علم الأمراض خاصة ، ولعلم الطب عامة .

والمطلوب من طلبة الطب وأساتذتهم إبداء الإحترام الواجب للجثة أثناء التشريح ويمنع منعاً باتاً الأكل والشرب في قاعات التشريح كما يمنع التدخين بتاتاً في كليات الطب وخاصة في قاعات التشريح .

كما ينبغي جمع ما تبقى من الجثث ودفنها . ويحتاج الطلبة لدراسة الهيكل العظمي وكان كل طالب يحتفظ في منزله بهيكل عظمي كامل للإنسان حتى تتم دراسته بالتفصيل

في المنزل . ومع التقدّم في الوسائل التعليمية لا أظن أن هناك حاجة لمثل هذا الإجراء .. بل ويبدو من العسير توفير هيكل عظمي كامل لكل طالب من طلبة كلية الطب، فقد أصبح الحصول على هيكل كامل يكلف مبالغ طائلة جداً، بينما كان ذلك في الماضي ميسوراً بمبالغ معقولة.

وعلى أية حال فإن الحصول على هيكل عظمي لكل طالب أمر متعذر من ناحية ولا حاجة له من ناحية أخرى . ويكفي هيكل كامل في متحف الكلية لدراسته مع وجود المجسمات المتقنة.

الفصل السادس عشر

الطبيب

وجراحة التجميل

الطبيب وجراحة التجميل

مع بداية العصر الحديث ازداد ولع النساء وبعض الرجال بعمليات التجميل، وأصبح يُنفق عليها الأموال الباهظة، فقد أفلحت الجمعية الأمريكية لأطباء الجراحة التجميلية أن حوالي 7 ملايين أمريكي أنفقوا ما معدله 77 بليون دولار على الإجراءات التجميلية الجراحية وغير الجراحية في عام واحد. وتشير هذه الأرقام إلى النمط المتزايد بشكل هائل في السنوات الأخيرة نحو هذا النوع من الإجراءات.

وازداد إقبال النساء بشكل خاص في بلادنا على عمليات التجميل بشكل كبير، وبدأت مراكز التجميل بالانتشار في مختلف البلاد العربية والإسلامية بعد انتشارها في أوروبا وأمريكا. وأصبحت الصحف والمطبوعات العربية تعجّ يومياً بدعايات وإعلانات برّاقة عن الخدمات التي تقدمها مراكز التجميل من عمليات شفط الدهون، وشدّ الأجزاء المترهلة والتكبير والتصغير وإزالة غير المرغوب فيه، وقائمة طويلة عريضة من الخدمات الأخرى التي يسيل لها لعاب كثير من النساء الباحثات عن القوام الرشيق والراغبات في مزاحمة المطربات ومذيعات الفضائيات على عرش الجاهل!!

ومع ازدياد الإقبال على عمليات التجميل تدافع الأطباء من مختلف الاختصاصات لتعلم عمليات التجميل التي قد تقع ضمن

إختصاصهم، مما أدى إلى حرب غير معلنة بين الأطباء من مختلف الاختصاصات، فجراح الأنف والأذن والحنجرة يطالب بأن يكون هو الوحيد المؤهل لإجراء عمليات تجميل الأنف، وأطباء الجلدية يطالبون بأن يكونوا الوحيدين المؤهلين لإجراء عمليات التقشير الكيميائي أو إعادة صقل الجلد بالليزر أو شفط الدهن، في حين يرى جراحو التجميل أن هؤلاء الأطباء متطفلين على التجميل الذي يجب أن يكون محصوراً بهم!

ويواجه المرضى خطر الوقوع بين أيدي بعض الأطباء الذين لا يؤمنون بإحالة المريض إلى زميل آخر في حال عدم أهليتهم للقيام بما تتطلبه الحالة أو ما يطلبه المريض بدافع الطمع المادي أو الغرور المهني⁽¹⁾.

ولعل التعريف التالي للجراحة التجميلية أشمل تعريف :
«إجراء طبيّ جراحيّ يستتدّ دفّ تحسّين مظهر أو وظيفّة أعضاء الجسم الظاهرة».

فجراحة التجميل جراحة طبية تجرى على شخص بناء على طلبه ورضائه الحر المستنير، بغيّة إصلاح التشوهات أو العيوب الخلقية أو المكتسبة الموجودة في ظاهر جسمه، والتي لا تسبب له ألماً عضوياً، وإنما تعيب شكله وتؤثر في قيمته الشخصية والاجتماعية، وذلك بإعادة التناسق والتوازن للجزء المشوه أو المعيب في جسمه وفقاً لمقاييس الجمال المناسبة له⁽²⁾.

ويجب أن يكون الغرض من جراحة التجميل هو علاج الشخص بتخليصه من عيب حقيقي في شكله، فلا يجوز إجراء هذه الجراحة لشخص سليم من العيوب لمجرد التغيير في شكله أو جنسه، إشباعاً لنزوة أو رغبة شاذة لدى هذا الشخص.

(1) المسؤولية الطبية في الجراحة التجميلية : دراسة مقارنة . د. منذر الفضل ، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان 1992.

(2) المسؤولية المدنية لجراح التجميل. د. رجب كريم عبدالله، دار النهضة العربية، القاهرة

أنواع جراحة التجميل :

تنقسم عمليات جراحة التجميل إلى ثلاثة أنواع:

1- الجراحة التجميلية التقيومية

الهدف من إجرائها تحسين الوظيفة ابتداءً، أي أن الهدف الرئيس من هذا النوع تصحيح الخلل الوظيفي في أحد الأعضاء، ويأتي بعد ذلك مراعاة الشكل وتناسق الجسم وأعضائه. وهذا النوع من أشهر مجالات الجراحة التجميلية، وهو أسبق في الظهور من الجراحة التجميلية التحسينية، بل هو أساس نشأة الجراحة التجميلية، حيث نشأت لتصحيح التشوهات الناشئة عن الحروق والإصابات الطارئة، إلا أنها تطورت لتحقيق هذا الهدف مع المحافظة على المظهر الخارجي، أي أن تحسين المظهر مقصود.

وقد يُعبّر عنه بالجراحة الترميمية أو التعويضية أو إعادة البناء؛ وذلك لأن هذه الجراحة يتم إجراؤها غالباً لإعادة العضو إلى خِلقته الأصلية التي تغيرت بسبب حادث أو مرض ونحوهما.

ومن أشهر الجراحات المندرجة تحت هذا النوع :

- (1) جراحات الحروق، وما يدخل تحتها من إجراءات طبية كالترقيع الجلدي والعلاج بالبالونات الطبية، وهذا من أشهر مجالات هذا النوع .
- (2) الجراحة المجهرية (الميكروسكوبية)، وهي الجراحة التي تقوم على استعمال المجهر للقيام بأعمال دقيقة مثل عمليات وصل الأوعية الدموية الدقيقة . ويندرج تحتها كثير من الجراحات كإعادة الأعضاء المقطوعة، وزراعة عضو مكان العضو المقطوع، وجراحة الأعصاب .

- (3) جراحة اليد، ويندرج تحته علاج العيوب الخلقية كالتصاق الأصابع وإزالة الأعضاء الزائدة، وعلاج قطع الأعصاب والأوتار والتهابات وأورام اليد .
- (4) جراحة الأسنان، ومن أمثلتها زراعة الأسنان وما يشابهها من إجراءات تهدف إلى تحسين وظيفة الأسنان وتركيبها وتلييسها وتقويمها والحشوات التجميلية.
- (5) جراحة الجمجمة والفكين .
- (6) جراحة زراعة الثدي⁽¹⁾ .

(1) «الجراحة التجميلية - دراسة فقهية» (رسالة دكتوراة) د.صالح بن محمد الفوزان.

2. الجراحة التجميلية التحسينية:

الهدف من إجرائها تحسين وتجميل المظهر الخارجي ثم الوظيفة تبعاً لذلك، أي أن الغاية في هذا النوع مراعاة الشكل وتناسق أعضاء الجسم الخارجية، ويأتي تحسين الوظيفة كمقصود ثانٍ بالنسبة للمظهر.

ولهذا النوع أمثلة كثيرة منها ما يلي:

- (1) زراعة شعر الرأس .
- (2) إزالة شعر الوجه والجسم .
- (3) جراحة تجميل العيون ورفع الحواجب والجفون .
- (4) تجميل الأنف .
- (5) تجميل الذقن .
- (6) تجميل الأذن وثقبها للزينة .
- (7) تجميل الشفتين وعلاج شق الشفة (الشفة الأرنبية).
- (8) تجميل الوجه بشده وإزالة تجاعيده .
- (9) جراحة تصغير الثدي الرجل .
- (10) تجميل الثدي المرأة بالتصغير أو التكبير أو الرفع .
- (11) جراحة تجميل الجلد وإزالة الوشم والتصبُّغات والندبات والشامات .
- (12) سحب الدهون وشد البطن .
- (13) حقن بعض المواد كالدّهون والكولاجين والботوكس .

وقد يصعب الفصل بين النوعين أحياناً .

3- الجراحة التجميلية المتعلقة بالجنس

ومن أبرز أمثلة جراحات هذا النوع :
(1) جراحات تحويل الجنس من ذكر إلى أنثى والعكس .

-
- (2) جراحة تصحيح الجنس لمن ظاهره أنثى وهو ذكر والعكس، وهو ما يعرف «بالخنثى الكاذبة».
- (3) علاج غير مُ حُدِّي الجنس ، وهو ما يُعرف «بالخنثى الحقيقية».
- (4) جراحة تصحيح فتحة البول عند الذكر .
- (5) إجراء عمليات الرتق العذري .
- (6) إزالة أو ثقب غشاء البكارة بالجراحة .

شروط ممارسة جراحة التجميل:

وتتميز جراحة التجميل بخصائص معينة تجعلها تختلف من عدة وجوه عن الجراحة العادية . فهي لا تهدف إلى علاج مرض عضوي في الشخص الذي يخضع لها، وإنما تهدف إلى إزالة تشوه أو عيب في جسمه لا يؤثر في صحته، ولا يهدد حياته بأي خطر .

وبالتالي، فإن هذه الجراحة – بخلاف الجراحة العادية – لا تُعتمَدُ ضرورة عاجلة تستلزم التدخل السريع للجراح، وإنما تتم عادة في ظروف هادئة ومتأنية، بحيث يكون أمام الجراح والمريض متسع من الوقت لتقدير التدخل الجراحي . وقد ترتب على ذلك ضرورة التشدد في تقدير التزامات جراح التجميل تجاه مريضه، بحيث تُفرض عليه واجبات تفوق في مداها تلك التي تُفرض على الجراح العادي.

1) كفاءة الطبيب:

فجراحة التجميل من فروع الجراحة المتخصصة التي تقتضي من الطبيب القائم بممارستها أن يكون على جانب كبير من الدقة، فضلاً عن إلمامه بالأبحاث والدراسات الخاصة بها فيجب أن يكون الجراح الذي يباشر هذه الجراحة متخصصاً في هذا النوع من الجراحة (أي أن يكون جراح تجميل)، فلا يكفي أن يكون حاملاً على شهادة اختصاص في الجراحة فحسب بل يجب أيضاً أن يكون حاصلاً على شهادة اختصاص في جراحة التجميل، وأن يكون قد تلقى تدريباً كافياً في هذه الجراحة

2) رضا المريض المستنير:

ويكتسب رضا المريض، في مجال التجميل أهمية خاصة، فبعض أنواع جراحة التجميل تخلو من مظاهر الضرورة الماسة أو الاستعجال، كما في حالة إصلاح بعض العيوب الخلقية. لذا فمن واجب الطبيب تبصير المريض وإمداده بكافة البيانات المتعلقة بالعملية، وأن يكون ذلك بعبارات يسهل إدراكها وفهمها، وبحيث تسمح للمريض باتخاذ قراره وهو على بينة من أمره.

وإذا كان الطبيب لا يلتزم بإخبار المريض عن كل الأخطار المتوقع حدوثها عادة، فإن الأمر مختلف بالنسبة لعمليات جراحة التجميل، والتي تُحتَم على الطبيب أن يفصح للمريض عن أدنى خطر قد تتطوي عليه مثل هذه العمليات، حتى يأتي قبوله لها عن وعي كامل وإدراك مستنير.

ويجب أن يقوم جراح التجميل قبل إجراء الجراحة بإعلام المريض بكافة المخاطر التي يمكن أن يتعرض لها من جرّائها، وليس فقط المخاطر المتوقعة عادة، بل جميع المخاطر، حتى ولو كانت نادرة الحدوث، وأن يُمهّل المريض فترة كافية للتفكير والتروي، بحيث يأتي رضائه بالجراحة عن وعي وقناعة كاملة. ويجب أن يتم هذا الإعلام بورقة مكتوبة يوقّع عليها الجراح والمريض، ولا يُعفى الجراح من هذا الالتزام في أية حالة من الحالات، إذ لا إنقاذ حياة هنا ولا استعجال. ويجب أن يحصل جراح التجميل مقدماً على موافقة مكتوبة من المريض بالخضوع للجراحة، ولا يُعفى من هذا الالتزام في أي حالة من الحالات.

(3) التزام الطبيب ببذل عناية صادقة :

الأصل أن التزام الطبيب في العقد المبرم بينه وبين المريض هو التزام ببذل عناية⁽¹⁾، ولكن هل ينطبق هذا الأصل العام على التزام طبيب التجميل أم يُهَيَّأ عن التزامه بتحقيق نتيجة؟ فقد ذهب جانب من فقهاء القانون الوضعي إلى اعتبار التزام

(1) المسؤولية المدنية لجراح التجميل. د. رجب كريم عبدالله. (مرجع سابق).

الطبيب في مجال جراحة التجميل التزاماً بتحقيق نتيجة. بينما يميل غالبية فقهاء القانون الأوروبيين إلى القول بأن طبيعة التزام جراح التجميل هي من قبيل الإلتزام ببذل عناية، فجراحة التجميل لها نفس خصائص الأعمال الجراحية العادية، وليس هناك ما يستدعي إخراجها من حكم القواعد العامة. فجوهر العمل الطبي قائم على أساس الموازنة بين الخطر والأمل، أي انه يتسم بقدر من الإحتمال. وما دمنّا قد انتهينا إلى اعتبار جراحة التجميل من الأعمال الطبية المعتادة، فليس ثمة ما يبرر إخراجها من إطار القواعد العامة التي تحكم هذه الأعمال⁽¹⁾.

4) مراعاة التناسب بين مخاطر جراحة التجميل وفوائدها :

يكتسب شرط «مراعاة التناسب» في مجال جراحة التجميل أهمية خاصة، فبعض هذه العمليات لا يتوفر لها حالة الضرورة أو الاستعجال، كما أنها لا ترمي إلى الشفاء من علة مرضية معينة، بل إلى مجرد تحسين العيوب البدنية. لذا ينبغي على جراح التجميل أن يظهر حرصاً زائداً، ودقة بالغة وهو بصدد تقرير المخاطر المتوقعة، والفوائد المرجوة، وأن يضع في اعتباره المخاطر المحتملة والاستثنائية أيضاً. وترتيباً على ما تقدم، ينبغي على جراح التجميل أن يعدل عن مباشرة أي عملية لا تتناسب المخاطر المتوقعة فيها والمزايا المرجوة، بل وعليه أيضاً أن يرفض صراحة إجراء هذه العملية حتى ولو كانت بناء على رغبة المريض الملحة⁽²⁾.

(1) الجراحة التجميلية: رغبة جامحة وضوابط شرعية : د. حسان شمسي باشا، بحث مقدم إلى مجمع الفقه الإسلامي الدولي، في دورته الثامنة عشرة (2007م).
(2) مسؤولية الأطباء وتطبيقاتها في قانون العقوبات، د. محمد سامي الشوا دار النهضة القاهرة، 2003 ص 145-175.

خطأ جراح التجميل:

ويقسم خطأ جراح التجميل إلى خطأ فني أو خطأ عادي .

(1) الخطأ الفني لجراح التجميل :

ويتمثل الخطأ الفني لجراح التجميل أساساً في إهماله أو تقصيره في بذل العناية اللازمة للمريض في أي مرحلة من مراحل الجراحة . وهي عناية خاصة تقتضي بذل جهود حثيثة يقظة تتفق دائماً مع الأصول المستقرة في عالم الطب .

- ويتمثل هذا الخطأ أيضاً في الانحراف بجراحة التجميل عن سيرها الطبيعي المتفق عليه، بحيث يقوم الجراح بعمل آخر لا تستلزمه هذه الجراحة، مما يؤدي إلى إحداث تشوهات إضافية بجسم المريض .
- كما يتمثل هذا الخطأ في عدم سيطرة الجراح على آلة الجراحة، مما يتسبب في إحداث إصابات بالمريض مستقلة عن العيب أو التشوه الذي يقوم بإصلاحه، كأن يقوم بجرح أو قطع شريان أو عصب في مكان الجراحة أو مكان مجاور له، الأمر الذي يؤدي إلى إصابة المريض بالشلل أو العمى مثلاً .
- ويتمثل هذا الخطأ أخيراً في عدم مراعاة التناسب بين مخاطر الجراحة وفوائدها، إذ يتعين على الجراح أن يمتنع عن إجراء جراحة التجميل للمريض، إذا ما تبين له أن مخاطرها تفوق المزايا المتوقعة منها، حتى ولو كان المريض قد رضي بالخضوع لها وأصرَّ بشدة على ذلك، فأرادة الجراح يجب أن تعلو هنا على إرادة المريض⁽¹⁾ .

(2) الخطأ العادي لجراح التجميل :

(1) جراحة التجميل بين المشروعية والمسؤولية، د . عيد محمد المنوخ العازمي، دار النهضة العربية، القاهرة 2010 م، والمسؤولية المدنية لجراح التجميل (مرجع سابق).

- ويتمثل في عدم قيامه بإعلام المريض بمخاطر الجراحة المزمع إجراؤها، وعدم الحصول على رضائه بالخضوع لها.
 - كما يتمثل هذا الخطأ قانوناً في إجراء الجراحة لعملية تغيير الجنس لشخص سليم عضوياً، فهذه العملية محظورة شرعاً.
- ويجئ جراح التجميل أيضاً عن الأضرار التي تصيب المريض بسبب الأشياء المعيبة التي يستخدمها في الجراحة، كالأدوات والأجهزة الطبية والأدوية والتركيبات الصناعية وغير ذلك.

الفقه الإسلامي وجراحة التجميل :

إذا كان فقهاء الشريعة الإسلامية لم يعرفوا جراحة التجميل بالمعنى المتطور الذي بلغته في هذا العصر، إلا أنهم عرفوا بعض تطبيقاتها ورتبوا أحكامها من حيث الجواز أو المنع. ومن ذلك ما توصل إليه الصحابة في عهد رسول الله ﷺ من تجميل الأنف المقطوع عن طريق استبداله بعضو صناعي مصنوع من معدن خاص.

فقد روى الترمذي أن عجرفة بن أسعد قال : أصيب أنفي يوم الكلاب في الجاهلية، فاتخذت أنفاً من فضة، فأنتن فأمرني رسول الله ﷺ أن اتخذ أنفاً من ذهب⁽¹⁾.

ويستدل كذلك على معرفة المسلمين الأوائل لعمليات جراحة التجميل بما نص عليه الفقهاء في باب الإمامة من أن جدع الأنف وسمل إحدى العينين ونحو ذلك يمنع من انعقاد الإمامة، مما قد يوحي بأن إزالتها ربما تكون واجبة.

(1) رواه الترمذي.

وقد قرأنا في كتب السيرة النبوية عن إحدى معجزات المصطفى ﷺ وهي: «رد عين قتادة» وتلخص في أنه كان هناك صحابي جليل يدعى «قتادة»، وفي إحدى الغزوات أصيب الصحابي الجليل في عينه فسالت، فتلقاها الصحابي في يده وذهب بها إلى الرسول ﷺ. فقال الرسول: دعها وأسأل الله لك الجنة، فقال الصحابي: يا رسول الله إنني رجل مبتلي بحب النساء، وأخاف أن يقتلني أعور. فردّها إليّ وسلّ الله لي الجنة، فردّها المصطفى ﷺ إليه، فكانت أجمل من الأخرى . وكانت لا ترمد إذا رمدت الثانية»⁽¹⁾.

فنأخذ من هذه المعجزة أن أي شيء تشوه في البدن - وخاصة الظاهر منه- يؤدي إلى فقدان وظيفته كالبصر مثلاً، كما يؤدي إلى أمراض نفسية تؤذي صاحبها وتجعله في قلق دائم. وذهاب ذلك لا يكون إلا بإجراء مثل تلك الجراحات التجميلية متى دعت إلى ذلك ضرورة، ويكون ذلك - كما قال ابن القيم - بإعادة الصحة المفقودة أو إزالة العلة أو تقليلها بقدر الإمكان⁽²⁾.

ولما ك ان الطب كالشرع وُضع لجلب مصالح السلامة والعافية، ولدرء المفسدات والأسقام، ولدرء ما أمكن درؤه من ذلك، ولجلب ما أمكن جلبه⁽³⁾، وحيث أنه تدعو الضرورة إلى النوع الأول من الجراحة التجميلية، كما في الحالات الناجمة عن الحوادث التي نتج عنها بتر عضو، أو أحدثت منظراً غير مألوف، أو الحروق التي سببت تشوهات في البدن، أو عمليات التئام الشفتين المفتوحتين أو إحداهما، أو علاج السمنة المفرطة،

(1) الروض الأنف في تفسير السيرة النبوية لابن القاسم عبد الرحمن السهيلي 176/3.

(2) د. محمود محمد عبد العزيز الزيني :مسؤولية الأطباء عن العمليات التعويضية والتجميلية في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي، مؤسسة الثقافة الجامعية، الإسكندرية ص90.

(3) قواعد الأحكام للعز بن عبدالسلام 98/1.

ونحو ذلك، مما تدعو إليه حاجة الناس بدنياً ووظيفياً، وتدفع عنهم الألم النفسي وتذهب عنهم الهمّ والغمّ، فإنه يمكن القول بأن هذا النوع يدخل في إطار مشروعية التداوي المنصوص عليه قرآناً أو سنة، وذلك بخلاف النوع الثاني الذي لا تدعو الحاجة إليه. ومن المقرر شرعاً أن الحاجة تنزّل منزلة الضرورة بشرط ألا تتعدى القدر الذي يدفع تلك الضرورة أو الحاجة⁽¹⁾.

والرأي الراجح هو جواز التداوي بالجراحات التجميلية في النوع الأول الذي ذكرناه، وسواء كان عن طريق النقل الذاتي من البدن نفسه، ليعود إليه مرة ثانية، أو كان من الميت حديث الوفاة متى دعت إلى ذلك ضرورة، وتحققت الشروط المطلوبة والتي ذكرت آنفاً.

هذا وقد أجاز المجمع الفقهي الدولي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي في دورته المنعقدة في جدة سنة 1408هـ نقل الأعضاء وزراعتها، بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حياً أو ميتاً. وكانت الصورة الأولى رقم (1) بخصوص نقل العضو من مكان من الجسد إلى مكان آخر من الجسد نفسه، كنقل الجلد والغضاريف والعظام والأوردة ونحوها. وكان الحكم الشرعي لهذه الصورة: بجواز نقل العضو من مكان من جسم الإنسان إلى مكان آخر من جسمه، مع مراعاة التأكد من أن النفع المتوقع من هذه العملية أرجح من الضرر المترتب عليها، وبشرط أن يكون ذلك لإيجاد عضو مفقود أو لإعادة شكله أو وظيفته المعهودة له، أو لإصلاح عيب أو إزالة دمامة تسبب للشخص أذى نفسياً أو عضوياً⁽²⁾.

كما أصدر مجمع الفقه الإسلامي الدولي قراراً بشأن الجراحة التجميلية عام 2007 م (1428هـ).

(1) د. محمود محمد عبد العزيز الزيني، مرجع سابق.

(2) قرارات وتوصيات مجمع الفقه الإسلامي، دار القلم، دمشق ص 57-59.

قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 172 (18/11)

بشأن الجراحة التجميلية وأحكامها

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي الدولي المنبثق عن منظمة المؤتمر الإسلامي المنعقد في دورته الثامنة عشرة في بوتراجايا (ماليزيا) من 24 إلى 29 جمادى الآخرة 1428هـ، الموافق 9 - 14 تموز (يوليو) 2007م،

بعد الاطلاع على البحوث الواردة إلى المجمع بخصوص موضوع: الجراحة التجميلية وأحكامها، وبعد استماعه إلى المناقشات المستفيضة التي دارت حوله،

قرر ما يأتي :

أولاً: تعريف جراحة التجميل :

جراحة التجميل هي تلك الجراحة التي تُعنى بتحسين (وتعديل) (شكل) جزء أو أجزاء من الجسم البشري الظاهرة، أو إعادة وظيفته إذا طرأ عليه خلل مؤثر.

ثانياً: الضوابط والشروط العامة لإجراء عمليات جراحة

التجميل:

(1) أن تحقق الجراحة مصلحة معتبرة شرعاً ، كإعادة الوظيفة وإصلاح العيب وإعادة الخلقة إلى أصلها .

(2) أن لا يترتب على الجراحة ضرر يربو على المصلحة المرجاة من الجراحة، ويقرر هذا الأمر أهل الاختصاص الثقاة

(3) أن يقوم بالعمل طبيب (طبيبة) مختص مؤهل؛ وإلا

ترتبت مسؤوليته (حسب قرار المجمع رقم 142 (8 / 15).

(4) أن يكون العمل الجراحي بإذن المريض (طالب

الجراحة).

(5) أن يلتزم الطبيب (المختص) بالتبصير الواعي (لمن سيجري العملية) بالأخطار والمضاعفات المتوقعة والمحتملة من جراء تلك العملية

(6) أن لا يكون هناك طريق آخر للعلاج أقل تأثيراً ومساساً بالجسم من الجراحة.

(7) أن لا يترتب عليها مخالفة للنصوص الشرعية وذلك مثل قوله ρ في حديث عبد الله بن مسعود: «لعن الله الواشمات والمستوشمات والنامصات والمتنمصات والمتفلجات للحسن المغيّيات خلق الله»⁽¹⁾، وحديث ابن عباس «لعنت الواصلة والمستوصلة والنامصة والمتنمصة والواشمة والمستوشمة من غير داء»⁽²⁾ ولنهيه ϵ عن تشبه النساء بالرجال والرجال بالنساء وكذلك نصوص النهي عن التشبه بالأقوام الأخرى أو أهل الفجور والمعاصي.

(8) أن تراعى فيها قواعد التداوي من حيث الألت زام بعدم الخلوة وأحكام كشف العورات وغيرها، إلا لضرورة أو حاجة داعية.

ثالثاً: الأحكام الشرعية :

(1) يجوز شرعاً إجراء الجراحة التجميلية الضرورية والحاجية التي يقصد منها :

(أ) إعادة شكل أعضاء الجسم إلى الحالة التي خلق الإنسان عليها لقوله سبحانه: (پ پ پ ث ث ث) [العلق: 4]

(ب) إعادة الوظيفة المعهودة لأعضاء الجسم.

(ج) إصلاح العيوب الخلقية مثل : الشفة المشقوقة (الأرنبية) واعوجاج الأنف الشديد والوحمات، والزائد من

(1) رواه البخاري.

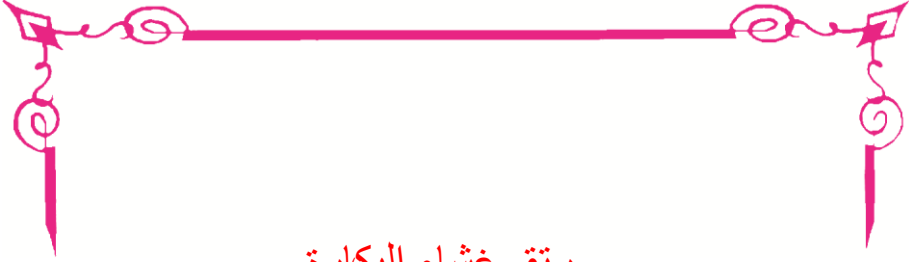
(2) رواه أبو داود.

- الأصابع والأسنان والتصاق الأصابع إذا أدى وجودها إلى
أذى مادي أو معنوي مؤثر .
- (د) إصلاح العيوب الطارئة (المكتسبة) من آثار الحروق**
والحوادث والأمراض وغيرها مثل : زراعة الجلد وترقيعه،
وإعادة تشكيل الثدي كلياً حالة استئصاله، أو جزئياً إذا كان
حجمه من الكبير أو الصغر بحيث يؤدي إلى حالة مرضية،
وزراعة الشعر حالة سقوطه خاصة للمرأة.
- (هـ) إزالة دمامة تسبب للشخص أذى نفسياً أو عضوياً**
(قرار المجمع 26(4/1)).
- (2) لا يجوز إجراء جراحة التجميل التحسينية التي لا تدخل**
في العلاج الطبي ويقصد منها تغيير خلقة الإنسان السوية تبعاً
للهموى والرغبات بالتقليد للآخرين ، مثل عمليات تغيير شكل
الوجه للظهور بمظهر معين أو بقصد التدليس وتضليل العدالة ،
وتغيير شكل الأنف وتكبير أو تصغير الشفاه وتغيير شكل العينين
وتكبير الوجنات .
- (3) يجوز تقليل الوزن (التنحيف) بالوسائل العلمية المعتمدة**
ومنها الجراحة (شفط الدهون) إذا كان الوزن يشكل حالة مرضية
ولم تكن هناك وسيلة غير الجراحة بشرط أمن الضرر .
- (4) لا يجوز إزالة التجاعيد بالجراحة أو الحقن ما لم تكن**
حالة مرضية شريطة أمن الضرر .
- (5) يجوز رتق غشاء البكارة الذي تمزق بسبب حادث أو**
اغتصاب أو إكراه، ولا يجوز شرعاً رتق الغشاء المتمزق بسبب
ارتكاب الفاحشة، سداً لذريعة الفساد والتدليس . والأولى أن يتولى
ذلك الطبيبات .
- (6) على الطبيب المختص أن يلتزم بالقواعد الشرعية في**
أعماله الطبية وأن ينصح لطالبي جراحة التجميل **(فالدين**
النصيحة) .

ويوصي بما يأتي :

- (1) على المستشفيات والعيادات الخاصة والأطباء الالتزام بتقوى الله تعالى وعدم إجراء ما يحرم من هذه الجراحات .
- (2) على الأطباء والجراحين التفقه في أحكام الممارسة الطبية خاصة ما يتعلق بجراحة التجميل، وألا ينساقوا لإجرائها لمجرد الكسب المادي، دون التحقق من حكمها الشرعي، وأن لا يلجؤوا إلى شيء من الدعايات التسويقية المخالفة للحقائق.

والله أعلم



رتق غشاء البكارة

والمراد بذلك عند الأطباء إعادة غشاء البكارة الذي زال أو تمزق لأسباب متعددة، وهذا يكون بترميم الغشاء أو بإعادة تشكيله إذا لم يبق فيه شيء.

وغشاء البكارة عبارة عن غشاء موجود حول فتحة المهبل الخارجية، ويتكون من طبقتين من الجلد الرقيق بينهما غشاء رخو غني بلباوعية الدموية.

ويكون هذا الغشاء في أغلب الأحيان رقيقاً، إلا أنه في أحيان أخرى يكون سميكاً جداً لدرجة الاحتياج لإجراء عملية جراحة لفضه عند الزواج، كما أن درجة مرونته وتمدده يختلف من فتاة لأخرى. وهناك نوع يسمى بالغشاء المطاطي المتمدد والذي يمكن معه إتمام الجماع بدون أن يتمزق.

وفي المجتمعات الغربية يعتبر كمجرد حاجز تشريحي عند فتحة المهبل ليس له وظيفة أو فائدة . بل إن عدم سلامته عند الزواج هو القاعدة السائدة في تلك المجتمعات، أما في المجتمعات الإسلامية فإن وجود غشاء البكارة سليماً عند زواج الفتاة أمر هام وضروري للتدليل على عذريتها.

وتشمل أسباب تمزق غشاء البكارة قبل الزواج الحالات الآتية:

- (1) حدوث علاقة جنسية غير شرعية مع الفتاة.
 - (2) وقوع حادث لطفلة أو فتاة أدى إلى إصابات بمنطقة الفرج ومن بينها غشاء البكارة .وكمثال لهذه الحوادث نذكر سقوط الفتاة على مؤخرتها على جسم صلب أو السقوط أثناء ركوب الدراجة ، وركوب بعض الحيوانات أو إدخال الأشياء الحادة فيه و غي ذلك.
 - (3) وقوع اغتصاب لطفلة أو فتاة.
- وفي هذا الموقف يلجأ الأطباء إلى عدد من التصرفات تختلف من طبيب لآخر حسب مقدار تدينه، والتزامه، وماديته، ورغبته في مساعدة مرضاه .. وتشمل التصرفات المتبعة في هذا الموقف مايلي:

- 1 - في حالة الأطفال أو الفتيات المصابات بتمزق في غشاء البكارة نتيجة لحادثة أو اغتصاب - يقوم بعض الأطباء بخياطة الجروح الناتجة عن ذلك وإيقاف أي نزيف مع ترك غشاء البكارة على حاله . ويعطي أهل الفتاة شهادة طبية موقعة منه ومن المستشفى الذي يعمل فيه تفيد سبب تمزق الغشاء، إلا أن أغلب الأهالي يرون أن هذه الشهادة لا تكفي لضمان زواج ابنتهم بعد ذلك لعدم قبول أغلب الرجال من فتاة تعرضت للاغتصاب كما أنهم قد لا يصدقون أن سبب تمزق الغشاء كان نتيجة لحادث.
- 2 - يقوم بعض الأطباء بخياطة ورتق لإصلاح غشاء البكارة المتمزق إذا كان التمزق بسيطاً . إلا أن هذا الرتق قد

لا ينجح في بعض الأحيان . ويجب على الطبيب إبلاغ أهل الفتاة بهذا الاحتمال وإعادة فحصها بعد عدة أسابيع للتأكد من التئام الغشاء وفي حالة عدم التئامه يعطي الطبيب لأهل الفتاة شهادة طبية رسمية موقعة بأن التمزق كان نتيجة حادث.

3 - يقوم بعض الأطباء بإجراء عملية رتق وإصلاح البكارة بعد الحادث أو الاغتصاب ومعاودة ذلك إذا لم تنجح العملية الأولى⁽¹⁾.

وتعتبر هذه المسألة من أشهر مسائل الجراحة النسائية التي حظيت بالبحث والدراسة لما لها من أبعاد اجتماعية خطيرة، وتُعد من النوازل؛ إذ لم تكن إعادة البكارة بالجراحة شيئاً معروفاً لدى المتقدمين، بيد أن عودة البكارة بعد زوالها كان أمراً متصوراً عند الفقهاء المتقدمين، وقد صرّحوا بما يترتب على ذلك في بعض المسائل⁽²⁾.

وإذا كان موقف الأطباء المسلمين الملتزمين دقيقاً وصعباً أمام هذه الحالات التي تعرض عليهم، فإن موقف الفقهاء وعلماء الدين أشد صعوبة وأكثر دقة .

حالة:

قد تحضر فتاة إلى الطبيب وحدها، أو مع والدتها لمعرفة حالة غشاء البكارة لقرب زواجها، وعادة ما يساق العذر بأن الفتاة

(1) د.كمال فهمي: رتق غشاء البكارة و محمود محمد الزيني :م مسؤولية الأطباء عن العمليات التعويضية والتجميلية والرتق العذري في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي.

(2) من ذلك على سبيل المثال : قال النووي في إيصال الماء في الغسل : ((ولو اندملت الجراحة والتأمت سقط الفرض في ذلك الموضع ، كما لو عادت البكارة بعد الافتضاض ، فإنه يسقط غسل ما كان ظهر بالافتضاض)). المجموع 229/2 .

قد سقطت على الأرض على مؤخرتها، أو من على دراجتها وهي طفلة، وأن الأم تريد الاطمئنان على عذرية ابنتها. وفي هذه الحالة يمكن للطبيب /للطبيبة الأخصائي معرفة فيما إذا كان الغشاء سليماً أم متمزقاً ودرجة تمزقه⁽¹⁾.

حالة:

رجل تزوج من فتاة ثم شكَّ الزوج في أن زوجته لم تكن عذراء، وعرض الأمر على الطبيب، فوجد الطبيب تمزقاً قديماً في غشاء البكارة، فهل يجب على الطبيب أن يخبر الزوج بحقيقة الأمر أم ماذا يفعل في مثل هذه الحالة؟ لا بد قبل الإجابة من التأكيد أن الدين الحنيف يأمر بالستر، ويحرم إشاعة الفاحشة. فالرسول ﷺ يقول: «لا يستر عبداً في الدنيا إلا ستره الله يوم القيامة»⁽²⁾. ويقول أيضاً: «من رأى عورة فسترها كان كمن أحمى موءودة»⁽³⁾.

وبناء على ذلك : لا ينبغي للطبيب أن يبلغ الزوج عن هذا التمزق القديم الذي لاحظته، بل ينبغي أن يرجح جانب الستر، ولا يكون الطبيب في عدم إخباره عن التمزق مخالفاً لأخلاقيات الطب، وذلك أن التمزق القديم في البكارة لا يستلزم الزنا، فقد تزول البكارة بأسباب غير الزنا . ولا شك أن إخبار الطبيب

(1) إفشاء السر الطبي وأثره في الفقه الإسلامي : د. علي محمد علي أحمد ص 344

(2) رواه مسلم.

(3) رواه أبو داود.

بالتمزق إضرار بمن لا يجوز الإضرار به، والضرر ممنوع في الشرع⁽¹⁾.

حالة:

إذا جاءت إلى الطبيب فتاة تخبره أن غشاء بكارتها قد تمزق، وتريد منه أن يقوم برتقه لها، فماذا يفعل الطبيب في هذه الحالة؟ هل يقدم الطبيب على هذا العمل إنقاذاً لشرف الفتاة؟ أو يمتنع عن ذلك حتى لا يشارك في غش من ستتقدم به؟ بناء على ما يظهر رجاحته من أقوال الفقهاء وقرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي بجدة، فلا يجوز للطبيب أن يقوم برتق غشاء البكارة لهذه الفتاة، كما لا يجوز له أن يبحث عن سبب التمزق، لأن الطبيب ليس بقاض يحكم بين المتخاصمين. وإن شك الطبيب أن التمزق كان نتيجة زنا لا ينبغي له أن يحقق في الأمر، وإنما يكتفي بالظاهر. وينبغي على الطبيب أن يحمل أمرها على الصلاح، وأن يفترض أن ما وقعت فيه كان لسبب ليس فيه معصية لله عز وجل. وإذا كان سبب تمزق غشاء البكارة اغتصاب أو حادث، فينبغي على الطبيب أن يزود الفتاة بشهادة طبية موثقة طبق الأصول الشرعية، لأن في ذلك تبرئة شرعية للفتاة لدى أهلها ولدى المجتمع. والقول بجواز رتق غشاء البكارة يؤدي إلى تشجيع الفتيات إلى ارتكاب الفاحشة.

(1) إفشاء السر الطبي وأثره في الفقه الإسلامي، د. علي محمد علي أحمد ص 345

كما أنه يمكن أن يؤدي إلى هدم الأسرة، إذا علم الزوج بعملية الرتق بعد الزواج، فيقع في صدره أنه وقع ضحية لهذه الزوجة وأسرتها، مما قد يدفعه إلى طلاق الزوجة..
وقد صدر عن مجمع الفقه الإسلامي قرار بشأن رتق غشاء البكارة (قرار رقم 172 (18/11) جاء فيه :
«يجوز رتق غشاء البكارة الذي تمزق بسبب حادث أو اغتصاب أو إكراه، ولا يجوز شرعاً رتق الغشاء المتمزق بسبب ارتكاب الفاحشة، سداً لذريعة الفساد والتدليس ، والأولى أن يتولى ذلك الطبيبات».

الفصل الرابع عشر

حقوق مرضى الإيدز

حقوق مرضى الإيدز

غيّر وباء فيروس الإيدز العالمَ تغييراً شديداً خصوصاً بإصابة الملايين من البشر وبمن فيهم الأطفال . وأصبح المجتمع الدولي ينظر بقلق إلى تفشي هذه الظاهرة الخطيرة خصوصاً وأن الإصابات كانت أكثر إنتشاراً في جيل الشباب والقوى العاملة والحية في المجتمعات .

فمنذ اكتشاف حالات الإصابة الاولى عام 1981، لم يتوقف الوباء عن الإنتشار، فقد ازداد عدد الوفيات، اذ لم يتم التوصل الى علاج ناجع ودواء فعّال للقضاء عليه أو الوقاية منه أو الحدّ من انتشاره، وإن كان قد تمّ إكتشاف العديد من العقارات التي تخفف من الأعراض وتطيل أمد حياة المصاب

وكثيرة هي المشكلات التي تصاحب مريض الإيدز والمحيطين به؛ فبعيداً عن مصيره المؤلم هناك العديد من الأسئلة التي تطرح نفسها على المحيطين بالمريض، خاصة من أقاربه.. ورغم أن أحد أهم أسباب انتشار هذا المرض هو السلوك الإنساني الخاطئ الذي يتمثل في الشذوذ الجنسي وارتكاب الفواحش، والإباحية الجنسية، إلا أن هناك خوفاً وقلقاً لدى البعض ممن يقوم على رعاية هؤلاء المرضى من انتقال هذا المرض القاتل إليهم مما يجعلهم في وضع نفسي خاص يختلف عن غيرهم.

وهناك وهم لدى قطاع كبير من الناس حول وسائل انتقال هذا المرض الخطير، مما أثنى سلباً على واقع هؤلاء المرضى وأساليب التعامل معهم ونظرة المجتمع إليهم.

ونظراً لارتباط المرض بالسلوك الإنساني المرتبط بالشذوذ الجنسي والإباحية الجنسية، وارتكاب الفواحش وإدمان المخدرات فإن هناك نفوراً طبيعياً من المصابين بهذا المرض.

ورغم أن غالبية المصابين بهذا المرض انتقل إليهم المرض عن طريق الممارسة الجنسية، إلا أن بعضهم قد أصيب به نتيجة لإجراءات طبية مثل نقل الدم ومشتقاته، فهم ضحايا دون أن يرتكبوا أيّاً من المحرمات، كما أن الأطفال المصابين هم ضحايا انتقال المرض إليهم من أمهاتهم أثناء الحمل.

وتنتقل العدوى بمرض الإيدز عن طريق السوائل العضوية وبخاصة الدم البشري والسائل المنوي والإفرازات المهبلية وحليب الأم عند الرضاعة إلى الطفل وينتقل الفيروس بثلاث وسائل شائعة وهي:

(1) - الاتصال الجنسي مع شريك حامل للفيروس (أكثر الحالات شيوعاً).

(2) - الدم ومستخلصاته بطرق نقل دم ملوث أو زراعة عضو أو نسيج ملوثين أو استخدام إبر حقن أو أية أداة وخز أخرى ملوثة.

(3) - من الأم إلى الطفل أثناء الحمل أو عند الولادة وأخيراً الرضاعة الثديية.

وهناك معلومات شائعة لكنها غير دقيقة وغير طبية من أن الفيروس ينتقل بطرق أخرى غير الطرق المذكورة أعلاه. فالعدوى لا تنتقل خلال التلامس الطبيعي العارض أو السعال أو العطس أو التقبيل، كما أن الإيدز لا ينتقل عن طريق استخدام دورات المياه المشتركة أو المرافق الصحية العامة أو الاستخدام

المشترك لصحون الطعام أو تناول أطعمة أو مشروبات مسّ ها
شخص حامل للفيروس . والإيدز لا ينتشر عن طريق وخز
البعوض أو وخز أية حشرة أخرى.

ماهي حقوق مرضى الإيدز؟

- (1) **حق تقديم الرعاية الصحية :** إن من حق مرضى الإيدز، مثلهم مثل غيرهم من المرضى، أن نقدم لهم الرعاية الصحية الملائمة، وأن يحصلوا على العلاج الكافي الذي تتطلبه حالتهم الصحية.
- (2) **حق المعاملة الحسنة :** ومن حقهم أن يعاملوا معاملة حسنة، فلا فظاظة في التعامل، ولاشدة في المؤاخذة، ولا انتقاص من كرامته الإنسانية أو الحط منها، فقط لأنه مصاب بالإيدز.
- (3) **حق الشفقة والرحمة :** مريض الإيدز من أحق المرضى بالرحمة والشفقة، حتى أولئك ال ذين أصيبوا نتيجة لسلوكهم الشاذ المحرّم وذلك أدعى دون شك إلى عودتهم إلى الصواب ، وتوبتهم وعدم بأسهم من رحمة الله العزيز الرحيم، ومن يدري فقد يكون الابتلاء تخفيفاً من ذنوبهم، وتكفيراً لسيئاتهم.
- (4) **عدم الشماتة:** قد يشطح أناس في تعاملهم مع مرضى الإيدز، فيعاملونهم باستعلاء وربما بشماتة على أنهم هم السبب في إصابتهم بالمرض وأنهم هم المفرطون .. أما أخذ العبرة من حالهم فلا شك أنه أمر سائغ .. وأما الشماتة بهم فأمر لا يجوز.. وفي الأثر «لا تظهر الشماتة بأخيك فيعافيه الله ويبتليك» فلنسأل الله العافية.
- (5) **عدم عزلهم في الحالات ا لتي لا يكون وا فيها خطراً على الآخرين .**
- (6) **حفظ أسرارهم :** لمريض الإيدز مثله مثل بقية المرضى، الحق في حفظ سره وعدم التشهير به، أو التحدّث عنه بما يكشف عن هويته إلا بالقدر الذي يدفع

الضرر عن الآخرين، ومن ذلك التبليغ عن حالته إلى الجهات الصحية المختصة، أو إخبار الزوج أو الزوجة بوجود الطرف المصاب، وبطريقة ليس فيها اتهام بالفاحشة. وما عدا ذلك يعدُّ خرقاً لأخلاقيات المهنة وأدابها.

(7) في مرحلته الأخيرة يعد مرض الإيدز من الأمراض المؤدية إلى الوفاة، وفي هذه المرحلة يتعيّن على المباشرين لمعالجته مراعاة تلك المرحلة وما يترتّب عليها من أحكام شرعية، ويجب أن لا يختلف مريض الإيدز عن غيره بخصوص ذلك.

إن تثبيت حقوق مرضى الإيدز والتأكيد عليها لا يعني على الإطلاق - كما تود بعض الأفكار أن ترسخ في الناس - لا يعني تسويغ الممارسات المحرمة وغيض الطرف عنها وعدم ذكرها أو الإشارة إليها من قريب أو بعيد .. فهذا فكر غير منطقي وغير علمي على الإطلاق.

ولا يمكن القضاء على هذا الداء الوبيل إلا بالعفة والاستقامة ومحاربة الشذوذ والإباحية الجنسية⁽¹⁾.

والواجب على من علم من نفسه الإصابة بمرض الإيدز أن يخبر مخطوبته بهذا المرض لأن هذا سم قاتل لا يرضاه المسلم لنفسه فكيف يرضاه لغيره وهو إلقاء للنفس في التهلكة وقتل للغير عمداً متى قصد ذلك.

ومن نقل المرض إلى غيره عمداً كشخص أو أشخاص معينين فإن فعله يعد قتلاً عمداً لأن فعله بمثابة وضع السم فيه ووضع السم يعد قتلاً عمداً في أصح قولي العلماء.

(1) أ.د. جمال الجارالله الملتقى الصحي، العدد 66 ذو القعدة 1426هـ، ديسمبر 2005 م بتصرف.

ومن كان مصاباً بهذا الم مرض وتزوج بسليم دون إعلامه به فإن ذلك جريمة عظيمة وذنب كبير لما يفضي إليه من تعذيب السليم بهذا المرض عند ابتلائه به ينتهي بالوفاة بعد ذلك غالباً. ويجب على الطبيب إخبار السليم من الزوجين بمرض الآخر إذا لم يكن له علم بذلك لأن هذا الإفشاء لا يتنافى مع سر المهنة بل هو من مقتضياتها وهو المتفق مع قواعد الشريعة⁽¹⁾. وقد وجد الباحثون أن ختان الذكر يقلل من فرص الإصابة بالإيدز كما إن استخدام الواقي (الرفال، الكوندوم) يقلل من احتمال الإصابة. ولا شك أن العفة والامتناع عن الزنا واللواط هو أسلم طريق للوقاية من الإيدز والأمراض الجنسية المختلفة.

(1) أحكام مرض الإيدز في الفقه الإسلامي: د. راشد مفرح الشهري، مكتبة المزيني - الطائف 2008.

**قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم: 82 (8/13)
بشأن مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز)**

إنّ مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره الثامن ببندر سيرى بيجوان، بروناي دار السلام من 1- 7 محرم 1414هـ الموافق 21- 27 حزيران (يونيو) 1993م. بعد اطلاعه على البحوث الواردة إلى المجمع بخصوص موضوع مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز). وبعد استماعه إلى المناقشات التي دارت حوله، وتبين منها أن ارتكاب فاحشتي الزنى واللواط أهم سبب للأمراض الجنسية التي أخطرها الإيدز (متلازمة العوز المناعي المكتسب)، وأن محاربة الرذيلة وتوجيه الإعلام والسياحة وجهة صالحة تعتبر عوامل هامة في الوقاية منها. ولا شك أنّ الالتزام بتعاليم الإسلام الحنيف ومحاربة الرذيلة وإصلاح أجهزة الإعلام ومنع الأفلام والمسلسلات الخليعة ومراقبة السياحة تعتبر من العوامل الأساسية للوقاية من هذه الأمراض. قرر ما يلي:

في حالة إصابة أحد الزوجين بهذا المرض، فإن عليه أن يخبر الآخر وأن يتعاون معه في إجراءات الوقاية كافة.

ويوصي بما يلي:

أولاً: دعوة الجهات المختصة في الدول الإسلامية لاتخاذ كافة التدابير للوقاية من الإيدز ومعاينة من يقوم بنقل الإيدز إلى غيره متعمداً. كما يوصي حكومة المملكة العربية السعودية بمواصلة تكثيف الجهود لحماية ضيوف الرحمن واتخاذ ما تراه من إجراءات كفيلة بوقايتهم من احتمال الإصابة بمرض الإيدز.

ثانياً: توفير الرعاية للمصابين بهذا المرض . ويجب على المصاب أو حامل الفيروس أن يتجنب كل وسيلة يعدي بها غيره، كما ينبغي توفير التعليم للأطفال الذين يحملون فيروس الإيدز بالطرق المناسبة.

ثالثاً: أن تقوم الأمانة العامة باستكتاب الأطباء والفقهاء في الموضوعات التالية، لاستكمال البحث فيها وعرضها في دورات قادمة:

- (أ) - عزل حامل فيروس الإيدز ومريضه.
- (ب) - موقف جهات العمل من المصابين بالإيدز.
- (ج) - إجهاض المرأة الحامل المصابة بفيروس الإيدز.
- (د) - إعطاء حق الفسخ لامرأة المصاب بفيروس الإيدز.
- (هـ) - هل تعتبر الإصابة بمرض الإيدز من قبيل مرض الموت من حيث تصرفات المصاب؟
- (و) - أثر إصابة الأم بالإيدز على حقها في الحضانة.
- (ز) - ما الحكم الشرعي فيمن تعدد نقل مرض الإيدز إلى غيره.
- (ح) - تعويض المصابين بفيروس الإيدز عن طريق نقل الدم أو محتوياته أو نقل الأعضاء.
- (ط) - إجراء الفحوصات الطبية قبل الزواج لتجنب مخاطر الأمراض المعدية وأهمها الإيدز.

والله أعلم

قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم: 90 (9/7)

بشأن مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والأحكام الفقهية المتعلقة به

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره التاسع بأبي ظبي بدولة الإمارات العربية المتحدة من 1-6 ذي القعدة 1415هـ الموافق 1-6 نيسان (أبريل) 1995م. بعد اطلاعه على البحوث الواردة إلى المجمع بخصوص موضوع مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والأحكام المتعلقة به، والقرار رقم 82 (8/13). وبعد استماعه إلى المناقشات التي دارت حوله.

قرر ما يلي:

أولاً: عزل المريض:

حيث إن المعلومات الطبية المتوافرة حالياً تؤكد أن العدوى بفيروس العوز المناعي البشري مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) لا تحدث عن طريق المعاشية أو الملابس أو التنفس أو الحشرات أو الاشتراك في الأكل أو الشرب أو حمامات السباحة أو المقاعد أو أدوات الطعام ونحو ذلك من أوجه المعاشية في الحياة اليومية العادية، وإنما تكون العدوى بصورة رئيسية بإحدى الطرق التالية:

(1) - الاتصال الجنسي بأي شكل كان.

ثالثاً: إجهاض الأم المصابة بعدوى مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز)⁽¹⁾:

نظراً لأن انتقال العدوى من الحامل المصابة بمرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) إلى جنينها لا تحدث غالباً إلا بعد تقدم الحمل – نفخ الروح في الجنين – أو أثناء الولادة، فلا يجوز إجهاض الجنين شرعاً.

رابعاً: حضانة الأم المصابة بمرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) لوليدها السليم وإرضاعه⁽²⁾:

لما كانت المعلومات الطبية الحاضرة تدل على أنه ليس هناك خطر مؤكد من حضانة الأم المصابة بعدوى مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) لوليدها السليم، وإرضاعها له، شأنها في ذلك شأن المخالطة والمعاشة العادية، فإنه لا مانع شرعاً من أن تقوم الأم بحضانته ورضاعته ما لم يمنع من ذلك تقرير طبي.

خامساً: حق السليم من الزوجين في طلب الفرقة من الزوج المصاب بعدوى مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز):

للزوجة طلب الفرقة من الزوج المصاب باعتبار أن مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) مرض معد تنتقل عدواه بصورة رئيسية بالاتصال الجنسي.

(1) أثبتت الأبحاث الطبية إن إعطاء الحامل المصابة بالإيدز (AZT) بقي جنينها من الإصابة بشرط أن يعطي العقار من أول الحمل وبالجرعة الطبية المقررة.
(2) إذا كانت الأم المرضعة تتناول الأدوية المضادة لفيروس الإيدز فإنه لا خوف من إصابة الرضيع بهذا المرض.

سادساً: اعتبار مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) مرض موت:

يعدّ مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) مرض موت شرعاً، إذا اكتملت أعراضه، وأقعد المريض عن ممارسة الحياة العادية، واتصل بالموت.

ويوصي بما يلي:

أولاً: تأجيل موضوع حق المعاشرة الزوجية مع الإصابة بالإيدز لاستكمال بحثه.

ثانياً: ضرورة الاستمرار على التأكد في موسم الحج من خلو الحجاج من الأمراض الوبائية، وبخاصة مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز).

والله الموفق

الفصل الثامن عشر

الانفجار السكاني

وقضية تحديد النسل

الانفجار السكاني وقضية تحديد النسل

نظرة تاريخية:

رغم أن التاريخ البشري عرف محاولات متعددة لتحديد النسل، إلا أن الاتجاه العام لدى البشرية كان الحث على التناسل، واعتبار التناسل نعمة. ففي قوانين مانو الهندية القديمة تأكيد على أهمية الزواج والنسل. والشيء ذاته موجود لدى زرداشت في فارس. وفي مصر القديمة كان التناسل والتكاثر، ضمن الحياة الزوجية، من الأشياء المقدسة.

وترى اليهودية أهمية التناسل وتحرم محاولة تحديد النسل، فقد جاء في التوراة، سفر التكوين (الإصحاح 27/1) قول الرب لأدم وحواء: (كونا مثمرين وتكاثرا على وجه الأرض). وعندما قام أونان بن يهوذا بن يعقوب # بالعزل وإلقاء مائه على الأرض، عندما تزوج امرأة أخيه (تامار)، حتى لا ينجب نسلاً لأخيه (حسب عقيدتهم التي يذكرون فيها أن الزوج إذا مات تزوج امرأته أقرب الناس إليه، فإن لم يكن للميت نسل يكون النسل الجديد منسوباً للميت)، غضب الرب حسب زعمهم، وأمات أونان لأنه قام بجريمة العزل (سفر التكوين، الإصحاح 6/38-10).

أما النصرانية فقد كانت تعتبر الرهينة هي قمة الحياة الروحية، وتنظر إلى الاتصال الجنسي، حتى في الزواج باعتباره

ليكورجاس (Spartan Lycurgas) عن العدد الأمثل لسكان اليونان. ووافق على ذلك هيبوداموس (القرن الخامس قبل الميلاد) وأفلاطون (القرن الرابع قبل الميلاد)، الذي نادى في كتابه المشهور «الجمهورية» بتحديد سكان اليونان بـ 5040 شخصاً فقط، وكان يرى أن على الدولة أن تشجع الزواج والتناسل والتجنيس إذا نقص العدد، وأن ترفع سن الزواج وتحدّ من التناسل عند الزيادة في العدد.

ولم تلق هذه الدعوات آذاناً صاغية إذ كان الحكام، في معظم الأحيان، يشجّعون بقوة على كثرة التناسل لحاجتهم إلى المقاتلين والعمال والصنّاع المهرة والمزارعين.

ابن خلدون ومسألة السكان:

لقد ناقش ابن خلدون في المقدمة مسألة السكان، وربط ذلك بحركة العمران، وتكوين الدول، كما ناقش المشاكل الاقتصادية الناجمة عن قلة السكان وكثرتهم، وكانت نظراته لصالح زيادة السكان، وعدم تحديد النسل، لأن زيادة السكان هي أساس الرفاهية، والقوة الاقتصادية، والعسلوية [أنظر المقدمة ص 360 وما بعدها فصل: في أن تفاضل الأمصار والمدن في كثرة الرفه والرزق لأهلها ونفاق الأسواق، إنما هو في تفاضل عمرانها في الكثرة والقلة].

وخلاصة رأي ابن خلدون أن زيادة السكان تؤدي إلى زيادة الأعمال وتنوّعها، وبالتالي زيادة العمران، وهو نفس ما توصلت إليه النظريات الحديثة في السكان. ويوضح ابن خلدون هذه الخلاصة بقوله:

«إن ما توفّر عمرانه في الأقطار، وتعدّد الأمم في جهاته وكثر ساكنه اتسعت أحوال أهله، وكثرت أموالهم وأمصارهم وعظمت دولتهم».

التجارىون فى أوروبا يتبنون آراء ابن خلدون فى قضية السكان:

لقد وجدت آراء ابن خلدون تأييداً قوياً فى أوروبا فى عصر الترجمة، وأيدها بقوة التجارىون (أى أصحاب المذهب التجارى الحر).

وقد شهدت القرون الميلادية: السادس والسابع والثامن عشر قيام دول قوية فى أوروبا مع وجود حركة تجارية نشطة متنامية. وفى تلك الفترة تم اكتشاف القارات الجديدة الأمريكيتين، وأستراليا بالإضافة إلى العديد من البلدان. ودار فاسكو دا جاكما حول رأس الرجاء الصالح، واكتشف كولومبوس جزر الهند الغربية، ومن ثم الأمريكيتين، واكتشف الكابتن كوك أستراليا ونيوزيلندا.

وشهدت هذه القرون زخم الزيادة المتتالية فى سكان دول أوروبا، مما أدى إلى انطلاق المارد الأوروبى ليحكم قبضته حول العالم..

وكانت هذه الزيادة المضطربة فى سكان أوروبا هى التى هيات لسيطرة الرجل الأوروبى على مقدرات الشعوب، وعلى استيطان القارتين الأمريكيتين، وقارة أستراليا، ونيوزيلندا، وإبادة سكانها الأصليين.

لهذا كله كانت أوروبا تنتهج سياسة النسل بدون حدود طوال هذه القرون الثلاثة، وعندما بدأت الثورة الصناعىة تظهر، وبدأت معها مشاكل هجرة السكان من الريف إلى المدينة بدأ بعض الأفراد يفكرون بطريقة مغايرة، رغم أن اتجاه الرأي العام والحكومات والكنيسة كان فى اتجاه الزيادة فى السكان، بدون حدود، وتشجيع التناسل على أوسع نطاق.

الفيزيوقراطيون ومسألة السكان:

ظهر الفيزيوقراطيون (**Physiocrats**) في النصف الثاني من القرن الثامن عشر في فرنسا، وإنجلترا، وكان من أبرز علمائهم آدم سميث، ومالتس، وميل ستيورات، ودي لاريفير الذين كانوا يدعون الدولة إلى أن ترفع يدها، وتدخّلها في شؤون التجارة والاقتصاد، وأن تترك الدولة عوامل السوق الطبيعية، لتحديد مسار الاقتصاد والتجارة.. وكان هؤلاء يمثلون الطبقة الرأسمالية الجديدة، التي كانت تريد أن تتخلص من أي عوائق يفرضها النظام السابق المتمثل في الملكية، والطبقة الأرستقراطية.. وأن تتحكّم في نظام الاقتصاد باسم ما يسمّى «الاقتصاد الحر». وكان رأي هؤلاء بالنسبة لمسألة السكان هو ترك القوى الطبيعية، تنظّم نفسها دون تدخل من الدولة أو الأفراد. وكانوا يعلنون دوماً أن العوامل الطبيعية كفيلة بتنظيم أمور البشر، وأن البشر يفسدون أيما إفساد بتدخلهم في قوانين الطبيعة، ولذا كانوا يميلون بقوة إلى زيادة السكان التي يعتقدون أنها تساهم في رخاء البشرية.

المalthوسية ومسألة السكان:

يعتبر توماس روبرت مalthوس القسيس الإنجليزي (1766-1834م) أول من أثار الفرع من احتمال التزايد السكاني بدون حدود. لأن السكان يزيدون بصورة متواليات هندسية (2، 4، 8، 16، 32).. بينما لا تزيد الموارد إلا على هيئة متواليات حسابية (1، 2، 3، 4، 5).. ولهذا فإن السكان حسب رأيه سيتضاعفون كل 25 سنة بينما لن تزداد الموارد إلا بنسبة محدّدة في هذه الفترة (9 بالمئة فقط) ولهذا فإن مalthوس يرى أنه إذا لم تكن هناك عوائق أمام ازدياد السكان، فإنه لا بد أن يأتي يوم لا تفي فيه الموارد بحاجات البشر. وقد وضع مalthوس نظريته هذه في مقالة نشرها عام 1798 بعنوان «تزايد السكان وأثره في تقدّم المجتمع في المستقبل». وقد

أثارت هذه المقالة ضجة كبرى، وساعدتها الظروف لتكون حجر الزاوية لنظرية جديدة يلتف حولها الأنصار.

وكان مalthus يرى أنه لا بد من إيجاد عوائق لهذا النمو المضطرد في السكان، وقسم مalthus هذه العوائق إلى نوعين: عوائق وقائية (Preventive checks) وعوائق إيجابية (Positive checks). والعوائق الإيجابية هي الحروب والمجاعات والأوبئة.. وهذه جميعها ينبغي على الإنسان المتحضر أن يتجنبها، ويقال منها قدر الإمكان.

أما العوائق الوقائية فهي تنقسم عنده أيضاً إلى قسمين: قسم أخلاقي وهو الرهينة (الامتناع عن الزواج) وتأخير سن الزواج، والامتناع الطوعي عن مباشرة الزوجة فترة من الزمن. وقد حذّر مalthus هذه الطريقة، واعتبرها أخلاقية، وهو أمر ليس غريباً على رجل ثقافته الأصلية كنسية.

والقسم الثاني هو لا أخلاقي، ويتمثل في استعمال وسائل منع الحمل والإجهاض. وقد رفضها مalthus وشنّ عليها حملة شرسة، ولكن الغريب حقاً أن جميع الروابط المalthوسية التي تكوّنت بعد وفاته، والتي تحاول الانتساب إليه، تدعوا بقوة إلى استخدام وسائل منع الحمل، وإلى إباحة الإجهاض وإلى التعقيم. وهي وسائل ندد بها مalthus نفسه أيّما تنديد.

وهكذا ارتبط اسم مalthus بحركات تهدم كل ما كان يدعو إليه مalthus من التزام العفة ومحاربة وسائل منع الحمل التي اعتبرها مalthus وسيلة من وسائل نشر الدعارة والفجور.

كما ارتبط اسم مalthus بالحركات التي تدعو إلى الإجهاض الذي اعتبره مalthus جريمة قتل مع سبق الإصرار والترصد، والتي يرى أن عقوبتها كما كانت تفرضها الكنيسة، أي الإعدام لكل من شارك في هذه الجريمة الشنعاء.

وسائل منع الحمل:

إن هناك وسائل عديدة لمنع الحمل ابتداءً من الرضاعة والعزل والفترة الآمنة (وهي التي تكون بعيدة عن فترة خروج البويضات من المبيض) إلى الوسائل الميكانيكية مثل الواقي (الرفال) للرجل والقبعة والحاجز المهبلي واللولب. إلى الوسائل الهرمونية المتعددة المحتوية على الأوستروجين والبروجسترون أو مشتقاتهما، وفي فترة الرضاعة تستخدم تلك المحتويات على مشتقات البروجسترون فقط. ومنها أنواع الحبوب المركبة **Compound Pill** وهي أكثرها انتشاراً وقد تم تخفيض الجرعة الدوائية إلى أقل من واحد بالمئة مما استخدمت فيه عند بداية التجارب.

وهناك الحبوب المتتالية (**Sequential**) أي المحتوية أولاً على الأوستروجين فقط ثم الحبوب المحتوية على البروجسترون والأستروجين. ومنها الحبوب ذات المرحلتين أو الثلاث مراحل. ومنها اللواصق الهرمونية، ومنها أنواع الحقن الهرمونية والتي تعمل لفترات طويلة تمتد من عدة أشهر إلى عدة سنوات في الهرمونات المغموسة **Implanted** مثل نور بلانت **Norplant**.

ومنها حبوب بعد الجماع (**Post Coital Pill**). وتستخدم هذه الحبوب في حالات الاغتصاب بصورة خاصة، لأنها تمنع العلق في الرحم وبالتالي تجعل اللقيحة تمر في الرحم وتنزل مع الدم. وقد سمح بهذه الحبوب في أوروبا، واستعمالها لا يزال يواجه صعوبات وقيود في الولايات المتحدة الأمريكية.

ولا شك أن هناك موانع لاستعمال الحبوب. ولا يجوز للمرأة أن تستخدم هذه الوسائل إلا بعد فحص طبي عند أخصائي أمراض النساء وهي أو هو (أي الطبيبة أو الطبيب) التي ستقرر النوع المناسب لها. وإذا تقرر استعمال نوع معين من وسائل منع الحمل فلا ينبغي للمرأة أن تستمر في استخدامها سنين طوياً دون مراجعة لطبيبها أو طبيبتها.

(لا أتكلم هنا عن الجواز الشرعي بل الجواز الطبّي لما قد يحدث من أضرار والموقف الشرعي ينبني على وجود الضرر أيضاً).

أمّا الوسائل الدائمة وتتمثّل في قطع أنابيب فالوب بالنسبة للمرأة وقطع الأسهرين بالنسبة للرجل فلا يباحان إلاّ لسبب طبّي قوي (أنظر فتوى المجمع الفقهي الدولي فيما يأتي).

وسائل منع الحمل الدائمة (التعقيم):

مقدمة وتاريخ:

لم تكن وسيلة التعقيم معروفة ومنتشرة في الماضي، سوى ما كان يجري للعبيد من الخصاء، وقد ندد الإسلام بالاختصاء، واعتبره وسيلة من وسائل تغيير خلق الله. وقد أخرج البخاري ومسلم والترمذي والنسائي أن سعد بن أبي وقاص < قال: «لولا أن رسول الله ﷺ ردّ على عثمان بن مظعون التبتّل لاختصينا».

وفي العصور الحديثة ظهرت عمليات تعقيم الرجال بقطع الحبل المنوي (الأسهر) وتعقيم النساء بقطع قناتي الرحم أو ربطهما أو الإثنيين معاً.

وكان أول من قام بقطع الأنابيب (قناتي الرحم) جراح من أوهايو في الولايات المتحدة سنة 1881. وكان السيراستلي كوبر (Astley Cooper) قد قام بإجراء تجاربه على الكلاب بقطع الحبل المنوي (الأسهر) عام 1823. وفي عام 1899 قام هاريسون (Harrison) بعمليات قطع الحبل المنوي على زعم أنها تعالج تضخم البروستاتة (الموتة).

وفي أواخر القرن التاسع عشر الميلادي وبداية القرن العشرين كانت عمليات التعقيم للرجال بقطع الحبل المنوي تجري للمجموعات التالية:

- (1) المجرمين.
- (2) الزناة أو اللوطية الذين اعتادوا الزنا واللواط.

(3) أولئك الذين يمارسون العادة السرية بكثافة ودون القدرة على التوقف عنها!!

ومع ظهور هتلر والحركة النازية، وظهر خرافة الجنس المختار، واختيار السلالة النقية، قام أطباء النازي بتعقيم مئات الآلاف من الرجال والنساء، الذين يعانون من أمراض، أو نوع من التخلف العقلي، أو حتى من وصفوا بعدم الذكاء وشيء من البلادة، كما قاموا بتعقيم الملايين من الأجناس الأخرى المتخلفة.

• مدى انتشار التعقيم في العصر الحديث:

ومع ظهور مشكلة الانفجار السكاني قامت الصين بتعقيم 40 مليون شخص ذكوراً وإناً. وفي مقاطعة سيشوان (Sishuan) في الصين البالغ تعداد سكانها مائة مليون نسمة، تمّ تعقيم عشرة ملايين رجل ومليونى امرأة خلال عشرة أعوام فقط (1971-1980).. ولكن تعقيم النساء في الصين بأكملها يبلغ مرة ونصف زيادة على تعقيم الرجال. (أي في مقابل كل ثلاث نساء تمّ تعقيمن هناك رجلان تمّ تعقيمنهما).

وقامت الهند في عهد أنديرا غاندي بتعقيم أكثر من عشرة ملايين شخص من الذكور والإناً قسراً، وذلك في حملتها عام 1975. وقد تمّ تعقيم أكثر من مليون مسلم في الهند قسراً. وتمّ في الباكستان تعقيم مليون شخص (بدون إكراه) ولكن بدون وجود دواعي طبيّة.

وبحلول عام 1980 كان قد تمّ تعقيم ما يزيد عن مائة مليون شخص في كافة أرجاء المعمورة، منهم أربعين مليوناً في الصين، و24 مليوناً في الهند، و13 مليوناً في الولايات المتحدة، وحوالي تسعة ملايين في أوروبا، و5،4 مليون في أمريكا اللاتينية.

• لا وجود لحقوق الإنسان في العالم الثالث:

ومن الواضح جداً أن حقوق الإنسان ليس لها وجود أصلاً في دول العالم الثالث، حيث تنتهك حرمة الإنسان في أخص خصائص جسمه، ويجري التعقيم قسراً في الصين، والهند، دون أي مراعاة لأبسط حقوق الإنسان. ومع هذا فإن منظمات الأمم المتحدة، والهيئات العالمية، والطبية في الغرب، التي تتشدد بالحديث عن حقوق الإنسان، كانت تبارك، وبقوة، حملات أنديرا غاندي للحدّ من السكان في الهند. وحملات ماوتسي تونج في الصين.

• حقوق الإنسان في البلاد المتقدمة:

ولو حدث شيء تافه من هذا القبيل في أوروبا أو الولايات المتحدة، لقامت الدنيا ولم تقعد، فالإنسان الغربي هناك له كرامته، ولا يمكن المساس بها من قريب أو بعيد.

• الوضع القانوني إزاء التعقيم:

والوضع القانوني بالنسبة للتعقيم يختلف من بلد لآخر، ورغم أن القوانين لا تزال في بعض البلدان تعتبر التعقيم جريمة يعاقب عليها القانون، إلا أنه من النادر أن تتم معاقبة الطبيب الذي أجرى التعقيم.

والبلاد التي تسمح بالتعقيم حسب الطلب، هي الولايات المتحدة، بريطانيا، الدول الاشتراكية (الإتحاد السوفياتي سابقاً ودول أوروبا الشرقية)، والصين، والهند، وكوبا. وهناك مجموعة من الدول تسمح بالتعقيم، مع وجود بعض الشروط، مثل عدد أفراد الأسرة، وترفض إجراء التعقيم لمجرد تحسين السلالة، أو لتحديد النسل، رغم عدم وجود عدد كاف من الأطفال. ويختلف العدد الذي يعتبر كافياً من بلد لآخر (ثلاثة إلى عشرة). وهذه

الدول تمثلها الدانمارك، والنرويج، وبناما، وبورتوريكو، وألمانيا الغربية، وهندوراس، وفنلندا، والسويد، وسنغافورة، وتايلند، وبعض الولايات في الولايات المتحدة.

وهناك دول تمنع التعقيم لغير وجود سبب طبي قوي، وتمثلها دول أمريكا اللاتينية، وإيرلندا، وأسبانيا، والبرتغال، ومالطة، وبلجيكا، وفرنسا، وسويسرا، والنمسا، وإيطاليا. ومن الدول الاشتراكية التي تمنع التعقيم من الناحية القانونية إلا لسبب طبي بولندا، وبنغاليا، وسابقاً فيتنام الجنوبية. وفي كل هذه الدول يعتبر التعقيم جريمة من الناحية القانونية.

وهناك دول كثيرة في أفريقيا وآسيا تمنع التعقيم، ولكنها تضيف فقرة تقول بأنه لا عقوبة على الطبيب إذا أجرى التعقيم بقصد حسن، ولمصلحة الشخص الذي تم إجراء التعقيم له (رجلاً أو امرأة). وبالتالي لا تتم أي عقوبة على الطبيب الذي يمارس التعقيم بسبب وجود هذه الفقرة التي تتخذ ذريعة للتهرّب من العقوبة، ويمثل هذه البلاد بورما، وماليزيا، وباكستان، وسيريلانكا، وزامبيا، وغانا، والحبشة، ونيجيريا.

ويسمح القانون البريطاني بالتعقيم بشرط أن يتم ذلك بطلب من الشخص البالغ العاقل، وبعد أن يشرح له الطبيب جوانب العملية ومخاطرها كافة. ولا يسمح القانون البريطاني بتعقيم المتخلف عقلياً، ذكراً كان أم أنثى. ولا يجوز التعقيم من أجل تحسين السلالة والنسل، كما كان هتلر يفعل. ولا يجوز للمرأة أن يتم تعقيمها دون رضا زوجها، أمّا التي لا زوج لها، فالأمر إليها بعد أن يشرح لها الطبيب غبّ ما في التعقيم من مشاكل، وغالباً ما يرفض الطبيب تعقيم المرأة الأيم (أي لا زوج لها، سواء سبق لها الزواج أم لم يسبق) إذا لم يكن لديها أولاد، وإذا كانت أقل من سن الثلاثين.

ويمنع القانون البريطاني تعقيم القاصر، وهي من كانت أقل من 16 عاماً، وقد تسمح المحكمة بتعقيم اللذين يعانون من أمراض وراثية خطيرة، وخاصة في الولايات المتحدة، وبعض دول أوروبا، والقانون في الولايات المتحدة يختلف من ولاية إلى أخرى، ويتغير من عام إلى آخر.

وتتبع هونج كونج القوانين البريطانية، وكذلك سيريلانكا، والهند، وإن كانت الهند قد خطت خطوة فظيعة مرعبة خطيرة أيام أنديرا غاندي، حيث قامت بتعقيم الرجال والنساء قسراً، وبطرق غير صحيحة، أدت إلى قتل المئات وإصابة عشرات الآلاف بأمراض وبيلة.

والوضع في سنغافورة أكثر تشدداً، حيث لا بد من موافقة مجلس مكون من قاضي المقاطعة، وطبيين، وشخصين، يعيّنهم وزير الصحة، وأن يكون طالب التعقيم بالغاً عاقلاً تجاوز سنه الواحدة والعشرين، ومدركاً لمخاطر التعقيم، ولا يسمح بالتعقيم من أجل تحديد النسل، بل يجب أن يكون من أجل أسباب طبية بحتة.

وفي السويد هناك أيضاً لجنة يشكلها المجلس الوطني للصحة. ولا بد من موافقة هذه اللجنة قبل إجراء التعقيم كتابياً، كما لا بد من أن يوافق الزوجان كتابياً على هذه العملية، مع ذكر أنهما قد عرفا المضار كافة، والمشاكل التي قد تنجم عن هذه العملية.

وفي عام 1973 أصدرت الدانمارك قانوناً يسمح لكل شخص فوق الخامسة والعشرين أن يطلب إجراء عملية التعقيم، وينبغي أن تكون موافقته كتابياً بعد شرح ظروف العملية ومضاعفاتها كافة. ولكن القانون يضع شروطاً كثيرة لإجراء العملية للمتخلفين عقلياً.

وفي فرنسا كان المجلس الوطني الفرنسي قد أصدر قراراً عام 1955 يمنع فيه إجراء عمليات التعقيم إلا إذا كان هناك سبب طبي قوي. ولكن بحلول عام 1964 سمح القانون بإجراء التعقيم لأي شخص بالغ (فوق 21) عاقل بشرط أن يوافق على ذلك الإجراء ثلاثة من الأطباء، وبشرط أن تكون الموافقة كتابياً، بعد توضيح أضرار العملية ومضاعفاتها كافة.

وفي ألمانيا لا يزال الموقف القانوني مضطرباً، وقد أصدرت محكمة الدولة (State Court of Justice) في 27 أكتوبر 1964 أن الطبيب الذي أجرى تعقيماً لشخص بالغ (فوق 21 سنة) عاقل وبمحض إرادته وموافقته الكاملة، مع علمه التام بكافة ظروف العملية وملاساتها، لا يعتبر مجرمًا، ولا تقع عليه أي عقوبة. وكان القانون قبل ذلك يحدّد الموافقة على إجراء التعقيم بالأسباب الطبية البحتة، وبموافقة لجنة خاصة تكونها الدولة.. ولا يزال الأطباء في ألمانيا يترددون في إجراء عمليات التعقيم لأسباب غير طبية، لأن القانون لا يزال غير واضح. وقرار المحكمة (27 أكتوبر 1964) لا يعتبر قانوناً ويمكن أن يلغى.

• الوضع في البلاد الإسلامية:

والوضع في البلاد الإسلامية يختلف من بلد إلى آخر. وفي معظم البلاد الإسلامية يتم التعقيم بمجرد أخذ موافقة الزوجة والزوج، ولكن دون شرح للعملية وعواقبها.. وفي معظم البلاد الإسلامية (عربية وأعجمية) يكون المرجع في هذه الحالات هو الطبيب. ولم يحدث قط أن عوقب طبيب لمجرد أنه قام بتعقيم رجل أو امرأة.

وفي الغالب لا يقدم الطبيب على التعقيم إلا إذا كان لدى المرأة عدد من الأطفال (ثلاثة أو أكثر).. ولكن هذا ليس شرطاً، فكثير من الأطباء يقلّد ما يجري في بريطانيا والولايات المتحدة.

وبما أن هذه البلاد لا تحدّد عدداً للأطفال لإجراء التعقيم، فكذاك يفعل الطبيب في البلاد الإسلامية مع فارق هام. وهو غياب الشرح الكامل لأضرار العملية وملايساتها. وغياب القانون الذي يرعب الأطباء في الغرب عامة وفي الولايات المتحدة خاصة.

ورغم أن تعقيم الرجال لا يجد إقبالاً في معظم البلاد الإسلامية (عرباً وعجماً) إلا أنه قد تمّ تعقيم عشرات الملايين في الهند قسراً (في عهد أنديرا غاندي) وتمّ تعقيم عدّة ملايين في باكستان (بدون إكراه ولكن بتشجيع من الحكومات السابقة).. كما تمّ إجراء التعقيم لآلاف الرجال في اليمن الجنوبية، وهو بلد صغير لا يزيد سكانه عن المليونين، وبتشجيع من الدولة.

وأما تعقيم النساء فتشجّع عليه كثير من الحكومات، ويجري بصورة متزايدة في كثير من البلاد الإسلامية، دون توضيح لمخاطر هذه العملية. وتجري لغرض تحديد النسل، وليس من أجل أسباب طبيّة بحثة.

وفي بعض البلاد التي يوجد فيها مسلمون ومسيحيون نجد أن التعقيم يكاد يكون محصوراً بين المسلمين، ولا يوجد تعقيم لدى المسيحيات، كما حصل في أسيوط وهي مدينة يكاد يتعادل فيها الأقباط والمسلمون، ولكن السجلات الرسمية توضح أن التعقيم محصور بين المسلمين فقط.

• الموقف الشرعي من وسائل منع الحمل:

لقد بحث فقهاء الإسلام على مدى العصور المتطاولة، ما استجد من وسائل لمنع الحمل منعاً مؤقتاً أو دائماً. وكتبُ الفقه القديمة مليئة بهذه الأبحاث الممتعة.

وفي العصر الحديث ظهرت فتاوى عديدة في موضوع منع الحمل، وتحديد النسل، ولعل من أقدم هذه الفتاوى فتوى الشيخ عبدالمجيد سليم مفتي الديار المصرية، التي صدرت في 12 ذي القعدة 1355/25 يناير 1937. وتتابع فتاوى بعد ذلك، ولا يكاد يتولى الإفتاء شخص إلا ووجه إليه سؤال عن منع الحمل وتحديد النسل.

وصدرت فتاوى عديدة في هذا الموضوع من مفتي لبنان، والعلماء الأجلاء في سوريا وتركيا والأردن والمغرب والهند وباكستان.. إلخ.

وظهرت كتب عديدة تتناول هذا الموضوع من أشهرها كتاب مولانا أبو الأعلى المودودي، مسألة تحديد النسل، وكتاب مسألة تحديد النسل وقاية وعلاجاً للشيخ الدكتور محمد سعيد رمضان البوطي. وبحثت هذا الموضوع الباحثة أم كلثوم بنت يحيى الخطيب في رسالة ماجستير مقدّمة لكلية الشريعة بالأزهر، ونشرته في كتاب بعنوان «قضية تحديد النسل في الشريعة الإسلامية». وأصدر فضيلة الشيخ محمد أبو زهرة كتابه الهام: «تنظيم الأسرة وتنظيم النسل»، والدكتور محمد سلام مدكور «الإسلام وتنظيم الأسرة»، والشيخ مصطفى الزرقاء «الإسلام وتنظيم الأسرة»، والدكتور أحمد الشرباصي كتاب «الدين وتنظيم الأسرة».

وصدرت فتاوى للهيئات العلمية، والمجامع الفقهية، نذكر منها فتوى لجنة الأزهر الصادرة من 24 جمادى الثانية 1372هـ الموافق 10 مارس 1955، وفتوى لجنة الفتوى بقطاع غزة المنشورة في مجلة نور اليقين، عدد شهر رمضان 1384هـ/1965م، الذي حضره مندوبون عن 35 دولة إسلامية. وقرار هيئة كبار

وعن عبدالله ابن مسعود **قال**: «كنا نغزو مع رسول الله **ع** فقلنا ألا نستخصي؟ فنهانا عن ذلك» **أخرجه البخاري ومسلم**.
 وورد عنه **ع** أنه قال: «ليس منا من خصى أو اختصى»
(أخرجه الشيخان، [البخاري ومسلم]).

وهذه الأحاديث تفيد منع التعقيم منعاً باتاً. وقد أطبقت الفتاوي والقرارات الفقهية على ذلك، ولم يسمح أحد من الفقهاء بالتعقيم من أجل تحديد النسل، وإنما سمحوا به إذا تعرّضت حياة المرأة أو صحتها للخطر إذا هي حملت، وبشرط أن تكون الوسائل المؤقتة لمنع الحمل غير مناسبة لها، وأن يقرّر ذلك أهل الاختصاص من الأطباء.

قرار المجمع الفقهي

وينص قرار المجمع الفقهي الذي يمثل الدول الإسلامية كافة على ما يلي:

«يحرم استئصال القدرة على الإنجاب في الرجل والمرأة، وهو ما يعرف بالإعقام، أو التعقيم، ما لم يدع إلى ذلك الضرورة بمعاييرها الشرعية»⁽¹⁾.

(1) مجلة مجمع الفقه الإسلامي الدولي، الدورة الخامسة لعام 1409هـ/1988م، ج1/748.

شروط استخدام وسائل منع الحمل المؤقتة:

وقد أباح الفقهاء استخدام وسائل منع الحمل المؤقتة بشروط أهمها:

- (1) الحفاظ على صحة المرأة، وعلى صحة أولادها من كثرة الحمل، وتتابعه، والتأثير على الرضيع والأطفال.
- (2) أن يكون بالمرأة مرض يمنع من الحمل حتى يزول ذلك المرض.
- (3) أن يكون قرار تنظيم النسل حسب تقدير الزوجين، وتشاور ورضى منهما معاً، وأن لا يكون ناتجاً خوف الفقر.
- (4) أن لا يكون استخدام وسائل منع الحمل ضاراً بالمرأة (أو بالرجل عند استخدام وسائل للرجل).
- (5) أن لا يكون هناك ضغط معنوي أو مادي من الدولة أو المجتمع أو الهيئات الطبية.

أحاديث العزل:

وقد بنى هؤلاء الفقهاء الأجلاء موقفهم على ما ورد من أحاديث في موضوع العزل:

عن جابر < قال: (كنا نعزل على عهد رسول الله ﷺ والقرآن ينزل، ولو كان شيئاً ينهى عنه لنهاهنا عنه القرآن) **متفق عليه (البخاري ومسلم)**. وفي رواية لمسلم: فبلغ ذلك النبي ﷺ فلم ينهنا.

عن جابر أن رجلاً أتى النبي ﷺ فقال: «إن لي جارية هي خادمتنا وفي لفظ سائنتنا (وهو بمعناه) في النخل، وأنا أطوف عليها، وأكره أن تحمل فقال: اعزل عنها إن شئت، فإنه سيأتها ما قُدِّرَ لها» **[رواه مسلم]**.

عن أبي سعيد الخدري < قال: قالت اليهود: العزل المؤودة الصغرى، فقال النبي ﷺ: «كذبت يهود إن الله عز وجل لو أراد أن

يخلق شيئاً لم يستطع أحد أن يصرفه» [رواه أحمد وأبو داود والترمذي والنسائي].

عن عمر بن الخطاب < قال: «نهى رسول الله ﷺ أن يعزل عن الحرّة إلا بإذنها» [رواه أحمد وابن ماجه].
عن أبي هريرة < قال: قال رسول الله ﷺ: «لا يعزل عن الحرّة إلا بإذنها» [أخرجه أبو داود].

وهناك أحاديث أخرى كلها تفيد إباحة العزل عن الحرّة برضاها، لأن لها حقاً في الولد. ولا يعارض هذه الأحاديث إلا حديث واحد أخرجه مسلم في صحيحه: عن جذامة بنت وهب > قال: حضرت رسول الله ﷺ في أناس يقول: لقد هممت أن أنهى عن الغيلة «وهي وطء المرأة المرضع» فنظرت في الروم، وفارس، فإذا هم يغيلون أولادهم، فلا يضرُّ أولادهم ذلك شيئاً. ثم سألوه عن العزل، فقال رسول الله ﷺ: «ذلك الوأد الخفي».

وقد أباح أصحاب المذاهب الأربعة من أهل السنة العزل عن الأمة برضاها، وبدون رضاها، وعن الزوجة الحرّة العزل برضاها، لأن لها حقاً في الولد. ولم يشترط ذلك بعضهم (1)(2)(3)(4)(5).
وقد أباحه الشيعة الإمامية (الإثني عشرية، الجعفرية) (6)، والإسماعيلية (7)، والزيدية (8)، وبنوا حكمهم ذلك على أحاديث العزل الواردة لديهم بأسانيد تختلف عن أسانيد أهل السنة. وأباح الأباضية (وهم فرقة معتدلة من الخوارج) العزل في كتبهم (9).

(1) ابن عابدين: رد المحتار على الدرّ المختار (حاشية ابن عابدين) ج2/512 (المذهب الحنفي).

(2) الباجي: شرح الموطأ، ج4/128 (المذهب المالكي).

(3) ابن قدامة: المغني، ج8/132-134 (المذهب الحنبلي).

(4) النووي: المجموع شرح المهذب، ج5/577 (المذهب الشافعي).

(5) أبو حامد الغزالي: إحياء علوم الدين، ج2 (كتاب النكاح) ص51-53.

(6) الروضة البهيّة شرح اللمعة الدمشقية، ج2/68.

(7) دعائم الإسلام، ج2/210.

(8) البحر الزخار، ج3/80.

(9) كتاب النيل، ج3/126.

وأما الذين يعارضون العزل، فهم الظاهرية الذين يحرمون العزل. قال ابن حزم في المحلى: «لا يحل أن يعزل عن حرّة ولا أمة»⁽¹⁾، بناءً على ما جاء في حديث جذامة بنت وهب الذي رواه مسلم (المتقدّم ذكره).

ووقف بعض الفقهاء بين المجيزين والمعارضين. ويرى كراهة العزل، ولا يبيحه إلا عند وجود مرض في الزوجة، يزداد سوءاً بالحمل، أو أن هناك طفلاً رضيعاً، ولا توجد مرضع، وسيضرّ ذلك الرضيع، ومن هؤلاء سماحة الشيخ عبدالعزيز بن باز، والسيد أبو الأعلى المودودي، والباحثة أم كلثوم بنت يحيى الخطيب في كتابها «قضية تحديد النسل في الشريعة الإسلامية».

والخلاصة أن جمهور الفقهاء، والمذاهب الأربعة، ومذاهب الشيعة، والأباضية، تبيح العزل بشرط أن يكون برضا الزوجة، وأن تكون وسيلة منع الحمل المستخدمة لا تسبب ضرراً. وأن تكون الوسيلة مؤقتة غير دائمة. وأن لا يكون ذلك سياسة عامة للدولة. وأن لا يكون هناك أي ضغط أو إكراه من الدولة أو هيئاتها. وأن يكون ذلك قراراً خاصاً للزوجين بناءً على ما قد يحدث للزوجة أو الأطفال والأسرة من تتابع الحمل والرضاعة من أضرار.

(1) ابن حزم: المحلى، ج 87/10.

الفصل التاسع عشر

الإجهاض الواقع والاحكام الشرعية

الإجهاض الواقع والاحكام الشرعية

مقدمة:

ليست وسائل تحديد النسل من اختراع الإنسان في العصر الحديث، بل لقد عرفت الأمم المختلفة وسائل متنوعة لتحديد النسل. وتراوحت هذه الوسائل من قتل المواليد ذكوراً أو إناثاً، إلى الإجهاض، إلى استخدام وسائل كان يعتقد أنها تمنع حمل المرأة.. وسنذكر هذه الوسائل فيما يلي بشيء من التفصيل:

(1) قتل الأولاد:

تعتبر هذه الوسيلة أبشع تلك الوسائل. ولم يكن ذلك القتل مقتصرأ على البنات دون البنين، وإن كان نصيب البنات من ذلك الوأد أوفر. ففي أستراليا كانت تقوم القبائل البدائية بقتل المواليد ذكوراً وإناثاً بعد حصول عدد معين للأسرة. كما كانت كثير من الأمم السابقة تقدم أبناءها وبناتها قرابين للآلهة. وفي سفر القضاة من العهد القديم نصوص كثيرة توبخ بني إسرائيل على أنهم قلدوا الأمم المجاورة، وقدموا أبناءهم وبناتهم قرباناً للأوثان.

وفي أسبرطة كانت التقاليد المتبعة تفرض على الأب أن يختبر وليده الصغير فور ولادته، فإن وجده ضعيفاً، أو مريضاً، أو مشوهاً بادر إلى قتله.

وفي بلاد العرب انتشرت لدى بعض القبائل جريمة قتل البنات. وقد شدد القرآن الكريم النكير على أولئك الجفاة غلاظ

واستمرّ وأد البنات في الهند والصين إلى القرن الثامن عشر الميلادي، وبدأت القوانين تحاربه، ولكنه استمر خفية بعد ذلك. وفي عهد ماوتس تونج عندما قامت الثورة الثقافية (1960 وما بعدها) ألزمت الدولة كل أسرة أن لا يكون لها من الأطفال سوى طفل واحد. وبما أن الآباء والأمهات يرغبون في الذكور أكثر من البنات، وخاصة في المناطق الريفية، فإن الأبوين يقومان بقتل المولودة الأنثى، حتى تتاح لهم الفرصة مرة أخرى بحمل قد يكون ذكراً.

وبلغ الأمر حداً مرعباً مما حدا بالحكومة الصينية بعد انتهاء حكم الطاغية ماوتسي تونج أن تلغي هذا القانون الجائر وأن تسمح لكل أسرة بطفلين.

ومنذ أن انتشر استخدام الموجات فوق الصوتية (السونار) في تشخيص الأجنة استخدمت هذه الطريقة لقتل ملايين الأجنة المتقدّمة العمر (خمسة أشهر فما فوقها) عند اكتشاف تشوّه بالجنين، أو عندما يكون جنس الجنين غير مرغوب فيه. وقد انتشرت في الهند وخاصة في بومباي، وفي الصين عيادات لمعرفة جنس الجنين، وقتل الجنين إذا كان غير مرغوب فيه (في الغالب عندما يكون الجنين أنثى)⁽¹⁾. وذكرت التايم الأمريكية (4 يناير 1988) أن في مدينة بومباي وحدها 500 عيادة لمعرفة جنس الجنين، وبالتالي قتله إذا كان جنسه (في الغالب أنثى) غير مرغوب فيه.

(2) الإجهاض، ويسمى أيضاً: السقط والإملاص والطرح والإسلاّب:

(1) Tift S: Curse Heaven For Little Girls. Time Magazine Jan. 4, 1988, pp:46-47.

استخدمت هذه الوسيلة لتحديد النسل والتخلص من آثار الحمل غير المرغوب فيه منذ أقدم العصور إلى يومنا هذا. بل لقد وجدت في العصر الحديث من الانتشار ما لم تبلغه في العصور السابقة. وقد سُجِّل على أوراق البردي في مصر في الأسرة المتوسطة (2133-1786 قبل الميلاد) كيفية إجراء الإجهاض⁽¹⁾. واكتشف علماء الآثار في حفريات بومبي في إيطاليا منظاراً مهلبياً (**Vaginal Speculum**) كان يستخدم لإجراء الإجهاض⁽²⁾، وقد ذكر الشاعر الروماني أوفيد (**Ovid**) أن أكثر النساء في زمنه يجهضن أنفسهن، وأن القليلات منهن فقط هن اللاتي كن يكملن حملهن وينجبن أطفالاً.

وجاء في قسم أبقراط الطبي المشهور الذي يؤدّيه الأطباء منذ أكثر من ألفي عام: (وأن لا أسقي امرأة دواءً بسبب الإجهاض، أو لبوساً، يقتل جنينها)⁽³⁾.

وقد عرف الأطباء المسلمون الأدوية والطرق التي تسبب الإجهاض، وكان موقفهم متسقاً مع تعاليم الشريعة الإسلامية، التي تحرّم إجراء الإجهاض دون وجود سبب قوي لذلك.

يقول الشيخ الرئيس أبو علي الحسين بن سينا في كتابه القانون⁽⁴⁾: (إنه قد يُحتاج إلى الإسقاط في أوقات: منها عندما تكون الحبل صبية صغيرة يُخاف عليها من الولادة الهلاك. ومنها عندما تكون في الرحم آفة وزيادة لحم يضيق على الولد الخروج فيقتل (الولد والأم)، ومنها عند موت الجنين في البطن).

(1) Benson R: Handbook of Obstetrics and Gynecology، Lange Medical Publication، 6th edition (Middle East) 1977، p421.

(2) Potts M. Diggory P: Textbook of Contraceptive Practice، Cambridge University Press، 1983، p:48-50.

(3) Ahmed El Kadi: Oath of Muslim Physician JIMA 1988، 29، (1): 11-14.

(4) ابن سينا: القانون في الطب، مكتبة صادر، بيروت ج579/2.

ويقول داود بن عمر الإنطاكي المتوفى سنة 1008هـ (1599م) في تذكرته المشهورة⁽¹⁾: (إعلم أن الحاجة كما تدعو إلى الأدوية المعينة على الحمل للزلب إلى التناسل وتوليد النوع، كذلك قد تدعو الحاجة إلى منعه (أي منع الحمل) حذراً من المعالجة (أي تكرر حدوث الحمل في فترات زمنية متقاربة، فيؤثر ذلك على صحة المرأة وأولادها)). ثم ذكر مجموعة من العقاقير التي تستخدم لمنع الحمل، ومجموعة أخرى تستعمل للإجهاض، ووسائل أخرى للإجهاض.

وذكر أبو بكر محمد بن زكريا الرازي أحد أشهر أطباء المسلمين (المتوفى سنة 313هـ) في كتابه الحاوي مجموعة من العقاقير، والطلاءات، والتحاميل (اللبوس) التي كانت تستخدم لغرض منع الحمل، أو لغرض الإسقاط⁽²⁾.

(أ) الإجهاض في أوروبا والعالم:

يقول الكتاب المرجع «ممارسة منع الحمل»⁽³⁾: (لقد شهدت بريطانيا ومعظم دول أوروبا انخفاضاً في نسبة المواليد في أواخر القرن التاسع عشر، وبداية القرن العشرين (1870-1920). ويرجع السبب في ذلك إلى انتشار الإجهاض الجنائي بصورة ذريعة. ولم يكن الإجهاض مسؤولاً عن الانخفاض في نسب المواليد فحسب، ولكنه كان مسؤولاً أيضاً عن عدد كبير من وفيات النساء، وعن عدد أكبر من الأمراض الخطيرة التي كانت تعتورهن بسبب ممارسة الإجهاض، ويقول في موضع آخر من الكتاب ذاته⁽⁴⁾: (إن استخدام الإجهاض في الوقت الحاضر يعتبر مسؤولاً عن 33 بالمئة من انخفاض نسبة المواليد في كوريا الجنوبية)..

(1) داود الأنطاكي: «تذكرة أولي الألباب والجامع للعجب العجاب»، مصطفى البابي الحلبي

بالقاهرة، 1952، ج2/146.

(2) أبو بكر الرازي: الحاوي في الطب، حيدر أباد الدكن، الهند، 1960، ج9/85.

(3) ديجوري بوتس: مرجع سابق، ص1-16.

(4) المرجع السابق، ص315.

وتقول دائرة المعارف البريطانية (ج11/851): (إن 50 بالمئة من جميع حالات الحمل تُجهض بفعل فاعل سواء كان بموافقة القانون، أو بغير موافقته في فرنسا واليابان، وأن 25 بالمئة من جميع حالات الحمل تجهض في ألمانيا الغربية، وهولندا، والدانمارك).

ويقول كتاب «الحبوب» (**The Pill**) (ص 15): (يتم قتل 40 مليون جنين في كل عام في العالم بواسطة الإجهاض المحدث (**Induced Abortion**))، نصفهم على الأقل بصورة غير قانونية. ويؤدي ذلك إلى وفاة قرابة مائتي ألف امرأة سنوياً، وإصابة مئات الآلاف منهن بأمراض مختلفة، وجعل عدد كبير منهن يعانين من العقم الدائم).

ويذكر كتاب «التحكم في الخصوبة الإنسانية» (**Human Fertility Control**) (ص15): (إن الإجهاض المنتشر حالياً قد أدى إلى خفض السكان بصورة أكبر بكثير من جميع وسائل منع الحمل الأخرى مجتمعة).

وتذكر مجلة التايم الأمريكية (6 أغسطس 1984) أن عدد حالات الإجهاض المحدث (**Induced Abortion**) قد بلغ خمسين مليون حالة في كل عام. وأن عدداً كبيراً من النساء يعانين أمراضاً بالغة الخطورة بسبب هذا الإجراء، كما أن الآلاف من النساء يلاقين حتفهن سنوياً بسبب محاولات الإجهاض هذه بوسائل غير معقمة. مما يؤدي إلى الإجهاض الممتن (**Septic Abortion**)، ومضاعفاته الشديدة، أو حدوث نزف شديد، أو تمزق في الرحم. وتتفق المصادر الحديثة على حدوث خمسين مليون حالة إجهاض سنوياً في العالم وكلها تقريباً لأسباب إجتماعية، وأمّا الأسباب الطبيّة الداعية إلى الإجهاض فلا تشكّل سوى نسبة ضئيلة من جملة حالات الإجهاض. وهي تتمثل في مرض الحامل وأن المرض سيزداد بسبب الحمل، أو أن الحمل سيشكّل خطراً على حياتها وهو أمر شديد الندرة. ويحتاج الأمر في حالة تسمّم الحمل

إلى الولادة القيصرية وهي ولادة وليست إجهاضاً. ويحتاج للإجهاض في حالات التشوّه الشديد والمرض الخطير للجنين قبل أن يتجاوز الحمل 120 يوماً منذ التلقيح.

وقد كانت أول دولة في العالم تبيح الإجهاض هي دولة الإتحاد السوفياتي، وذلك عام 1920، ثم قام ستالين عام 1936، بإلغاء ذلك القرار نتيجة حدوث عدد كبير من الوفيات وأعداد أكبر من المضاعفات. ولكن عندما بدأت موجة الإجهاض تظهر مرة أخرى، قام الإتحاد السوفياتي بإباحة الإجهاض عام 1955، وتبعته في ذلك معظم الدول الاشتراكية.

وكانت اليابان أول دولة آسيوية تبيح الإجهاض، فقد أباحتها عام 1948، ويُجرى حالياً الإجهاض لثلاثة ملايين امرأة كل عام هناك. وقد أدى ذلك إلى هبوط معدل الولادات إلى 13.5 في الألف سنوياً.

وفي الستينات أباحت الدول الإسكندنافية الإجهاض وفي عام 1967 أباحت هايتي وبريطانيا الإجهاض. وفي عام 1973 تبعتها الولايات المتحدة الأمريكية التي يجري فيها إجهاض 1.600.000 امرأة كل عام.

ورغم أن الإجهاض محرّم من الناحية الدينية، والقانونية، لدى الكاثوليك إلا أن الإجهاض في دول أمريكا اللاتينية قد بلغ أرقاماً مخيفة، حيث جاوز الرقم ثلاثة ملايين حالة سنوياً. وفي الجزيرة الإيبيرية (إسبانيا والبرتغال) يتم قتل مليون جنين سنوياً. وتتوفى 3500 امرأة سنوياً بسبب الإجهاض، وفي مانيل عاصمة الفلبين يتم إجهاض ما لا يقل عن مائة ألف امرأة سنوياً⁽¹⁾. وهذه البلاد جميعاً تدين بالكاثوليكية التي تحرّم جميع وسائل منع الحمل فضلاً عن الإجهاض!!

(1) النيوزويك، عدد 10، ديسمبر 1979، ص29.

ويقول كتاب «التحكم في الخصوبة الإنسانية»⁽¹⁾: (لقد وجدت معظم الدول أنها تحتاج لإباحة الإجهاض بسبب التغييرات الاجتماعية التي حدثت فيها. كما أن بعض الدول، وخاصة دول العالم الثالث مثل الصين، تعتبر الإجهاض وسيلة من وسائل تحديد النسل. ومع هذا فإن معظم الناس يعترفون بأن إباحة الإجهاض خطأ في حد ذاته، وليس الإجهاض هو الوسيلة الصحيحة لحل مجموعة من المشاكل الاجتماعية المعقدة. وتواجه الكنيسة في الدول الغربية موقفاً صعباً، فإن هي أصغت لتعاليم الإنجيل التي تقدّس الحياة منذ اللحظات الأولى، والتي تعارض الإجهاض (حكم مؤتمر القسطنطينية السادس على مرتكب الإجهاض بالقتل لأنه قتل نفساً بغير حق)، فإنها ستفقد عدداً كبيراً من أتباعها، واشتراكاتهم وتبرعاتهم، وإن هي أيدت الإجهاض صراحة، كانت في موقف مناقض لتعاليم الإنجيل.

(ولذلك فإن الكنيسة (البروتستانتية) تتخذ موقفاً غامضاً بعض الشيء، وغير معارض للإجهاض في نفس الوقت. ويرجع ذلك إلى خوف رجال الكنيسة من فقدان الأتباع.

(وأما السياسيون فموقفهم يتبع استطلاعات الرأي العام، حتى لا يفقدوا رضى الناخبين. وموقف الرأي العام تشكّله في الغالب أجهزة الإعلام القوية.

(والمشكلة تقع بالدرجة الأولى على الأطباء وهيئة التمريض. والواقع أن قليلاً من الأطباء هم الذين يرضون بإجراء الإجهاض لأسباب اجتماعية. وقد أثبت استطلاع الكلية الملكية لأطباء التوليد في المملكة المتحدة أن 4 بالمئة فقط من الأطباء يوافقون على إجراء الإجهاض حسب الطلب، وأن 90 بالمئة من الأطباء يسمحون بالإجهاض لأسباب طبية بحتة. وهناك ستة بالمئة يعارضون إجراء

(1) Hawkins D, Elder M: Human Fertility Control, London, Butterworths, 1979, p:237-262

الإجهاض، ما لم يكن هناك خطر حقيقي على حياة المرأة الحامل يستدعي إجراء الإجهاض.
 (ومع هذا فإن الأطباء جميعاً يتفقون على أن إجراء الإجهاض، مهما كانت دواعيه، ينبغي أن يتم إذا سمح به في أماكن معترف بها مثل المستشفيات وبواسطة أطباء متمرّسين، وإلاّ فإن العواقب الصحيّة لإجراء الإجهاض السري، تكون وخيمة جداً). انتهى ما ذكره كتاب «التحكم في الخصوبة الإنسانية».

(ب) الوضع القانوني للإجهاض:

حرمت قوانين الرومان الإجهاض. وكذلك فعلت القوانين القديمة لمصر والعراق (حامورابي) وبني إسرائيل.. وكانت العقوبات تختلف شدة من الغرامة المالية، إلى الجلد والسجن. وكانت بعض تلك القوانين تعاقب المرأة الحامل التي رضيت بإجراء الإجهاض عليها.

وكانت أشد تلك القوانين صرامة، قانون الكنيسة الكاثوليكية، الذي أصدره المجمع السادس المنعقد في القسطنطينية في القرن السابع الميلادي، والذي جعل عقوبة الإجهاض، القتل لكل من شارك في هذه العملية، باعتباره اعتداء على روح بريئة، ولو كان الحمل في أوائل أيامه.

وكانت الدول المسيحية تصدر عقوبات الإعدام لمن يقوم بعملية الإجهاض، وقد أصدرت إنجلترا قانوناً بذلك عام 1524م وألمانيا عام 1531م وفرنسا عام 1562م وروسيا عام 1649م.

ولكن ما أن بدأ عصر النهضة حتى بدأت الحكومات تراجع هذه القوانين رويداً رويداً، وتخفّف من شدتها، حتى تمّت إباحة الإجهاض حسب الطلب في كثير من بلدان العالم.

ففي بريطانيا تطوّر قانون عام 1524 الذي يحكم بالإعدام على مرتكب الإجهاض بالتدريج، وخفّف الحكم من الإعدام إلى العقوبة

بالأشغال الشاقة مع السجن والغرامة المالية، وشطب اسم الطبيب من سجل المهنة الطبيّة.

وبحلول عام 1929 تعيّن القانون الذي لم يكن يبيح الإجهاض إلاّ في حالة توقع موت محقّق على حياة الحامل إن هي استمرت في الحمل، إلى إباحة الإجهاض عند توقع خطر على صحّة الأم إذا هي استقرت في الحمل.

ومنذ عام 1929 حتى عام 1967 استمر القانون البريطاني في اعتبار الإجهاض غير القانوني، جريمة يعاقب عليها بالسجن، وبشطب إسم الطبيب من سجل المهنة الطبيّة.

وفي عام 1967 صدر تعديل آخر للإجهاض، بحيث أصبح يسمح به إذا كان استمرار الحمل يهدّد صحّة المرأة الجسدية، أو العقلية، أو النفسية، أو يضرّ بطفل آخر من أطفالها، ولو كان هذا الطفل متبنّى وليس ابناً حقيقياً لها. كما أن القانون يسمح بالإجهاض إذا كان الجنين سيولد مشوهاً ولديه عاهات تعوق نموه نفسياً أو جسدياً أو عقلياً أو اجتماعياً.

ويشترط القانون موافقة طبيبين مسجلين على إجراء الإجهاض. ولا يشترط القانون موافقة الأبوين على إجراء الإجهاض لابنتهما القاصر. ويسمح القانون بالإجهاض حتى الأسبوع الثامن والعشرين من الحمل.. وبذلك فُتح باب الإجهاض على مصراعيه.

ورغم أن الأطباء كانوا في أغلبيتهم معارضين لهذا القانون إلاّ أن البرلمان البريطاني أجازته دون استشارة أهل الخبرة، لأنّ الرأي العام البريطاني كان قد عبّأته أجهزة الإعلام بحيث أصبح الإجهاض مطلباً قوياً، بادر الساسة إلى تبنيه.

وكان الموقف في الولايات المتحدة مشابهاً للموقف في بريطانيا حيث كان الإجهاض بدون سبب طبيّ قوياً، يعتبر جريمة يعاقب عليها القانون. وبحلول عام 1967 أصدرت الجمعية الطبيّة الأمريكية (ووافقتها على ذلك الكلية الوطنية الأمريكية

لأخصائي التوليد) قرارها بأن عملية الإجهاض لا يجوز إجراؤها إلا في الحالات التالية:

(1) إذا ظهرت علامات طبية واضحة تدل على أن متبعة الحمل واستمراره تهدد حياة الأم أو صحتها. سواء كان ذلك الحمل ناتجاً عن الزواج، أو عن الزنا، أو الاغتصاب، وأضيف إلى ذلك بند تأثير الحمل على صحة المرأة العقلية أو النفسية.

(2) إذا ظهرت علامات طبية واضحة تدل على أن الجنين قد يولد مصاباً بعاهاات بدنية، أو عقلية تعوق نموه. على أن يتم الإجهاض بموافقة طبييين، وقبل أن يكون الجنين قابلاً للحياة.

(3) ينبغي أن يوافق على إجراء الإجهاض طبييان معترف بهما، كما ينبغي أن تتم عملية الإجهاض في مستشفى وتحت إشراف طبي. ولم يكتف أنصار الإجهاض بذلك، ولكنهم واصلوا ضغطهم حتى أصدر الكونجرس، والمحكمة العليا قانون 1973 الذي يبيح الإجهاض حسب الطلب، ما دام في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل. وبأدنى سبب طبي في الأشهر الثلاثة الوسطى من الحمل. وبوجود سبب طبي قوي في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل.

ولكن قانون 1973 واجه حملة قوية وببأت المحكمة العليا منذ عام 1989 تسن القوانين التي تسمح لكل ولاية بأن تضع بعض العراقيل والكوابح لموجة الإجهاض العاتية.

وأما الدول الاشتراكية فقد كان الاتحاد السوفياتي أول دولة تبيح الإجهاض في العالم، وذلك سنة 1920 ثم منعتة عام 1935 ثم عادت إلى الإباحة عام 1955، وقامت الدول الأوروبية الشرقية (رومانيا - المجر - بولندا - تشكوسلوفاكيا - ألمانيا الشرقية - يوغوسلافيا) تباعاً بإباحة الإجهاض منذ عام 1956.

وكانت الدولة الإشتراكية الوحيدة التي تمنع الإجهاض هي ألبانيا (وهي أيضاً الدولة الأوروبية الوحيدة التي كان كل سكانها تقريباً من المسلمين).

وسرعان ما وافقت اليابان، وأباحت الإجهاض عام 1948. وكانت اليابان أول دولة آسيوية تبيح الإجهاض، وقامت اليابان بعد ذلك بوضع بعض القيود على إجراء الإجهاض.. وعندما قامت الصين الشعبية وواجهت مشكلة زيادة السكان، استخدمت الصين كل الوسائل المتاحة لتحديد السكان، ابتداءً من وسائل منع الحمل المؤقتة، إلى التعقيم للرجال والنساء، إلى إياحة الإجهاض.

وسمحت الدول الاسكندنافية بالإجهاض في الخمسينات، وتبعتها معظم دول أوروبا، ما عدا خمس دول لا تزال تمنع الإجهاض وهي: إيرلندا، إسبانيا، البرتغال، بلجيكا، ومالطا. وهي جميعاً دول كاثوليكية، رغم أن إيطاليا (وهي مقر الفاتيكان والبابا) قد أباحت الإجهاض.

وقد أباح القانون الكندي عام 1969 الإجهاض بشرط موافقة ثلاثة من الأطباء، واعتبارهم أن الإجهاض ضروري من أجل المحافظة على صحة المرأة الحامل جسدياً أو نفسياً.

وأباحت فرنسا الإجهاض عام 1975 في الأسابيع العشرة الأولى من الحمل إذا كانت المرأة الحامل في ضائقة!!

وأباحت هايتي الإجهاض مع بريطانيا عام 1967، وقامت الهند عام 1971 بتطبيق القانون البريطاني لعام 1967، المبيح للإجهاض مع بعض التحفظات.

وكانت أيسلندا أول دولة غير شيعية تبيح الإجهاض من أجل الدواعي الاجتماعية. إذ نصّ تشريعها الصادر سنة 1935 بخصوص الإجهاض على أن تقدير حالة الخطر بالنسبة للحامل ينبغي أن يأخذ في الاعتبار غزارة الإنجاب، وتقارب الولادات والأعباء المنزلية، والمدة الزمنية منذ الولادة الأخيرة، بالإضافة

إلى اعتبار الوضع الاقتصادي للأسرة، ومرض أحد أفراد الأسرة الآخرين، والذي تستلزم رعايته تفرغاً من الأم⁽¹⁾.
وعدلت السويد قانون عام 1938 ليتماشى مع القانون الإيسلندي، وذلك سنة 1946، كما عدلت الدانمارك قانونها الصادر عام 1937 بشأن الإجهاض. ونص التعديل الجديد الصادر عام 1956 على ضرورة اعتبار ظروف المرأة كلها حين الموافقة على إجهاضها. وينبغي لذلك الأخذ في الاعتبار الظروف الاقتصادية، وعدد الأولاد، والأعباء المنزلية.. الخ!!
وأخذت فنلندا بنفس هذه القوانين عام 1950، والنرويج عام 1960.

(1) كتاب تنظيم الأسرة في المجتمع الإسلامي، إصدار الإتحاد العالمي لتنظيم الوالدية - إقليم الشرق الأوسط، قرطاج، تونس، فصل الإجهاض لدواعي اجتماعية ص 62-67.

(ت) القانون التونسي يبيح الإجهاض حسب الطلب:

وفي تونس أباح قانون سنة 1965 الإجهاض لمن لديها خمسة أطفال أحياء.

نص القانون التونسي رقم 24/65 الصادر بتاريخ 1965/7/1:

(يرخص في إنهاء الحمل خلال الثلاثة الأشهر الأولى عندما يكون للزوجين خمسة أطفال أحياء. كما يرخص فيه إن خشي أن مواصلة الحمل يسربب إنهيار صحة الأم. ويجب إجراؤه في تلك الحالتين في مؤسسة استشفائية، أو مصحة مرخص فيها، من طرف طبيب مباشر لمهنته بصفة قانونية)⁽¹⁾.

ولم تكتف تونس بهذا القانون المخالف لقوانين الدول الإسلامية الأخرى، ولكنها قامت عام 1973 بتعديله والسماح بالإجهاض حسب الطلب، ودون أي قيد على الإطلاق خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل. ولوجود سبب طبي فيما يلي ذلك.

(1) المصدر السابق، ص116.

نص القانون التونسي رقم 73-75 بتاريخ 1973/11/19 الفصل

:214

(يرخص في إنهاء الحمل خلال الثلاثة الأشهر الأولى منه من طرف طبيب مباشر لمهنته بصفة قانونية في مؤسسة استشفائية أو صحية، أو في مصحة مرخص فيها. كما يرخص فيه بعد ثلاثة أشهر إن خشي في مواصلة الحمل تسبب انهيار صحة الأم، أو توازنها العقلي، أو كان يتوقع أن يصاب الوليد بمرض، أو آفة خطيرة. وفي هذه الحالة يجب إنهاء الحمل كما أشير إليه بالفقرة السابقة ويجب إجراؤه بعد استظهار لدى الطبيب الذي سيتولى ذلك بتقرير من الطبيب الذي يباشر المعالجة). وهكذا نحا القانون التونسي منحى الدول التي تبيح الإجهاض حسب الطلب مثل الدول الاشتراكية والولايات وبعض دول أوروبا.

(ث) الدول الإسلامية الأخرى التي تبيح الإجهاض:

(اليمن الديمقراطية، تركيا، اليمن الشمالية) وأندونيسيا. وتبيح اليمن الديمقراطية⁽¹⁾ الإجهاض أيضاً في حالة زيادة عدد الأطفال عن ثلاثة، وبشرط إثبات العوز والفقر (مناقض تماماً للناحية الإسلامية) أو عند وجود سبب طبي أو تشوّه بالجنين.. ولا بد من تقرير رسمي من وزارة الصحة يصادق عليه على الأقل طبيبان، حتى يمكن إجراء الإجهاض في مستشفيات الدولة. وبما أن الدولة اشتراكية فليست هناك مستشفيات خاصة على الإطلاق.

وكذلك تبيح تركيا وأندونيسيا الإجهاض مع وجود بعض القيود الخفيفة. أما بقية الدول الإسلامية عرباً وعجماً فتمنع

(1) قبل وحدة اليمنين التي تمت في مايو (أيار) 1991.

الإجهاض، وتعاقب عليه بالسجن والغرامة والشطب من سجل الأطباء، إذا لم يكن نتيجة مرض خطير، يهدّد حياة الأم أو صحتها. وأضافت بعض الدول وجود جنين مشوه.

وتبيح اليمن الشمالية⁽¹⁾ الإجهاض إذا كان قبل نفخ الروح (أي قبل مرور 120 يوماً على الحمل تحسب منذ لحظة التلقيح)، وذلك بناء على أن القول الراجح في المذهب الزيدي الذي يبيح الإجهاض قبل نفخ الروح ولو بأدنى عذر.

وقد نشر الاتحاد العالمي لتنظيم الوالدية (إقليم الشرق الأوسط وشمال أفريقيا) كتاباً بعنوان: تنظيم الأسرة في المجتمع الإسلامي. وقد جاء فيه فتوى رئيس المحكمة العليا الاستئنافية في الجمهورية العربية اليمنية⁽²⁾.

ونص السؤال:

أرجو إفتاءنا في امرأة متزوجة ولديها عدد أولاد، ولجهاها للوسائل الحديثة لمنع الحمل، أصبحت حاملاً الآن، وتطلب إجهاضها طبيّاً. فهل تجيز قوانيننا عملية الإجهاض، علماً بأن ذلك برضاها، ورضى زوجها. نرجو الإفتاء سريعاً ومفصلاً ليكون منا العمل به.

ونص الجواب:

«الشريعة المطهرة لا تمنع من ذلك مع رضاء الزوج وبشرط أن لا تكون الروح قد نفخت في الجنين. وقد قررت الشريعة أن الروح تنفخ في الطفل من أول الشهر الخامس (أي بعد مرور 120 يوماً منذ التلقيح أي بداية الحمل). والله الموفق 22 المحرم 1388هـ.»

ومن الواضح جداً أن المذاهب الإسلامية الأخرى لا تذهب إلى هذا الحد في إباحة الإجهاض. فمنها من يمنعه منذ لحظة التلقيح،

(1) قبل وحدة اليمنين التي تمّت في مايو (أيار) 1991.

(2) كتاب تنظيم الأسرة في المجتمع الإسلامي، ص 116.

وهو رأي المالكية، وبعض الشافعية، والحنابلة. ومنهم من يسمح به إلى الأربعين، بشرط وجود سبب طبي، أو أن طفلها الرضيع ليس له من يرضعه (في زمن قبل وجود اللبن الاصطناعي والرضاعات) وسيتضرر بذلك، وتهدد حياته إن هي واصلت الحمل وتوقف الإرضاع. وهؤلاء يمثلون جمهرة الفقهاء من الشافعية والحنابلة والحنفية. وهناك ثلة من الفقهاء تجيز الإجهاض متى ما كان له سبب طبي، ما دام الجنين لم تنفخ فيه الروح (أي قبل 120 يوماً من بداية الحمل).

(3) الموقف الشرعي من الإجهاض:

ينبني الموقف الشرعي على عدة قواعد ثابتة نوجزها فيما

يلي:

(أ) حرمة الأنفس وعصمتها:

قال تعالى: (ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك)

[الأنعام: 115، والإسراء: 33].

وللجنين نفس. وهي تمر بمراحل وأطوار، وتزداد حرمتها مع مرور الأيام، حتى إذا نفخت الروح بلغت أوجه حرمتها، قال الإمام الغزالي في الإحياء⁽¹⁾:

(وليس هذا - أي العزل - كالإجهاض والوَأَد، لأن ذلك جنائية على مولود حاصل، وأول مراتب الوجود أن تقع النطفة في الرحم، وتختلط بماء المرأة، وتستعد لقبول الحياة، وإفساد ذلك جنائية، فإن صارت نطفة فعلاقة كانت الجنائية أفحش، وإن نفخ فيه الروح واستوت الخلقه ازدادت الجنائية تفاحشاً. ومنتهى التفاحش في الجنائية هي بعد الانفصال حياً).

وقد استدل الفقهاء على تحريم إسقاط الجنين في المراحل الأولى (قبل نفخ الروح) بقياسه على تحريم كسر بيض الحرم

(1) أبو حامد الغزالي: إحياء علوم الدين ج2/65.

بالنسبة للمحرم. ومن كسر بيض الحرم أو أفسده فعليه إثم، وعليه أيضاً جزاء. وقد روي عن النبي ﷺ: أنه أتى بببيض نعام وهو محرم فقال: «إنا قوم حرم، أطعموه أهل الحِلِّ»⁽¹⁾ فإذا حرم تناول أو إفساد بيض الحرم لاعتبار مآله، فكذاك يحرم قتل الجنين في مراحلها الأولى باعتبار مآله⁽²⁾.

وقد دعا الإسلام للمحافظة على هذا الجنين، وأباح للحامل الفطر في شهر رمضان، إذا خشيت على جنينها، كما أن العقوبات البدنية (الحدود) المستحقة على الحامل تؤجل حتى تضع حملها، وما ذلك إلا حرصاً على هذا الجنين. ومعلوم حديث الغامدية التي اعترفت بالزنا، وهي حامل، فأبى الرسول الكريم الشفيق الرحيم ﷺ أن يحدّها حتى وضعت، وأرضعته، وفطمته.. وكذلك حديث المرأة من جهينة التي أبى النبي أن يحدّها وهي حامل بعد أن اعترفت بالزنا.

وللجنين في الإسلام، أهلية وجوب ناقصة: له حقوق كثيرة وليس عليه أي واجب من الواجبات، ولو مات مورثه حُجز نصيبه من التركة حتى يخرج من ظلمة الرحم، كما يثبت له حق الإنفاق، وحق النسب من أبيه، وتمتنع أمه من الزواج (بعد موت أو طلاق) حتى تلده حفاظاً على هذا النسب.

(ب) نفخ الروح:

يعتبر وقت نفخ الروح علامة فارقة وهامة.. وتتضاعف العقوبة على قتل هذا الجنين بعد نفخ الروح.. ولن نناقشها هنا مبحث نفخ الروح فقد ناقشنا ذلك في مواضع أخرى، ولكن يهناها هنا أن نذكر حديثين صحيحين لدالتهما على هذا التوقيت وهما:

(1) الشوكاني: نيل الأوطار، ج 20/5.

(2) المصدر السابق.

● **الحديث الأول:** أخرج الشيخان البخاري ومسلم عن عبد الله بن مسعود < قال: حدثنا رسول الله ﷺ وهو الصادق المصدوق، قال: «إن أحدكم يجمع خلقه أربعين يوماً، ثم يكون في ذلك علقة مثل ذلك، ثم يكون في ذلك مضغة مثل ذلك، ثم يرسل الملك فينفخ فيه الروح» [اللفظ لمسلم].

● **الحديث الثاني:** أخرج مسلم في صحيحه عن حذيفة بن أسيد < أن النبي ﷺ قال: «إذا مر بالنطفة ثنتان وأربعون ليلة بعث الله ملكاً فصورها، وخلق سمعها وبصرها وجلدها ولحمها وعظامها، ثم قال: يا رب أذكر أم أنثى؟ فيقضي ربك ما يشاء، ويكتب الملك، ثم يخرج الملك بالصحيفة من يده فلا يزيد على ما أمر به ولا ينقص».

ولا شك أن الجنين يمر بمراحل متعدّدة أثناء نموّه، وتعتبر مرحلة الأربعين مرحلة ذات أهمية بالغة، والتي تمثل تكوّن الأعضاء المختلفة (**Organogenesis**)، بينما تمثل مرحلة 120 يوماً (منذ التلقيح) مرحلة أشدّ أهمية، حيث أظهرت الأبحاث الحديثة أن المناطق المخية العليا تبدأ في السيطرة على المناطق التي تحتها، وتبدأ التشابكات العصبية، ويمكن تسجيل رسم الدماغ (تخطيط المخ) من الجنين في هذه الفترة، وقد أثبت البروفسور كورين من الولايات المتحدة أن خلايا قشرة الدماغ (**Cerebral Cortex**)، وهي المراكز العليا في الدماغ، لا تبدأ بالاتصال بالمناطق التي تحتها إلا في بداية الأسبوع العشرين من الحمل (بحث الدكتور جوليوس كورين عن تكوّن دماغ الجنين في المؤتمر العالمي للقضايا الأخلاقية والقانونية لزرع الأعضاء، أوتوا بكندا في 20-25 أغسطس 1989، ملخص الأبحاث).

وبما أن حساب الحمل عند أخصائي التوليد، يحسب من آخر حيضة حاضتها المرأة، لا من بداية التلقيح، فإن 120 يوماً من بداية التلقيح، تساوي 134 يوماً من آخر حيضة حاضتها المرأة،

وذلك يساوي 19 أسبوعاً ويوماً واحداً، أي بداية الأسبوع العشرين.

ولذا فإن ما جاء في الحديثين الشريفين يدل على إعجاز طبي عظيم، ففي حديث حذيفة أخبرنا المصطفى أن الذكورة والأنوثة يحددها الملك في نهاية فترة الأربعين الأولى وقد أوضح علم الأجنة الحديث أن الغدة التناسلية تكون غير متميزة قبل الأربعين، وبالتالي لا يمكن معرفة جنس الجنين إذا سقط في هذه الفترة بتشريح الغدة التناسلية، ولا يمكن معرفة جنسه إلا بفحص الكروموسومات فإن كانت XX كان الجنين أنثى، وإن كانت XY كان الجنين ذكراً.

ولهذا فإن للجنين مستويين هامين: الأول عند بلوغه الأربعين، وفيها يتم تكون الأعضاء الأساسية، وجذع الدماغ، والثاني عند بلوغه 120 يوماً، وفيها يتم تكوّن الدماغ، وارتباط قشرة المخ بما تحتها، وتبدأ بالتالي عملها، وهو المستوى الإنساني الرفيع، حيث يظهر الإحساس، والشعور، وما يتبعه بعد ذلك من إدراك وفهم وذكاء.. إلخ. قال ابن القيم في التبيان في أقسام القرآن: «فإن قيل الجنين قبل نفخ الروح فيه هل كان فيه حركة وإحساس أم لا؟ قيل كان فيه حركة النمو والإغذاء كالنبات. ولم تكن حركة نموه واغتنائه بالإرادة، فلما نفخت فيه الروح انضمت حركة حسيته وإرادته إلى حركة نموه»⁽¹⁾.

وقال ابن حجر العسقلاني في فتح الباري شرح صحيح البخاري (ج482/11): «ولا حاجة له (أي الجنين) حينئذ إلى حس ولا حركة إرادية لأنه حينئذ بمنزلة الزنبلة، وإنما يكون له قوة الحس والإرادة عند تعلق النفس (أي الروح) به».

(1) التبيان في أقسام القرآن لابن القيم ص 255 ومثله في كتاب مفتاح دار السعادة لابن القيم أيضاً - وطريق الهجرتين له أيضاً.

والغريب حقاً أن يرجع هؤلاء العلماء الأفاضل علامة نفع الروح إلى وجود الجهاز العصبي ووجود الحسّ (**Sentience**) والحركات الإرادية (**Volition**) وهو أمر لم يدركه العلماء والأطباء إلى اليوم إلا بصورة ضبابية. وبذلك يكونوا قد سبقوا عصرهم والعصور التي تليه إلى يومنا هذا في القرن الواحد والعشرين.

ونجد الأطباء في القرن الواحد والعشرين يتساءلون: أليست اللقيحة (الزيجوت) كائناً حياً؟ نقول بلى وكذلك الحيوان المنوي (**Spermatazo**) والبيضة (**Ovum**) وكل خلية في أي كائن حي هي خلية حية. ولكن هذه الحياة ليست هي الحياة الإنسانية التي لها الحرمة (**Sanctity**). ويمر الجنين الإنساني بثلاث مراحل عبر عنها القدماء، كالتالي:

- النفس النباتية (**Vegetative**) وهي التي فيها قوة النمو والاعتماد.

- النفس الحيوانية (**Animated Life**) وهي التي فيها الحركة الانفعالية (**Reflex Action**).

- النفس الإنسانية (**Human Life**) وهي التي يتم فيها تكوين المناطق المخية العليا والتي تتحكم فيما هو أسفل منها من مناطق. والنفس النباتية: (**Vegetative Life**) تكون في الأربعين الأولى وفي نهايتها أي عند بداية الأربعين يظهر التخليق (**Organogenesis**) بصورة جلية.

ومرحلة النفس الحيوانية: تبدأ بعد الأربعين مباشرة (الأسبوع السابع) حيث يتكوّن جذع الدماغ والنخاع الشوكي ويبدأ العمل فيهما وتظهر الأفعال الإنعكاسية (**Reflex Action**).

ومرحلة النفس الإنسانية: تظهر بعد 120 يوماً منذ التلقيح وهو ما يوازي 134 يوماً منذ بداية آخر حيضة حاضتها المرأة (أي بداية الأسبوع العشرين). وفيها يتم التشابك والاتصال بين المناطق المخية العليا وما تحتها من المناطق المخية عبر ما يسمى التشابك (**Synapsis**). وهي المناطق التي تتحكم الروح بواسطتها في بقية

الجسد. وفيها الإحساس والإرادة والفكر والروحيّ أو بالأحرى عبرها يتمُّ تنفيذ هذه العلامات الإنسانية المتفرّدة. وهذه لا تظهر إلا بعد نفخ الروح أي بعد مرور 120 يوماً منذ التلقيح.

لذا فإن الفقهاء مجمعون على حرمة قتل الجنين بعد مرور 120 يوماً (منذ التلقيح). وجميع المذاهب الإسلامية على ذلك، بما فيهم الاثني عشرية (الجعفرية، الإمامية) والزيدية، والأباضية، ولا يسمح بالإجهاض إلا إذا كان الحمل يشكّل خطراً جسيماً على حياة الحامل، فتقدّم آنذاك حياتها على حياته، وهذا ما أخذ به كثير من الفقهاء المحدثين من أمثال الشيخ شلتوت والشيخ القرضاوي والمجامع الفقهية.

(4) آراء الفقهاء في الإجهاض قبل نفخ الروح (أي قبل 120 يوم):

ينقسم الفقهاء إلى فئات ثلاث في هذه النقطة:

(أ) الفئة الأولى:

ويمثلها القول الراجح لدى المالكية، والإمام الغزالي في الشافعية، وابن رجب الحنبلي من الحنابلة، وهم يحرّمون الإجهاض منذ اللحظة التي تستقر فيها النطفة في الرحم، ولا يسمحون بالإجهاض إلا إذا تعرّضت حياة الحامل للخطر، وأصبح الإجهاض ضرورياً لإنقاذ حياتها. ولكنهم يسمحون بأي وسيلة تمنع علق اللقيحة بالرحم. وبالتالي يسمحون باستخدام اللولب لمنع الحمل الذي له عدة طرق في العمل.

(ب) الفئة الثانية:

ويمثلها جمهور فقهاء الشافعية والأحناف والحنابلة والاثني عشرية (الجعفرية، الإمامية)، وهم يبيحون الإجهاض إذا تمّ قبل نهاية الأربعين الأولى من الحمل (تحتسب منذ لحظة التلقيح لا من آخر حيضة حاضتها المرأة) عند وجود أدنى سبب مثل مرض الأم، أو أن هناك طفلاً رضيعاً للمرأة، ولا مرضع له غير أمه الحامل، وبذلك سيتعرّض الرضيع للخطر، ويجيز بعضهم الإجهاض في هذه الفترة، إذا كان الحمل ناتجاً عن الاغتصاب أو الزنى لفئة غرر بها، ولم تعرف عنها الفاحشة ومن هؤلاء الإمام السبكي والإمام الرملي. ويبيح كثير من الفقهاء والمعاصرين الإجهاض في هذه الفترة في حالة الاغتصاب.

(ت) الفئة الثالثة:

ويمثلها الزيدية وبعض الأحناف وبعض الحنابلة وبعض الشافعية ويبيحون الإسقاط يقبل نفخ الروح (أي 120 يوماً) عند وجود سبب لذلك، ويشترطون موافقة الزوج على ذلك⁽¹⁾⁽²⁾.
وجاء في كتاب الإنصاف للمراي وهو من علماء الحنابلة⁽³⁾:
(وقال في الفروع: وظاهر كلام ابن عقيل في الفنون أنه يجوز إسقاطه قبل نفخ الروح).

وقال ابن عابدين (وهو من علماء الأحناف) في الحاشية على كتاب الدر المختار⁽⁴⁾: (قال في النهر (إسم كتاب): هل يباح الإسقاط بعد الحمل؟ نعم يباح ما لم يتخلق منه شيء إلا بعد مائة وعشرين يوماً.

قال ابن عابدين معلقاً على ذلك: (وهذا يقتضي أنهم أرادوا بالتخليق نفخ الروح، وإلا فهو غلط لأن التخليق (Organogenesis) يتحقق قبل هذه المدة).

وهكذا يتضح أن جميع الفرق والمذاهب الإسلامية تمنع الإجهاض منعاً باتاً ولو كان الجنين مشوهاً تشويهاً شديداً بعد نفخ الروح (أي بعد 120 يوم من التلقيح) ولا تسمح به إلا إذا كان استمرار الحمل سيؤدّي إلى قتل الأم الحامل.

ثم يختلف الفقهاء بعد ذلك، فمنهم من لا يسمح بالإجهاض مطلقاً إلا إذا كان الحمل سيؤدّي إلى وفاة الحامل، ومنهم من يسمح به في حدود الأربعين عند وجود مرض أو عدم وجود مرض، ومنهم من يسمح بالإجهاض ما دام قبل 120 يوماً عند وجود سبب قوي لذلك، وإن لم يبلغ حد الخطر على حياة الأم.

(1) فتوى رئيس المحكمة باليمن نقلاً عن كتاب تنظيم الأسرة والمجتمع، إصدار الإتحاد العالمي لتنظيم الوالدية، تونس، ص116.

(2) د. حسن الشاذلي: حق الجنين في الحياة في الشريعة الإسلامية، ندوة الإن جاب، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبيّة، الكويت، ص397.

(3) علي بن سليمان المرادي: الانصاف، ج1/386.

(4) ابن عابدين: حاشية ابن عابدين: رد المختار على الدر المختار ج2/389.

وقد أصدر المجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي قراراً هاماً في دورته الثانية عشرة (15 رجب 1410هـ الموافق 10 فبراير 1990)، حيث أباح إجهاض الجنين المشوّه تشوهاً شديداً، بشرط أن يكون ذلك بقرار لجنة من الأطباء المختصين، وبشرط أن يتم الإجهاض قبل مرور 120 يوم تحسب منذ لحظة التلقيح وبطلب من الوالدين. وأن يكون الجنين مشوهاً تشويهاً شديداً غير قابل للعلاج، وأنه إذا بقي وولد في موعده ستكون حياته سيئة والآماً عليه وعلى أهله فعندئذ يجوز إسقاطه بناء على طلب الوالدين»⁽¹⁾.

دية الجنين:

أخرج الشيخان (البخاري ومسلم) عن أبي هريرة أن امرأتين من هذيل اقتلتا فرمت إحداهما الأخرى بحجر فقتلتها وما في بطنها فاختصموا إلى رسول الله ﷺ فقضى أن دية جنينها غرّة (عبد أو جارية) وقضى بدية المرأة على عاقلتها. وتقدرّ الغرّة بنصف عشر دية أمة. وقد أوجب بعض الفقهاء الغرّة وليد أو جارية مهما بلغ ذلك الثمن، وبعضهم قدرها بعشرة آلاف درهم وبعضهم قدرها بخمسمائة دينار ذهباً (كان الدينار الذهب يساوي عشرة دراهم فضة ثم صار الدينار الذهب يساوي عشرين درهماً فضة).

قال ابن رشد في بداية المجتهد ونهاية المقتصد (ج2/ص311-313) باختصار: «فأما الأجنّة فإنهم اتفقوا على أن الواجب في جنين الحرّة وجنين الأمة من سيدها هو غرّة. واتفقوا على أن قيمة الغرّة الواجبة هي نصف عشر دية أمه عند الجمهور. وقال داود وأهل الظاهر لا تجزئ القيمة، بل يجب أن تكون غرّة وليد أو جارية».

(1) قرارات مجمع الفقه الإسلامي رابطة العالم الإسلامي، مكة المكرمة، إصدار المجمع الفقهي الإسلامي، مكة المكرمة، الدورة الثانية عشر لعام 1410.

وفي زمننا هذا لا بدّ من العودة إلى الثمن لعدم وجود الأرقاء. واختلفوا في جنين الذمية فقال مالك والشافعي وأبو حنيفة: فيه نصف عشر دية أمه، لكن أبو حنيفة على أصله في أن دية الذمي هي دية المسلم، والشافعي على أصله في أن دية الذمي ثلث دية المسلم ومالك على أصله في أن دية الذمي نصف دية المسلم.

من هو الجنين الذي تجب فيه الدية؟

لا بد أن يتبين في السقط أنه بداية آدمي تستبين فيه الخلقة كإصبع أو نحوها. وبما أن الجنين يبدأ في مرحلة التخلق منذ بداية الأسبوع الرابع وينتهي في الأسبوع الثامن منذ بداية التلقيح، وهو ما يعرف في علم الأجنة بتكوين الأعضاء **Organogenesis** فإن القوايل لا يستطيع تمييز وجود الأعضاء إلا في حدود الأربعين يوماً منذ التلقيح. وهو ما جاء في حديث حذيفة ابن أسعد الذي أخرجه مسلم وهو حديث الأربعين المشهور والذي قد مر معنا.

وإذا عرفنا أن مرحلة العلق في الرحم مرحلة مبكرة ويكون الجنين فيها لا يزيد عن نقطة (.) وعندما تبدأ مرحلة المضغة (الكتل البدنية **Somites**) لا يكون الجنين أكثر من حبة أرز أو حبة قمح. ومن العسير أن يتبين فيها تخلق الأعضاء من يد أو إصبع أو قدم.. إلخ. فإن ظهور هذه العلامات لا تتبين إلا بعد الأربعين. وقد اتفق الفقهاء الأقدمون والمحدثون على أن النطفة أربعين يوماً بناء على حديث عبد الله بن مسعود < والذي أخرجه الشيخان وغيرهما والذي تقدم ذكره. واعتبروا أن النطفة لا تخلق فيها. وبالتالي لا تكون فيها دية.

كما أن أحكام النفاس لا تتم إلا بظهور خلقة آدمي أو ما يدل على الخلقة. ولذا حكموا بأن الدم الخارج من المرأة إذا لم يتبين فيها خلقة آدمي، دم فساد أي استحاضة. ولذا تلزمها الصلاة والصيام إلى آخر الأحكام.

ولا يصلّي على هذا السقط باتفاق ولا يكفن بل يدفن فقط. ولهذا مال أغلب الفقهاء على جواز السقط قبل الأربعين لأدنى سبب وقد أوضحنا آراءهم فيما سبق. وإن كان فقهاء العصر الحديث أكثر ميلاً إلى التشدد في هذا وأخذهم بأقوال من منع الإجهاض حتى في الأربعين الأولى من الفقهاء إلا لوجود

سبب قوى ومن هؤلاء غالبية فقهاء المالكية، والغزالي من الشافعية، وابن رجب الحنبلي من الحنابلة وغيرهم.

والخلاصة أن السقط في الأربعين الأولى له الأحكام التالية:

- (1) يجوز إسقاطه لوجود أدنى سبب مثل مرض الحامل أو أن لديها طفلاً رضيعاً، وليس لدى والده قدرة في إيجاد مرضعة (ظئر)، أو حدوث اغتصاب أو ما شابه ذلك.
- (2) لا يكفن ولا يصلّى عليه، بل يدفن في خرقة.
- (3) لا دية له إلا إذا ظهرت علامات وجود خلقة بالعين المجردة تدرکها القوابل.
- (4) لا يعتبر الدم بعد نزوله دم نفاس، بل هو دم فساد أي استحاضة، ما لم تنبئ آثار الخلقة فيه.

قال ابن رشد في بداية المجتهد ونهاية المقتصد⁽¹⁾

(باختصار)

وأما دية الجنين الذي تجب فيه الغرة فإنهم اتفقوا على أن من شروطه أن يخرج الجنين ميتاً فإن خرج حياً ثم مات بسبب ذلك الإعتداء فإن فيه دية كاملة وليس الغرة.

وقال مالك: كل ما طرحته من مضغة (80 إلى 120 يوماً حسب حديث ابن مسعود) أو علقة (40 إلى 80 يوماً حسب الحديث المشهور لابن مسعود) مما يعلم أنه ولد ففيه الغرة.

وقال الشافعي: لا شيء فيه حتى تستبين الخلقة كإصبع أو نحوها. أو تشهد القوابل على أنها أصل آدمي ولو بقي لتصور. (وهو مبني على أن التخليق إنما يتم في الأربعين عند دخول الملك كما في حديث حذيفة بن أسيد الذي أخرجه مسلم في صحيحه. وهو موافق لما سبق من كلام المالكية). وهو أيضاً ما تنفق فيه المذاهب الأخرى.

(1) ابن رشد: بداية المجتهد ونهاية المقتصد، ج2/311-313.

فإن نزل الجنين حياً كأن استهلَّ صارخاً ثم مات مباشرة أو مات متألماً ففيه دية كاملة.. وإن نزل حياً وبقي زماناً بلا ألم ثم مات، فلا ضمان لاحتمال وجود سبب آخر (لموته) (1).

وقد اتفق الفقهاء على أن التخليق ممكن في العلقه (أي من اليوم الأربعين إلى الثمانين) وشرح ذلك ابن رجب الحنبلي في جامع العلوم والحكم وابن القيم في التبيين في أقسام القرآن وفي طريق الهجرتين وابن عابدين في الحاشية.

على من تجب الغرّة؟

قال ابن رشد في بداية المجتهد ونهاية المقتصد: قد اختلف الفقهاء في ذلك. فقالت طائفة، منهم مالك والحسن البصري والحسن بن يحيى هي في مال الجاني وقال آخرون هي في مال العاقلة. وممن قال بذلك الشافعي وأبو حنيفة وسفيان الثوري أنها جناية خطأ. وما روى عن جابر بن عبدالله   أن النبي   جعل في الجنين غرّة على عاقلة الضارب وبدأ بزوجها وولدها - وأما مالك فشبّهها بدية العمد إذا كان الضرب عمداً. ولذا جعلها في مال الجاني.

واختلفوا في العاقلة بعد أن اتفقوا على أنها العصبية. قالوا ولا يدخل فيها الأصول (أي الأب وإن علا) والإبن وإن نزل، ولا الحواشي مثل الزوج. والحديث يرد ذلك إذ جعل رسول الله   الإبن والزوج أول من وقعت عليه الدية. واعتبره بعضهم القبيلة، وجعلهم عمر < في أهل الديوان الذي يجمعهم العطاء من بيت مال المسلمين. ولعل التأمين في العصر الحديث يكون هو العاقلة. وقد قال ابن القيم في ضمان الطبيب إن كانت الدية الثلث أو أكثر فهي على العاقلة وإن كانت أقل من ذلك فهي في مال الطبيب. فإذا كان الطبيب هو الذي تسبّب في الإجهاض فتكون في

(1) مغني المحتاج، ج4/104.

ماله لأنها نصف عشر الدية، حسب قول ابن القيم. فإذا كان الإجهاض بطلب من الأم وزوجها فلا يطالب الطبيب بالدية (الغرة). ولكن يبقى للشارع أو ولي الأمر أن يعاقب هذا الذي أقدم على الإجهاض بدون موافقة القانون أو النظام بعقوبات تعزيرية مختلفة: منها منع الطبيب من مزاوله المهنة، ووضع غرامات مالية عليه أو ما شابه ذلك.

وقد اتفق الفقهاء على أن الغرة تسقط إذا تمّ الإجهاض قبل الأربعين. وتبقى الغرة إذا تمّ السقط ما بين الأربعين ونفخ الروح (مائة وعشرين يوماً) وكذلك تبقى بعد نفخ الروح بشرط أن ينزل ميتاً. أما إذا نزل حياً ثم مات بسبب الضرب أو محاولة إنزاله ففيه دية كاملة. أما إذا نزل حياً وبقي زماناً بلا ألم ثم مات فلا شيء فيه ولا ضمان لاحتمال وجود سبب آخر.

وأما قتل الوليد أو حتى بعد ظهور رأسه في أثناء الولادة وهو حي فهو جريمة كاملة تستوجب القصاص. قال صاحب مغني المحتاج (ج 4/104): أما لو انفصل الجنين (عن أمه) بلا جناح، وإن لم تكن حياته مستقرّة (أي ولد ولادة طبيعية) أو بجناية (أي بفعل فاعل) وحياة الجنين مستقرّة. وهزّه (أي بالسكين) شخص وجب عليه القصاص كما لو قتل مريضاً مشرفاً على الموت.

وبهذا يتضح أن قتل الجنين الحي بعد نفخ الروح جناية شنيعة. فإذا ولد حياً ثم قتله شخص ففيه القصاص وليس الدية فحسب إلا أن يعفو أولياء المولود.

لمن تجب الغرة؟

تجب الغرة لورثة الجنين وحكمها حكم الدية في أنها مورثة. وهذا هو قول مالك والشافعي وأبو حنيفة. وقال ربيعة والليث: هي للأم خاصة وذلك أنهم شبهوا جنينها بعضو من أعضائها. وبهذا الرأي حكمت المحاكم في مصر وصدر بذلك قانون الإرث

عام 1943، لأن الضرر وقع على جسد الأم ذاتها بالإجهاض ولأن جنينها لا يزال جزءاً منها لم ينفصل عنها⁽¹⁾.

وأما علة الحكم في أن الغرة تورث فعلى اعتبار أن الجنين كائن بذاته ولذا فإن ماله لورثته. وهذه قضية يكثر فيها الجدل عند الأخلاقيين من الغربيين: هل الجنين جزء من أمه وعضو من أعضائها فيجوز لها إخراجها أم كائن مستقل متصل بها وبالتالي لا يجوز لها قتله وإجهاضه؟

وعندنا القضية شبه محسومة فهو في الأربعين الأولى لم يتكوّن بعد ولم يتخلّق، ولذا تساهلوا في الإجهاض لأدنى سبب (ما عدا في العصر الحديث حيث تشدّد الأطباء والفقهاء في ذلك) ثم تزداد الحرمانية بتقدّم الحمل وتبلغ أوجّها بعد نفخ الروح. وتزداد الجنائية تفاحشاً بولادته حياً ثم قتله فهو جريمة قتل كاملة ندد بها القرآن الكريم والسنة المطهرة أيما تنديد. وعقوبتها القصاص إلا إذا تنازل الولي وعفا.

وإذا باشرت المرأة إسقاط جنينها فإذا كان قبل الأربعين فلا غرة كما أسلفنا. أما إذا كان بعد الأربعين الأولى ففيها الغرة. وقال مالك والحسن البصري والحسن بن يحيى أن الدية (الغرة) في مال الجاني وها هنا هي الأم أو الطبيب المباشر وقال الشافعي وأبو حنيفة وسفيان الثوري أنها في مال العاقلة، وليس للأم نصيب منها لأنها سبب قتله.

ولو سعت الأم في قتل جنينها (بعد الأربعين) وأسقطه الطبيب فإن الغرة تقع على المباشر (الطبيب) في ماله أو في مال عاقلته (قولان). وليس للأم نصيب في الغرة لأنها سعت إلى قتله. وقال ابن حزم في المحلى (ج 29/11) أو إذا شربت المرأة الدواء فأسقطت أو استدخلت شيئاً في رحمها فأسقطت فعليها

(1) الدكتور (في القانون) عصام غانم، الدار السعودية، جدة، ص 58-59 Islamic Medcial Juris Prudence

أحكام غسل السقط والصلاة عليه

قال الإمام النووي في المجموع (ج 5/206): «إن كان له دون أربعة أشهر لم يصل عليه بلا خلاف. وإن كان أربعة أشهر (وما بعدها) ولم يتحرك لم يصل عليه عند جمهور العلماء. وقال أحمد وداود رحمهما الله: يصل على عليه».

قال الإمام الشيرازي في المذهب: «إذا استهل السقط أو تحرك (مما يعلم به وجود حياة) ثم مات غُسلَ وصُلِّيَ عليه لما روى ابن عباس ؓ أن النبي ﷺ قال: «إذا استهل السقط غُسلَ وصُلِّيَ عليه وورثَ وورثت».

وثبت له حكم الدنيا في الإسلام والميراث والدية فغُسلَ وصُلِّيَ عليه كغيره. وإن لم يستهل (أي صارخاً) ولم يتحرك، فإن لم يكن له أربعة أشهر، كُفِنَ بخرقة ودفن وإن تم له أربعة أشهر ففيه قولان: قال في القديم (أي مذهب الشافعي القديم) يصل على لأنه نفخ فيه الروح فصار كمن استهل. وقال في «الأم»: لا يصل على، وهو الأصح لأنه لم يثبت له حكم الدنيا في الإرث وغيره فلم يصل على. فإن قلنا يصل على غُسلَ كغير السقط، وإن قلنا لا يصل على ففي غسله قولان: قال البويطي: لا يغسل لأنه لا يصل على. وقال في الأم: يغسل لأن الغسل قد ينفرد عن الصلاة كما نقول في الكافر.

ولخص الإمام النووي في المجموع أحكام السقط فقال:

(1) إذا استهل السقط صارخاً فيجب غسله والصلاة عليه بلا خلاف.

(2) أن يتحرك السقط حركة تدل على الحياة ولا يستهل صارخاً ففيه قولان: (أحدهما) يغسل ويصل على (الثاني) لا يصل على ولا يغسل. وقال بعضهم يغسل (ولا يصل على) إذا ظهرت فيه خلقة آدمي.

(3) إذا بلغ السقط أربعة أشهر (أي 120 يوماً وهو موعد نفخ الروح) ففيه ثلاثة أقوال:

الأول: يجب غسله ولا تجب الصلاة عليه، بل تجوز.

الثاني: لا يُصَلَّى عليه ولا يغسل.

الثالث: يُصَلَّى عليه ويغسل (مذهب الشافعي القديم).

فإذا وجبت الصلاة وجب الكفن التام. وأمّا الدفن فيجب سواء وجبت الصلاة والغسل أم لم تجب. وقال بعضهم «إذا أُلقت المرأة مضغة (أي قبل نفخ الروح) لا يثبت بها حكم الاستيلاد ووجوب الغرّة ولا غسل ولا تكفين ولا صلاة فلا يجب الدفن والأولى أن توارى». وهو قول إمام الحرمين الجويني وتلميذه الغزالي في البسيط.

فإذا لم يجب الدفن فهل يجوز استخدام السقط في التجارب العلمية أو الاستفادة من أعضائه أو خلاياه؟

لقد أثارت هذه النقطة معارك وزوابع في أوروبا وخاصة في بريطانيا لأنه قد تمّ أخذ هذه الأجنة المجهضة واستخدمت دون إذن الوالدين في الأبحاث الطبيّة. ولا تزال المعركة قائمة حتى اليوم. وقال الإمام البغوي: «إذا أُلقت علقة أو مضغة ولم يظهر فيها شيء من خَلْق الآدمي فليس لها غسل ولا تكفين وتوارى كما يوارى دم الرجل إذا فصد أو احتجم».

والواقع أن العلقة (40-80 يوماً منذ التلقيح) يظهر فيها خلق الآدمي بالعين المجرّدة ومن باب أولى المضغة (80 إلى 120 يوماً منذ التلقيح). ومرحلة النطفة (الأربعين الأولى) هي التي لا يظهر فيها أي تخليق بالعين المجرّدة لصغر حجم الجنين فهو ما بين نقطة عند بداية العلق وأقل من حبة أرز (في نهاية الأربعين الأولى).

وقد اتفقت جماهير الفقهاء على أن النطفة لا اعتبار لها مطلقاً. وأنها دم فساد (استحاضة).

وأما إذا بيّنت آثار الخلقة (علقة فمضغة) فقد اختلفوا في ذلك. فمنهم من قال تدفن ومنهم من قال توارى.

وأما إذا تمّ نفخ الروح فقال الحنابلة تغسل وتُصَلَّى عليها وتدفن أما إذا لم يتمّ أربعة أشهر فيدفن فقط بلا صلاة ولا غسل.

وانفقت المذاهب كلها أنه إذا نزل حيًّا وعرفت حياته بالاستهلال (الصراخ) أو الحركة الدالة على الحياة فإنه يغسل ويكفن ويصلى عليه. أمّا إذا نزل ميتاً فإنهم لا يصلّون عليه (ما عدا الحنابلة الذين يوجبون الصلاة عليه بعد نفخ الروح أي بعد أربعة أشهر فما فوقها) سواء نزل حيّاً أو ميتاً. وصلاة الجنائز من فروض الكفاية إذا قام بها البعض (قيل ثلاثة فما فوقهم) سقطت عن الباقيين وقيل ولو صلى عليها واحد كفى. ويصلى عليها قبل الدفن وبعده سواء كان الميت حاضراً أم غائباً. ويمكن أن تصلى جماعة أو فرادى أو مجموعات متكرّرة. والله الهادي إلى سواء السبيل.

الفصل العشرون

طرق وأنواع الإستيلاد المستحدثة

(أطفال الأنابيب)

وقال رسول الله ﷺ: «عباد الله تداووا فإن الله لم يضع داء إلاّ وضع له شفاء، غير داء واحد هو الهرم»⁽¹⁾. وقال: «ما أنزل الله من داء إلاّ أنزل له شفاء»⁽²⁾.

والأحاديث في طلب التداوي والحث عليه كثيرة.. ولا خلاف عند المسلمين أنه يندب العلاج من عدم الإخصاب (أو ما يعرف باسم العقم) بشرط أن لا يؤدي ذلك إلى اختلاط الأنساب، وأن يقع الإنجاب بين زوجين بدون تدخل طرف ثالث (متبرع بنطفة ذكرية أو أنثوية أو جنين أو رحم).. وأن يكون عقد الزوجية قائماً غير منقسم بموت أو طلاق بائن.

(1) أخرجه البخاري ومسلم والترمذي وأبو داود.

(2) أخرجه البخاري في صحيحه، كتاب الطب.

(2) الفرق بين العقم (Sterility):

وعدم الإخصاب (قلة الإخصاب) (Infertility):

لا يفرق كثير من الباحثين، فضلاً عن عامة الناس، بين العقم (Sterility) وعدم الإخصاب (Infertility).. ولا بدّ من التفريق بينهما، إذ أن العقم (Sterility) ليس له علاج ناجع حتى الآن، ومثاله الأمراض الخلقية والوراثية الشديدة التي تصيب الجهاز التناسلي، وعلى وجه الخصوص الغدة التناسلية، فغياب الخصية (Agenesis) أو ضمورها الشديد في حالة متلازمة كلينفلتر (Syndrome Klinefelter) أو عدم وجود المبيض أو شذوذ تكوّنه (Agenesis or Ovarian Dysgenesis) أو متلازمة ترنر (Turner Syndrome)، وغيرها من الحالات المماثلة التي بها خلل في الصبغيات (Chromosomal Aberration) أو خلل شديد في تكوين الجهاز التناسلي لأي سبب من الأسباب تؤدي جميعاً إلى العقم (Sterility).

وقد يمكن علاج بعض أنواع من هذه الحالات بزرع الخصية أو زرع المبيض، ولكن هذا العلاج بحدّ ذاته متى تمّ نجاحه يؤدي إلى مشاكل أخلاقية، ودينية عويصة يهتم بها الإسلام أشدّ الاهتمام، لأنها تؤدي إلى اختلاط الأنساب، حيث أن الصفات الوراثية للجنين ستكون من الشخص الذي تبرّع بالغدة التناسلية (سواء كانت خصية أو مبيضاً).

أمّا عدم الإخصاب (Infertility) فهو تعبير يشمل كل الحالات التي يمكن أن تعالج⁽¹⁾.

(1) Benson R: Handbook of obstetrics and Gynecology، Lange Medical Publication، 6th edition، 1977، pp.671-688.

(3) عدد المصابين بعدم الإخصاب:

تقدّر منظمة الصحة العالمية أن عدد الأزواج المصابين بعدم الإخصاب يتراوح ما بين خمسة إلى عشرة بالمائة من الأزواج في العالم⁽¹⁾.

وفي أوروبا والولايات المتحدة تتفق المصادر الطبيّة على أن عدم الإخصاب أصبح يسبب مشكلة عويصة، وذلك بسبب الزيادة المضطّردة في حالات عدم الإخصاب، وقد سجّلت الولايات المتحدة زيادة في العقم الناتج عن انسداد الأنابيب تبلغ 300% خلال العشرين عاماً الماضية. وأن عدم الإخصاب في سن 20 إلى 24، وهي أحسن سن للخصوبة، قد ازداد في الولايات المتحدة بنسبة 177%.

وفي عام 1976 كان واحد من كل 10 أزواج يعانون من عدم الخصوبة في الولايات المتحدة، وفي عام 1984 كان واحد من كل ستة أزواج يعانون من عدم الخصوبة⁽²⁾.

ومنذ نهاية السبعينات كان يتردّد على عيادات العقم في الولايات المتحدة أكثر من مليون زوج للعلاج من عدم الخصوبة. وهذه الأرقام هي لمن يعانون من عدم الخصوبة الأولية (أي لم يسبق لهم الحمل أو الإنجاب). أمّا إذا أضفنا إلى ذلك عدد النساء اللاتي حملن ولم ينجبن بسبب الإجهاض المتكرّر، أو الحمل خارج الرحم، أو النساء اللاتي أنجبن طفلاً واحداً فقط، ثم لم يستطعن الإنجاب، فإن العدد يتضاعف عدّة مرات، سواء كان ذلك في الولايات المتحدة أو أوروبا أو أفريقيا وآسيا. وكذلك يتضاعف العدد إذا ضمنا الرجال الذين أصبحوا يعانون من عدم

(1) Cates W: Sexually transmitted disease and fertility. X world congress on Fertility and Sterility. Ed: Harrison, Thompson J, PP465-468.

(2) Time Magazine, Sept 10, 1984: The New Origin of Life.

الخصوبة نتيجة التهابات الجهاز التناسلي بعد فترة كانوا فيها مخصبين.

(4) أسباب عدم الخصوبة:

لا بدّ من لمحة سريعة جداً عن أسباب عدم الخصوبة. وإذا أدركنا هذه الأسباب، وكيف أن كثيراً منها يمكن منع وقوعه أصلاً، فإننا سندرك حتماً أن التقنيات الحديثة البارعة لن تحل مشكلة عدم الخصوبة، بل إنها ستضع مشكلات أخلاقية ودينية جديدة.

ويصاب كل من الرجل والمرأة بعدم الخصوبة. وقد يكون الزوج هو المسؤول عن عدم الخصوبة (25 إلى 40% من الحالات)، أو تكون الزوجة هي المسؤولة عن عدم الخصوبة (50-60 من الحالات)، أو يكون عدم توافق ووجود أجسام مضادة بينهما، أو تكون هناك أسباب مجهولة بالنسبة للطب حتى اليوم. وقد تناقصت نسبة الأسباب المجهولة مع التقدّم الطّبيّ الواسع في مجال التشخيص، وخاصة في الثمانينات من القرن العشرين، بحيث لم تعد الأسباب المجهولة تشكل سوى نسبة ضئيلة من جملة الأسباب.

ونظراً لضيق المجال فإننا سنذكر أهم الأسباب المؤدية إلى عدم الخصوبة في المرأة والرجل، وبالذات الأسباب المؤدية إلى انسداد الأنابيب، والتي تحتاج بالتالي إمّا إلى إجراء عملية دقيقة لفتح الأنابيب وتسليكها أو إلى إجراء التلقيح الاصطناعي المعروف بطفل الأنبوب، أو التلقيح الاصطناعي الداخلي، أو عملية جفت أو ما شابهها.

(أ) - الأمراض الجنسية: تشكل الأمراض الجنسية الناتجة

من الزنا واللواط وغيرها من الممارسات الشاذة أهم سبب لانعدام الخصوبة في الرجال والنساء على السواء.

وفي الولايات المتحدة وجد أن الالتهابات الناتجة عن الكلاميديا (**Chlamydia**) تسبب 50% من حالات انسداد قناتي الرحم (أنابيب فالوب) وبما أن انسداد قناتي الرحم تشكل 60% من جميع حالات عدم الخصوبة لدى النساء فإن ذلك يعني نسبة كبيرة جداً من حالات عدم الخصوبة⁽¹⁾.

ويقدّر عدد المصابين بالكلاميديا في الولايات المتحدة بستة ملايين شخص سنوياً⁽²⁾. ويعتبر التهاب مجرى البول الجنسي، من غير السيلان، أكثر الأمراض الجنسية انتشاراً في العالم. وقد سجّلت حالات الكلاميديا في معظم مناطق العالم ارتفاعاً رهيباً بحيث أصبحت تمثّل ضعف حالات السيلان. ولهذا تتراوح تقديرات الإصابة بالكلاميديا والمايكوبلازما وما شابهها بـ 400 إلى 500 مليون إصابة في العالم، بينما تقدر منظمة الصحة العالمية أن الإصابة بالسيلان عام 1976 كانت 250 مليون حالة⁽³⁾.

ويعتبر السيلان (التعقيية، الردة) (**Gonorrhea**) مسؤولاً عن 25% من حالات التهاب قناتي الرحم وانسدادهما.

كما أن الهربس أخذ في الازدياد بصورة مضطربة، وفي عام 1982 كان في الولايات المتحدة أكثر من عشرين مليون شخص مصاب بالهربس، وعدد الحالات الجديدة نصف مليون حالة سنوياً⁽⁴⁾، وتقول منظمة الصحة العالمية في الاجتماع الثامن والعشرين (مايو 1975):

«إن الأمراض الجنسية هي من أكثر الأمراض المعدية انتشاراً في العالم اليوم، وتشكّل تهديداً خطيراً على الصحة.

(1) مصدر سابق Cates W: Sexually Transmitted diseases and infertility

(2) Caterall RD: Sexually Transmitted Diseases Conference 23-25 June 1975, Academic Press, London.

(3) Mandell, Douglas and Bennet: Principles and Practice of Infectious Diseases, New York, Wiley Medical 1979.

(4) Postgraduate Doctor, May 1983: 244-248.

وللأسف فإن كثيراً من الدول لم تدرك «بعد أبعاد هذه المشكلة»⁽¹⁾.

ويقول الدكتور ويلكوكس⁽²⁾: «إن المشكلة في البلاد النامية أعمق وأضخم، ذلك لأنه لا يوجد هناك إحساس بضخامة مشكلة انتشار الأمراض الجنسية، ومعظم الحالات لا تشخص، وإذا شخصت لا تتلقى العلاج الكافي».

وتسبب الأمراض الجنسية المختلفة (السيلان، الكلاميديا، الزهري، الهربس) عدم الخصوبة لدى الرجل والمرأة على السواء لأنها تسبب التهاب الغدة التناسلية (الخصية لدى الرجل والمبيض لدى المرأة).

وأهم من ذلك أنها تسبب انسداداً أو التهاباً مزمنياً في القنوات التي تحمل البويضة في المرأة (قناتي الرحم)، والقنوات التي تحمل الحيوانات المنوية لدى الرجل⁽³⁾، (البربخ، الحبل المنوي، البروستاتا، القناة القاذفة للمني والحويصلة المنوية) وذلك كله يؤدي إلى عدم الخصوبة.

وقد شهد العالم أجمع زيادة رهيبية في مختلف أنواع الأمراض الجنسية، وظهور أمراض جديدة لم تكن معهودة من قبل، وذلك بسبب التحلل الأخلاقي، وثورة الجنس، وأجهزة الإعلام التي تدعو إلى الإبلحية.

وتشكل الأمراض الجنسية المختلفة، سواء كانت ذات أعراض يشكو منها المريض، أو حتى بدون أعراض حيث لا يشكو المصاب بها بأي ألم، تشكل نسبة كبيرة جداً من حالات عدم الخصوبة.

⁽¹⁾ Wilcox in Sexually Transmitted Diseases Conference.

⁽²⁾ المصدر السابق.

⁽³⁾ Marana R: Fertility and Sterility 1990، 53 (2): 354-356.

وتعتقد الدكتورة جين هنري - سوشت (J. Henry-Suchet)⁽¹⁾ (من باريس) أن التهاب الكلاميديا بدون وجود أعراض هو أيضاً سبب مهم في عدم الخصوبة الناتجة عن انسداد أو اضطراب وظيفة الأنابيب (قناتي الرحم). وحتى لو تلقى الشخص علاجاً للكلاميديا بالنتراسيكلين فإن الآثار المترتبة على الالتهاب في الأنابيب والحوض كافية في كثير من الأحيان لتسبب عدم الخصوبة.

وذاك الدكتور ريدل (H. Reidel) من ألمانيا⁽²⁾، أن المنى الذي فحص من أجل التلقيح الاصطناعي الخارجي (I.V.F.) أوضح أن 40% من الحالات كانت تحمل كمية كبيرة من البكتيريا، وخاصة من نوع (Urea Plasma Urealyticum)، وبالتالي كان ذلك أحد أسباب عدم الخصوبة، كما كان سبباً في فشل التلقيح الاصطناعي.

ونشرت المجالات الطبية أبحاثاً متعلقة بتأثير الالتهابات الناتجة عن الكلاميديا على حدوث حمل حتى بعد التلقيح الاصطناعي الخارجي (I.V.F.)⁽³⁾⁽⁴⁾، حيث أدى ذلك إلى حدوث الحمل في الأنبوب خارج الرحم (Ectopic Pregnancy).
وخاصة القول أن الأمراض الجنسية (الناتجة عن الزنا واللواط) هي اليوم، وخاصة في الغرب، أهم سبب لحدوث حالات عدم الإخصاب التي تزداد انتشاراً يوماً بعد يوم رغم التقدم الطبي الباهر.

(1) J. Henry-Suchet: Congress on Fertility and Sterility, pp: 465-8

(2) المصدر السابق.

(3) Rowland G: In Vitro Fertilization, Previous ectopic and Chlamydia infection, Lancet 1985, (2):459-483.

(4) Rowland G: Failure of IVF following infection with Chlamydia. Vitro Fertil Embryo Transfer, 1985,(2): 151-155

(ب) الإجهاض: يعتبر الإجهاض ثاني أهم سبب لحدوث عدم الإخصاب. وقد يبدو هذا السبب غريباً لمن هم خارج الحقل الطبي، إذ كيف يصبح الحمل ثم الإجهاض سبباً لعدم الإخصاب. والحقيقة أن الحمل قد يحدث للمرأة في سن الخصوبة (ابتداءً من الحادية عشرة إلى ما بعد الأربعين) وتكون المرأة غير مستعدة للحمل فتقوم بالإجهاض.

ونتيجة لانتشار الزنا انتشاراً رهيباً في أنحاء العالم كافة، فإن هناك موجة عارمة ليس فقط من الأمراض الجنسية بل الحمل غير المرغوب فيه، وذلك رغم توفر وسائل منع الحمل. ومنذ أن أباحت المحكمة العليا في الولايات المتحدة الإجهاض فقد تمّ إجهاض أكثر من 15 مليون امرأة حتى عام 1983، مما حدا بالرئيس ريجان للقيام بحملة ضد الإجهاض⁽¹⁾.

ويتم إجهاض 50 مليون امرأة سنوياً في العالم. ويؤدي ذلك إلى حدوث آلاف الوفيات ومئات الآلاف من حالات العقم.

(ت) اللولب لمنع الحمل (الأداة الرحمية) (IUD): تستعمل ملايين النساء اللولب لمنع الحمل. ويؤدي ذلك في بعض الأحيان إلى التهاب في الرحم والأنابيب، مما يؤدي بدوره إلى عدم الخصوبة.

(ث) التهاب الحوض والمهبل الناتج عن التهابات أخرى غير الأمراض الجنسية: وذلك مثل التهاب الزائدة الدودية والعمليات الجراحية.

(ج) السل (الدرن): يعتبر سبباً مهماً في البلاد النامية لالتهابات الجهاز التناسلي في الرجل والمرأة على السواء. ويؤدي ذلك إلى عدم الخصوبة.

(1) د. محمد علي البار: مشكلة الإجهاض، الدار السعودية - جدة (1985)، ص75، نقلاً عن مجلة لايف الأميركية.

(ح) الجماع أثناء الحيض: ويؤدي ذلك إلى إتهابات في الجهاز التناسلي للمرأة (وللرجل كذلك بصورة أقل)، وذلك بدوره يؤدي إلى انخفاض أو انعدام الخصوبة.

(خ) الدوالي والقيلة المائية (Hydrocele) بالنسبة للرجل.

(د) تأخير سن الزواج، وخاصة بالنسبة للمرأة⁽¹⁾.

(ذ) عمل المرأة، المشابه لعمل الرجل والرياضة العنيفة⁽²⁾.

(ر) التعرض للأشعة، وخاصة بكميات كبيرة على الجهاز التناسلي للرجل والمرأة.

(ز) استخدام بعض العقاقير التي تؤدي في بعض الأحيان إلى انخفاض أو انعدام الخصوبة لدى الرجل والمرأة. وقد أثبتت الأبحاث العديدة التأثير الضار للتدخين (التبغ) على حركة الحيوانات المنوية. كما أثبتت كثير من الأبحاث التأثير الضار للمخدرات وبالذات الكوكايين على حركة الحيوانات المنوية. كما أثبتت الأبحاث التأثير الضار للخمور. وتؤدي هذه المواد إلى التأثير على الحيوانات المنوية بالنسبة للرجل وإلى التأثير على البييضات بالنسبة للمرأة. ويصحبها زيادة في التأثير على الكروموسومات (الصبغيات) مما يؤدي إلى زيادة حالات الإجهاض التلقائي، وما يصحبه من مضاعفات. ويتزامن استخدام المخدرات والخمور مع زيادة في حالات الزنا، مما يؤدي بدوره إلى زيادة كبيرة في الأمراض الجنسية.

(س) قطع الأنابيب بالنسبة للمرأة، وقطع الأسهرين (الحبل المنوي) بالنسبة للرجل. وهو إجراء كثيراً ما يندم على فعله من أقدم عليه، ويعود يبحث عن وسائل متعددة لإعادة الخصوبة.

(ش) الحُميات: وخاصة الحمى المصاحبة لالتهاب الغدة النكفية حيث تصاب الخصية في حوالي 5 بالمئة من الحالات

(1) Ciba clinical Symposia، 28 (5)، 1976: The Infertile Couple: Evaluation and treatment.

(2) المصدر السابق.

وقال ع: «يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج فإنه أغض للبصر وأحصن للفرج.. الحديث» [أخرجه البخاري ومسلم وأبو داود والترمذي والنسائي وموطأ مالك].

وقال ع: «الدنيا متاع وخير متاعها المرأة الصالحة» [أخرجه مسلم والنسائي].

والوقاع (الجماع) من المقاصد الرئيسية في الزواج، لأنه لا يتم التماس والتكاثر وحفظ النوع إلاّ به.. ولا يتم تحصين الفرج، وحفظه من الوقوع في الفواحش إلاّ عن طريقه.. ولا تتم الألفة والمحبة ودوام العشرة بين الزوجين إلاّ بواسطته، قال تعالى:

((* + پ پ ن)) [البقرة: 187].

والوقاع يعمّق بين الزوجين السعادة الزوجية، ويوثق الرباط بينهما. لهذا فإن التلقيح الاصطناعي، ووسائل الاستيلاء المستحدثة من الأمور التي تمجّها النفوس السليمة، وتتأى عنها الفطرة المستقيمة لأنها تفوق كل مزايا الوقاع الطبيعي، علاوة على ما فيها من مأخذ مثل انكشاف العورة، وهو أمر محرّم ما لم تدع ذلك ضرورة ملجئة أو حاجة ماسّة، وما قد يكون في هذه الوسائل المستحدثة من احتمال اختلاف الأنساب، ولو كان ذلك بطريق الخطأ. وأفزع منه ما يكون عمداً كما هو شائع في الغرب. ولا غرابة إذن أن لا يلجأ أحد لطرق الاستيلاء الحديثة إلاّ إذا تعدّر الحصول على الذرية بالطريق الطبيعي.. وأصبحت هذه الطرق المستحدثة هي الوسيلة الوحيدة للإنجاب..

وهذه الطرق قد بحثها الفقهاء الأجلاء بحثاً مستفيضاً في مجامعهم الفقهية، وفي ندوات مشتركة بين الأطباء والفقهاء، وميّزوا فيها بين ما يمكن استخدامه عند الحاجة أو الضرورة، وبين ما لا يجوز استخدامه في جميع الأحوال والأوقات لحرمة، وما ينتج عنه من مفسد.

(ب) التلقيح الاصطناعي الداخلي:

وفي هذه الحالة يتم استدخال المنى من الذكر إلى الجهاز التناسلي في الأنثى. وهو ما عُرف لدى الفقهاء الأقدمين باسم الاستدخال. وقد جاء في كلام الفقهاء الأقدمين: (إن الحمل قد يكون بإدخال الماء للمحل دون اتصال)⁽¹⁾.

وقد استخدمت هذه الطريقة بصورة واسعة في عالم الحيوان، حيث كان المنى يجمع من ذكور الحيوانات، ثم يحقن في فروج إناثها. وخاصة منذ أن تمكّن العلماء من تبريد منى الثيران إلى درجة 79 مئوية تحت الصفر وذلك عام 1950. ثم بعد ذلك تبريده إلى درجة 196 تحت الصفر. وبذلك أمكن حفظه لعشرات السنين.

ومن الناحية النظرية يمكن تلقيح مائة ألف بقرة بماء ثور واحد. أما من الناحية العملية فإنه لم يتم تلقيح أكثر من عشرة آلاف بقرة بمنى ثور واحد وهذه الطريقة اقتصادية جداً، وتوفّر على أصحاب المواشي ملايين الدولارات، فإنهم يكتفون بإبقاء ثور واحد في مقابل كل عشرة آلاف بقرة. ولا يكتفي أصحاب المواشي بذلك ولكنهم يستطيعون اختيار السلالة المناسبة بأخذها من ثور واحد قوي من نوع معين، كما يتم فحص المنى ومعرفة ما قد يكون به من عيوب.

وتستخدم هذه الطريقة في الإنسان لعلاج عدم الخصوبة، والعقم في الحالات التالية:

عدد الحيوانات المنوية لدى الزوج ضئيل، فتجمع حصىلة عدّة دفعات من المنى، وتركز ويتم إدخالها إلى رحم الزوجة.
إذا كانت حموضة المهبل تقلل الحيوانات المنوية بصورة غير اعتيادية.

(1) الشيخ عبدالله البسام: بحث مقدم لمجمع الفقه الإسلامي، رابطة العالم الإسلامي، منشور في مجلة المجمع وفي كتاب طفل الأنبوب والتلقيح الصناعي للدكتور محمد علي البار، الطبعة الثانية، 1990، المجموعة الإعلامية، الملاحق.

إذا أصيب الزوج بالإنزال السريع، أو العنة (عدم القدرة على الإيلاج).

إذا كان هناك تضاد مناعي بين خلايا الزوج والزوجة. إذا أصيب الزوج بمرض خبيث (سرطان) ويستدعي ذلك العلاج بالأشعة والعقاقير التي تؤدي إلى العقم. فتؤخذ دفعات من المنى، وتحفظ ثم تُلحق الزوجة في الوقت المناسب.

(6) بعض المحاذير من التلقيح الاصطناعي الداخلي:

تستخدم هذه الطريقة في الغرب بصورة لا يملك أن يقرّها أي دين من الأديان السماوية، (للأسف تبيح بعض الكنائس البروتستانتية هذه الطرق البشعة):

أخذ المنى من متبرع (في الغالب يكون مجهولاً بالنسبة للمرأة) ويحقن ذلك في رحمها في الوقت المناسب من الدورة. وهذه الطريقة واسعة الانتشار جداً في الغرب. وهناك ربع مليون طفل قد ولدوا بهذه الطريقة في الولايات المتحدة حتى عام 1984⁽¹⁾ وفي يوغسلافيا والدول الاشتراكية (أوروبا الشرقية) يجمع المنى من المتبرعين ويخلط (كوكتيل) ثم يحقن في النساء الراغبات بالحمل بهذه الطريقة!!⁽²⁾ والغريب جداً أن مرشد الثورة الإيرانية الحالي علي خامنئي قد أصدر فتوى تبيح هذه الطريقة البشعة في حال عدم وجود حيوانات منوية لدى الزوج. وينسب المولود للفراش أي

(1) Newsweek، March 18، 1985: High Tech Babies.

(2) أخبرني بذلك الأخ الصديق الدكتور أحمد الجابري استشاري أمراض النساء والتوليد في الأردن، والذي عمل طويلاً في يوغسلافيا.

لزوج المرأة وينبغي عندهم أن يكون المتبرع بالمني مجهول الهوية⁽¹⁾.
تستخدم مجموعة من المساحقات الشاذات هذه الطريقة للحمل دون أن تتصل المرأة بأي رجل.
تتحوّل النساء إلى أبقار يلقحن بماء ثور واحد. تستخدم معظم بنوك المني، مني رجل واحد لتلقيح مائة امرأة!!
شركات تجارية ضخمة لبنوك المني.
نكاح الاستبضاع الحديث. وهو أن يؤخذ من العاقرة، والأذكىاء، والأقوياء ويبيع لمن تدفع الثمن. وهذه الطريقة تلاقي رواجاً كبيراً في الولايات المتحدة. وقد نشرت الصحف والمجلات العديد من التحقيقات الرائعة عن هذه البدعة البشعة. ونقلتُ بعض تلك الصور في كتابي طفل الأنبوب والتلقيح الصناعي. وقد أخبرني الدكتور عبد السلام الحائز على جائزة نوبل في الفيزياء، بأن إحدى الشركات عرضت عليه شراء منيه، وذلك بعد حصوله على جائزة نوبل.
إدخال ماء الزوج بعد موت الزوج وانفصام عقد الزوجية. وتؤدي هذه الطرق إلى العديد من المشاكل. ومن بينها حدوث حالات من مرض الإيدز، والتهاب الكبد الفيروسي. ولذا تقرر وجوب فحص المتبرع قبل أخذ منيه، وإذا حدث شيء من هذه الأمراض فإن البنك المنوي والمستشفى يتحملان المسؤولية.
وتؤدي هذه الطرق أيضاً إلى العديد من المشاكل الاجتماعية والأخلاقية، وهي مرفوضة رفضاً تاماً في الإسلام.

(1) ذكر ذلك طبيب إيراني في مؤتمر عقد في مسقط عمان، وأقرّ ذلك آية الله علي التسخيري ممثل إيران في المجمع الفقهي الدولي عند سؤاله عن ذلك، وذكره الدكتور عبدالعزيز ساشادينا (إيراني الأصل في الولايات المتحدة) في كتابه، Abdul Aziz Sachedina: New York 2009, Oxford University Press, Islamic Biomedical Ethics

وقد قبل الفقهاء الأجلاء والمجامع الفقهية استخدام التلقيح الداخلي بالشروط التالية:

أن يكون ذلك بين الزوجين أثناء قيام الزوجية، ودون تدخل طرف ثالث في هذه العملية.
أن يكون انكشاف المرأة من أجل العلاج من عدم الخصوبة (العقم المؤقت). ويكون انكشاف العورة لطبيبة مسلمة ثقة، فإن لم توجد فلطبيبة غير مسلمة ثقة، فإن لم توجد فلطبيب مسلم ثقة، فإن لم يوجد فلطبيب غير مسلم ثقة.
يمنع الاحتفاظ بالمني من الزوج منعاً باتاً، ولا يسمح بقيام ما يسمى بنوك المنى لأي سبب من الأسباب.
أن تتم عملية التلقيح في وجود الزوج نفسه.
وما لم تتوفر هذه الشروط جميعاً فلا يسمح بإجراء هذه العملية.

(7) التلقيح الاصطناعي الخارجي:

وفيه يتم تلقيح البويضة (الببيضة) من المرأة خارج جهازها التناسلي ويتم التلقيح بماء الذكر، فإذا ما تم التلقيح أعيدت البويضات الملقحة (اللقائح **Zygotes**) والتي تدعى أحياناً (ما قبل الأجنة **Pre embryos**) إلى رحم المرأة أو رحم امرأة أخرى. وهذه الطريقة اشتهرت باسم طفل الأنبوب. ولها أشكال متعدّدة وتحويرات كثيرة سنستعرضها بإيجاز شديد.

(أ) طفل الأنبوب (Invitro Fertilization IVF):

استخدمت هذه الطريقة أولاً في الحيوانات. وأول من قام بالتلقيح الاصطناعي الخارجي هو الدكتور شانج في بوسطن في الولايات المتحدة عام 1959، الذي نجح في تلقيح بويضة الأرنب في طبق، ثم أعادها إلى رحم الأرنب⁽¹⁾.

وكان أول من قام بهذه المحاولة في الإنسان الدكتور روبرت - إدواردز عام 1965، ونجحت أول محاولة للحمل عام 1976، ولكن للأسف تمّ الحمل في قناة الرحم، مما استدعى إجراء عملية جراحية لاستئصال قناة الرحم. وفي عام 1978 تمت ولادة لويزا براون (أول طفل ينجب بهذه الطريقة في العالم) عندما نجح إدواردز وستبتو في تلك المحاولة بعد أن سبقتها مائة محاولة فاشلة⁽²⁾.

ومنذ ذلك التاريخ بدأ عهد جديد في إحداث طرق جديدة في الاستيلاد. وانتشرت مراكز أطفال الأنابيب في مختلف بقاع الأرض، بما فيها مراكز في مدينة جدة (كلها تجارية بحثة للأسف) ومركز في الرياض وآخر في المنطقة الشرقية. وهناك مراكز في عمان (الأردن) والكويت والقاهرة ومعظم عواصم العالم. وفي الولايات المتحدة بلغ عدد مراكز أطفال الأنابيب 174 مركزاً مع بداية عام 1990⁽³⁾.

وتعتمد هذه الطريقة على تحريض مبيض المرأة بواسطة العقاقير (كلومفين وبرجونال الهرمون المنمي للقند أي الغدة التناسلية) ويتم متابعة نمو الببيضة حتى وقت خروجها بالموجات

(1) Chang M.C. Fertilization of a rabbit ova in vitro Nature 1959، (184): 466-467

(2) Steptoe P، Edwards R: Birth after Reimplantation of a human embryo. Lancet 1978، 2:360

(3) Fertility and Sterility 1990، 53(1):13-20

فوق الصوتية (بالإضافة إلى التحليل الكيميائي للهرمونات في الدم والبول في بعض الأحيان).

وعند وقت الإباض يتم سحب الببيضة بواسطة مسبار، بمساعدة الموجات فوق الصوتية، أو بواسطة منظار البطن. وأصبح استخدام الموجات فوق الصوتية هو الاستعمال الشائع، ويتم تناول الببيضة عن طريق المهبل. وهناك تحويرات متعدّدة لجعل هذه الطريقة أسهل وأقل كلفة، وأبعد عن المخاطر، وبحيث تتم أثناء عمل الأطباء في المستشفى، وبذلك يتم تجنّب أيام الإجازات. وذلك بتوقيت وقت الإباض توقيتاً دقيقاً.

تسحب البويضات، وتوضع في محلول خاص مناسب لنموها وتفحص. وغالباً ما يتم سحب أربع إلى خمس بويضات، وقد يحدث أن يتم سحب خمسين ببيضة من امرأة واحدة في جلسة واحدة⁽¹⁾. وفي نفس الوقت بجمعمني من الزوج، ويستخدم الطرد المركزي لتركيز الحيوانات المنوية في أعلى الأنبوب. وتوضع الحيوانات المنوية في مزرعة خاصة، ثم يؤخذ مليلتر واحد من سائل المزرعة، وتوضع في الطبق أو الأنبوب الذي به البويضات.

يتم التلقيح عادة بعد أربع ساعات من الاستئناء، ويحضن السائل المنوي مع البويضات في محضن خاص، تحت درجة حرارة ملائمة، وفي وجود سائل خاص لمدة 24 ساعة. ثم يُنظر في المجهر هل تم التلقيح أم لا؟

تؤخذ البويضات الملقحة في سائل خاص، وماصة دقيقة (**Micropipette**) وتعاد إلى رحم المرأة (3 إلى 5 بويضات ملقحة في الغالب)، التي تكون قد نمت إلى مرحلة الكرة الجرثومية (البلاستولا).

(1) د. عبدالله باسلامة: الاستفادة من الأجنة الفائضة، بحث مقدّم إلى مجمع الفقه الإسلامي الدولي والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية - الكويت، أكتوبر 1989.

وقد أثبتت الأبحاث العديدة أن كلما ارتفع عدد البويضات الملقحة (الزيجوت) المعادة إلى الرحم كلما زادت نسبة حدوث الحمل وبالتالي الولادة.. وقد وجد أن العدد الأمثل يتراوح ما بين ثلاث إلى خمس بويضات. ففي بحث شمل 135 مركزاً من مراكز أطفال الأنابيب في الولايات المتحدة، وجد أن نسبة الحمل كانت 16 بالمئة، ونسبة الولادة كانت 12 بالمئة عندما أعيدت لقيحتين أو لقيحة واحدة. بينما كانت نسبة الحمل 22 بالمئة ونسبة الولادة 16 بالمئة عندما أعيدت أربع لقائح أو أكثر⁽¹⁾.

ولكن كلما زاد عدد اللقائح المعادة إلى الرحم زادت نسبة الإجهاض ونسبة الحمل المتعدد، مما يؤدي إلى مخاطر على الحمل وعلى الحامل وقد تمّ الاتفاق على عدم إعادة أكثر من لقيحتين. واعتبر أن إعادة أكثر من ذلك هو مخالفة لأصول مهنة الطب. وسنناقش فيما بعد موضوع خفض الأجنة **Fetal Reduction** وسببه الأهم هو إعادة عدد كبير من اللقائح إلى الرحم.

ولا تزال نسبة نجاح طفل الأنبوب (التلقيح الاصطناعي الخارجي **IVF**) منخفضة ففي البحث الذي شمل 135 مركزاً من مراكز أطفال الأنابيب في الولايات المتحدة عام 1988 اتضحت الحقائق التالية⁽²⁾:

تمّ تحريض 22.649 دورة مبيضية في 16.195 امرأة خلال عام 1988 وتم استخراج البويضات بنجاح في 17.753 دورة مبيضية (نسبة نجاح 78 بالمئة).

وقد استخدمت 13.647 دورة لمشروع طفل الأنبوب. وكان الحصول على البويضات بواسطة الموجات فوق الصوتية بنسبة

⁽¹⁾Medical Research International: IVF-Embryo transfer in USA 1988• results from IVF-ET Registry. Fertility and Sterility، 1990•53•(1): 13-20

⁽²⁾ المرجع السابق.

86 بالمئة، وبواسطة المنظار البطني (**Laparoscopy**) بنسبة 13 بالمئة. وكلاهما معاً بنسبة 1 بالمئة.

تم حدوث 2243 حالة حمل وقد تمت الولادة في 1.657 حالة (74 بالمئة من جملة حالات الحمل) منها 13 بالمئة قبل الموعد. (أي قبل 36 أسبوع). وكان عدد الأطفال المولودين 2133 (919 طفل حمل توائم: منها 356 توائم ثنائية و55 توائم ثلاثية و8 توائم رباعية واثنين خماسية).

وكانت جملة الحمل بالطرق المختلفة 3508 (15 بالمئة) وجملة عدد الأطفال المولودين أحياء 2.627 طفلاً (12 بالمئة).. وهي لا شك نسبة متدنية.

وقد حققت معظم المراكز (93 بالمئة) ولادة طفل واحد على الأقل. بينما لم تحقق بعض المراكز أي ولادات على الإطلاق (7 بالمئة).

وقد اتضح من هذا البحث الميداني الشامل:

(1) انخفاض نسبة نجاح مشاريع أطفال الأنابيب: 12 بالمئة ولادات حية⁽¹⁾.

(2) ارتفاع نسبة الإجهاض ونسبة الأطفال المولودين ميتين (إملاص).

(3) ارتفاع نسبة الإصابة بالخلل الكروموزومي بالمقارنة مع الحمل الطبيعي.

(4) ارتفاع نسبة المصابين بأمراض خلقية بالمقارنة مع الحمل الطبيعي.

(5) كلما تقدّمت سن المرأة كلما كانت نسبة الفشل والمضاعفات (إجهاض وإملاص.. إلخ) أكثر.

(1) لقد تحسّنت النتائج وخاصة مع بدايات القرن الواحد والعشرين، ووصلت نتائج حدوث حمل من محاولة واحدة من أطفال الأنابيب إلى 40 بالمئة أو أكثر في بعض المراكز، ونسبة ولادة طفل أو أكثر (توأم) إلى 30% أو أكثر.

(8) لماذا يُلجأ إلى مشاريع أطفال الأنابيب (الاستطبات)؟

يُلجأ إلى مشاريع أطفال الأنابيب لمعالجة العقم، وذلك بعد استنفاد الوسائل الأخرى لمعالجة العقم. للأسف الشديد تلجأ بعض المراكز إلى محاولة طفل الأنبوب (التلقيح الاصطناعي الخارجي) قبل استنفاد البحث عن أسباب العقم، وقبل استنفاد الوسائل الأخرى الأقل كلفة.

(أ) الاستطبات (الأسباب الداعية إلى إجراء طفل الأنبوب):

1 - قفل أو إصابة الأنابيب في الجهتين، وفشل محاولة إصلاحها جراحياً. وهذا هو السبب المهم الوحيد الذي يستدعي إجراء محاولة التلقيح الاصطناعي الخارجي (طفل الأنبوب) (I.V.F.).

2 - حدوث انتباز في بطانة الرحم (Endometriosis).

3 - حدوث تضاد مناعي في جهاز المرأة التناسلي (الزوجة).

4 - حدوث تضاد مناعي في جهاز الرجل التناسلي (الزوج).

5 - عيوب شديدة في مني الزوج (قلة المنى، قلة الحركة، كثرة الحيوانات المنوية الميتة.. إلخ).

6 - أسباب مجهولة لدى الرجل أو لدى المرأة تسبب قلة الخصوبة.

والأسباب من (2-6) لا ينبغي أن يُلجأ فيها إلى التلقيح الاصطناعي الخارجي إلا بعد فشل كافة الوسائل الأخرى لمعالجة قلة الخصوبة وندرته. فبالنسبة للرجل فإن الدوالي وتدخين التبغ، واستعمال المخدرات، وخاصة الكوكايين، وشرب الخمر، كلها تؤثر سلباً على حركة الحيوانات المنوية، وقدرتها على التلقيح، فلا بد إذن من إزالة هذه الأسباب أولاً. وكذلك بالنسبة للمرأة فإن هناك العديد من الأسباب التي يمكن إزالتها بالتداوي بالعقاقير، أو بالعمليات الجراحية، فإذا فشلت كل تلك الوسائل في إزالة العقم المؤقت، أمكن اللجوء إلى التلقيح الاصطناعي الداخلي كما تقدم، فإذا فشل ذلك تمّ اللجوء إلى طريقة جفت (Gift) (شتل الجاميطات

إلى قناة فالوب)، فإذا لم تنجح هذه الطريقة يُلجأ آنذاك إلى التلقيح الاصطناعي الخارجي المعروف بطفل الأنبوب، بشروطه التي سنذكرها بعد قليل كما بينها أصحاب الفضيلة الفقهاء في فتاواهم الجمعية والفردية.

وهناك عدّة طرق تستخدم في مشاريع أطفال الأنابيب منها طريقة (جفت) وطريقة (زفت) والتلقيح المباشر للبيضة بحيوان منوي (ICSI) ولا مجال هنا لمناقشة هذه الطرق، وهي خارج نطاق اهتمام هذا البحث.

(أ) تجميد الأجنة (Frozen Embryoes):

يتم عادة تلقيح عدد كبير من البويضات. ويقوم الأطباء في الغالب الأعم بإعادة ثلاث أو أربع لقائح إلى الرحم⁽¹⁾. ويحتفظون

(1) لقد قرّر المجمع الفقهي الدولي في الدورة السادسة القرار رقم 6/6/57 في 20 آذار (مارس) 1990س. يجب عند تلقيح البويضات الاقتصار على العدد المطلوب للزرع في كل مرة تقادياً لوجود فائض . وإذا حصل فائض من البويضات الملقحة تترك دون عناية لتموت، و يحرم استخدام البيضة الملقحة في امرأة أخرى . ورغم أن المجمع الفقهي الدولي قد منع تجميد اللقائح إلا أن مراكز أطفال الأنابيب في العالم العربي والإسلامي استمرت في التجميد بناءً على أن التجميد يخفف من معاناة المرأة وزوجها من إعادة عملية إثارة التبويض ثم الحصول على البويضات ثم تلقيحها . وكما أن ذلك أيضاً يخفف من الكلفة المالية . ويردون على قلق المجمع وخوفه من حدوث خطأ في أثناء الحفظ وبالتالي إعطاء لقيحة معينة لإمرأة أخرى، وهو أمر قد حدث عدّة مرات في أرقى المراكز العالمية في بريطانيا وغيرها . ويقول الأطباء أن هذا الخطأ قد يحدث أيضاً بدون التجميد . ولكن الواقع يؤكّد أن احتمال الخطأ بعد التجميد أكبر بكثير من احتمال حدوثه بعد التجميد . وقد أباح المجمع الفقهي الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي في القرار رقم 3 الدورة 17 بتاريخ 2003/12/17 بشأن الخلائي الجذعية ما يلي:

أولاً: جواز الحصول على الخلايا الجذعية واستخدامها بغرض العلاج أو إجراء الأبحاث العلمية المباحة إذا كان مصدرها مباحاً ومثاله : (1) البالغون إذا أذنوا بذلك، ولم يكن في ذلك ضرر عليهم، (2) الأطفال إذا أذن أولياؤهم لمصلحة شرعية وبدون وجود ضرر عليهم، (3) المشيمة والحبل السري بإذن الوالدين، (4) الجنين السقط تلقائياً أو لسبب علاجي يجيزه الشرع، (5) اللقائح الفائضة من مشاريع أطفال الأنابيب إذا وجدت، وتبرّع بها الوالدان مع التأكيد على أنه لا يجوز استخدامها في حمل غير مشروع.

بالعدد الفائض من اللقائح بتجميدها في النتروجين السائل تحت درجة 196 تحت الصفر.

إذا لم يحصل حمل في المحاولة الأولى يتم مباشرة نقل هذه اللقائح (تدعى اعتباراً أجنة) إلى المرأة. أما إذا تمّ الحمل فحينئذ يتم: التبرّع بهذه الأجنة الجاهزة لمن يعانون من العقم. أو يقوم الأطباء والباحثون بإجراء التجارب على هذه الأجنة، وقد سمحت لجنة وارنك البريطانية واللجان الأمريكية المختصة بإجراء التجارب على هذه الأجنة حتى اليوم الرابع عشر. وهو اليوم الذي يبدأ فيه تكوّن الشريط الأولي (**Primitive Streak**)، والذي منه يتخلّق الجنين، والذي يندثر بعد ذلك، ولا يبقى منه إلا أثر في عجب الذنب (**Coccyx**) والغريب حقاً أن النبي ϵ أخبرنا في الأحاديث الصحيحة والمشهورة أن الإنسان يخلق من عجب الذنب. وأنه عند موته يندثر جسمه كله إلا عجب الذنب، ومنه يرثب مرة أخرى يوم القيامة.

(ب) بعض أحاديث عجب الذنب (الشريط الأولي):

1 - أخرج البخاري في صحيحه عن أبي هريرة < قال: قال رسول الله ϵ : «ما بين النفختين أربعون. قال: أربعون يوماً؟ قال أبو هريرة: أبيت. قال: أربعون شهراً؟ قال: أبيت، قال: أربعون سنة؟ قال: أبيت (أي أن أبا هريرة أباي أن يحدد الأربعون هل هي

ثانياً: لا يجوز الحصول على الخلايا الجذعية - إذا كان مصدرها محرماً، ومثاله: (1) الجنين المسقط تعمداً بدون سبب طبي يجيزه الشرع، (2) التلقيح المتعمد بين ببيضة من متبرعة وحيوان منوي من متبرع، (3) الاستنساخ العلاجي. وقد صدرت عن المؤتمر الدولي عن الضوابط الأخلاقية في بحوث التكاثر البشري في العالم الإ سلامي المنعقد في القاهرة في 10-12 ديسمبر 1991 وحضره بعض شيوخ الأزهر وعدد كبير من الأطباء والقانونيين . وقد أباح المؤتمر إجراء الأبحاث على اللقائح (البويضات الملقحة) الفائضة عن الحاجة والتي تبرّع بها أصحابها ومنعت الندوة اختلاط الأنساب والتبرّع أو الاتجار بالبويضات أو الحيوانات المنوية أو اللقائح . واشترطت أن الأبحاث تكون بالموافقة الواعية والمسبقة للزوجين، ولا تنقل اللقائح التي أجريت عليها التجارب إلى رحم الزوجة ولا إلى رحم أي امرأة أخرى.

يوماً أو شهراً أو سنة) قال: (أي أبو هريرة يرفعه إلى النبي ﷺ): «ثم يُنزل الله من السماء ماءً، فينبتون كما ينبت البقل، ليس من الإنسان شيء إلا يبلى إلا عظماً واحداً، وهو عجب الذنب ومنه يركب الخلق يوم القيامة».

2- أخرج الإمام مسلم في صحيحه مثله عن أبي هريرة وجاء فيه: «كل ابن آدم يأكله التراب إلا عجب الذنب، منه خُلق ومنه يُثَّب». وفي لفظ آخر له: «وليس من الإنسان شيء إلا يبلى إلا عظماً واحداً هو عجب الذنب. ومنه يُثَّب الخلق يوم القيامة».

وفي لفظ آخر لمسلم أيضاً: «إن في الإنسان عظماً لا تأكله الأرض أبداً. فيه يركب يوم القيامة. قالوا: أي عظم هو يا رسول الله؟ قال: عجب الذنب».

3- وأخرجه أبو داود في سننه عن أبي هريرة بلفظ: «كل ابن آدم تأكل الأرض إلا عجب الذنب منه خُلق وفيه يركب».

4- وأخرجه الإمام مالك في الموطأ: باللفظ السابق.

5- وأخرجه الإمام النسائي في كتاب الجنائز من السنن الكبرى.

6- وأخرجه ابن ماجه في سننه في كتاب الزهد.

7- وأخرجه الإمام أحمد في مسنده في عدة مواضع.

8- وأخرجه ابن حبان في صحيحه في مواضع متعددة بنفس الألفاظ السابقة. وكلها عن أبي هريرة إلا حديثاً واحداً عن أبي سعيد الخدري < يرفعه إلى النبي ﷺ: «يأكل التراب كل شيء من الإنسان إلا عجب ذنبه. قيل: وما هو يا رسول الله؟ قال: مثل حبة خردل منه يُنشئ».

وهذه الأحاديث الصحيحة من معجزاته ﷺ. فقد أوضح علم الأجنة الحديث، أن الإنسان يتكوّن، ويُنشأ من عجب الذنب هذا (يدعونه الشريط الأولي **Primitive Streak**)، وهو الذي يحفز

الخلايا على الانقسام، والتخصّص والتمايز، وعلى أثره مباشرة يظهر الجهاز العصبي في صورته الأولية (الميزاب العصبي، ثم الأنبوب العصبي ثم الجهاز العصبي بأكمله). ويندرج هذا الشريط الأولي إلاّ جزء يسير منه يبقى في المنطقة العصبية التي يتكون فيها عظم الذنب = عظم العصعص. ومنه يعاد تركيب خلق الإنسان يوم القيامة كما أخبرنا بذلك الصادق المصدوق.

(ج) الرحم الظنر (الرحم المستأجرة) (Surrogate mother):

إن الرحم الظنر يمن أن تكون على أشكال متعدّدة نوجزها فيما يلي:

1- تؤخذ ببيضة من الزوجة وتلقح بماء زوجها ثم تعاد اللقيحة إلى رحم امرأة تستأجر لذلك. بسبب أفة في رحم الزوجة، أو أن هذا الرحم قد استئصل بعملية جراحية، أو أن المرأة لا تريد مشقة الحمل والولادة فتستأجر أخرى لتحمل عنها. وقد تكوّنت في الولايات المتحدة شركات كثيرة لبيع الأرحام.. ويتم توقيع العقود بحيث تتنازل المرأة التي حملت وولدت.

في معظم الدول الغربية لا يزال القانون يعتبر الأم هي التي حملت وولدت، وتعتبر العقد لاغياً وباطلاً.. وتبيح هذه الدول أن تتبرّع امرأة برحمها للحمل نيابة عن أخرى، ولكنها إذا رغبت في الاحتفاظ بالوليد فإنه يصبح من حقّها ذلك، قضاءً وقانوناً.

2- يجري تلقيح خارجي بين نطفة رجل وبيضة امرأة ليست زوجته. ثم تزرع اللقيحة في رحم امرأة متبرّعة وعند ولادة الطفل تسلّمه للزوجين العقيمين.

3- صورة نظرية لم تحدث حتى الآن ذكرها الشيخ بن عثيمين والدكتور مصطفى الزرقاء وهو أن يجري تلقيح خارجي في وعاء الاختبار بين بذرتي زوجين. ثم تعاد اللقيحة في رحم امرأة أخرى هي زوجة ثانية للرجل. وقد تكون إحداها متبرّعة

للأخرى، حيث تبرّعت الأولى بالبيضة وتبرعت الأخرى برحمها للحمل.

وحدث نقاش طويل بين الفقهاء، ومال أغلب الفقهاء إلى أن الأم هي التي تحمل وتلد.

وقد منع المجمع الفقهي كل صور الرحم الظئر، بل منع كل وسيلة من وسائل الإنجاب يدخل فيها طرف ثالث بين الزوجين وذلك بالتبرّع بالمنى أو البيضة أو الجنين الجاهز (اللقيحة الجاهزة) أو الرحم.

بعض المحاذير من التلقيح الاصطناعي الخارجي:

1 - تنبيه زائد للمبايض بسبب الهرمونات التي تحقن في المرأة. ويؤدّي ذلك في بعض الأحيان إلى مضاعفات خطيرة جداً.

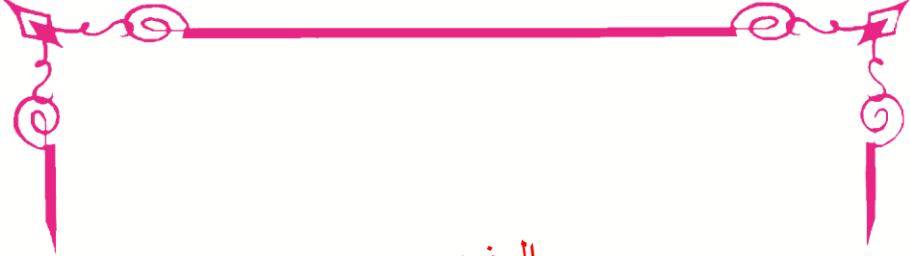
2 - حدوث حالات من مرض الإيدز، وانتقال فيروس التهاب الكبد (من نوع B) بواسطة المنى المستخدم (خاصة من متبرعين). وتفرض المراكز المختلفة فحص المتبرعين بالمنى لهذه الأمراض والأمراض التناسلية الأخرى. وأصبح هذا نادر الحدوث جداً.

3 - اختلاط الأنساب: وذلك ما يحدث في الغرب بصورة خاصة، حيث لا يهتم إلا القليل بموضوع الأنساب. وهناك المتبرع بمنيه والمتبرعة بالبيضة، والمتبرعين باللقيحة الجاهزة، والمتبرعة برحمها.. وقد يحدث ذلك ولو بصورة احتمالية في البلاد الإسلامية، بسبب الخطأ الذي قد يحدث بسبب الترقيم أو حفظ المنى أو حفظ اللقيحة.

كما أن هناك احتمالاً بوجود مراكز تجارية تبحث عن الربح، وتستخدم المنى الجاهز المليء بالحيوانات المنوية، بدلاً من منى الزوج.

- 4 - استخدام الأجنة الفائضة في مجال الأبحاث. وهو أمر ترفضه المجامع الفقهية.
- 5 - تجميد الأجنة وما ينشأ عنه من مشاكل.
- 6 - بنوك المنى وما ينشأ عنها من مشاكل وبيع منى العباقره.
- 7 - وجود مراكز تجارية لهذه المشاريع.. وهو أمر فظيع جداً، حيث تتم المتجره بالإبضاع والأرحام بطرق حديثة جداً!!
- 8 - عند إعادة ثلاث لقائح أو أكثر يحدث الحمل المتعدّد ويؤدّي إلى مضاعفات الحمل وإلى احتمال إسقاط الأجنة ولهذا يلجأ بعض الأطباء إلى ما يسمّى خفض الحمل (**Fetal Reduction**) بقتل بعض الأجنة في الأسبوع السابع أو الثامن من الحمل. وهذا أمر له خطورته إذ قد تفقد جميع الأجنة أو أن يسري البوتاسيوم (وهو المادة التي تحقن لإيقاف نبض قلوب الأجنة الفائضة) إلى الدورة الدموية للأم. وهو أمر نادر الحدوث ولكنه وقع بالفعل ويؤدّي إلى وفاة الأم. ولهذا لا داعي لإعادة أكثر من لقيحتين وهو ما اتجه إليه الأطباء في الغرب ولا يزال بعض الأطباء في العالم الثالث يعيدون أكثر من لقيحتين.

الفهرس



الهدف رس

3..... الفصل التاسع: أخلاقيات البحوث الطبية

- 5 دور العرب والمسلمين في التجارب الطبية :
7 اليهود يبيحون قتل الآخرين في التجارب الطبية:
8 الاستخدام الخاطئ لثمار الثورة العلمية :
10 تجارب الحضارة الغربية :
11 تجربة توسكاجي
13 الأبحاث الطبية في العالم الثالث:
15 حتى المتخلفين عقليا لم يسلموا :
16 أخلاقيات البحوث الطبية والحماية الشرعية:
18 أهداف إجراء البحوث في الإطار الأخلاقي :
19 شروط البحث العلمي:
23 الموافقة المتبصرة في التجارب الطبية :
25 الموافقة لإجراء البحث على الحامل
25 البحث على أفراد غير قادرين على منح الموافقة المتبصرة
26 متى يتم إيقاف البحث
27 شروط التوثيق والنشر والإعلام :
28 تضارب المصالح:
29 ضوابط تمويل البحوث:
29 إعطاء مبلغ تشجيعي :
قرار مجلس مجمع الفقه الإسلامي الدولي : بشأن الضوابط الشرعية للبحوث الطبية البيولوجية
على الإنسان 31

34..... الفصل العاشر: أخلاقيات معاملة الأطفال والمسنين في الإسلام

- 39 إساءة معاملة الأطفال :
40 أشكال إساءة معاملة الأطفال :
41 أسباب إساءة معاملة الأطفال :
أسباب إساءة معاملة الأطفال :

- 43 الاستغلال الجنسي للأطفال في مختلف أنحاء العالم.
- 44 جرائم الاستغلال الجنسي ومرتكبوها.
- 45 العوامل التي تعرض الأطفال للمخاطر
- 46 ماذا يمكن عمله؟

48..... الشيخوخة

- 49 ما هي الشيخوخة؟
- 49 من هو المسن؟
- 50 رعاية المسنين
- 52 أوجه رعاية المسنين :
- 52 الرعاية الصحية للمسنين
- 55 رعاية الإسلام للمسنين :
- 57 قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي بشأن حقوق الأطفال والمسنين :

61..... الفصل الحادي عشر: أخلاقيات وآداب مهنة التمريض

- 63 آسيات في صدر الإسلام:
- 64 مهنة التمريض:
- 64 المسؤوليات الأساسية الأربعة للممرضة أو الممرض:
- 64 العلاقة مع هيئة التمريض:
- 66 واجبات الممرضة/ الممرض نحو المجتمع:
- 67 واجبات الممرض/ الممرضة نحو المرضى
- 68 من أخلاقيات مهنة التمريض:

71..... الفصل الرابع عشر: القواعد الطبية الفقهية

- 73 مقاصد الشريعة في الطب
- 74 المصالح الشرعية:
- 75 النوع الأول: المصالح المعتبرة:
- 75 الأولى: المصالح الضرورية:
- 75 الثانية: المصالح الحاجية:
- 76 الثالثة: المصالح التحسينية:
- 76 النوع الثاني: المصالح الملغاة:
- 76 النوع الثالث: المصالح التي سكت الشارع عنها:

77..... القواعد الشرعية في المسائل الطبية

- 77 تعريف القواعد الفقهية:

96..... الفصل الثالث عشر: التداوي بالمحرمات

- 98 استخدامات الكحول في المستحضرات الصيدلانية
- 100 هل يجوز شرب الدواء الذي يحتوي على نسبة ضئيلة من الكحول؟
- 100 (1) نظرية الإستحالة:
- 101 (2) نظرية الاستهلاك
- 102 (3) نظرية الضرورة والحاجة للتداوي:
- 103 حكم استخدام الكحول في الروائح العطرية والمستحضرات الدوائية:
- 104 هل يمكن الإستغناء عن الكحول كمذيب؟

- 105 الكحول في الغذاء :
 106 هل يجوز تناول الأغذية التي تحتوي على نسبة من الكحول؟
 108 الإنسولين
 109 قرر المجلس ما يأتي:
- 110..... توصيات الندوة الفقهية الطبية الثامنة
 113..... توصيات الندوة الفقهية الطبية التاسعة
- 116..... الفصل الرابع عشر: العورات في الممارسة الطبية**
- 119 تشريح جثث الجنس الآخر:
 120 النظر للعوورة للعلاج:
 121 علاج الرجل للمرأة وعكسه:
 121 الموقف الفقهي
 122 الخلو بالمرأة:
 123 الاطلاع على العورات المغلظة
 125 حكم التصوير الطبي للعوورة:
 126 علاج هذه الظاهرة :
 128 ضوابط إدارية وإجرائية للحفاظ على عورات المرضى بالمملكة العربية السعودية
 135 ملاحظة مهمة
- 137..... قرار مجمع الفقه الإسلامي بشأن ضوابط كشف العورة أثناء علاج المريض
- 140..... الفصل الخامس عشر: أخلاقيات تشريح جثث الموتى**
- 144 الموقف الفقهي من تشريح جثث الموتى:
 148 ماذا يحدث في صالات التشريح؟
- 152..... الفصل السادس عشر: الطبيب وجراحة التجميل**
- 156 أنواع جراحة التجميل :
 156 ومن أشهر الجراحات المندرجة تحت هذا النوع :
- قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 172 (18/11) بشأن الجراحة التجميلية وأحكامها
- 167.....
- 171..... رتق غشاء البكارة
- 178..... الفصل السابع عشر: حقوق مرضى الإيدز**
- 183 ماهي حقوق مرضى الإيدز؟
- 186..... قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم: 82 (8/13)
- 186..... بشأن مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز).
- 188..... قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم: 90 (9/7)
- 188..... بشأن مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والأحكام الفقهية المتعلقة به

193..... الفصل الثامن عشر: الانفجار السكاني وقضية تحديد النسل

- 195 نظرة تاريخية:
- 198 ابن خلدون ومسألة السكان:
- 199 التجاريون في أوروبا يتبنون آراء ابن خلدون في قضية السكان:
- 199 الفيزيوقراطيون ومسألة السكان:
- 201 وسائل منع الحمل:
- 203 وسائل منع الحمل الدائمة (التعقيم):
- 214 أحاديث العزل:

217..... الفصل التاسع عشر: الإجهاض الواقع والاحكام الشرعية

- 219 مقدمة:
- 219 (1) قتل الأولاد:
- 221 (2) الإجهاض، ويسمى ايضاً: السقط والإملاص والطرح والإسلاط:
- 223 (أ) الإجهاض في أوروبا والعالم:
- 227 (ب) الوضع القانوني للإجهاض:
- 232 (ت) القانون التونسي يبيح الإجهاض حسب الطلب:
- 233 (ث) الدول الإسلامية الأخرى التي تبيح الإجهاض:
- 235 (3) الموقف الشرعي من الإجهاض:
- 241 (4) آراء الفقهاء في الإجهاض قبل نفخ الروح (أي قبل 120 يوم):
- 243 دية الجنين:
- 245 من هو الجنين الذي تجب فيه الدية؟
- 246 والخلاصة أن السقط في الأربعين الأولى له الأحكام التالية:
- 247 على من تجب الغرّة؟
- 248 لمن تجب الغرّة؟
- 250 هل تجب الكفارة؟
- 251 أحكام غسل السقط والصلاة عليه

254..... الفصل العشرون: طرق وأنواع الإستيلاء المستحدثة (أطفال الأنابيب)

- 256 طرق وأنواع الاستيلاء المستحدثة:
- 256 (1) طلب العلاج من العقم وعدم الإخصاب:
- 258 (2) الفرق بين العقم (Sterility):
- 260 (3) عدد المصابين بعدم الإخصاب:
- 261 (4) أسباب عدم الخصوبة:
- 267 (5) طرق الاستيلاء المستحدثة:
- 267 (أ) الاستيلاء الطبيعي:
- 269 (ب) التلقيح الاصطناعي الداخلي:
- 270 (6) بعض المحاذير من التلقيح الاصطناعي الداخلي:
- 272 (7) التلقيح الاصطناعي الخارجي:
- 277 (8) لماذا يلجأ إلى مشاريع أطفال الأنابيب (الاستنابات)؟
- 282 بعض المحاذير من التلقيح الاصطناعي الخارجي:

284..... الفهرس

المرجع في أخلاقيات مهنة الطب

(القضايا الأخلاقية والفقهية في المهن الصحية)

د. حسان شمسي باشا

استشاري أمراض القلب بالمستشفى
العسكري بجدة، خبير بالمجمع الفقهي
الدولي.

د. محمد علي البار

استشاري أمراض باطنية، خبير
بالمجمع الفقهية، مدير مركز أخلاقيات
الطب بالمركز الطبي الدولي بجدة.

د. عدنان أحمد البار

استاذ طب الأسرة والمجتمع بكلية الطب ، جامعة الملك عبد العزيز والمشرف على
كرسي محمد حسين العمودي لأخلاقيات الممارسة الطبية بجامعة الملك عبد العزيز
بجدة.

الجزء الثالث

حقوق الطبع محفوظة

الطبعة الأولى

1433 هـ - 2012 م

الفصل الحادي والعشرون

أخلاقيات الوراثة الطبية

أخلاقيات الوراثة الطبية

مشروع الجينوم البشري⁽¹⁾

يبذل العلماء جهودًا مكثفة لمعرفة الجينات البشرية، واكتشاف المزيد من أسرارها، ويستعينون لتحقيق هذا الهدف العظيم بالمختبرات الحديثة المزودة بأحدث التقنيات والجينوم البشري هو كتاب الحياة الذي من خلاله يمكن أن يتعرف البشر على طبيعة خلقهم المادية، والتي أودع الله سرها في هذه التركيبة الكيميائية **DNA**.

ومصطلح جينوم **genome** هو مصطلح جديد في علم الوراثة يجمع بين جزئي كلمتين إنجليزييتين هما **gen** وهي الأحرف الثلاثة الأولى لكلمة **gene** التي تعني باللغة العربية المورث (الجين)، والجزء الثاني هو الأحرف الثلاثة الأخيرة من كلمة **chromosome** وهي **ome** وتعني باللغة العربية الصبغيات (الكروموزومات)، أما الدلالة العلمية لهذا المصطلح فهي للإنسان : الحقيبة الوراثية البشرية القابعة داخل نواة الخلية البشرية وهي التي تعطي جميع الصفات والخصائص الجسمية والنفسية.

مشروع (الجينوم):

(1) كلمة جينوم مركب من كلمة جين وكروموسوم، ويعبر بها عن كتلة المادة الوراثية جميعها، ولكنها مسجلة تفصيلاً بحروف هجائها الأساسية

تحتوي نواة الخلية الـبشرية على 46 صبغاً (كروموزوماً) قد جمعها الله مناصفة 23 صبغاً من كل من الأب والأم (الببيضة والحوين المنوي)، ويبلغ عدد المورثات (الجينات) الموجودة في نواة الخلية الواحدة ما يقرب من ثلاثين ألف مورثة، تترتب هذه المورثات بطريقة تتابعية وعلى شكل صيغ كيميائية ذات تسلسل بين أربع قواعد نيتروجينية هي الأدينين (A) والثيمين (T)، والسيتوزين (C)، والجوانين (G). وقد قامت مؤسسة في الولايات المتحدة الأمريكية بمتابعة هذا العمل أطلقت على نفسها (Hugo) (Human Genome Organization) وقد خصصت لذلك مبلغاً قدره (3.000) مليون دولار بهدف قراءة الخارطة الوراثية فقط **Genetic Mapping** وذلك يعني بالدرجة الأولى قتل الكروموزومات وفك تلك الصيغ الكيميائية للجينات على كل كروموزوم ومعرفة ترتيب المعلومات الوراثية الكاملة عند الإنسان من خلال تحديد نوع وتسلسل الجينات الموجودة في الحقيبة الوراثية

genome.

بدأ تنفيذ مشروع الجينوم البشري عام 1990م وكان من المقرر أن ينتهي خلال خمسة عشر عاماً (2005م)، لكن دعم المشروع مالي وتقني واشتراك عدد من الدول فيه سرّع في خطوات فك رموز المورثات والانتهاء منه ونشره كأطلس وراثي للخصائص والصفات البشرية، في مساء 26 يونيو من عام (2000م).

أهداف المشروع:

- 1) التعرف على الثلاثين ألف مورث (جين) في **DNA** الإنسان.
- 2) تحديد تسلسل الثلاثة بلايين صيغة كيميائية للكروموزومات
- 3) تخزين تلك المعلومات في قاعدة بيانات (معلومات).
- 4) تطوير ذلك من خلال تحليل تلك المعلومات.
- 5) تحويل تلك التقنيات إلى القطاع الخاص للاستفادة منها.

(6) متابعة الإصدارات الأخلاقية والتنظيمية والاجتماعية
للمشروع⁽¹⁾.

(1) الجينوم البشري البشري ... كتاب الحياة : د. صالح عبد العزيز الكريّم، مجلة الإعجاز العلمي في القرآن والسنة، العدد السابع، بتصرف

ويتوقع العلماء أن يهدف هذا المشروع إلى تحقيق الغايات التالية:

- (1) - التعرف على أسباب الأمراض الوراثية.
- (2) - التعرف على التركيب الوراثي لأي إنسان من حيث خريطته الجينية (1) ومن حيث القابلية لحدوث أمراض معينة كضغط الدم والنوبات القلبية والسكر ونحوها.
- (3) - العلاج الجيني للأمراض الوراثية.
- (4) - إنتاج مواد بيولوجية وهرمونات يحتاجها الإنسان للنمو والعلاج.

هل في المشروع ثورة طبية؟!

هناك تهويل فيما يخص الناحية الطبية لهذا المشروع، فقد صوّر للناس على أنه ثورة طبية سوف تقضي على جميع الأمراض الوراثية، وأنه سيتحكم في الحدّ من أي مرض ذي علاقة بالناحية الوراثية كالسرطان وغيره، وقد يكون هو الخطوة الأولى لبوابة العلاج أو منع حدوث هذه الأمراض. والحقيقة أن الانتهاء من المشروع نفسه لا يمثل ثورة طبية سحرية سوف تقضي على جميع الأمراض . وسيبقى مرض الموت ما بقيت الحياة على الأرض ولا خلود إلا في الآخرة. وليس صحيحاً أن معرفة مواقع الجينات للأمراض الوراثية سوف ينهي تلك الأمراض، بدليل أن بعض تلك الأمراض مثل مرض الأنيميا المنجلية **Sickle cell anemia** الذي يموت بسببه ثمانون ألف طفل كل عام وهو من أشهر الأمراض الوراثية المتنحية، وكذلك مرض الثالاسيميا **Thalassemia** وهو من أكثر الأمراض

(1) لقد انخفضت الكلفة لمعرفة الخريطة الجينية للإنسان من ثلاثة بلايين دولار إلى بضعة ملايين ثم قامت الصين ببرمجة المشروع وأصبح في مقدور أي إنسان معرفة خريطته الجينية بمبلغ ألف دولار وتتوقع الصين أن تصدر برنامجاً يمكن فيه للإنسان أن يعرف الجينية في حدود مائة دولار فقط!!

الوراثية انتشاراً في العالم وكلاهما - المنجلية والثالسيميا - قد أمكن التعرف على الجين المسبب لكل واحد منه ما منذ ما يزيد على عشرين عاماً، أي قبل بدء مشروع الجينوم بوقت طويل، ومع ذلك لم يكتشف لهما أي علاج حاسم وسريع حتى الآن.

ولا يمر شهر واحد دون أن يظهر خبر في وسائل الإعلام عن وجود جين أو سبب وراثي محتمل لأحد الأمراض.

وهذا لا يقلل بأي شكل من الأشكال من أهمية هذا المشروع العملاق (مشروع الجينوم)، بل هو يعتبر خطوة، لها من المستقبل ما لها، ويجب أن تتبعها خطوات توصل إلى مزيد من الاكتشافات، كي تتم السيطرة على الأمراض الوراثية.

(الجينوم) والأخلاقيات:

جعل الله في النطفة الأمشاج - وعلى مستوى المورثات (الجينات) - كل أجهزة الجنين شكلاً ووظيفة. وهذا التقدير في النطفة يُعرف في علم الأجنة بـ «التحديد المسبق والبرمجة الجينية الداخلية»، حيث تتحدد خصائص الخلايا قبل ظهورها شكلاً ووظيفة، والسؤال المطروح : لماذا يختلف البشر عن بعضهم البعض رغم أن الجميع من آدم وحواء؟! تجيب على هذا السؤال النظرية الحديثة في التمايز الخلوي وهي أنه في حالة تمايز خلية من الخلايا، يحدث تنشيط لبعض الجينات، في حين يحدث تثبيط لباقي الجينات، أي أن جميع الجينات تصبح مثبّطة وغير نشطة **Inactive genes** ما عدا الجزء المسؤول عن صفات الخلية المتميزة.

وبمعنى آخر فإن كل خلية بشرية بها جميع الصفات البشرية، لكنها تظهر عند أناس وتختفي عند آخرين . وعلى ضوء هذا فإن الله سبحانه وتعالى جعل الناس شعوباً وقبائل مختلفين في اللون والأشكال والصفات قال تعالى: (كُِّنَّا لِنُعَلِّمَهُمُ الْكَلِمَاتِ الَّتِي كَلَّمْنَا لَهُمْ لَنُحَدِّثَ لَهُمْ سُلُوكَهُمْ فِي السُّبُلِ إِنَّهُمْ قَوْمٌ مُّشْرِكُونَ) [الأنعام: 112].

ويخشى من الانحراف الأخلاقي في التعامل مع الجينوم البشري فقد تنحصر الاستفادة منه للعالم الأول وإهمال بقية

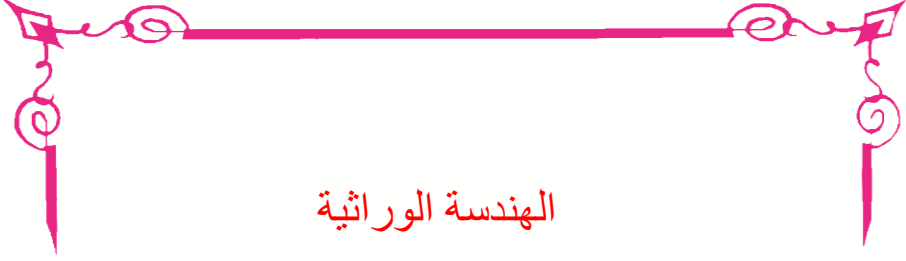
الشعوب، خاصة تلك الشعوب التي تعاني من الأمراض الوراثية الكبيرة.

كما أن فك الدلالات الوراثية للمجموعات البشرية مستقبلاً قد يجعل التفكير وار دًا في اللعب بالمورثات البشرية؛ لذلك جاء التحذير في المعاهدات واستحداث فقرة في المشروع ألا وهي : «متابعة الإصدارات الأخلاقية والتنظيمية والاجتماعية للمشروع حتى لا تتعدم الأخلاق فيكون هناك من يفكر في إعادة برمجة الجنس البشري أو يخلط بين الكائنات الحية (1) وينطبق عليهم بالتالي قول الله تعالى: (وُ وُ وُ وُ) [النساء: 119].

ولا شك في أن إدراك أسرار الجينات يحقق مصالح كبيرة للبشرية، ولكن إذا أطلق عنان تلك الأبحاث دون ضوابط فسوف تنشأ مشاكل كثيرة وخطيرة.

فلو اشترطت جهات العمل -مثلاً- إجراء الكشف الجيني، لأدى ذلك إلى عدم تعيين المصابين بالأمراض الوراثية المحتملة، والأمر أشد في التأمين الصحي، أو التأمين على الحياة، ومنها كشف أسرار الإنسان وغير ذلك من السلبيات؛ لذلك كان لا بد من وضع ضوابط دينية وأخلاقية في هذا المجال.

(1) المرجع السابق



الهندسة الوراثية

(Genetic Engineering)

- * ما هي الهندسة الوراثية؟ وما آثار تطبيقها على الإنسان؟
- * وهل يجوز شرعاً العلاج باستخدام الهندسة الوراثية؟
- * ما هي الخريطة الجينية (الجينوم البشري)؟
- * وهل يجوز إجراء فحص الجينوم على أي شخص دون أن يطلب ذلك؟
- * هل يجوز إجراء ذلك على الزوج والزوجة بطلب أحدهما أو كليهما؟
- * وما هي انعكاسات الخريطة الجينية على أولادهما؟
- * ما هي ضرورة ومحاذير الإرشاد الوراثي؟ وفي أي الأمراض يمكن أن يكون الإرشاد الوراثي واجباً؟
- * وهل يجوز إفشاء سر التحاليل الوراثية الخاصة لأحد الزوجين منفردين؟
- * من الذي له حق تداول معلومات الجينوم البشري؟
- * وهل يجوز معاملة الشخص بناء على الخريطة الجينية من تعيين في الوظائف أو الفصل منها؟
- أسئلة كثيرة تطرح في كل حين وتحتاج إلى جواب!!

والهندسة الوراثية البشرية هي إحدى الفروع التطبيقية لعلم الوراثة، وتعتبر ثورة تقنيّة جبارة تهدف إلى إضافة جينات جديدة تحمل إلى الكائن الحي صفات لم تكن موجودة من قبل، وتتجاوز التراكيب الوراثية الموجودة إلى تراكيب جينية أفضل، بقصد إصلاح عيب أو خلل في المادة الوراثية أو تحسين الصفات العامة للأفراد عن طريق إعادة صياغة الخريطة الجينية. وقد أطلق على عملية نسخ وتعديل وزرع الجينات اسم «الهندسة الوراثية» وهو اسم عام لا يحدد فكرة معينة أو تقنيه محددة، ولكنه يعني (كل ما يقام به في تغيير أو تعديل المادة الوراثية).

و يتفرع من هذا العلم الكثير من التقنيات وهي متناثرة وموزعة على الكثير من فروع الطب والعلوم. ومن هذه التقنيات :

- (1) قص وقطع الحمض النووي (**Cleavage of DNA**) بمقص خاص يسمى (**Restriction Nucleases**) وقد ساعد اكتشاف هذه المقصّ في مدى التحكم في الذي إن أي.
- (2) فصل قطع «الذي إن أي» على لوح من الجل (الهلام) بالكهرباء (**Gel Electrophoresis**).
- (3) معرفة التسلسل النووي (**DNA sequencing**) لكل قطع «الذي إن أي» التي يتم عزلها بشكل سريع ودقيق. والتي تسمح للعلماء معرفة التركيب الإنشائي للجينات ومعرفة نوع البروتين الذي ينتج منه.
- (4) تقنية تهجين الحمض النووي (**Nucleic acid hybridization**)، والتي مكّنتنا من الكشف عن القطع المحددة من الحمض النووي في خليط معقد من القطع المتشابهة.
- (5) استنساخ الذي إن أي (**DNA cloning**)، والتي تسمح بإنشاء نسخ عديدة ومتطابقة من قطع الذي إن أي.

مخاطر الهندسة الوراثية:

يجب أن تستخدم **الهندسة الوراثية** لصالح البشرية، ولا تنحرف لخدمة مصالح بعض الأفراد أو المجتمعات المتطرفة؛ إذ إن الاستخدام غير الحكيم للتقنيات البيولوجية الجديدة يمكن أن يفرز نتائج مفرعة.

ولقد حدث جنوح بالهندسة الوراثية عن مسارها الصحيح من جانب أصحاب المذاهب والفلسفات التي تخلت عن الإيمان والسمو الروحي، وبالغوا في تقديسها وتمجيدها؛ مما أدى إلى ظهور أصحاب «النزعة العلمية المتطرفة» الذين يرتون كل شيء إلى العلم البشري، ولا يسلّمون إلا بمنهجه والحقائق التي يتوصل إليها؛ سواء أكانت نظرية أم عملية.

كما ظهر أصحاب «النزعة التقنية المتطرفة» الذين يحسبون أنفسهم الأقدري في التحكم في هندسة المعرفة وإدارة المجتمع البشري والسيطرة عليه.

وإذا ما غرق العلم والتقنية في ذاتية الإنسان على هذا النحو - بعيداً عن القيم الإنسانية والإسلامية الهادية- فإنّ كلاً منهما سوف يخفق لا محالة في مهمته وينحرف بالناس عن جادة الطريق المستقيم⁽¹⁾.

والسؤال الذي يطرح نفسه هو : كيف يمكن للعالم الإسلامي أن يلحق بركب ثورة الهندسة الوراثية دون أن يؤثر ذلك في ثوابتنا؟

وكيف يمكن الخروج من التخلّف العلمي والتقني الذي يعانني منه المسلمون، ومواجهة روح العصر بلغة إسلامية تستند في مضمونها إلى القرآن والسنة؟

(1) تحديات الهندسة الوراثية- رؤية إسلامية : د.وجدي عبد الفتاح سواحل (www.onislam.net) بتصرف.

وهذا ما يفرض على العالم الإسلامي أن تكون لديه رؤية مستقبلية في مجال الهندسة الوراثية والتقنية الحيوية تركز على الأسس الآتية:

(1) وضع منهجية إسلامية رشيدة للأخلاقيات، بحيث تلتزم تعاليم الإسلام، وتمثل مقاصده وقيمه وغاياته دون أن تعطلّ العقل أو تعوق حرية البحث والتفكير؛ لأن مادة البحث التي تتعرض لها الهندسة الوراثية هي كل الكائنات الحيّة التي خلقها الله سبحانه وتعالى، ولأن واجب البحث فيها فريضة إسلامية من أجل إعمار الحياة على الأرض وترقيتها.

(2) توضيح موقف الشريعة الإسلامية من مختلف قضايا الهندسة الوراثية لحماية المجتمعات المسلمة من أخطارها وما تجلبه من مفسد وشرور، وإبراز البعد الإسلامي في خدمة الإنسان والمجتمع، ووقايته وتحصينه ضد اندفاعات الغرب المنهورة، التي تضرّ بالإنسان وفطرته السليمة وتتنافى مع تعاليم الإسلام⁽¹⁾.

حرب الجينات:

لم يكتف الإنسان بالكائنات التي تتحوّل وتتحوّل إلى كائنات ممرضة، بل أخذ يبحث عن طرق صناعية لتخليق كائنات ممرضة جديدة. فهندسة الجينات كعلم حديث سلاح ذو حدين: فكما أمكن استخدامه في العديد من المجالات المفيدة للإنسان يمكن استخدامه لتدمير الحياة على سطح هذا الكوكب.

الأمراض الوراثية:

يقسم الأطباء أسباب العيوب الخلقية والأمراض الوراثية إلى أربعة أقسام رئيسية:

القسم الأول: الأمراض المتعلقة بالكرموسومات (الصبغيات):

(1) المرجع السابق.

وهذا النوع في العادة ليس له علاقة بالقرابة، وأسباب حدوثها في الغالب غير معروفه . ومن أشهر أمراض هذا القسم متلازمة داون (أو كما يعرف عند العامة بالطفل المنغولي) . ومتلازمة داون ناتجة عن زيادة في عدد الكروموسومات إلى 47 بدل من العدد الطبيعي 46. وتزداد نسبة حدوثها كلما زاد عمر المرأة الحامل ففي سن العشرين يصاب واحد من كل ألفين من المواليد . وفي سن الخامسة والأربعين يصاب واحد من كل خمسين.

القسم الثاني: الأمراض الناتجة عن خلل في الجينات:

ويتفرع من هذا القسم أربعة أنواع من الأمراض: الأمراض المتنحية، الأمراض السائدة ، والأمراض المرتبطة بالجنس المتنحية والأمراض المرتبطة بالجنس السائدة .

(1) الأمراض المتنحية هي أمراض تصيب الذكور والإناث بالتساوي ويكون كلا الأبوين حاملاً للمرض مع أنه ما لا يعانيان من أي مشاكل صحية لها علاقة بالمرض . وعادة ما يكون بين الزوجين صلة قرابة. ولذلك تنتشر هذه الأمراض في المناطق التي يكثر فيها زواج الأقارب كبعض المناطق في العالم العربي . ومن أشهر هذه الأمراض أمراض الدم الوراثية، خاصة مرض فقر الدم المنجلي (الأنيميا المنجلية) وفقر دم البحر المتوسط (الثلاسيميا) وأمراض التمثيل الغذائي بأنواعها.

(2) الأمراض السائدة: (ليس لها علاقة بزواج الأقارب)، وتتميز بإصابة أحد الوالدين بنفس المرض . وأشهر أمراض هذا النوع «متلازمة مارفان». ومع أن هذا النوع من الأمراض ليس له علاقة بزواج الأقارب، لكن عند زواج اثنين مصابين بنفس المرض (وقد يكون بينهما صلة نسب) فقد تكون الإصابة في أطفالهم أشد أو أخطر، وذلك لحصول الطفل على جرعتين من المرض من كلا والديه.

وفي الغالب تكون هذه الأمراض السائدة نتيجة طفرة في الجينات.

(3) الأمراض المرتبطة بالجنس المتنحية: وهذا النوع من الأمراض ينتقل من الأم الحاملة للمرض فيصيب أطفالها الذكور فقط. وأشهر هذه الأمراض مرض نقص خميرة G6PD (أو ما يسمى بأنيميا الفول). وليس لهذا النوع عادة علاقة بزواج الأقارب، ولكن المرض قد يصيب البنات إذا تزوج رجل مصاب بالمرض بإحدى قريباته الحاملة للمرض.

(4) الأمراض المرتبطة بالجنس السائدة: هي من الأمراض النادرة والتي في العادة تنتقل من الأم إلى أطفالها الذكور والإناث، وقد يكون شديداً في الذكور مقارنةً بالإناث.

القسم الثالث: الأمراض المتعددة الأسباب:

ومعظم الأمراض تدخل تحت هذا القسم ، لمرض السكر وارتفاع ضغط الدم و الربو والصلب المشقوق و الشفة الأرنبية وغيرها من الأمراض .

ولا تحدث هذه الأمراض إلا في الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي، وتعرض أحدهم إلى عوامل بيئية معينة . وليس لزواج الأقارب عادة علاقة في حدوث هذه الأمراض، ولكن إذا تزوج شخصان مصابين بأي نوع من هذه الأمراض يزاد احتمال إصابة الأطفال مقارنة بإصابة أحد الوالدين فقط مصاب بالمرض.

القسم الرابع: مجموعه من الأمراض المتفرقة:

والتي يصعب حصرها ومن أشهر هذه الأمراض تلك المرتبطة بالميتوكوندريا والتي تنتقل من الأم فقط إلى بقية أطفالها⁽¹⁾.

(1) الفحص الطبي قبل الزواج : د. عبد الرحمن السويد ، موقع الوراثة الطبية على الإنترنت

الوراثة والقرابة

يشعر بعض الآباء بالذنب عندما يولد لهم طفل مصاب بمرض وراثي . ويشتد هذا الإحساس قوة عندما يكون الوالدان أقارب لبعضهما (أي عندما يكون لديهما قرابة دم) . ويرجع هذا لاعتقادهم أن زواج أبناء العم والخال يزيد من احتمال إنجابهم لأطفال مصابين بأمراض وراثية.

صحيح أن زواج الأقارب من بعضهم البعض يزيد من نسبة حدوث الأمراض الوراثية بشكل عام ولكن هذه النسبة محدودة. فنسبه احتمال ولادة طفل لدية عيب خلقي هو 3% لكل المواليد (أي في كل 100 حالة ولادة يولد ثلاثة أطفال مصابون بعيب خلقي) . ولو نظرنا إلى أولئك الأطفال الذين يولدون من أبوين يربطهم عرق قرابة، فإن نسبة حدوث العيوب الخلقية لديهم تصل إلى 4% وفي أقصى الإحصائيات تصل إلى 6% . وهذه الزيادة (6%) تبدو لأول وهلة قليلة، ولكن لو قارناها ب 3% أو 4% لاتضح لنا أن النسبة وصلت إلى الضعف . أي أن نسبة احتمال حدوث العيوب الخلقية قد تزيد إلى الضعف عند المواليد الذين يولدون لأبوين قريبين من بعضهما البعض بالنسب . وهذه الأرقام لاتصل بأية حال إلى الأرقام العالية التي يعتقدها بعض الناس خطأً، أن زواج الأقارب يؤدي حتماً لولادة طفل به عيوب خلقية.

وأكثر الأمراض الوراثية شيوعاً بين مواليد المتزوجين من أقاربهم هي الأمراض التي يطلق عليها الأطباء «الأمراض المنقولة عن طريق الوراثة المتنحية».

ويرجع السبب في هذه الزيادة لانتقال مورثات غير سليمة من أحد الأجداد المشترك بين الأبوين، وينتقل هذا المورث غير السليم (المعطوب) من ذلك الجدّ إلى أبنائه ثم إلى أحفاده . وإذا تزوج هذان الحفيديان من بعضهما البعض فكل واحد منهما قد يعطي النسخة المعطوبة لأحد أبنائه عند التخصيب، فيصبح لدى هذا الطفل مورثان معطوبان، مما قد يؤدي لحدوث مرض وراثي يختلف نوعه باختلاف نوع المورث المنقول.

فوراثياً، لدى كل إنسان ، بغضّ النظر عن عمره أو حالته الصحية، حوالي 10 – 65 جيناً معطوبة (بها طفرة). وهذه الجينات المعطوبة لا تسبب مرضاً لمن يحملها ، لأن الإنسان دائماً لديه نسخة أخرى سليمة من الجين . وعند زواج طرفين لديهما نفس الجين المعطوب فإن أطفالهم قد يحصلون على جرعة مزدوجة من هذا الجين المعطوب (أي أن الأب يعطي جيناً معطوباً والأم أيضاً تعطي نفس الجين المعطوب)، وهنا تحدث مشكلة صحية على حسب نوع الجين المعطوب.

و في العادة تختلف أنواع الجينات المعطوبة من شخص لآخر ، ويندر أن يلتقي شخصان لديهما نفس الجين المعطوب!! ولكن نوع الجينات المعطوبة عادة تتشابه بين الأقارب، فهناك احتمال كبير أن يكون لدى أبناء العم والعمة أو الخال والخالة نفس الجينات المعطوبة .

والحقيقة أنه حتى في الأمراض التي تنتقل بالوراثة المتنحية لا يكون احتمال تكرار المرض في أولاد الزوجين الحاملين للجين المعطوب 100% إطلاقاً، ولكن تصل إلى نسبة 25% في كل حمل.

والخلاصة أنه إذا لم يوجد في العائلة أي مرض وراثي، فإن نسبة احتمال ولادة طفل لديه عيوب خلقية من أبوين تربطهما علاقة نسب (أبناء العم أو أبناء العمة أو الخال أو الخالة) تكون

حوالي 4% إلى 6%. وهذه النسبة بالطبع أعلى منها في الطفل الذي يولد لأبوين لا تربطهما علاقة نسب، وهي كما قلنا 3%. ويعتقد الكثير ممن تزوجوا من أقاربهم وليس في عائلاتهم مرض وراثي معروف أن زيادة احتمال إنجاب طفل مصاب بمرض وراثي ليس كافياً لمنعهم الزواج. وبالطبع لا يستطيع أحد منعهما من الزواج وإنجاب الأطفال⁽¹⁾.

إخبار الخاطبين:

لا شك أنه قد تظهر نتائج غير مرغوبة في هذه الفحوصات. وهذا أمر عصيب ليس فقط على الطرفين وأهلهم، بل على الطبيب الذي عليه أن يوصل تلك المعلومات بطريقة ملائمة. فالفحوصات التي سوف تجرى للكشف عن الأمراض الوراثية هي للكشف عما إذا كان الشخص حاملاً للمرض أم لا. والشخص الحامل للمرض ليس شخصاً مريضاً، بل هو شخص سليم ولكنه يحمل صفات وراثية يمكن أن ينقلها لذريته، إذا حدث أن كانت زوجته أو كان زوجها أيضاً حاملاً لنفس المرض.

ولا تحدث، بإذن الله، مشكلة إن كان أحد الطرفين حاملاً للمرض والطرف الآخر ليس حاملاً، فالمشكلة تحدث فقط إذا كان الطرفان حاملين للمرض.

فلو حدث أن كان كلا الطرفين حاملين لنفس المرض فانهما يبلغان بشكل سري عن نتيجة التحليل، ويشرح لهما الاحتمالات التي يمكن أن تحدث لذريتهما لو تزوجا.

وينبغي على الطبيب ألا يتدخل في القرار النهائي، فللخاطبين الحرية التامة في اتخاذ القرار المناسب لهما. وما عليهما إلا أن يستخيرا في قرار الزواج. ولو حدث وتزوجا مع علمهما بإمكانية

(1) الوراثة والقرابة د. عبد الرحمن السويدي بتصرف. (موقع الوراثة الطبية على الإنترنت).

أن يرزقا بأطفال مصابين بمرض وراثي ، فان معرفتهما بهذا الاحتمال سوف يقوي بإذن الله من ترابطهما وبالمقابل، تجد من لم يُخبره أحد بالمخاطر، يواجه فجأة معلومات وراثية خطيرة قد تعصف بأسرته وتشرّد أطفاله المصابين بالمرض⁽¹⁾.
وليس للأطباء - حتى أخصائيي الوراثة - الحق في منعهما من ذلك. ويظل القرار لهما وحدهما ولوليهما قبل الزواج.
أما دور الطبيب فيتمثل فقط في إعطاء الاحتمالات (بالأرقام إن أمكن) ، وشرح بعض الأمراض التي يترجح لديه أنه من الممكن أن يصيبهما، ويساعدهما إن أمكن في تجنب هذه الأمراض.

وقد قامت المملكة العربية السعودية ودول الخليج بفرض إجراء الفحص قبل الزواج ويشمل بعض الأمراض المعدية مثل الإيدز والتهاب الكبد الفيروسي من نوع B وC ، كما يشمل بعض الأمراض الوراثية المتنحية مثل التالاسيميا والانيما المنجلية، ولا يستطيع المأذون (المُملك) أن يعقد الزواج إلا بعد إجراء هذا الفحص في مستشفيات حكومية حيث يُجرى الفحص مجاناً. ولكن من حقّ المخطوبين أن يتمّ عقد الزواج بعد معرفتهما بنتائج الفحص وعواقبه على الذريّة.

التداوي بالأدوية المعدلة وراثياً:

ظهرت في الأسواق بعض الأدوية التي تدخل فيها مواد معدلة وراثياً⁽²⁾.

(1) الفحص الطبي قبل الزواج : د. عبد الرحمن السويد بتصرف . (موقع الوراثة الطبية على الإنترنت).

(2) لقد تم إنتاج العديد من العقاقير الهامة بواسطة التقنية الجينية منها الانسولين البشري وهو إما أن يؤخذ من خلايا بنكرياس الإنسان (وهو أمر مكلف) أو بواسطة التعديل الوراثي للأنسولين الخنزيري. كما أمكن تحضير العديد من الهرمونات الهامة مثل هرمون النمو والهرمونات المنمّية للقتد (الغدة التناسلية) (Gonodotrophins) بواسطة التقنية الجينية.

ويشترط على الشركات المصنعة لهذه الأدوية تبيان ذلك بوضوح على عبوات الدواء.
وقد صدر بهذا الشأن قرار عن مجلس المجمع الفقهي برابطة العالم الإسلامي في دورته الخامسة عشر جاء فيه:
«يدعو المجلس الشركات والمصانع المنتجة للمواد الغذائية والطبية وغيرها من المواد المستفاد من علم الهندسة الوراثية على البيان عن تركيب هذه المواد، ليتم التعامل والإستعمال على بينة، حذراً مما يضر أو يحرم شرعاً»⁽¹⁾.

العلاج الجيني :

لابد من التأكيد - بدايةً - على أن تجارب العلاج الجيني مازالت تنطوي على مخاطر كبيرة. والعلاج الجيني يعني إصلاح الخلل في الجينات، أو تطويرها، أو استئصال الجين المسبب للمرض واستبدال جين سليم به، وذلك بإحدى الطريقتين التاليتين:
الطريقة الأولى : عن طريق الخلية العادية، وذلك بإدخال التعديلات المطلوبة وحقتها للمصاب، فإدخال الجين إلى الكروموسوم في الخلية يجب أن يكون في موقع محدد، لأن الإدخال العشوائي قد يترتب عليه أضرار كبيرة . ومن المعلوم أن توصيل الجينات يمكن أن يتم بطرق كيميائية، أو فيزيائية، أو بالفيوسات.

الطريقة الثانية : عن طريق إدخال تعديلات مطلوبة على الحيوان المنوي، أو البويضة.
وقد اتفقت جميع الدوائر على منع هذه الطريقة في الوقت الحاضر حتى يتم حدوث تقدم علمي يضمن عدم حدوث ضرر في الأجيال القادمة.

(1) رابطة العالم الاسلامي: قرارات مجمع الفقه الاسلامي 1423 هـ \ 2002 م ص 313.

وقد أثّرت الشبهات حول الطريقتين، حيث أثّرت على الطريقة الأولى شبهة أخلاقية، وهي : هل البصمة الوراثية لهذا الشخص ستكون مطابقة لابنه؟ كما أثّرت على الطريقة الثانية شبهة: تأثير إدخال التعديلات على الحيوان المنوي، أو البويضة؟⁽¹⁾.

ولذلك لا بدّ من التأكيد على هذا الجانب الأخلاقي وهو أن العلاج في الحالتين ينبغي ألاّ يؤدي بأي حال من الأحوال إلى التأثير في البنية الجينية، والسلالة الوراثية⁽²⁾.

منافع العلاج الجيني

هناك فوائد كبيرة، ومنافع كثيرة تتحقق من خلال العلاج الجيني يمكن أن نذكر أهمها:

- (1) الإكتشاف المبكر للأمراض الوراثية، ويمكن حينئذ منع وقوعها أصلاً بإذن الله، أو الإسراع بعلاجها، حيث بلغت الأمراض الوراثية المكتشفة أكثر من 6 آلاف مرض، وبالتالي يستفيع الملايين من مثل هذا العلاج الجيني.
- (2) تقليل دائرة المرض داخل المجتمع، وذلك عن طريق الإسترشاد الجيني، والإستشارة الوراثية.
- (3) إثراء المعرفة العلمية عن طريق التعرف على المكونات الوراثية، ومعرفة التركيب الوراثي للإنسان، بما فيه القابلية لحدوث أمراض معينة كضغط الدم والنوبات القلبية، والسكري ونحوها.

(1) د. محمد علي البار «نظرة فاحصة للفحوصات الطبية»، ود. حسان تحوت «قراءة الجينوم البشري»، ود. ناصر الميمان «الإرشاد الجيني» بحث مقدم إلى الندوة الحادية عشرة للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية المنعقدة في الكويت عام 1419هـ، ود. عجيل النشمي «الوصف الشرعي للجينوم البشري» بحث مقدم إلى الندوة الأنفة الذكر، ود. عمر الألفي «الجينوم البشري».

(2) العلاج الجيني.. من منظور الفقه الإسلامي : أ.د. علي محيي الدين القرّة داغي.

(4) الحدّ من اقتران حاملي الجينات المريضة، وبالتالي الحدّ من الولادات المشوهة أو المصابة بمرض وراثي (دون تشوّه).
(5) إنتاج مواد بيولوجية، وهرمونات يحتاجها جسم الإنسان للنمو والعلاج.

سلبيات العلاج الجيني وأخطاره .

تترتب على العلاج الجيني بعض السلبيات في عدة نواحي اجتماعية ونفسية، منها:

(1) من خلال كشف بعض الأمراض الوراثية للفرد يترتب عليه آثار كبيرة على حياته الخاصة، فيتعرض لعدم القبول في الوظائف، أو التأمين بصورة عامة، والإمتناع عن الزواج منه رجلاً كان أو امرأة؛ مما يترتب عليه إضرار به دون ذنب اقترفه، بل قد لا يصبح مريضاً مع أنه حامل الفيروس أو للجين المريض، فليس كل حامل للمرض مريض، ولا كل مرض متوقع يتحتم وقوعه.

(2) التأثير على ثقة الإنسان بنفسه، والخوف والهلع من المستقبل المظلم؛ مما يترتب عليه أمراض نفسية خطيرة قد تقضي عليه بسبب الهموم، مع أن الإنسان مكرّم لا يجوز إهدار كرامته، وخصوصيته الشخصية وأسراره.

(3) أن هناك عوامل أخرى بجانب الوراثة لها تأثير كبير على إحداث الأمراض الناتجة عن تفاعل البيئة ونمط الحياة، إضافة إلى الطفوات الجينية التي تحدث في البويضة أو الحيوان المنوي أو فيهما معاً بعد التلقيح⁽¹⁾.

(4) وهناك مفاصد أخرى إذا تناول العلاج الجيني الصفات الخلقية من الطول والقصر، واللبياض والسواد، والشكل، ونحو ذلك، أو ما يسمى بتحسين السلالة البشرية، مما يدخل في باب تغيير خلق الله وهو محرّم أصلاً.

(1) د. صالح عبد العزيز كريم : الكائنات وهندسة المورثات «بحث مقدم إلى ندوة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية الحادية عشرة».

قرار مجلس المجمع الفقهي الإسلامي

بشأن استفادة المسلمين من علم الهندسة الوراثية

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على من لا نبي بعده، سيدنا
ونبينا محمد صلى الله عليه وعلى آله وصحبه وسلم.

أما بعد:

فإن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي
في دورته الخامسة عشرة المنعقدة بمكة المكرمة، التي بدأت يوم
السبت 11 رجب 1419هـ الموافق 31 أكتوبر 1998م قد نظر في
موضوع استفادة المسلمين من علم الهندسة الوراثية، التي تحتل
اليوم مكانة مهمة في مجال العلوم، وتثار حول استخدامها أسئلة
كثيرة، وقد تبين للمجلس:

أن محور علم الهندسة الوراثية هو التعرف على الجينات
-المورثات- وعلى تركيبها، والتحكم فيها من خلال حذف بعضها
- لمرض أو غيره- أو إضافتها، أو دمجها بعضها مع بعض
لتغيير الصفات الوراثية الخلقية.
وبعد النظر والتدارس والمناقشة فيما كتب حولها، وفي بعض
القرارات والتوصيات التي تمخضت عنها المؤتمرات والندوات
العلمية يقرر المجلس ما يلي:

أولاً: تأكيد القرار الصادر عن مجمع الفقه الإسلامي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي، بشأن الاستنساخ برقم 10/د/ 2/100 في الدورة العاشرة المنعقدة بجدة في الفترة من 23-28 صفر 1418هـ.

ثانياً: الاستفادة من علم الهندسة الوراثية في الوقاية من المرض أو علاجه، أو تخفيف ضرره، بشرط أن لا يترتب على ذلك ضرر أكبر.

ثالثاً: لا يجوز استخدام أي من أدوات علم الهندسة الوراثية ووسائله في الأغراض الشريرة والعدوانية، وفي كل ما يحرم شرعاً.

رابعاً: لا يجوز استخدام أي من أدوات علم الهندسة الوراثية ووسائله، للعبث بشخصية الإنسان ومسئوليته الفردية، أو للتدخل في بنية المورثات -الجينات- بدعوى تحسين السلالة البشرية.

خامساً: لا يجوز إجراء أي بحث، أو القيام بأية معالجة أو تشخيص يتعلق بمورثات إنسان ما إلا للضرورة، وبعد إجراء تقويم دقيق وسابق للأخطار والفوائد المحتملة المرتبطة بهذه الأنشطة، وبعد الحصول على الموافقة المقبولة شرعاً، مع الحفاظ على السرية الكاملة للنتائج، ورعاية أحكام الشريعة الإسلامية الغراء القاضية باحترام الإنسان وكرامته.

سادساً: يجوز استخدام أدوات علم الهندسة الوراثية ووسائله في حقل الزراعة وتربية الحيوان، شريطة الأخذ بكل الاحتياطات لمنع حدوث أي ضرر -ولو على المدى البعيد- بالإنسان أو الحيوان أو البيئة.

سابعاً: يدعو المجلس الشركات والمصانع المنتجة للمواد الغذائية والطبية وغيرهما من المواد المستفاد من علم الهندسة الوراثية، إلى البيان عن تركيب هذه المواد؛ ليتم التعامل والاستعمال عن بيّنة حذراً مما يضر أو يحرم شرعاً.

ثامناً: يوصي المجلس الأطباء وأصحاب المعامل والمختبرات بتقوى الله تعالى، واستشعار رقابته، والبعد عن الإضرار بالفرد والمجتمع والبيئة.

وصلى الله على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم تسليماً
كثيراً، والحمد لله رب العالمين.
وقد بحث موضوع الوراثة والهندسة الوراثية **مجمع الفقه
الإسلامي الدولي** في مؤتمره الحادي عشر بالمنامة في مملكة
البحرين، من 25-30 رجب 1419هـ، الموافق 14-19 تشرين الأول
(نوفمبر) 1998م. وقرر المجمع تأجيل إصدار قرار في موضوع
الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري الجيني لمزيد من البحث
والدراسة.

الفحص الطبي الوراثي ما قبل الزواج

الزواج في الإسلام ركيزة أساسية في بناء الأسرة والمجتمع وميثاق غليظ له حقوقه وواجباته . ومن الأمور المعروفة شرعاً أنه يجب عدم كتم العيوب الظاهرة والخفية في الزوجين ، ويستدل على ذلك بقول أم سلمة > عندما خطبها الرسول ﷺ : «إني امرأة قد أبدر (كبر) سني وإنني أم أبيهم وأنا شديدة الغيرة»، وقول الرسول ﷺ لرجل خطب امرأة حيث قال له : «انظر إليها فإن في أعين الأنصار شيئاً».

ولقد ورد في الأثر عن الخليفة الراشد عمر بن الخطاب < حينما رأى أناساً ضعاف البنية يظهر فيهم الهزال، فهاله ما هم فيه فسألهم عن السبب فقالوا: «إننا نتزوج من قرابتنا فقال عمر : «اغربوا ولا تضووا» أي لا يحدث فيكم الضعف والهزال. ويهدف الفحص الطبي بصفة عامة إلى التوصل إلى تشخيص المرض أو الكشف عن إمكانية الإصابة ، أو احتمال حمل الصفة المرضية بمرض ما لدى الشخص الذي يُجرى له الفحص مما قد يعرّض الذرية لهذا المرض. فالأمراض الوراثية والتشوهات الخلقية تشكل نسبة من المواليد الجدد. ويتوقع إحصائياً أن يصاب طفل واحد من كل 25 طفل اما بمرض وراثي أو عيب خلقي شديد أو تأخر عقلي ناتج عن خلل في الجينات أو بمرض له عوامل وراثية . كما أن بعضاً من هؤلاء المصابين يتوفون مبكراً أو يحتاجون للبقاء في المستشفيات لمدة طويلة أو بشكل متكرر ، ولها تبعات اقتصادية واجتماعية ونفسية.

والاستشارة الوراثية والفحص الطبي قبل الزواج أمران في غاية الأهمية في هذا العصر وقد يكشفان عن أمراض وراثية تساهم في تخفيض نسبة الامراض.

الفحص الطبي قبل الزواج.

إن الفحص الطبي قبل الزواج قضية شائكة لها أبعاد متباينة، فقد تكون سبباً في نجاح المعاملة الزوجية وتقويتها، وبالمقابل يمكن أن تؤدي دوراً مؤثراً في اتجاه القرار الصعب بالانفصال والرحيل.

ومهما كانت تلك النتائج إلا أن الحقيقة التي لا تقبل الجدل أن الفحص الطبي قبل الزواج أصبح أمراً مهماً لتفادي حدوث مشاكل مستقبلية تؤثر بشدة على العلاقة الزوجية، فالفحص الطبي قبل الزواج هو للوقاية من الأمراض وتقليلها، فنجد بذلك تحقيقاً لقول الخليفة العادل عمر بن الخطاب < (نفر من قدر الله إلى قدر الله).

ولكن بعض المجتمع ما زال يرفض هذه الفحوصات، ويعتبرها مجالاً لا ينبغي الخوض فيه، لأنه يحمل في داخله إهانة للطرف الآخر.

ففي فترة الخطوبة يهتم كلا الطرفين بالطرف الآخر فيما إذا كان هو الشخص الذي يبحث عنه ويتوافق مع طباعه، إلا أنها يتجاهلان الجانب الصحي ومدى التوافق بينهما فيه، رغم ما يمكن أن يسببه بعد ذلك من مشاكل قد تؤدي إلى الانفصال⁽¹⁾.

أهمية الفحص الطبي الوراثي ما قبل الزواج:

وتأتي أهمية هذا الفحص من نواحي متعددة ومنها :

(1) الفحوصات الطبية قبل الزواج: الطيب بو حالة ، رسالة ماجستير، دار الفكر والقانون، المنصورة 2010 (بتصرف).

- الأمراض الوراثية في مجملها أمراض مستعصية يصعب علاجها وتستمر مدى الحياة كما أنها تحتاج إلى رعاية طبية مستمرة. ويأتي مرض الأنيميا المنجلية والتلاسيميا في مقدمة هذه الأمراض التي تحتاج إلى الكثير من العناية والجهد المستمر لعلاجهما.
- إن انتشار هذه الأمراض في أي مجتمع يؤثر سلباً على إنتاجية هذا المجتمع وصحته ويشكل عبئاً مالياً كبيراً على القطاعات الصحية.

الأهداف المرجوة من الفحص الطبي الوراثي قبل الزواج:

- نشر الوعي بين ال ناس عن وجود هذه الأمراض وضرورة الوقاية منها.
- الحد من انتشار هذه الأمراض في المجتمع والعمل على بناء مجتمع صحي سليم.
- الحد من الأعباء الاقتصادية لهذه الأمراض على الفرد والأسرة والمجتمع والدولة.
- تجنب الأسر المعاناة النفسية والاجتماعية المصاحبة لهذه الأمراض.

أنواع الفحص الطبي :

ويمكن تقسيم الفحوصات التي تتم لراغبي الزواج إلى ثلاثة أقسام:

- (1) فحوصات لمعرفة إن كان أي من الطرفين يحمل أمراضاً قابلة للنقل من طرف إلى آخر عبر الاتصال الجنسي أو المخالطة اللاصقة. (الأمراض المعدية).
- (2) فحوصات للكشف عن الأمراض الوراثية.
- (3) فحوصات لمعرفة قدرة الخاطبين على الزواج وانجاب الأطفال .

وفي **الفحص الطبي الوراثي** يقوم الرجل والمرأة المقبلين على الزواج بإجراء فحوصات معينة يكون الغرض الأساسي منها تجنب إنجاب ذرية مصابة بأمراض وراثية . وهذا النوع لا يخلو من أحد الحالات التالية:

- (1) معرفة إذا كان الرجل أو المرأة أو كلاهما حاملين لصفة وراثية مرضية قد تنتقل منهما إلى الذرية بإرادة الله، وهناك نسب معينة للإصابة بالمرض لدى الذرية بناء على نوع الصفة الوراثية المرضية، وهذا النوع من الفحص هو الأكثر شيوعاً.
- (2) معرفة إذا كان الرجل أو المرأة أو كلاهما مصابين بمرض وراثي معين وذلك أن بعض الأمراض الوراثية قد لا تظهر بشكل واضح حتى عند البالغين ما لم يتم إجراء فحص سريري ومخبري دقيق . وهذا النوع يعتبر نادر الاستخدام.

الأمراض الوراثية التي يمكن فحصها بصفة عامة:

الأمراض الوراثية كثيرة جداً وهناك حقائق مهمة لا بد أن نعرفها :

- لا يمكن لأي فحص مهما بلغت دقته أن يضمن خلو الشخص من جميع الأمراض الوراثية وبالتالي لا يمكن لأي فحص أن يستثني احتمال حدوث جميع الأمراض الوراثية في الذرية.
- كما ذكرنا سابقاً فإن فحوصات ما قبل الزواج هي في الغالب للكشف عن حمل الشخص لمرض وراثي ما، وهذا يعني بالضرورة أن الأمراض التي يمكن فحصها هي التي يمكن لنا تحديد الشخص الحامل لها بفحص مخبري دقيق . وقد يكون هذا سهلاً لبعض الأمراض الوراثية مثل : الأنيميا المنجلية ، وقد يكون في غاية الصعوبة في مرض مثل ضمور العضلات الخلقي حيث

يتطلب تحليلاً جينياً دقيقاً يصعب توفره إلا في المراكز الطبية المتقدمة.

- من المهم مراجعة الطبيب المختص وخاصة أطباء الأمراض الوراثية قبل عمل الفحص حتى يتم أخذ التاريخ المرضي لعائلة طالب الفحص ، الأمر الذي يساعد على معرفة الأمراض الموجودة، وبالتالي توجيه الفحص في المسار الصحيح.

أما الأمراض الوراثية الأكثر شيوعاً والتي يمكن فحصها قبل الزواج فهي مرض الأنيميا المنجلية والاعتلالات الثلاسيمية، وهي أمراض وراثية متنحية . وهناك أمراض أخرى يمكن الفحص عنها إذا كان بالإمكان تحديد حاملي المرض بدقة مثل أمراض التمثيل الغذائي وهي منتشرة أيضاً في المملكة بنسب أقل من أمراض الدم الوراثية وذلك حسب التاريخ المرضي للعائلة.

هل سلامة التحاليل تعني أن الشخص خالٍ تماماً من الأمراض الوراثية؟

الأمراض الوراثية كثيرة جداً ويصعب الفحص عنها كلها . والكثير من هذه الأمراض يصعب الكشف عنها نظراً لعدم وجود تحليل لها . كما أن الكثير من هذه الأمراض ناتج عن خلل في الجينات والكثير من الجينات (والتي تتراوح حوالي 30 ألف جين) غير معروفة ولم يتم اكتشافها، ولذلك لا يوجد لها تحليل . كما إن هناك طفرات وراثية تحدث أثناء التلقيح والحمل . وتشكل الطفرات الوراثية نسبة كبيرة من هذه الحالات .

ولهذا ينبغي على الذين يتقدمون للفحص الطبي قبل الزواج معرفة أن الطب لا يستطيع الكشف عن جميع الأمراض . و ينبغي على المتقدم التحري عن كل طفل أو بالغ في العائلة ولدي مرض يشتبه أن يكون خلقياً أو وراثياً. فالتاريخ المرضي لكل عائلة ه و الذي ينبغي الطبيب عن وجود مرض ما، وإذا عرف هذا المرض

فان على الطبيب التحقق ق من احتمالية انتقاله ته لهذه الأسرة الجديدة.

اعتراضات على الفحص الطبي قبل الزواج

وهناك بعض الاعتراضات على إجراء الفحص الطبي قبل الزواج منها:

- إيهام الناس أن الفحص الطبي قبل ال زواج سيقمهم من الأمراض.. وهذا غير صحيح.
- وكذا إيهامهم أن زواج الأقارب هو السبب الم مباشر والوحيد لهذه الأمراض، وهو غير صحيح.
- قد يؤدي إجراؤه إلى نوع من الاحباط الاجتماعي نظراً لخوف تسرب نتيجة الفحص الطبي، كما قد يجعل حياة بعض الناس قلقة مكتئبة، إذا ما تم إخبار الشخص أنه سيصاب بمرض عضال لا شفاء منه، وكذا تكلفته المادية التي لا يقدر عليها كل الناس.
- وقد يؤدي إلى حرمان بعض الناس من فرص العمل والخدمات والتأمينات الاجتماعية إذا ما تبين وجود المرض فيهم⁽¹⁾.

الفحص الطبي قبل الزواج والأحكام الفقهية:

والفحص الطبي قبل الزواج مشروع بأدلة من السنة النبوية والآثار، مع اشتراط الوسيلة المباحة الآمنة، ويؤيده الطب الحديث.

وهو مجموعة من الإرشادات النفسية والثقافية والاجتماعية، والفحوصات السريرية، وفحوص المختبر لكل من الرجل والمرأة قبل عقد الزواج، وتهدف إلى:

(1) المرجع السابق.

- (1) إعطاء استشارات ونصائح كاملة للمقدمين على الزواج مما يعود بالنفع عليهما وعلى المجتمع.
 - (2) التعرف على الحالة الصحية لكل منهما ومعرفة قدرتهما على الإنجاب الصحيح .
 - (3) العمل على وقايتهما ووقاية ذريتهما من انتقال الأمراض المعدية والوراثية.
- ووقت اجراء الفحص الطبي، هو بعد العزم على النكاح وقبل إعلان واشهار الخطبة.
- ولا بأس من طلب الفحص الطبي قبل الزواج إذا انتشر مرض معين في منطقة معينة، وكان المتزوجون من أهل المنطقة المصابة، وهم معرضون لانتقال الأمراض الوراثية والمعدية.
- ولا مانع من أن يشترط أحد الخاطبين على الآخر إجراء الفحص الطبي قبل الزواج، لأنه شرط لا يخالف الحكم الشرعي، كما أن في تحقيقه مصلحة لكليهما وفائدة تعود عليهما وعلى أجيالهما⁽¹⁾.

ويجب على الطرف المعيب مصارحة الطرف الآخر بحقيقة مرضه قبل الزواج، لأن من حق الطرف الآخر أن يعرف هذه الحقيقة، ولا يجوز له أن يكتف من هذا الأمر شيئاً، وإلا اعتبر في هذه الحالة غشاً وتدليساً، والإسلام ينهى عن ذلك.

حالة:

- إذا حضر رجل وامرأة مقبلان على الزواج، وطلبا فحص ما قبل الزواج، وتم اكتشاف مرض معين في أحدهما قد يؤدي إلى احتمال إنجاب طفل مشوّه؛ فهل يقوم الطبيب بإخبار الطرف السليم؟ وهل يستتبع ذلك شرعاً مساءلة ما؟ وهل يتم إخبار الطرف المريض نفسه؟

(1) الفحص الطبي قبل الزواج والأحكام الفقهية المتعلقة به (رسالة ماجستير): د. عبدالفتاح أحمد أبو كيلة. دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2008.

قدوم الطرفين جميعاً للفحص يقتضي إخبارهما بالنتيجة، وإلا فإن الطبيب يكون قد خدعهما ولم يؤد واجبه في إطلاعهما على حقيقة وضعهما.

ولكن يكفي منه أن يقول : أنصحكما بعدم إتمام الزواج، فلا يجوز له كشف الستر عما زاد⁽¹⁾.

ويقول فضيلة الشيخ محمد المختار السلامي :

«إذا أظهرت الفحوصات الطبية إصابة أحد الطرفين بمرض، أو احتمال إصابته في المستقبل، فإنه يجوز للطبيب أن يكشف سر الفحص الطبي، لأنهما قد قدما إليه ليتأكدا من سلامة بناء العائلة التي هي غرضهما الأساسي»⁽²⁾.

وإذا لم يخبره ما الطبيب يكون قد خدعهما ولم يؤد واجبه في إطلاعهما على حقيقة وضعهما.

ويجب عدم الإفصاح عن العيب الموجود عند الشخص الآخر، بل يكتفي بنصحه بعدم إتمام الزواج دون تفصيل. ويجب على الطبيب إذا أفشى سر الفحوصات الطبية أن يكتفي بالتعريض في النصح والاستشارة ولا يعدل إلى التصريح.

وهنا يثور سؤال : هل يجوز للمريض أن يفشي سر مرضه لمن له مصلحة في ذلك؟

فالجواب: على الخاطب ذكر ما فيه من العيوب كالعقم الذي ثبت عدم الشفاء منه، أو الأمراض التي تؤدي بضرر الزوجة كالأمراض المعدية، حتى يكون كل منهما على علم بحالة الآخر، وهو ما يتفق مع مقاصد الشريعة في دفع الضرر⁽³⁾.

(1) إفشاء السر في الشريعة الإسلامية: للدكتور : محمد سليمان الأشقر.
(2) الطب في ضوء الإيمان : للشيخ محمد المختار السلامي دار الغرب الإسلامي،

2001 م ص 206 .

(3) إفشاء السر الطبي وأثره في الفقه الإسلامي. د. علي محمد علي أحمد دار الفكر الجامعي، الإسكندرية 2007 م، ص 239.

ولابد من التنبّه إلى استعمال ألفاظ في التعبير، ولنا في رسول الله ﷺ أسوة حسنة، فيتلفظ الطبيب بالعبارة المؤدية للغرض فقط.

فكلمة «غير لائق» مثلاً تكفي للإخبار عن حالة الشخص مثلاً دون ذكر تفاصيل المرض.

الفحص الطبي قبل الزواج في المملكة العربية السعودية :

وقد استمرت جهود التوعية عن الأمراض الوراثية وفحص ما قبل الزواج خلال العقدين الماضيين في المملكة العربية السعودية بمشاركة من القطاعات الصحية المختلفة وقد توجت هذه الجهود بقرارين مهمين من مجلس الوزراء الموقر. فقد أصدرت الدولة أمراً بفرض الفحص الطبي قبل الزواج للخطيبين. ويشمل الفحص بعض أمراض الدم الوراثية وبالذات الأنيميا المنجلية وأنيميا الشرق الأوسط (الثلاسيميا) وإنزيم **G6PD**، بالإضافة إلى فحص الدم عن فيروسات الكبد **B**، **C** وفيروس مرض الإيدز.

وإذا كان أحد الخاطبين مصاباً بمرض مـ عد يتم شرح ذلك للطرف الثاني، وإذا أصرا على الزواج يتم الزواج. وإذا كان كلا الخاطبين يحملان جينات الأنيميا المنجلية أو الثلاسيميا، فإنهما ينصحان بعدم الزواج، ولكنهما لا يمنعان من إجرائه إن أصرا على ذلك.

القرار الأول رقم 5 وتاريخ 1423/11/4 هـ والمتضمن تأمين خدمة الفحص قبل الزواج لمن يرغب من السعوديين توخي السرية التامة في توثيق هذه المعلومات وحفظها وتداولها والتنسيق مع وزارة العدل من أجل قيام مأذوني الأنكحة بإيضاح فوائد الفحص الطبي قبل الزواج. والقرار الثاني صدر برقم 3 تاريخ 1424/11/7 هـ بخصوص تطبيق الضوابط الصريحة للزواج على جميع السعوديين وإلزام طرفي العقد بإحضار شهادة الفحص الطبي قبل إجراء عقد

النكاح ابتداءً من شهر محرم 1425 هـ مع عدم إلزام أي من طرفي العقد بنتائج الفحص الطبي ويشمل الفحص حالياً مرضين فقط هما الأنيميا المنجلية والتلاسيميا.

وأخيراً نقترح ما يلي:

- (1) لا بد من التركيز على إبراز أهمية الفحص الطبي قبل الزواج من الناحية الشرعية والطبية والاجتماعية والاقتصادية، وذلك من خلال برامج التثقيف المختلفة التي يجب أن تشمل المدارس والكليات والجامعات والجمعيات، ومن خلال وسائل الاعلام المختلفة المقروءة والمسموعة والمرئية.
 - (2) التركيز على أهمية مرضين ظاهرين، لأن آثارهما السلبية معروفة للعامة والخاصة - كمنادج - وجعل الفحص لهما مجاناً وسرياً، بحيث يتعود الناس على الأمر من حيث المبدأ، ويتلاشى الحاجز النفسي عند الناس تجاه الفحص الطبي قبل الزواج.
 - (3) عدم إلزامية اجراء جميع الفحوصات في المرحلة الراهنة، ريثما يتم تهيئة المجتمع نفسياً لمثل هذا الأمر، من خلال برنامج تثقيفي طويل الأمد، ينتهي بالاقبال الطوعي والتلقائي على إجرائها، لأن جعلها إلزامية بدون قناعة لا يجدي، إذ لا يعدم بعض الناس القدرة على التحايل والالتفاف على الرض.
 - (4) رفع مستوى الصحة العامة وتحديث برامج التطعيم وخاصة ضد الأمراض المعدية التي لها مساس بالذرية والتشوهات الخلقية كالحصبة الألمانية مثلاً.
 - (5) على الجامعات أن تجعل دراسات مبرمجة ومكثفة حول الثقافة الطبية.
- وقد قامت السعودية ودل الخليج بفرض الفحص الطبي قبل ل الزواج ويشمل:

- (1) بعض الأمراض المعدية مثل الإيدز والتهاب الكبد الفيروسي (ب و ج).
- (2) بعض أمراض الدم الوراثية وبالذات التالاسيميا والانيميا المنجليّة ونقص أنزيم (G6PD).
- ولكن لا يُمنع الخاطبان من عقد الزواج إذا أصر أحدهما على ذلك رغم أنهما يحملان هذه الصفة الوراثية. وإما إذا كان أحدهما يحمل هذه الصفة فلا خطورة من الإصابة بالتالاسيميا والانيميا المنجليّة. ويمكن أن يصاب نصف المواليد الذكور بنقص الأنزيم (G6PD)، إذا كانت الام هي الحاملة للأنزيم . وهو على أية حال مرض يمكن تجنبه بتجنب أكل الفول وبعض العقاقير الطبيّة

الهصمة الوراثية

تعتبر مسألة البصمة الوراثية ومدى الاحتجاج بها من القضايا المستجدّة التي اختلف فيها فقهاء العصر ، وتنازعا في المجالات التي يستفاد منها وتعتبر فيها حجة يعتمد عليها كليا أو جزئياً.

وقد شاع استعمال البصمة الوراثية في الدول الغربية ، وقبلت بها عدد من المحاكم الأوروبية ، وبدأ الاعتماد عليها مؤخراً في البلدان الإسلامية ونسبة أعمال الإجرام لأصحابها من خلالها

ماهي البصمة الوراثية؟

البصمة مشتقة من البصم وهو فوت ما بين طرف الخنصر إلى طرف البنصر وبصم بصمًا إذا ختم بطرف إصبعه، والبصمة أثر الختم بالإصبع.

والبصمة عند الإطلاق ينصرف إلى بصمات الأصابع وهي الأثر التي تتركها الأصابع عند ملامستها الأشياء وتكون أكثر وضوحاً في الأسطح الناعمة.

ويتفرد كل انسان بنمط خاص في التركيب الوراثي ضمن كل خلية من خلايا جسده، لا يشاركه فيه أي شخص آخر في العالم . ويطلق على هذا النمط اسم «البصمة الوراثية». «وهي عبارة عن البنية الجينية التفصيلية التي تدل على هوية كل فرد بعينه».

وبصمة الجينات هي اختلافات في التركيب الوراثي لمنطقة الإنترن، وينفرد بها كل شخص تماماً وتورثت؛ أي أن الطفل يحصل على نصف هذه الاختلافات من الأم وعلى النصف الآخر من الأب، ليكون مزيجاً وراثياً جديداً يجمع بين خصائص الوالدين، وخصائص مستودع وراثي متسع من قدامى الأسلاف.

وهي من الناحية العملية وسيلة لا تكاد تخطئ في التحقيق من الوالدية البيولوجية والتحقق من الشخصية»⁽¹⁾ ولا سيما في مجال الطب البشري .

كما ان البصمة الوراثية ترقى إلى مستوى القرائن القوية التي يأخذ بها أكثر الفقهاء، في غير قضايا الحدود الشرعية .

وذهب بعض فقهاء الشريعة إلى جواز إثبات الحدود والقصاص بموجب قرينة البصمة الوراثية . وتتفق غالبية رجال القانون الوضعي مع هذا الاتجاه الأخير، حيث أجازوا توقيع العقوبة على الجاني في جرائم الزنا والاغتصاب والسرقة والقتل بموجب نتائج تحليل الحامض النووي **DNA** ورفض المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي إقامة الحدود والقصاص بناء على البصمة الوراثية ولكنها تعتبر قرينة مهمة من ضمن القرائن.

وتتسم البصمة الوراثية بمجموعة من الخ صائص، ومن أبرزها: تعدد مصادرها، مما يجعل الحصول على البصمة ممكناً من أي مخلفات آدمية سائلة (دم، لعاب، مني) أو أنسجة (لحم، عظم، جلد، شعر).

هذا إضافة إلى مقاومة البصمة الوراثية لعوامل التحلل

والتعفن والعوامل المناخية الأخرى .

وأجاز عامة فقهاء الشريعة الاسلاميه - وهو ما قرره القوانين الوضعية - إثبات «التعزيز» بموجب قرينة البصمة الوراثية⁽²⁾.

(1) تعريف ندوة الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية.

(2) البصمة الوراثية ومدى حجيتها في الإثبات : د. حسني محمود عبدالدايم، دراسة مقارنة بين الفقه الإسلامي والقانون الوضعي، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية 2007 م.

تعيين البصمة الوراثية:

- كل ما هو مطلوب لتعيين البصمة الوراثية هو عينة صغيرة من الأنسجة التي يمكن استخلاص الحمض النووي الريبوزي المختزل DNA منها، فعلى سبيل المثال:
- عينة من الدم في حالة إثبات بنوة.
 - عينة من الحيوان المنوي في حالة الاغتصاب.
 - قطعة جلد من تحت الأظافر أو شعيرات من الجسم بجذورها في حالة وفاة بعد مقاومة المعتدي.
 - دم أو سائل منوي مجمد أو جاف موجود على مسرح الجريمة.
 - عينة من اللعاب.
 - الأشياء التي تم لمسها مثل المفاتيح و التليفون والأكواب بعد استخلاص المادة الوراثية

إثبات النسب:

- تتفق القوانين الوضعية مع ما ذهب إليه الفقهاء المحدثون من القول بجواز إعمال البصمة الوراثية في مجال إثبات النسب عند التنازع.
- ولكن لا يجوز استخدام البصمة الوراثية بهدف التأكد من صحة الأنساب الثابتة، لما قد يترتب عليه من سوء العشرة الزوجية وسوء العلاقات الاجتماعية.
- ولا يجوز نفي النسب الثابت شرعاً إلا بطريق واحد رسمته الشريعة الإسلامية وهو «اللعان». وبالتالي فلا يجوز نفي النسب عن طريق البصمة الوراثية أو غيرها من الوسائل الأخرى.
- والقول بجواز إحلال البصمة الوراثية محل اللعان في نفي النسب قول باطل ومردود، لما فيه من المصادمة للنصوص الشرعية الثابتة.

ويتفق القانون الوضعي مع الفقه الإسلامي في جواز إثبات هوية المفقود ومجهول النسب بموجب نتائج البصمة الوراثية⁽¹⁾. ولا مانع شرعاً من استخدام البصمة الوراثية في قضايا التعرف على الجثث واختلاط المواليد. وكل ما تقوم به البصمة الوراثية من نفي أو إثبات يخضع لتقدير المحكمة⁽²⁾.

والخلاصة يمكن الأخذ بالبصمة الوراثية في مجال إثبات النسب في الحالات التالية:

حالات التنازع على مجهول النسب بمختلف صور التنازع التي ذكرها الفقهاء، سواء أكان التنازع على مجهول النسب بسبب انتفاء الأدلة أو تساويها، أو كان بسبب اشتراك في وطء شبهه ونحوه⁽³⁾.

(1) حالات الاشتباه في المواليد في المستشفيات ومراكز رعاية المواليد والأطفال ونحوها، وكذا الاشتباه في أطفال الأنابيب.

(2) حالات ضياع الأطفال واختلاطهم، بسبب الحوادث والكوارث وتعذر معرفة أهليهم⁽⁴⁾، وكذا عند وجود جثث لم يمكن التعرف علي هويتها بسبب الحروب، أو غيرها.

(1) المرجع السابق.
(2) البصمة الوراثية وأثرها على الأحكام الفقهية: خليفة الكعبي. دراسة فقهية مقارنة، دار النفائس الأردن 2006.
(3) حيث ذكر فقهاء الشافعية والحنابلة صوراً كثيرة لكلا النوعين. انظر في هذا: روضة الطالبين 506/4، مغني المحتاج 489/4-490 والمغني 771/5 والإنصاف 456/6.

(4) انظر مناقشات المجمع الفقهي برابطة العالم الإسلامي في دورته (15)، ص 21 ملخص أعمال الحلقة النقاشية حول البصمة الوراثية في الكويت ص 47، البصمة الجينية وأثرها في إثبات النسب للدكتور حسن الشاذلي ضمن ثبت أعمال ندوة الوراثة والهندسة الوراثية 498/1.

الضوابط الشرعية للعمل بالبصمة الوراثية:

- (1) ألا تخالف نتائج البصمة الوراثية صدق النصوص الشرعية الثابتة من الكتاب والسنة الشريفة.
- (2) أن تكون أوامر التحاليل البيولوجية للبصمة الوراثية بناءً على أوامر من القضاء أو من له سلطة ولي الأمر، حتى يُقفل باب التلاعب واتباع الأهواء الظنية عند ضعاف النفوس.
- (3) أن تستعمل التحاليل الفنية للبصمة الوراثية في الحالات التي يجوز فيها التأكد من إثبات النسب للمحافظة على يه، كما في حالة اختلاط المواليد وأصحاب الجثث المتفحمة.
- (4) منع القطاع الخاص والشركات التجارية من المتاجرة فيها.

ضوابط إجراء تحليل البصمة الوراثية :

- من أجل ضمان صحة نتائج البصمة الوراثية فقد ذكر بعض الفقهاء والأطباء المختصين بالبصمة الوراثية ضوابط لا بد من تحققها كي يمكن الأخذ بنتائج البصمة الوراثية . وهذه الضوابط تتعلق بخبراء البصمة الوراثية وبطريقة إجراء التحاليل، والمختبرات والمعامل الخاصة بالبصمة الوراثية . وأهم هذه الضوابط ما يأتي:
- (1) أن تكون مختبرات الفحص للبصمة الوراثية تابعة للدولة أو تشرف عليها إشرافاً مباشراً، مع توفر جميع الضوابط العلمية والمعملية المعتبرة محلياً وعالمياً في هذا المجال.
 - (2) أن يكون جميع القائمين على العمل في المختبرات الخاصة بتحليل البصمة الوراثية سواء كانوا من خبراء البصمة الوراثية أو من المساندين لهم في أعمالهم المخبرية ممن توفر

فيهم أهلية قبول الشهادة كما في القائف، إضافة إلى معرفته وخبرته في مجال تخصصه الدقيق في المختبر⁽¹⁾

(3) توثيق كل خطوة من خطوات تحليل البصمة الوراثية بدءاً من نقل العينات إلى ظهور النتائج حرصاً على سلامة تلك العينات وضماناً لصحة نتائجها، مع حفظ هذه الوثائق لرجوع إليها عند الحاجة.

(4) عمل التحاليل الخاصة بالبصمة بطرق متعددة، وبعده أكبر من الأحماض الأمينية، ضماناً لصحة النتائج قدر الإمكان⁽²⁾ فإذا توفرت هذه الشروط والضوابط في خبراء البصمة الوراثية وفي المعامل ومختبرات تحليل البصمة، فإنه لا مجال للتردد فيما يظهري في مشروعية العمل بالبصمة الوراثية واعتبارها طريقاً من الطرق المعتمدة لإثبات النسب كالقيافة إن لم تكن أولى، كما تقدم بيانه⁽³⁾. والعلم عند الله تعالى.

استخدام البصمة الوراثية في المجال الجنائي

حيث أن البصمة الوراثية تدل على هوية كل إنسان بعينه، وأنها أفضل وسيلة علمية للتحقق من الشخصية، ومعرفة الصفات الوراثية المميزة للشخص عن غيره عن طريق الأخذ من أي خلية من خلايا جسم الإنسان: من الدم أو اللعاب أو المنى أو البول أو غير ذلك.

ويرى المختصون أن النتيجة في هذه الحالات قطعية أو شبه قطعية ولا سيما عند تكرار التحليل فحص، ودقة المعامل المخبرية،

(1) البصمة الوراثية ومدى حجيتها في الإثبات: د. حسني محمود عبد الدايم مرجع سابق.

(2) انظر «البصمة الوراثية وتأثيرها على النسب إثباتاً أو نفياً» للدكتور / نجم عبد الواحد، المقدمة ضمن البحوث للدورة السادسة عشرة للمجمع الفقهي الإسلامي في مكة المكرمة، شوال 1422 هـ.

(3) البصمة الوراثية: الشيخ عمر بن محمد السبيل. (ضمن بحوث الدورة السادسة عشرة للمجمع الفقهي الإسلامي في مكة المكرمة شوال 1422).

ومهارة خبراء البصمة الوراثية، فالنتائج مع توفر هذه الضمانات قد تكون قطعية أو شبه قطعية الدلالة على أن المتهم كان موجوداً في محل الجريمة، لكنها ظنية في كونه هو الفاعل حقيقة. وبناء على ما ذكر عن حقيقة البصمة الوراثية، فإن استخدامها في الوصول إلى معرفة الجاني، والاستدلال بها كقرينة من القرائن المعينة على اكتشاف المجرمين، وإيقاع العقوبات المشروعة عليهم في غير الحدود والقصاص، أمر ظاهر الصحة والجواز، لدلالة الأدلة الشرعية الكثيرة من الكتاب والسنة على الأخذ بالقرائن، والحكم بموجبها ومشروعيتها استعمال الوسائل المتنوعة لاستخراج الحق ومعرفة.

قرار بشأن البصمة الوراثية ومجالات الاستفادة منها

الحمد لله وحده والصلاة والسلام علي من لا نبي بعده،
أما بعد...

فإن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي في دورته السادسة عشر المنعقدة بمكة المكرمة، في المدة من 21-26/10/1422 هـ الذي يوافق 5-10/1/2002 م، وبعد النظر في التعريف الذي سبق للمجمع اعتماده في دورته الخامسة عشر، ونصه ((البصمة الوراثية هي البنية الجينية، (نسبة إلي الجينات أي المورثات) التي تدل علي هوية كل إنسان بعينه، وأفادت البحوث والدراسات العلمية أنه من الناحية العلمية وسيلة تمتاز بالدقة لتسهيل مهمة الطب الشرعي، ويمكن أخذها من أي خلية (بشرية) من الدم، أو اللعاب، أو المنى، أو البول، أو غيره)).

وبعد الإطلاع على ما أشتمل عليه تقرير اللجنة التي كلّ فيها المجمع في الدورة الخامسة عشر بإعداده من خلال إجراء دراسة ميدانية مستفيضة للبصمة والإطلاع على البحوث التي قدمت في الموضوع من الفقهاء والأطباء والخبراء، والاستماع إلى المناقشات التي دارت حوله، تبين من ذلك كله أن نتائج البصمة الوراثية تكاد تكون قطعية في إثبات نسبة الأولاد إلى الوالدين أو نفيهم عنهما وفي إسناد العير (من المنى أو الدم أو اللعاب) التي توجد في مسرح الحادث إلى صاحبها فهي أقوى بكثير من القيافة العادية (التي هي إثبات النسب بوجود الشبه الجسماني بين الأصل

والفرع)، وأن الخطأ في البصمة الوراثية ليس وارداً من حيث هي، وإنما الخطأ في الجهد البشري أو عوامل التلوث ونحو ذلك، وبناء على ما سبق قرر ما يأتي:

أولاً:

لا مانع شرعاً من الاعتماد على البصمة الوراثية في التحقيق الجنائي واعتبارها وسيلة إثبات في الجرائم التي ليس فيها حد شرعي ولا قصاص لخبر (ادروأ الحدود بالشبهات) وذلك يحقّ العدالة والأمن للمجتمع، ويؤدي إلى نيل المجرم عقابه وتبرئة المتهم، وهذا مقصد مهم من مقاصد الشريعة.

ثانياً:

أن استعمال البصمة الوراثية في مجال النسب لا بد أن يحاط بمنتهى الحذر والحيلة السرية، ولذلك لا بد أن تقدم النصوص والقواعد الشرعية على البصمة الوراثية.

ثالثاً:

لا يجوز شرعاً الاعتماد على البصمة الوراثية في نفي النسب، ولا يجوز تقديمها على اللعان.

رابعاً:

لا يجوز استخدام البصمة الوراثية بقصد التأكد من صحة الأنساب الثابتة شرعاً، ويجب على الجهات المختصة منعه وفرض العقوبات الزاجرة، لأن في ذلك المنع حماية لأعراض الناس وصوناً لأنسابهم.

خامساً:

يجوز الاعتماد على البصمة الوراثية في مجال إثبات النسب في الحالات الآتية:

- (1) حالات التنازع على مجهول النسب بمختلف صور التنازع التي ذكرها الفقهاء، سواء أكان التنازع على مجهول النسب بسبب انتقاء الأدلة أو تساويها، أم كان بسبب الاشتراك في وطء الشبهة ونحوه.
- (2) حالات الاشتباه في المواليد في المستشفيات ومراكز رعاية الأطفال ونحوها، وكذا الاشتباه في أطفال الأنابيب.
- (3) حالات ضياع الأطفال واختلاطهم، بسبب الحوادث أو الكوارث أو الحروب، وتعذر معرفة أهلهم، أو وجود جنث لم يمكن التعرف على هويتها، أو بقصد التحقق من هويات أسرى الحروب والمفقودين.

سادساً:

لا يجوز بيع الجينوم البشري لجنس، أو لشعب، أو لفرد، لأي غرض، كما لا تجوز هبتها لأي جهة، لما يترتب على بيعها أو هبتها من مفساد.

سابعاً: يوصي المجمع بما يأتي:

- (1) أن تمنع الدولة إجراء الفحص الخاص بالبصمة الوراثية إلا بطلب من القضاء، وأن يكون في مختبرات للجهات المختصة، وأن تمنع القطاع الخاص الهادف للربح من مزاوله هذا الفحص لما يترتب على ذلك من المخاطر الكبرى.
- (2) تكوين لجنة خاصة بالبصمة الوراثية في كل دولة يشترك فيها المختصون الشرعيون، والأطباء والإداريون، وتكون مهمتها الإشراف على نتائج البصمة الوراثية، واعتماد نتائجها.
- (3) أن توضع آلية دقيقة لمنع الانتحال والغش، ومنع التلوث وكل ما يتعلق بالجهد البشري في حقل مختبرات البصمة الوراثية

حتى تكون النتائج مطابقة للواقع، وأن يتم التأكد من دقة
المختبرات، وأن يكون عدد الموثرات (الجينات المستعملة
للفحص) بالقدر الذي يراه المختصون ضرورياً دفعاً للشك.

توصيات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

عقدت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ندوة بعنوان «الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري والعلاج الجيني - رؤية إسلامية»، وذلك بمشاركة مجمع الفقه الإسلامي بجهة والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالإسكندرية والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، وذلك في الفترة من 23 - 25 جمادى الآخرة 1419 هـ الذي يوافق 13 - 15 من شهر تشرين الأول / أكتوبر 1998 م. وتوصلت الندوة في ختام عملها إلى التوصيات التالية:

أولاً - مبادئ عامة:

(1) خلق الله الإنسان في أحسن تقويم، وكرّمه على سائر المخلوقات، وإن العبث بمكونات الإنسان وإخضاعه لتجارب الهندسة الوراثية بلا هدف أمر يتنافى مع الكرامة التي أسبغها الله على الإنسان مصداقاً لقوله تعالى: **(وَلَقَدْ نُوِّمْنَا بَنِي آدَمَ) [الإسراء: 70]**.

(2) الإسلام دين العلم والمعرفة كما جاء في قوله تعالى: **(ثُمَّ نُؤْتِيهِمْ نُسُوبًا نُسُوبًا نُسُوبًا) [الزمر: 9]**، وهو لا يحجر على العقل الإنساني في مجال البحث العلمي النافع، ولكن حصيلة هذا البحث ونتائجه لا يجوز أن تنتقل تلقائياً إلى مجال التطبيقات العملية حتى تعرض على الضوابط الشرعية، فما وافق الشريعة منها أجز، وما خالفها لم يجز. وإن علم الوراثة بجوانبه المختلفة هو - ككل إضافة إلى المعرفة - مما يحضُّ

عليه الإسلام، وكان أولى بعلماء المسلمين أن يكونوا فيه على رأس الركب.

(3) إن الحرص على الصحة وا لتوقّي من المرض مما يوصي به الإسلام ويحضُّ عليه (هـ هـ هـ هـ) [البقرة: 195]، «ومن يتوقّ الشر يوقه». والتداوي في أصله مطلوب شرعاً لا فرق في ذلك بين مرض مكتسب ومرض وراثي . ولا يتعارض ذلك مع فضيلة الصبر واحتساب الأجر والتوكل على الله

(4) لكل إنسان الحق في أن تحترم كرامته وحقوقه أيا كانت سماته الوراثية.

(5) لا يجوز إجراء أي بحث أو القيام بأي معالجة أو تشخيص يتعلق بمجين (جينوم) شخص ما، إلا بعد إجراء تقييم صارم ومسوّب للأخطار والفوائد المحتملة المرتبطة بهذه الأنشطة مع الالتزام بأحكام الشريعة في هذا الشأن، وا لحصول على القبول المسبّق والحرّ والواعي من الشخص المعني، وفي حالة عدم أهليته للإعراب عن هذا القبول، ويجب الحصول على القبول أو الإذن من وليه مع الحرص على المصلحة العليا للشخص المعني. وفي حالة عدم قدرة الشخص المعني على التعبير عن قبوله لا يجوز إجراء أي بحوث تتعلق بمجينه (جينومه) ما لم يكن ذلك مفيداً لصحته فائدة مباشرة.

(6) ينبغي احترام حق كل شخص في أن يقرّر ما إذا كان يريد أو لا يريد أن يحاط علماً بنتائج أي فحص وراثي أو بعواقبه .

(7) تحاط بالسرّية الكاملة كافة التشخيصات الجينيّة المحفوظة أو المعدّة لأغراض ال بحث أو لأي غرض آخر، ولا تُفشى إلا في الحالات المبيّنة في الندوة الثالثة من

ندوات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بتاريخ 18 إبريل 1987م حول سرّ المهنة.

(8) لا يجوز أن يُعرّض أي شخص لأي شكل من أشكال التمييز القائم على صفاته الوراثية والذي يكون غرضه أو نتيجته النيل من حقوقه وحرياته الأساسية والمساس بكرامته.

(9) لا يجوز لأي بحوث تتعلق بالمجين (الجينوم) البشري أو لأي من تطبيقات هذه البحوث، ولا سيما في مجالات البيولوجيا وعلم الوراثة والطب أن يعلو على الالتزام بأحكام الشريعة الإسلامية وإحترام حقوق الإنسان والحرريات الأساسية والكرامة الإنسانية لأي فرد أو مجموعة أفراد.

(10) ينبغي أن تدخل الدول الإسلامية مضمار الهندسة الوراثية بإنشاء مراكز للأبحاث في هذا المجال، تتطابق منطلقاتها مع الشريعة الإسلامية، وتتكامل في ما بينها بقدر الإمكان، وتأهيل الأطر البشرية للعمل في هذا المجال.

(11) ينبغي على المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية الاهتمام بتشكيل لجان تهتم بالجوانب الخلقية للممارسات الطبية داخل كل دولة من الدول الإسلامية تمهيدا لتشكيل الاتحاد الإسلامي للأخلاق الطبية في مجال التكنولوجيا الحيوية.

(12) ينبغي لعلماء الأمة الإسلامية نشر مؤلفات لتبسيط المعلومات العلمية عن الوراثة والهندسة الوراثية لنشر الوعي وتدعيمه.

(13) ينبغي للدول الإسلامية إدخال الهندسة الوراثية ضمن برامج التعليم في مراحلها المختلفة مع زيادة الاهتمام بهذه المواضيع بالدراسات الجامعية والدراسات العليا.

(14) ينبغي على الدول الإسلامية الاهتمام بزيادة الوعي بموضوع الوراثة والهندسة الوراثية عن طريق وسائل الإعلام

المحلية مع بيان الحكم الإسلامي في كل موضوع من هذه المواضيع.

(15) تكاليف المنظّمة الإسلامية للعلوم الطبيّة بمتابعة التطورات العلميّة لهذا الموضوع وعقد ندوات مشابهة لاتخاذ التوصيات اللازمة إن جدّ جديد.

ثانيا - الجينوم (المجين) البشري:

إن مشروع قراءة الجينوم البشري وهو رسم خريطة الجينات الكاملة للإنسان، هو جزء من تعرّف الإنسان على نفسه واستكناه سرّ الله في خلقه وإعماله للآية الكريمة (تَوْنُو تَوْنُو تَوْنُو) [فصلت: 53] ومثيلاتها من الآيات، ولما كانت قراءة الجينوم وسيلة للتعرف على بعض الأمراض الوراثية أو القابلية لها، فهي إضافة قيّمة إلى العلوم الصحيّة والطبيّة في مسعاها لمنع الأمراض أو علاجها، مما يدخل في باب الفروض الكفائية في المجتمع

ثالثا - الهندسة الوراثية:

تدارست الندوة موضوع الهندسة الوراثية وما اكتنفها منذ ميلادها في السبعينات من هذا القرن من مخاوف مرتقبة إن دخلت حيز التنفيذ بلا ضوابط، فإنها سلاح ذو حدّين قابل للاستعمال في الخير أو في الشر. ورأت الندوة جواز استعمالها في منع المرض أو علاجه أو تخفيف أذاه، سواء بالجراحة الجينيّة التي تبديل جينا بجين أو تولج جينا في خلايا مريض، وكذلك إيداع جين في كائن آخر للحصول على كميات كبيرة من إفراز هذا الجين لاستعماله دواء لبعض الأمراض، مع منع استخدام الهندسة الوراثية على الخلايا الجنسية **germ cells** لما فيه من محاذير شرعية وتؤكد الندوة على ضرورة أن تتولى الدول توفير مثل هذه

الخدمات لرعاياها المحتاجين لها من ذوي الدخل المتواضعة نظراً لارتفاع تكاليف إنتاجها.

وترى الندوة أنه لا يجوز استعمال الهندسة الوراثية في الأغراض الشريرة والعدوانية، أو في تخطي الحاجز الجيني بين أجناس مختلفة من المخلوقات، قصد تخليق كائنات مختلطة الخلقة، بدافع التسلية أو حب الاستطلاع العلمي.

كذلك ترى الندوة أنه لا يجوز استخدام الهندسة الوراثية سياسة لتبديل البنية الجينية في ما يسمى بتحسين السلالة البشرية، وأي محاولة للعبث الجيني بشخصية الإنسان أو التدخل في أهليته للمسئولية الفردية أمر محظور شرعاً. وتحذر الندوة من أن يكون التقدم العلمي مجالاً للاحتكار والحصول على الربح هو الهدف الأكبر، مما يحول بين الفقراء وبين الاستفادة من هذه الإنجازات، وتؤيد توجه الأمم المتحدة في هذا المجال في إنشاء مراكز للأبحاث للهندسة الوراثية في الدول النامية وتأهيل الأطر البشرية اللازمة وتوفير الإمكانيات اللازمة لمثل هذه المراكز

ولا ترى الندوة حرجاً شرعياً باستخدام الهندسة الوراثية في حقل الزراعة وتربية الحيوان، ولكن الندوة لا تهمل الأصوات التي حذرت مؤخراً من احتمالات حدوث أضرار على المدى البعيد تضر بالإنسان أو الحيوان أو الزرع أو البيئة . وترى أن على الشركات والمصانع المنتجة للمواد الغذائية ذات المصدر الحيواني أو النباتي أن تبين للجمهور ما يعرض للبيع مما هو م حصر بالهندسة الوراثية ليتم الشراء عن بينة . كما توصي الندوة الدول باليقظة العلمية التامة في رصد تلك النتائج، والأخذ بتوصيات وقرارات منظمة الأغذية والأدوية الأميركية ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية العالمية في هذا الخصوص

توصي الندوة بضرورة إنشاء مؤسسات لحماية المستهلك
وتقاعته في الدول الإسلامية.

رابعا - البصمة الوراثية:

تدارست الندوة موضوع البصمة الوراثية، وهي البنية الجينية التفصيلية التي تدل على هوية كل فرد بعينه . والبصمة الوراثية من الناحية العلمية وسيلة لا تكاد تخطيء في التحقق من الوالدية البيولوجية، والتحقق من الشخصية ولا سيما في مجال الطب الشرعي. وهي ترقى إلى مستوى القرائن القطعية التي يأخذ بها جمهور الفقهاء في غير قضايا الحدود الشرعية، وتمثل تطوراً عصرياً ضخماً في مجال القيافة الذي تعدُّ به جمهرة المذاهب الفقهية، على أن تؤخذ هذه القريغ من عدة مختبرات .
أما بالنسبة لإثبات النسب بهذه الوسيلة ونظراً لما يخالط هذا الموضوع من آراء فقهية تدعو الحاجة لتعميق الدراسة في جوانبها المختلفة، فقد رأت المنظمة عقد حلقة نقاشية من المختصين من الفقهاء والعلماء للوصول إلى توصيات مناسبة حول الموضوع.

خامسا - الإرشاد الوراثي (الإرشاد الجيني):

الإرشاد الجيني **genetic counseling** يتوخى تزويد طالبيه بالمعرفة الصحيحة والتوقعات المحتملة ونسبتها الإحصائية تاركاً اتخاذ القرار تماماً لذوي العلاقة في ما بينهم وبين الطبيب المعالج، دون أي محاولة للتأثير في اتجاه معين . وقد تدارست الندوة هذا الموضوع وأوصت بما يلي

(أ) ينبغي تهيئة خدمات الإرشاد الجيني للأسر أو المقبلين على الزواج على نطاق واسع وتزويدها بالأكفاء من المختصين مع نشر الوعي وتثقيف الجمهور بثتى الوسائل لتعم الفائدة.

- (ب) لا يكون الإرشاد الجيني إجبارياً، ولا ينبغي أن تقضي نتائجه إلى إجراء إجباري.
- (ج) ينبغي حيطة نتائج الإرشاد الجيني بالسرية التامة.
- (د) ينبغي توسيع مساحة المعرفة بالإرشاد الجيني في المعاهد الطبية والصحية والمدارس وفي وسائل الإعلام والمساجد بعد التحضير الكافي لمن يقومون بذلك.
- (هـ) لما كانت الإحصاءات تدل على أن زواج الأقارب (رغم أنه مباح شرعاً) مصحوب بمعدل أعلى من العيوب الخلقية، فيجب تثقيف الجمهور في ذلك حتى يكون الاختيار على بصيرة، ولا سيما الأسر التي تشكو تاريخاً لمرض وراثي.

سادسا - الأمراض التي يجب أن يكون الاختبار الوراثي فيها إجبارياً أو اختيارياً:

- (1) السعي إلى التوعية بالأمراض الوراثية والعمل على تقليل انتشارها.
- (2) تشجيع إجراء الاختبار الوراثي قبل الزواج وذلك من خلال نشر الوعي عن طريق وسائل الإعلام المسموعة والمرئية والندوات والمساجد.
- (3) تناشد السلطات الصحية بزيادة أعداد وحدات الوراثة البشرية لتوفير الطبيب المتخصص في تقديم الإرشاد الجيني وتعميم نطاق الخدمات الصحية المقدمة للحامل في مجال الوراثة التشخيصية والعلاجية بهدف تحسين الصحة الإنجابية.
- (4) لا يجوز إجبار أي شخص لإجراء الاختبار الوراثي.

الفصل الثاني والعشرون

الخلايا الجذعية

والقضايا الأخلاقية والفقهية

الخلايا الجذعية

والقضايا الأخلاقية والفقهية

ما هي أهمية الخلايا الجذعية؟

لقد أثارت الخلايا الجذعية من الضجة ما أثارته هندسة الجينات ومشروع الجينوم البشري. وبما أن هذه الخلايا الجذعية الأساسية هي اللبنة الأولى التي يتكوّن منها الجنين الإنساني وبالتالي كافة أنواع خلاياه وأنسجته المختلفة فإن معرفة عمل هذه الخلايا وكيفية تخصّصها وتحويلها إلى خلايا قلب، أو خلايا كبد، أو خلايا كلى، أو خلايا دم، أو خلايا عظام، أو خلايا دماغ، هي في منتهى الأهمية لمعرفة كيفية تكوين الجنين الإنساني، ومعرفة كثير من أسرار ذلك التكوين، وبالتالي فهم لخلقة وتطور ذلك الخلق، ومداواة ما يعرض من شذوذات وأمراض. ومن ذلك مختلف أنواع السرطان، ومختلف أنواع الشذوذات الخلقية، والعديد العديد من الأمراض مثل البول السكري والفشل الكلوي أو الكبدي أو فشل وظيفة القلب. وكيفية استبدالها بخلايا جذعية نشطة تستطيع أن تدخل إلى العضو المصاب، أو تحقن في ذلك العضو بطريقة ما، أو تزرع في مكان آخر من الجسم، ومن ثمّ تقوم بوظيفة ذلك العضو أو تلك الأنسجة التالفة. وفي الجهاز العصبي هناك العديد

من الأمراض التي لا علاج لها حتى الآن في الطب الحديث، وربما كان للخلايا الجذعية دور هام في علاجها مثل مرض (خرف) الزهايمر، ومرض باركنسون (الشلل الرعاش)، وأنواع كثيرة من الشلل الناتج عن إصابة أو خثرة (جلطة) دموية أدت إلى إعاقة أو شلل في نصف الجسم، أو غير ذلك من الأمراض التي لا يزال الطب يحاول علاجها بشتى الوسائل دون ظهور علامات لنجاح باهر.

ويمكن أن تستخدم الخلايا الجذعية في اختبار وتطوير العديد من العقاقير ودراسة مدى تأثيرها وآثارها الجانبية، فعلى سبيل المثال يمكن أن تختبر الأدوية الجديدة على الخطوط الخلوية المعيّنة المنتقاة من الخلايا الجذعية، ودراسة تأثير العقاقير عليها. ثم الانتقال بعد ذلك إلى التجارب على الحيوان، وفي النهاية إجراء التجارب على الإنسان. وذلك يوفر وقتاً وجهداً، ويجنب الكثير من الأعراض الجانبية بعد معرفتها على مستوى الخلايا. وتذكر مجلة الكلية الملكية للأطباء في عددها الصادر سبتمبر أكتوبر 2001م⁽¹⁾ الجدول التالي كمثال لمجالات استخدام الخلايا الجذعية في الحاضر والمستقبل.

(أ) في مجال إعادة وظيفة لمجموعة من الخلايا أو الأنسجة أو الأعضاء التالفة أو إحلال مجموعات محل أخرى:

(1) الخلايا العصبية: ومثالها معالجة مرض باركنسون (الشلل الرعاش) بحقن الدماغ بخلايا جذعية عصبية، أو معالجة الزهايمر (مرض الخرف) كذلك بحقن خلايا عصبية دماغية، أو معالجة بعض أنواع الشلل الناتج عن خثرة (جلطة)، أو عن تحلل الأنسجة العصبية مثل مرض الضمور العضلي الناتج عن

⁽¹⁾Stanworth-S، Newland A: Progress in Research and edging towards the Clinical Setting. Royal College Of Physicians Journal. Clinical Medicine 2001، 1، (5): 378-382

التصلب الوحشي للنخاع الشوكي **Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)**.

(2) **الجهاز المناعي:** مثل القصور الشديد المركب في الجهاز المناعي **Severe Combined Immunodeficiency**.

(3) **هندسة الأنسجة:** ووضع خلايا جذعية على قالب غشائي لصنع جلد أو عظام أو غضاريف أو أربطة **Matrix**.

(4) خلايا عضلية مطورة من خلايا جذعية لمعالجة مجموعة من أمراض العضلات (حتل العضلات).

(5) خلايا كبدية مطورة من خلايا جذعية لمعالجة الفشل الكبدية.

(6) خلايا جزر لانجرهانس من خلايا جذعية لمعالجة البول السكري من النوع الأول الذي يصيب الأطفال عادة.

(7) لصنع الخلايا الدموية بأنواعها المختلفة، لمعالجة مختلف أمراض الدم.

(ب) **لإثارة وإحداث عملية مناعية معينة في المتلقي (وعادة ما تكون في عمليات نقل خلايا جذعية دموية):**

(1) لأحداث تقبل في جسم المريض للأعضاء التي يمكن زرعها، وبالتالي تقلل من استخدام عقاقير تثبيط المناعة والتي لها مضاعفات كثيرة.

(2) إيجاد غرسة **Graft** من الخلايا الجذعية الموجهة ضد الخلايا السرطانية لشخص مصاب بسرطان الدم (اللوكيميا) أو أي سرطان آخر. وبحيث لا تصيب الخلايا السليمة.

(3) إيجاد غرسة **Graft** موجهة ضد الخلايا المحتوية على فيروسات موجودة في الجسم، ولا يمكن القضاء عليها إلا بالقضاء على خلايا الجسم السليمة الأخرى. وبهذه القذائف الموجهة يمكن معالجة بعض أنواع الفيروسات مثل فيروس

أبشتاين بار (Epstein Barr Virus (EBV) أو فيروس الإيدز (عوز المناعة الإنساني) (Human Immuno Deficiency Virus (HIV).
(4) للحلول محل خلايا الجهاز المناعي عند تخرّبه بواسطة الأمراض المناعية الذاتية الشديدة (Severe auto immune Diseases).

(ج) لإيجاد مجموعة من الخلايا الجذعية المغيّرة بواسطة هندسة الجينات و غرضها العلاج الجيني ومثالها:

- (1) نقص في أنزيم الأدينوزين Adenosine Deaminase Deficiency والذي يصيب الأطفال ويؤدّي إلى وفاتهم.
- (2) الأمراض الوراثية المنقّلة عبر جين واحد. وهي أمراض عديدة تبلغ عشرة آلاف مرض ومنها ما هو وراثي سائد أو وراثي متنحي أو منتقل عبر كروموسوم X.
- (3) معالجة أنواع من السرطان.
- (4) معالجة مرض الإيدز.

وهذا الجدول المحصور يوضح مدى الإمكانيات الهائلة وغير المحدودة لمجالات استخدام الخلايا الجذعية في المجالات الطبيّة. وهناك مجالات أخرى عديدة في مجالات الأبحاث عن العقاقير، وعن تأمين أفضل السبل للمعالجة بها، كما أن هناك مجالات لا حدّ لها في معرفة نمو الأجنّة، وتخصّص الخلايا من الخلايا الجذعية الأساسية، ومعرفة نمو الإنسان وتخصّص الخلايا، وهذه كلها من العلوم البيولوجية بفروعها المختلفة.

ما هي الخلايا الجذعية؟ وكيف تتكوّن؟ وما هو مصيرها؟

ما هي الخلايا الجذعية؟ هي خلايا موجودة في الجنين الباكر ثم يقل عددها بعد ذلك ولكنها تستمر إلى الإنسان البالغ في مواضع معيّنة. وهذه الخلايا لها القدرة بإذن الله تعالى لتشكل مختلف أنواع خلايا الجسم والتي بقدر أكثر من 220 نوعاً من الخلايا المختلفة الأشكال والأحجام والوظائف.

وعندما يتم تلقيح البيضة بالحيوان المنوي بإذن الله تعالى، تبدأ مرحلة الزيغوت **Zygote** أو النطفة الأمشاج، المكوّنة من اختلاط وامتزاج نواتي نطفة الذكر ونطفة الأنثى (أنظر الشكل رقم 1).

وتنقسم هذه الخلية (النطفة الأمشاج = الزيغوت) إلى خليتين. وإذا انفصلت هاتان الخليتان فإن كل واحدة منهما تتحوّل بإذن الله تعالى إلى جنين كامل. وقد تمكّن العلماء بالفعل من فصل هاتين الخليتين وإحاطة كل واحدة منهما بغشاء خاص رقيق شفاف من مواد مستخرجة من أعشاب البحر. وبالتالي أمكن لكل واحدة من هذه الخلايا أن تتحوّل إلى جنين لكمون قدرتها على الانقسام. وهذا ما يحدث في التوائم المتماثلة (**Identical Twins**). وتدعى هذه الخلايا **Totipent** أي خلايا كاملة الفعالية والقدرة. أما إذا تركت خلية الزيغوت تنقسم كما يحدث في الوضع الطبيعي فإنها تنقسم انقسامات متتالية فتتحوّل إلى كتل من الخلايا المتماثلة وتشبه في هذه المرحلة التوتة **Morulla**، ثم يزداد عددها، وتتجوّف فتتحوّل إلى ما يشبه الكرة المفرغة من الداخل وتسمّى آنذاك الكرة الجرثومية (جرثومة الشيء أصله)، أو تدعى الأريمة (تصغير الأرومة، وأرومة الشيء أصله) واسمها العلمي البلاستولا (**Blastula**) ويبلغ عمرها ثلاثة إلى أربعة أيام منذ التلقيح. وتستمر هكذا إلى اليوم السادس أو حتى السابع.

ثم تعلق بجدار الرحم بخلايا خارجية آكلة تقضم في جدار الرحم وتتعشّق فيه. وهنا تبدأ مرحلة العلقة. وتتكون البلاستولا (الكرة الجرثومية، الأريمة) من:

(1) **خلايا خارجية** تسمّى كتلة الخلايا الخارجية وهي مجموعة من الخلايا الآكلة **Trophoblasts** والداعمة والتي تلتصق بالرحم وتنهش فيه وتتعلّق به. وتكوّن فيما بعد المشيمة، والخلايا

الداعمة لهذا التعلق، وتغذية الجنين في جميع مراحلها عبر المشيمة والحبل السري.. إلخ.

(2) خلايا الكتلة الداخلية: Inner Cell Mass وهذه الخلايا هي التي تتحوّل بإذن الله تعالى إلى خلايا الجنين المختلفة والتي تبلغ أكثر من 220 نوعاً من أنواع الخلايا.. ولهذا تسمّى الخلايا الجذعية المتعدّدة القوى والفعالية (**Pluri Potent**).

وإذا أخذت هذه الخلايا من جنين باكر (أي في مرحلة البلاستولا) فإنها بإذن الله تعالى، يمكن أن تتحوّل إلى أي نوع من الخلايا المطلوبة مثل خلايا عضلة القلب أو الجهاز التنفسي، أو الكبد، أو الدماغ، أو الكلى أو البنكرياس.. ويمكن بجهود فنية خاصة زرعها، وهي التي حولها الجدل الشديد لأنها تفتح أبواباً في المستقبل لأنواع من التداوي والمعالجات لم تكن متوفرة في يوم من الأيام.

وهذه الخلايا المتعدّدة القوى والفعالية (**Pluri potent**) لا تستطيع رغم هذه القدرة أن تكون جنيناً حتى لو تم إعادتها وزرعها إلى الرحم، لأنها فاقدة لكتلة الخلايا الخارجية **Outer Cell Mass** الضرورية للإنغراز والتعلق وتكوين المشيمة.

وعندما تبدأ الخلايا الجذعية الأولية المتعدّدة القوى والفعالية بالتخصّص بحيث تعطى أرومات (أرومة الشيء أصله) خلايا الدم بأنواعها وخلايا الجهاز العصبي، وخلايا الجهاز العضلي، وخلايا الجهاز الرئوي، وخلايا الجهاز البولي.. إلخ. تفقد شيئاً من قدرتها على التشكّل، وتسمى آنذاك متعدّدة القوى **Multipotent** وفي هذه الحالة إذا وصلت إلى مرحلة أرومة خلايا الدم لا يمكن أن تعود القهقري فتكون خلايا أخرى غير أنواع خلايا الدم المختلفة، فهي لا تستطيع أن تتحوّل إلى خلايا الجهاز العصبي مثلاً، بل لا بد أن تسير في خطها التخصّصي، وهو تكوين خلايا

الدم المختلفة (خلايا الدم الحمراء، أو البيضاء بأنواعها العديدة، وصفائح الدم).

وإذا سارت الخلايا الجذعية الأولية (**Pluripotent**) المتعددة القوى والفعالية في خط تخصصي مثل تكوين الخلايا العصبية فإنها لا تستطيع أن تعود القهقري فتعود إلى سابق حالتها وقدرتها العميمة والجميمة، بل لا بد لها أن تسير في هذا الخط التخصصي وهو تكوين خلايا الجهاز العصبي بمختلف أنواع خلاياه (وهي محدودة).

هذا ما كان يقرره علم الطب والعلوم البيولوجية إلى بداية عام 1998م، ثم بدأت الاكتشافات والتجارب فإذا الخلايا الجذعية التي سارت في خط تخصصي يمكن أن تعود القهقري وترجع إلى أصلها وقدرتها العميمة والعديدة في التشكل والتحول إلى مختلف خلايا الجسم.

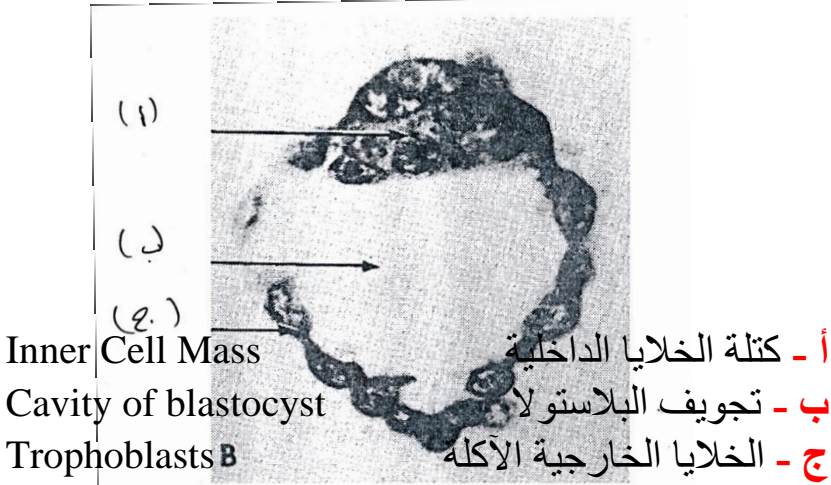
ومما زاد الأمر تعقيداً ما سنستعرضه في حينه من تحول خلايا بالغة من الخلايا الجذعية الموجودة في نخاع العظم (نقي العظام)، والتي عادة لا تكوّن إلا خلايا الدم، من تحولها إلى خلايا كبدية أو رئوية أو كلوية في مزارع خاصة.

وهذا ما أثار ضجة كبرى في المجال العلمي والعلماء ما بين مؤيد لهذا التطور الخطير والهام وما بين ناف له أو على أقل تقدير منبئ إلى أن ذلك نادر الحدوث، وبصورة قد بولغ فيها كثيراً، وبالتالي فإن تطبيقاتها العملية لا تزال بعيدة جداً. وتعتبر إيران من الدول القليلة من الدول النامية التي تجرى فيها أبحاث الخلايا الجذعية بطريقة متسارعة (1)(2).

(1) Abdur Rab M and Khayat Mh: Human Cloning: Eastern Mediterranean Region Perspective. East Mediterr Health J 2006, 12, suppl 2: 229-37

(2) Al-Aqeel A: Human Cloning, Stem cell Research. Saudi Med J 2009, 30 (12): 1256-1264

شكل رقم (1)



مقطع صورة حقيقية للبلاستولا (الكرة الجرثومية) بعد أربعة أيام ونصف منذ التلقيح وترى بوضوح كتلة الخلايا الداخلية المحتوية على الخلايا الجذعية الأساسية (**Pluripotent**) المتعددة القوى والفعالية والتي يخلق الله سبحانه وتعالى منها أنواع خلايا الجنين البالغة أكثر من 220 نوعاً من الخلايا.

مصادر الخلايا الجذعية:

يمكن الحصول على الخلايا الجذعية من المصادر التالية:

(1) الفايض من مشاريع أطفال الأنابيب: وهناك عشرات الآلاف من اللقائح الفائضة الجاهزة في مختلف بلاد العالم. وبما أن هذه الطريقة في معالجة العقم تستدعي تنبيه المبايض للمرأة والحصول على عدة بويضات (ببيضات)، ومن ثم تلقيحها بالحيوانات المنوية من زوجها وتعاد إلى الرحم لقيحتين. ثم يحتفظ بالباقي في النتروجين السائل في درجة برودة شديدة (170 تحت الصفر). فإذا نجحت عملية الحمل وتمت الولادة واستكفى الوالدان بذلك. يتم التبرع بهذه اللقائح الفائضة لأبحاث الخلايا

الجدعية. ولا يجوز استخدامها في إحداث حمل غير مشروع. أمّا إذا لم يتم الحمل فإن المحاولة تتم مرة أخرى دون الحاجة لتعريض المرأة لتنبية المبايض، وهي عملية لها مضاعفات في بعض الأحيان. ومن المحاذير الطبيّة أن هذه الخلايا الباكّرة قد تتعرّض لحدوث ورم مسخي، وإن كان نادر الحدوث لكنه مهم وخطير.

(2) يمكن تلقيح بويضة من متبرعة وحيوان منوي من متبرع: وهو أمر مرفوض شرعاً.

(3) الأجنة المسقطّة تلقائياً أو بسبب طبيّ: ولا يجوز إحداث إسقاط عمداً للحصول على الخلايا الجذعية أو الأنسجة أو الأعضاء.

(4) الأجنة الباكّرة (الخلايا الجنسية الأولية) (Primordial GermCells). وتؤخذ من جنين عمره ما بين أربعة وخمسة أسابيع. وهو أمر مرفوض شرعاً لأنه إجهاص متعمد بدون سبب طبيّ.

(5) المشيمة والحبل السريّ من الأطفال المواليد. ويمكن أخذها بعد إذن الوالدين وبالذات الأم حيث يكفي بإذنها في البلاد الغربية. وقد تمّ استخدام الدم من الحبل السري منذ عام 1988 لمعالجة أمراض سرطان الدم (لوكيميا الدم) بنجاح لا بأس به. وبطبيعة الحال يتم فحص الدم للإلتهابات (الإنتانات) الميكروبية والفيروسية قبل استخدامه (فيروس التهاب الكبد (B) و(C) وفيروس مرض الإيدز). كما يتم البحث عن بعض الأمراض الوراثية. ومعرفة تلك الأمراض تحتاج إلى إذن خاص من الوالدين وإلى المحافظة على السريّة.. إلخ. وهذه من النقاط الأخلاقية المهمة التي ينبغي الإهتمام بها عند أخذ الدم من المواليد من الحبل السري.

(6) من خلايا الأطفال الأصحاء: بشرط إذن الوالدين، وبشرط عدم وجود أي ضرر على هؤلاء الأطفال.

(7) من الخلايا البالغين مباشرة: وهذه الطريقة تواجه بعض الصعوبات لقلّة الخلايا الجذعية في الدم (خلية من كل مائة ألف خلية) أو من نخاع (Bone Marrow) (نقي العظام) (خلية من كل عشرة آلاف خلية). كما أن تنميتها وتحويلها إلى الخلايا المناسبة تواجه كثيراً من الصعاب التقنية، رغم أن هناك العديد من الأبحاث التي تؤكد الحصول على خلايا جذعية مختلفة وبقدرات متعدّدة من أشخاص بالغيين.

(8) خلايا من البالغين باستخدام طريقة الاستنساخ: وفي هذه الطريقة تؤخذ خلية عادية من الفم أو الدم وتصل نواتها. ثم تدمج النواة في بويضة مفرّغة من نواتها (قد تبرّعت بها تلك المرأة). ثم يتم تنميتها ككفيحة حتى تصل إلى مرحلة الكرة الجرثومية (الأويمة) أو البلاستولا Blastula كما تعرف طبيّاً. فإذا وصلت إلى هذه المرحلة تمّ فكها وأخذ الخلايا الداخلية منها لأنها خلايا عميمة وقادرة على التحوّل على أي نوع من الأنسجة البشرية.

وتعتبر هذه الطريقة مثالية لمعالجة بعض الأمراض بدلاً من زرع الكبد أو زرع القلب، وربما في المستقبل بدلاً من زرع الكلى.. ولا يحتاج المريض في هذه الحالة إلى استخدام أدوية تثبيط المناعة ولا يحدث رفض لهذه الأنسجة لأنها جزء من جسمه.

وهذه الطريقة تعرف باسم الاستنساخ العلاجي Therapeutic Cloning .

ومحاذيرها كالتالي:

(1) تحتاج إلى عدد كبير من البويضات من متبرعات. والحصول على البويضات يتم بتحريض وتنبيه المبايض مما يعرّض المرأة المتبرّعة لبعض المخاطر الصحيّة (Hyper stimulation syndrome) بسبب فرط تنبيه المبايض. وفي الواقع يتم

شراء البييضات من هؤلاء النسوة اللاتي يقال أنهن متبرعات. وفي هذا تعريض للنساء للخطر وامتهان لكرامتهن الإنسانية ونعود إلى موضوع بيع الأعضاء والأنسجة، وهو موضوع اتفقت الأنظمة والأديان جميعاً على تحريمه.

(2) أن الاستمرار في استخدام الاستنساخ العلاجي يؤدي إلى تمكّن العلماء من تجارب الاستنساخ التكاثري. وهو أمر قد أجمعت الأديان والأنظمة على تحريمه.

لهذا كله فقد رأى المجمع الفقهي الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي في دورته السابعة عشرة في مكة المكرمة عام 1424هـ/2003م حرمة استخدام هذا المصدر للحصول على الخلايا الجذعية، بينما نظر المجلس الفقهي الإسلامي في أوروبا والولايات المتحدة إلى المصالح العديدة في هذا الجانب فأباحه. وربما احتاج الأمر لمزيد من الدراسة من جميع الأوجه الطبيّة والشرعية وما يكتنف هذا الموضوع من محاذير.

قرار المجمع الفقهي الدولي

القرار رقم (6/6/57) بشأن البييضات الملقحة الزائدة عن الحاجة:

درس مجمع الفقه الإسلامي الدولي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي موضوع البييضات الملقحة الزائدة عن الحاجة في مؤتمره السادس المنعقد في جدة بالمملكة العربية السعودية في الفترة من 17-23 شعبان 1410هـ / 14-20 آذار 1990م وجاء فيه: بعد اطلاعه على الأبحاث والتوصيات المتعلقة بهذا الموضوع الذي كان أحد موضوعات الندوة الفقهية الطبية السادسة المنعقدة في الكويت من 23-26 ربيع الأول 1410هـ / 23-26 أكتوبر 1989م، بالتعاون بين هذا المجمع والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبيّة. وبعد الإطلاع على التوصيتين الثالثة عشرة والرابعة عشرة المتخذتين في الندوة الثالثة التي عقدتها المنظمة الإسلامية للعلوم

الطبية في الكويت في 20-23 شعبان 1407هـ / 18-21 أبريل 1987م بشأن مصير البييضات الملقحة، والتوصية الخامسة للندوة الأولى للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية المنعقدة في الكويت في 11-14 شعبان 1403هـ / 24-27 مايو 1982م في الموضوع نفسه قرّر ما يلي:

(1) في ضوء ما تحقق علمياً من إمكان حفظ البييضات غير الملقحة للسحب منها، يجب عند تلقيح البييضات الاقتصار على العدد المطلوب للزرع في كل مرة، تقادياً لوجود فائض من البييضات الملقحة.

(2) إذا حصل فائض من البييضات الملقحة بأي وجه من الوجوه تترك دون عناية طبيّة إلى أن تنتهي حياة ذلك الفائض على الوجه الطبيعي.

(3) يحرم استخدام البييضة الملقحة في إمراة أخرى، ويجب اتخاذ الاحتياطات الكفيلة بالحيلولة دون استعمال البييضة الملقحة في حمل غير مشروع.

ومما تقدّم يتضح أن المنظمة الإسلامية للعلوم الطبيّة بالكويت بالتعاون مع مجمع الفقه الإسلامي (التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي) قد درست هذا الموضوع منذ فترة مبكرة في عام 1982 ثم عام 1987 ثم في عام 1989م. وقد أوصت بأن لا يتم تلقيح إلا عدد محدود من البييضات بدلاً من تلقيح عدد كبير. وأن يتم الاقتصار على إعادة لقيحتين أو ثلاث إلى الرحم. وهو أمر تنبّهت له فيما بعد الهيئات الطبيّة في مختلف أرجاء العالم. وكانت ألمانيا سباقة في إصدار تشريعات تمنع إعادة أكثر من لقيحتين أو ثلاث على الأكثر إلى الرحم، وذلك لتجنب مخاطر الحمل المتعدّد، وما قد يؤدي إليه من قتل متعمد للأجنة يسمى (خفض الأجنة) أو خفض الحمل **Reduction of Pregnancy** وما يعتوره من مشاكل طبيّة وأخلاقية عديدة سبق الإشارة إليها.

ثم اتخذت دول الشمال الأوروبي (السويد والنرويج وفنلندا) نفس الإجراء وتبعتهن دول كثيرة منها الولايات المتحدة وبريطانيا. ورغم أن الدول جميعها تسمح بتلقيح عدد وافر من البييضات إلا أنها الآن لا تسمح (وخاصة في الدول المتقدمة تقنياً) إلا بإعادة لقيحتين أو ثلاث على الأكثر، بل وتعاقب الطبيب الذي يعيد أكثر من هذا العدد بعقوبات مختلفة تصل إلى شطب اسمه من لائحة الأطباء الممارسين، وبالتالي منعه من ممارسة الطب لفترة معينة، وإذا تكرّر منه ذلك يمنع من الممارسة الطبيّة بصورة دائمة. ورغم منع جميع المجامع الفقهيّة والفتاوى الصادرة من هيئة كبار العلماء، ودور الإفتاء مسألة بنوك المري، والبييضات واللقائح، إلا أن كل مراكز معالجة العقم في العالم الإسلامي، تقوم بتخزين اللقاح (البييضات اللمقحة) الفائضة في اسطوانات خاصة من النتروجين السائل تحت درجة برودة تبلغ أكثر من 170 درجة تحت الصفر.

وحجة هذه المراكز أن استخراج البييضات وتلقيحها، أمر مكلف ومرهق بالنسبة للمريضة وزوجها، وبما أن نسبة نجاح حمل من إعادة لقيحتين أو ثلاث لا يتعدّى بأي حال من الأحوال نسبة 30 بالمئة في أحسن المراكز العالمية، وغالباً ما يتم إجهاض عدد كبير منها أثناء الحمل، ولا يصل إلى الولادة إلا ما يقارب عشرة على خمسة عشر بللمئة من المحاولة الواحدة في أفضل المراكز العالمية، فإن وجود مخزون من هذه اللقاح أمر مهم جداً، فعند فشل حدوث حمل أو عند حدوث إسقاط (إجهاض) فإن بإمكان المرأة التي تعاني من عدم الخصوبة أن تعود إلى المركز، ويتم بالتالي استخراج لقائحها المخزونة، وتكرّر المحاولة بأن تعاد إلى رحمها لقيحتين أو ثلاث. وربما تتكرّر هذه المحاولة أكثر من مرة، وكل ذلك بكلفة محدودة. وذلك كله يوفرّ مبالغ

طائفة على الزوجين، كما يوفر جهداً على الهيئة الطبيّة، ويخفف من معاناة الزوجين لإعادة دورة استخراج البويضات وتلقيحها. ويرد الأطباء على قلق الفقهاء وخوفهم من اختلاط اللقائح، بأن هذا القلق، رغم وجود دوافع له، إلا أنه غير مبرر إذ يمكن أخذ كثير من الاحتياطات بتسجيل كل حالة ووضع علامات مميزة لها ووجود إشراف دقيق.

ولكن الأطباء يعترفون بإحتمالية الخطأ في هذه القضايا، ومع ذلك فالخطأ يمكن أن يحدث حتى بدون تجميد وتخزين اللقائح. وهو أمر صحيح، ولكن نسبة الخطأ تزداد بدون شك كلما زادت فترة التخزين، وكلما ازدادت الأعداد.

أمّا الجانب الآخر وهو تعمّد بعض الأطباء ممن لا يدينون بالإسلام وتعاليمه والذين يعملون في مشاريع أطفال الأنابيب في العالم العربي والإسلامي، أن يقوموا بمخالفة الفتاوى المجمعية وإحداث اختلاط أنساب عندما يرون الحاجة لذلك فهو أمر يستحق الاهتمام. إذ أن هؤلاء الأطباء يقبلون موضوع التبرّع بالنطفة الذكرية أو الأنثوية أو اللقائح، ولا يوجد عندهم مانع أخلاقي أو ديني من ذلك. ولهذا يجب أن تكون مراكز معالجة العقم في العالم الإسلامي، عرباً وعجماً تحت إشراف إدارة إسلامية طبيّة قوية. وهذا ما طالب به مجموعة من الأطباء والشخصيات الاعتبارية في المملكة العربية السعودية في كتابهم الموسوم بعنوان: «توصيات حول الممارسات الطبيّة بمراكز علاج العقم بوسيلة أطفال الأنابيب»⁽¹⁾ والمشكلة القائمة أن الفتاوى الفقهية في جانب، وممارسات الأطباء في العالم الإسلامي في جانب آخر، وخاصة في هذه القضية. فلا تزال المراكز العديدة لمشاريع أطفال

(1) توصيات حول الممارسات الطبيّة بمراكز علاج العقم بوسيلة أطفال الأنابيب تأليف الدكتور محمد عبده يمانى، د. عبدالله باسلامة، د. سمير عباس، د. محمد علي البار، د. حسن صالح جمال، د. مجدي الشيخ، د. حسن يوسف، أ. محمد عرابي 1997، جدة الناشر: المؤلفون.

الأنابيب في العالم الإسلامي تقوم بتجميد وتخزين اللقائح، كما إن الكثير منها لا يزال يعيد إلى رحم المرأة أكثر من ثلاث لقائح (وهو ما تمنعه الجهات الطبيّة في الغرب).

وقد استطاع بعض الأطباء في مصر إقامة ندوة في 4-7 جمادى الآخر 1412هـ / 10-12 ديسمبر 1991م بالقاهرة حول موضوع تجميد وتخزين اللقائح في المركز الدولي الإسلامي للدراسات السكانية التابع لجامعة الأزهر، وكان الحضور يمثلون عدداً كبيراً من الأطباء من مصر وأوروبا والولايات المتحدة، وعدداً ضئيلاً جداً من شيوخ الأزهر. وقد أباحت الندوة تجميد وتخزين اللقائح، كما أباحت إجراء الأبحاث على هذه اللقائح بشروط منها، موافقة أصحاب اللقائح على ذلك (أي الزوجين في كل حالة)، وسرية المعلومات، وموافقة لجنة أخلاقية على مشروع البحث.

وقررت الندوة أهمية معالجة العقم بشرط ألا يتسبب ذلك في اختلاط الأنساب، وبشرط احترام الأصل والصفة الإنسانية للبيضة الملقحة، ومع هذا فالقرار يبيح إجراء الأبحاث على هذه البييضات من أجل دراسة أوسع للعقم، ودراسة عدم اندغام البييضات الملقحة (العلوق في الرحم)، ودراسة نمو الأورام الخبيثة كمثال على أنواع الأبحاث التي يمكن أن تجرى في مراكز بحثية متخصصة معترف بها. وقررت الندوة اتخاذ الاحتياطات اللازمة لمنع اختلاط الأنساب، والتبرّع أو الاتجار بالبييضات أو الخلايا المنوية أو اللقائح. ولا بد أن يتم نقل اللقيحة المكوّنة من بيضة الزوجة والملقحة بماء زوجها إلى الزوجة نفسها وفي أثناء قيام عقد الزوجية وعدم انفصال ذلك العقد بموت أو طلاق.

وقررت الندوة السماح بتبريد البييضات الملقحة، وهي ملك للزوجين ويمكن أن تستخدم لنقلها للزوجة نفسها في دورة أو دورات علاجية تالية، وكل ذلك خلال فترة سريان عقد الزواج،

كما أنه يمكن الاستفادة بها في إجراء أبحاث على طرق الحفظ بشرط الحصول على الموافقة الحرّة السائق من الزوجين.. ولا تنقل هذه اللقائح (كتبت خطأ العلقات) بأي حال من الأحوال إلى رحم امرأة أخرى.

ويجب أن تقتصر الأبحاث على الأبحاث العلاجية وتكون بالموافقة السابقة الواعية للزوجين، ولا تنقل إلا إلى رحم الزوجة صاحبة البيضة وأثناء سريان عقد الزواج.

أمّا البييضات الملقحة التي تجرى عليها بحوث غير علاجية فيجب أن تكون بالموافقة السابقة الواعية للزوجين، ولا تنقل إلى رحم الزوجة ولا إلى رحم أي امرأة أخرى.

ولا يسمح بإجراء بحوث تهدف إلى تغيير الصفات الوراثية الملقحة، أو اختيار جنس المولود لأن ذلك تغيير لخلق الله⁽¹⁾.

المناقشة:

إن الفتاوى المجمعية العديدة وتلك الصادرة عن دور الإفتاء التي تمنع قيام بنوك المنى والبييضات واللقائح (البييضات الملقحة) وتلك التي تمنع إجراء الأبحاث من فائض اللقائح إذا حدثت ووجدت، والتي تمنع تنميتها كما تمنع أيضاً إعادتها إلى رحم أي امرأة أخرى، إن هذه الفتاوى تقفل الباب أمام إيجاد فائض من اللقائح، وهو ما يحدث فعلاً في جميع مشاريع أطفال الأنابيب في العالم أجمع، وبالتالي تقفل باب النقاش في الاستفادة من هذه اللقائح الفائضة، لأن الفتاوى المجمعية تمنع إيجاد فائض من هذه اللقائح من الأساس. أمّا قرارات المؤتمر الدولي عن

(1) قرارات المؤتمر الدولي عن الضوابط والأخلاقيات في بحوث التكاثر البشري في العالم الإسلامي المنعقد في القاهرة في 4-7 جمادى الآخرة 1412 هـ / 10-12 ديسمبر 1991م إعداد وتقديم أ.د. جمال أبو السرور، المركز الدولي للدراسات والبحوث السكانية . ومنقول بنصه في توصيات حول الممارسات الطبية بمراكز علاج العقم بوسيلة أطفال الأنابيب، جدة - المملكة العربية السعودية 1995 (ص 61-103).

الضوابط والأخلاقيات في بحوث التكاثر البشري المنعقد في القاهرة في 4-7 جمادى الآخرة 1412هـ / 10-12 ديسمبر 1991م فإنها تسمح بتخزين وتجميد اللقائح واستخدامها في دورات قادمة للمرأة العقيم ذاتها. كما تسمح باستخدام الفائض في مجالات الأبحاث بشرط موافقة صاحبة اللقيحة وزوجها على ذلك. ومن الملاحظ في هذا المؤتمر قلّة عدد المشاركين من علماء الأزهر والاقتصار في كل حلقة من حلقاته الدراسية على واحد أو اثنين من علماء الأزهر مع وفرة عدد الأطباء والقانونيين من مصر وخارجها.

وكانت وجهة نظر المجامع الفقهية في عدم تخزين وتجميد اللقائح كما أسلفنا هي منع أو الحدّ من احتمالات الخطأ (إذا فرضنا حسن النية)، في ترقيم وتسمية اللقائح بأسماء أصحابها، وخاصة عند كثرة هذه اللقائح، أو التوسّع في الاحتفظ بها بحيث تبلغ المئات أو الآلاف في كل مركز من مراكز معالجة العقم.. وهي بالفعل تبلغ مئات الآلاف بل الملايين في العالم سنوياً ويشكّل الاحتفاظ بها مشكلة أخلاقية واقتصادية وتقنية، ولذا بادرت الدول التي تسمح بذلك بتحديد أمد للاحتفاظ بهذه اللقائح (خمس إلى عشر سنوات) ثم ترمى بعد ذلك أو تجرى عليها الأبحاث، أو التبرّع بها لمن تريد المعالجة من العقم.

وموضوع النسب في الإسلام هامّ جداً والمحافظة عليه من الاختلاط عمداً أو خطأ ذو خطورة بالغة. لهذا تشدّدت المجامع الفقهية وهيئات كبار العلماء ودور الإفتاء في هذا الموضوع ومنعته منعاً باتاً.

وإذا لم يكن هناك أي فائض من هذه اللقائح فلا يمكن تنمية هذه اللقائح وإجراء الأبحاث عليها أو تنميتها إلى مرحلة البلاستولا (الكرة الجرثومية)، وبالتالي الحصول منها على الخلايا الجذعية الجنينية المطلوبة. ولكن إذا حدث وجود فائق من

هذه اللقائح فعلاً كما هو مشاهد في كل مراكز معالجة العقم فهل يمكن تنمية بعض هذه اللقائح الفائضة لمدة خمسة أو ستة أيام لتصل إلى مرحلة البلاستولا (الكرة الجرثومية)، وبالتالي الحصول منها على الخلايا الجذعية الهامة والتي يمكن أن تصبح في المستقبل القريب مصدراً لمعالجة العديد من الأمراض الخطيرة التي أشرنا إليها في أول البحث، ومثالها مرض الشلل الرعاش (باركنسون)، ومرض هنتنغتون (نوع آخر من إصابة الجهاز العصبي)، وأنواع مختلفة من الشلل، وأمراض الكبد النهائية، وفشل وظيفة القلب أو الكلى أو البول السكري من النوع الأول الذي عادة ما يصيب الأطفال.. الخ.

وما هي حرمة وجود مجموعة من الخلايا التي لم تدخل بعد إلى الرحم، وبالتالي فإن قتلها لا يمكن أن يعتبر إجهاضاً، لأنها لم تدخل إلى الرحم بعد؟

وقد وافق المجمع الفقهي الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي على جواز استخدام اللقائح الفائضة عن مشاريع أطفال الأنابيب في أبحاث الخلايا الجذعية (القرار الثالث، الدورة 17، 1424هـ/2003م).

II

القرار الثالث

بشأن موضوع: الخلايا الجذعية

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على من لا نبي بعده، نبينا محمداً، وعلى آله وصحبه. أمّا بعد:

فإن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته السابعة عشرة المنعقدة بمكة المكرمة، في الفترة من 19-1424/10/23هـ الذي يوافق: 13-17/12/2003م، قد نظر في موضوع: (الخلايا الجذعية) وهي خلايا المنشأ التي يخلق منها الجنين، ولها القدرة - بإذن الله - في تشكّل مختلف أنواع خلايا جسم الإنسان، وقد تمكّن العلماء حديثاً من التعرّف على هذه الخلايا وعزلها وتنميتها، وذلك بهدف العلاج وإجراء التجارب العلمية المختلفة. ومن ثم يمكن استخدامها في علاج بعض الأمراض، ويتوقّع أن يكون لها مستقبل وأثر كبير في علاج كثير من الأمراض والتشوهات الخلقية، ومن ذلك بعض أنواع السرطان، والبول السكري، والفشل الكلوي والكبدية، وغيرها.

ويمكن الحصول على هذه الخلايا من مصادر عديدة منها:

(1) الجنين الباكر في مرحلة الكرة الجرثومية (البلاستولا) وهي الكرة الخلوية الصانعة التي تنشأ منها مختلف خلايا الجسم، وتعتبر اللقائح الفائضة من مشاريع أطفال الأنابيب هي المصدر الرئيس، كما يمكن أن يتم تلقيح متعمد لببيضة من متبرعة وحيوان منوي من

متبرع للحصول على لقيحة وتنميتها إلى مرحلة البلاستولا، ثم استخراج الخلايا الجذعية منها.

- (2) الأجنة السقط في أي مرحلة من مراحل الحمل.
- (3) المشيمة أو الحبل السري. (4) الأطفال والبالغون.
- (5) الاستنساخ العلاجي، بأخذ خلية جسدية من إنسان بالغ، واستخراج نواتها ودمجها في ببيضة مفرغة من نواتها، بهدف الوصول إلى مرحلة البلاستولا، ثم الحصول منها على الخلايا الجذعية.

وبعد الاستماع إلى البحوث المقدّمة في الموضوع وآراء الأعضاء والخبراء والمختصّين، والتعرّف على هذا النوع من الخلايا ومصادرها وطرق الانتفاع منها، اتخذ المجلس القرار التالي:

أولاً: يجوز الحصول على الخلايا الجذعية وتنميتها واستخدامها بهدف العلاج أو لإجراء الأبحاث العلمية المباحة، إذا كان مصدرها مباحاً، ومن ذلك - على سبيل المثال - المصادر الآتية:

- (1) البالغون إذا أذنوا، ولم يكن في ذلك ضرر عليهم.
- (2) الأطفال إذا أذن أولياؤهم، لمصلحة شرعية، وبدون ضرر عليهم.

- (3) المشيمة أو الحبل السري، وبإذن الوالدين.
- (4) الجنين السقط تلقائياً أو لسبب علاجي يجيزه الشرع، وبإذن الوالدين.

مع التذكير بما ورد في القرار السابع من دورة المجمع الثانية عشرة، بشأن الحالات التي يجوز فيها إسقاط الحمل.

- (5) اللقاح الفائضة من مشاريع أطفال الأنابيب إذا وجدت وتبرع بها الوالدان مع التأكيد على أنه لا يجوز استخدامها في حمل غير مشروع.

ثانياً: لا يجوز الحصول على الخلايا الجذعية واستخدامها إذا كان مصدرها محرماً، ومن ذلك على سبيل المثال:

- (1) الجنين المسقط تعمداً بدون سبب طبي يجيزه الشرع.
- (2) التلقيح المتعمّد بين ببيضة من متبرعة وحيوان منوي من متبرع.

(3) الاستنساخ العلاجي.

الفصل الثالث والعشرون

اختيار جنس الجنين

اختيار جنس الجنين

تمهيد

يبدو أن بعض الحشرات مثل النحل والنمل قد استطاعت منذ ملايين السنين التحكّم في نسلها، بحيث يمكن تحديد عدد الإناث وعدد الذكور وعدد الملكات. فالبيض الذي تضعه ملكة النحل (الذي كان العرب يسمونه يعسوب النحل) متماتل، ولكن الشغالات العاملات من النحل يقمن بوضعه في أماكن معينة، ويعطين كل نوع مرغوب فيه غذاء معيناً خاصاً به. فإذا أعطي البيض الغذاء الملكي عندما يفسس يتحوّل هذا البيض إلى ملكات، وإذا أعطي غذاء خاصاً آخر تحوّل إلى عاملات، أمّا عند إعطائه غذاء خاصاً به، فإنه يتحوّل بإذن الله تعالى إلى ذكور.

وكذلك تقوم ملكة النمل بوضع البيض. ولا يعلم أحد حتى الآن كيفية التي يتحكّم بها النمل في إيجاد الإناث والذكور، رغم أن العلماء المختصّين بالنمل والحشرات متأكدون تماماً من أن النمل يتحكّم في جنس البيض الذي يفسس بطريقة مجهولة لنا حتى الآن.

ولا يزال الفرق شاسعاً بين الإنسان والنمل والنحل، فالإنسان لا يستطيع أن يتحكّم في تحديد جنس جنينه إلا في حالات محدّدة وبدرجة نجاح متفاوتة، بينما تقوم حشرات النحل والنمل بهذا التحكّم بدقة بالغة بإلهام من الله سبحانه وتعالى، جلت حكمته وعظمت قدرته.

وقد حاول الإنسان اختيار جنس الجنين باختيار أغذية معيّنة، أو أوضاع معيّنة عند الجماع. ولم يثبت شيء من هذه الوسائل من الناحية العلمية. وأمّا اختيار وقت الجماع بعد معرفة وقت خروج الببيضة من المبيض، فقد ثبتت جدواه إلى حد ما. ونجحت وسائل فصل الحيوانات المنوية التي تحمل شارة الذكورة عن تلك التي تحمل شارة الأنوثة بدرجات متفاوتة، كما نجحت معرفة اللقيحة بعد إيجادها في المختبر بطريقة أطفال الأنابيب في معرفة واختيار جنس الجنين بدرجة كبيرة. ولكن نجاح الحمل والولادة لا تزيد عن 30 بالمئة في هذه الحالات.

وقد منعت الدول الغربية اختيار جنس الجنين لغير سبب طبيّ وعاقبت على من يقوم بذلك عقوبات شديدة تصل إلى السجن لمدة عشرين عاماً (القانون الفرنسي المادة 4/16 من القانون رقم 653 لعام 1994 والمادة 4/511. وكذلك فعل القانون الإسباني والسويسري.. إلخ).

وسائل التحكّم في جنس الجنين

ويمكن التحكّم في جنس الجنين إلى حدّ ما بالطرق التالية:

(1) بعض أنواع الأغذية وبعض أنواع الأوضاع وقت الجماع. ولم يثبت علمياً أي فائدة لهذه الطرق.

(2) الإفرازات المهبلية: وبما أن إفرازات المهبل الحمضية تساعد على إعطاء الفرصة للحيوانات المنوية التي تحمل شارة الأنوثة على البقاء، وبالتالي تلقيح الببيضة، فإن زيادة هذه الحموضة بوضع سائل الخل المخفف أو الليمون المخفف في الفرج قبل الجماع يؤدي إلى زيادة احتمال ولادة الإناث.

وعلى العكس من ذلك إذا وضع سائل قلوي مخفف في الفرج قبل الجماع مثل بيكربونات الصودا، فإن احتمال ولادة ذكر تزداد لأن السائل القلوي يعطي الفرصة أكثر للحيوانات المنوية التي

تحمل شارة الذكورة في أن تلحق البيضة، وبالتالي يكون الجنين ذكراً بإذن الله تعالى.

(3) توقيت الجماع بعد خروج البويضة مباشرة يزيد من احتمال حدوث حمل ذكر لأن الحيوانات المنوية التي تحمل شارة الذكورة، أسرع حركة وأقل عمراً من الحيوانات المنوية التي تحمل شارة الأنوثة.

(4) **التلقيح الصناعي وفصل الحيوانات المنوية:** يفتح التلقيح الصناعي الداخلي والخارجي الباب أمام إمكانية اختيار جنس الجنين كالاتي:

(أ) **التلقيح الصناعي الداخلي:** يتم أخذ ماء الزوج، ثم بعد ذلك يتم حقنه في رحم زوجته في الوقت الذي تخرج فيه البيضة وتفرز، أو في الوقت الذي يتوقع خروجها فيه.

وبما أن الحيوانات المنوية المذكرة تشكل 50% من الحيوانات المنوية، كما تشكل الحيوانات المنوية التي تحمل شارة الأنوثة الخمسين بالمائة الباقية، فإنه إذا أمكن فصل الحيوانات المنوية المذكرة (أي التي تحمل شارة الذكورة Y عن تلك التي تحمل شارة الأنوثة X، فإن ذلك يتيح حقن هذه الحيوانات المطلوبة (المذكرة مثلاً) في رحم الزوجة في الوقت المناسب.

وبما أن الحيوان المنوي الذي يحمل شارة الذكورة Y أخف وزناً وأسرع حركة من الحيوان المنوي الذي يحمل شارة الأنوثة، فإنه يمكن بوضعه في سائل قلوي أن يعطي فرصة أكبر للفصل.

طرق فصل الحيوانات المنوية:

ويتم الفصل بالطرق الآتية:

(1) **استخدام سائل قاعدي (قلوي) أو حامضي:** يوضع المنوي في محلول حامضي أو قلوي لمدة ساعتين إلى ست ساعات. وتترك الحيوانات المنوية ثم تفصل وتميل الحيوانات المنوية التي تحمل شارة الذكورة Y إلى المحلول القلوي، بينما تميل الحيوانات التي تحمل شارة

الأنوثة إلى المحلول الحامضي. وبهذه الطريقة يمكن فصل الحيوانات المنوية المذكرة عن المؤنثة بحيث تتغير النسبة بدلاً من 50% إلى 70%.

وإذا أُضيف هرمون الاستراديول إلى الحيوان المنوي فإن حركة الحيوانات المنوية التي تحمل شارة الذكورة تزداد زيادة كبيرة بالمقارنة مع الحيوانات المنوية التي تحمل شارة الأنوثة.

(2) الفصل بواسطة الترسيب والطرد المركزي: وتستخدم

أساليب كثيرة لفصل الحيوانات المنوية التي تحمل شارة الذكورة عن تلك التي تحمل شارة الأنوثة، وبوضع محلول زلالي يجعل حركة الحيوانات المنوية التي تحمل شارة الذكورة تتحرك بسرعة كبيرة بالمقارنة مع التي تحمل شارة الأنوثة.

كما أن استخدام مادة السكروز تجعل الحيوانات المنوية التي تحمل شارة الذكورة (Y) تترسب بينما تطفو على السطح تلك التي تحمل شارة الأنوثة.

وباستخدام طرق الفصل المختلفة بواسطة استخدام السائل القاعدي أو الحامضي واستخدام المواد الزلالية والسكروز، وأنواع مختلفة من سرعة الترسيب والتشغيل، فإن الباحثين قد استطاعوا أن يحصلوا على سائل منوي يحتوي على 90% من الحيوانات المنوية التي تحمل شارة الذكورة أو 90% من الحيوانات التي تحمل شارة الأنوثة. ورغم دقة هذه الطرق إلا أنها لا تصل أبداً إلى 100%.

(ب) التلقيح الصناعي الخارجي: وفي هذه الطريقة يتم أخذ

مني الزوج في الوقت المناسب ثم يتم تحريض المبيض لإفراز البويضات⁽¹⁾ في زوجته. ويتم بعد ذلك سحب البويضات منها وعادة ما يتم سحب ما بين ست إلى عشر بويضات.

وتوضع هذه البويضات في سوائل خاصة ويضاف إليها مني الزوج وتترك لمدة 24 ساعة، ثم ينظر هل تم التلقيح أم لا؟ فإذا تم

(1) البويضات جمع بيضة وهي تصغير بيضة.

التلقيح لهذه البويضات فإنها تُنمى في حاضنات خاصة تحت درجة حرارة معينة. ويتم بعد مرور ثلاثة إلى أربعة أيام فحص هذه اللقائح. وتؤخذ لقيحة تكون قد نمت إلى مرحلة التوتة (8 خلايا). وتؤخذ منها خلية واحدة من هذه الخلايا. ويمكن فحصها والتعرف على جنسها فإذا كانت خلية ذكر فإنها تحتوي على الكروموسوم Y بالإضافة إلى X. أما إذا كانت أنثى فإنها تحمل كروموسومين من نوع X ولا يوجد كروموسوم Y البتة.

ويتم فحص مجموعة اللقائح فإذا وجد الجنس المطلوب، أعاد الطبيب إلى الرحم لقيحتين أو ثلاث في الوقت المناسب، بعد تهيئة الرحم لقبول هذه اللقيحة. وإذا أراد الله فإن هذه اللقيحة تعلق بجدار الرحم، وتنمو إلى جنين كامل يتّم ولادته بعد 9 أشهر بإذن الله تعالى، ويكون حسب الجنس المطلوب.

ولكن لهذه الطريقة عدّة عيوب:

- (1) أهمها أن نسبة نجاح ولادة طفل بطريقة أطفال الأنابيب هذه لا تزيد عن 10% في كل محاولة⁽¹⁾.
- (2) إذا حصل حمل، فإنه يتعرّض للإجهاض بنسبة أكثر من حالات الحمل الطبيعي.
- (3) تزداد نسبة التوائم المتعدّدة ويرجع ذلك إلى العدد الذي يعيده الطبيب إلى الرحم من هذه اللقائح. ولحمل التوائم مضاعفات كثيرة على المرأة الحامل وعلى هذه الأجنّة.
- (4) الكلفة العالية لمشاريع أطفال الأنابيب.
- (5) انكشاف العورة المغلظة للزوجة بدون داع طبي.
- (6) تُرمى اللقائح الفائضة (من الجنس غير المطلوب) أو قد يستخدمها الأطباء لإيجاد حمل غير مشروع بإعطائها لإمرأة أخرى تبحث عن الحمل، أو تستخدم في الأبحاث الطبيّة، أو في الحصول على الخلايا الجذعية. وهذه كلها قضايا شائكة قد بحثتها المجمع الفقهيّة، ورأت أهون الحل هو ترك هذه اللقائح الفائضة دون عناية ودون تجميد. وقد قرّر المجمع الفقهي (التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي القرار رقم 6/6/57 بشأن البيويضات الملقحة الزائدة عن الحاجة في مؤتمره السادس المنعقد بجدة في المملكة العربية السعودية في 17-23 شعبان 1410هـ / 14-20 مارس 1990م) ما يلي:
(أ) في ضوء ما تحقّق علمياً من إمكان حفظ البيويضات غير الملقحة للسحب منها، يجب عند تلقيح البيويضات، والاقتصار على العدد المطلوب للزرع في كل مرة تفادياً لوجود فائض من البيويضات الملقحة.

(1) هكذا كان الأمر حتى التسعينات من القرن العشرين ثم تحسّن الأمر ووصل إلى 30% أو 40% في أحسن المراكز. في بداية القرن الواحد والعشرين.

(ب) إذا حصل فائض من البييضات الملقحة بأي وجه من الوجوه تترك دون عناية إلى أن تنتهي حياة ذلك الفائض على الوجه الطبيعي.

(ج) يحرم استخدام البيضة الملقحة في إمراة أخرى. ويجب اتخاذ الاحتياطات الكفيلة بالحيلولة دون استعمال البيضة الملقحة في حمل غير مشروع.

وقد أصدر مجلس المجمع الفقهي الإسلامي برابطة لاعالم الإسلامي في دورته السابعة عشرة المنعقدة بمكة في الفترة 19-1424/10/23 هـ الموافق 2003/12/17-13م القرار الثالث بشأن موضوع الخلايا الجذعية. وفيه جواز الحصول على الخلايا الجذعية من اللقائح الفائضة من مشاريع أطفال الأنابيب إذا وجدت وتبرع بها الوالدان مع التأكيد على أنه لا يجوز استخدامها في حمل غير مشروع.

مميزات التلقيح الصناعي الخارجي (أطفال الأنابيب):

أما مميزات هذه الطريقة أنها تعطي نتيجة تقترب من 100% فإن الخلية التي تفحص من ناحية الكروموسومات، فإنها إما أن تكون خلية ذكر XY أو تكون خلية أنثى XX، أو يكون بها شذوذ وهو أمر نادر مثل حالات متلازمة ترنر (Turner Syndrome) ويكون فيها X واحد فقط بدون وجود Y، أو حالات كلينفلتر (Klinefelter Syndrome) وفيها نجد ثلاثة كروموسومات للجنس بدلاً من اثنين وهي اثنان من كروموسوم X وواحد من كروموسوم Y، أو غير ذلك من الشذوذات التي ليس محلها هذا البحث. وكل هذه الشذوذات لا تتجاوز واحداً بالمائة مجتمعة، بل أقل من ذلك. ويمكن معرفة الكثير منها بواسطة فحص الكروموسومات، وبالتالي يمكن للطبيب أن يستبعد هذه اللقائح الشاذة وأن يعيد الفحص على اللقائح الموجودة عنده حتى يجد

المطلوب، ثم يقوم بعد ذلك بإعادتها إلى رحم المرأة بعد تهيئته لتقبل هذه اللقيحة ليتم اندغامها وعلوقها في الرحم. ومن ميزات هذه الطريقة يمكن معرفة الشذوذات الأخرى المرضية الموجودة في الكروموسومات مثل متلازمة داون **Down Syndrome**، وفيه تثليث صبغي رقم 21، وهو ما يعرف باسم المغولية، وغيرها مثل التثليث الصبغي رقم 18 أو رقم 13 أو غير ذلك من الشذوذات. كما يمكن عند الاشتباه إجراء الفحص لبعض الأمراض الوراثية.

الرأي الطبّي في اختيار جنس الجنين:

لا أهمية أصلاً من الناحية الطبيّة لمعرفة جنس الجنين أهو ذكر أم أنثى إلا في حالات محدودة حيث تكون هناك بعض الأمراض الوراثية التي تحملها الأم ويصاب بها الأبناء الذكور فقط، وفي هذه الحالات المشتبهة مثل حالات مرض الناعور (الهيموفيليا)، فإن اللقيحة الذكرية تستبعد. وقد تمكّن العلماء من معرفة هل هذه اللقيحة الذكرية مصابة أو غير مصابة. وهو فحص معقد نسبياً وقد لا يكون متوافراً سوى في المراكز المتقدّمة والمتخصّصة. وعليه فإنه إذا كان هذا الفحص متوافراً فلا داعي لاستبعاد اللقائح الذكرية إلا بعد فحصها والتأكد من إصابتها. والاحتمال هو إصابة 50% منها وأن الخمسين الباقية سليمة، وبالتالي يمكن إعادتها إلى الرحم. أمّا إذا لم تكن هذه الإمكانيّة متوافرة فإنه يُلجأ إلى استبعاد كل اللقائح الذكرية، وإعادة اللقائح الأنثوية فقط لأنها تكون بإذن الله غير مصابة بهذا المرض.

والنقاش لا يزال محتدماً حول أهمية الأسباب الاجتماعية في اختيار جنس الجنين. وهل يمكن أن تتعرّض المرأة لكل المعاناة وكشف العورة والمبالغ الباهظة واحتمال الإصابة بفرط تنبيه المبايض **Ovarian Hyperstimulation Syndrome** وهي حالة خطيرة تصيب المرأة التي تتلقى مجموعة من الهرمونات التي تحرّض

المبيض لإفراز العديد من البويضات، فهل يمكن أن تتعرض المرأة لكل هذه المصاعب والآلام والمخاطر من أجل أن تحصل على جنين ذكر، قد لا يتم مولده بل قد يسقط قبل مواعده. مع العلم أن نسبة الحصول على مولود حي سليم في مشاريع أطفال الأنابيب لا يزيد عن 30% في كل محاولة، وذلك في أفضل المراكز العالمية.

والخلاصة: أن الرأي الطبي لا يؤيد أبداً إجراء هذه الفحوصات من أجل اختيار جنس الجنين لأسباب اجتماعية، وإن كان هناك بعض الأطباء الذين يتحدثون في أجهزة الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية عن قدراتهم المزعومة التي تبلغ مائة بالمائة لإعطاء الأسرة ما تريده من الأبناء. وهذا كله مبني على الغرر والغش والخداع، وعدم تبيين كافة أوجه الحقائق للحصول على المال الحرام.

(3) الإجهاض كوسيلة لاختيار جنس الجنين: يمكن معرفة جنس الجنين بواسطة الموجات فوق الصوتية وذلك منذ الشهر الخامس للحمل بصورة شبه مؤكدة، ولكنها كما أسلفنا مثل بقية الطرق الأخرى، قابلة للخطأ.

وعندما يعلم الوالدان أن جنس الجنين هو الجنس غير المرغوب فيه، وغالباً ما يكون أنثى، فإنهم يقررون إجهاضه، وهي جريمة بشعة بكل المقاييس.

وقد انتشرت عيادات معرفة جنس الجنين، وبالتالي إجهاضه، في الهند والصين وأدى ذلك إلى قتل مئات الآلاف من الأجنة الأنثوية سنوياً. وقد ذكرت مجلة التايم الأمريكية (4 يناير 1988) في تحقيق خاص حول هذه القضية أن في مدينة بومبلي بالهند أكثر من خمسمائة عيادة لمعرفة جنس الجنين وإجهاضه حسب طلب الوالدين. ويرجع السبب إلى أن على الفتاة في الهند أن تقدم المهر للرجل، على عكس ما هو مفترض. وتصبح البنت لذلك عبئاً ثقيلاً على أسرتها. وغالباً ما يكون المهر مبلغاً كبيراً من

المال أو تقديم سيارة للعريس أو منزل له. وكل ذلك يثقل كاهل الأب وخاصة إذا كان لديه عدد من الفتيات فلا يوجد لدى هذا الأب المنكوب سوى أن يتخلّص من هذه الصغيرة التي لا تزال مكنونة في الأرحام. وللأسف فإن هذه الحالات من قتل الأجنّة في ازدياد. وقد ذكر الدكاترة حسان حتوت وماهر حتوت في ندوة لإنجاب في ضوء الإسلام المنعقدة في الكويت (شعبان 1403هـ/ مايو 1983) أن النساء في الولايات المتحدة يفضلن الذكور وأن كثيراً منهن يطلبن إجراء الإجهاض إذا كان الجنين أنثى.

وأما في الصين فقد كان منتشراً فيها قتل المواليد من الإناث وخاصة منذ عام 1958 عندما سنت الحكومة الصينية تشريعاً يمنع أي أسرة من أن يكون لها أكثر من طفل واحد فقط، وبما أن غالبية الصينيين، بل غالبية البشر يفضلون الذكر على الأنثى، فإنهم يقومون في الصين بقتل المولودة الأنثى خُفية لتتاح لهم فرصة الحصول على مولود ذكر.

وقد تطوّرت هذه الوسيلة في وأد البنات بانتشار استخدام الموجات فوق الصوتية وتحوّل الأمر من وأد البنات المواليد إلى إجهاضهن. وقد تمّ في الصين قتل ملايين الأطفال من الإناث في أرياف الصين بسبب هذا القانون الظالم، وبانتشار الموجات الصوتية، فإن قتل الإناث وهُنَّ في الأرحام أصبح أمراً شائعاً لدرجة أن التوازن السكاني بين الذكور والإناث قد اختل. وحلّ الإجهاض المتأخر محلّ وأد البنات.

عيوب هذه الطريقة في تحديد واختيار جنس الجنين تتمثل في الآتي:

(أ) قتل ملايين الأنفس البريئة بواسطة الإجهاض بعد نفخ الروح فيهم:

عشر الميلادي. وبدأت القوانين تحاربه، وتحول من العلانية إلى الخفاء. وزاد في الصين بعد القانون الذي سنّه ماوتسي تونج عام 1958، حتى ظهرت الوسائل الحديثة بالموجات الصوتية فتحوّل الناس إلى الإجهاض، كما أوضحناه.

وقد استمر قتل الأولاد في أوروبا سراً إلى القرن التاسع عشر الميلادي بسبب الفقر وحوادث حمل الزنا، وعدم توفر وسائل منع الحمل، وقد أدّى ذلك كله إلى قتل العديد من هؤلاء المواليد، بالإضافة إلى قتل الأولاد المشوّهين وهو أمر كانت تقرّه بصورة ما تلك المجتمعات الأوروبية.

وقد أصبحت كل قوانين العالم تُدين قتل المواليد، وهي تختلف في درجة شدّتها. أمّا تطبيق هذه القوانين فيعتمد على عوامل عديدة. ولا يزال وأد البنات يتم في الأرياف في الصين والهند وبعض مناطق العالم المختلفة سراً وبصورة محدودة بالمقارنة مع ما كان موجوداً إلى نهاية القرن التاسع عشر الميلادي.

رأي الفقهاء المعاصرين في حكم اختيار جنس الجنين⁽¹⁾

لا شك أن الفقهاء المعاصرين مجمعون على تحريم الإجهاض من أجل اختيار جنس الجنين، ولكن الوسائل الأخرى التي تتحكّم في جنس الجنين إلى حد كبير مثل تجميع الحيوانات المنوية من الزوج ثم فصل المجموعات التي تحمل شارة الذكورة عن تلك التي تحمل شارة الأنوثة، ثم حقن المجموعة المطلوبة في رحم الزوجة فيما يعرف بالتلقيح الصناعي الداخلي أمر قد اختلف فيه الفقهاء المعاصرون إلى فريقين:

الفريق الأول: يحرم هذه الطريقة: لعدّة أسباب منها أنها نوع من الاعتراض على قدر الله بمعنى أننا نتدخل في أمر قدرة الله

(1) العبد، أسامة. حيثيات الأحكام الشرعية لبعض المسائل الطبيّة، المنظمة الإسلامية للعلوم الطنّية الكويت، بحث غير منشور.

يجوز اختيار جنس الجنين بالطرق الطبيعية، كالنظام الغذائي، والغسل الكيميائي، وتوقيت الجماع بتحرّي وقت الإباضة، لكونها أسباباً مباحة لا محذور فيها.

ثانياً:

لا يجوز أي تدخل طبي لاختيار جنس الجنين، إلا في حال الضرورة العلاجية في الأمراض الوراثية، التي تصيب الذكور دون الإناث، أو بالعكس، فيجوز حينئذٍ التدخل، بالضوابط الشرعية المقررة، على أن يكون ذلك بقرار من لجنة طبية مختصة، لا يقلّ عدد أعضائها عن ثلاثة من الأطباء العدول، تقدم تقريراً طبياً بالإجماع، يؤكّد أن حالة المريضة تستدعي أن يكون هناك تدخل طبي، حتى لا يصاب الجنين بالمرض الوراثي، ومن ثم يعرض هذا التقرير على جهة الإفتاء المختصة، لإصدار ما تراه في ذلك.

ثالثاً:

ضرورة إيجاد جهات للرقابة المباشرة والدقيقة على المستشفيات والمراكز الطبية، التي تمارس مثل هذه العمليات في الدول الإسلامية، لتمنع أي مخالفة لمضمون هذا القرار. وعلى الجهات المختصة في الدول الإسلامية إصدار الأنظمة والتعليمات في ذلك.

وصلى الله وسلم على نبينا محمد وآله وصحبه.

الفصل الرابع والعشرون

حالات تغيير الجنس

1 وعن عائشة > أن رسول الله ﷺ قال: «لعن الله الرجل من النساء». وعن أبي هريرة < يرفعه إلى النبي ﷺ قال: «لعن الرجل يلبس لبسة المرأة، والمرأة تلبس لبسة الرجل»⁽²⁾.

وتغيير الجنس من رجل كامل الرجولة له أعضاء تناسلية ذكرية ظاهرة وباطنة، وكروموسومات كل خلية في جسده تنبئ بالخير اليقين أنه رجل (XY)، وهرمونات جسمه هرمونات الذكورة، وتحويله إلى شكل امرأة، وذلك بجبّ ذكره، واستئصال خصيتيه، ووضع فرج صناعي له من بقايا كيس الصفن، هو من أشد أنواع المسخ والمثلية. فالخصاء في ذاته محرّم.

وقد ورد عن ابن مسعود < قال: كنا نغزو مع رسول الله ﷺ وليس لنا شيء فقلنا ألا نستخصي؟ فنهانا عن ذلك⁽³⁾.

وورد عن سعد بن أبي وقاص < قال: رد رسول الله ﷺ على عثمان بن مظعون التبتل ولو أذن لأختصينا⁽⁴⁾.

وقد جاء في الموسوعة الفقهية «إصدار وزارة الأوقاف بالكويت»: (إن خصاء الأدمي حرام، صغيراً كان أو كبيراً لورود النهي على ما يأتي، حيث قال ابن حجر: «هو نهي تحريم بلا خلاف في بني آدم». وجاء فيها إن الحكمة من منع الخصاء أنه خلاف ما أراده الشرع من تكثير النسل ليستمر جهاد الكفار، وإلا لو أذن في ذلك لأوشك تواردهم عليه فينقطع النسل ويقلّ المسلمون. كما إن فيه من المفساد من تعذيب النفس والتشويه مع إدخال الضرر الذي قد يفضي إلى الهلاك، وإبطال معنى الرجولة التي أوجدها الله سبحانه وتعالى فيه، وتغيير خلق الله، وكفر بالنعمة، وفيه تشبه بالمرأة، واختيار النقص على الكمال).

(1) أخرجه أحمد في مسنده وأبو داود وابن ماجه.

(2) أخرجه الحاكم في المستدرک.

(3) صحيح البخاري، كتاب النكاح، وصحيح مسلم، كتاب النكاح، ومسند أحمد ج 385/1-

390، 420، 432، 450.

(4) أخرجه البخاري ومسلم والترمذي والنسائي.

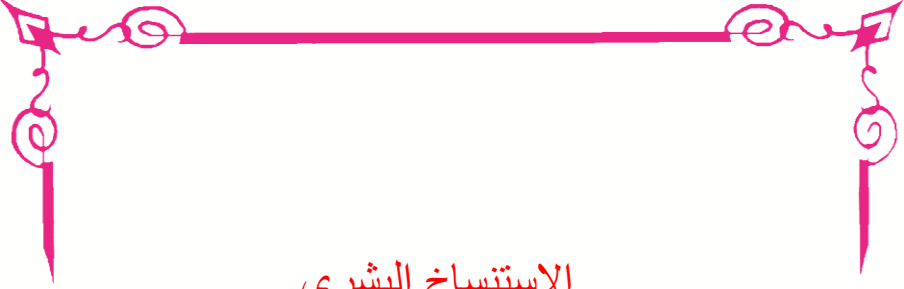
ثم نتطرق لمعالجة مثل هذه الحالات، وأنها تنبني على معالجة المرض النفسي، وعلى إيجاد مجتمع متماسك قوي الإيمان بالله ورسله وكتبه وشريعته.

ثم نوضح مدى انتشار هذه اللوثة الخطيرة في العالم العربي خاصة والعالم الإس لامي عامة، وكيف أن القوانين الوضعية تسمح لمن شاء أن يقوم بتغيير جنسه، وأن بعض الأطباء يقدمون على ذلك العمل المشين لأنهم تربوا على مفاهيم الطب الغربي ولما في هذه العمليات من مكاسب كبيرة حتى أصبح بعضهم يتفاخر بما يعمله، بل وتصل ببعضهم الوقاحة إلى أن يبالغ في ذكر ما يقوم به من عمليات من هذا النوع ليكسب مزيداً من الزبائن!! والمفجع أن المحاكم تسمح بتغيير الجنس حسب الهوى والرغبة النفسية، وتقبل تغيير بطاقة الأحوال من ذكر إلى أنثى والعكس، وبالتالي تسمح لمثل هذا الشخص بالزواج متى أراد ذلك من الجنس المماثل لجنسه الأصلي، ويعلم هؤلاء المصابون بهذه اللوثة في المحاكم وفي أجهزة الإعلام أنهم مارسوا ويمارسون الزنا والشذوذ الجنسي دون حياء ولا خوف ولا وجل، وذلك لأن القوانين، الوضعية في معظم بلدان العالم الإسلامي تسمح بالزنا ولا تعاقب عليه طالما كان بين بالغين دون إكراه . وكذلك الشذوذ الجنسي لا تعاقب عليه، وتقع عقوبات خفيفة على الزوجة إذا اشتكاها زوجها وأثبت زناها (ولا بد أن يكون الزوج هو المشتكي ورافع الدعوى إذ لا تسمح دعوى غيره عليها)، كما تقع على الزوج عقوبات خفيفة إذا زنى في منزل الزوجية بشرط أن تكون الدعوى مقدمة من زوجته، وفي هذه الحالة يحق لها أيضاً أن تزني، أما إذا زنى الزوج خارج منزل الزوجية فلا تسمع دعاها عليه، لأن ذلك أمر لا يعاقب عليه القانون⁽¹⁾.

وإصلاح هذه القوانين الفاسدة هو المطلب الأول وإلا فالمزيد من الدمار وتغيير الجنس والفساد في الأرض سيحرق الأخضر واليابس ويدمر مجتمعاتنا الإسلامية تدميراً كاملاً.

الفصل الخامس والعشرون

الاستنساخ البشري



الإستنساخ البشري

ما أن أطلقت النعجة «دولي» - وهو اسم النعجة التي ظهرت بطريقة الإستنساخ- تغازل البشرية وتتحداهما في شهر فبراير 1997، حتى وملأت الدنيا وشغلت الناس . والإستنساخ باختصار هو الحصول على عدد من النسخ طبق الأصل من نبات أو حيوان أو إنسان، بدون حاجة إلى تلاقح خلايا جنسية ذكرية أو أنثوية. ورغم أن الاستنساخ موجود أصلاً في الطبيعة التي حولنا، إلا أنه أخذ بعداً آخرًا عندما حاول العلماء تطبيقه على الحيوان. ففي عالم النبات حالات عديدة من الاستنساخ، كما في الصفصاف والتين والبنغالي والتوت وغيرها من النباتات التي يمكن فيها أخذ جزء من النبات وزرعه، فنحصل على نبات كامل مماثل للأصل.

- (4) غرسوا داخل كل بيضة مفرغة من نواتها نواة من خلية الضرع... وهذه النواة تحتوي على الصبغيات كاملة، وهي ما يسمى بالحقيقية الوراثية التي تعطي جميع الخصائص الذاتية للمخلوق.
- (5) وضعت كل خلية في أنبوب اختبار.
- (6) سلطوا على الخلية في أنبوب الاختبار صعقة كهربائية فتحركت الخلايا للانقسام.
- (7) حدث الانقسام في 29 خلية فقط من أصل 277 خلية، وبلغت هذه الخلايا مرحلة (8-10 خلايا متماثلة).
- (8) قاموا بزرع هذه اللقحة (8-10 خلايا متماثلة) في مكانها في الرحم.
- (9) من بين الـ 29 لقحة، واحدة فقط وصلت إلى إتمام النمو فولدت سخلة (نعجة صغيرة) تامة الخلق في شهر تموز (يوليو) 1996، وكانت تزن 6.600 كيلو غراماً وهي مماثلة لأمها ذات الرأس الأبيض.
- (10) راقب الباحثون نموها حتى بلغت الشهر السابع من العمر، وعندها أعلنوا نجاحهم العلمي للعالم. وانطلقت وسائل الإعلام تدوي عبر العالم، وانقسمت ردود الفعل الأولى بين مصفق للنجاح ورافض له. وحققت شركة **P.P.L** الإنجليزية لصناعة الأدوية مكاسب كبيرة، وهي الشركة التي مولت مخبر بحوث روزلان في اسكتلندة حيث ولدت دولي. وارتفعت أسهم هذه الشركة غداة الإعلان بـ 13% في بورصة لندن.
- ولما ظهرت صورة «دولي» على شاشات التلفاز في العالم أجمع ثار سيل عارم من الأسئلة:

وراحت خيالات الكتاب تسرح وتمرح، فمن قائل باستنساخ هتلر وأنشتاين والمنتبي وغيرهم من الرجال والنساء، إلى من قائل باستنساخ فراعنة مصر من المومياة !! والحقيقة أنه لا بد في الاستنساخ من وجود خلية حية يمكن من خلالها إجراء عملية الاستنساخ.

ورغم عدم الإعلان عن تجارب على استنساخ البشر إلا أن هناك من يقول بأن تلك التجارب قد بدأت بالفعل إحداها في أمريكا وذلك تحت سرية تامة. وأعلنت شركة كلونيد **clonaid** أنها قامت باستنساخ أول طفل على مستوى العالم، ولم تعلن أين مكان هذا الطفل بالتحديد ولا التركيب الوراثي له، ولم تقدم أي دليل على ما تقول، واتهما العلماء من معظم دول العالم بالكذب والترجح الإعلامي. والحقيقة أن أول نعجة استنسخت في استراليا ماتت عن عمر سنتين وعشرة أشهر، وأن الجثة تعفنت سريعاً بعد الوفاة بطريقة غير معهودة من قبل!! وأكد باحثون يابانيون أن 10 من 12 من الفئران الذكور المستنسخة ماتت قبل المدة الطبيعية لحياة الفئران.

ما هي ردود الفعل العالمية تجاه الاستنساخ؟

ما أن تم الإعلان عن بلوغ «دولي» شهرها السابع وانتشرت صورها في أرجاء العالم حتى تباينت الآراء من الاستنساخ البشري إلى ثلاثة مواقف:

الأول يشجعه، وهو موقف المتخصصين في علاج العقم. **والثاني يعارضة**، وهو الموقف الذي اتخذته حكومات إنجلترا وألمانيا وفرنسا.

والثالث يرى عدم التسرع في الرفض أو القبول، بل تحديد فترة مؤقتة توقف فيها الأبحاث حتى تستكمل دراسة النواحي الاجتماعية والأخلاقية للاستنساخ. وبعدها يقرر استئنافه أو

توقيفه. وهو موقف الولايات المتحدة الأمريكية التي دعت إلى إيقاف تمويل الأبحاث المستخدمة في الاستنساخ البشري . وفي نوفمبر 2003 تمّ بيان عيوب الاستنساخ في تقرير وكالة الغذاء والدواء الأمريكية **FDA** مع اللجنة الإرشادية للطب البيطري. وفي عام 2003 دعت نحو 60 أكاديمية علمية من مختلف أنحاء العالم إلى حظر عالمي لاستنساخ البشر ، كما اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 2005 بياناً غير ملزم يحثّ الحكومات على حظر كافة أشكال الاستنساخ البشري بما في ذلك الأجنة البشرية لأبحاث الخلايا الجذعية.

الاستنساخ الحيواني "الاستنساخ البشري":

ولا بد من التفريق بين «الاستنساخ الحيواني» و «الاستنساخ على البشر». فللاستنساخ الحيواني مزايا وعيوب . ولكن مزاياه ربما فاقت عيوبه . فمن مزاياه أنه يمكن استنساخ أعداد هائلة من الخراف والبقر لتوفير الغذاء في العالم، واستنساخ أبقار تنتج حليباً ربما يعادل حليب الأم مثلاً، وقد يسهل الاستنساخ عند الحيوان الدراسات الجارية الآن للتعرف على مسببات السرطان وعلاجه.

«الهندسة الوراثية» و «الاستنساخ»:

وهناك أيضاً فرق هام جداً بين «الهندسة الوراثية» و «الاستنساخ». فالهندسة الوراثية في النبات والحيوان تهدف إلى التعرف على المورثات وعلاقتها بالأمراض الوراثية ومن ثمّ معالجتها. وهذا عمل جيد ومحمود. كما أنه يمكن بواسطة الهندسة الوراثية الحصول على عقاقير جديدة ومفيدة للإنسان، كالأنسولين البشري الذي تم الحصول عليه وغيره من الأدوية كالسوماتوستاتين، والأنترفيرون المستخدم في علاج السرطان والأمراض الفيروسية وغيرها.

ما هي الاستخدامات التي يقترحها أنصار الاستنساخ البشري؟

يقول أنصار الاستنساخ البشري بأن هناك استخدامات متوقعة للاستنساخ البشري ومنها:

- (1) زوجان مصابان بالعقم ولا يصلحان لطفل الأنابيب.
 - (2) أبوان لهما طفل واحد أصيب بمرض خطير وتوفي، وستهما لا يسمح بالإنجاب بعد ذلك.
 - (3) زوجان مصابان بمرض وراثي واحتمال حدوثه عال جداً عند الأبناء. (المشكلة باقية إذا تم الإستنساخ من أحد الأبوين المصابين).
 - (4) طفل أصيب بمرض خطير ويلزمه نقل نخاع عظمي (مثلاً) دون أي فرصة أن يرفض جسمه النخاع الجديد⁽¹⁾.
- 1 وهذه بعض الأمثلة للاستخدامات المحتملة للاستنساخ البشري، وربما كان هناك الكثير من الاستخدامات الأخرى والخطيرة.

ما هي مخاطر الاستنساخ البشري؟

لا شك أن وجود الزوجين معاً والمعايشة بينهما يوفر السكينة وهدوء النفس وراحة البال واستقرار المجتمع وعدم اضطرابه، وقد جعل سبحانه وتعالى الذرية السوية من خلال التقاء نطف الزوجين في الأرحام وليس من طريق آخر.

واستنساخ كائن بشري ينطوي على مخاطر طبية وأخلاقية جمة من التشوهات والشيخوخة والموت المبكرين إضافة إلى أنه سيؤدي إلى استخدام النساء كحيوانات اختبار ومادة للاتجار.

(1) الاستنساخ البشري: د. حسان شمسي باشا، بحث مقدم لمجمع الفقه الإسلامي الدولي . في مؤتمره العاشر بجدة عام 1997م.

الاستنساخ البشري وأثره على المجتمع:

سيؤدي الاستنساخ البشري إلى تفكك الأسرة والشعور بعدم الانتماء إليها وسيكون هناك اضطراب في الأ نساب، وما يتبعه من اضطراب في المجتمع، وقد يضطرب أعداد الذكور أو الإناث، فتخيلوا مثلاً أن المستنسخين كلهم كانوا جميعاً من الذكور، فماذا سيحدث؟

ولن يكون هناك مفهوم الفرد بذاته، بل ستميع ذاتية الفرد، وتختل الموارد، ويتزلزل كيان الأسرة . إذا قَدَّر لهذا النسخ الحياة فممن من يرث؟ ومن يرثه؟ وكيف يقسم الميراث بينه وبين الورثة من إخوته وأخواته⁽¹⁾.

هل هذا النسخ يؤدي إلى زواج المحارم أم إلى تحريمها؟

هل يترتب على الاستنساخ الاستغناء عن الزواج؟ وكيف يتم إشباع الرغبة الجنسية؟ والسيلان والزهري والإيدز ليس منا ببعيد؟ من يتحمل عبئ ووزر استنساخ أطفال مشوهين يعانون أسوأ الأمراض النفسية؟ هل هو المنسوخ منه أم الناسخ أم هو الدكتور الذي قام بذلك أم المجتمع الذي أباح ذلك؟ بل من المسؤول إذا أصيب الزوجان والأقارب والناس بالاكْتئاب من رؤية هذه النسخ المشوّهة؟ من يتحمل عبئ ووزر عدم مما رسة النسخ المشوّه لحياته الطبيعية كما يعيشها الناس؟ ما هو الحال اذا استنسخت عدة نسخ من أحد الزوجين ذكوراً كانوا أو إناثاً وكيف تتم التفرقة بينهم؟ ومن يُعاقب منهم إذا اقترف جرماً أو إثماً مبيهاً؟ وقد يلجأ في الاستنساخ إلى طرق إجرامية كاستنساخ شخص بدون إذنه أو بيع أجنة مستنسخة أو الحصول على نسخ متماثلة من أشد المجرمين عنوة ووحشية أو اختيار سلالة متميزة تعتبر هي الجنس الأرقى وسلالة أخرى من العبيد وهكذا...

(1) د. محمد أحمد غانم، الإستنساخ: المكتب الجامعي الحديث، القاهرة 2009م.

تي ثج ثم ثي جي جم حج حم خجخ خم سح سحسح
[فاطر: 11].

كما جعل سبحانه وتعالى غريزة الأمومة والأبوة لرعاية
 الذرية لإحساس كل منهما بأن هذا الجنين جزء منه ، وهذه تنتفي
 في الاستنساخ.

ولما كثرت التساؤلات عن حكم الشرع في الاستنساخ
 البشري، ولما كان من الصعب جداً على فقيه واحد أن يدلي برأيه
 في مسألة مستحدثة ومعقّدة كالاستنساخ، فقد دعت المنظمة
 الإسلامية للعلوم الطبية إلى عقد ندوة تضم فريقاً من الفقهاء
 الأجلاء، والأطباء المتخصصين لدراسة أمر الاستنساخ البشري.
 وقد عقدت الندوة في الدار البيضاء في المملكة المغربية ما
 بين 14-17 يونيو (حزيران) 1997، ودرست الموضوع دراسة
 جدية وعميقة وصدر في ختامها التوصيات التالية:

أولاً: تجريم كل الحالات التي يقحم فيها طرف ثالث على
 العلاقة الزوجية سواء أكان رحماً أم بيضةً أم حيواناً منوياً أم خليةً
 جسدية للاستنساخ.

ثانياً: منع الاستنساخ البشري العادي، فإن ظهرت مستقبلاً
 حالات استثنائية عرضت لبيان حكمها الشرعي من جهة الجواز.

ثالثاً: مناقشة الحكومات سن التشريعات القانونية اللازمة
 لغلق الأبواب المباشرة وغير المباشرة أمام الجهات الأجنبية
 والمؤسسات البحثية والخبراء الأجانب للحيلولة دون اتخاذ البلاد
 الإسلامية ميداناً لتجارب الاستنساخ البشري والترويج لها.

رابعاً: متابعة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وغيرها
 لموضوع الاستنساخ ومستجداته العلمية وضبط مصطلحاته وعقد
 الندوات واللقاءات اللازمة لبيان الأحكام الشرعية المتعلقة به.

خامساً: الدعوة إلى تشكيل لجان متخصصة في مجال الأخلاقيات الحياتية لاعتماد بروتوكولات الأبحاث في الدول الإسلامية وإعداد وثيقة عن حقوق الجنين».

قرار رقم: 94 (10/2)

بشأن الاستنساخ البشري

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره العاشر بجدة في المملكة العربية السعودية خلال الفترة من 23-28 صفر 1418هـ الموافق 28- حزيران (يونيو) - 3 تموز (يوليو) 1997م، بعد اطلاعه على البحوث المقدمة في المجمع بخصوص موضوع الاستنساخ البشري، والدراسات والبحوث والتوصيات الصادرة عن الندوة الفقهية الطبية التاسعة التي عقدها المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، بالتعاون مع المجمع وجهات أخرى، في الدار البيضاء بالمملكة المغربية في الفترة من 9-12 صفر 1418هـ الموافق 14-17 حزيران (يونيو) 1997م، واستماعه للمناقشات التي دارت حول الموضوع بمشاركة الفقهاء والأطباء، انتهى إلى ما يلي:

مصفاة الشريعة، لتمرر المباح وتحجز الحرام، فلا يسمح بتنفيذ شيء لمجرد أنه قابل للتنفيذ، بل لا بد أن يكون علماً نافعاً جالاً بمصالح العباد ودارناً لمفاسدهم . ولا بد أن يحافظ هذا العلم على كرامة الإنسان ومكانته والغاية التي خلقه الله من أجلها، فلا يُتخذ حقلاً للتجريب، ولا يُعْتنى على ذاتية الفرد وخصوصيته وتميزه، ولا يؤدي إلى خلخلة الهيكل الاجتماعي المستقر أو يعصف بأسس القربات والأنساب وصلات الأرحام والهيكل الأسريّة المتعارف عليها على مدى التاريخ الإنساني في ظلال شرع الله وعلى أساس وطيّد من أحكامه.

وقد كان مما استجد للناس من علم في هذا العصر، ما ضجت به وسائل الإعلام في العالم كله باسم الاستنساخ . وكان لا بد من بيان حكم الشرع فيه بعد عرض تفاصيله من قبل نخبة من خبراء المسلمين وعلمائهم في هذا المجال

تعريف الاستنساخ:

من المعلوم أن سنة الله في الخلق أن ينشأ المخلوق البشري من اجتماع نطفتين اثنتين تشتمل نواة كل منهما على عدد من الصبغيات (الكروموسومات) يبلغ نصف عدد الصبغيات التي في الخلايا الجسدية للإنسان. فإذا اتحدت نطفة الأب (الزوج) التي تسمى الحيوان المنوي بنطفة الأم (الزوجة) التي تسمى البويضة تحولتا معاً إلى نطفة أمشاج أو لقيحة تشتمل على حقيبة وراثية للهلة وتمتلك طاقة التكاثر فإذا انغرست في رحم الأم تنامت وتكاملت وولدت مخلوقاً مكتملاً بإذن الله. وهي في مسيرتها تلك تتضاعف فتصير خليتين متماثلتين فأربعاً فثمانياً ... ثم تواصل تضاعفها حتى تبلغ مرحلة تبدأ عندها بالتمايز والتخصص فإذا انشطرت إحدى خلايا اللقيحة في مرحلة ما قبل التمايز إلى شطرين متماثلين تولد منهما توأمين متماثلان وقد أمكن في الحيوان إجراء فصل اصطناعي لأمثال هذه اللقائح، فتولدت منها توأمين متماثلين. ولم يبلغ بعد عن حدوث مثل ذلك في الإنسان . وقد عُدَّ ذلك نوعاً من الاستنساخ أو

سابعاً: الدعوة إلى تشكيل لجان متخصصة تضم الخبراء وعلماء الشريعة لوضع الضوابط الخلقية في مجال بحوث علوم الأحياء (البيولوجيا) لاعتمادها في الدول الإسلامية.

ثامناً: الدعوة إلى إنشاء ودعم المعاهد والمؤسسات العلمية التي تقوم بإجراء البحوث في مجال علوم الأحياء (البيولوجيا) والهندسة الوراثية في غير مجال الاستنساخ البشري، وفق الضوابط الشرعية، حتى لا يظل العالم الإسلامي عالمة على غيره، وتابعاً في هذا المجال.

تاسعاً: تأصيل التعامل مع المستجدات العلمية بنظرة إسلامية ودعوة أجهزة الإعلام لاعتماد النظرة الإيمانية في التعامل مع هذه القضايا وتجنب توظيفها بما يناقض الإسلام وتوعية الرأي العام للتثبت قبل اتخاذ أي موقف، استجابة لقول الله تعالى: (زُرُّوا نِسَاءَهُنَّ مِنْ خَلْفِهِمْ يُحِبُّونَ مَا تَحِبُّونَ لَكُمْ وَأَنْتُمْ حَارِمُونَ). [النساء: 83].

والله أعلم

الفصل السادس والعشرون

الانعاش القلبي الرئوي

والتداوي قرب نهاية الحياة

الإنعاش القلبي الرئوي والتداوي قرب نهاية الحياة

الإنعاش القلبي الرئوي هو عملية إنقاذية لشخص توقف قلبه أو تنفسه فجأة أو في بعض الحالات المرضية بصورة متوقعة . وهي تتمثل في الضغط على الصدر في منطقة القصّ بحوالي مائة ضربة في الدقيقة لتعيد القلب إلى النبض. كما يتم النفخ عن طريق الفم بحوالي 8-12 مرة في الدقيقة هذا إذا كان المصاب في المنزل أو في الشارع أما إذا كان في المستشفى أو في سيارة الإسعاف فيضاف إلى ذلك جهاز (الصدمة القلبية) موقف الذبذبات القلبية وجهاز تنفس وإدخال انبوبة التنفس إلى الرغامى (القصبة الهوائية) أو على الأقل استخدام جهاز أمبو للمساعدة في التنفس. ويضاف إلى ذلك إعطاء عقاقير عن طريق الأوردة أو الشرايين أو في القلب مباشرة وذلك لتنشيط القلب وإعادته إلى الحركة بعد توقفه لدقائق معدودة.

والهدف من كل ذلك استمرار الدورة الدموية لإيصال الدم والأوكسجين إلى الدماغ وبقية الأعضاء وذلك يستدعي الإنعاش القلبي الرئوي بالإضافة إلى إدخال انبواب الهواء إلى القصبة الهوائية والتنفس الإصطناعي وإستخدام جهاز موقف الذبذبات

القلبية (الصدمة القلبية) وإعطاء العقاقير المنشطة للقلب والدورة الدموية.

ويجب الإسراع بالإنعاش القلبي الرئوي لأن الدماغ لا يتحمل انقطاع الدم والأوكسجين لفترة أكثر من أربع دقائق . ويصاب بأذى بالغ إذا لم يتم إعادة الدورة الدموية خلال سبع دقائق ويموت الدماغ إذا توقفت الدورة الدموية والأوكسجين عنه لمدة عشر دقائق وقد تحدث الوفاة الدماغية في مدة أقل من ذلك.

ورغم الاهتمام الشديد في الغرب خاصة بتعليم العامة والطلبة بكيفية الإنقاذ وعملية الإنعاش القلبي الرئوي إلا أن نسبة النجاح واستعادة الشخص لوعيه وحياته تكون في حدود 4 بالمئة إذا كان المسعف شخص من العامة وتقل النتيجة في حالة التأخر كما يحدث عند طلب الإسعاف فتكون نسبة النجاح 2 بالمئة فقط.

أما إذا حصل الإنعاش القلبي الرئوي لمريض موجود في المستشفى وهو تحت المراقبة فإن نسبة نجاح الإنعاش كبيرة نسبياً وتصل إلى 22 بالمئة بحيث يعود المريض إلى وعيه إلا إذا كان مرضه خطيراً كما سنشرحه بعد قليل فإن نسبة النجاح في هذه الحالات ضئيلة . والغريب حقاً أن المريض الموجود في المستشفى إذا توقف قلبه فجأة، ولم يكن أحد قد لاحظ ذلك مباشرة فإن نسبة بقاء المريض على قيد الحياة تنخفض إلى واحد بالمئة فقط!! أما إذا استخدم جهاز وقف الذبذبات (الصدمة القلبية) في خلال 3 إلى 5 دقائق من توقف القلب (مع وجود ذبذبات بطينية) فإن نسبة بقاء المريض على قيد الحياة ترتفع إلى 30 بالمئة.

وهذه الأرقام عكس ما تظهره البرامج التلفزيونية والمسلسلات التي توهم الناس أن نسبة النجاح عالية جداً . وهو أمر غير صحيح بل إن الصحيح أن نسبة النجاح ضئيلة جداً إذا تم الإسعاف بواسطة العامة، رغم أن بدء الإنعاش القلبي ربما تم في خلال لحظات من توقف القلب . أما إذا تأخر الإنعاش كما

يحدث عند طلب الإسعاف فإن نسبة النجاح كانت متدنية جداً (2 بالمئة). وحتى لو كان المريض في المستشفى ولم ينتبه أحد لحدوث التوقف إلا بعد فوات الأوان فإن نسبة النجاة تتدنى إلى واحد بالمئة.

وقد نُشرت أبحاث تدل على أن الأهمية في الإنعاش القلبي الرئوي هي في إعادة القلب والدورة الدموية . ولهذا زعم بعض الباحثين أن الجمهور والعامّة ينبغي فقط أن يهتموا بكيفية الضغط على القص (الصدر) بالطريقة السليمة دون ثني الذراع وبصورة منتظمة تبلغ مائة مرة في الدقيقة بحيث يتم الضغط على القلب بدرجة كافية لإخراج الدم منه وعودته إليه بصورة منتظمة . فإذا أمكن استمرار التروية الدموية للدماغ ولبقية الأعضاء وخاصة القلب ذاته فإن عودة القلب إلى النبض تلقائياً قد تحدث ، ولكن هذا الأمر نادر الحدوث ويحتاج الأمر إلى صدمة كهربائية بجهاز منع الذبذبات (الصدمة القلبية).

وقد يحدث أن التنفس هو الذي يتوقف ولا يزال القلب ينبض، وهو أمر أقل حدوثاً مما سبق، فيجب الإسراع بإحداث التنفس الاصطناعي إما بواسطة النفخ المباشر بالفم (وهو أمر لا يحبه من يقوم بهذه الإجراء)، أو بواسطة جهاز تنفس بأنواعه المختلفة وأسهلها ما يعرف بـ **Ambu bag**، وهو ما يحمله المسعفون معهم ويمكن تدريبهم على إدخال انبوب التنفس في القصبة الهوائية (الرغامى) ويكونون على درجة عالية من الكفاءة.

أما في الأطفال الصغار فيتم الضغط على الصدر بواسطة إصبعين فقط، هما السبابة والوسطى . ووجد بعض الباحثين أن الضغط على البطن يؤدي إلى إستعادة الدورة الدموية، وقد نشر ذلك البحث في المجلة الأمريكية لطب الطوارئ في عدد سبتمبر 2007 حيث وجدوا أن كمية الدم التي ضخها القلب بهذه الطريقة تزيد عن الطريقة التقليدية بـ 60 بالمئة.

وإذا تم إنتشار هذه الطريقة مع عدم التنفس بالفم (بواسطة النفخ من الفم إلى الفم) فإن حدوث كسور وكدمات في عظم القفص والأضلاع يصبح أمراً بعيد الاحتمال وكذلك حدوث العدوى (بواسطة التنفس من الفم للفم).

وقد أنتشر عبر الرسائل في الأنترنت أن الشخص يمكن أن ينقذ نفسه من توقف القلب وذلك بأن يسعل (يكح) سعالاً متواصلًا. وهذا الأمر غير مفيد لأن القلب إذا توقف أغمي على الشخص مباشرة. وأما حالة الإصابة بجلطة في القلب (إحتشاء قلبي) فإن السعال المتواصل يضيف جهداً على القلب وقد يؤدي إلى ضرر أكبر.

والحالة الوحيدة التي ينفع فيها هذا الإجراء هو عند حدوث اضطراب مفاجئ في النبض فإن السعال المتكرر قد يعيد القلب إلى نظمه الطبيعي.

وقد تم في الآونة الأخيرة إيجاد أجهزة تساعد على الضغط على الصدر بصورة منتظمة وبدون تفاوت كما يحدث مع الإنسان في درجة الضغط ، وهذه الأجهزة تساعد المسعفين على إجراءات أخرى مثل التنفس ، واستخدام جهاز مانع الذبذبات. ولا بد أن يبدأ الإنعاش القلبي الرئوي بأسرع ما يمكن من لحظة توقف القلب، وإذا تم ذلك خلال 3-5 دقائق مع استخدام جهاز مانع لذبذبات (الصدمة القلبية) فإن نسبة النجاح في إنقاذ المصاب ترتفع إلى 30 بالمئة وربما أكثر . وأما إذا تأخر الإنعاش القلبي إلى سبع دقائق فإن نسبة النجاح تكون ضئيلة ، وإذا نجح فإن المصاب يتحول إلى حالة نباتية دائمة بإصابة كبيرة وخطيرة في الدماغ من النادر أن يخرج منها معافى.

إتخاذ قرار بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي

أن الهدف من التداوي هو حفظ الصحة موجودة واستعادتها مفقودة. فإذا كان التداوي سيؤدي إلى ضرر أو أن نوع التداوي لا فائدة ترجي منه فلا داعي لإجراء هذا التداوي. ولا شك أن الشخص العاقل البالغ له الحق في قبول أي علاج أو رفضه، وإذا كان الله سبحانه وتعالى قال في كتابه العزيز: (يُحْيِي مَيِّتًا مَيِّتًا) [البقرة: 256]. وقال عز من قائل: (يُحْيِي مَيِّتًا مَيِّتًا) [الكهف: 29].

وحفظ الدين مقدم على حفظ النفس، لأن الفوز في الدنيا والآخرة مرتبط بالدين، والحياة الأبدية السعيدة الخالدة مرتبطة بإتباع المرسلين ومع ذلك فمن حقّ الإنسان أن يكفر، ولا يجوز إجباره على الدين الحقّ لإنقاذه من ظلمات الكفر وعذاب جهنم. كذلك، من باب أولى، لا يجوز إجبار كامل الأهلية، على التداوي، ومن حقّ هذا الشخص أن يقبل أو يرفض التداوي، ولو كان في ذلك الأمر ضرراً بالغاً على حياته. والتداوي ليس بواجب إلا في حالات محدودة لانقاذ حياة أو عدم إصابة الآخرين بمرض معدي. وقد مدح رسول الله ﷺ السبعين ألفاً الذين لا يرقون ولا يسترقون وعلى ربهم يتوكلون. كما خير المرأة السوداء التي كانت تصرع بين الصبر ولها الجنة، وبين أن يدعو لها، فقالت: اصبر، ولكني أتكشّف (حين أصرع) فادعُ الله لي ألا أتكشّف، فدعا لها، فكانت تصرع ولا تتكشّف. وكان ابن عباس ؓ يقول لأصحابه ألا أريكم امرأة من أهل الجنة.. هذه المرأة السوداء. وقد رفض أبو بكر الصديق وأبو الدرداء ومعاذ بن جبل وغيرهم ٧ التداوي في مرض موتهم لعلمهم أن ذلك لا يفيد.

ومن حق الإنسان الكامل الأهلية أن يرفض إجراء الإنعاش القلبي الرئوي كما أن حقه أن يقرر ذلك في أثناء صحته بأخبار من يثق به من أهله أو أصدقائه أو بكتابة ذلك عند القاضي والإستشهاد على ذلك بأنه إذا وصلت حالته الصحية إلى درجة معينة من السوء، فإنه لا يريد الإجراءات التي يحددها الإنعاش القلبي الرئوي.

ولكن ليس من حق هذا الشخص أن يقرر نيابة عمّن هم تحت ولايته بمنع التداوي عنهم، وإذا رأى الأطباء أن هذا القرار بالنسبة لهؤلاء الذين هم تحت ولايته، غير مناسب، فلهم الحق بإتخاذ الإجراء المناسب وإنقاذ الأطفال أو ناقصي الأهلية . من ذلك نقل الدم أو الغسيل الكلوي أو الإنعاش القلبي الرئوي، أو أي إجراء طبي. ويجب أن تكون هناك آلية يستطيع الأطباء بواسطتها أن يقوموا بإنقاذ ناقصي الأهلية، وتقديم ما يحتاجونه من رعاية صحية أو إنقاذ، مراغمة و ضد رغبة ولي أمر هؤلاء المساكين . وذلك بإيجاد قرار قضائي سريع يعطي إدارة المستشفى أو المرفق الصحي إجراء اللازم والإسعافات السريعة المطلوبة حتى ولو رفض ولي أمر هؤلاء ذلك.

أما إذا كان المريض في المستشفى ولم يكن قد قرّر من قبل رفض الإجراء الطبي مثل الإنعاش القلبي الرئوي إستخدام التنفس الصناعي (المنفسة) والعقاقير المنشطة للقلب وجهاز منع الذبذبات القلبية فإن على الطبيب المعالج أن يقرّر ما هو المناسب باستشارة طبيبين آخرين وينبغي أن يكون اثنان منهم في درجة اختصاصي أو استشاري.

في الغرب يعطى هذا الحق أيضاً للممرضة المتمرسّة ذات الخبرة وخاصة فيما يسمى الهوسبس وهو المكان الذي يحوّل إليه الميؤوس من شفائهم والمحتاجون للرعاية التمريضية وتخفيف الآلام والأعراض الأخرى. وليس الهدف هو مداواة المريض لأن

المريض لا يمكن مداواته حسب المعلومات الطبية المتاحة في الزمان والمكان.

من هم الذين يقرر الأطباء عدم استخدام الإنعاش القلبي الرئوي معهم؟

(1) **المرضى الذين يعانون من مرض نهائي** مثل سرطان متقدم ومنتشر ، أو إصابات متعددة ومتقدمة من أنواع الشلل ، أو مرض الزهايمر المتقدم ، أو مرض القلب المتقدم مع حدوث جلطات سابقة وتوقف القلب ثم إنقاذه أكثر من مرة أو فشل لمجموعة من الأعضاء الهامة مثل الرئتين مع فشل قلبي أو فشل في الكبد والكلى أو وج ود صدمة اثنائية ، أو وجود حالة يعتقد الأطباء أن نسبة نجاح الإنعاش القلبي الرئوي والإجراءات الأخرى المصاحبة ضئيلة جداً ولا تكاد تذكر وأنه حتى لو نجح الإجراء الطبي في إبقاء المريض على قيد الحياة فإنه سيكون في حالة غيبوبة ومعتمداً تماماً على الأجهزة ولا يجد أي أمل في تحسن حالته.

(2) **المرضى الذين قرروا أثناء وعيهم التام وإدراكهم الكامل أنه إذا وصلت حالتهم الصحية إلى درجة معينة فإنهم يرفضون إجراء الإنعاش القلبي الرئوي أو أي نوع من أنواع التداوي يقررونه هم.**

من يقرر عدم إجراء الإنعاش؟

ينبغي أن يقرر ذلك رأي **Most responsible physician** س الأطباء المعالجين بالاتفاق مع طبيبين آخرين إختصاصيين أو إستشاريين أو أحدهما إستشاري والآخر أخصائي ، وإذا اختلف الأطباء في ذلك فلا ينبغي أن يؤخذ هذا القرار حتى يتم اقتناعهم جميعاً بعدم جدوى الإنعاش القلبي الرئوي . وإذا تم الاتفاق فعليهم أن يوقعوا جميعاً في ملف المريض على ذلك ، ويكون القرار

واضحاً لهيئة التمريض أو أي طبيب آخر، ويبقى هذا القرار ساري المفعول حتى يحدث ما يوجب تغييره بسبب تغيير حالة المريض.

أما إذا خرج المريض من المستشفى فإن القرار السابق يعتبر لاغياً ولا بد من اجتماع الأطباء مرة أخرى لإتخاذ هذا القرار بعد دراسة الحالة من جديد . وفي حالة أن المريض الذي تم إدخاله المستشفى ساءت حالته قبل أن يتخذ قرار عدم الإنعاش القلبي الرئوي فلا بد في هذه الحالة من استخدام كافة وسائل الإنعاش ومن حق المسؤول في العناية المركزة أن يرفض إدخال المريض إليها إذا رأى أن حالته لا تستحق الإدخال إليها بعد الإطلاع الكامل على ملف المريض، وبعد فحصه للمريض وإذا حدث خلاف بينه وبين الطبيب المعالج فينبغي دراسة الأمر مع وجود المسؤول الطبي في المستشفى (CMO) أو من يحتاجونه من الاختصاصيين حتى يصلوا إلى رأي نهائي . ينبغي أن يعرف الأطباء وهيئة التمريض ما ينبغي فعله لكل مريض تحت رعايتهم وأن تكون التعليمات واضحة كالآتي:

- (1) إجراء جميع أنواع الإنعاش المتقدمة كاملة (Full code).
- (2) إجراء الإنعاش المحدد (Limited code) وهذا يعني عدم إجراء الإنعاش الرئوي وعدم إجراء التنفس الصناعي (عدم إدخال أنبوب التنفس إلى القصبة الهوائية (Endo tracheal) وعدم إدخال المريض إلى قسم العناية المركزة وعدم إعطاء العقاقير الرافعة للضغط أو المنبهة للقلب والدورة الدموية (Inotropes), vasopressors) وإذا كان المريض على جهاز التنفس وفي العناية المركزة فلا ينبغي أن تزداد الدرجة العلاجية التنفسية أو القلبية.
- (3) عدم الإنعاش القلبي الرئوي وعدم إدخال المريض إلى العناية المركزة وعدم التنفس الصناعي واستخدام المنفسة وعدم إعطاء العقاقير الرافعة للضغط والمنبهة للقلب والدورة الدموية .

ويستمر إعطاء مسكّ نات الألم، ومضادات الغثيان، وصعوبة التنفس، مع إبداء التعاطف التامّ مع المريض وذويه وإيجاد كل الوسائل التي تخفف معاناتهم والاهتمام بالناحية الدينية والروحية للمريض.

(4) في حالة أن المريض أو أهله (وهو الغالب) قرروا استخدام كافة وسائل الإنعاش بما فيها الإنعاش الرئوي بينما يرى الأطباء عدم جدوى ذلك فعلى الأطباء توضيح الحالة والإستعانة بمن يستطيع شرح فتوى هيئة كبار العلماء والتي تقرر أن هذه الحالة تخضع لقرار الأطباء المعالجين . وفي حالة فشل التفاهم يحوّل المريض إلى مستشفى آخر أو جهة أخرى تقبل القيام بمثل هذا الإجراء ومن المتوقع أن يرفض المستشفى الآخر أيضاً هذه الإجراءات إلا إذا كان عامل الربح مسيطراً على إدارة المستشفى وفي جميع الحالات يجب توثيق ما حدث في ملف المريض وتوقيع الطبيب المعالج ووكيل المريض أو ولي أمره

واجبات الطبيب المعالج

(1) أن يتعرف على الحالات التي تعتبر مرشحة لعدم الإنعاش القلبي الرئوي (DNR).

(2) أن يقرر أن الحالة قد وصلت بالفعل إلى اتخاذ قرار عدم الإنعاش الرئوي القلبي وذلك باستشارة طبيبين آخرين ذوي خبرة في هذا المجال وأن يوقع الجميع على هذا القرار في ملف المريض وأن يكون القرار مكتوباً (DNR) بخط واضح وكبير ويقراه كل من يتصفح الملف من أطباء ومرمضين مع توضيح السبب الذي أدى إلى هذا القرار.

(3) أن يوضح هذا القرار للمريض إذا كان ذلك ممكناً وبألطف أسلوب ويستعين في ذلك بالمرشد الديني وبقرار هيئة كبار العلماء، وفي الغالب يصعب شرح ذلك للمريض نفسه لإضطراب وعيه ولحالته النفسية، وفي هذه الحالة يجب الشرح الكامل لأهل المريض (أكبر الأبناء أو ولي أمر المريض أو وكيله الشرعي) وينبغي أن

يتحدث الطبيب بأسلوب واضح ومتعاطف مع المريض وأهله ويستعين بالمرشد الديني وبقوى هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية، الفتوى رقم 12086 بتاريخ 1409/6/30 هـ.

(4) أن يوضح للأهل أن جميع وسائل الرعاية الأخرى ستستمر وأن معالجة الألم والغثيان وصعوبة التنفس ستعالج بدون استخدام المنفسة (Ventilator).

(5) الإستعانة بالمرشد الديني والأخصائي الإجتماعي والأخصائي النفسي وشرح ذلك لأهله

وسناقش بصورة منفصلة الرعاية التي تتقدم في نهاية الحياة والتي تتمثل أساساً في إزالة الآلام وإزالة أو التخفيف من الأعراض الأخرى مثل القيء والغثيان وصعوبة التنفس والإمساك مع استمرار التغذية إما بالفم إذا كان المريض يستطيع ذلك أو بواسطة أنبوب إلى المعدة وإعطاء السوائل المطلوبة عبر الوريد وفيما يلي سنعرض للفتاوى الصادرة في هذا الباب:

اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء

بالمملكة العربية السعودية

فتوى رقم (12086) تاريخ 1409/6/30 هـ

الحمد لله والصلاة والسلام على من لا نبي بعده...

وبعد:

فقد إطلعت اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء على ما ورد إلى سماحة الرئيس العام من مدير فرع الشؤون الدينية للقوات المسلحة إلى اللجنة من إدارة البحوث العلمية والإفتاء برقم (1508) وتاريخ 1409/3/28 هـ وقد سأل هذا نصه : «ورد إلينا شرح ضابط التوعية الإسلامية بمستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمال ية الغربية بتاريخ 1409/3/13 هـ المبني على خطاب رئيس الأطباء بمستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية الغربية المؤرخ في 1409/3/12 هـ، والذي يطلب فيه فتوى حول عدم تنفيذ إجراءات

الإنعاش في النقاط التي ورد ذكرها في دليل سياسة العمل والإجراءات المرافقة، نأمل من فضيلتكم التكرم باتخاذ ما ترونه، أو فتوى بجواز هذه النقاط من عدمها، وإشعارنا ليتم على ضوء ذلك العمل بموجبه في مستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية الغربية هذا والله يحفظكم والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.) هذا والحالات التي وردت في دليل سياسة العمل والإجراءات هي التالية:

أولاً: إذا وصل المريض متوفى.

ثانياً: إذا كان ملف المريض مختوماً بعلامة عدم إجراءات الإنعاش بناءً على رفض المريض أو وكيله في حال عدم صلاحية المريض للإنعاش

ثالثاً: إذا قرر ثلاثة أطباء أنّ من غير المناسب إنعاش المريض عندما يكون من الواضح أنه يعاني من مرض مستعصٍ غير قابل للعلاج وأن الموت محقق

رابعاً: إذا كان المريض في حالة خمول ذهني مع مرض مزمن مثل السكتة الدماغية المسببة للعجز أو مرض السرطان في مرحلة متقدمة أو مرض القلب والرئتين المزمن الشديد أو أمراض الهزال وتكرار توقف القلب والرئتين

خامساً: إذا وجد لدى المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعصٍ على العلاج عقب تعرضه لتوقف القلب والرئتين لأول مرة.

سادساً: إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجدٍ وغير ملائم لوضع معين حسب رأي الأطباء الحاضرين فإن رأي المريض الذاتي لا يهم والأطباء غير ملزمين بإجراء إنعاش القلب والرئتين ولا يحقُّ لذوي المريض طلب هذا النوع من العلاج إذا كان غير مجدٍ.

وبعد دراسة اللجنة أجابت بما يلي

أولاً: إذا وصل المريض إلى المستشفى وهو متوفي فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش

ثانياً: إذا كانت حالة المريض غير صالحة للإنعاش بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات لا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

ثالثاً: إذا كان مرض المريض مستعصياً غير قابل للعلاج وأن الموت محقق بشهادة ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش

رابعاً: إذا كان المريض في حالة عجز أو في حالة خمول نفي مع مرض مزمن أو مرض السرطان في مرحلة متقدمة أو مرض القلب أو الرئتين المزمن مع تكرار توقف القلب أو الرئتين وقرراً ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات ذلك فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

خامساً: إذا وجد لدى المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعص على العلاج بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات فلا حاجة أيضاً لاستعمال جهاز الإنعاش لعدم الفائدة في ذلك

سادساً: إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجدٍ وغير ملائم لوضع معين حسب رأي ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات فلا حاجة لاستعمال آلات الإنعاش ولا يلتفت إلى رأي أولياء المريض في وضع آلات الإنعاش أو رفعها لكون ذلك ليس من اختصاصهم وبالله التوفيق.. وصلى الله على نبينا محمد وآله وصحبه وسلم
اللجنة الدائمة

نائب رئيس اللجنة
عبد الرزاق عفيفي

عضو
عبد الله بن عبد الرحمن الغديان

الرئيس

عبد العزيز بن عبد الله بن باز

قرار المجمع الفقهي الإسلامي الدولي الدورة السابعة في جدة
في 12 ذي القعدة 1412هـ/14 مايو 1992 برقم 7/5/68

(أ) مما تقتضيه عقيدة المسلم أن المرض والشفاء بيد الله عز وجل وأن التداوي والعلاج أخذ بالأسباب التي أودعه الله تعالى في الكون وأنه لا يجوز اليأس من روح الله أو القنوط من رحمته وعلى الأطباء وذوي المرضى تقوية معنويات المريض والدأب في رعايته وتخفيف آلامه النفسية والبدنية بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه.

(ب) «أن ما يعتبر حالةً ميؤوساً من علاجها هو بحسب تقدير الأطباء وإمكانات الطب المتاحة في كل مكان وزمان وتبعاً لظروف المرض» انتهى.

ولا خلاف حول تقوية معنويات المريض وتخفيف الآلام النفسية والبدنية ورعايته مهما كان المرض ميؤوساً منه.

❖ ولكن نقطة السؤال لم يجب عنها المجتمع الموقر، إذ أن الأدوية المسكنة للألم مثل المورفين تؤدي فيما تؤدي إليه إلى عدم إطالة عمر المريض وإلى تقريب أجله مع أنها مهمة لتسكين الآلام في كثير من الأحيان.

❖ كذلك لم يجب المجتمع الموقر عن موضوع التداوي وإجراء العمليات الجراحية والإسعاف والإنعاش

الرئوي القلبي (**Cardio pulmonary resuscitation**)
(**CPR**) للحالات الميؤوس منها.

فهناك المصاب بسرطان منتشر في الجسم بصورة يكون فيها العلاج بدون فائدة في مداواة المرض مع احتمال الإصابة بالأعراض الجانبية للعقاقير القوية واستخدام العلاج بالأشعة ... الخ.

فهل يتم علاج مثل هذا الشخص رغم عدم جدوى العلاج حسب ما هو متعارف عليه في عالم الطب؟ ... ربما يتم في المستقبل إيجاد أدوية أخرى ذات جدوى لمثل هذه الحالة !! ولكن

المهم هو ما هو متوفر من الدواء في المكان والزمان . ثم إن مثل هذا الشخص قد يتوقف قلبه فجأة فهل يبادر الأطباء وهيئة التمريض إلى إجراء عملية الإنعاش (CPR) الرئوي القلبي؟؟

❖ وهناك الشيخ الكبير الهرم وهو مصاب بأنواع من الشلل مع فقدان الذاكرة (الخرف) ولا يمسك البول والغائط (سلس البول والغائط) فهل يتم إجراء عملية الإنقاذ الرئوي القلبي إذا توقف قلبه فجأة؟ أو يترك ليستريح مع أن نسبة نجاح عملية الإنقاذ الرئوي القلبي تختلف من مكان لآخر ومن مريض لآخر ولكنها لا تتجاوز واحد إلى ثلاثة بالمئة في مثل هذه الحالات.

وفي هذه الحالة ذاتها هل يتم مداواة مثل هذا الشخص بالعقاقير إذا أصيب بالتهاب رئوي مع أن نسبة نجاح التداوي تعتبر عالية نسبياً.

يبدو أن الأطباء يكادون يجمعون على عدم إجراء عملية الإنقاذ القلبي الرئوي للحالتين السابقتين ، بينما علاج الالتهاب الرئوي يبدو امراً يسيراً ونسبة نجاحه كبيرة ، ولا يمنعه إلا نسبة ضئيلة من الأطباء .

❖ وهناك حالة طفل مصاب بموه الدماغ (استسقاء في الدماغ) ومصاب بأنواع من الشلل وقد ضمردماغه ضموراً شديداً ويعيش حياةً ن باتيةً فهل تجرى لمثل هذا الطفل عملية إزالة المياه من الدماغ وتحويل مجراها؟ والأطباء يعلمون يقيناً أن العملية لن تقيد هذا الطفل في حالة شلله وضمور دماغه ، ولكنها قد تطيل أمد بقائه حيث إن الطفل بدون عملية يتعرض لمزيد من الضغط على ما بقي من دماغه بواسطة

المياه المتجمعة حتى تقضي عليه فهل ينبغي إجراء هذه العملية ؟

❖ ولم يوضح مجمع الفقه الإسلامي الموقر في قراره (رقم 7/5/86) المشار إليه الإجراء الذي ينبغي أن يتبع ... وأما الرعاية وتقوية نفسية المريض (وهناك أهل المريض) فأمر لا بد منه ، ولكن المطلوب هو ، هل يتم إجراء عملية لا فائدة ترحى منها سوى إطالة أمد الإحتضار أم لا ؟

يميل جمهور الأطباء في الغرب إلى ترك مثل هذا الطفل على حاله دون التدخل الجراحي . ولا شك أن الحالات تختلف ولا تتماثل فكل حالة قائمة بذاتها وتحتاج إلى قرار خاص من لجنة من الأطباء، وفي الغرب هناك لجان أخلاقية لكل مستشفى (أو لكثير من المستشفيات) وهي مكونة من الأطباء ومن رجال المجتمع وربما من رجال القانون والدين أو الشخصيات العامة في ذلك المجتمع . وهي التي تقرر في كل حالة ما ينبغي فعله بعد التشاور والتداول مع الأطباء المعالجين الذين يكونون أعضاء في هذه اللجنة وبالتشاور والتداول مع أهل المريض . ولكن هل يترك هذا الطفل إذا أصيب بالتهاب بالزائدة الدودية؟ والاحتمال قوي جداً بأن يؤدي التهاب الزائدة إلى القضاء عليه وإراحته مما هو فيه!؟

وهل إذا أصيب مثل هذا الطفل بالتهاب رئوي حاد (يمكن مداواته في الغالب الأعم) يترك ليلاقي حتفه بسبب هذا الالتهاب الرئوي أو يبادر إلى إنقاذه بالتداوي بالعقاقير ... والسؤال يتكرر حول إجراء الإنعاش الرئوي القلبي (CPR) لمثل هذه الحالة؟

وهناك المريض المصاب بأمراض عديدة وبيلة لا إبلال منها، ويصاب هذا المريض بالقصور (ال فشل) الكلوي ويحتاج

إلى إجراء الغسيل الكلوي فهل يتم إدخاله في برنامج الغسيل الكلوي مع أن الآلات محدّدة والعدد المنتظر لحالات الغسيل كبير؟! وهناك من هم في سن الشباب ولا يعانون من أمراض أخرى وبيلة وينتظرون دورهم للمعالجة، فهل يتركون ويقدم عليهم لوجوده في المستشفى؟!!

هذه الأسئلة لم يجب عنها المجمع الموقر ... ويبدو أنه من العسير الإجابة عنها . ومن الأفضل اتخاذ الإجراء الذي تتخذه المستشفيات في الدول الغربية وهو إيجاد لجان أخلاقية في كل مستشفى على حدة ويناط بها تقرير كل حالة بذاتها على حسب حالتها وما يقرره الأطباء المعالجون ووضع الأسرة الخ. وهناك عشرات الأمثلة والتي يمكن أن توضع ولا تزال تحتاج إلى إجابات شافية من المجمع الفقهي الموقر

وقد أجاب أصحاب الفضيلة العلماء في الفتوى الصادرة من اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية (الفتوى رقم 12086 بتاريخ 1409/6/30) على كثير من هذه الاستفسارات وأنارت الطريق في كثير من هذه المسائل العويصة وقد سبق ذكر الفتوى كاملة بنصّها وأهم ما فيها أنها جعلت قرار إيقاف التداوي وعدم إجراء الإنعاش الطبي الرئوي بيد لجنة مكونة من ثلاثة من الأطباء الثقات، ولم تلتفت إلى رأي الأهل أو رأي المريض نفسه لأن المسألة مسألة طبيّة ولا يستطيعون إدراك أبعادها وهذا لا يعني عدم شرح الأمور لهم وتوضيحها ومناقشتها معهم من قبل الأطباء المعالجين، ولكن القرار في النهاية هو قرار طبي.

التداوي قرب نهاية الحياة End of Life Care

سبق أن أوضحنا كيفية الوصول إلى قرار عدم الإنعاش القلبي الرئوي (DNR) وأهمية الاستمرار في رعاية المريض والمتمثلة في الآتي:

(1) تخفيف أو إزالة الآلام بقدر الإمكان وهذا يعني استخدام المورفين أو مشتقاته مثل الفنتانيل أو رداثفه بكافة صور الاستعمال (بالفم، لصقه جلدية، حقن تحت الجلد أو عضلية ومن النادر حقن بالوريد). والإشكالية هي أن المورفين ومشتقاته تؤثر على مراكز التنفس وتثبطها، فإذا كان المريض يعاني من صعوبات في التنفس أو فشل في الجهاز التنفسي فإن إعطاء المورفين ولو بجرعات صغيرة متكررة سيؤدي إلى إضعاف مركز التنفس وبالتالي توقف التنفس وهو ما قد يعتبر نوعاً من التعجيل بنهاية المريض. وقد اتفق الأطباء على أن تسكين الألم الشديد مهم جداً للمريض فإذا كان المريض يعاني فعلاً من آلام مبرحة فإنه يعطى المورفين ومشتقاته وردائفه بأقل قدر ممكن بشرط أن يخفف ذلك الآلام المبرحة، ولا بد من استخدام الوسائل الأخرى لتخفيف الألم بما في ذلك الناحية الدينية والاجتماعية والنفسية وبعض العمليات المقصود منها تخفيف الألم وتسكينه بإعطاء حقن خاصة في الجهاز العصبي (الأعصاب، العقد العصبية، مسارات الأعصاب... الخ).

وإذا كان تخفيف الألم يستدعي إعطاء المورفين أو مشتقاته فلا بأس بذلك ولو أدى في بعض الحالات إلى تثبيط مراكز التنفس، وهو ما قد يعتبر تعجيلاً بنهاية المريض. وقد

إنتشر استخدام مشتقات القنب الهندي (الحشيش والماريوانا) في حالات الإيدز قرب النهاية . وفي حالة قرب نهاية الحياة في هولندا ثم في الولايات المتحدة وأوروبا بنتائج جيّدة وبدون التأثير على مراكز التنفس وبالتالي تقلل الحاجة إلى المورفين ومشتقاته.

(2) عدم الإنعاش القلبي الرئوي وما يتبعه من تنفس صناعي وإدخال الأنبوب إلى القصبة الهوائية وعدم استخدام جهاز مانع الذبذبات القلبية وعدم إعطاء العقاقير المنبهة للقلب والدورة الدموية والضغط (التوتر الشرياني).

(3) عدم إعطاء العلاجات القوية مثل أدوية السرطان إذا لم تكن هناك فائدة ترجى.

(4) عدم إجراء الغسيل الكلوي إذا احتاجه المريض وكل الإجراءات (التداخلية).

(5) الاستمرار في الرعاية التمريضية وتسكين الآلام وإيقاف الغثيان بالعقاقير المناسبة وصعوبة التنفس بإعطاء الأوكسجين دون جهاز التنفس الصناعي.

(6) الإستمرار في التغذية والتروية غالباً عن طريق أنبوب المعدة.

(7) مداواة الاثتانات الرئوية أو البولية بالمضادات الحيوية.

(8) التوقف عن مداواة الصدمة الاثتانية **Septic Shock** التي لا تستجيب للعلاج.

(9) الرعاية الفائقة من الناحية النفسية والدينية والاجتماعية وتيسير زيارة الأهل وإعطاء المريض الكثير مما يطلبه مما لا يضره ضرراً مباشراً .. ويمنع التدخين منعاً باتاً.. ويجب أن يمنع التدخين منعاً باتاً داخل المستشفى ،

ويُفرض ذلك على الموظفين والزوار والمرضى ويتم إيجاد غرفة خاصة للتدخين في أسفل المبنى أو خارج المبنى للموظفين والزوار.

مَنْ يتخذ القرارات؟

(1) لا شك أن الطبيب المعالج الرئيس هو الذي يتخذ القرارات وذلك باستشارة اثنين من الأطباء الاختصاصيين وأن يوقع الجميع على هذا القرار في ملف المريض.

(2) لا بد من مناقشة قرارات التداوي من عدمه مع استمرار الرعاية التمريضية والطبية لمعالجة الآلام والأعراض مع أهل المريض على حسب الولاية الشرعية : الزوج، الأب، أو الابن ثم الجد أو الحفيد ثم الإخوة ... إلخ. وعادة ما يكون المريض غير قادر على اتخاذ القرار وذلك بسبب المرض أو كبر السن أو صغره، ولكن إذا كان المريض لا يزال قادراً على الإدراك التام والفهم لحالته فإنه يعتبر هو الشخص الأول الذي ينبغي أن يناقش الأمر معه وهذا لا يعني عدم وجود أحد من الأهل إلا إذا رغب المريض نفسه في استبعادهم وهذا نادر الحدوث جداً لدينا.

(3) من الممكن أن يتخذ المريض نفسه في بداية مرضه أو حتى قبل مرضه قراراً واضحاً بما يرغبه من أنواع التداوي وما يرفضه. ويمكن أن يكتب ذلك لدى القاضي (أو كاتب عدل) ويشهد على ذلك. كما يمكنه أن يعين وكيلاً شرعياً عنه في حالة إصابته وعدم إدراكه ويقوم الوكيل الشرعي باتخاذ القرارات التي يريدها الشخص أو أن الشخص يخوله باتخاذ القرار المناسب وهذه الأمور لا تزال نادرة الحدوث جداً لدينا وإن كانت قد انتشرت في الغرب انتشاراً كبيراً. ويبدو لي أن التغييرات ستفد إلينا خلال عقد أو عقدين من الزمان.

(4) يستطيع الطبيب المعالج أن يختبر قدرات المريض العقلية وهل باستطاعته اتخاذ القرارات التي يريدها المريض نفسه. وإذا احتاج لمعونة أخصائي الأمراض النفسية أو الأخصائي النفسي **Psychologist** فلا مانع من الاستعانة بهم. وينبغي أن تحترم قرارات المريض الواعي البالغ (كامل الأهلية).

(5) إن الوضع في البلاد العربية والإسلامية يُعطي الأهل دوراً كبيراً ويقلل من دور الزوجة في اتخاذ القرارات الهامة بالنسبة للمريض بينما نجد في الغرب أن الزوج أو الزوجة **Spouse** يُعطى الحق الأول في اتخاذ القرارات نيابة عن المريض إذا لم يكن قادراً على اتخاذها بنفسه، ولم يكن قد أوضح ما يريده **directives advanced** أو الوصية الحية **living will** أو تعيين وكيل شرعي له لاتخاذ القرارات (**Health Care Proxy or Attorney**).

(6) أوضحت الدراسات في الولايات المتحدة والغرب أن غالبية المرضى الذين لا يزالون يتمتعون بالإدراك يريدون مناقشة إجراءات التداوي في نهاية الحياة ويفضلون أن يكون ذلك مع طبيبيهم الخاص وذلك بنسبة 85 بالمئة.

وقد يقدم الطبيب المعالج ورقة تشرح ما يمكن أن يحدث لمريضه وماذا يريد المريض من الأطباء أن يفعلوا كالأتي:

(أ) حدوث إغماء (سبات) مع عدم وجود أي فرصة للإفاقة.

(ب) حدوث إغماء مع وجود فرصة ضئيلة للإفاقة.

(ج) حدوث خرف شديد مع مرض نهائي قاتل.

(د) حدوث خرف شديد بدون مرض.

ويقوم الشخص السليم بتسجيل ما يريده فعلاً إذا حدثت مثل هذه الحالات ... والسؤال الذي يطرح هل تريد الإنعاش القلبي الرئوي في الحالة (أ) أو (ب) أو (ج) أو (د).

هل تريد استخدام جهاز التنفس؟

- هل تريد استخدام الجراحة الكبيرة إذا احتجت لها؟
- هل تريد الغسيل الكلوي إذا احتجت له؟
- هل تريد نقل الدم إذا احتجت له؟
- هل تقبل بالفحوصات الباضعة؟ **Invasive Tests**

إلخ إلخ

- هل تريد استخدام الأدوية القوية المسكنة للآلام مثل المورفين ومشتقاته رغم أنه قد تؤثر على التنفس؟

ونرى أن هذه الأسئلة صعبة في الوقت الراهن .. وربما تتغير الأمور بعد عقد أو عقدين من الزمن وفي تلك الحالة تثار هذه القضايا عند الحاجة إليها . أما في الوقت الراهن فلا حاجة لإثارها لأنها تسبب البلبلة والحيرة والغضب للمرضى ونوابهم.

(7) من الملاحظ أن هذه الحالات تزداد لدينا يوماً بعد يوم وتستهلك أموالاً طائلة سواء كانت من الدولة أو من التأمين أو من جيوب الأهل والفائدة منها معدومة أو تكاد تكون معدومة . ويمكن القيام بنشر ثقافة الرعاية المنزلية مع وجود زيارات منزلية منتظمة من الممرضة أو الممرض يومياً ومن الطبيب عند الحاجة أو مرة أو مرتين في الأسبوع أو حسب الحاجة . كما يمكن إيجاد دور رعاية طبية ترفيهية وتكلفتها أقل بكثير من تكلفة المستشفيات، وفي هذه الدور تقدم الرعاية التمريضية الجيدة والتغذية والتروية ومعالجة الأعراض ،

وخاصة الآام المبرحة والغثيان وضيق التنفس بالإضافة إلى
الرعاية الدينية والروحية والاجتماعية والنفسية، وهذا كله
يخفف على المريض وأهله الآام والمتاعب التي تصحب
نهاية الحياة. وينبغي إذا كان المريض لا يزال واعياً من تقوية
النواحي الدينية وتقوية استعداده للقاء الله، فإن الموت علينا
جميعاً حق ولا بد أن نواجهه والاستعداد لذلك واجب ، ومن
ذلك ردّ المظالم والوصايا وترتيب أموره والتصدق بالمال
وكثرة الاستغفار والصلاة حسب القدرة وكذلك الوضوء
والتطهر حسب القدرة. وهذه الجوانب أكثر ما تشغل المريض
في آخر حياته فعلىنا الاهتمام بها وتيسير ما يريد فعله من هذه
الأمور مع تقوية الرابطة مع أهل المريض الذي لا يتركونه
في الغالب الأعم.

الفصل الرابع والعشرون

الموت: تعريفه وعلاماته وتشخيصه

موت القلب وموت الدماغ

الموت: تعريفه وعلاماته وتشخيصه

(موت القلب وموت الدماغ)

مقدمة:

لا بد من تعريف للموت ومعرفة علاماته وكيفية تشخيصه، ورغم أن ملايين البشر قد أتوا إلى الدنيا ثم ماتوا، ورحلوا عنها دون الحاجة إلى طبيب لتشخيص ذلك، إلا أن كثيراً من الحالات تمّ فيها تشخيص الموت خطأ، وأدى ذلك إلى دفن بعض الأحياء، ثم تبين أن هؤلاء لم يموتوا بعد . وقد كتب ابن أبي الدنيا كتاباً فيمن عاش بعد الموت : وكذلك كتب إدمار آلان بو مجموعة من القصص تحكي حوادث لأشخاص دفنوا وهم أحياء، وكتب الكونت كارنيس كارنيكي مجموعة من الاقتراحات والتوصيات، مثل أن يوضع في النعش أعلام وأجرا س، وتفتح كوة من القبر بحيث يستخدمها الشخص إذا دفن أثناء غيبوبته وهو لم يموت بعد⁽¹⁾.

وإذا كان تشخيص الموت لمن عاش ثم فقد الوعي أمراً عسيراً في بعض الأحيان، فإن تشخيص الموت في المولود أكثر صعوبة. وقد كان القدماء يعتبرون أن الطفل المولود ميتاً، ما لم

(1) Pallice c: ABC of Brain Stem Death, Articles from BMJ. London 1983.

يستهل صارخاً، وكم من المواليد ينزلون دون أن يبدأوا حياتهم بالصراخ؟!

وقد أدى هذا الإجراء إلى دفن آلاف الأطفال المواليد الذين كانوا يعانون من صعوبة ما في التنفس، وبالتالي لم يبدأوا حياتهم بالصراخ.

(1) يقول فضيلة مفتي تونس الشيخ محمد مختار السلامي موضعاً آراء الفقهاء لأقدمين في المولود الذي لم يستهل صارخاً:

«يقول خليل بن إسحاق: (ولا سِقَط ما لم يستهل صارخاً ولو تحرك أو بال، أو رضع). أن هذه الفقرة تجعل مقياس الحياة الصوت. وقد فصل اللخمي ما تكون به الحياة، فقال: اختلف في الحركة والرضاع والعطاس، فقال مالك لا يكون بذلك حكم الحياة قال ابن حبيب: وإن أقام يوماً يتنفس ويفتح عينيه ويتحرك حتى يسمع له صوت⁽²⁾، وإن كان خفياً، قال إسماعيل: وحركته كحركته في البطن لا يحكم له فيها بحياة. قال عبد الوهاب: وقد يتحرك المقتول. وعارض هذا المازري وقال: لا معنى لإنكار دلالة الرضاع على الحياة، لأن نعلم يقيناً إنه محال بالعادة أن يرضع الميت. وليس الرضاع من الأفعال التي تكون بين الطبيعية والاختيارية، كما قال ابن الماجشون أن العطاس يكون من الريح، والبول من استرخاء المواسك⁽³⁾، لأن الرضاع لا يكون إلا من القصد إليه، والتشكك في دلالة على الحياة يطرق إلى هدم قواعد ضرورية، والصواب ما قاله ابن وهب وغيره أنه كالأستهلل بالصراخ»⁽⁴⁾.

(1) مجلة مجمع الفقه الإسلامي، الدورة الثالثة 1408هـ/1987م/مجلد3/ج: 685-894.

(2) أي لا حكم له بالحياة حتى يسمع له صوت.

(3) المواسك: هي العضلات العاصرة (SPhincters) التي تمسك البول والغائط، فإذا استرخت إندفع البول والبراز، وقد يحدث ذلك عقب الوفاة.

1 وقد زعم بعض الفقهاء الأقدمين أن عمر < لما طعن كان معدوداً في الأموات رغم أنه كان يتكلم ويعهد. وذلك لأن الطبيب سقاه لبناً فخرج اللبن من الجرح من بطنه. وقال ابن القاسم: إنه لو قتل رجلٌ عمر آنذاك لما قتل به، لأن القاتل هو الأول، وهو أبو لؤلؤة المجوسي، غلام المغيرة بن شعبة، ولو مات مورث لعمر آنذاك لما ورثه لأن عمر نفسه كان معدوداً في الأموات!!⁽¹⁾.

(1) إنتهى كلام مفتي تونس نقلاً عن الزرقاني.

وهذا كله يدلّ على شيئين:

أولهما: أن الطب كان متأخراً في تلك الأزمنة، بحيث يُعدُّ عمر < في الأموات . ولو حدث مثل ذلك في العصر الحديث لأمكن إنقاذه بسهولة.

والثاني: أن تعريف الموت ينبغي أن يترك إلى الفئة المختصة بذلك، وهم الأطباء، والله سبحانه وتعالى يقول: (پ پ) [النحل: 43].

ولا شك أن تشخيص الموت أمر قد تكتنفه الصعوبات، ولذا فإن تُركَ للعامة فإن احتمال حدوث خطأ في التشخيص سيؤدي إلى الحكم على العديد من الأشخاص بالموت، وهم لا يزالون أحياء.

1- تعريف الموت:

إن تعريف الموت مثل تعريف الحياة أمر تكتنفه كثير من الصعوبات، رغم أن العلامات الفارقة بين الموت والحياة، وبين الكائن الحي والجماد، أمر يدركه الإنسان بفطرته، كما يدركه بمعرفته. فالكائن الحي يتنفس، ويتغذى، وينمو، ويتكاثر ويتحرك. ثم تختلف بعد ذلك طرق التنفس والغذاء والنمو، والتكاثر والحركة بأشكالها المتعددة التي لا تعدُّ ولا تُحصى، وأصعب تلك الكائنات تحديداً هي الفيروسات، فهي كالجماد لا تتحرك ولا تنمو ولا تتنفس ولا تتغذى خارج الكائنات الحية، بل تتبلور مثل بعض الجمادات، فإذا ما دخلت إلى جسم الكائن الحي تحكمت في سرِّ السرِّ فيه، وجعلته عبداً لها، لا يتحرك إلا بمشيئتها، ولا ينقسم إلا حسب أوامرها. وكل انقسام في الخلية المصابة بالفيروس، ينتج فيروسات جديدة، تخرج لتهاجم خلايا أخرى . ولولا أن الله يهب الأجسام الحية القدرة على مقاومة هذا الغزو الفيروسي، لأبادت

الفيروسات جميع الكائنات الحية ابتداءً من البكتيريا، وانتهاءً
بالإنسان.

وفي جسم الكائن الحي المتعدد الخلايا مثل الإِنسان أو
الحيوان أو النبات تموت ملايين الملايين من الخلايا كل يوم،
ويخلق الله بدلاً عنها ملايين أخرى، ويبقى الكائن الحي على قيد
الحياة، ما دامت عملية البدء والإعادة مستمرة فيه.

2- المفهوم الديني للموت:

تقرر معظم الأديان والفلسفات أن موت الإنسان هو خروج
الروح من بدنه، ومغادرته إلى حيث لا نعلم.

وهذا المفهوم موجود لدى الأمم القديمة مثل المصريين
القدماء والبابليين والآشوريين والصينيين والهنود والإغريق.
وهو موجود إلى اليوم لدى المسلمين واليهود والنصارى
والهنداكة والبوذيين وعقائد الشنتو (اليابان).

ويعتقد البوذيون والهنداكة والشنتو أن الروح تظل حبيسة في
الجسد وبالذات في الجمجمة، وأنها لا تنطلق إلا بعد حرق الجثة
وانفجار الجمجمة..

ثم أن الهندوك والبوذيين يعتقدون بتناسخ الأرواح، وأن
الروح الشريرة تعاد في جسد حقير مثل الكلب أو الخنزير، وتظل
في تلك الدورات حتى تتطهر، وأن الروح الصالحة والخيرة تظل
تنتقل في الأجساد الخيرة، حتى تصل مرحلة النرفانا، وهي
السعادة الأبدية المطلقة في الروح الطليقة المتصلة بالأزل والأبد.
وفي الإسلام يعتبر الموت خروج الروح من الجسد، وقد وكّل
الله ملائكة يقومون بإخراج الروح.

قال تعالى: (كذُّ وُؤ و و و) [النحل: 32].

وقال تعالى: (عِ عِ ءِ ءِ ءِ ءِ ءِ ءِ ءِ) [الأنفال: 50].

([الأنفال: 50].)

السجدة:

(ى ي ي ج ن ح نى نى نى ب ح)

[11].

(ى ي ي ي ي ي) [النساء: 97].

(ى ي ي ي ي ي) [الأنعام: 93].

والآيات بعد ذلك كثيرة في الكتاب العزيز، الذي لا يأتيه الباطل من بين يديه ولا من خلفه، وكلها تصرّح بأن الموت هو خروج النفس (الروح) من الجسد بواسطة الملائكة. وقد وردت أحاديث كثيرة عن النبي ﷺ توضح كيفية إخراج الملائكة لروح المؤمن وروح الكافر. وما في الأول من تيسير، حتى تسيل مثل الماء من فم السقاء، وما في الثاني من تنكيل، حتى تخرج كما يُخرج السّفود المبلل من كومة من الصوف⁽¹⁾. والموت هو انتقال الروح من الجسد إلى ما أعدّ لها من نعيم أو عذاب، والروح مخلوقة مربية، خلقها الله سبحانه وتعالى ثم هي خالدة، والمقصود بموتها مفارقتها الجسد، قال ابن القيم في تعريف الموت: «والصواب أن يقال أن موت النفوس هو مفارقتها لإجسادها وخروجها منها، فإن أريد بموتها هذا القدر فهي ذائقة الموت، وإن أريد أنها تُعدم وتضمحلّ وتصير عدماً محضاً فهي لا تموت بهذا الاعتبار»⁽¹⁾.

وقد ذكر الإمام الغزالي: «أن الموت معناه تغيير حال فقط، وأن الروح باقية بعد مفارقة الجسد، إما معدّة بة وإما منعمّة، ومعنى مفارقتها للجسد انقطاع تصرّفها عنه، بخروج الجسد عن طاعتها، فإن الأعضاء آلات للروح ... والموت عبارة عن استعصاء الأعضاء كلها»... وانتهى إلى القول: «لا يمكن كشف

(1) كتاب الروح لابن القيم ص 46-50، ومنها أحاديث أخرجه الشيخان البخاري ومسلم.

(1) ابن القيم، كتاب الروح ص 34.

الغطاء عن كُنْ نه الموت، إذ لا يعرف الموت من لا يعرف الحياة»⁽²⁾.

وقال الإمام الطحاوي في عقيدته : «ونؤمن بملك الموت الموكل بقبض أرواح العالمين». قال الشارح : «والصواب أن يقال موت النفوس هو مفارقتها لأجسادها وخروجها منها». وقال شيخ الإسلام ابن تيمية: «قد استفاضت الأحاديث عن رسول الله ﷺ بأن الأرواح تُقبض وتُنعم وتُعذب، ويقال لها : اخرجي أيتها الروح الطيبة».

وذكر الدكتور بكر أبو زيد في بحثه القيم : «أجهزة الإنعاش وحقيقة الوفاة بين الفقهاء والأطباء»⁽³⁾ : «أن حقيقة الوفاة هي مفارقة الروح البدن. وأن حقيقة المفارقة خلوص الأعضاء كلها عن الروح، بحيث لا يبقى جهاز من أجهزة البدن فيه صفة حياتية».

3- أمارات الموت عند الفقهاء:

إذا قررنا أن الموت هو مفارقة الروح الجسد، فإننا نقرر أيضاً أن هذا مفهوم ميتافيزيقي (أي من وراء الطبيعة)، ولا نستطيع أن ندركه نحن بحواسنا إذ أننا نجهل أمر الروح وكنهها، ولا نعرف دخولها وخروجها إلا بعلامات تدلُّ عليها. وقد استدللَّ الفقهاء على الموت ببعض الأمارات، وبعض الأحاديث النبوية، ونذكرها كما جاءت في بحث الدكتور بكر أبو زيد رئيس مجمع الفقه الإسلامي بشيء من الاختصار⁽⁴⁾ :
عن أم سلمة > أن رسول الله ﷺ قال: «إن الروح إذا قبض أتبعه البصر» [أخرجه مسلم].

(2) ابو حامد الغزالي: إحياء علوم الدين ج4 ص 393 وما بعدها، باب في حقيقة الموت وما يلقاه الميت في القبر إلى نفخة الصور ج98/2.

(3) بكر أبو زيد: أجهزة الإنعاش مجلة مجمع الفقه الإسلامي المجلد3 ج2/529-541.

(4) المصدر السابق

عن شدّاد بن أوس يرفعه : «إذا حضرتم موتاكم فأغمضوا البصر فإن البصر يتبع الروح، وقولوا خيراً، فإنه يؤمّن على ما يقول أهل الميت» [أخرجه أحمد في مسنده].

فشخص بصر الميت علامة هامّة على قبض روح الميت ومفارقتها لجسده، وقد ذكر الفقهاء علامات الموت عندهم وهي : انقطاع النفس، واسترخاء القدمين وعدم انتصابهما، وانفصال الكفين، وميل الأنف، وامتداد جلدة الوجه، وانخساف الصدغين، وتقلص خصيتيه إلى فوق مع تدلّي الجلدة وبرودة البدن. ولا شك أن هذه ال علامات كلها ليست علامات مؤكدة على الموت، ما عدا توقف النفس الذي ينبغي أن يستمر لفترة من الزمن، وقد تنبّه بعض الفقهاء إلى احتمالات الخطأ في تشخيص الوفاة. قال النووي في روضة الطالبين⁽²⁾ :

«فإن شك بأن لا يكون به علّة، واحتمل أن يكون به سكتة، أو ظهرت أمارات فزع أو غيره، أخر إلى اليقين بتغيّر الرائحة أو غيره». انتهى.

4- علامات الموت عند الأطباء:

(أ) توقف النفس والقلب والدورة الدموية:

يعتبر توقف التنفس والقلب والدورة الدموية توقفاً لا رجعة فيه، العلامة المميزة والفاصلة بين الحياة والموت. صحيح أن الأطباء يستطعون إيقاف القلب عن العمل لمدة ساعتين أو أكثر أثناء عملية القلب المفتوح، لكن الدورة الدموية لا تتوقف، ولا لمدة ثوان، وكذلك يوقف التنفس الطبيعي ويستبدل بالتنفس بواسطة المنفسة في جميع حالات التخدير العام، وإجراء العمليات كما أن التنفس بالمنفسة (Respirator) يُستخدم في حالات توقّف التنفس.. وقد يُجرى التنفس في حالات الإسعاف بواسطة

(2) الإمام النووي: روضة الطالبين، ج2/98.

النفخ في الفم (**Mouth to mouth Breathing**) أو بواسطة جهاز المنفاخ (كيس أمبو **Ambu bag**) الذي يحمله المسعفون في حقائبهم، وفي هذه الحالات جميعاً، فإن التنفس يستمر، ولو بطريقة ميكانيكية غير طبيعية. وذلك غالباً ما يكون لفترة محدودة من الزمن، بحيث يعود الشخص المصاب إلى التنفس الطبيعي.

وهناك حالات لا يعود فيها الشخص إلى التنفس الطبيعي، ويبقى فيها معتمداً على المنفسة طوال حياته، كما يحدث في حالات شلل الأطفال، الذي يصيب مراكز التنفس في النخاع المستطيل (**Medulla oblongata**) وهو الذي يعرف باسم (**Bulbar Poliomyletis**) شلل الأطفال الذي يصيب بصلة الدماغ. كما أن المصابين بالفشل الرئوي (**Respiratory Failure**) يحتاجون لاستخدام المنفسة، وبالذات المنفسة المساعدة، وهي التي تساعد الشخص على التنفس مع وجود تنفسه الطبي عي، ومثالها جهاز منفسة بينيت (**Bennette Respirator**) أو غيرها من أنواع المنفسات.

ويدرب الأطباء على معرفة توقف الدورة الدموية والقلب توقفاً لا رجعة فيه بالعلامات التالية:

(1) توقف النبض في الشرايين التي كانت تسمى العروق الضوارب، وذلك بجس النبض عند الشريان الكعبري، أو العضدي أو الصدغي أو السباتي.

(2) **توقف القلب**: ويعتمد في ذلك على عدم سماع أصوات القلب بالسماعة الطبية.

وإذا توقفت الدورة الدموية توقفاً تاماً لا رجعة فيه، وتوقف التنفس توقفاً تاماً كذلك، رغم محاولات الإنقاذ والإسعاف، فيعلن الطبيب آنذاك وفاة الشخص المصاب.

وهناك علامات أخرى ثانوية لتوقف الدورة الدموية، تذكرها كتب الطب الشرعي بصورة خاصة، وأغلبها علامات وفحوص بسيطة، تجري في بعض الحالات التي قد يكون فيها نوع من

الشك في حالة الوفاة ويمكن مراجعتها في كتب الطب الشرعي والتي يتحدّث بالتفصيل عنها وعن علامات الموت⁽¹⁾. وبطبيعة الحال يتم تشخيص الوفاة بعد توقف القلب، والدورة الدموية، والتنفس توقفاً لا رجعة فيه. ويتم التشخيص مبكراً. ولكن تشترط كثير من القوانين أن لا يتم الدفن إلا بعد مرور بضع ساعات على تشخيص الوفاة، ففي القانون المصري لا يصرح بالدفن إلا بعد مرور 8 ساعات صيفاً، و 12 ساعة شتاءً (على إعلان الوفاة). ولا يسمح بنقل الجثة من السرير في المستشفى إلى الثلجة أو المشرحة إلا بعد مرور ساعتين على الأقل من تشخيص الوفاة.

ومن المعلوم أن كثيراً من خلايا الميت تبقى حيّة بعد إعلان الوفاة. ولذا نجد أن الخلايا العضلية تستجيب للتنبيهات الكهربائية، وتبقى بعض خلايا الكبد تحوّل السكر الجلوكوز إلى جلايكوجين. ولا تموت الخلايا كلها دفعة واحدة، ولكنها تختلف في سرعة موتها وهلاكها بعد موت الإنسان. ويمكن إطالة عمر هذه الخلايا إذا وضعت في محلول مثّلج وخاصة مع الدفق بواسطة مضخة (Cold Pulsatile perfusion at 4°C). وهذا ما يتيح استخدام أعضاء وخلايا الميت لشخص آخر مريض محتاج إليها.

5- موت الدماغ⁽¹⁾:

إن التعريف الطبي القديم للموت، وهو توقف القلب والدورة الدموية والتنفس لا يزال سارياً بالنسبة لمئات الملايين من الوفيات التي تحدث سنوياً. ولكن هناك مجموعة من الحالات لا ينطبق عليها هذا المفهوم بسبب التقدم السريع

(1) انظر أيضاً كتاب الطبيب أدبه وفقهه للدكتور زهير السباعي والدكتور محمد علي البار، دار القلم، ص 181-191، دمشق.

(1) يراجع كتاب كريستوفر باليس وغيره من المراجع باللغة الإنكليزية وباللغة العربية، يراجع كتاب موت القلب أو موت الدماغ للدكتور محمد علي البار، الدار السعودية، جدة .1986.

في وسائل الإنعاش. وعلى سبيل المثال يُتوفى في بريطانيا في كل عام نصف مليون شخص حسب التعريف القديم للموت، وهو توقف القلب والدورة الدموية والتنفس توقفاً لا رجعة فيه. ولكن هناك أربعة آلاف حالة لا ينطبق عليها هذا التعريف (8) بالألف من الوفيات) نتيجة التقدم الطبي في وسائل الإنعاش بحيث يستمر القلب في النبض والرئتين في التنفس بواسطة المنفسة⁽²⁾.

وتحدث هذه الحالات أساساً نتيجة حادثة (سيارة أو غيرها) لشخص سليم في الغالب، وتؤدي هذه الحارثة المروعة إلى إصابة بالغة في الدماغ. وبما أن مراكز التنفس والتحكم في القلب والدورة الدموية موجودة في الدماغ، وبالذات في جذع الدماغ، فإن إصابة هذه المراكز إصابة بالغة دائمة تعني الموت وعادة ما يقوم الأطباء بمحاولة إنقاذ الحالات المصابة، إذ ربما تكون الإصابة مؤقتة وغير دائمة، فيستخدمون أجهزة الإنعاش بما في ذلك المنفسة التي تقوم بوظيفة الرئتين وبمساعدة القلب ليستمر في عمله وباستخدام هذه الوسائل تستمر الدورة الدموية ويستمر القلب في الضخ والنبض، وتستمر الرئتان في التنفس ولكن عند معاودة الفحص يتبين للأطباء أن الدماغ قد أصيب إصابة لا رجعة فيها، وأن الدماغ قد مات. وبالتالي فإن استمرار عمل القلب والمنفسة إنما هو عمل مؤقت لا فائدة منه. إذ أن القلب سيتوقف حتماً خلال ساعات أو أيام على الأكثر من موت

(2) Pallice C: ABC of Brain Stem Death BMJ, 1981, 285: 1409-1412.

ومراجعة تشخيص موت الدماغ، اللجنة العليا لموت الدماغ في المملكة العربية السعودية، إصدار المركز الوطني لزراعة الأعضاء، الرياض.

الدماغ، وإن كانت هناك حالة موثقة تبين فيها أن القلب استمر في العمل لمدة 68 يوماً بمساعدة الأجهزة بعد موت الدماغ⁽¹⁾. لهذا كله ظهرت مواصفات محددة تتحدث عن موت الدماغ وكان أول من نبّه إلى موضوع موت الدماغ المدرسة الفرنسية عام 1959 فيما أسمته «مرحلة ما بعد الإغماء» (**Coma depasse**) وبدأ الأطباء الفرنسيون يحدّدون بعض المعالم لموت الدماغ، بينما القلب لا يزال ينبض، والدورة الدموية لا تزال سارية على جميع أجزاء الجسم ما عدا الدماغ ثم ظهرت المدرسة الأمريكية المتمثلة في اللجنة الخاصة من جامعة هارفارد (**Ad Hoc Committee**) عام 1968، والتي قامت بدراسة موضوع موت الدماغ، ووضعت مواصفاتها الخاصة له والتي تمثلت في العلامات التالية⁽¹⁾:

- 1 (أ) الإغماء الكامل وعدم الاستجابة لأي مؤثرات.
- (ب) عدم الحركة (تلاحظ الجثة لمدة ساعة على الأقل).
- (ج) عدم التنفس (عند إيقاف المنفسة).
- (د) عدم وجود أي من الأفعال المنعكسة.
- (هـ) رسم مخ كهربائي لا يوجد فيه أي نشاط (**Flat E.E.G**).

ولا يعتبر رسم المخ إجبارياً، بل هو أمر اختياري، ومؤكّد لعلامات موت الدماغ، ثم قامت مجموعة مينيسوتا (**Minnesota Criteria**) عام 1971، بتقديم مواصفات مشابهة مع

(1) Parisi J et al: Brain Death with Prolonged Somatic Survival. New Eng IJM, 1982, 306: 14-16.

وقد زادت هذه الحالات بسبب تحسن الرعاية بحيث أمكن إبقاء المتوفى دماغياً لعدة أشهر، وهذا يسبب إشكالاً كبيراً من الناحية الأخلاقية، ومن ناحية الكلفة المادية الباهظة، ومن ناحية تعريف الموت ذاته. وانظر مقال شومن:

Shewmon A: Chronic Brain Death Metanalysis Neurology. 1998, 51 : 1538 - 1545

(1) انظر كريستوفر باليس، مرجع سابق.

اختلاف في التفاصيل لتشخيص موت الدماغ (1). وأكدت على أن يكون السبب المؤدي إلى موت الدماغ مع لوماً. وأن لا تكون هناك أي حركة ذاتية في الجثة، وأن يتوقف التنفس توقفاً تاماً بعد إيقاف المنفسة، وأن لا تكون هناك أي أفعال منعكسة.. وأن تبقى كل هذه الشروط بدون تغيير خلال 12 ساعة. ودرست الجمعية الطبية الدولية المنعقدة في سيدني بإستراليا عام 1968 موت الدماغ، كما درسه في نفس العام المؤتمر العالمي المنعقد في جنيف في 13-14 يونيو 1968. 1 ثم قامت الكليات الملكية البريطانية للأطباء بتكوين لجان خاصة لدراسة موت الدماغ، وأصدرت توصياتها، وتعريفاتها بموت الدماغ عام (2) 1976 و عام (3) 1979. وفي عام 1981 أصدر الرئيس السابق ريجان أمره بتكوين لجنة من كبار الأطباء المختصين والقانونيين وعلماء الدين لدراسة موضوع موت الدماغ، وأصدرت اللجنة قرارها وتوصياتها في يوليو (1) 1981. وقد اعترفت معظم الدول بمفهوم موت الدماغ تدريجياً، إما اعترافاً قانونياً كاملاً، وإما اعترافاً بالأمر الواقع، حيث أوكلت إلى الأطباء مهمة تشخيص الوفاة. وهكذا بدأت منذ بداية الثمانينات من القرن العشرين حقبة جديدة في مجال تشخيص الوفاة لبعض الحالات الخاصة، والتي لم يتم فيها الموت نتيجة توقف القلب والدورة الدموية، بل نتيجة موت الدماغ.

• الخطوات الأساسية لتشخيص موت الدماغ:

(1) المرجع السابق.

(2) BMJ 1976, (2): 1187-1188.

(3) BMJ 1979, (1): 3320.

(1) JAMA, 1984, 252 (5): 680-682.

هناك ثلاث خطوات أساسية للوصول لتشخيص موت

الدماغ، وهي:

(أ) الشروط المسبقة (Precondition):

وتشمل الآتي:

(1) وجود شخص مغمى عليه إغماءً كاملاً، ولا يتنفس

إلاً بواسطة جهاز المنفسة (**Respirator = Ventilator**).

(2) وجود تشخيص لسبب هذا الإغماء، ويوضح وجود

مرض أو إصابة في جذع الدماغ، أو في كل الدماغ، وهذه الإصابة لا يمكن معالجتها ولا التخفيف منها.

(ب) أهم أسباب موت الدماغ (جذع الدماغ أو كل الدماغ):

وتتلخص في الآتي:

(1) إصابات الحوادث مثل حوادث المرور والطائرات

والقطارات وحوادث العمل، أو السقوط من حالق، أو أثناء القفز في المسابح أو في البحر، حيث يقفز الشخص ويرتطم رأسه بحجر .

وهذه الحوادث تمثل 50 بالمئة من جميع حالات موت الدماغ

وأهم هذه الحوادث هي حوادث المرور التي تعتبر السبب

الرئيسي للوفاة للذكور في مقتبل العمر في معظم بلاد العالم . وقد

انخفضت حوادث المرور في الولايات المتحدة بنسبة 21 بالمئة

خلال عشر سنوات (1970-1980)، ولا تزال توالي انخفاضها وكذلك

انخفضت تلك الحوادث في أوروبا وبريطانيا وكندا ومعظم دول

العالم الصناعي، انخفاضاً كبيراً بسبب التشديد في إجراءات

السلامة، وتشديد العقوبة على من يسوق السيارة وهو سكران، بينما

زادت حوادث المرور (السيارات) في المملكة العربية السعودية

ودولة الإمارات بنسبة 250 بالمئة، في الفترة من 1971-1976. وزادت

بنسبة 90 بالمئة في البحرين و50 بالمئة في الكويت في نفس الفترة

(1971-1976).

وتذكر الإحصاءات من البحرين والكويت ودولة الإمارات أن

الوفيات من حوادث المرور هي ثلاثة أضعاف ما هي عليه في

بريطانيا بالنسبة لكل 100.000 من السكان⁽¹⁾. وهي في السعودية تماثل دول الخليج الأخرى وربما تزيد عليها وفي الكويت تذكر الإحصائيات أن الوفيات الناتجة عن حوادث السيارات تؤدي إلى فقدان 5200 سنة في كل عام، بينما تؤدي جميع السرطانات مجتمعة إلى فقدان 3200 سنة، وأمراض القلب إلى فقدان 2700 سنة. والإسهال وأمراض الجهاز الهضمي (غير السرطان) إلى فقدان⁽²⁾ 2300.

وقد زادت حوادث المرور في البحرين من 1476 حادثة عام 1970 إلى 23.244 حادثة عام 1983. ويرجع السبب في ذلك إلى الثروة البترولية (ارتفاع سعر البترول عام 1973 وما بعده)، وبالتالي ارتفع عدد السيارات في البحرين من 15.363 سيارة عام 1970 إلى 90000 سيارة عام 1983. والشيء ذاته يقال عن السعودية ودول الخليج الأخرى.

وفي المملكة العربية السعودية تتحدث الإحصائيات عن وفاة ثمانية الآف شخصاً تقريباً كل عام بسبب الحوادث المرورية. يتوفى منهم مباشرة أكثر من أربعة الآف، ويتوفى الباقون في المستشفى خلال شهر من دخولها، وأما عدد الذين يدخلون المستشفيات بسبب الإصابات فيزيدون عن أربعين ألف شخص ينتهي بعضهم إلى إعاقات دائمة.

لهذا كله تعتبر الوفيات الناتجة عن حوادث السيارات في المملكة العربية السعودية ودول الخليج الأخرى، هي أهم سبب للوفيات على الإطلاق، وتأتي قبل الأمراض المعدية

(1) Ruehsen M: Road Traffic injuries as a preventable disease, Saudi Med J 1989, 10 (5):335-339.

(2) يحسب فاقد السنين كالتالي: إذا مات شخص نتيجة حوادث المرور وعمره عشرون عاماً مثلاً ومعدل الأعمار في الكويت ستون عاماً، فإن الفاقد من السنين هو أربعون عاماً، فإذا تمت معرفة عدد الأشخاص الذين قتلوا ومعرفة أعمارهم عند الوفاة أمكن حساب السن بين المفقودة بالمعادلة التالية: عدد القتلى × العمر المفقود.

وأعراض القلب، وأمراض السرطان . وقد بدأ مؤخراً الإعلان عن الأرقام في الإعلام⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ بعد فترة من التعقيم والأنكار .
(2) نزف داخلي في الدماغ بمختلف أسبابه، ويمثل ذلك 30 بالمئة من جميع حالات موت الدماغ في بريطانيا والدول الصناعية.

(3) أورام الدماغ، والتهاب الدماغ، والسحايا، وخراج الدماغ، وتمثل هذه المجموعة حوالي 20 بالمئة من جميع حالات موت الدماغ.

ويعتبر الشنق سبباً هاماً، وإن كان نادراً لموت جذع الدماغ، وكذلك يعتبر توقف القلب أو التنفس الفجائي من الأسباب النادرة لموت الدماغ . وهذه الحالات تؤدي بعد إنقاذها (في بعض الحالات) إلى موت المناطق المخية العليا من الدماغ، بينما يبقى جذع الدماغ حياً وهو ما يؤدي إلى ظهور حالات الحياة النباتية (Vegetative life) التي كثرت في السنوات العشر الأخيرة، بحيث أصبحت تشكل عبئاً كبيراً على الموارد الصحية، وعلى المجتمع في جميع الدول الصناعية.

• الخطوة الثانية للوصول لتشخيص موت الدماغ بعد استيفاء الشروط المسبقة:

(1) Marwah S: Road Traffic Accident Admission in a University Hospital, Saudi Med J 1990, 11 (5): 389-391.

(2) Anonymous: Socio-Economic impact of Road Traffic accidents in Saudi Arabia. Saudi Med J 1980, 1: 246-248.

(3) Al Tukhi MH: Road Traffic Accident Statistics and data comprising Gulf countries. Annals Saudi Med J 1988, 8: 310 (A).

هي عدم وجود سبب من أسباب الإغماء المؤقت، والنتيجة عن:

(أ) الكحول والعقاقير مثل الباربيتورات، والعقاقير المنومة والمهدئة الأخرى التي تؤخذ أحياناً بكميات كبيرة في أثناء محاولة الانتحار.

(ب) انخفاض شديد في درجة حرارة الجسم (Hypothermia) كما يحدث عندما يفقد شخص في المناطق الثلجية الباردة.

(ج) حالات الفشل الكلوي أو فشل الكبد.

(د) حالات الإغماء الناتجة عن زيادة السكر في الدم (Hyperglycaemia) أو نقصانه.

(هـ) حالات الإغماء الناتجة عن إصابات الغدد الصماء بزيادة شديدة في الإفراز الهرموني (Hypoglycaemia)، أو نقصان شديد فيه، كما يحدث في الغدة الدرقية والغدة الكظرية والغدة النخامية.

(و) اضطراب الكهارل (الشوارد) (Electrolyte imbalance). وهناك أسباب أخرى، ولكن هذه المذكورة أهمها. وينبغي أولاً أن تعالج هذه الأسباب المؤقتة جميعاً قبل أن يتم تشخيص موت الدماغ أو جذع الدماغ.

ولا يعني هذا أن هذه الأسباب لا تسبب الوفاة في بعض الحالات إلا أنه ينبغي التأكد أولاً أن هذه الأسباب قد أدت إلى خلل دائم بالدماغ وجذع الدماغ في تلك الحالات الخاصة.

- الفحوصات السريرية لموت الدماغ، عندما يتم الفحص لا بد من وجود النقاط التالية ليتم تشخيص موت الدماغ:

- (أ) عدم وجود الأفعال المنعكسة من جذع الدماغ.
(ب) عدم وجود تنفس بعد إيقاف المنفسة لمدة 10 دقائق، وبشروط معينة، يتم فيها إجراء هذا الفحص الهام، وذلك بإدخال أنبوب (قنطرة) إلى القصبة الهوائية، يمر عبرها الأوكسجين من الأنبوب إلى الرئتين، فإذا لم يحدث تنفس خلال عشر دقائق، فإن ذلك يعني توقف مركز التنفس في جذع الدماغ عن العمل، رغم ارتفاع ثاني أوكسيد الكربون في الدم إلى الحد الذي ينبه مراكز التنفس (أكثر من 50 مم من الزئبق في الشريان) ($\text{PaCO}_2 54\text{mm Hg}$).

وينبغي أن تعاد هذه الفحوص كلها من قبل فريق آخر من الأطباء بعد بضع ساعات من الفحص الأول، وبشرط أن لا يكون بين هؤلاء الأطباء من له علاقة مباشرة بزرع الأعضاء. ولا يعاد فحص التنفس ولذا يكون هو الفحص الأخير

• فحوصات تأكيدية:

(أ) رسم المخ الكهربائي، وينبغي أن يكون بدون أية ذبذبة (Flat E.E.G).

(ب) عدم وجود دورة دموية بالدماغ، وذلك بتصوير شرايين الدماغ، أو بفحص المواد المشعة (Radionucleotides).

* الموقف الفقهي من قضية أجهزة الإنعاش وموت الدماغ:

ما كادت الزوبعة حول قضية أجهزة الإنعاش وموت الدماغ تنتهي في الغرب، حيث بدأت معالم هذه القضية تتضح ومفهوماته تحدد في نهايات السبعينات وبداية الثمانينات، إلا وبدأت في العالم الإسلامي، وبدأت المحافل والمجامع الفقهية تناقش هذه القضية الحيوية باجتماعات مطولة مشتركة بين الأطباء والفقهاء. وكان أول من بادر إلى بحث هذه القضية المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، حيث عقدت ندوة الحياة الإنسانية: بدايتها ونهايتها في 24 ربيع الآخر 1405هـ/15 يناير 1985 في مدينة الكويت، وباشتراك مجموعة من الأطباء والفقهاء.

ثم ناقش مجمع الفقه الإسلامي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي هذه القضية في دورته الثانية المنعقدة بجدة (10-16 ربيع الثاني 1406هـ/22-28 ديسمبر 1985).

وبعد مناقشات مستفيضة قرّر تأجيل البتّ في هذا الموضوع إلى الدورة التالية، والتي عقدت في عمّان (الأردن) (8-13 صفر 1407هـ/11-16 أكتوبر 1986).

وصدر فيها القرار التاريخي (رقم 5) بشأن أجهزة الإنعاش حيث قرر المجمع : أن الشخص قد مات، وتترتب جميع الأحكام المقررة شرعاً للوفاة إذا تبيّنت فيه إحدى العلامتين التاليتين:

(1) إذا توقف قلبه وتنفسه توقفاً تاماً، وحكم الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه.

(2) 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 المر كبة على الشخص، وإن كان بعض الأعضاء لا يزال يعمل آلياً بفعل الأجهزة المركبة.

وقام المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي ببحث هذا الموضوع في دورته الثامنة والتاسعة وأصدر قراره في دورته العاشرة المنعقدة في مكة المكرمة (1408هـ). وأجاز رفع الأجهزة في مثل هذه الحالة إلا أنه لم يعتبر الشخص ميتاً من الناحية الشرعية، ولا تسري عليه أحكام الموت إلا بعد توقف قلبه ودورته الدموية.

وقد أدّى قرار مجمع الفقه الإسلامي المنعقد بعمّان الأردن إلى فتح الطريق أمام زرع الأعضاء من المتوفين دماغياً، حيث ينبغي أن يكون العضو المستقطع، مثل القلب أو الكبد أو الكلى متمتعاً بالتروية الدموية إلى آخر لحظة . وذلك ما يوفوه تشخيص موت الدماغ، حيث يستمرّ الأطباء في التنفس الصناعي، وإعطاء العقاقير، بحيث تستمر الدورة الدموية لحين استقطاع الأعضاء المطلوبة من المتوفى.

وتعتبر المملكة العربية السع ودية رائدة في هذا المجال، حيث تم فيها زرع 2071 كليةً و509 كبدًا و 168 قلب كامل و 497 قلب للصمامات و 608 قرنية و 32 رئة و 16 بنكرياس من المتوفين دماغياً حتى نهاية عام 2009.

وبلغت أعداد الحالات المبلغ عنها ك وفاة دماغية (من نوفمبر 1986 وحتى نهاية ديسمبر 2009) 7495 حالة، تمّ توثيق 4055 حالة مع مقابلة الأهل ، كما تمّ الموافقة على التبرع بالأعضاء إلى 1329 حالة، وتم استئصال أعضاء من 1213 شخصاً متوفين دماغياً.

وقد كان لقرار اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء برقم 6619 وتاريخ 1404/2/15 (1984) بشأن إيقاف أجهزة الإنعاش والصادر عن الرياض أثراً هاماً في إيقاف أجهزة الإنعاش في حالات توثيق موت الدماغ . فقد جاء في السؤال الموجّه إلى اللجنة هل يجوز إيقاف أجهزة الإنعاش إذا ثبت موت الدماغ وعدم وجود أي نشاط كهربائي في تخطيط المخ (EEG) وكان الجواب: إذا كان الواقع كما ذكر جاز إيقاف الأجهزة التي تشغل القلب وجهاز التنفس أوتوماتيكياً إذا كان القلب لا ينبض لوحده والتنفس لا وجود له إلا بالأجهزة لأنه على هذا يكون ميتاً وحركة القلب والتنفس إنما هي بالأجهزة ، لاحتياية الشخص. لكن يجب التأكد من موته بعد رفع الأجهزة وقبل إعلان الموت لكامل أوجهها، وصلى الله على نبينا محمد وعلى آله وصحبه وسلم.

ويعتبر موقف الفقهاء في المملكة العربية السعودية متقدماً على موقف كثير من الفقهاء في العالم الإسلامي . ورغم أن هذه الفتاوى لم تعتبر موت الدماغ موتاً يبيح استقطاع الأعضاء، والقلب لا يزال ين بض إلا أنهم أب احوا إيقاف

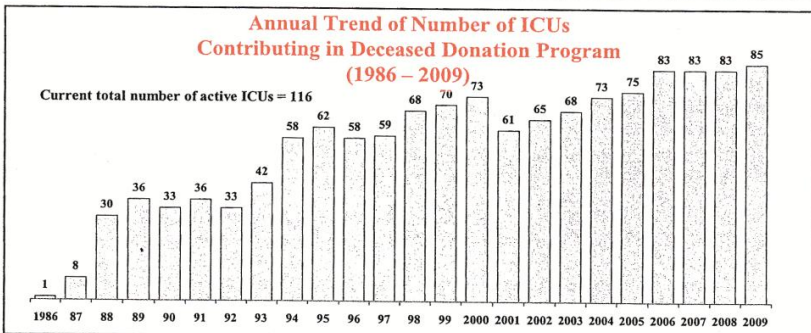
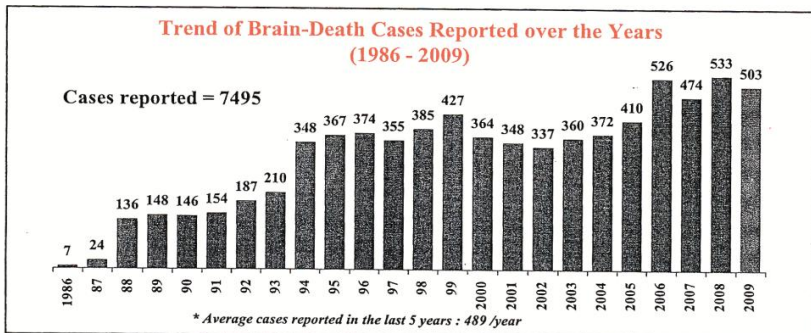
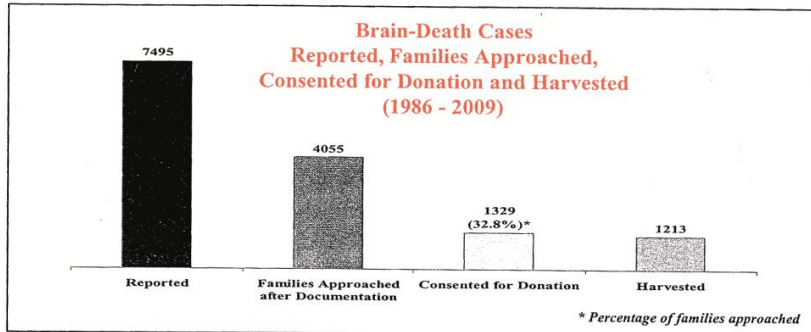
الأجهزة ولم يعترضوا على فتوى المجمع الفقهي الدولي في عمان الأردن 1986 لأن رئيس المجمع كان الشيخ بكر أبو زيد رحمه الله وكانت المملكة ممثلة بالشيخين الجليلين عبد الله البسام وعبد الله بن منيع، والقرار صدر بأغلبية الأعضاء وهذا ما يفسر أخذ الأعضاء من المتوفين دماغياً، ولا شك أن دعم سمو الأمير سلمان بن عبد العزيز كان له الأثر الفعال في ذلك.

المجلة السعودية لأمراض الكلى وزرع الأعضاء

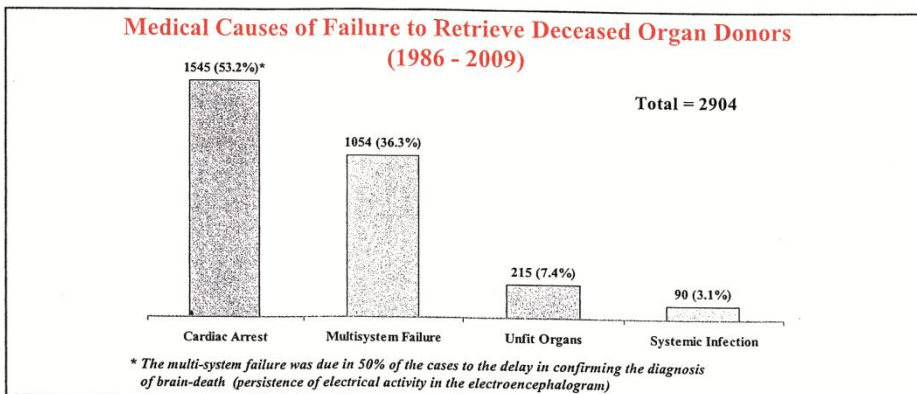
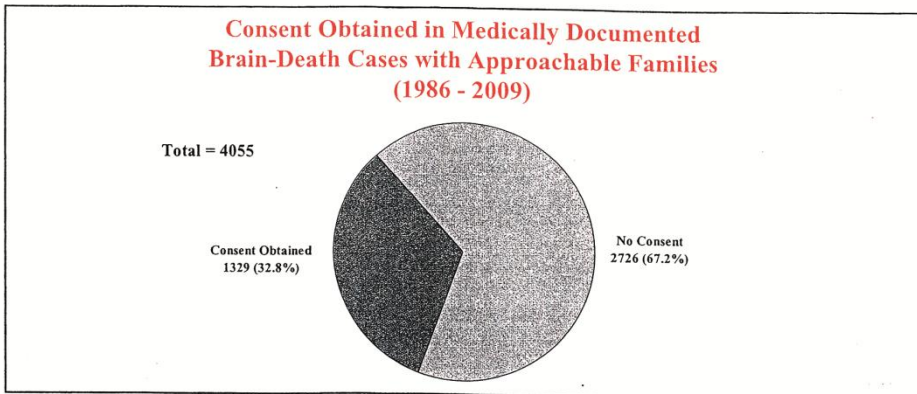
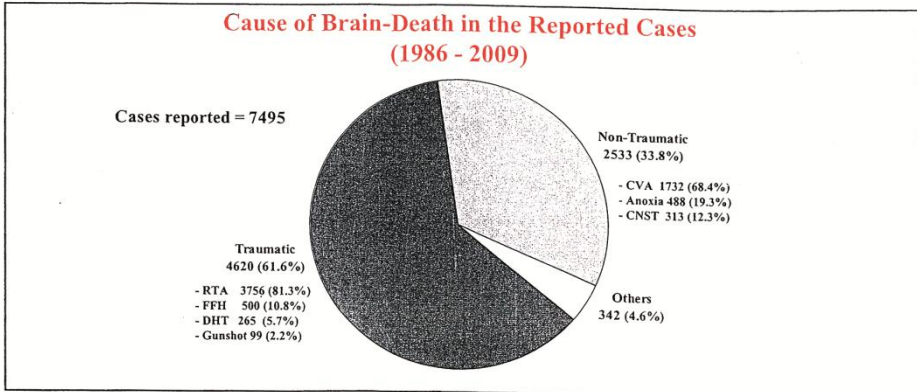
عام 2010، العدد 21 (5): 992-995.

إحصائيات المركز الوطني لزراعة الأعضاء/الرياض

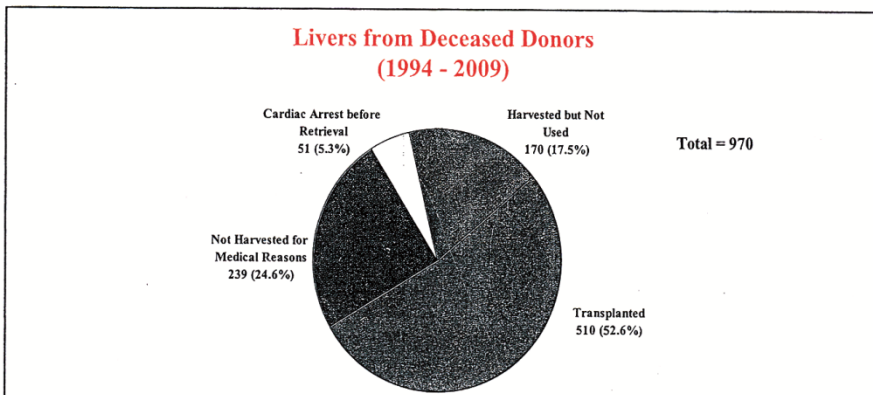
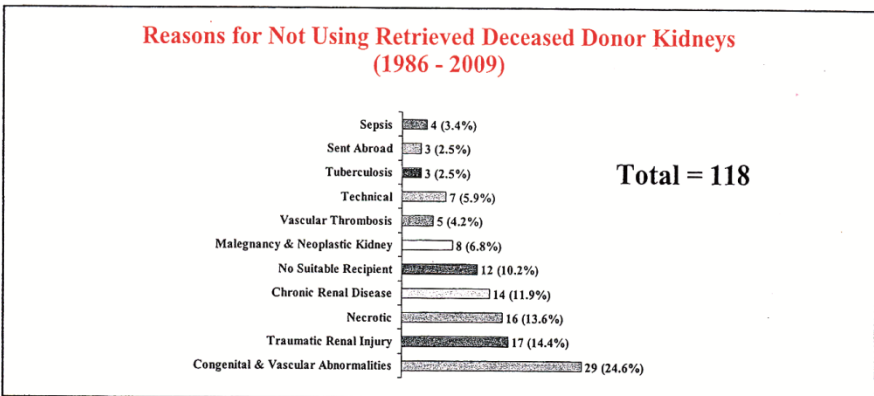
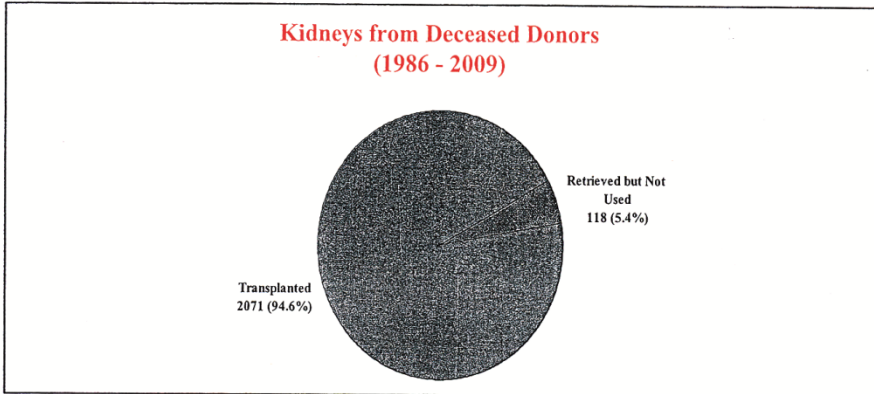
Organ Donation and Transplantation in the kingdom of Saudi Arabia



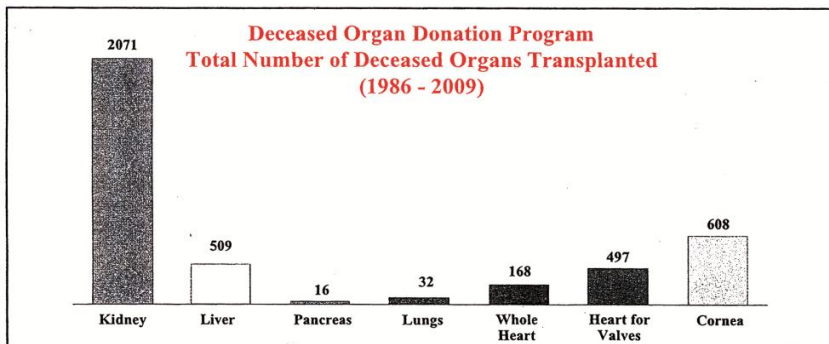
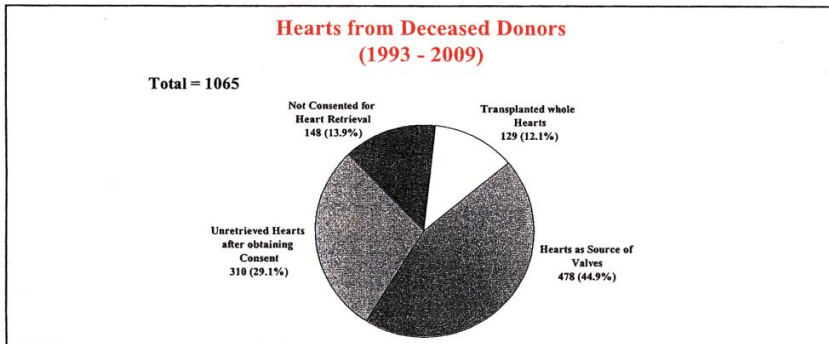
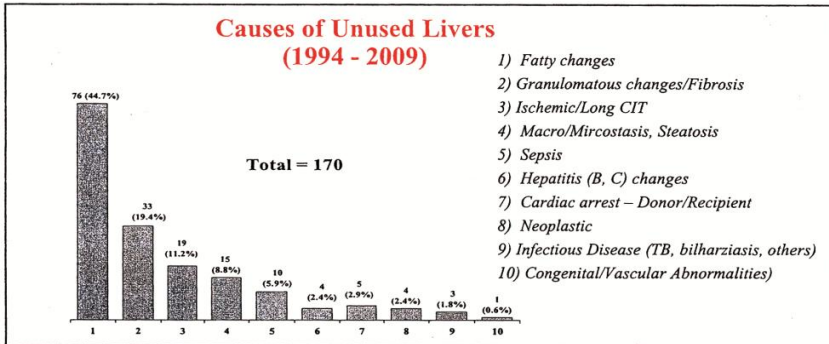
Organ Donation and Transplantation in the kingdom of Saudi Arabia



Organ Donation and Transplantation in the kingdom of Saudi Arabia



Organ Donation and Transplantation in the kingdom of Saudi Arabia



الفصل الثامن والعشرون

الحالات النباتية المستمرة

الحالات النباتية المستمرة

Persistent Vegetative State (PVS)

عندما تصاب قشرة المخ **cerebral cortex** إصابات بالغة دائمة بينما تبقى مناطق جذع الدماغ سليمة، فإن هذا الشخص يفقد قدراته على الإدراك فقداناً كاملاً، وقد يصحب ذلك أنواعاً من الشلل، ولكن قدرته على التنفس والأمور الحياتية الأساسية تبقى بصورة أو بأخرى سليمة، رغم حاجته في بعض الأحيان إلى جهاز المُنْفَسَة، ومع هذا فإن مثل هذا الشخص يصحو وينام ويفتح عينيه، وقد يصدر أصواتاً غير مفهومة . ولكنه لا يستطيع بأي حال من الأحوال أن يدرك أو يعرف (**permnant loss of cognition**) وبالتالي قد وصل إلى ما أطلق عليه بعض الأطباء موت المعرفة والإدراك (**Cognition Death**).

وتعرف هذه الحالات باسم الحالات النباتية المستمرة **Persistent Vegetative States**. وقد أطلق عليها هـ ذا الاسم لأن الشخص كما ذكرنا يكون في مثل هذه الحالة مثل النبات يتغذى ويتنفس ويزيد عنه أنه يهضم الطعام ويحرك عينيه ويفتحهما وينام ويصحو، وقد يصدر بعض الأصوات غير المفهومة .. وقد يحرك بعض أطرافه (غير المشلولة)، ولكنه فاقد فقداناً تاماً للإدراك. وبما أن هناك بعض هذه الحالات التي تصاب بهذه الحالة نتيجة الحوادث أو انفجار أوعية دموية تحت العنكبوتية

Subarachnoid Hemorrhage فأن حالة الإغماء التام **Coma** قد تتحسن ويخرج المصاب من الإغماء إلى فقدان الإدراك والمعرفة. وفي بعض الحالات يتم بإذن الله تعالى خروج المريض من الحالات النباتية (فقدان الإدراك والمعرفة) إلى الوضع الطبيعي أو شبه الطبيعي. وفي دراسة قام بها مجموعة من الأطباء والأخلاقين ضمن الجمعيات المهمة بالحالات النباتية (**The multisociety task force on PVS**) وتمّ فيها دراسة 754 حالة من حالات الإغماء لمدة 3 و 6 أشهر وسنة كاملة. وكانت نتيجة الإفاقة من الغيبوبة (الإغماء) كالتالي:

النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية	بالنسبة للبالغين
بعد (12) شهرًا	بعد (6 أشهر)	بعد (3 أشهر)	
33	24	15	* إصابات في الدماغ (حوادث) (العدد 434 حالة) الوفاة
15	30	52	الحالة النباتية المستمرة
52	46	33	الإفاقة الإجمالية
7	0	0	منها إفاقة جيدة وعودة الوظائف
28	0	0	إفاقة مع إعاقة شديدة
17	0	0	إفاقة مع إعاقة متوسطة
53	40	24	* أذيات دماغية أو قلبية (غير حوادث) (العدد 169 حالة وفاة)
32	45	65	الحالة النباتية المستمرة
15	15	11	الإفاقة الإجمالية
1	0	0	حالة إفاقة جيدة

النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية	بالنسبة للأطفال
بعد (12) شهرًا	بعد (6 أشهر)	بعد (3 أشهر)	
9	9	4	حوادث (106 حالة) الوفاة
29	40	72	الحالة النباتية المستمرة
62	51	24	الإفاقة الإجمالية
11	0	0	إفاقة جيدة
22	22	20	* غير حوادث الوفاة
65	67	69	الحالة النباتية المستمرة
13	11	11	الإفاقة الإجمالية
6	0	0	إفاقة جيدة

ويتبين من مجموع الحالات التالي:

- (1) أن الأطفال يتحسنون أفضل بكثير من الكبار.
- (2) أن التحسن في حالات الحوادث أفضل بكثير من حالات إصابة القلب أو الغرق أو السكتات الدماغية.
- (3) أن التحسن له ثلاث درجات، إفاقة تامة مع عودة جميع الوظائف وهذه أقلها لدى المجموعات كلها، ولكنها أفضل ما تكون لدى الأطفال الذين أصيبت أدمغتهم في حوادث، يليهم الأطفال الذين أصيبت أدمغتهم في غير الحوادث، يليهم الكبار (البالغون) الذين أصيبوا في حوادث، وأقل المجموعات هي الكبار (البالغون) الذين أصيبت أدمغتهم في غير الحوادث.
- (4) أن الخروج من الحالة النباتية يقل كثيراً بعد مرور عام ويصبح نادراً جداً لدى البالغين (الكبار) وخاصة من أصيبت أدمغتهم من غير الحوادث.
- (5) أن الحالة النباتية المس تمرة لمدة عام لدى الأطفال لا تزال لديها فرصة للتحسن، والخروج من الحالة النباتية إلى حالة إعاقة خفيفة أو شديدة . وكلما استمرت الحالة تقل نسبة الخروج من الحالة النباتية المستمرة.

(6) نشرت هذه الدراسة في مجلة الأعصاب **Neurology** (عام 1995، العدد 45، ص 1015-1018).

وفي دراسة حديثة نشرتها مجلة الأعصاب (**Neurology**) على الشبكة العنكبوتية في 18 يونيو 2010 (20 يوليو 2010 الورقية) جاء فيها التفريق بين الحالات النباتية المستمرة المتمثلة في فقدان الإدراك فقداناً تاماً مع بقاء قدرته على أن يصحو وينام ، وأن يتنفس في الغالب دون الحاجة إلى المنفسة (**Respiratory**)، وبين الحالات المماثلة، والتي فيها رغم ذلك نوع من الإدراك البسيط جداً، والتي أسميت الحالات التي بها درجة وعي بسيطة

Minimum conscious state

وقد ذكر لاوات Laute وزملاؤه من فرنسا أنهم درسوا 12 حالة نباتية و 50 حالة وعي طفيف جداً كانوا جميعاً في غيبوبة واستمرت الدراسة خمسة سنوات، ففي الحالات النباتية توفي منهم 9، واثنان بقيا على حالتهما، وواحد فقد ولم يستطيعوا متابعته. وبالمقارنة فإن الحالات التي كان بها وعي طفيف فإن 14 منهم ماتوا، و 9 بقوا على حالهم ولكن 13 شخصاً منهم أفاقوا مع وجود إعاقات شديدة.

وكانت العوامل المؤثرة في الإفاقة:

(1) سن تحت 39.

(2) اغماء ناتج عن أذية بالدماغ نتيجة حوادث، أي أن كلما كان السن أصغر كانت احتمالات الإفاقة أكبر، وكذلك إذا كانت إصابة الدماغ نتيجة حادثة فإنها تكون أفضل من الإصابات الناتجة عن جلطات بالدماغ (سكتة دماغية) أو نزف أو توقف القلب أو غرق تم إنقاذها بالإنعاش الرئوي القلبي.

وهذا أيضاً ما أكدته دراسة تروجانو **Trogano** وزملاؤه من إيطاليا والتي نشرت أيضاً في نفس العدد من مجلة الأعصاب (**Neurology**)، ولهذا ينبغي التريث في إيقاف الإنعاش والتغذية ومعالجة الاثانات حتى لا يترك بعض هؤلاء المرضى الذين يمكن إستنقاذهم إلى الوعي مع وجود إعاقات . ومن الواضح أن

الحالات النباتية المستمرة من النادر جداً أن تعود إلى الوعي وخاصة في الكبار (40 سنة فما فوقها)، وبالذات عندما تكون الإصابة ناتجة عن مرض أو نزف في الدماغ أو توقف في القلب أو غرق وقد تمّ إنقاذها، أما الحالات التي فيها إدراك ووعي ولو بدرجة بسيطة جداً فإن احتمالات تحسنها وعودتها إلى الوعي مع الإعاقة كبيرة (26 بالمئة في المجموعة الفرنسية).

ونتيجة الدراسات المكثفة لهذه الحالات في الولايات المتحدة وغيرها فقد تبين أن إمكانية عودة الحالات النباتية إلى الوضع الطبيعي⁽¹⁻⁵⁾ (الإدراك والمعرفة) تكون أكثر في بعض الإصابات والأعمار من بعض وهي كالتالي:

(1) عمر المصاب أقل من 40 عاماً، وكلما كان عمراً أقل كان احتمال الإفاقة والعودة إلى الإدراك أكبر، وأفضل النتائج هي للأطفال.

(2) **سبب الإصابة:** إذا كان سبب الحالة النباتية الحوادث

وتهتكات الدماغ، ونزف تحت الأم العنكبوتية **Subarachnoid hemorrhage**، فإن احتمال الإفاقة والعودة إلى الإدراك أفضل من الحالات الناتجة عن الاختناق وتوقف القلب **Cardiac arrest** التي تم إنقاذها وأدت إلى بقاء المصاب حياً ولكن بدون وعي أو إدراك أو معرفة.

(1-5) تقرير المجلس العلمي والمجلس الأخلاقي والقانوني للجمعية الطبية الأمريكية المنشور في مجلة الجمعية JAMA في 19 يناير 1990 (العدد 263 رقم 3).

Council Report: Persistent Vegetative state and the Decision to withdraw or withhold Life Support JAMA 1991, 263, (3): 426-430.

Plum F, Posner JB: The Diagnosis of Stupor and Coma. 3rd ed. Philadelphia, FA Davis Co Publishers 1982.

Berrol S: Evolution of the Vegetative state. J Head Trauma Rehabilitation 1986, 1: 7-16.

Higashi K, Hatano M, Akibo S. etal: 5 year follow up of patients with Persistent Vegetative States. J Neurosurg Psychiatry 1981, 44: 552-554.

ولهذا يمكن القول أن الحالات النباتية المستمرة (أكثر من ستة أشهر) من النادر أن تستفيق وتعود إلى الوعي والإدراك وخاصة إذا كان المصاب قد جاوز الأربعين عاماً، أو أن الإصابة كانت بعد توقف القلب (**Cardiac arrest**) الذي تم إنقاذه، أو حالات الاختناق **asphyxia** نتيجة الدخان (الحرائق أو غاز أول أكسيد الكربون) أو الغرق. ويكون التنبؤ أكثر صعوبة في حالة الأطفال الذين وصلوا إلى هذه المرحلة.

➤ أسباب الحالات النباتية المستمرة:

قد تكون الإصابة حادة بعد نزف في الدماغ أو تحت العنكبوتية⁽¹⁾ (Subarachnoid hemorrhage)، أو نتيجة تهتكات بالدماغ بسبب حادثة سيارة أو ضرب أو سقوط من شاهق ... إلخ. كما يمكن أن تكون الإصابة مزمنة نتيجة مرض مزمن بالدماغ مثل خرف الزهايمر (Alzheimers disease)، وهو مرض يصاب فيه الإنسان بالخرف المبكر (يبدأ من سن الخمسين)، وينتهي إلى فقدان كامل للمعرفة والذاكرة والإدراك .. أو تكون الإصابة نتيجة توقف القلب ثم يتم إسعافه أو اختناق نتيجة دخان حريق أو غرق أو غاز أول أكسيد الكربون... إلخ.

وفي هذه الحالات جميعاً تكون الإصابة في قشرة الدماغ وما تحت القشرة مباشرة بينما يبقى جذع الدم اغ **niarB mets** والدماغ البيني (**nolahpeceiD**) سليماً أو شبه سليم وبالتالي فإن مثل هذا الشخص ينام ويصحو ويتنفس في الغالب بدون الحاجة إلى المَنفَسَة، وإذا احتاج لها لا تكون حاجته مستمرة ودائمة . كما أن قلبه ينبض والدم يجول في عروقه جولانه الطبيعي (دورة دموية سليمة). وقد يستطيع أن ييلع الطعام والشراب وقد لا يستطيع، فيتم تغذيته عبر أنبوب المعدة (يدخل من الأنف إلى المعدة أو بإجراء فتحة مباشرة عبر جدار البطن تصل إلى المعدة). ويهضم الطعام، ويفرز النفايات والبول دون أن يشعر، ولا بد من وضع قسطرة لجمع البول حتى لا يسبب له البول تقرحات وتسلخات في منطقة العانة والظهر.

ويحتاج هؤلاء المصابون لرعاية تمريضية فائقة مع التغذية عبر الأنبوب وسحب البول عبر القسطرة وبهذه الطريقة أمكن أن

(1) للدماغ ثلاثة أغشية هي الأم الجافة Dura Mater وهي ملتصقة بالقحفة (Cranium) أي عظم الجمجمة والعنكبوتية Arachnoid Mater وهي تشبه خيوط العنكبوت ويتخللها السائل المخ شوكي Cerebrospinal fluid وبعض الأوعية الدموية . والأم الحنون Piamater وهو غشاء رقيق ملتصق بالدماغ.

يعيش هؤلاء آماداً طويلة حيث عاش بعضهم أكثر من ثلاثين عاماً. وأكثرهم يعيش حوالي عشر سنوات. وقد يحتاج هؤلاء من حين لآخر إلى استخدام المَنفَسَة ولكنها ليست ضرورية لكل حالة ولا طوال الوقت، كما أنهم يحتاجون من حين لآخر لمعالجة التهاب رئوي أو التهاب المجاري البولية أو معالجة قروح السرير **Bed Sore** نتيجة الاستلقاء لآمد طويلة (عدة سنوات دون أن يخرج مثل هذا الإنسان من سريره). ومع تقدّم التمريض والعناية فإن حدوث هذه القروح أصبح نادراً وخاصة مع استعمال سرير الهواء وفيه مرتبة (فراش) تنفخ بالهواء فتحدث تموجات فيها، وذلك يمنع حدوث القرح، بالإضافة إلى تقليب المريض إذا لم يكن يستطيع أن ينقلب في سريره كل 3 أو 4 ساعات.

ونتيجة التقدم الطبي والرعاية المكثفة فإن عدد هذه الحالات يزداد يوماً بعد يوم، ففي عام 1990 بلغ عدد هذه الحالات في الولايات المتحدة ما يقدر بخمسة وعشرين ألف حالة ⁽¹⁾ وبلغت كلفة رعايتهم أكثر من ثمانية آلاف مليون دولار سنوياً . وفي دراسة مجلة الأعصاب **Neurology** (1995، العدد 45 ص 1015-1018) كان العدد الإجمالي ما يقرب 25 ألف شخص من البالغين وعشرة آلاف من الأطفال.

وقد أثّرت قضايا كثيرة في المحاكم في الولايات المتحدة وأوروبا حول هذه الحالات وما ينبغي عمله فيها . وقد ذكرت مجلة الجمعية الطبية الأمريكية **JAMA** في تقرير مجلسها العلمي والأخلاقي حول هذه الحالات ⁽²⁾ عدداً كبيراً من القضايا في المحاكم العليا والمحاكم الأميركية في الولايات المتحدة وكيفية معالجة هذه القضايا.

⁽¹⁾ مجلة جاما الطبية 1990 (العدد 263): 426-430.

JAMA 1990, 263 (3): 426-430.

⁽²⁾ المصدر السابق.

وقد اتفق القضاة على أنه إذا ثبت ثبوتاً قاطعاً أن الشخص قد ذكر في أثناء وعيه وحياته الطبيعية أنه إذا أصيب بالحالة النباتية فإنه لا يريد أي نوع من العلاج، وعليه فإن رغبته هذه ينبغي أن تحترم.. وهذا ناشيء عندهم عن مبدأ استقلالية الفرد وحرية التامة في التصرف في بدنه وماله (Autonomy).

وكانت أكثر القضايا إثارة بسبب الإعلام المكثف حولها، قضية كارين آن كونيلاان الشابة الأمريكية التي أصيبت بغيوبة طويلة نتيجة تناولها الخمر مع حبوب الفاليوم، وقد أصيبت بقيء شديد وانقطع الدم عن تروية مناطقها المخية العليا . وقد مكثت نتيجة ذلك في غيبوبة كاملة من 14 أبريل 1975 حتى 13 يونيو 1985 عندما لاقت حتفها نتيجة التهاب رئوي أصيبت بمثله مراراً في غيبوتها الطويلة تلك، وشفيت منه من قبل مراراً.

وفي بداية الأمر وُضعت تحت أجهزة الإنعاش وظلّت تتنفس بواسطة جهاز المنفسّة وتدخّل الأبوان وقسيس الأسرة وطلبوا من المستشفى إيقاف الأجهزة طالما أنه لا يوجد أي أمل في استعادتها الوعي.

ورفضت إدارة المستشفى طلب الأبوين وتقدما إلى المحكمة والتي حكمت باستمرار أجهزة الإنعاش، ولم يبأس الأبوان ورفعوا القضية إلى المحكمة العليا، وثارَت ضجة إعلامية كبيرة حول هذه القضية، وشغلت رجال القانون والصحافة والأطباء والجمهور بصورة عامة، وقررت المحكمة العليا في مارس 1976 «حقوق المريض في الموت بكرامة»، وعليه صدر أمر بإيقاف أجهزة الإنعاش. وبالفعل تمّ إيقاف الأجهزة في شهر مايو 1976، ولكن كارين كونيلاان لم تمت لأن لها في العمر بقية واستمرت تعيش بواسطة التغذية، والرعاية الصحية والتمريض، وإعطاء المضادات الحيوية من حين لآخر حسب الحاجة واستخدام المنفسّة عند الحاجة لفترات قصيرة. وحين وافى الأجل انتهت حياتها وانتقلت إلى الدار الآخرة في 13 يونيو 1985، بعد أن عاشت عشرة أعوام في إغماء

تام، (أصيبت وهي في سن 21 عاماً وتوفيت في سن الواحدة والثلاثين).

وهناك قضية سيسيليا بلاندي الإيطالية التي أصيب دماغها في حادثة تصادم مروري وكانت آنذاك في سن الثامنة وبقيت في حالة غيبوبة وحياة نباتية مستمرة لمدة اثني عشر عاماً ثم انتقلت إلى العالم الآخر في 1985/6/24.

وقد قررت المحاكم في الولايات المتحدة كما تقول مجلة الجمعية الطبية الأمريكية (جاما **JAMA**)، السماح بإيقاف أجهزة الإنعاش بل والتداوي إذا ثبت أن هذه الحالات تعاني من الحالة النباتية المستمرة مع فقدان كل أمل في استعادة الوعي والإدراك⁽¹⁾. وقد عبّر القضاة في أحكامهم تلك عن ما يُسمّى حق المريض بالموت بكرامة!! وأنه لا يوجد مبرر لإطالة الاحتضار، بل ما دام الشخص لن يستعيد (حسب تقارير الأطباء) إدراكه ووعيه، فلا يوجد واجب قانوني على من يرعون المصاب بأن يستمرّوا في محاولة إطالة أمد حياته. ومع هذا فقد أبدى بعض القضاة تحفظهم إزاء استعمال الموت بالنسب لهذه الحالات بإيقاف العلاج والإنعاش ولا بد أن ننبه مرة أخرى أن الحالات النباتية المستمرة لا تعاني دائماً من الإغماء **Coma** بل إن أغلب هذه الحالات – كما ذكرنا آنفاً – ينام ويصحو ويفتح عينيه وقد يصدر أصواتاً غير مفهومة على الإطلاق، وبالتالي فإن معظم هذه الحالات لا تعاني من الإغماء **Coma**، بل من فقدان الإدراك والمعرفة فقداناً تاماً. وتختلف هذه الحالات عن حالات الجنون وحالات الخرف حيث يبقى شيء ولو يسير من الإدراك والمعرفة. أما هذه الحالات ففقدان الإدراك والمعرفة تامان تقريباً، بالإضافة إلى أن المصاب لا يمكن مطلقاً أن يتحكّم في تبوله وتبرزه، كما أن تغذيته لا تتم

(1) مجلة جاما الطبية 1990 (العدد 263): 426-430.

وقد ذكرت 11 حكماً صادراً من المحاكم الأمريكية مثل قضية باربر مع المحكمة العليا، وقضية بروفي ضد مستشفى سيناء بولاية نيو أنجلند وقضية أن كوينلان 1976 وقضية راسموسن ضد فلننج... (قضايا متعددة من عام 1976 حتى عام 1986).

في معظم هذه الحالات إلا بواسطة أنبوب المعدة (إما عبر الأنف أو مباشرة عبر جدار البطن إلى المعدة) كما سبق وذكرنا ذلك. ولا بد من تفريق هذه الحالات النباتية المستمرة من حالات أخرى مشابهة وهي ما يُسمّى حالات الانحباس التام (**Locked in States**). وهي حالات يصاب فيها الشخص في المسارات الصاعدة والنازلة من المناطق المخية إلى النخاع الشوكي، ويكون موضع الإصابة إما في جذع الدماغ أو القنطرة (**Pons**) أو النخاع المستطيل (**medulla oblongata**). وسبب هذه الإصابة إما جلطة أو انصمام في الأوعية الدموية المغذية لهذه المناطق، وينتج عنها شلل للأطراف الأربعة بالإضافة إلى فقدان تام للقدرة على الكلام أو حتى إصدار الأصوات. ورغم هذا كله فإن المناطق المسؤولة عن الوعي والإدراك والتنفس والتحكم في الدورة الدموية والأمور البيولوجية الأساسية كلها لا تزال سليمة. وبما أن المصاب لا يستطيع الحركة ولا الكلام ولا الإشارة فإن الخطأ قد يحدث في تشخيص هذه الحالة وبالتالي تُدرج فيما يعرف بالحالة النباتية المستمرة.

ويمكن التفريق بينهما بعدة فحوصات طبية، ومن بينها الفحص المقطعي بالقذف البوزيتروني **Positron emission** حيث يوضح هذا الفحص نشاط خلايا قشرة الدماغ، فيُظهر أن الحالات النباتية ضئيلة الاستقلاب وضعيفة النشاط جداً وتشبه الشخص الفاقد وعيه تحت تأثير البنج الكلي (**general anesthesia**)، بينما في حالات الانحباس التام نجد أن نشاط خلايا قشرة الدماغ طبيعياً أو شبه طبيعي.

➤ الإحساس بالألم والحالات النباتية:

إن الإحساس بالألم وإدراكه يتم في المناطق المخية العليا، أما التفاعل لوخز إبرة مثلاً أو لسعة بنار فإنما تتم عبر القوس الانعكاسي البسيط، حيث ينتقل الإحساس بالألم عبر العصب إلى النخاع الشوكي ومنه يصدر الأمر بسحب اليد أو الإصبع من مصدر الألم دون أن يتم الإدراك في المناطق المخية العليا، ولهذا فإن الحالات النباتية المستمرة تتفاعل مع وخز الإبرة مثلاً بسحب اليد أو الإصبع التي تم وخزها، ولكن هذه الحالات لا تترك الألم. وربما كان هذا نعمة من الله سبحانه وتعالى ولطف منه بهذه الحالات التي لا تترك فداحة ما هي فيه فلا تشعر بصورة واضحة بالألم ولا الحزن ولا الكآبة ولا القلق !! وبالتالي تتقبل ما أصابها بهدوء عجيب، والسبب يرجع إلى فقدان الإدراك ومعرفة الألم والإحساس به في المناطق المخية العليا...

➤ الأسئلة المتعلقة بالحالات النباتية المستمرة (PVS):

إن هذه الحالات تزداد يوماً بعد يوم مع التقدم الطبي في مختلف بلاد العالم. وهي كذلك تزداد في بلادنا مع التقدم الطبي وتحسين مستوى الرعاية الطبية والتمريضية. ولا تستطيع الحكومات تقديم الرعاية لعدد متزايد من هذه الحالات في المستشفيات أو حتى مستوصفات خاصة أو دور للرعاية نتيجة الكلفة العالية ونتيجة بقاء هذه الحالات لأمد طويلة، ربما بلغت ثلاثين عاماً. وكلمًا تحسّنت الرعاية في التمريض والعلاج كلما ازداد العدد وامتألت الأسرة وأصبح من المستحيل إبقاءهم في دور الرعاية الصحية لفترات طويلة.

وللأسف فإن الأسر لدينا رغم اهتمامها بأفرادها لا أنها لا تستطيع أن تقدّم مثل هذه الرعاية في المنزل لأسباب عديدة منها أن مستوى الرعاية المطلوب غير ممكن تقديمه لعدم المعرفة

والمكلفة ولعدم وجود شخص متفرغ تفرغاً تاماً لرعاية مثل هذه الحالة.

وتقوم الأسر المقتدرة بالتعاقد مع ممرض أو ممرضة لديها خبرة في هذا المجال لرعاية هذه الحالة في ركن منعزل من المنزل. وتقوم بتوفير الأغذية الخاصة والقساطر والأدوات الخاصة للرعاية وأنابيب التغذية بالإضافة إلى السرير الخاص وإيجاد غرفة خاصة للمرضة أو أن الممرضة تنام مع المريضة في نفس الغرفة.

وكل هذا يكلف مبالغ طائلة لا تستطيعها معظم الأسر. ولهذا فإن كثيراً من الأسر عندما تجد المستشفى يلح بأن يأخذوا مريضهم يتهرّبون، بل ويتخلّون حتى عن زيارة قريبيهم ومريضهم.

إذا كان المريض في المنزل وأصيب بتوقف في القلب فإنه من المستبعد جداً أن يتم إجراء الإنعاش الرئوي القلبي وبالتالي فإن المريض يرتاح ويريح. وكذلك قد لا ينتبه الأهل إلى وجود التهاب رئوي أو التهاب في المجاري البولية أو فشل كلوي وربما تجاهلوه بعد تشبيه الممرض أو الممرضة، وخاصة إذا رفض المستشفى استقبال مثل هذه الحالة.

في هذه الحالات يقوم الالتهاب الرئوي أو الفشل الكلوي بالقضاء على المريض وبالتالي عدم إطالة مدة مرضه واحتضاره.

ولكن الإشكال يأتي عندما يكون مثل هذا المريض في المستشفى، فهل يتم إجراء الإنقاذ الرئوي القلبي إذا ما توقف قلبه فجأة؟ يبدو أن الأطباء مجمعون (إلا ما شذ) على عدم إجراء محاولات الإنقاذ هذه في مثل تلك الحالات.

ولكن غالبية الأطباء لا يتوقفون عن علاج التهاب رئوي أو التهاب في المجاري البولية لمثل هذه الحالات نتيجة يسر المعالجة، ولكنهم دون شك لن يضعوا مثل هذا المصاب في برنامج الغسيل الكلوي عند فشل كليتيه.

ويبقى السؤال حرجاً عندما يصاب مثل هذا الشخص بالتهاب بالزائدة الدودية، هل تجري له العملية ويتم إنقاذه من الزائدة التي قد تنفجر إذا أهملت وتقضي عليه؟ أم يترك ليواجه مصيره؟

وعندما يحتاج مثل هذا الشخص إلى المنفسة هل يُبادر إلى وضعها عليه، وقد يصعب إخراجها وإيقافها منه بعد ذلك؟ ثم ما هي الفائدة المرجوة من مثل هذا الإجراء؟ يجتار الأطباء في ذلك حيرة شديدة، ويتساءلون هل عدم وضع المنفسة ابتداءً يعتبر نوعاً من القتل؟ هل عدم التداوي يعتبر نوعاً من القتل في مثل هذه الحالات؟

وهل يكون قرار الشخص في أثناء وعيه وصحته بأنه إذا (لا سمح الله) أصيب بمثل هذه الحالة النباتية أنه لا يريد علاجاً ولا محاولات للإنقاذ، هل يكون قراره هذا ملزماً؟ أم يتم تجاهله؟

وقد ثبت أن بعض كبار الصحابة مثل أبي بكر الصديق وأبي بن كعب وأبي الدرداء ومعاذ بن جبل تركوا التداوي عندما أدركوا أن لا فائدة ترجى من التداوي أو أن الأمل ضعيف في فائدة التداوي.

ويبدو أن هذه ال حالات التي يقرّ فيها الشخص العاقل البالغ الحرّ (دون إكراه) أنه لا يريد التداوي إذا وصل إلى هذه المرحلة، لا إشكال فيها . فهناك الأحاديث الكثيرة التي تقدّم

ذكرها في عدم التداوي وهناك الصحابة الذين لم يتداووا. وهو أمر أيضاً قد أطبقت عليه القوانين الوضعية اليوم.

ولكن الإشكال يأتي حينما يصاب الشخص بمثل هذه الحالة النباتية المستمرة وهو لم يقرّر من قبل صراحة عدم رغبته في التداوي فكيف يمكن الوصول إلى معرفة رغبته وهو فاقد للإدراك والمعرفة والوعي!!

تقرّر القوانين الغربية أن الأطباء يستطيعون أن يعرفوا ببعض القرائن في بعض الحالات رغبات المريض بواسطة أصدقائه وأقاربه، ولكن المشكلة أن هناك حالات عديدة لا يمكن فيها معرفة رغبة المريض الحقيقية.

ويبدو أن القوانين الغربية تسير الآن في اتجاه إيقاف هذه الرعاية الطبية المكثفة ومحاولات الإنقاذ للحالات النباتية المستمرة سواء كان الشخص المصاب قد ذكر ذلك أثناء وعيه وحياته العادية أم لم يذكر.

بل قد وصل الأمر إلى ما هو أشد وأعتى حيث حكمت المحكمة العليا في الولايات المتحدة بإيقاف الغذاء عن فتاة وعن فتى أصيبا بإصابات بالغة أدت إلى الحالة النباتية المستمرة. وثبت لدى المحكمة من القرائن أن المصابين كانا قد أعلنوا في أثناء حياتهما عدم رغبتهما في الحياة إذا أصيبا بمثل ما أصيبت به كارين أن كوينلان.

وهناك قصة تيرزا شيافو (**Theresa Shiavo**) المشهورة في الولايات المتحدة (ولدت عام 1963 وتزوجت مايكل شيافو عام 1984، وتوقف قلبها في 25 فبراير 1990، وبعد إنقاذها أصيب دماغها وشخصت على أنها حالة نباتية مستمرة (**Persistent vegetative state**). وفي يونيو 1990 عيّنت المحكمة زوجها ولياً

لها، له الحق في اتخاذ القرارات نيابة عنها، ولم يعترض والدها على ذلك آنذاك ، ولكنهم اعترضوا مراراً منذ عام 1993.

وفي عام 1992 استلم زوجها مبلغ ربع مليون دولار من الطبيب المعالج والذي اتهم بأنه كان السبب في حالتها الدماغية (إتفاق ودّي)، وتم رصد 750.000 دولار لعلاجها، كما استلم زوجها في نوفمبر 2002 مبلغ ثلاثمائة ألف دولار كتعويض عن فقدان رفيقة حياته.

وتقدّم زوجها في مايو 1998 بطلب إلى المحكمة برفع أنبوب التغذية عنها لتموت بسلام . وبعد مباحكات طويلة في المحكمة أمر القاضي برفع أنبوب التغذية عن تيرزا شيافو في فبراير سنة 2000. واعترض أبواها (شندلرز) على ذلك، فصدر أمر بإبقاء الأنبوب حتى يتمّ الحكم في هذه القضية . وفي يناير 2001 رفضت محكمة فلوريدا الأولى والعليا اعتراض الأبوين وتدخلت لجهات رسمية في الولاية ، ورفع الأمر للقضاء مرة أخرى . وفي 24 أبريل 2001 تم رفع أنبوب التغذية ثم أعيد بناءً على تدخل حاكم الولاية ، وأعيد النظر في القضية مراراً . ورغم تكرّر طلب الوالدين بإزالة الولاية ، عليها من ما يكل شيافو (زوجها) وإعادتها لأبويها إلا أن المحكمة رفضت ذلك مراراً، ثم تدخل ل جيب بوش حاكم الولاية، ثم بعد ذلك تدخل ل الرئيس بوش نفسه، وتقدّم البابا بتأييد الوالدين الكاثوليكين في قضيتهم وطالب بإبقاء التغذية، ثم تدخل الكونجرس . ورغم كل هذه المحاولات المضنية أصرت المحكمة العليا على إبقاء زوجها مايكل شيافو ولياً لأمرها وتنفيذ طلبه برفع الأنبوب . وقد تم رفع الأنبوب للمرة الثالثة في 18 مارس 2005. وتكرّر تدخل الرئيس بوش

ورفضت المحكمة العليا طلبه وفي 31 مارس 2005 ماتت تيري شيافو (صبرا) أي بدون غذاء أو ماء بعد رحلة عذاب طويلة ومعاناة شديدة . ولم تمت مباشرة بعد إيقاف الغذاء والماء واستمرت لمدة 13 يوماً وهي تعاني معاناة رهيبة. ولهذا تحدّث كثيرون بأنه كان من الأفضل لها أن تُعطى حقنة مميتة من مخدر أو بوتاسيوم لتموت خلال دقائق معدودة بدلاً من هذا العذاب.

وبعد وفاتها طلب جيب بوش، حاكم الولاية، البحث في تفاصيل قضيتها، واستلم مايكل شيافو، زوجها السابق، مبلغ مليون دولار كتأمين سابق على حياتها. وفي 26 يناير 2006 تزوج عشيقته التي أنجب منها طفلين قبل الزواج

هذا هو النظام القضائي الأمريكي الذي يفتخرون به؟ ! وقد انفضحت الولايات المتحدة ونظامها القضائي في جوانتانامو وجميع ما يسمى قضايا الإرهاب، ولكن ها هي الولايات المتحدة في نظامها القضائي بين البيض أنفسهم تحكم بأحكام غاية في الغرابة والولايات المتحدة التي تتحدث عن حقوق الإنسان هي أول من يدوس على حقوق الإنسان خارج الولايات المتحدة وخاصة بالنسبة للمسلمين، بل هي تفعل ذلك داخل الولايات المتحدة ضد المسلمين والملونين والهسبانكي (وذي الأصول الأسبانية).

وعلينا أن لا نعتزّ بهذا النظام البرّاق في ظاهره والمليء بالثغرات والعناكب والديدان في داخله، وهو نظام ينهار إقتصادياً وأخلاقياً وقانونياً ولا شك أنه سيجرُّ العالم كله إلى الدمار

الفصل التاسع والعشرون

موت الرحمة: الموقف الغربي والموقف الاسلامي

(Euthanasia)

موت الرحمة (المرحمة)

Euthanasia

قتل الرحمة (المرحمة) هو تسهيل موت الشخص المريض الميؤوس من شفائه بناءً على طلب مُلحّ منه مقدّم للطبيب المعالج. ويقسم الأطباء عادةً ما يسمى بقتل المرحة إلى نوعين:

(1) قتل المرحة الإيجابي: وفيه يقوم الطبيب المسؤول عن علاج المريض الميؤوس من شفائه بناءً على طلبه الواضح المتكرّر بإنهاء حياته. وعادة ما يكون ذلك بواسطة حقنة تحتوي على جرعة كبيرة من مادة مخدرة أو سامة مثل البوتاسيوم بجرعة كبيرة تؤدي إلى وفاة فورية للمريض.

(2) قتل المرحة السلبي: وهو عملية تسهيل وفاة المريض الميؤوس من شفائه، وذلك بإيقاف أو عدم إعطاء العلاج، وذلك مثل إيقاف جهاز التنفس أو عدم وضعه عندما يحتاج له المريض بناءً على طلب المريض أو إرادته السابقة لمرضه التي أوضحها من قبل. أو عدم إعطائه العقاقير التي تعالج الأمراض الأخرى التي تعتور المريض المُدنيّف، وذلك مثل التهاب رئوي أو التهاب بالزائدة الدودية، وترك المريض بأمراض ميؤوس منها لا علاج لها ليلاقي حتفه بسبب أم راض أخرى يمكن معالجتها. وقد تقدّم مناقشة هذا النوع تحت بند علاج الحالات الميؤوس منها وبصورة عامة يباح هذا النوع بشروط. وقد قبلته الهيئات الطبيّة.

والدول مع التحفظ على بعض الحالات مثل الالتهابات الرئوية والتهاب الزائدة الدودية.

وهناك نوع ثالث يقع فيما بين السلبي والإيجابي. وهو إعطاء المريض الميؤوس من حالته، والذي يعاني من آلام مبرحة، جرعات متكررة من المسكنات القوية ... وهذه المسكنات القوية تتيح للمريض أن يعيش بسلام نسبي وبآلام محدودة، وفي نفس الوقت (ربما تعمل على تعجيل نهايته بصورة متدرّجة . وهذا النوع قد أباحته الهيئات الطبية بل وأباحه البابا في روما والذي يتشدّد عادة في مثل هذه المواضيع بشرط أن يكون الهدف هو إزالة الألم الممضّ وأن لا تكون الجرعة المعطاة مميتة، وقد قامت هيئة كبار العلماء بإصدار فتوى بإباحة استخدام المخدرات (مشتقات وردائف) لإزالة الآلام في الحالات التي يقرّرها الأطباء.

ولا شك أن ما يسمى بقتل الرحمة الإيجابي **Positive Euthanasia** يواجه معارضة قوية في جميع البلدان، رغم الحملات المتزايدة في أوروبا والولايات المتحدة لإباحته، وتقف الأديان كلها بل والقوانين الوضعية بصورة عامة ضدّه، وإن كان هناك تيار قوي في الغرب لمحاولة إيجاد رأي عام لقبوله.

➤ الوضع القانوني وموت الرحمة في البلاد العربية:

وسنناقش فيما يلي الوضع القانوني لما يسمى بقتل الرحمة الإيجابي ثم نستعرض الموقف الفقهي الإسلامي من هذه القضية. يلخّص الموقف القانوني في البلاد العربية الأستاذ الدكتور محمد عبد الجواد محمد في ورقته المقدمة لمؤتمر الطب الإسلامي (1) (2) فيقول:

(1) نص ابن عابدين في الحاشية، وابن قدامة في المغني، وغيرهما على جواز استخدام نحو البنج والأفيون للأغراض الطبية، ويحرم السكر منها لأي سبب منها . وأباح الشيخ جاد الحق (شيخ الأزهر) التداوي بالمحرمات عند تعينها وبقدر الضرورة (الفتوى 2/105، 248 بتاريخ 1979/3/4)، وأباح كبار العلماء في السعودية استخدامها للتداوي بشروط.

«ورثت قوانين العقوبات في البلاد العربية الخلاف فيما يختص بقتل الرحمة عن القوانين الأجنبية. ولكن المشكلة عندنا لا تأخذ نفس الاهتمام والحيز الذي تأخذه عندهم».

«فمن ناحية النصوص تأخذ قوانين العقوبات في السودان وسوريا ولبنان بفكرة تخفيف العقوبة في حالة القتل بناءً على رضا المجني عليه (المادة 249، الفقرة الخامسة من قانون العقوبات السوداني)، وفي حالة القتل بعامل الإشفاق بناءً على إباح المجني عليه (المادة 538 من قانون العقوبات السوري، والمادة 552 من قانون العقوبات اللبناني)»⁽³⁾.

«ولكن الغالبية العظمى من قوانين العقوبات في البلاد العربية لا تأخذ بفكرة تخفيف العقوبة في حالة قتل الرحمة، ولكن ذلك لا يمنع من تطبيق فكرة «الظروف المخففة» المعروفة في ميدان القوانين الجنائية. وهي تؤدي إلى تخفيف العقوبة إذا اقتضت أحوال الجريمة المقامة من أجلها الدعوة العمومية رافة القضاة»⁽¹⁾.

➤ القوانين في البلاد الأوروبية والأمريكية وموت الرحمة:

لا تزال القوانين في البلاد الأوروبية والأمريكية تعتبر قتل الرحمة الإيجابي نوعاً من القتل وتعاقب عليه عقوبات مخففة

(2) د. محمد عبد الجواد محمد (أستاذ القانون في جامعة القاهرة): الطبيب المسلم بين أحكام القانون الوضعي وأحكام الشريعة الإسلامية، أبحاث المؤتمر الرابع للطب الإسلامي 5 - 9 ربيع الأول 1407 هـ، بكراتشي باكستان، إصدار المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الكويت المجلد الرابع: 762 - 777.

(3) محمد محيي الدين عوض: القانون الجنائي: مبادئه الأساسية ونظرياته العامة ... دراسة مقارنة، مطبعة جامعة القاهرة والكتاب الجامعي، 1981 ص 327، 328. ولا أعرف أن هناك تغييراً في قوانين الدول العربية في الموضوع.

(4) المادة 17 من قانون العقوبات المصري، وهي تبدل عقوبة الإعدام بعقوبة الأشغال الشاقة المؤبدة أو المؤقتة، وهكذا حتى تنتهي بتبديل عقوبة السجن بعقوبة الحبس الذي لا يجوز أن ينقص عن ثلاثة أشهر.

حيث تنظر إلى الدافع ، وتحترم حسب قولها ، رغبة المريض نفسه. ولا شك أن القوانين، حتى في البلاد الأوروبية والغربية، تختلف من بلد لآخر . ففي هولندا وألمانيا والدانيمارك وإيطاليا وآيسلندا وفنلندا والنمسا وسويسرا واليونان والنرويج وبولندا ترى القوانين أن القتل بدافع الشفقة وبناءً على رغبة المريض نفسه يعتبر عاملاً مهماً في تخفيف العقوبة وتحويل الجريمة من جناية إلى جنحة⁽²⁾.

وكانت روسيا أول دولة أوروبية (وربما في العالم) تعتبر ما يسمى قتل الرحمة بناءً على طلب المقتول نفسه، أمراً لا يستحق العقاب. وقد صدر بذلك تشريع عام 1922 (إبلى حكم لينين)، ولكن لم تمض سوى بضعة أشهر حتى قام المشرع الروسي بإلغائه بسبب النتائج الضارة التي تترتبت على تطبيقه⁽³⁾.

وفي فرنسا وبلجيكا وبريطانيا لا تفرق القوانين الجنائية بين قتل الرحمة وغيره من أنواع القتل الأخرى، ولكن القاضي عادة ينظر إلى الظروف المخففة ويعتبرها حين إصدار حكمه. وفي الولايات المتحدة الأمريكية وضعت ولاية أهيو سنة 1906 مشروع قانون يجيز لكل مريض بمرض لا يرجى شفاؤه مصحوب بالأم فظيعة، أن يطلب اجتماع لجنة مكونة من أربعة أشخاص على الأقل، لتقرير ما إذا كان من الملائم وضع حد لهذه الحياة المؤلمة، ولكن مجلس النواب والكونجرس رفض هذا المشروع⁽¹⁾.

(2) تفرق القوانين بين الجناية كالقتل والجنحة كالضرب والمخالفة كعدم إتباع تعليمات المرور مثلاً.

(3) د. محمد عبد الجواد : الطبيب المسلم بين أحكام القانون الوضعي وأحكام الشريعة الإسلامية (الطب الإسلامي، المجلد الرابع : 762-777). وقد نقل ذلك عن عدة مصادر فرنسية في ثبوت مراجعته.

(1) المصدر السابق.

وفي عام 1984 تقدّم عشرة من كبار الأطباء بالولايات المتحدة إلى الكونجرس بمشروع قانون بعنوان «حقوق المرضى المحتضرين» يعطي للأطباء الحق في إيقاف أجهزة الإنعاش بعد موافقة المريض وأسرته (يُكتفى بالأسرة إذا كان المريض لا يستطيع أن يقرّر ذلك بنفسه بسبب الإغماء أو كونه قاصراً ... إلخ)⁽²⁾.

ويرى رجال القانون أن الظروف المخفّفة في القانون والتي تعطي القاضي الحقّ في تخفيف العقوبة كافية لمعالجة حالات قتل الرحمة دون النّص عليها بقانون خاص لأن ذلك مدعاة لانزلاق بعض الناس لارتكاب جرائم قتل مروّعة بحجة قتل الرحمة!! وقد نشرت مجلة الجمعية الطبية الأمريكية JAMA تقريراً مفصلاً عن قتل الرحمة الإيجابي في هولندا (البلاد المنخفضة)، كتبه أحد رجال معهد الأخلاقيات للعلوم الحياتية في ماسترخت بهولندا⁽¹⁾ وقد جاء فيه ما يلي:

«يظن كثير من الناس، بسبب الدعاية والإعلام، أن هولندا قد أباحت قانونياً قتل الرحمة الإيجابي، وهو أمر غير صحيح، حيث لا تزال القوانين في هولندا تعتبر قتل الرحمة جنحة، ولكن قد لا يُعاقب عليها إذا ثبت أن الطبيب قد قام بتنفيذ تسهيل الموت بناءً على رغبة المريض الواضحة المتكرّرة، وبشرط أن يكون المريض يعاني من مرض ميؤوس من علاجه، ويعاني من آلام مبرّحة، وقد وثّق الطبيب كل هذه الأدلة، واستشار في ذلك على الأقل طبيباً آخر والذي بدوره أكدّ رأيه بأن المريض يحتاج فعلاً إلى عملية تسهيل الموت لإراحته من معاناته الشديدة». ولكن

(2) الشرق الأوسط، العدد 1964، بتاريخ 14 أبريل 1984 نقلاً عن مجلة «نيو انجلاند الطبية» الأمريكية.

(1) De Wachter MA: Active Euthanasia in the Netherlands JAMA 1989, 262, (23): 3316-3319.

العقوبة قد تصل إلى السجن لمدة إثني عشر عاماً إذا لم توجد ظروف مخففة.

وتعتبر هولندا أكثر بلد في العالم يمارس فيه قتل الرحمة وتذكر مجلة الجمعية الطبية الأمريكية ⁽²⁾ JAMA أنه رغم عدم وجود إحصائية سنوية توضح عدد الحالات التي تم قتلها لهذا السبب، فإن التقديرات تختلف من ألفي حالة سنوياً (في أقل تقدير) إلى عشرة آلاف حالة سنوياً (في أعلى تقدير). ويرجع السبب في ذلك أن الأطباء (نتيجة عدم وجود قانون واضح حتى نهاية عام 1989) لا يبلغون عن الحالات التي قاموا بتسهيل موتها، خوف المسائلة والتحقيقات التي يجريها المدعي العام.

وفي دراسة عن ممارسة 25 طبيباً في لاهاي بهولندا لقتل الرحمة تبين أن 2 بالمائة من الوفيات التي تحدث تتم بواسطة الطبيب، حيث يقوم بإنهاء حياة المريض بناءً على رغبته ورغبة أسرته بسبب آلام شديدة نتيجة مرض ميؤوس منه. وفي عام 1985 طلب 17 شخصاً إنهاء حياتهم ولكن هؤلاء الأطباء الخمسة وعشرين لم يستجيبوا إلا لتسع حالات فقط. وفي دراسة أخرى تبين أن 4% من الوفيات تمت بواسطة الطبيب الذي أنهى حياة مرضاه بناءً على الشروط المذكورة. ولا يسمح القانون الهولندي للطبيب الذي قام بقتل الرحمة بإصدار شهادة وفاة، بل لا بد أن تحوّل الحالة أولاً إلى الطبيب الشرعي ثم إلى المدعي العام، الذي يقرّ بدوره، ما إذا كان سيرفع قضية ضد الطبيب الممارس أم لا؟ فإذا انتهى الطبيب الشرعي والمدعي العام من دراسة القضية فيسمح آنذاك بدفن الجثة أو حرقها حسب وصية المتوفى ورغبة أسرته.

(2) المصدر السابق.

ويقرر القانون الهولندي أن الشخص الذي يقتل شخصاً آخر ولو بناءً على طلبه فإنه يواجه عقوبة السجن التي قد تصل إلى 12 عاماً أو بغرامة من الدرجة الخامسة. وقد قامت الحكومة الإتحادية عام 1987 بتخفيض المدة القصوى إلى 4 سنوات ونصف. وتقول المادة 40 من القانون الجنائي الهولندي بأن لا عقوبة على الشخص الذي قام بقتل الرحمة مغموراً «بقوة قاهرة» **«Overwhelming Power»**. وكانت أول قضية تثير الرأي العام هي قضية الطبيب الهولندي الذي قام سنة 1973 بإعطاء والدته حقنة قاتلة من المورفين بناءً على طلبها المتكرر ونتيجة معاناتها من آلام مبرحة⁽¹⁾. وقد قامت بسجنه أسبوعاً ومراقبته لمدة عام (**Probation of 1 year**).

وأصدرت الكلية الملكية الهولندية للأطباء في نفس العام قرارها القاضي بإعفاء الطبيب من العقوبة إذا قام بتسهيل الموت بعد طلب متكرر من الشخص المصاب وأهله، وعندما يكون الشخص يعاني من مرض ميؤوس منه، ويسبب آلاماً شديدة، ولا بد أن يقوم الطبيب المعالج نفسه بعملية إنهاء الحياة وتسهيل الموت. وهذه الشروط أيضاً قررتها المحكمة عام 1973، وفي قضية الطبيب الذي قتل أمه.

واشتدّ الجدل بعدها واحتدم في هولندا وفي أوروبا والولايات المتحدة. ويطالب أنصار ما يسمى بقتل الرحمة في هولندا بتوسيع الدائرة إلى الأطفال أو الأشخاص الذين لا يستطيعون بسبب مرضهم أن يقرروا ما إذا كانوا يريدون أن يريحوا ويستريحوا...

(1) مجلة (جاما الطبية 1989، العدد 262 (23): 3316-3319 والمجلة القضائية الهولندية (183: 1973 Nederlands Jurisprudenti) لعام 1973، ص 183. وقد ذكر هذه الحادثة الدكتور راجي التكريتي في كتابه "السلوك المهني للأطباء"، الطبعة الثانية 1981 ص 232، 233 ورواها عن أحد زملائه الأطباء. ولكنه أخطأ فقال أنها حدثت في فرنسا. والصواب أنها حدثت في هولندا. وذكر حادثة أخرى تمت في المستشفى الجمهوري (في العراق) حيث قام طبيب أجنبي بعمل هناك بقتل شابة تعاني من سرطان منتشر مسبباً آلاماً مبرحة، ومع هذا لم يتم مقاضاة هذا الطبيب ولا حتى مسألته إدارياً!!!!

وينتهي الأمر بهؤلاء المطالبين بالسماح بما يسمى قتل الرحمة إلى قتل كل مصاب بمرض ميؤوس منه ويعاني من آلام مبرّحة أو حياة تعيسة (يصعب تعريفها بدقة)، وتقرّر أسرته إنهاء حياته بالتشاور مع طبيبه. ورغم إعتقاد هؤلاء الغربيين على ما يسمى عندهم «الذاتية» **Autonomy** «والحرية الشخصية» فإن قرار إنهاء حياة المريض يمكن أن يتم دون طلب واضح من هذا الشخص المصاب، باعتبار أنه عند وعيه وحالته الصحية قد ذكر ما يهمله لا يريد مثل هذه الحياة التعيسة ويفضّل الموت عليها.

وقد أخذت بعض المحاكم بمثل هذه الحجج، فقد سمحت إحدى المحاكم في الولايات المتحدة بإيقاف التغذية عن فتاة (ومحكمة أخرى عن فتى) كانا يعانيان من الحياة النباتية المستمرة. وقد أدى إيقاف التغذية إلى موت هذين الشخصين. وعلاّت المحكمة حكمها بأنه قد ثبت لديها بالشهود بأن المصاب كان قد قال صراحة في أثناء حياته العاقلة أنه لا يريد أن يعيش إذا وصلت حالته إلى ما وصلت إليه حالة كارين أن كونيلان.

ورغم هذا فإن المحاكم في هولندا تعاقب على قتل الرحمة الإيجابي إلا عند توفيق الشروط التالية:

(1) أن يطلب الشخص العاقل البالغ إنهاء حياته ويصرّ على ذلك الطلب، ولا يكون تحت أي ضغط لتقديم مثل هذا الطلب من الأسرة أو الأطباء أو غيرهم ... ولا بد أن يكون الطلب متكرراً ومستمراً.

(2) لا يجوز للطبيب أن يعرض على المريض فكرة «قتل الرحمة» وخاصة ما يفهم منه إغراءه بها.

(3) أن يكون الشخص الذي يطلب إنهاء حياته يعاني من مرض ميؤوس منه.

(4) أن تكون الآلام النفسية والجسدية مبرّحة ... ولا بد أولاً من محاولة تخفيف هذه الآلام بالعقاقير وأي إجراء آخر مثل العمليات الجراحية للتخفيف من هذه الآلام.

ولهذا فإن الإقدام على ما يسمى قتل الرحمة الإيجابي دون توفر هذه الشروط يؤدي إلى معاقبة الطبيب الجاني وإيداعه السجن، ولكن فترة السجن تخفّف إذا ثبت لدى المحكمة أن الطبيب قد قام بهذا الفعل بدافع الشفقة والرحمة، وأن المريض كان يعاني من مرض ميؤوس منه، وأنه كان يعاني من آلام مبرّحة، ومع هذا فإن الطبيب لم يحصل على الطلب بإنهاء الحياة من المريض نفسه، ربّما لأن المريض فاقد للوعي، أو طفل غير مدرك، أو لأي سبب آخر.

وقد أضيف إلى هذه الشروط المذكورة أعلاه شروطاً أخرى كالآتي:

- (1) لا بدّ للطبيب المعالج أن يستشير طبيباً آخر أو مجموعة من الأطباء فإذا وافقوا جميعاً على قبول إنهاء حياة المريض بناءً على طلبه، يقوم الطبيب المعالج بهذا الإجراء.
 - (2) أن لا يؤدي قتل المريض إلى آلام ومعاناة لأحد أفراد الأسرة... ورغم أنه لم يوضّح وجوب موافقة جميع أفراد الأسرة، إلا أنه يبدو من النصوص هذا الإتجاه.
 - (3) من حقّ الطبيب المعالج أن يرفض مطلقاً فكرة تسهيل الموت وقتل المريض. وفي هذه الحالة على الطبيب أن يتخلّى عن الإشراف على هذا المريض، ويوكل ذلك إلى طبيب آخر يرضاه المريض والأسرة. ويقوم الطبيب الآخر بإجراء «موت الرحمة» بعد استيفاء الشروط المذكورة.
- وقد أمرت الحكومة الهولندية بتكوين لجنة من 15 عضواً (7 محامين و3 أطباء و2 أطباء نفسيين وممرضة واثنتان من رجال الدين واللاهوت) للنظر في موضوع «موت الرحمة الإيجابي» وتقديم توصيات عنه، عام 1982.
- وقد وافقت اللجنة بالأغلبية الكبيرة (13 من 15) على أن لا عقوبة على الطبيب الذي يقتل مريضه عند توفر الشروط التالية:

- (1) أن يتم القتل بواسطة المعالج نفسه.
 - (2) أن يتم بناءً على رغبة واضحة وأكيدة وبتكرّر مرة من المريض بدون أي ضغط من أي جهة كانت.
 - (3) أن تكون حالة المريض ميؤوساً منها ويعاني من آلام مبرّحة. ولم تذكر اللجنة وجوب التشاور مع طبيب آخر ولا وجوب التشاور مع أفراد الأسرة. وهو ما قرّرت له لجان أخرى وأخذت به المحاكم.
- وفي عام 1985 أوصت اللجنة الحكومية بشأن موت الرحمة (**State Commission on Euthanasia**) بإعفاء الطبيب الذي يُقدم على تسهيل موت مريضه الذي يعاني من مرض ميؤوس منه ويعاني من آلام مبرّحة، من العقوبة ولو لم يحصل على إذن واضح من المريض، وذلك بسبب فقدان المريض لوعيه وإدراكه بسبب المرض⁽¹⁾.

وتوضح الإحصائيات التي ذكرها تقرير صادر من وزارة العدل الهولندية أنه قد تمّ قتل 1030 مريضاً تحت بند «قتل الرحمة» بدون الحصول على طلب واضح من المريض، وذلك لأن المريض فاقد لوعيه وإدراكه. (نشرت ذلك مجلة اللانست الطبية البريطانية عام 1991)⁽²⁾.

ويتحدث تقرير عن قتل الرحمة **Euthanasia** في هولندا نشر على الشبكة العنكبوتية⁽¹⁾ في 9 أغسطس 2010 (1431/8/28) أن معدل حالات الوفاة السنوية في هولندا بواسطة ما يسمى قتل الرحمة هو 2700 حالة وهو ما يشكل 3 بالمئة من مجمل الوفيات في هذا البلد.

(1) Final Report on the Netherlands State commission: An English Summary. **Bioethics** 1981, 1: 163-174.

(2) Vander Mass et al: Euthanasia and other medical decisions.

(1) [http://law.jrank.org/pages/1100/Euthanasia-Assisted_Suicide_in_Netherlands_9/8/2001_\(28/8/1431\).](http://law.jrank.org/pages/1100/Euthanasia-Assisted_Suicide_in_Netherlands_9/8/2001_(28/8/1431).)

ولكن تعريف موت الرحمة لا يُ دُخِلُ الحالات التي توفيت بسبب إعطاء جرعة كبيرة من المورفين وردائفه لغرض القتل ، ولهذا لا يدخل الرقم الكبير من الوفيات التي تحدث بهذا السبب والتي تصل إلى 1500 حالة سنوياً . وقد جمعت الحكومة الهولندية هذه الحالات في السنوات الماضية والتي بلغت 8100 حالة . وقد أباح القانون الهولندي الجديد حول قتل الرحمة للأطباء بأن يقوموا بقتل المرضى حتى ولو لم يحصلوا على طلب متكرر من المريض ذاته وذلك لأن المريض قد يكون فاقداً للوعي أو قاصراً . ويكفي في ذلك طلب الأهل مع وجود قرار طبي بأن هذه الحالة يمكن أن تدرج في هذه القائمة . بل أباح القانون الصادر في 11 أبريل 2001 (**State V. Chabit**) **supreme court of the Netherlands nr 96. 972**) أن يقوم الطبيب بقتل الرحمة لمجرد وجود حالة نفسية شديدة بطلب من المريض .

ويقول التقرير أن حوالي ألف شخص يقتلون سنوياً في هولندا بدون طلب أو موافقة من الشخص المصاب ويُ كُتفَى في هذه الحالات بموافقة الأهل . ومن هؤلاء حوالي ثمانين طفلاً يقتلون سنوياً بطلب ذويهم على اعتبار أنهم يعانون من أمراض وبيبة لا علاج لها تؤدي إلى الوفاة مع المعاناة الشديدة قبل ذلك . وتدرس الحكومة إباحة قتل الرحمة بطلب من الطفل بشرط أن يكون قد تجاوز الثانية عشرة من العمر .

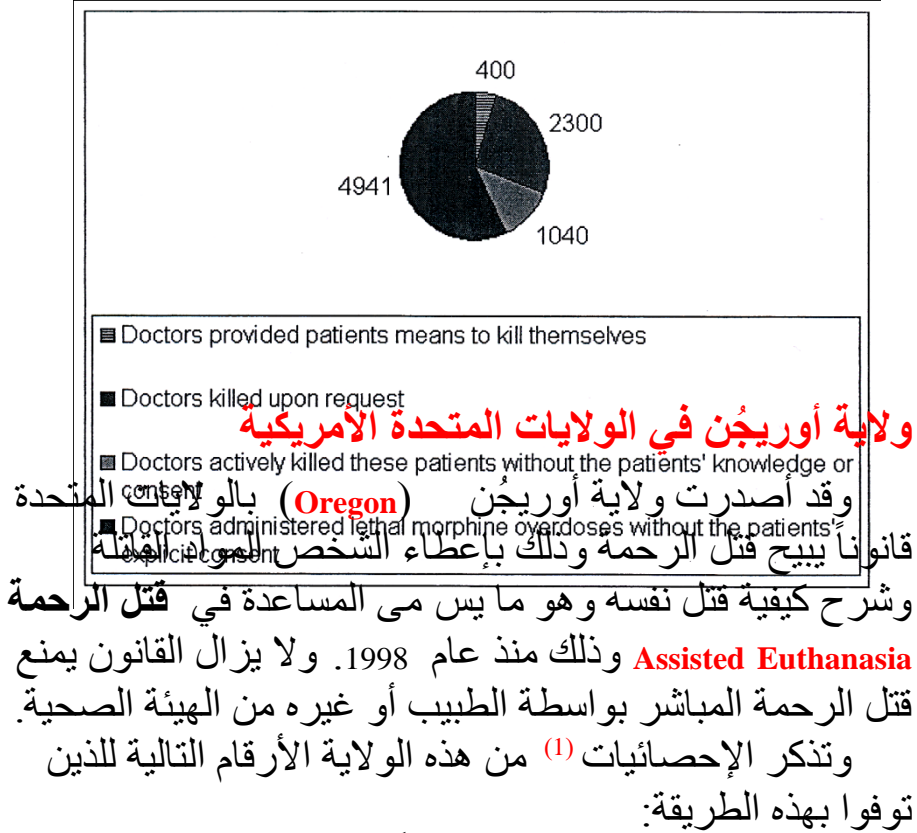
وكمثال على ما يحدث في هولندا جاء في تقرير حكومي

لعام 1990 الآتي:

- 2300 شخص قتلوا نتيجة طلب متكرر مباشر من المريض بموت الرحمة .
- 400 شخص قدّم لهم الأطباء العقاقير القاتلة وشرحوا لهم طريق استخدامها لقتل أنفسهم (المساعدة في قتل الرحمة) .
- 4941 شخص ماتوا بواسطة المورفين بدون طلب واضح من المرضى بموت الرحمة .

- 1040 شخص تم قتلهم بواسطة الأطباء بطلب من أهل المريض وبدون علم أو موافقة المريض.

Euthanasia Results in the Netherlands – Number of Cases in 1990



- 1998: 16 شخصاً (6 من كل 10000 وفاة).
 - 1999: 27 شخصاً (9 من كل 10000 وفاة).
 - 2000: 27 شخصاً (9 من كل 10000 وفاة).
 - 2002: 38 شخصاً (13 من كل 10000 وفاة).
- كما تذكر الإحصائيات من هذه الولاية الوصفات بجرعات قاتلة ومميتة، ولكنها قد لا تستخدم حيث أن الشخص قد يتراجع عن قراره في قتل نفسه أو لا يستطي ع قتل نفسه، وهذه الإحصائيات كالتالي:

(1) <http://www.euthanasia.com/oregon 2003.html>.

- 1998: 24 وصفة مميتة.
- 1999: 33 وصفة مميتة.
- 2000: 39 وصفة مميتة.
- 2001: 41 وصفة مميتة.
- 2002: 58 وصفة مميتة.
- 2003: 67 وصفة مميتة.

والملاحظ على هذه الأرقام جميعاً أنها تزداد سنوياً مما يوضح زيادة الطلب على هذه الوصفات القاتلة والمباحة قانونياً في ولاية أوريغن بالولايات المتحدة.

ويتحدث التقرير أن الأطباء أصبحوا يقلّون من إحالة الشرحص الذي يطلب المساعدة بموت الرحمة إلى الاخصائيين النفسيين، ففي عام 1999 أحال الأطباء 37 بالمئة من الحالات إلى الطبيب النفسي وفي العام التالي (2000) أحالوا فقط 19 بالمئة من الحالات كما أن فترة الانتظار للحصول على الوصفة القاتلة قلت وانخفضت من 83 يوماً عام 1999 إلى 30 يوماً عام 2000⁽¹⁾.

وهناك دراسات توضح أن الأشخاص الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة وفشلوا في ذلك حيث تم إنقاذهم لم يحاولوا مرة أخرى معاودة الانتحار حسبما توضحه مجلة جاما (عام 1976 العدد 235 ص 2105) وذلك بعد متابعتهم لمدة خمس سنوات.

العدد الإجمالي 886 حالة. عدد الذين حاولوا الانتحار مرة أخرى 4%، عدد الذين لم يعيدوا محاولة الانتحار (خلال خمسة سنوات) 96% . وفي دراسة في السويد تبين أن 89 المئة لم يعيدوا محاولة الانتحار بعد المحاولة واستمروا على ذلك 35 سنة بينما أعاد 11 بالمئة منهم محاولة الانتحار خلال هذه المدة الطويلة.

وهذا يدل على أن الغالبية من الذين يحاولون الانتحار أو الذين يطلبون المساعدة على الانتحار يترجعون عن قرارهم هذا إذا وجدوا الرعاية النفسية والصحية اللازمة.

(1) <http://www.euthanasia.com/oregonstudy.html>.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية قام طبيب يدعى كيفوركيان **Kevorkian** بمساعدة كل من يطلب الانتحار (وهذا أمر مخالف للقوانين ما عدا ولاية أوريجن) وقد بدأ نشاطه عام 1990 في قتل شخصين وزاد العدد حتى وصل إلى 30 شخصاً عام 1997 ثم أوقف عام 1998 بعد أن قتل أكثر من مائة شخص وحكم عليه بالسجن بتهمة المساعدة في القتل⁽²⁾.

ويبدو أن بعض الأطباء في هولندا قد بدأوا في تجاوز الحدود التي وضعتها المحاكم، وذلك بسبب تقبل الرأي العام الهولندي بصورة عامة لموضوع «قتل الرحمة».

وقد ذكر الطبيب هربرت كوهين اليهودي الذي يُعتبر أحد أكبر الدعاة لما يُسمّى قتل الرحمة أنه لن يمانع في قتل شخص مريض ميؤوس منه يشعر بأنه قد أصبح عبئاً ثقيلاً على أسرته، وبالتالي يوافق على الموت بناءً على هذه الدوافع. ولما سئل إذا كان هذا الشخص قد قرّر لنفسه موت الرحمة لأن أسرته وأولاده ينتظرون موته ليرثوه، أجاب الطبيب كوهين بأنه لا يمانع في إنهاء حياة مثل هذا المريض إذا كان يعاني من مرض عضال لا إبلال منه ولا أمل في شفائه (ذكرت ذلك المجلة الفصلية القانونية الهولندية، يناير 1992)⁽¹⁾.

وتزداد هذه المشكلة اتساعاً وعمقاً عندما طالب طبيب نفسي في مقال له نشرته المجلة الطبية البريطانية (**BMJ**) بالسماح بموت الرحمة لمن يعاني أيضاً من مرض نفسي مزمن لا يمكن الشفاء منه، ويعاني فيه المريض من شعورٍ قاسٍ بالوحدة ورغبة في

(2) Kaplan K.J (ed): Right to die versus Sacredness of life. Amityville, N.Y, Bayood,2000.

Concerning the end of life **Lancet 1991 (Sept 14), 338: 669-674.**

(1) Keown J: The Law and Practice of Euthanasia in the Netherlands. Law Quarterly Review Jan 1992.

كما ذكر ذلك كتيب عن قتل الرحمة? Euthanasia: Doctor's Duty
صادر عن الجمعية المعارضة لقتل الرحمة (Hope) لندن 1992.

الانتحار!! ويقول الطبيب المذكور إن اليابان تقبل الانتحار كوسيلة مقبولة بل ومحترمة لشخص شاعر بأن حياته لم تعد ذات جدوى وأن الغرب، لا يزال، نتيجة التعاليم المسيحية التي تمنع الانتحار، ينظر بشيء من القلق والارتياح لعملية الانتحار. وعندما يقول المريض النفسي أنه من الأفضل له أن يكون ميتاً، فربما كان ذلك حقاً وأمرأً صحيحاً ومن الأفضل تحقيقه!!⁽¹⁾

ولكن المشكلة بالنسبة للمفهوم الغربي حول الذاتية والإرادة الحرة أن المريض النفسي لا يتمتع بإرادة حرة حقيقية، ومرضه يمنعه من اتخاذ القرار الصائب، ويدفعه لاتخاذ القرار الخاطئ وإذا كانت المحاكم تبريء أو على الأقل تخفف أحكامها ضد من يعانون من أمراض نفسية شديدة. وتعتبر ذلك عاملاً مخففاً للحكم لأن المجرم عندما أقدم على جريمته كانت تدفعه دوافع نفسية شديدة. أما إذا كان هناك اضطراب عقلي ونوع من الجنون فإن كل القوانين والشرائع في العالم توقف العقوبة الجزائية على المجرم وتخليه من المسؤولية الجنائية ويزداد الأمر خطورة عندما يطالب طبيب (نشر مقالة في المجلة البريطانية للأطباء العموميين) بتفويض ما يسمى «موت الرحمة» بناءً على الظروف الحياتية للشخص، ويذكر أن رعاية شخص مُسن يعاني من أمراض متعددة وفاقد للذاكرة، ومصاب بسلس البول والغائط، يُكلّف الأسرة كثيراً من المشقة النفسية والمالية ويضع أعباءً لا تطاق على هذه الأسرة. ويرى الطبيب المذكور أن من حق الأسرة أن تطلب ما يسمى «موت الرحمة» لمثل هذا الشخص⁽²⁾.

ولا شك أن هذا المنزلق يتحدّى المفهوم الغربي في الذاتية والإرادة الحرة حيث أن هذا الشخص العجوز لم يطلب بإرادته الحرة إنهاء حياته، فكيف يمكن أن يتم الإقدام على إنهاء حياته مع أن صاحب الشأن لم يطلب ذلك، وربما لم يأذن بذلك!! إن الإقدام على مثل هذا التصرف هو جريمة قتل كاملة حسب القوانين

(1) Dodwell D: Learning From disaster **BMJ** 1991, 302: 414-415 (16 th Feb 1991).

(2) Bliss: The Family and Voluntary Euthanasia **British Journal of General Practice** 1990,40: 117-122.

الغربية ذاتها . أما المفهوم الإسلامي الذي سنذكره بعد قليل فيختلف اختلافاً جوهرياً عن المفاهيم الغربية للحياة وللذاتية **Autonomy** والحرية الشخصية . ولكي يخرج كاتب المقال من هذا المأزق اقترح ما يسمى الوصية الحية **Living will** وهو قرار جماعي من الأسرة بكاملها حول قريبتهم العجوز المصاب بالخرف وأمراض أخرى متعددة تجعل رعايته أمراً متعذراً . وفي هذه الوصية الحية تقرّر الأسرة مجتمعة، كتابةً، إيقاف أو عدم إعطاء أي علاج يطيل أمد حياة مريضها، بل من حقّها أيضاً كتابة توصية بتسهيل موته (المقصود قتله) ليريح ويستريح (1) . ويؤكد كاتب المقال أن الأسر والدولة لا تستطيع بأي حال من الأحوال رعاية هذا العدد الكبير المتردد من المسنين في المجتمعات الغربية والذين يعانون من الخرف (مرض ألزهايمر **Alzheimer Disease** أو غيره) والشلل وأمراض أخرى مزمنة كثيرة... ولهذا ينبغي إيجاد وسيلة ما للتخلص من الأعداد المتزايدة التي تشكل عبئاً كبيراً جداً على الدولة والمجتمع، وبالذات أولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة خطيرة!! (2) . إن هذه المفاهيم تقترب من النازية وتنفذ ما كان هتلر ينادي به . وما كان لينين يعمل وينفذه باعتبار أن هؤلاء المسنين غير المنتجين يكلفون الدولة مبالغ باهظة جداً لرعايتهم !! وهو مفهوم مرفوض حتى بالمقاييس الغربية ذاتها .

ويناقش المعارضون لما يسمى موت الرحمة كل الدعاوى التي يثيرها أنصار هذه الطريقة ... والركيزة الأساسية لأنصار موت الرحمة هو ما يسمى الذاتية والحرية الشخصية، وهو أن الشخص من حقه أن يطلب إنهاء حياته إذا صارت أمراً لا يطاق، وإذا كان لا يستطيع ان ينفذ ذلك بنفسه بسبب مرضه، فإن من حقه أن يطلب ذلك من طبيبه.

(1) نفس المصدر السابق . وهذا مخالف لمفهوم الوصية الحية التي تعتبر مصدرها الأول المريض نفسه أثناء وعيه.

(2) نفس المصدر السابق.

ويردُّ المعارضون بأن الذاتية والحرية الشخصية لا تتحقَّق في كثير من الحالات بسبب المرض ذاته، حيث يكون الألم الوقتي هو الدافع لمثل هذا القرار، فإذا ذهب الألم بالعلاج والمسكنات أو خفَّ، غير المريض رأيه. ثم إن عدداً كبيراً من هؤلاء المرضى لا يستطيعون أن يقرُّوا بحريَّة حقيقة ما يريدون بسبب فقدان الوعي أو تشوش الوعي والإدراك، أو أنهم يواجهون ضغوطاً من الأسرة، أو من المجتمع، لإنهاء حياتهم التعيسة، ويدللون على ذلك بعشرات الحواش.

➤ **والنقطة الثانية:** هو أن ما يسمى الموت بدافع الشفقة والرحمة لتخليص المريض من الآلام المبرِّحة أمر غير صحيح، فقد أثبتت الإحصائيات من المستشفيات ودور الرعاية الصحية (**Hospices**) أنه يمكن التحكم في الألم وتخفيفه إلى درجة معقولة، وذلك بواسطة المـسكِّنات (المورفين ومشتقاته ووراندفة)، وبإجراء بعض العمليات الجراحية لإزالة الأعصاب أو الخلايا العصبية الحاملة للألم.

➤ **والنقطة الثالثة:** هو ما يسمَّى «المرض الميؤوس» منه وأن المرض يعتبر نهائياً **Terminal Illness** فقد ثبت أن هناك عدداً من المرضى الذين توقع لهم الأطباء الموت في خلال أشهر، عاشوا عدة سنوات. كما أن هناك عدداً محدوداً قليلاً من الحالات الميؤوس منها شفيت. وهذا يدلُّ على أن تقدير الأطباء قابل للخطأ، كما أن تشخيصهم للمرض كذلك قد يكون خاطئاً. وقد نشرت المجلة الطبية البريطانية مقالاً بهذا الخصوص (عام 1987، 1 أغسطس) وعنوان المقال يكفي: **المرضى المصابون بسرطان نهائي: لا يعانون من مرض نهائي ولا سرطان**⁽¹⁾.

➤ **والنقطة الرابعة:** والأكثر خطورة: هي أن «موت الرحمة» ينفَّذ أحياناً نتيجة ظروف اقتصادية وحياتية للمصاب، فإذا كان فقيراً كبيراً في السن، لا أحد يريعه أو له أسرة لا تريد رعايته، وهو مصاب بعدة أمراض مزمنة، فإن بعض المنادين

(1) Rees W etal: Patients with Terminal cancer who have neither Terminal illness nor Cancer **BMJ** 1987, (1 Aug) 295: 318-319.

بموت الرحمة يرون إنهاء حياة مثل هذا الشخص.. وهو أمر بشع لا يختلف في قليل أو كثير عن بشاعة ما كان يفعله هتلر ولينين، فكيف تنزلق الديمقراطية الغربية إلى هذا المنزلق الخطير والمستنقع الآسن، وهو يهدّد مفهوم الديمقراطيات الغربية من أساسها؟!؟!!

وما يؤكد ذلك الممارسات التي تحدث في هولندا (الدولة الأوروبية الوحيدة التي يمارس فيها قتل الرحمة بصورة شبه مقننة)، ففي عام 1991 قرّرت اللجنة المختصة بموت الرحمة أن أكثر من ألف شخص قد تمّ قتلهم بواسطة ما يسمى «موت الرحمة» دون أن يكون هناك دليل قوي على أن المريض قد أبدى رغبة قوية حرّة واضحة في الموت. وقد ذكرت اللجنة أيضاً أن 70 بالمئة من حالات «موت الرحمة» لا يُبلّغ عنها، ويتم إصدار شهادة وفاة من الطبيب المعالج بالاتفاق مع الأسرة على أن الموت كان بسبب طبيعي (السرطان، القلب، إتهاب رئوي ... الخ) وبالتالي يتخلّص الطبيب والأسرة من المسألة والتحرّيات التي يجريها المدّعي في مثل هذه الحالات (1)(2)(3).

والنقطة الخامسة: والتي يثيرها المعارضون لما يُسمّى موت الرحمة هو أن الطبيب وظيفته إنقاذ الحياة لا إنهاءها، فإذا سمح للطبيب بأن يقوم بما هو ضد مهنته أساساً فإن ذلك يعمل ضد المفهوم الأساسي للطب وهو إنقاذ المريض والعمل من أجل الحياة هذا من ناحية، ومن الناحية الثانية فإن المريض قد يفقد ثقته بالطبيب حينما يعلم أن الطبيب قد يقدم في ظروف خاصة على قتله بناءً على رغبة الأهل وسوء حالته الصحية.. وقد أوضحت ذلك المجلة

(1) Health care opposed to Euthanasia (Hope): Euthanasia: Doctor's Duty? Patients Right? London, Hope, 1992.

(2) Keown J: The Law and Practice of Euthanasia in the Netherlands. *Law quarterly review*, Jan 1992.

(3) de Wachte, MA: Active Euthanasia in the Netherlands. *JAMA* 1989, 262, (23): 3316-3319.

الطبية البريطانية في تعليقها على مذات جيرمي واربرج الكاتب والناشر الذي توفي في يونيه 1986. وقد ذكر هذا الكاتب في كتابه «صوت في الشفق» **A voice At Twilight** معاناته من الشلل للنصف السفلي **Paraplegia** وآلام مبرحة في الظهر. وذكر أنه عندما قرأ كتاباً عن كيفية الانتحار أنه فكر بذلك فعلاً، ولكنه قرّر عدم الانتحار. وشكر الله أن القانون البريطاني لا يبيح ما يسمى «قتل الرحمة» وإلا لشكّ في كل حبة دواء تعطى له وكل حقنة تسرب إلى أوردته... واعتبر أن «قتل الرحمة» إذا سُمح به يجعل العلاقة بين الطبيب وهيئة التمريض من جهة والمريض من جهة أخرى، متوترة ويملؤها الشك والريبة والتوجّس، وخاصة إذا كان المريض يعاني من مرض ميؤوس من شفائه⁽¹⁾.

والخلاصة أن ما يسمى «موت الرحمة» لا يزال يواجه معارضة قوية في أوروبا والولايات المتحدة ما عدا هولندا التي انتشر فيها هذا النوع من القتل المقتن أو شبه المقتن. ومع هذا فإن الداعين إليه يستقربون أعداداً متزايدة من الأطباء والمحامين والجمهور لتأييده ويرجع السبب إلى فقدان الدين وضعف تأثيره والخواء الروحي الذي تعاني منه المجتمعات الغربية

• الدول العربية:

لا تسمح قوانين الدول العربية بما يسمى «موت الرحمة» وقد جاء في المادة 21 من نظام مزاولة المهنة الطبية في المملكة العربية السعودية ما يلي: «ولا يجوز بأي حال من الأحوال إنهاء حالة مريض ميؤوس من شفائه طبيّاً، ولو كان بناءً على طلبه أو طلب ذويّه».

وتأخذ قوانين العقوبات في السودان وسوريا ولبنان بتخفيف العقوبة على القاتل إذا أقدم على جريمته بناءً على رضا المجني

(1) Twycross R: Into That Good Night. **British Medical Journal** 1988, 297: 745 (17th Sept).

عليه. وفي حالة القتل بعامل الإشفاق بناءً على إباح المجني عليه (المادة 249 – الفقرة الخامسة من القانون السوداني والمادة 538 من قانون العقوبات السوري، والمادة 552 من قانون العقوبات اللبناني). وتكتفي البلاد الأخرى بفكرة الظروف المخففة دون وضع نص في القانون⁽¹⁾.

* * * *

(1) ذكر الدكتور راجي التكريتي في كتابه «السلوك المهني للأطباء» ص 23 أن طبيباً في المستشفى الجمهوري بالعراق قام بقتل شابة تعاني من سرطان منتشر في جسمها ومسبباً لها آلاماً مبرحة دون إذن المريضة ولا طلبها، ومع هذا لم يحاكم هذا الطبيب الأجنبي . وكان الواجب محاكمته ووجوب القصاص عليه حيث لا مخفّف للحكم مثل طلب المريضة ذاتها... وفي البلاد العربية مآسي كثيرة تحدث بين جدران المستشفيات.

الموقف الإسلامي من «موت الرحمة»

يحرم الإسلام قتل النفس إلا بالحق، قال تعالى: (عَيْتَانِي يَوْمَ يُنْفَخُ الْيَوْمُ الثَّانِي فِي سَاحِلٍ يَمِينٍ) [الأنعام: 151].

ويقول تعالى: (كَرِهْنَا لَهُ أَنْ يَكْفُرَ بِهِ وَلِيَبَيِّنَ كَلِمَاتِهِ وَأَيُّهَا نُوهِىَ أَنْ يَكْفُرَ بِهِ) [الإسراء: 33].

وقال تعالى: (يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَقْرَبُوا زِينَةَ الدُّنْيَا سَبْعًا مَرَّةً) [النساء: 29].

وقال تعالى في تحريم قتل النفس: (لَنْ نَجْزِيَنَّكَ أَجْرًا) [البقرة: 159].

وقال تعالى: (أَبْهَرُوا أَبْصَارَهُمْ وَلَا يَدْرَأُونَ عَنْهَا) [المائدة: 32].

ونهى أشد النهي عن اليأس من رحمة الله والقنوط منها واعتبر ذلك قرين الكفر.

قال تعالى: (يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَقْرَبُوا زِينَةَ الدُّنْيَا سَبْعًا مَرَّةً) [يوسف: 87].

ووردت الأحاديث الكثيرة الصحيحة التي تنهى عن قتل النفس فقد قال **ع** في حجة الوداع: «فإن دماءكم وأموالكم عليكم حرام كحرمة يومكم هذا في شهركم هذا في بلدكم هذا»⁽¹⁾ وقال **ع**: «لا

(1) أخرجه الشيخان البخاري ومسلم.

يحلّ دم امرئ مسلم إلا بإحدى ثلاث : الثيب الزاني، والنفس بالنفس والتارك لدينه المفارق للجماعة⁽²⁾.

ونهى **ع** عن الانتحار (قتل النفس) أشد النهي وجعل فيه الوعيد الشديد فقد أخرج الشيخان (البخاري ومسلم) عن أبي هريرة **ع** أن رسول الله **ع** قال: «من تردى من جبل فقتل نفسه، فهو في نار جهنم يتردى فيها خالدًا مخلدًا فيها أبداً، ومن تحسّى سماً فقتل نفسه فسمه في يده يتحسّاه في نار جهنم خالدًا فيها، ومن قتل نفسه بحديدة فحديدته في يده يجأ بها في بطنه في نار جهنم خالدًا مخلدًا فيها»⁽³⁾.

• ألفاظ الحديث:

ويتردى: يسقط من مكان عالٍ . ويتحسّى: يشربه على مهل . والحسوة من الشراب مقدار ما يحسى مرة واحدة . ويجأ بها في بطنه أي يطعن بها في بطنه.

وروى البخاري عن أبي هريرة أيضاً أن رسول الله **ع** قال: «الذي يخنق نفسه يخنقها في النار، والذي يطعن نفسه يطعن نفسه في النار والذي يقتحم يفتحم في النار» وعن جندب بن عبد الله أن رسول الله **ع** قال: «كان فيمن كان قبلكم رجل به جرح، فجزع، فأخذ سكيناً فحزّ بها يده فما رقا الدم (أي انقطع الدم) حتى مات». قال الله تعالى: «بادرني عبدي بنفسه: حرّمت عليه الجنة»⁽¹⁾.

والآيات والأحاديث التي تحرّم قتل النفس وتوضح فظاعته وشدة مآثمه وعقوبته في الدنيا والآخرة كثيرة جداً . و لايفرق الإسلام في العقوبة الآخروية بين من يقتل نفساً ظلماً وعدواناً وبين

⁽²⁾ أخرجه البخاري ومسلم عن عبد الله بن مسعود **ع** والثيب: الشخص الذي قد تزوج . ويقتل هؤلاء الثلاثة الزاني المحصن (الذي قد سبق له الزواج) وقاتل النفس ظلماً، والمرتد.

⁽³⁾ صحيح البخاري، كتاب الطب، باب شرب السم، وصحيح مسلم كتاب الإيمان، باب غلظ تحريم قتل الإنسان نفسه . وأخرجه أيضاً أبو داود والترمذي والنسائي وابن ماجه، كلهم عن أبي هريرة بألفاظ مقاربة، وإسناده صحيح أو حسن.

⁽¹⁾ صحيح البخاري.

في الإسلام ليس حُرّاً في نفسه وماله كما يدّعي الغربيون، بل هو وماله ملك لله، وعليه أن ينفذ ما أمر الله به.
فالله هو واهب الحياة وهو وحده الذي ينزعها فإن اعتدى شخص على آخر فقتله أوجب الله القصاص : (كُذِّبُوا وَوُجِدُوا) [البقرة: 179]

وقد حدّد الله سبحانه وتعالى ورسوله الجرائم التي تستحق القتل وأهمها النفس بالنفس، والثيب الزاني (المحصن)، والمرتب. وكذلك الحرابة والصائل إن لم يندفع إلا بالقتل وسابُّ الرسول ﷺ لا عقوبة له إلا القتل (مثل سلمان رشدي) .. وقد حدّد الشرع الحنيف بكل وضوح تلك الجرائم وهي مبسوطة في كتب الفقه. ولا شك أن الإذن بالقتل أو الأمر به لا يبيح القتل فلو قال شخص بالغ عاقل لآخر اقتلني فقتله أثمّ القاتل . وقد اختلف الفقهاء في حكم هذا القاتل الذي نفذ أمر المقتول:

جاء في مغني المحتاج للشريبي (شرح المنهاج)⁽¹⁾ :
«قال النووي في منهاج الطالبين : ولو قال : اقتلني وإلا قتلتك فقتله، فالمذهب لا قصاص، والأظهر لا دية . ولو قال اقتل زيدا أو عمراً فليس بإكراه».

«قال الشريبي: (ولو قال) شخص لآخر (اقتلني وإلا قتلتك فقتله) ذلك الشخص (فالمذهب لا قصاص) عليه لأن الإذن شبهة دارئة للحد. والطريق الثاني ذات قولين: ثانيهما: يجب عليه القصاص لأن القتل لا يباح بالإذن فأشبهه ما لو أذن له في الزنا بأمته . (والأظهر) على عدم القصاص، و (لا دية) أيضاً، بناءً على أنها تثبت للمقتول في آخر جزء من حياته، ثم تنتقل إلى الوارث، وهو الأظهر، ولهذا تنفذ منها وصاياه وتُقضى منها ديونه ، ولو كانت للورثة ابتداء لم يكن كذلك . والثاني تجب ولا يؤثر إذنه بناءً على أنها تثبت للورثة ابتداء عقب هلاك المقتول.

«(تنبيه): لو لم يقل (وإلا قتلتك) كان الحكم كذلك ... ولو قال اقتلني ففعل فهدر ... هذا كله في النفس . فلو قال له : اقطع يدي مثلاً فقطعها ولم يمت فلا قود ولا دية قولاً واحداً . قاله (النووي) في

(1) محمد الخطيب الشريبي: مغني المحتاج إلى معرفة معاني ألفاظ المنهاج للنووي (منهاج الطالبين) ج 11/4 و 50.

الروضة، فإن مات فعلى الخلاف . ومحلّه إذا أمكنه دفعه بغير القتل، فإن قتله دفعاً فلا ضمان عليه جزماً كما أشار إليه الشيخان . وجزم به ابن الرفعة . فإن قيل : إذا أمكنه دفعه بغير القتل، فقد انتفى الإكراه فينبغي أن يجب القصاص جزماً، أوجب بأن الإذن بلا إكراه مسقط . وقد حكى الرافعي الطريقي في الإذن المجرّد، ثم قال فإن انضم إلى ذلك إكراه فسقوط القصاص أوجه».

وقال النووي في منهاج الطالبين : «ولو قال رشيد اقطعني ففعل فهدر، فإن سرى أو قال اقتلني فهدر، وفي قول تجب دية» . قال الشريفي في الشرح : «(ولو قال) حرّ مكلف (رشيد) أو سفي لآخر : (اقطعني) أي يدي مثلاً، (ففعل فهدر)، لا قصاص فيه ولا دية للإذن فيه .

(فإن سرى) للنفس، (أو قال) له ابتداء (اقتلني) فقتله (فهدر) في الأظهر للإذن . (وفي قول تجب دية) . والخلاف مبني على أن الدية تثبت للميت ابتداء في آخر جزء من حياته ثم يتلقاها الوارث أو تثبت للوارث عقب هلاك المقتول . إن قلنا بالأول وهو الأصح لم تجب، وإلا وجبت» . انتهى كلام النووي وشرح الشريفي .

وخلاصة هذا الكلام أن الشافعية يرون أن الشخص الحرّ البالغ العاقل إذا قال لآخر اقتلني فدمه هدر ولا قصاص ولا دية على القاتل . وهناك قول في المذهب بأن الدية تجب على القاتل . أي أن الطبيب الذي قام بقتل المريض بناء على طلب المريض نفسه لا شيء عليه، لا قصاص ولا دية . وفي قول مقابل الأظهر تجب عليه الدية . وهي في العاقلة . والعاقلة هم القبيلة أو أهل الديوان ويمكن أن تكون النقابة أو شركة تأمين تضامنية بشروطها الإسلامية أو الجمعية الطبية .

وهذا كله لا يعني أن القاتل لا يَأْتِمُّ بل هو آثم . والفعل محرّم ويواجه عقوبات أخروية خطيرة جداً قد تقتضي الخلود في النار . ومن حق ولي أمر المسلمين أن يأمر بعقوبات تعزيرية لمن يُقدم على مثل هذا الأمر مثل الحبس أو الغرامة... إلخ . ويلخص الدكتور وهبة الزحيلي موقف المذاهب الإسلامية في هذا الموضوع⁽¹⁾ .

(1) وهبة الزحيلي: الفقه الإسلامي وأدلته، دار الفكر، بيروت، 1989، الطبعة الثالثة، ج 6/260.

«قال الحنيفة ما عدا زفرُ : القتل شبه عمد يوجب الدية ، لأن الإذن بالقتل الموجود بالفعل أورت شبهة ، والحدود – ومنها القصاص تُدرأ بالشبهات . وقال زفر : لا يصلح الإذن شبهة ، فلا يدرأ القصاص ، ويجب تطبيقه»⁽²⁾ .

«وقال المالكية : الإذن بالقتل لا يمنع وجوب القصاص وإنما يلزم القود⁽³⁾ . وقال الشافعية في الأظهر عندهم ، والحنابلة : لا قصاص ولا دية . ودم المقتول أو جرحه هدر لأن الحق له فيه ، وقد أذن في إتلافه ، كما لو أذن له في إتلاف ماله»⁽⁴⁾ . وهكذا نجد أن الحنابلة ، والشافعية (في الأظهر) لا يرون قصاصاً ولا دية . ويرى الأحناف الدية (ما عدا زفر) . أما المالكية ووافقهم زفر من الأحناف فيرون القصاص .

وعليه فإن الحكم على الطبيب الذي نفذ رغبة المريض وأنهى حياته إذا حوكم في محكمة شرعية لن ينفذ عليه القصاص (بناء على المذهب الشافعي والحنبلي والحنفي) ، وقد يعفى أيضاً من الدية (الحنبلي والشافعي في الأظهر) . أو يطلب منه دفع الدية (حسب المذهب الحنفي وقول عند الشافعية) . أما إذا كانت الم حكمة تحكم بالمذهب المالكي فسيواجه الطبيب حكم القود والقصاص . وهذا كله لا يمنع وجود حكم تعزيري من القاضي وذلك بالسجن أو الغرامة أو كليهما معاً .

وفيما يلي نص فتوى : العلامة السيد محمد أحمد الشاطري عندما سئل عن مسألة موت الرحمة فقال : «إن ما نسميه قتل الرحمة (تيسير الموت) هو نوع من أنواع القتل وإن سُمي عنوان السؤال قتل الرحمة . وقد نصت الآيات والأحاديث الصحيحة الصريحة على تحريم القتل . وقال العلماء أن القصاص واجب على من إحتز رأس شخص محتضر .

قال الإمام النووي في منهاج الطالبين (ولو قتل مريضاً في النزاع وعيشه عيش مذبوح وجب القصاص) إذ لم ينقطع خيط الأمل في شفائه بالنسبة لقدر الله ولا استمرار ما يسميه الفقهاء حياة مستمرة فيه .

(2) الدر المختار ج 388/5 والبدايع ج 236/7 .

(3) الشرح الكبير للدردير ج 240/4 .

(4) مغني المحتاج ج 11/4 وكشف القناع ج 602/5 .

«وأما ما يعانيه المريض من الآلام الشديدة فليس مبرراً للقضاء عليه بالفعل،⁽¹⁾ ولو جاز ذلك لما حُرِّم الانتحار على من يعاني منها وإن كانت لا تحتل . وفي قضية الرجل الذي إنتحر في عهد رسول الله ﷺ عقب المعركة، وهو في صف المسلمين بسبب جرح بليغ لم يستطع الصبر عليه أعظم دليل على ما ذكرته . وقد قال فيه الرسول الملهم محمد ﷺ أنه من أهل النار، ولم تنفعه نكايته في العدو، وقضيته مشهورة في كتب السير وكتب الحديث ومنها البخاري . ولم نطل بذكرها بالتفصيل لشهرتها وصحتها.

«ثم إن كان ما يسمى بقتل الرحمة قد مارسه الطبيب بطلب وإذن من المريض فهو إعانة ومشاركة في الانتحار . والانتحار ممنوع في الإسلام كما قدمنا وهو من الجرائم الكبرى، ووردت أحاديث كثيرة فيها ووعيد شديد لصاحبه بالخلود في النار، وفسر بطول المكث . ومنع الإمام أحمد الصلاة على المنتحر ومنعها بعض العلماء أيضاً بالنسبة للإمام وغير الإمام، وبعضهم خصه بالإمام، فالطبيب في هذه الحالة شريك في الانتحار . والقاعدة الشرعية (من أعان على معصية ولو بشر كلمة كان شريكاً لصاحبها فيها).

«وأما إن كان قتل الرحمة بغير إذن المريض أو بغير علمه فقد قدمنا أنه قتلٌ محرّمٌ ويجب فيها القصاص».

ثم أبان فضيلة العلامة السيد الشاطري حرمة ما يسمى قتل الرحمة السلبي إذا أدى ذلك إلى قتل المريض : «وقد نص الفقهاء على أن من منع الطعام والشراب عن شخص حتى يموت، يقتص منه لأنه قد قصد قتل ذلك الشخص بحبسه ومنع الطعام والشراب عنه . أما أن كان المنع لفترة لا يموت مثله منه فلا قصاص . والمنع عن التنفس بإيقاف جهاز المنفسة مثل المنع عن الطعام بل أشد لأنه يبقى زمناً بدون طعام أو شراب ولا يبقى بدون تنفس .

«وأما تسكين الألم فيجوز وقد يجب أو يندب على حسب حالة المريض ما لم يحدث تسكين الألم مرضاً أشد أو يقضي على حياة المريض فيحرم».

(1) لا بد من إعطاء مسكنات الآلام القوية مثل المورفين ومشتقاته ور دائفه حتى لا يصل إلى المرحلة الشديدة التي تدعوه إلى التفكير في إنهاء حياته.

وأنهى فضيلته الفتوى بالدعاء للمبتلى بالصبر والالتجاء إلى الله
وفضل الصبر على البلاء (1).

وقد أجاب الفقيه السيد عمر حامد الجيلاني عن ما يسمى قتل
الرحمة فأجاب: «ما سُمي بقتل الرحمة يحتوي على سؤالين
الأول: ما أطلق عليه تيسير الموت الفعال وقد ذكر له مثالان:

(1) أن يتخذ الطبيب إجراءً فعالاً يؤدي بحياة المريض
المصاب بالسرطان (مثلاً) والذي يعاني من الألم والإغماء
ويستعصي علاجه، وذلك بإعطائه جرعة عالية من دواء قاتل للألم
يوقف تنفسه وينهي حياته.

والجواب أن ذلك لا يجوز وحرام وإثمه عظيم، وهو من أكبر
الكبائر، وأحسب أن الأطباء يسمّون هذا الدواء الجرعة السُمّية، لأنه
سبب من أسباب إزهاق الروح ونوع من أنواع القتل المحرم ويلزم
به القصاص حتى لو كان ذلك الدواء القاتل لا يقتل من لم يكن في
حالة ذلك لمريض، ويقتل مثل هذا المريض غالباً

(2) المثال الثاني: عن إيقاف المنفسة التي تديم التنفس
الأتوماتيكي لمن رُكبت في جسمه بعد إصابته بالتهاب السحايا
(مثلاً) أو بإصابة شديدة في رأسه أدت إلى تعطل أجزاء رئيسية من
دماغه عن العمل، ويتنفس بواسطة المنفسة التي تضخّ الهواء وعند
إيقافها لا يمكن أن يتنفس

والجواب والله بالصواب عليم – أن الذي يظهر أن الشخص
المسؤول عن حاله قد وصل إلى حالة يسميها الفقهاء حالة اليأس أو
تجاوزها، والتي سنتكلم عنها عند بحث موضوع متى يعتبر الإنسان
ميتاً، وأنه لو بقي على حالته دون أن تتركب المنفسة لانتهت جميع
آثار الحياة من جسمه، وإن تركيب المنفسة يأتي لمحاولة إعادة ما
توقف من دماغه أو كاد أن يتوقف، وأنه إن لم تفلح ولم تنجح تلك

(1) أسئلة طبية موجهة من الأطباء المسلمين في جنوب أفريقيا إلى قسم الطب الإسلامي
بمركز الملك فهد، جامعة الملك عبد العزيز بجدة، وقد حوّلها القسم إلى الأستاذ الدكتور محمد
عبد الجواد (أستاذ القانون في جامعة القاهرة)، والعلامة السيد محمد أحمد الشاطري وقد
تقدّمت إجابتهما، والسيد عمر حامد الجيلاني وإجابته مذكورة بعد إجابة العلامة الشاطري.

المحاولة لم يعد نفع لبقائها . فهي كالدواء الذي إن لم يكن ناجحاً ونافعاً يقف الطبيب عن إعطائه لمن يعالج ولا أحسب أن في إيقاف المنفسة قتلاً للمسؤول عن حاله والله أعلم

السؤال الثاني: ما أطلق عليه «تيسير الموت المنفعل» وهو منع الدواء عن مريض بالسرطان، أو الإغماء عن إصاب بالرأس، أو التهاب بالسحايا، ولا يرجى شفاؤه ويصاب في رنتيه، والتي إن لم تعالج يمكن أن تقتل المريض، وإيقاف العلاج من الممكن أن يعجل بموته ومثله الطفل المصاب بالشوكة المشقوقة (من النوع المتقدم) أو بالشلل المخي ولا يرجى شفاؤه ويصاب أيضاً بالتهاب السحايا أو الرئتين ويمكن أن يموت من هذه الالتهابات

والجواب أن منع الدواء عن المريض لا يعد قتلاً لأن أصل التداوي غير واجب كما قاله جمع من أهل العلم مستدلين بحديث المرأة السوداء المروي في الصحيحين . ويرى بعض أهل العلم كما نقل عنهم ابن مفلح في الجزء الثاني من المبدع وجوب التداوي واشترط بظن النفع بالتداوي. ويرى الشاطبي في الجزء الثاني من كتابه الأصولي «الموافقات» الوجوب إذا ثبت انحتم دفع المرض بالتداوي وقال [فالشرع قد قصد دفع المشقة كما أوجب دفع المحاربين والساعين على الإسلام بالقضاء، وجهاد الكفار القاصدين لهدم الإسلام وأهله] انتهى.

وقد ظهرت فتاوي عديدة لمفتي مصر وغيرها وكلها تحرم ما يسمى «قتل الرحمة» وتعتبره من الكبائر والجرائم العظمى . وفيه القصاص إن لم يكن ذلك بطلب أو إذن من المريض قولاً واحداً فإن كان بطلب من المريض وإذن منه ففيه الخلاف بين الفقهاء كما تقدم مع ثبات الإثم والعقوبة الأخروية والعقوبة التعزيرية.

الفصل الثلاثون

زرع الأعضاء

نظرة طبية فقهية

زرع الأعضاء نظرة طبية فقهية

(1) تاريخ غرس (زرع) الأعضاء:

إن موضوع غرس الأعضاء ليس أمراً حديثاً يشهده القرن العشرين، كما قد يتبادر إلى الذهن لأول وهلة . ولكنه أمر قديم عرفته البشرية بشكل من الأشكال البدائية، وفي بعض الأحيان بصورة متقدّمة نسبياً .

وقد عرف الإنسان في العصر البرونزي عملية التبرنة (**Trephine**)، وهي إزالة جزء من عظم القحفة (**Cranium**) نتيجة إصابة الرأس . وقد وصف جوثري في كتابه تاريخ الطب (1) جمجمة أجريت لها عملية تبرنة، ثم أعيدت قطعة العظم المأخوذة بعد فترة، وذلك منذ العصر البرونزي (وأوضح صورة تلك الجمجمة).

ويبدو من الحفريات القديمة أن المصريين القدماء عرفوا عمليات زرع الأسنان التي أخذها عنهم اليونان، والرومان فيما بعد(2)، وتدل المكتشفات الأثرية على أن سكان الأمريكيتين قد مارسوا زرع الأسنان، قبل أن يعرفها الأوروبيون، وكذلك عرف

(1) Guthrie D: A History of Medicine, Lippincot, Philadelphin, 1946, p 12

(2) Peer LA: Transplantation of Tissues, Balitmore, Williams & Wilkins Co. P 195

الأطباء المسلمون زرع الأسنان في القرن العاشر الميلادي (الرابع الهجري)⁽¹⁾.

وقد ورد في كتاب السنة أن قتادة بن النعمان <، أصيبت عينه يوم بدر، وورد في رواية يوم أحد، فندرت حدقته، فأخذها في راحته إلى النبي ﷺ. فأخذها النبي ﷺ وأعادها إلى موضعها، فكانت أحسن عينيه، وأحدّهما بصراً [أخرجه البيهقي وابن عدي والطبراني وأبو نعيم وأبو يعلى]⁽²⁾، وهذا من معجزاته ﷺ. وهو أول إعادة زرع للعين (Replantation).

وقد وصف الجراحون الهنود القدماء عمليات بارعة في إصلاح الأنف والأذن المقطوعة، أو المتأكلة نتيجة مرض . وقد وصفوا بدقة ترقيع الجلد ونقله من الخد إلى موضع الأنف سنة 700 قبل الميلاد (كتاب سرسوتا سانهيتا)⁽³⁾.

وفي عصر النبوة قام عرفة بن أسعد < باتخاذ أنف من الفضة بعد أن أصيبت أنفه يوم كلاب . فلما أنتنت أمره النبي ﷺ أن يتخذ أنفاً من ذهب، فلم ينتن . ولا يدخل هذا في زرع الأعضاء، بل يدخل في عمليات التجميل.

وقد ذكرنا هذا لنوضح أن الجراحين العرب حتى في العهد القديم كانوا على براعة غير متوقعة في إجراء عمليات تجميلية . كما يوضح سماحة الإسلام باباحة استخدام الذهب للرجال عند الحاجة لذلك.

أما بالنسبة للإنسان فقد تمت بنجاح خلال القرن التاسع عشر عمليات ترقيع الجلد، وخاصة الترقيع الذاتي (Autograft)، كما تم الترقيع المتباين (Allograft) حتى إن ونستون تشرشل تبرع أثناء الحرب بقطعة من جلده لأحد زملائه وذلك عام 1898.

(1) المصدر السابق.

(2) سعيد حوى: الرسول، ج2/297، الطبعة الثانية 1971.

(4) Woodruff MF: The Transplantation of Tissues and Organs – Springfield, Charles Thomas Co. 1960,

نقلًا عن: Davis-Christopher: Text book of Surgery 10th edition, Saunders Co 1972, p 426

وفي القرن العشرين تكثف نشاط الجراحين بالنسبة لزرع
القرنية في الفترة ما بين 1925 و 1945، وانتشر كذلك نقل الدم
بصورة واسعة.

وبدأ زرع الكلى على مستوى الحيوانات عام 1902 على يد
أولمان (Ulman) في فيينا، وفون دي كاستلو الذي نقل كلية من
كلب إلى آخر.

وقام جابوليه في فرنسا (ليون) بزرع كلية حيوان لإنسان .
وبطبيعة الحال فشلت تلك العملية على الفور . وفشلت المحاولات
المتتالية بسبب رفض الجسم للعضو المزروع.

وبدأت الدراسات المكثفة للتغلب على عملية الرفض التي
يقوم بها جهاز المناعة . ومنذ بداية الستينات من القرن العشرين
ظهرت عدّة محاولات للتغلب على مشكلة الرفض (Rejection)
للأعضاء المزروعة.. وتمثلت الوسائل في الآتي:

- استخدام الأشعة للجسم بأكمله .. وسرعان ما اندثرت هذه
الطريقة لخطورتها.

- استخدام العقاقير وبالذات (Azathiopurine) الذي ظهر عام
1961 واستخدم في عمليات زرع الكلى عام 1962.. وتبعه
بعد ذلك البريدينزلون (من مشتقات الكورتيزون) .. وظل
هذا العقار حجر الزاوية في معالجة مشكلة الرفض
للأعضاء المزروعة، حتى ظهر في 1978 عقار
سيكلوسبورين، الذي فتح أفقاً جديدة أمام زرع الأعضاء،
وحقق نجاحاً طيباً في مجال مشكلة الرفض، ثم ازدادات
العقاقير المستخدمة لمعالجة مشكلة الرفض وتنوعت تنوعاً
كبيراً في التسعينات من القرن العشرين، ولا تزال في
ازدياد، رغم وجود الأعراض الجانبية الخطيرة لهذه
العقاقير.

وبتحسن الوسائل الجراحية، وتحسن الديليزة (Dialysis)
واكتشاف عقار السيكلوسبورين، حققت عمليات زراعة الكلى

نجاحاً كبيراً ومطرداً في مختلف أنحاء العالم . وفتحت مراكز متعدّدة لزراعة الكلى في مختلف الأقطار، حتى في البلاد النامية، رغم الكلفة العالية نسبياً لهذه العمليات، وتكلفة علاج مشكلة الرفض بالعقاقير الباهظة الثمن مدى الحياة.

ولم تقتصر عمليات زرع الأعضاء بطبيعة الحال على الكلى، وإنما شملت كل الأعضاء تقريباً، بما فيها زرع بعض الخلايا في الدماغ.

ولم تؤخذ الأعضاء من الأحياء والأموات فحسب، بل بدأ عهد جديد في أخذ الأعضاء والأنسجة من الأجنة وأبحاث الخلايا الجذعية.

ومنذ ظهر مفهوم موت الدماغ، وتقبلته الدوائر الطبية أولاً، ثم القانونية وذلك في السبعينات وبداية الثمانينات من القرن العشرين، تمكّن الجراحون من أخذ الأعضاء وهي لا تزال في حالة جيدة بسبب التروية الدموية المستمرة حتى لحظة نزع العضو أو قبيله مباشرة.

وقام مجمع الفقه الإسلامي في دورته الثالثة المنعقدة في عمان، صفر 1407هـ أكتوبر 1986 بإصدار قراره التاريخي بالإعتراف بموت الدماغ، واعتباره مساوياً لتوقف القلب والتنفس توقفاً تاماً لا رجعة فيه.

وبدأ بذلك عهد جديد له ميزاته وله محاذيره ومخاطره.

(1) تعريف وتصنيف غرس الأعضاء:

* **غرس الأعضاء (زرع الأعضاء):** يقصد به نقل عضو سليم أو مجموعة من الأنسجة من متبرع (Donor) إلى مستقبل (Recipient) ليقوم مقام العضو أو النسيج التالف.

* **المتبرع (Donor):** هو الشخص أو الحيوان الذي تؤخذ منه الأعضاء. ويمكن أن يكون المتبرع إنساناً وهو الغالب، أو حيواناً وهو أمر أصبح نادر الحدوث بسبب عمليات الرفض القديمة.

كذلك يمكن أن يكون المتبرع حياً، وذلك بالنسبة للأعضاء المزدوجة، أو التي يمكن تعويضها مثل الدم ونخاع (نقي) العظام والجلد، أو ميتاً . وبما أن الأعضاء ستغرس ينبغي أن تكون في حالة جيدة وليست تالفة، لا بد أن تبقى هذه الأعضاء، وهي تتلقى التروية الدموية عبر الدورة الدموية للشخص الذي مات .. أي لا بد أن يكون هذا الشخص قد مات نتيجة موت دماغه لا قلبه .. ويبقى القلب في هذه الحالات يضخ الدم بمساعدة الأجهزة والعقاقير .. ويشترط أن يبقى ضغط الدم في حدود 100مم زئبق للضغط الانقباضي حتى تتم تروية الأعضاء تروية جيدة لحين عملية نقل هذا العضو أو الأعضاء المتبرع بها.

● **المستقبل (المضيف) Recipient (Host)**: هو الجسم الذي يتلقى الغرسة (العضو) ويمكن أن يكون إنساناً أو حيواناً. وبالنسبة للإنسان لا بد من توافر عدّة شروط في المستقبل من ناحية السن، ونوعية المرض ومدى استفحاله.. إلخ.

● **الغرسة (الرقعة) Transplant (Graft)**: ويقصد به العضو المغروس. وجمعها غرائس . والغرسة إما أن تكون عضواً كاملاً مثل الكلية والكبد والقلب .. إلخ، أو تكون جزءاً من عضو كالقرنية (وهي الجزء الشفاف الخارجي من العين)، أو تكون نسيجاً أو خلايا، كما هو الحال في نقل الدم، ونقي العظام، وغرس جزر لانجرهان من البنكرياس.

وتصنف الغرائس تصنيفات عدّة، وأول هذه التصنيفات هي حسب طبيعة ترويتها الدموية، فهناك غرائس ذات تروية دموية مباشرة، مثل القلب والكبد والكلية . وهناك غرائس لا تحتاج إلى أوعية دموية ترتبط مباشرة، مثل غرس طبقة من الجلد . وهناك غرائس لا تحتاج مطلقاً إلى أوعية دموية، مثل القرنية التي تصاب بالتلف إذا تخلّتها الأوعية الدموية.

وثاني هذه التصانيف هو تصنيف الغريسة حسب علاقتها بالجسم المستقبل، وهي كالتالي:

(أ) غرائس ذاتية (Auto Graft): وفي هذه الحالة تؤخذ الغريسة (العضو) من منطقة إلى منطقة أخرى في نفس الجسم .. ويحدث هذا كثيراً في نقل الجلد، وخاصة في الحروق، حين يقوم الجراح بنقل جزء من جلد المصاب من الجهة السليمة ليغطي الجزء المحروق . كذلك قد يستخدم الجراح غضاريف من الأضلاع التي تستخدم لسد الفجوة في العظام، نتيجة استئصال ورم، أو كسر كبير متهشم.

(ب) غرائس متماثلة (Isograft): ومثالها أن ينقل عضو من أخ لأخيه التوأم المتماثل (Identical twin) والتوائم نوعان:

(1) التوائم المتماثلة: وهي التي نتجت عن بويضة واحدة مخصبة ثم انقسمت إلى خليتين مستقلتين، وأنتجت كل واحدة منهما جنيناً . وهذه التوائم متماثلة في جميع الخصائص الوراثية.

(2) التوائم غير المتماثلة: وهي التي نتجت عن تلقيح بويضتين أو أكثر في وقت واحد . وتم تلقيح كل بويضة بحيوان منوي . ولذا فهي مختلفة من الناحية الوراثية . ولا تتشابه إلا كما يتشابه الإخوة من أب وأم . وقد تكون إحداها ذكراً والأخرى أنثى.

وتتميز الغرائس المتماثلة بأنها لا تحتاج إلى عقاقير خفض المناعة لأن الجسم لا يرفضها، بل يعتبرها جزءاً منه . وهي بطبيعة الحال أفضل أنواع الغرائس، وأطولها عمراً وأكثرها فائدة، وأقلها تعرضاً للتلف، ولا تحتاج إلى استخدام عقاقير خفض المناعة.

(أ) الغرائس المتباينة (Allograft): وهي الغرائس التي تؤخذ من أشخاص مختلفين من جنس واحد .. أي

من إنسان لإنسان أو من أرنب لأرنب .. وهكذا.
ويدعى هذا النوع أحياناً الغريسة المتجانسة
(**Homograft**) لحدوثه بين فصيلة متجانسة.
وهذا النوع من الزرع هو الأكثر انتشاراً، وقد يكون المتبرع
حياً (**Living**) أو ميتاً (**Cadaver Donor**).. وكلاهما يسبب رفض
الغريسة (العضو المزروع) بواسطة المستقبل (**Recipient**). ولذا،
لا بد من إعطاء العقاقير الخافضة للمناعة
(**Immunosuppressants**) مدى الحياة. وفي ذلك من الخطورة ما
فيه. وقد نشرت مجلة جاما (**Jama**) الأمريكية الطبية المشهورة
في شهر سبتمبر 2010 مقالاً مطولاً ذكرت فيه أن بعض المتلقين
للأعضاء لا يرفضون الأعضاء المغروسة رغم توقعهم عن تناول
العقاقير الخافضة للمناعة ويقول أن نسبة 10 بالمئة ممن يتلقون
الأعضاء يمكن خفض جرعات العقاقير الخافضة للمناعة بشكل
كبير أو توقيفها عند بعضهم.

(أ) **الغريسة الغريبة أو الدخيلة (Xenograft)**: وهي الغرائس
المنقولة بين جنسين أو فصيلتين مختلفتين .. ومثالها
غرس عضو من كلب لقط، أو من قرد لإنسان.. وقد وقع
هذا كثيراً ولا يزال في مجال الحيوانات على سبيل
التجارب، واستخدمت عظام الحيوانات للإنسان . وقد
ذكر الفقهاء منذ أزمنة قديمة استخدام عظم الحيوانات
لتوصيل العظام.

قال الإمام النووي في منهاج الطالبين⁽¹⁾: «ولو وصل عظمة
بنجس لفقده طاهر فمعدور، وإلا وجب نزعها إن لم يخف ضرراً
ظاهراً، وقيل وإن خاف . فإن مات لم ينزع على الصحيح»،
وعلق الإمام الشربيني في مغني المحتاج على ذلك بقوله :
«وظاهر هذا أنه لا فرق بين الأدمي المحترم وغيره . وهـ و»

(1) الإمام النووي: منهاج الطالبين، ج 1/190، وشرحه مغني المحتاج على متن منهاج الطالبين للشربيني.

كذلك». وقال: (ولو وصل عظمه) لانكساره مثلاً واحتياجه إلى الوصل (بنجس لفقد ظاهر) صالح للوصل، أو وجده. وقال أهل الخبرة إنه لا ينفع، ووصله بنجس (فمعدور) في ذلك تصحُّ صلاته معه للضرورة.

وذكر القزويني في عجائب المخلوقات⁽¹⁾ أن من خواص عظم الخنزير أنه يوصل بعظم الإنسان ويلتئم سريعاً ويستقيم من غير اعوجاج!! وقد ذكر ابن سينا في كتابه القانون عملية توصيل النظام بعظام من ميت وقال عنها أنها عملية خطيرة وأنه لم يحاول قط أن يقوم بها⁽²⁾.

وبما أن العظام تبقى فترة طويلة بعد أن تموت حتى يمتصها الجسم ويحل محلها عظم جديد، ولذا تعمل كسقالة (Scaffolding)، لهذا فإن عملية الرفض في العظام غير مهمة كثيراً. وقد قام الأطباء حديثاً بمحاولة زرع قلب قرد في طفلة، وأدى ذلك إلى رفض الجسم بسرعة لهذا القلب⁽³⁾.

لهذا يتجنب الأطباء عمليات الغرس من الحيوانات للإنسان، على الأقل في الوقت الراهن. ومع هذا فإن استخدام بعض أجزاء من الحيوان للإنسان أمر يستخدم حتى اليوم، ومثاله الأنسولين البقري، أو الخنزيري، الذي استخدم لعلاج مرض البول السكري (الديابيطس) ولا يزال يستخدم في الدول الفقيرة لرخص ثمنه، أو استخدام صمامات القلب من البقر والخنزير لإبدال الصمامات التالفة في الإنسان، إذا لم يتمكن الجراح من إصلاح الصمام التالف، أو أخذ صمام من أوردة المصاب ذاته. وفي الوقت الراهن قلَّ استخدام هذه الصمامات البقرية، والخنزيرية مع التقدم الجراحي في هذا الميدان، وازدياد مقدرة الجراحين في إصلاح

(2) زكريا القزويني: عجائب المخلوقات وغرائب الموجودات، دار الأفاق الجديدة، بيروت، ط3، 1978، ص422.

(3) ابن سينا: القانون في الطب، ج3، ص 2075 و2076، تعليق د. إدوارد القش، بيروت، 1987.

³ نشرتها وسائل الإعلام والتلفزيون، وكل هذه الحالات تمثل الرقعة الدخيلة (Xenograft).

الصمامات المعطوبة. كما أن أخذ الصمامات من قلوب المتوفين بإذن أهلهم انتشر، وفي المملكة العربية السعودية تمّ أخذ 497 قلباً للصمامات حتى نهاية عام 2009.

• **موضع الغرس:** قد يوضع العضو المغروس (الغريسة) في مكان العضو التالف ويسمى هذا النوع الموضع السوي (**Orthotopic**). ومثاله غرس القلب والرئت بين والكبد والقرنية. وقد تغرس الأعضاء في غير موضعها المعهود ويسمى ذلك الموضع المختلف (**Heterotopic**) ومثاله زرع الكلى التي توضع في الحفرة الحرقفية بدلاً من موضعها في الخاصرة.

• **أنواع الغرس (الزرع):** لقد قام الأطباء بزرع مختلف الأعضاء والأنسجة. وأكثر هذه الأنواع شيوعاً نقل الدم، حيث تنقل ملايين اللترات من الدم سنوياً، وينقذ بذلك مئات الآلاف من الأشخاص في كل عام. وفي الولايات المتحدة الأمريكية يتم نقل 12 مليون عملية نقل دم سنوياً، ونظرة لكثرة استخدام نقل الدم، وعدم وجود أي مضاعفات خطيرة من نقله، إذا أعطي ضمن الشروط المعتبرة، فإن هذا الإجراء لا يذكر عادة ضمن موضوع غرس الأعضاء وإن كان في الأصل داخلياً فيه.

ويلي نقل الدم، استخدام الجلد وعرسه. وهو إجراء واسع الانتشار أيضاً، وقليل المضاعفات، وخاصة إذا كان ذاتياً (أي من نفس الشخص).

وانتشر في الوقت الراهن نقل الكلى (غرس الكلى). وأنشئت مراكز في معظم بلدان العالم بما في ذلك ثمانية مراكز في المملكة العربية السعودية التي تم فيها حتى الآن إجراء 2071 نقل كلى من المتوفين دماغياً وآلاف الكلى من المتبرعين الأحياء تمّت بنسبة نجاح كبيرة (حتى نهاية 2009).

كذلك ينتشر منذ زمن نقل القرنية، ومشاكل غرسها محدودة جداً، لأن القرنية لا تعتمد على التروية، ورفضها محدود جداً . وتوجد مراكز لنقل القرنية في مصر والسعودية وبعض البلاد العربية الأخرى. وقد تمّ نقل 608 قرنية من متوفين دماغياً داخل المملكة وتمّ استيراد الآلاف منها من الهند وغيرها وتمّ زرعها بنجاح في المراكز العديدة في المملكة العربية السعودية. ولا يزال غرس القلب قاصراً على الدول المتقدمة تقنياً لصعوبته البالغة، وكلفته العالية، وإن كان قد تمّ في الأردن إجراء عمليات زرع قلب كما تمّ في الرياض وجدة بالمملكة العربية السعودية إجراء هذه العملية.

168 حالة زرع قلب كامل حتى عام 2009 و497 قلباً استخدمت للصمامات القلبية. وكان عدد الذين وافقوا على التبرّع بالأعضاء بواسطة ذويهم قد بلغ 1329 فرداً حتى نهاية عام 2009. ويواجه غرس الكبد والرئتين مصاعب كثيرة حتى في البلاد المتقدمة تقنياً. وبدأ يحقق نجاحاً مضطرباً بعد استخدام عقار السيكلوسبورين لمعالجة مشاكل الرفض .. وقد تمّ زرع 509 كبداً حتى نهاية عام 2009 في المملكة العربية السعودية من المتوفين دماغياً. ويمكن زرع نصف الكبد من متبرّع إلى طفل مريض وعادة ما يكون المتبرّع أم هذا الطفل أو والده أو أحد أقاربه. وأنشئت مراكز عدّة في مختلف الأقطار لزرع العظام، ولا أظن أن هناك مشاكل عويصة لا يمكن التغلب عليها في هذا المجال. وكذلك أنشئت مراكز لنقل المفاصل وهي لا تزال في مراحلها الأولى.

أما نقل البنكرياس، أو بعض خلاياه، فقد حقّق في الآونة الأخيرة نجاحاً مطّرداً بعد فترة فشل طويلة. وكان عدد حالات زرع البنكرياس في المملكة محدوداً (16 حالة) حتى عام 2009.

وحقق غرس نقي العظام نجاحاً طيباً بعد استخدام عقار السيكلوسبورين. وهناك موضوع غرس الأعضاء التناسلية، والغدد التناسلية، وما يثيره من مشاكل بالنسبة للمسلمين، وكذلك غرس الأجنة المجمدة، وموضوع الرحم الظئر، وما يعثورهما من مشاكل أخلاقية وقانونية ودينية. وقد تمت حالة زرع رحم في جدة وأثارت ضجة لعدم استيفائها الشروط العلمية والأخلاقية، وإنتهت إلى الفشل وإزالة الرحم المزروع.

وقد فتح باب جديد مؤخراً. وهو تنمية الأجنة في المختبرات، واستخدام أنسجتها للغرس في مختلف الأمراض، وهو باب جديد له مشاكله الأخلاقية والدينية العديدة. (وقد تقدم ذكر ذلك في فصل الخلايا الجذعية).

ولا يدخل في موضوع غرس الأعضاء إدخال أجزاء من المعادن، أو غيرها مثل السليكون والداكرون والتيفلون، ومثالها صمامات القلب الصناعية، وصمامات الأوعية الدموية، والأوعية الدموية الصناعية.. والمفاصل الصناعية والصفائح والمسامير التي توضع لتجبير العظام المكسورة، بل ولا القلب الصناعي. وفي العادة لا تدخل أيضاً الصمامات المستخرجة من الخنازير، والبقر، والتي تستخدم أحياناً لإصلاح صمامات القلب المعطوبة في الإنسان، ولا تذكر عادة ضمن موضوع غرس الأعضاء، وإن كانت في الأصل ضمن هذا الموضوع.

(1) الموقف الفقهي من غرس الأعضاء:

(أ) الغرس الذاتي:

سبق الإشارة إلى أن رسول الله ﷺ أعاد عين قتادة بن النعمان بعد أن ندرت في موقعة بدر (وقيل يوم أحد). ووقع أعاد النبي ﷺ أيضاً يد معوذ بن عفراء، ويد حبيب بن يساف، وذلك يوم بدر (1)

(1) ابن الدبيع (عبدالرحمن الشيباني): حقائق الأنوار ومطالع الأسرار في سيرة النبي المختار والخفاجي: نسيم الرياض شرح كتاب الشفا للقاضي عياض، ج3/111، وأبو نعيم الأصفهاني: دلائل النبوة، ج24/1.

وذلك كله من معجزاته ε ، وهو نوع من إعادة الغرس (Replantation)، وهو أحد فروع غرس الأعضاء، وذلك يؤكّد إباحة الغرس الذاتي.

وقد سبق الإشارة أيضاً إلى ما ذكره النووي في منهاج الطالبين، وما ذكره الخطيب الشربيني في مغني المحتاج إلى إباحة استخدام عظام الموتى، لوصل عظم لا ينجير، وهو نوع من أنواع غرس الأعضاء (Allograft). كما أباحوا استخدام عظام الحيوانات لذلك الغرض، وهو ما يعرف اليوم باسم الغريسة الغريبة أو الدخيلة (Xenograft).

وقد أجمع كل من أفتى في العصر الحديث على إباحة الغرس الذاتي، بشرط أن لا يؤدي ذلك إلى ضرر، وأن يكون البرء مرجوًّا. وقد استدلوا على ذلك بقواعد الشريعة العامة، وأن في ذلك مراعاة لمقاصد الشريعة من حفظ النفس والأعضاء، وإزالة التشوهات التي تعيق الوظيفة، وتسبب آلاماً نفسية للمصاب بها. فإذا أمِنَ الضرر، وترجحت المصلحة، كانت هذه العملية في أقل درجاتها على الإباحة، وقد تكون مندوبة أو واجبة.

وقد جاء في قرار هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية رقم 99 وتاريخ 1402/11/6: «بعد المناقشة وتداول الآراء، قرر المجلس بالإجماع جواز نقل عضو، أو جزء من إنسان حي مسلم، أو ذمي إلى نفسه، إذا دعت الحاجة، وأمِنَ الخطر في نزعه، وغَلَبَ على الظن نجاح زرعه».

(أ) إعادة العضو بعد استئصاله بسبب حادثة أو مرض:

ولا خلاف عند الفقهاء في إباحة إعادة العضو إلى موضعه إذا كان الاستئصال بسبب حادثة أو مرض، وهو ما يسمى إعادة الغرس، وقد فعله رسول الله ε مع عدد من الصحابة رضوان الله عليهم. وقواعد الشريعة العامة تأمر بالإبقاء على النفس، والمحافظة على الصحة، ومنافع الأعضاء. ولما كانت إعادة

العضو إلى موضعه بعد استئصاله تعيد العضو المفصول إلى سابق عهده من المنفعة، كان ذلك في أقل درجاته مباحاً . وقد يكون مندوباً أو واجباً.

(ب) إعادة العضو المفصول قصاصاً أو حداً:

وها هنا يختلف الوضع عن سابقه فالعضو المفصول قد استئصل قصاصاً أو حداً، وإعادته تلغي فائدة القصاص أو الحد . لذا اتجهت أغلب آراء الفقهاء المعاصرين على عدم إباحته وقد جاء في فتوى مجمع الفقه الإسلامي ما يلي:

(1) لا يجوز شرعاً إعادة العضو المقطوع تنفيذاً للحدِّ لأن في بقاء أثر الحدِّ تحقيقاً كاملاً للعقوبة المقررة شرعاً، ومنعاً للتهاون في استيفائها، وتفادياً لمصادمة حكم الشرع في الظاهر.

(2) بما أن القصاص قد شرع لإقامة العدل، وإن صاف المجني عليه، وصون حق حياة المجتمع، وتوفير الأمن والاستقرار، فإنه لا يجوز إعادة عضو استؤصل تنفيذاً للقصاص إلا في الحالات التالية:

أ - أن يأذن المجني عليه بعد تنفيذ القصاص بإعادة العضو المقطوع.

ب - أن يكون المجني عليه قد تمكّن من إعادة العضو المقطوع منه.

1 - يجوز إعادة العضو الذي استؤصل في حدٍّ أو قصاص بسبب خطأ في الحكم والتنفيذ.

(ت) نقل الأعضاء من إنسان حي إلى آخر:

صدرت فتاوى كثيرة من المجامع الفقهية ودوائر الإفتاء والهيئات العلمية، تبيح نقل الأعضاء من إنسان حي إلى آخر بشروط.

وتمثل فتوى المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي القرار رقم 1، الدورة الثامنة المنعقدة بمكة المكرمة (4/28 إلى 1405/5/7

الموافق 19-28 يناير 1985 (1985) خلاصة جيدة لهذا الموضوع .
وانتهى المجلس إلى القرار التالي:

أولاً: إن أخذ عضو من جسم إنسان حي، وزرعه في جسم آخر مضطر إليه لإنقاذ حياته، أو لا ستعادة وظيفة من وظائف أعضائه الأساسية، هو عمل جائز لا يتنافى مع الكرامة الإنسانية بالنسبة للمأخوذ منه، كما أن فيه مصلحة كبيرة، وإعانة خيرة للمزروع فيه، وهو عمل مشروع وحميد، إذا توافرت فيه الشروط التالية:

- 1) أن لا يضر أخذ العضو من المتبرع به ضرراً يخلُ بحياته العادية، لأن القاعدة الشرعية أن الضرر لا يزال بضرر مثله ولا بأشد منه، ولأن المتبرع حينئذ يكون من قبيل الإلقاء بالنفس إلى التهلكة، هو أمر غير جائز شرعاً.
- 2) أن يكون إعطاء العضو طوعاً من المتبرع دون إكراه.
- 3) أن يكون زرع العضو هو الوسيلة الطبية الوحيدة الممكنة لمعالجة المضرر.
- 4) أن يكون نجاح كل من عمليتي النزع والزرع محققاً في العادة أو غالباً.

وجاء في فتوى مفتي الديار المصرية الشيخ جاد الحق علي جاد الحق في هذا الموضوع (الفتوى رقم 1323 بتاريخ 15/1/1400هـ الموافق 1979/12/5) ما يلي:

«أنه يجوز نقل عضو، أو جزء عضو من إنسان حي متبرع، لوضعه في جسم إنسان حي، بالشروط الموضحة آنفاً (وهي أن ذلك للضرورة وأن لا يترتب على اقتطاعه ضرر للمتبرع، وأن يكون ذلك مفيداً لمن ينقل إليه في غالب ظن الطبيب)، ومن هذا الباب أيضاً نقل الدم من إنسان لآخر بذات الشروط».

«ويحرم اقتضاء مقابل للعضو المنقول أو جزئه، كما يحرم اقتضاء مقابل للدم لأن بيع الآدمي الحر باطل شرعاً لكرامته بنص القرآن الكريم، وكذلك بيع جزئه».

وجاء في فتوى مجمع الفقه الإسلامي (الدولي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي) في مؤتمره الرابع المنعقد بمدينة جدة (18-23 جمادى الآخرة 1408هـ الموافق 6-11 فبراير 1988)، القرار رقم 88/08/4د/1 بعد أن شرح الصور المختلفة لزراع الأعضاء، إباحة الغرس (الزراع) الذاتي بشروطه (وقد تقدّم فيما سبق).

«ثانياً: يجوز نقل العضو من جسم إنسان (حي) إلى جسم إنسان آخر، إن كان هذا العضو يتجدد تلقائياً، كالدم و الجلد، ويراعى في ذلك اشتراط كون البازل كامل الأهلية، وتحقق الشروط المعتبرة.

ثالثاً: تجوز الاستفادة من جزء من العضو الذي استؤصل من الجسم لعلّة مرضية لشخص آخر، كأخذ قرنية العين لإنسان ما، عند استئصال العين لعلّة مرضية.

رابعاً: يحرم نقل عضوٍ تتوقف عليه الحياة كالقلب من إنسان حي إلى إنسان آخر.

خامساً: يحرم نقل عضو من إنسان حي يعطل زواله وظيفته أساسية في حياته، وإن لم تتوقف سلامة أصل الحياة عليها، كنقل قرنية العينين كليتهما، أما إن كان النقل يعطل جزءاً من وظيفة أساسية فهو محل بحث ونظر كما يأتي في الفقرة الثامنة.

سادساً: (النقل من الميت وسيأتي).

سابعاً: وينبغي ملاحظة أن الاتفاق على جواز نقل العضو في الحالات التي تم بيانها، مشروط بأن لا يتم ذلك بواسطة بيع العضو، إذ لا يجوز إخضاع الأعضاء للإنسان للبيع بحال ما.

أما بذل المال من المستفيد (المتلقي) ابتغاء الحصول على العضو المطلوب عند الضرورة، أو مكافأةً وتكريماً فمحل اجتهاد ونظر.

ثامناً: كل ما عدا الحالات والصور المذكورة، مما يدخل في أصل الموضوع، فهو محل بحث ونظر، ويجب طرحه للدراسة والبحث في دورة قادمة . على ضوء المعطيات الطبية والأحكام الشرعية» انتهى.

ورغم أن الدورة السادسة (1990) قد ناقشت أيضاً بعض متعلقات موضوع زرع الأعضاء، إلا أنها لم تناقش النقاط التي ذكرت أعلاه، وهي محل نظر وبحث، وتُركت دون بحث.

وقد جاء في فتوى هيئة كبار العلماء (قرار رقم 99 وتاريخ 1402/11/6هـ) بالمملكة العربية السعودية حول هذه النقطة:
- جواز تبرع الإنسان الحي بنقل عضو منه، أو جزئه إلى آخر مضطر إلى ذلك.

وجاء في قرار هيئة كبار العلماء رقم 62 في 1398/10/25هـ بشأن نقل القرنية:

«ثانياً: جواز نقل قرنية سليمة من عين قُرر طبيّاً نزعها من إنسان لتوقع خطر عليه من بقائها، وزرعها في عين مسلم آخر مضطر إليها، فإن نزعها إنما كان محافظة على صحة صاحبها أصالة، ولا ضرر يلحقه من نقلها إلى غيره، وفي زرعها في عين آخر، منفعة له، فكان ذلك مقتضى الشرع وموجب الإنسانية»

وجاء في فتوى لجنة الإفتاء بالمملكة الأردنية الهاشمية بتاريخ 1397/5/20هـ الموافق 1977/5/18 حول موضوع الزرع من الأحياء:

3- إن كان المنقول منه العضو أو الدم حياً فيشترط ألا يقع النقل على عضو أساسي للحياة، إذا كان هذا النقل قد يؤدي لوفاة المتبرع ولو كان ذلك بموافقته

5- لا يجوز أن يتم التبرع مقابل مادي أو بقصد الربح.

وجاء في فتوى لجنة الإفتاء الجزائرية الصادرة في 1392/3/6 هـ الموافق 1972/4/20 م:

«(4) في حالة نقل الدم أو العضو من الحي لا بد من التأكد أن ذلك برضى تام من المنقول منه، وأن ذلك النقل لا يلحق به ضرراً، أو يتسبب في هلاك، فإن خيف الضرر أو الهلاك فلا يجوز النقل، ولو رضى لأنه انتحار».

كما ذكرت ال فتوى حرمة بيع الدم، أو الأعضاء، حرمة تامة لكرامة الإنسان، ولأن أعضاءه ليست سلعة تقوّم بمال.

ومن هذه الفتاوى وغيرها يمكن أن نرى جواز نقل عضو أو جزء منه من إنسان حي إلى إنسان آخر بالشروط التالية:

- (1) أن يكون هذا العضو قد استقطع لعدة أصابت صاحبه، مثل عين تقرر ط بياً إزالتها لمرضها، ومع ذلك يمكن الاستفادة من القرنية لشخص آخر، فلا شك في إباحة ذلك، لأن فيه منفعة لإنسان بدل ذهاب العين دون فائدة لتدفن في التراب.
- (2) أن يكون المتبرع (المعطي) كامل الأهلية، أي بالغاً عاقلاً، دون إكراه مادي أو معنوي، وكانت فتوى مجمع الفقه الإسلامي رقم (1) 88/08/4 بتاريخ 1408/5/23 هـ هي التي نصّت صراحة على كون الباذل كامل الأهلية.
- (3) نصّت جميع الفتاوى على وجوب أن يكون البذل بدون مقابل، احتساباً لوجه الله تعالى . ومع هذا لم تمنع في إعطاء التبرع ميدالية، أو نحوها، تشجيعاً له، كما أن هذه الفتاوى لم تمنع في إعطاء مبلغ من المال من قبيل الهبة لا المعاوضة . وقد نصّت القوانين الوضعية أيضاً إلى وجوب التبرع . ومع هذا فقد سمحت بإعطاء المتبرع هبة تشجيعاً . كما أن تكاليف الفحوصات وإجراء العملية له ينبغي أن تتكفل بها الجهة المستفيدة أو الدولة . بالإضافة إلى ذلك فلن إضاعة وقت المتبرع ودخوله المستشفى، وبقاءه في المنزل دون عمل، ينبغي أن يحسب، وأن يعوّض عنه تعويضاً عادلاً . ويجوز للمضطر

- (المريض) أن يبذل المال للحصول على دم أو عضو إذا لم يجد من يتبرع له.
- (4) أن لا يضر أخذ العضو من المتبرع به ضرراً يخلُّ بحياته العادية، لأن القاعدة الشرعية أن الضرر لا يزال بضرر مثله ولا بأشد منه.
- (5) يحرم نقل عضو من إنسان حي يؤدي إلى هلاكه، مثل نقل القلب .. إلخ، لأن ذلك انتحار، وقتل نفس، وكلاهما من أشنع الجرائم في الإسلام . وقد تمكّن الأطباء من نقل جزء من الكبد دون أن يحدث للمتبرع ضرر بالغ . وهذه الحالات محدودة في الغالب يتبرع الوالدين لطفلهما المريض بتلف في الكبد فيعطى جزء من كبد الوالد (الأب أو الأم) فينمو الطفل، كما أن الجزء الباقي في المتبرع يتم استعادة نموه . وقد ازدادت حالات زرع الكبد من المتبرع الحي رغم خطورتها النسبية.
- (6) أباح بعض الفقهاء نقل قرنية واحدة من إنسان حي إلى شخص أعمى، بحيث يستطيع أن يبصر، وتوقف بعض الفقهاء في ذلك، ومنعه بعضهم، لأن فيه ضرراً بالغاً بالمتبرع.
- (7) أن يكون زرع العضو هو الوسيلة الطبية الوحيدة الممكنة لمعالجة المضرر.

وهذا الشرط قد لا يتحقق في زرع الكلى . فالفشل الكلوي يعالج بطريقتين:

(1) الديليزة (الغسيل الكلوي).

(2) زرع الكلى.

وزرع الكلى أفضل في نتائجه في الغالب من الديليزة . وإن كانت الديليزة ضرورية جداً قبل إجراء العملية، ويحتاج إليها بعد إجرائها لفترات متقطعة في كثير من الحالات، كما يحتاج إليها عند فشل عملية زرع الكلى بسبب الرفض أو لغير ذلك من الأسباب.

(8) أن يكون المستقبل (Recipient) (أي الآخذ للعضو أو الدم) مضطراً، لأخذ العضو . والمضطر من تكون حياته مهددة بالموت. إن لم يتم بذلك الفعل.

(9) أن يكون نجاح كل من عمليتي النزع والزرع محققاً في العادة أو غالباً . ولذا لا يجوز إجراء زرع الأعضاء في الأمور التجريبية على الإنسان. ولا بد أن تتم هذه العمليات على حيوانات التجارب حتى تحقق نسبة نجاح عالية. وقد تمت عملية زرع رحم لامرأة أخرى في جدة، دون إجراء تجارب كافية، مما أدى إلى فشل العملية، ولم تتم محاولة أخرى بعد ذلك.

وزرع الأعضاء يعتبر نوعاً من التداوي، وحفظ النفس الذي حثَّ عليه الشارع الحكيم. وفيه إنقاذ للنفوس من الهلكة:

(ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة) [البقرة: 195].

(ومن أحيائها فكأنما أحيأ الناس جميعاً) [المائدة: 32].

وفي نقل الأعضاء تفريج للكربات، وتأكيد على مبدأ التراحم والتكافل والتعاطف بين أفراد المجتمع، والإحسان إلى المحتاجين والمضطرين: «من فرَّج عن مسلم كربة فرَّج الله عنه كربة من كرب يوم القيامة».

«من استطاع أن ينفع أخاه فليفعل».

«المؤمن للمؤمن كالبنيان يشدُّ بعضه بعضاً».

«مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم كمثل الجسد

إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى».

والله سبحانه وتعالى قد مدح الأنصار رضوان الله عليهم

لأنهم كانوا يؤثرون إخوانهم المهاجرين على أنفسهم، قال تعالى :

(ويؤثرون على أنفسهم ولو كان بهم خصاصة) [الحشر: 9]

والإيثار يكون بالمال وغيره، بشرط أن لا يؤدي إلى هلاك

المؤثر، أو حصول ضرر بالغ به، لأن قتل النفس محرم أشد

التحريم في الإسلام.

(أ) نقل الأعضاء من إنسان ميت إلى إنسان حي:

لقد تقدّم في بحث التشريح ما ورد في كرامة الإنسان حياً وميتاً. ووجوب احترام جثة الميت، وعدم العبث بها، أو التمثيل بها تشفيئاً وحقداً.

وقد أوضحنا في ذلك المبحث أن تشريح الجثث لا ينافي مبدأ الكرامة للميت . وأن ما قد يحدث مغمور في جانب المصالح الراجحة الكثيرة . وقد أباح الفقهاء الأقدمون شقّ بطن من بلع جوهره، أو مالاً، ثم مات، ولم يمكن إخراجها إلا بذلك الشق . كما أباحوا شقّ بطن الحامل إذا ماتت وفي بطنها ولد تُرَجَى حياته بأن يكون له ستة أشهر فما فوقها.

وإذا صحّ أن كثيراً من الفقهاء قد أباحوا انتهاك حرمة الميت وشقّ بطنه من أجل المال، فإن شقّ الميت وأخذ عضو من أعضائه وإحياء نفس هو أولى من ذلك . ولا بد في هذه الحال أيضاً من موافقة الميت (قبل وفاته) أو موافقة نويه بعد وفاته.

وقد قررت المجامع الفقهية إباحة هذا النقل . واستدل الفقهاء على ذلك بجملة من القواعد الفقهية نذكر منها:

- 1) أن نقل الأعضاء من الأموات إلى الأحياء من جملة الدواء المشروع.
- 2) أن «الضرورات تبيح المحظورات»، «والضرر يزال»، «والضرر الأشد يزال بالضرر الأخف»، «وإذا تعارضت مفسدتان روعي أعظمها بارتكاب أخفهما».
- 3) مصالح الأحياء مقدمة على مصالح الأموات.
- 4) مبادئ التكافل والإحسان والبر والإيثار.

وقد أباح بعض الفقهاء القدامى استخدام الأسنان، والعظام من الموتى للأحياء (1)(2)(3)(4) كما أباحوا استخدام عظام الحيوانات وأسنانها بشرط أن تكون مذكاة ومأكولة. وأباحوا استخدام حيوان نجس إذا قرّر الأطباء عدم نفع غيره.

أ بعض الفتاوى في العصر الحديث:

وقد صدرت في العصر الحديث عشرات الفتاوى، التي تبيح استخدام أعضاء الموتى لمداواة الأحياء، وإنقاذ حياتهم وبرء أسقامهم. ومن أوائل هذه الفتاوى في العصر الحديث فتوى الشيخ حسن مأمون مفتي الديار المصرية، بشأن نقل عيون الموتى إلى الأحياء(5)، وقد جاء في هذه الفتوى ما يلي:

- (1) إخراج عين الميت كإخراج عين الحي يعتبر اعتداء، وهو غير جائز شرعاً إلا إذا دعت إليه ضرورة، وبشرط أن تكون المصلحة فيها أعظم من الضرر الذي يصيب الميت.
- (2) أخذ عين الميت لترقيع قرنية عين المكفوف الحي، فيه مصلحة ترجح مصلحة المحافظة على الميت ويجوز ذلك شرعاً.
- (3) التعدي المنهي عنه إنما يكون إذا كان (نزع عين الميت) لغير مصلحة راجحة أو لغير حاجة ماسة.
- (4) عند استصدار قانون بإباحة ذلك، يجب النص فيه على الإباحة في حالة الضرورة، أو الحاجة الماسة لذلك فقط، وبشرط ألا يتعدى الأموات الذين لا أهل

(1) الإمام النووي: منهاج الطالبين وشرحه مغنى المحتاج للشربيني، ج1/190-192.

(2) عبد الحميد الشرواني: تحفة المحتاج شرح المنهاج، ج2/125-128.

(3) النووي: المجموع شرح المذهب، ج3/138.

(4) الفتاوى الهندية، ج5/254.

(5) فتوى الشيخ حسن مأمون: الفتوى رقم 1087 في 6 شوال 1378 هـ/ 14 أبريل 1959، الفتاوى الإسلامية،

دار الإفتاء المصرية، وزارة الأوقاف 1982، ج7/495.

لهم، أما من له أهل فيكون ذلك مشروطاً بإذنهم، فإن
أذنوا بذلك جاز وإلا فلا».

وعلى ضوء هذه الفتوى صدر في مصر القانون رقم 274
لسنة 1959 الذي ينظم بنك العيون وتلقي القرنيات من الموتى.
وصدرت بعد ذلك فتاوى عديدة بشأن نقل قرنية العين، منها
فتوى الشيخ حسنين مخلوف (مفتي الديار المصرية)، وفتوى هيئة
كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية بشأن نقل قرنية العين رقم
62 في 1398/2/25هـ.

وصدرت فتاوى عديدة تبيح استخدام أعضاء الموتى وزرعها
في الأحياء، نذكر منها فتوى المؤتمر الإسلامي الدولي المنعقد
بماليزيا في شهر أبريل 1969، وفتوى المجلس الإسلامي الأعلى
في الجزائر، بشأن نقل الدم وزرع الأعضاء في 20 أبريل
1972، وفتوى الشيخ محمد خاطر مفتي الديار المصرية برقم 1069
وتاريخ 2 فبراير 1972 وفيها إباحة سلخ جلد الميت لعلاج حروق
الأحياء، وفتوى الشيخ جاد الحق (مفتي الديار المصرية) برقم
1323 في 5 ديسمبر 1979 التي وضعت تفاصيل كثيرة عن زرع
الأعضاء، بما فيها زرع الأعضاء من الموتى، وفتوى هيئة كبار
العلماء بالمملكة العربية السعودية بشأن نقل الأعضاء وزرعها
(قرار رقم 99 وتاريخ 1402/11/6هـ)، وفتوى وزارة الأوقاف
الكويتية برقم 9/132 لعام 1400هـ (1980) وتبعها القانون الكويتي
الذي ينظم زرع الأعضاء برقم 7 لعام 1983.. وفتوى المجمع
الفقهي لرابطة العالم الإسلامي (القرار الأول، الدورة الثامنة
1405هـ/1985م).

وتعتبر قرارات مجمع الفقه الإسلامي الذي يمثل الدول
الإسلامية، والمنبثق عن منظمة المؤتمر الإسلامي ذات أهمية
بالغة، لأنها تمثل الدول الإسلامية تمثيلاً رسمياً. وقد صدر عن
هذا المجمع الموقر عدّة قرارات متعلقة بزرع الأعضاء كالتالي:

- (1)** القرار رقم 5 الدورة الثالثة المنعقدة بعمان الأردن في 18-23 صفر 1407هـ (11-16 أكتوبر 1986) بشأن أجهزة الإنعاش، وفيه اعتراف صريح بموت الدماغ، وأنه مساو لموت القلب. وكان له تأثير كبير على مشاريع زرع الأعضاء وخاصة في السعودية حيث تم زرع 2071 من الكلى، و 509 من كبد و 32 رئة و 16 بنكرياس من متوفين دماغياً حتى نهاية عام 2009، و168 قلب كامل و 497 قلب للصمامات.
- (2)** القرار رقم (1) 88/8/4 بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حي أو ميت . (الدورة الرابعة في جدة 18-23 جمادى الآخرة 1408هـ / 6-11 فبراير 1988).
- (3)** مجموعة من القرارات التي صدرت في الدورة السادسة المنعقدة بجدة في 17-23 شعبان 1410هـ، بشأن زراعة خلايا المخ، والبييضات الملقحة الزائدة عن الحاجة، واستخدام الأجنة في زرع الأعضاء و زرع الأعضاء التناسلية.

ب الشروط الفقهية والقانونية لإباحة النقل من الميت:

- 1 - موافقة الميت أثناء حياته، و** إذنه بنزع عضو، أو أعضاء من جسمه بعد وفاته:
- (أ)** أن يكون ذلك الإذن دون ضغط ولا إكراه.
- (ب)** أن لا يكون في مقابل مال له أو لورثته، بل يكون ابتغاء الأجر والمثوبة، وتعبيراً عن التكافل بين بني البشر، وإنقاذاً لمريض تواجه حياته مخاطر جمة.
- (ت)** يستطيع الشخص أن يرجع عن قراره ذلك في أي وقت يشاء، ودون أن يكون عليه أي التزام.
- (ث)** أن يكون الإذن مكتوباً وعليه شهادة الشهود.

وقد اكتفت معظم البلدان بالبطاقة التي يكتب فيها الشخص موافقته، والتي يحملها الشخص معه، بحيث يتيح ذلك للأطباء سرعة الوصول إلى قرار في حالة موت دماغه.

2 موافقة أهل الميت : وقد نصت كثير من الفتاوى على إذن الميت أو إذن أهله.

ويكتفى بإذن الميت في بعض البلدان، وفي الولايات المتحدة لا بد من إذن أهل الميت بالإضافة إلى إذن الميت . وفي المملكة العربية السعودية يسير العمل على هذا المبدأ، أي لا بد من إذن أهل الميت جميعهم حتى لو أذن الميت قبل وفاته. والأمر ذاته قائم بالنسبة للمسلمين في سنغافورة.

وبطبيعة الحال يصير الأمر إلى أهل الميت إذا لم يكن الشخص قد سمح قبل وفاته باستقطاع أعضاء منه.

يقول فضيلة الشيخ الدكتور بكر أبو زيد رحمه الله تعالى في كتابه «فقه النوازل»⁽¹⁾: (وشرط إذنه أو إذن ورثته، لأن رعاية كرامته حق مقرّر له في الشرع، لا ينتهك إلا بإذنه، فهو حق موروث كالحق في المطالبة من الوارث في حد ذاته. ولذا فإن الإذن هو إيثار منه، أو من مالكة الوارث (أي مالك الحق) لرعاية حرمة الحي على رعاية حرمة بعد موته في حدود ما أذن به، ولذا صحّ ولزم شرط الإذن منه قبل موته أو من ورثته جميعاً). (أما إن فات هذا الشرط، ولم يتحقق بإذنه أو إذن جميع ورثته بأن أذن بعضهم دون بعض، فلا يجوز انتزاع عضو منه، بل المراغمة في هذا هتك تعسّفي للحق وحرمة الرعاية له).

وقال الشيخ عصمت الله عنايات الله محمد في رسالته للماجستير⁽²⁾: (واشترط إجازة الورثة لموافقة الميت، ليس لأنهم

(1) د. بكر أبو زيد: فقه النوازل، مكتبة الصديق الطائف، 1409هـ/1988م، ج2/44-46، وهو أيضاً منشور في مجلة مجمع الفقه الإسلامي الدولي، مجلد 14/181-183 لعام 1988.

(2) عصمت عنابة الله: الانتفاع بأجزاء الأدمي في الفقه الإسلامي، رسالة ماجستير مقدمة لكلية الشريعة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة 1408هـ/ ص 158.

يملكون جسده، أو يتوارثون جثته، بل لأن المساس بجثته يؤثر عليهم، ويضرّهم ضرراً معنوياً، والقاعدة الشرعية أن الضرر يزال، ولأن لهم الحق في الدفاع عن حرمة ميتهم كما بينا، ولأن الإقدام على نزع عضو من الميت بدون موافقة أهله وأقاربه قد تؤدي إلى إثارة الفتن، والدخول في مشاكل معهم، والله أمرنا باجتنب الفتن كلها.. وعلى هذا فلا بد من اجتماع إذن الميت مع موافقة الأهل، فإذا أذن الميت، وأصرّ الأقارب والأهل على المنع لا يسمح بنزع العضو).

وقد ذهبت القوان بين في فرنسا ولوكسمبرج وبعض دول أوروبا إلى عدم الالتفات إلى إذن المتوفى أو إذن أهله، إذا مات هذا الشخص في مستشفى حكومي، ولم يكن قد صرّح أو كتب في أثناء حياته بالمانعة. ويعتبر سكوته وعدم ممانعته دليلاً على الرضا⁽¹⁾!! وهو ما ذهبت إليه فتوى وزارة الأوقاف بالكويت. وتحاول بريطانيا الآن (عام 2010) تطبيقه لئلا اقترحه نظام لزراعة الأعضاء في منطقة الخليج. وذلك بسبب نقص المتبرعين وزيادة الحاجة للأعضاء. (وكل ذلك لم يطبق حتى الآن). وهكذا تختلف القوانين من بلد لآخر، ففي المملكة العربية السعودية والولايات المتحدة لا بد من إذن الأهل، بالإضافة إلى إذن الميت، وفي لوكسمبرج وفرنسا لا يلتفت إلى إذن الأهل أو الميت إذا مات الشخص في مستشفى حكومي، وفي الدول الأخرى لا بد من إذن الميت أو إذن الأهل.

3 - موافقة ولي الأمر أو من يقوم مقامه: إذا توفي شخص مجهول الهوية فإن ولي أمر المسلمين، أو من يقوم مقامه، يصبح ولياً لهذا الشخص، فالسلطان ولي من لا ولي له. ولهذا يصبح من حقه استصدار أمر بالموافقة

(1) قانون لوكسمبرج صادر في 1958/11/17 المادة الرابعة نقلاً عن كتاب القانون الجنائي والطب الحديث للدكتور أحمد شوقي أبو خطوة، القاهرة، دار النهضة المصرية 1986 ص 206.

على انتزاع الأعضاء، والتبرّع بها لمن يحتاجها، وذلك من الموتى المجهولي الهوية، أو من لا أهل لهم، وقد نصّت على ذلك جميع الفتاوى الصادرة في هذا الشأن.

4- أن يكون ذلك التبرع بدون مقابل مالي للشخص قبل موته أو لورثته بعد موته.

5- أن يكون زرع الأعضاء ضرورة أو حاجة ماسة، تُنزل منزلة الضرورة.

ت - الشروط الطبية لنقل الأعضاء من الموتى:

بعد أن استعرضنا الشروط الفقهية لنقل الأعضاء من الموتى سنذكر الآن الشروط التي يضعها الأطباء لهذا النقل:

- (1)** أن يكون المتوفى قد مات بموت الدماغ، وذلك للحصول على الأعضاء الهامة، مثل القلب، والرئتين، والكبد، والبنكرياس، والكلى . وذلك لتبقى التروية الدموية لهذه الأعضاء حتى لحظة الاستقطاع، وحتى تبقى صالحة للاستعمال، وتكون حيّة تؤدّي وظيفتها في الجسم المنقول إليه، وإلا فلا فائدة ترجى من نقل عضو بدأ في التلف والتحلل. وقد ذكرنا المدّة التي يمكن أن تبقى فيه هذه الأعضاء قبل تبريدها، وهي لا تعدو دقائق (4-8) في حالات القلب والكبد، و 20 دقيقة أو نحوها في حالة الرئتين والبنكرياس، وأقل من 45 دقيقة في حالة الكلى.
- (2)** يمكن أن يستخدم الموتى الذين توفوا نتيجة موت القلب، وتوقف الدورة الدموية، في أغراض نقل القرنية، والجلد، والعظام، والغضاريف . وهي أعضاء يمكن أن تبقى سليمة لعدّة ساعات بعد الموت

- (تصل إلى 24 ساعة إذا كانت الغرفة التي فيها الميت باردة) (1).
- (3) أن يكون المتوفى خالياً من الأمراض المعدية، مثل الإيدز، التهاب الكبد الفيروسي، السل، الزهري .. إلخ، وأن لا يكون هناك إنتان في الجسم أو الدم.
- (4) أن لا يكون هناك ورم خبيث في الجسم ما عدا أورام الدماغ، أو أورام الجلد غير المنتشرة.
- (5) أن لا يكون المتوفى مصاباً بضغط الدم، و ضيق الشرايين، ولا يكون مصاباً بالبول السكري الشديد أو الذي قد أثر على أعضائه.
- (6) أن يكون العضو المراد استقطاعه خالياً من الأمراض.
- (7) أن لا يكون المتوفى قد جاوز الخمسين عاماً بالنسبة لزراع القلب وأن لا يكون قد جاوز الستين بالنسبة لزراع الكلى.. وكذلك بالنسبة للأعضاء الأخرى مثل الرئتين والكبد.. إلخ (2).
- وينبغي أن لا يكون المتبرع بالرئتين مصاباً بأي مرض من أمراض الرئتين، ما ينبغي أن لا يكون مدخناً، أو قد أقلع عن التدخين منذ أمد قبل وفاته، وأن تكون الرئتان صالحتين للنقل
- (1) أن تكون فصيلة دم المتوفى مطابقة لفصيلة دم الشخص الذي سينقل إليه العضو.

(1) هناك محاولات حديثة انتشرت في أوروبا والولايات المتحدة وغيرها. وهو أخذ الأعضاء مباشرة بعد توثيق توقف القلب النهائي، ويمكن إدخال قسطرات بها محاليل خاصة متلجة لحفظ الأعضاء المطلوبة، وهي عملية تحتاج إلى تنسيق وضبط للحظة توقف القلب، بحيث يتم مباشرة تبريد الأعضاء، وذلك بإدخال القسطرات قبيل الوفاة مباشرة، والمبادرة بالتبريد بعدها مباشرة. وهناك محاولات لإدخال هذا الإجراء في المملكة العربية السعودية وقد تم ذلك بالفعل في حالات محدودة حتى الآن (2012).

(2) بدأت الدول الغربية بالتجاوز عن شرط السن بسبب الحاجة الشديدة للأعضاء، وبسبب ندرة عدد الشباب الذين يتوفون هناك لأن وفيات الحوادث عندهم قليلة بالمقارنة بما هو موجود لدينا.

(2) أن لا يكون هناك تضاد بين أنسجة المعطي وأنسجة المتلقي، وهو ما يسمى فحص مطابقة الأنسجة (Matching Tissue Cross) المتصالب.

ث ميزات الغرس من الموتى:

- 1- لا توجد أي محاذير من الناحية الصحيّة بالنسبة للمتبرع الميت، وعلى العكس من ذلك، فإن المتبرع الحي يواجه بعض الأخطار المحتملة المستقبلية عند التبرع بالكلية مثلاً. وقد أمكن التوصل إلى نسبة نجاح تصل إلى 85-90 بالمئة في زرع الكلى من الميت بعد التقدّم الطبي المذهل في هذا المجال، وذلك في المراكز المتقدّمة والجيدة، ومنها مراكز زرع الكلى في المملكة العربية السعودية.
- 2- الزرع من الميت يوفر أعضاء يستحيل توفرها من المتبرع الحي مثل القلب والرئتين والبنكرياس والكبد.
- 3- الزرع من الميت يوفر أعضاء عديدة لجملة من المرضى في وقت واحد، كما يحدث في المراكز المتقدّمة في الغرب، حيث يؤخذ القلب، والكبد، والكلى، والرئتان.. إلخ (بعد إذن المتوفى في أثناء حياته وإذن ورثته).. ويتم الآن نقل عدد من الأعضاء لمريض واحد. وقد تم زرع القلب والرئتين لمئات المرضى، كما تم زرع قلب وكبد وكلية لامرأة أمريكية في الولايات المتحدة في عملية واحدة (الشرق الأوسط في 1989/12/5 الصفحة الأخيرة)، ويتم في العادة أخذ الكليتين فقط في المملكة العربية السعودية، وتنقل إلى مريضين مختلفين، وقد يتم أيضاً أخذ القلب لمريض ثالث. وقد توسع البرنامج في السعودية بحيث يتم أخذ العديد من الأعضاء من المتوفى دماغياً بعد أذن أوليائه، وبالتالي يتم انقاذ عدد من المرضى المحتاجين إلى زرع الأعضاء من شخص متبرع ميت واحد فقط.

ج - تجارة الأعضاء البشرية وبيعها:

أسلفنا القول في عدم جواز بيع الأعضاء البشرية والاتجار بها، وأن الإنسان وأعضائه لا يمكن أن تكون سلعة .. وحتى في زمن إباحة الرق، فإن الإسلام عندما سمح بالرق في تلك الظروف الخاصة التي يُسترقُّ فيها المسلمون من قبل الكفار، جعل ملكية الرقيق ملكية انتفاع فقط، كما يحدث الآن عندما تملك النوادي الرياضية اللاعبين، وتقوم ببيعهم من حين إلى آخر إلى نوادي أخرى، والآيات والأحاديث الحاثئة على حسن معاملة الرقيق والإحسان إليهم وإعتاقهم كثيرة جداً.

والقرآن كله، والسنة كلها، مشحونة بالآيات والأحاديث التي تحثُّ على عتق الرقاب، وأنها من أقرب القربات إلى الله تعالى، وقد فرض الله كفلاً كثيراً من الجنايات عتق رقبة. ومن ذلك القتل الخطأ لنفس مؤمنة، وكفارة الظهار، وكفارة الوطء في نهار رمضان.. ويضيق المجال عن إيراد هذه النصوص المتكاثرة.

ولا يجوز بيع أعضاء العبد أو الأمة بأي حال من الأحوال .. «ومن جدع أنف عبد جدعناه»⁽¹⁾ كما لا يحل إخصاء العبيد (وهو أمر حدث في عصور التأخر).

أما في أوروبا فقد كانت معاملتهم للعبيد قاسية جداً قبل المسيحية وبعدها ..، وكانت تستخدمهم في بعض الأحيان لأخذ الأعضاء منهم، وهم أحياء، لمعالجة سادتهم البيض، وقد ذكر الشاعر الإيطالي كالينزو (Calenzo)، في القرن الخامس عشر الميلادي، انتشار ظاهرة أخذ أنوف العبيد، لمعالجة أمراض أنوف سادتهم وزرعها فيهم . وبطبيعة الحال كانت هذه العمليات فاشلة لأن الجسم يرفضها⁽²⁾⁽³⁾.

(1) أخرجه أحمد في مسنده، وزيادة (ومن أخصى عبده خصيناه) رواه أبو داود والنسائي.

(2) Calne R: Renal Transplantation, Edward Arnold Ed 1967

(3) Worshofsky F: The Rebuilt man New York, Thomas Crowell Co. 1965.

وفي عام 1492م كان البابا أنوسنت الثامن (**Innocent VIII**) يعاني من مرض عضال، وأشار أطباء البابا بأن إنقاذ البابا يستوجب إعطائه دماً نقياً من أطفال يافعين . وبالفعل تمّ فصد طفلين يافعين حتى الموت من أجل إنقاذ حياة البابا !! ولم يُجدّه ذلك فتياً⁽¹⁾.

واستمرت هذه الممارسات البشعة في القرون الوسطى (قرون الظلام بالنسبة لأوروبا **Dark Ages**)، حتى بدأت تأثيرات الحضارة الإسلامية تفتد إلى أوروبا، وتغيّر من سلوكياتها، بسبب الاحتكاك في الأندلس، وصقلية، وفي الشام، وفي أثناء الحروب الصليبية، مما أدّى إلى تقدّم في كافة أرجاء الحياة هناك، وبدأ على إثرها ما يعرف بعصر النهضة.

والإنسان (جنس الإنسان) في الإسلام مكرّم، قال تعالى :
(ولقد كرّمنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر ورزقناهم من الطيبات وفضلناهم على كثير ممن خلقنا تفضيلاً) [الإسراء: 70].
وقال تعالى: (إذ قال ربك للملائكة إني خالق بشراً من طين * فإذا سويته ونفخت فيه من روحي فقعوا له ساجدين * فسجد الملائكة لهم أجمعون * إلا إبليس استكبر وكان من الكافرين * قال يا إبليس ما منعك أن تسجد لما خلقت بيدي استكبرت أم كنت من العالمين) [ص: 71-74].

وقد ذهب جمهور الفقهاء (وهم الشافعية والمالكية والحنابلة) إلى أن بدن الإنسان طاهر مطلقاً، الحي والميت والمسلم والكافر والذكر والأنثى والصغير والكبير، لا فرق في ذلك. ولا يجوز بأي حال من الأحوال بيع أعضاء الإنسان، قال ابن عابدين في حاشيته:

(ولذا لا يملك أحد أن يفصل أو يقطع أطراف عبده، ويبيعهها، أو يسمح بذلك لأحد، وليس له الخيار في التصرف في جثته)⁽²⁾.

(1) Stickel D, Seigler G: Transplantation, Historical Aspect, In: Sabiston D: Text Book of Surgery 1972 (10th ed) pp425-433.

(2) رد المحتار على الدر المختار (حاشية ابن عابدين) ج5/51، 50.

وقال عميد كلية الشريعة في جامعة الأزهر الدكتور حسن الشاذلي: (فأهلية الرقيق موجودة، وعصمة دمه قائمة، وصيانة أعضائه مقرّرة، وإنما الرق أثر على أهليته للتملك . وعلى جعله سلعة يباع و يُشترى (كلاً أو جزءاً) قائماً لا مقطوعاً)⁽¹⁾⁽²⁾.

والإنسان لا يملك جسمه بل هو كله ملك لله تعالى، وهو لا يملك أن يتصرّف في جسمه إلاّ بما أمر الله سبحانه وتعالى به من التصرّف .. ومع ذلك فله نوع تصرفات أذن فيها الشارع الحكيم. وللإنسان أن يعفو عن قتله، أو جرحه، وأتلف عضواً من أعضائه، فحقّ القصاص من الحقوق المشتركة بين العبد والربّ، وحقّ العبد فيه أظهر، وقد أوكله الله سبحانه وتعالى إليه، فمن حقّه أو حقّ وراثته إسقاطه، والتنازل عن القصاص والدية (أو الأرش) .. ولذا كان من حقه أن يأذن في انتزاع عضو من أعضائه في حال ح ياته (بشروط كثيرة سبق ذكرها، ومنها أن لا يؤدّي ذلك إلى هلاكه أو ضرر بوظيفة أساسية من وظائف حياته) أو في حال موته (بشروط منها إذنه وإذن وراثته)، وذلك إنفاذاً لحياة إنسان معصوم الدم (مسلم أو ذمي)، قال تعالى: (ومن أحيائها فكأنما أحيى الناس جميعاً) **[المائدة: 32]**.

واتفق الفقهاء على أن الإنسان ليس بمال، وقد نصّ الأحناف في تعريفهم المال على الآتي:
(المال إسم لغير الآدمي، خُلق لصالح الآدمي، وأمكن إحرازه والتصرّف به على وجه الاختيار)⁽³⁾⁽⁴⁾.
واتفق الفقهاء على أن الإنسان ليس بمال ⁽¹⁾، وليست الدية قيمة النفس، بل هي عقوبة الاعتداء على حياة المجني عليه،

(1) أحكام القرآن لابن العربي، ج4/1893.

(2) مجلة مجمع الفقه الإسلامي الدولي لعام 1408هـ/1988، ج1/289.

(3) ابن نجيم الحنفي: البحر الرائق ج277/5.

(4) رد المحتار على الدر المختار (حاشية ابن عابدين) ج51/50.

قال الكاساني في بدائع الصنائع : (ضمان القتل ضمان الدم لا ضمان المال)⁽²⁾.

وقال العز بن عبد السلام، (سلطان العلماء): (وأما كفارة قتل الخطأ فوجب جبراً لما فوت من حق الله تعالى، كما وجبت الدية جبراً لما فات من حق العبد)⁽³⁾.

وقد أجمعت الفتاوى الصادرة من هيئة الإفتاء وهيئات كبار العلماء والمجامع الفقهية على عدم جواز بيع الدم ولا بيع الأعضاء.

وقد تقدّم في مبحث نقل الدم حرمة بيعه لأنه نجس⁽⁴⁾، نصّ الله سبحانه وتعالى على ذلك حيث قال عز من قائل: (قل لا أجد في ما أوحى إلي محرماً على طاعم يطعمه إلا أن يكون ميتة أو دماً مسفوحاً أو لحم خنزير فإنه رجس) [الأنعام: 145].

والرجس هو النجس، قال القرطبي في تفسيره⁽⁵⁾: اتفق العلماء على أن الدم نجس لا يؤكل ولا ينتفع به، إلا في حال الاضطرار، وإنقاذ الأنفس من الهلاك، فقد قال تعالى: (إنما حرم عليكم الميتة والدم ولحم الخنزير وما أهل لغير الله به فمن اضطر غير باغ ولا عاد فإن الله غفور رحيم) [النحل: 115].

وقد أجازت الفتاوى الصادرة في موضوع نقل الدم، هذا النقل، ولكنها اشترطت جميعاً أن يكون ذلك بدون عوض مالي، إذ لا يجوز بيع الدم بأي حال من الأحوال. ولكن يجوز إعطاء المتبرع شهادة تقدير أو ميدالية أو نحو ذلك، أما

(1) عصمت الله عنابة الله: الإنتفاع بأجزاء الأدمي في الفقه الإسلامي، رسالة ماجستير من جامعة أم القرى - مكة المكرمة 1408 هـ / 1988، ص 69.

(2) بدائع الصنائع للكاساني، ج 141/5.

(3) العز بن عبد السلام: قواعد الأحكام، ج 1/165.

(4) أنظر التفاصيل في كتاب: الموقف الفقهي والأخلاقي من قضية زرع الأعضاء للدكتور محمد علي البار، دار القلم، دمشق.

(5) القرطبي: الجامع لأحكام القرآن، ج 2/222.

المريض المحتاج إلى نقل الدم، فيجوز له إذا لم يجد من يتبرع له أن يدفع الثمن، ويكون الإثم في حق البائع. وقد جاء في فتوى المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي وهي من آخر الفتاوى في هذا الموضوع (الدورة الحادية عشرة في 13-20 رجب 1409 هـ الموافق 19-26 فبراير 1989) «أما حكم أخذ العوض عن الدم وبعبارة أخرى بيع الدم، فقد رأى المجلس أنه لا يجوز، لأنه من المحرمات المنصوص عليها في القرآن الكريم مع الميتة ولحم الخنزير، فلا يجوز بيعه وأخذ عوض عنه، وقد صحَّ في الحديث (أن الله تعالى إذا حرَّم شيئاً حرَّم ثمنه) كما صحَّ أنه نهى عن بيع الدم. ويستثنى من ذلك حالات الضرورة إليه للأغراض الطبية، ولا يوجد من يتبرَّع إلا بعوض، فإن الضرورات تبيح المحظورات، بقدر ما ترتفع الضرورة، وعندئذٍ يحل للمشتري دفع العوض، ويكون الإثم على الآخذ، ولا مانع من إعطاء المال على سبيل الهبة أو المكافأة تشجيعاً على القيام بهذا العمل الإنساني الخيري، لأنه يكون من باب التبرعات لا من باب المعاوضات». وقد نصَّت جميع الفتاوى المتعلقة بزراعة الأعضاء على الآتي أو ما يقاربه: (ويحرم اقتضاء مقابل للعضو المنقول أو جزئه، كما يحرم اقتضاء مقابل للدم لأن بيع الأدمي الحر باطل شرعاً لكرامته)⁽¹⁾.

وجاء في فتوى مجمع الفقه الإسلامي (الدورة الرابعة في 18-23 جمادى الآخرة 1408 هـ، الموافق 6-11 فبراير 1977) القرار رقم 1/4/88/08، المادة السابعة:

(وينبغي ملاحظة أن الاتفاق على جواز نقل العضو في الحالات التي تمَّ بيانها، مشروط بالأ يتم ذلك بواسطة بيع العضو، إذ لا يجوز إخضاع أعضاء الإنسان للبيع بحال من الأحوال).

(1) فتوى الشيخ جاد الحق رقم 1323 وتاريخ 1400/1/5 هـ الموافق 1979/12/5، دار الإفتاء المصرية.

(أما بذل المال من المستفيد ابتغاء الحصول على العضو المطلوب عند الضرورة أو مكافأة وتكريماً فمحلُّ اجتهاد ونظر).

ولا يجوز بأي حال من الأحوال بيع الجثة، أو أخذ مقابل، أو عوض مالي في مقابل السماح بانتزاع عضو من أعضاء الميت.

وقد أطبقت الفتاوى على ذلك وأن يكون البذل بدون مقابل.

وقد صدر إعلان اسطنبول بشأن تجارة وسياسة زراعة الأعضاء في 2 مايو 2008

وقد أدان الإعلان بشدة اتساع تجارة وسياسة زراعة الأعضاء. وما تسببه من أضرار بالغة للمتبرعين الضعفاء المغرر بهم، أو الذين يتم اختطافهم أو تهديدهم. واعتبر أن توفير الرعاية للمتبرع الحي (قبل وأثناء وبعد عملية التبرع) مطلباً أساسياً يوازي الرعاية الخاصة للمريض المستقبل (Recipient). ولا بدّ لنجاح ممارسة زراعة الأعضاء بالتبرع من الأحياء أن تكون ناجحة بالنسبة للمريض والمتبرع على حدّ سواء.

ويجب على الدول كافة أن تشدّد العقوبات على من يقوم بتجارة الأعضاء (وقد اشترك في هذه التجارة البغيضة عدد من الحاخامات اليهود في أميركا كما أن الحكومة الإسرائيلية قامت بأخذ الأعضاء قسراً من الأسرى الفلسطينيين أو من الجرحى قبيل وفاتهم. وهي إجراءات مدانة وقد فضحتها بقوة الصحافة السويدية والفنلندية والنرويجية).

وعلى كافة الدول أن تمنع ممارسة تجارة وسياسة زراعة الأعضاء وأن تعاقب على من يقوم بها أو يقوم بإعلانات الترويجية عنها.

وقد نادى الإعلان باعتبار التبرع بالأعضاء من الأحياء عملاً بطولياً ينبغي تكريم فاعله وتوفير الضمان الصحي له

مدى الحياة. وأن تكون له الأسبقية في حالة حاجته إلى زرع عضو من الأعضاء. كما ينبغي أن يعرض من قبل الجهات الرسمية المختصة عن أي ضرر يلحقه، ويعرض أيضاً عن مدى تعطله عن العمل.

وقد قامت إيران بإيجاد مؤسسة تُعنى بموضوع التبرع بالأعضاء، وتتلقى المؤسسة دعماً من الدولة وتبرعات من الجمهور، وفي المقابل تتحمل تكاليف زرع الأعضاء وتعويض المتبرعين تعويضاً عادلاً محدداً من المؤسسة. بينما يدفع المستفيد للمؤسسة مبلغاً محدداً في مقابل تلقيه زرع الأعضاء، ويعفى من ذلك الفقراء. وبهذه الطريقة استطاعت إيران أن تخفض قوائم المنتظرين لزرع الكلى وأن تمنع المتاجرة.

وتقوم المملكة العربية السعودية بإعطاء ميداليات وشهادات تقدير ومبلغ من المال مقطوعاً من قبل الدولة لكل متبرع حي أو لأسرة المتبرع الميت. وهذا الإجراء يشجع على زرع الأعضاء ولا يعتبر داخلاً في موضوع تجارة الأعضاء وليس فيه أي تغرير أو ضرر بالمتبرع الحي. كما أن الأنظمة تحدّد المتبرع الحي بأن يتبرع لقريبه أو أحد أفراد قبيلته أو من نفس الجنسية حتى تمنع المتاجرة الخفية.

الفصل الحادي والثلاثون

الصوم

بين الطب والفقہ



الصوم بين الطب والفقہ

المريض في رمضان: من يصوم ومن لا يصوم؟

مع إطلالة شهر رمضان يتوق مئات الملايين من المسلمين لصيام رمضان. ورغم أن هناك ما يربو على 400 مليون مسلم يصوم هذا الشهر العظيم، إلا أن ليس كل أولئك الصائمين من الأصحاء، فهناك الملايين من المرضى الذين يتوقون لصيام شهر رمضان، ويتحرقون لوعة وأسى إن وجدوا أنفسهم غير قادرين على الصيام. ومع إطلالة كل رمضان تتكاثر الأسئلة من المرضى، أو من ذويهم، فيما إذا كان المريض يستطيع الصوم أم لا. والبعض يقع فريسة أو هام ينسجها لهم أناس لا دراية لهم بالطب ولا خبرة. بل لعلّ البعض يسمع قولاً من جاهل، فيصوم أو يفطر دون الرجوع إلى طبيب. ولا شك أن مثل تلك القضايا تحتاج إلى خبرة طبيب مسلم ثقة، يقدر شدة المرض الذي يعيق المسلم عن أداء عبادته. ولا بد من الاسترشاد برأي طبيب مسلم مختص يعطي مريضه النصيحة المثلى والرأي الرشيد.

وهناك من الأمراض ما تتحسن في شهر الصيام، ومنها ما يصوم بها المريض دون أدنى تأثير. ولكن هناك أمراضاً تزداد سوءاً بالصيام. وقد رخص الله تعالى الفطر للمريض مرضاً شديداً، يزيده الصوم سوءاً، أو يخشى تأخر شفائه. فإذا أخبر

الطبيب المسلم المختص مريضه بأن مرضه يسوء إن هو صام
وجب على المريض أن يفطر.
ولا بدّ للطبيب من أن يسترشد بأحدث الدراسات العلمية التي
أجريت على الصائمين في شهر رمضان . وللأسف الشديد، فما زالت
الأبحاث العلمية حول رمضان قليلة نسبياً، ففي بحث علمي أجري
لرصد كل ما نشر في المجلات الطبية (1) حول تأثير صيام رمضان،
لم يكن هناك سوى 400 بحثاً نشر في المجلات الطبية . وقد أجريت
تلك الدراسات في عدد من البلدان الإسلامية وأمريكا . وقد عقدت في
الرياض واسطنبول و الرباط مؤتمرات لدراسة تأثير الصيام على
الأمراض المختلفة . وسنستعرض بعضاً من حديث الآراء بشأن
الصيام.

(1) حتى عام 2012 م.

(1) الأمراض الهضمية في رمضان:

يعتبر شهر رمضان بحق شهر إجازة للجهاز الهضمي. ولكن المؤسف حقاً أن يتخم الكثير منا نفسه عند الإفطار بشتى فنون الطعام والشراب، فيحوّل سعادة المعدة والأمعاء إلى مشقة وعناء. وكثيراً ما يصاب الصائمون في رمضان بالتخمة وما يتسبب عنها من أعراض كالنفخة والتجشؤ والغازات . كما قد يشكو البعض من الصداع أو الإعياء أو الحرقعة المعدية، فغذاؤنا في رمضان ينبغي ألا يختلف كثيراً عما هو عليه ال حال خارج رمضان، بل ربما ينبغي أن يكون أبسط في مكوناته، وعلى الصائم أن يحرص على ألا يزيداد وزنه في رمضان . بل ربما وجد البدين في رمضان فرصة ذهبية للتخلص من بعض الكيلوجرامات.

وتظل النصيحة المثلى للمسلمين في رمضان وغير رمضان الإلتزام بالمبدأ القرآني الذي يلخص علم الغذاء كله في نصف آية، حيث يقول تعالى: (كلوا واشربوا ولا تسرفوا) [الأعراف:31].

وقد يستطيع المصاب بالقرحة المعدية الصيام إذا كان يتناول أدويته بانتظام ولا يشكو من أية أعراض . ولكن على مريض القرحة الإفطار إن كان أصيب بقرحة حادة، وهو حينئذ يشكو من الألم عند الجوع، أو ألم يوقظه من النوم ، أو في حال حدوث انتكاسة حادة في القرحة المزمنة . وكذلك الأمر عند الذين تستمر أعراض القرحة عندهم رغم تناول العلاج بانتظام.

كما يوصى بالإفطار عند حدوث مضاعفات القرحة كالنزيف الهضمي وغيره . وكثير من الناس من يشكو «عسر الهضم». وهي كلمة شائعة تشمل عدداً من الأعراض التي تعقب تناول الطعام، وتشمل الألم البطني وغازات البطن، والتجشؤ والغثيان،

وحسب عدم ارتياح في أعلى البطن، وخاصة عقب تناول وجبة كبيرة، أو بعد تناولها بسرعة، أو عقب تناول طعام غني بالدسم أو البهارات.

وعادة ما تتحسن أعراض هؤلاء بصيام رمضان شريطة ألا تكون لديهم قرحة حادة في المعدة، أو التهاب في المريء، وشريطة تجنب الإفراط في تناول الطعام عند الإفطار. وأما من أصيب بالإسهال وهو صائم، فينصح عادة بالإفطار خصوصاً إذا كان الإسهال شديداً، لأن الصائم لا يستطيع تعويض ما ضيعه الجسم من سوائل وأملاح بسبب الإسهال.

(2) أمراض القلب في شهر الصيام:

لا شك أن في الصيام فائدة عظيمة لكثير من مرضى القلب، وذلك لأن عشرة في المائة من كمية الدم التي يدفع بها القلب إلى الجسم تذهب إلى الجهاز الهضمي أثناء عملية الهضم . وتتنخفض هذه الكمية أثناء الصوم حيث لا توجد عملية هضم أثناء النهار . وهذا يعني جهداً أقل لعضلة القلب، وراحة أكبر للجسم. وكثير من مرضى القلب من يصوم في رمضان دون مشاكل تذكر. ولكن ينبغي دوماً استشارة الطبيب - كما في كل الأمراض الأخرى - لتقرير من يصوم ومن لا يصوم.

وقد قام د . شمسي باشا بنشر بحث في مجلة (Saudi Medical Journal) في شهر يناير 2004 أجري في مستشفى الملك فهد للقوات المسلحة بجدة على 86 مريضاً مصاباً بأمراض القلب المختلفة من مرض شرايين القلب أو فشل القلب أو آفات صمامات القلب . وكان وضع هؤلاء المرضى الصحي مُ سيطراً عليه بشكل جيد بالأدوية.

وقد استطاع 86% من هؤلاء صيام كل شهر رمضان، و10% من المرضى اضطروا إلى الإفطار لعدة أيام في رمضان . ومع

نهاية شهر رمضان، شعر 78% منهم بتحسّن في حالتهم الصحيّة، في حين شعر 11% منهم بازدياد الأعراض التي كانوا يشكون منها. وواظب على تناول الدواء 93% من المرضى بشكل جيد، وتبيّن من الدراسة أنه لم تكن هناك تبدلات تذكر في الفحوص الدموية الكيميائية من سكر الدم أو الكولسترول أو شوارد الدم أو حمض البول أو وظائف الكبد.

وتبيّن أن معظم المرضى المصابين بأمراض القلب والمستقرّين من الناحية الصحيّة يستطيعون صيام شهر رمضان بدون أية مشاكل تذكر، شريطة تناولهم لأدويتهم بانتظام ولا بد من الإشارة إلى ضرورة استشارة الطبيب قبل اتخاذ أي قرار في الصيام.

وارتفاع ضغط الدم من أكثر أمراض القلب انتشاراً. ويستطيع عادة مريض ارتفاع ضغط الدم الصيام، شريطة أن يتناول دواءه بانتظام. ولحسن الحظ، فإن معظم أدوية الضغط تعطى مرة أو مرتين في اليوم، فيتناولها المريض وقت السحور وعند الإفطار. وأما المصاب بفشل (هبوط) القلب الحاد فينصح بعدم الصيام لأنه بحاجة إلى تناول مدرات بولية وأدوية أخرى مقوِّية لعضلة القلب، وكثيراً ما يحتاج المريض في مثل تلك الأحوال إلى دخول المستشفى للعلاج.

أمّا إذا تحسّنت حالته، واستقر وضعه وكان لا يتناول سوى جرعات صغيرة من المدرّات البولية فقد يمكنه الصيام. والمصابون بالذبحة الصدرية المستقرّة يمكنهم الصيام عادة شريطة تناول الدواء بانتظام. ومعظم أدوية الذبحة الصدرية تعطى مرة أو مرتين في اليوم. أمّا الذين يحتاجون إلى تناول حبوب الذبحة تحت اللسان أثناء النهار فلا ينصحون بالصيام. كما لا ينصح مرضى جلطة القلب في الأسابيع الستة الأولى بالصيام عادة.

وهناك مرضى مصابون بأمراض صمامات القلب. فإذا كانت حالة المريض مستقرّة، ولا يشكو من أيّ أعراض أمكنه الصوم.

(3) الأمراض الصدرية في رمضان:

كثيراً ما تأتي أمراض الصدر فجأة على شكل إلتهاب في القصبات أو إلتهاب في الرئة . فإذا كانت حالة إلتهاب القصبات بسيطة، فإن المريض يمكن تناول علاجه ما بين الإفطار والسحور، إلا إذا احتاج لمضاد حيوي يعطى كل 6-8 ساعات، أو كانت الحالة شديدة فينصح بالإفطار حتى يشفى من الإلتهاب. أما مرضى الربو القصبي فقد لا يحتاجون إلى تناول أدوية عن طريق الفم أثناء النهار إن كانت حالتهم مستقرّة . ولكن قد يحتاج مريض الربو إلى تناول بخيتين أو أكثر من بخاخ الربو المعروف عند الإحساس بضي ق في الصدر . ويعود بعدها المريض إلى ممارسة حياته اليومية بشكل طبيعي . ولا ينبغي للمريض عند حدوث الأزمة متابعة الصيام بل عليه تناول البخاخ فوراً. ومن العلماء الأفاضل من افتي بأن هذه البخاخات لا تفطر. ولكن ينبغي الإفطار قطعاً عند حدوث نوبة ربو شديدة، حيث كثيراً ما يحتاج المريض إلى دخول المستشفى لتلقي العلاج المكثف لها.

(4) الأمراض الكلوية.. والصيام:

لا بد لمريض الكلى من استشارة طبيبه قبل دخول رمضان للتحقق من إمكانية صومه أم لا . فالصيام قد يكون عبئاً على المريض المصاب بالفشل الكلوي، وخصوصاً في المناطق الحارة، مما قد يؤدي إلى ارتفاع نسبة البولة الدموية والكرياتينين في الدم. ولهذا ينصح مرضى الفشل الكلوي المزمن بعدم الصوم. ويستحسن في مرضى الحصيات الكلوية بالذات الامتناع عن

الصيام في الأيام شديدة الحرارة، حيث تقل كمية البول بدرجة ملحوظة.

وعموماً ينصح مرضى الحصيات بوجوب تناول كمية وافرة من السوائل ما بين الإفطار والسحور، وتجنّب تعرّضهم للمجهود المضني أثناء النهار أو للحرّ الشديد.

(5) مرضى السلّو.. ورمضان:

يقدر الباحثون أن هناك 8 ملايين مسلم مصاب بمرضى السكر يصوم شهر رمضان كل عام . وهذا يكفي لدفع الأطباء في العالم الإسلامي إلى معرفة تأثيرات الصيام على مرضى السكّر في رمضان معرفة عميقة، ومن ثم يستطيعون توجيه المرضى السكرّيين إلى ما فيه خيرهم وصلاحهم.

وقد يتأرجح مستوى السكر بشكل طفيف تبعاً لعادات المريض الغذائية وآليات استقلاب سلّو الدم.

وتشير الدراسات الحالية إلى أنه لم تحدث أية مشاكل هامة عند صيام المرضى السكّريين من النوع الثاني (الذين يتناولون الحبوب الخافضة لسكر الدم)، أمّا المرضى الذين يتناولون الإنسولين فلا ينصحوا عادة بالصيام . أمّا في الأشكال الخفيفة من مرضى السلّو المعتمد على الإنسولين فقد يصرّ بعض المرضى على الصيام، وربما يمكن إعطاء هؤلاء جرعة واحدة من الإنسولين المتوسط التأثير قبل السحور، وقد يعطى جرعة أخرى عند الإفطار. ومع ذلك يجب استشارة الطبيب قبل ذلك.

أمّا في المرضى الذين يتناولون جرعتين من الحبوب الخافضة لسكر الدم فينبغي تناول الجرعة الأولى عند الإفطار وهي الجرعة التي كانت تؤخذ عند الصباح . أمّا الجرعة الثانية فتؤخذ عند السحور، ويعطى نصف الجرعة التي كان يأخذها في المساء.

من هو مريض السكر الذي لا يستطيع الصوم؟:

وتشمل هذه الفئة مريض السكر الشبابي، والمصاب بمرض السكر غير المستقر والحامل المصابة بالسكري، ومريض السكر الذي يحقن بكمية كبيرة من الأنسولين، أو الذين يتعاطون الأنسولين مرتين يومياً.

وينبغي التنبيه على وجوب قطع الصيام فوراً عند حدوث أعراض نقص السكر مهما كان قرب موعد المغرب . كما ينصح هؤلاء المرضى بتقسيم وجباتهم إلى ثلاثة أجزاء متساوية : الأول عند الإفطار، والثاني بعد صلاة التراويح، والثالث عند السحور . ويوصى بتأخير السحور إن أمكن.

كما ينبغي التحذير من الإفراط في الطعام، وتجنّب الحلويات أو السوائل المحلاة وما شابه قدر الإمكان.

(6) الحامل والمرضع في شهر الصيام:

أوضحت الدراسات العلمية الحديثة أن صيام رمضان يؤدي إلى تغيرات فسيولوجية وكيميائية عند الحامل، ولكنها لا تؤثر على الحامل السليمة البدن، والتي لا تشكو من أية أعراض عضوية.

ومع ذلك لا يمكن إطلاق قول حاسم على كل الحوامل والمرضعات بحيث نقول إن هناك حامل أو مرضع تستطيع الصيام، وأخرى لا تقدر على ذلك. وإذا ما شعرت الحامل أو المرضع بصداع شديد أو إجهاد عام، أو عدم القدرة على القيام بأي نشاط فعليها استشارة الطبيب فقد يكون هناك أمر غير طبيعي . وتتصح الحامل بالإفطار إن أصيبت بالقيء المصاحب للحمل وخاصة خلال الأشهر الثلاثة الأولى، أو بالتسمم الحملي، أو في حالات هبوط ضغط الدم أو سكر الدم.

والخلاصة فإن موضوع صيام الحامل في شهر رمضان يعتمد على حالة الحامل والجنين قبل دخول شهر رمضان، فإن كانت كافة المؤشرات والفحص السريري تشير إلى تمام صحّة الحامل والجنين فإن الطبيب على الأغلب سيشير بالاستمرار في الصيام. ويعود تقرير ذلك إلى الطيبية أو الطبيب الأخصائي المسلم.

وخلاصة القول في موضوع الصيام أن تقرير إمكانية الصيام أو عدمه ليس بالأمر السهل، ولا يمكن تقرير قواعد عامة لجميع المرضى، بل ينبغي بحث كل مريض على حدة، ولا يتيسر ذلك إلا للطبيب المسلم المختص، فهو يملك ما يكفيه من المعطيات التي تمكنه من نصح مريضه بإمكانية الصوم أو عدمه . والله الهادي إلى سواء السبيل⁽¹⁾.

التداوي .. والصيام:

مع إطلالة كل رمضان تكثير الأسئلة حول قضية المفطرات . وتزدحم الصحف والمجلات بالأسئلة حول ما يفطر وما لا يفطر من دواء أو علاج . ولا شك أن هذا الموضوع يحسب الكثير من المسلمين، فقد يكون أحدهم مريضاً أو قريباً لمريض . وقد كثرت الآراء حول قضية التداوي والمفطرات، وحرار كثير من المرضى فيما يأخذون من آراء.

وكما يقول فضيلة الشيخ (يوسف القرضاوي) في كتابه (فقه الصيام): «فلقد توسّع الفقهاء ψ في أمر المفطرات توسعاً ما أظنه خطر ببال أحد من أصحاب النبي ε الذين شاهدوا التنزيل، وفهموا عن الله ورسوله فأحسنوا الفهم والتزموا فأحسنوا الالتزام. تقرأ في كتب الحنفية ما يقرب من ستين مفطراً من المفطرات، ومثل ذلك أو قريب منه في المذاهب الأخرى . وملاؤا

(1) للمزيد من التفاصيل راجع كتاب «صوموا تصحوا» للدكتور حسان شمسى باشا وهو من منشورات دار القلم بدمشق ودار البشير بجدة.

مساحات واسعة من كتب الفقه، وشغلوا مثلها من تفكير المسلمين واهتماماتهم، وأصبحت معرفة هذه المفطرات الكثيرة الغزيرة الشغل الشاغل للصائمين ولأهل الفتوى في كل رمضان، وازدحمت المجالات والصحف والإذاعات والمساجد بالأسئلة والأجوبة حول المفطرات . وبها بعد الدين عن يسره وفطرته . والواقع أن جلّ ما يقال في هذا المجال مما لم يدلّ عليه محكم قرآن ولا صحيح سنّة، ولا إجماع أمة إنما هي اجتهادات يؤخذ منها ويترك، وآراء بشر يجب أن تحاكم وتردّ إلى النصوص الأصلية والقواعد المرعيّة والمقاصد الكلية».

والصوم الشرعي هو إمساك وامتناع إرادي عن الطعام والشراب ومباشرة النساء وما في حكمها خلال يوم كامل . ويدخل في حكم الأكل والشرب كل ما يتناول قصداً بالفم ويصل إلى المعدة.

ولا بد أن نبدأ بتعريف الجوف المقصود بأحكام الصيام:

فالجوف لغة: كل شيء مجوف . جاء في الصحاح : «جوف الإنسان بطنه، والأجوفان : البطن والفرج، والجائفة الطعنة التي تبلغ الجوف . وقد جاء في الحديث الشريف : «لا تنسوا الجوف وما وعى»⁽¹⁾ أي ما يدخل إليه من الطعام والشراب ويجمع فيه . والحقيقة أنه لم يرد في القرآن الكريم ولا في السنّة المطهرة أي نصّ على الجوف في موضوع الصيام.

ولكن المتقدمين من الفقهاء - جزاهم الله خيراً - وقعوا في التباس عندما فسروا الجوف بأنه كل ما يسمى جوفاً ، وإن لم يكن مكان الطعام والشراب . فاعتبروا الدماغ جوفاً وليس هو مكان طعام ولا شراب . وأن من كان برأسه مأمومة (إصابة بالدماغ) فوضع عليها دواء فوصل خريطة الدماغ أفطر .. واعتبروا الإحليل جوفاً وما هو بموضع طعام ولا شراب ولا علاقة له

(1) رواه أبو نعيم في حلية الأولياء .

بالجهاز الهضمي . وكذلك اعتبروا المهبل جوفاً والمثانة جوفاً وهكذا . والفقهاء معذرون في ذلك فربما كان بعض ذلك ناجماً عن عدم درايتهم بتشريح الجسم في ذلك الحين .
 أما الآن فليس هناك أدنى شك في أن الدماغ لا يرتبط بالجهاز الهضمي، وأن المثانة والإحليل لا علاقة لها بجهاز الهضم، وأن المهبل والرحم منفصلان كلياً عن الجهاز الهضمي .
 وعليه فإن ما ذكره الفقهاء من أن المأمومة ومداواتها أو إدخال شيء في الإحليل أو المثانة يفطر لا أساس له من الصحة .

ما هي أجزاء البلعوم؟

من المهم تحديد البلعوم (وهو ما يسميه الفقهاء بالخلق) وأجزائه . فهو الطريق الواصل إلى المريء ومن ثم إلى المعدة والأمعاء . والبلعوم هو جزء من القناة الهضمية يلي تجويف الفم . وهو ينقسم إلى ثلاثة أجزاء :

- (1) **الجزء العلوي :** وهو ما يسمى بالبلعوم الأنفي (Nasopharynx) وفيه تصب إفرازات الأنف والجيوب الأنفية وما يوضع في الأنف من دواء أو بخاخ كما تصل إليه الدموع من العين والقطرات التي توضع في العين .
- (2) **الجزء الأوسط :** وهو ما يسمى بالبلعوم الفمي (Oropharynx) وعن طريقه يتم ابتلاع الطعام والشراب والدواء وفيه تقع اللهاة واللوزتان .
- (3) **الجزء السفلي:** وهو ما يسمى بالبلعوم الحنجري: وفيه تقع فتحة الحنجرة والحبال الصوتية .

ما يدخل الجهاز الهضمي عن طريق الدبر:

ولكن السؤال الذي يطرح الآن : هل يعتبر الجوف هو الجهاز الهضمي كله بعد أن يتجاوز الفم؟ أم هو الجزء المحيل للطعام؟ (الذي يقوم بهضم الطعام) أي يقتصر على البلعوم و المريء

والمعدة والأمعاء الدقيقة . فالأمعاء الغليظة (القولون) لا تحيل الطعام ولا تهضمه ولكنها تقوم بامتصاص الماء فقط مما يتخلف عن الطعام المهضوم.

فهل الحقن الشرجية أو اللبوسات (التحاميل، الفرزجات) تفتقر أم لا؟ فعلى الرغم من إمكانية امتصاص شيء من الماء من الحقنة الشرجية إن مكثت طويلاً في القولون، ولكن ذلك لا يغني عن طعام ولا شراب . أما اللبوسات (التحاميل) الشرجية أو المراهم الشرجية فليس فيها ما يغتذى بها ولا تدخل من موضع الطعام أو الشراب.

ما يدخل إلى التجويف البطني:

والجائفة هي الطعنة التي تصل إلى التجويف ال بطني. فإن وصلت إلى المعدة أو الأمعاء الدقيقة فلا شك أنها تسبب الإفطار . أما إذا لم تصل إلى المعدة أو الأمعاء الدقيقة فليست سبباً للإفطار . وعليه فإن منظار البطن (Laproscope) لا يعتبر بذاته سبباً للإفطار إلا إذا ترافق ذلك بإعطاء المريض السوائل المغذية بالوريد. وأما خزعة الكبد أو الكلية أو المبايض وغيرها فلا تكون سبباً للإفطار إذ لا علاقة لها بمدخل الطعام أو الشراب . وقد أفتى بذلك مجمع الفقه الإسلامي الدولي في دورته العاشرة⁽¹⁾.

(1) راجع قرار المجمع في آخر الفصل.

مناظير الجهاز الهضمي:

مناظير الجهاز الهضمي نوعان:

الأول وهو «منظار المعدة»: ويدخل عن طريق الفم فالبلعوم فالمريء فالمعدة. والآخر هو «منظار المستقيم والقولون» ويدخل عن طريق الدبر.

وهذان المنظران يدخلان إلى الجهاز الهضمي للتشخيص كما في أكثر الحالات، وقد تؤخذ فيها خزعات من المعدة أو المستقيم مما قد يسبب نزفاً بسيطاً مكان الخزعة . وقد يدخل منظار المعدة للعلاج في بعض الحالات كحقن دوالي المريء بمادة مصلبة لإيقاف النزف منها مثلاً . كما قد يدخل منظار القولون لاستئصال مرجلات (Polyps) وهي نتوءات لحمية في القولون.

وقد أوصى مجمع الفقه الإسلامي الدولي بأن منظار المعدة إذا لم يصاحبه إدخال سوائل أو مواد أخرى فإنه لا يفطر.

ما يجعل في الإحليل أو المثانة من دواء وغيره:

المثانة عضو كيسي لا علاقة لها بالجهاز الهضمي وليست هي مدخلاً للطعام أو الشراب . وعليه فإن إدخال أي دواء أو قنطار أو منظار عبر الإحليل إلى المثانة، كل ذلك لا يعتبر من مفسدات الصيام، كما أفتى بذلك مجمع الفقه الإسلامي.

ما يجعل في المهبل أو الرحم:

ليست هناك أي علاقة بين المهبل والرحم بالجهاز الهضمي وبالتالي فإن إدخال الإصبع أثناء الفحص الطبي أو المنظار المهبلي أو اللبوسات (التحاميل أو الفرزجات) في المهبل لا علاقة له بجهاز الهضم، وهي ليست من المفطرات.

ما يدخل الدماغ:

ذكرنا أن الدماغ لا علاقة له بالجهاز الهضمي وبالتالي فإن ما يدخل إلى الدماغ من جرح (وهو ما يسميه الفقهاء بالمأمومة) لا يصل شيء منه إلى البلعوم أو الأنف مهما وضع فيه دواء أو غيره وبالتالي فالمأمومة لا تعتبر سبباً لإفساد الصيام. ولا يصل «السائل الدماغى الشوكى» إلى الأنف والبلعوم الفمى إلا في حالة وجود كسر في قاعدة الجمجمة. وهذه الحالة بالأصل حالة خطيرة تحتاج إلى دخول المستشفى. وبالتالي فهي حالة تستدعي الإفطار أصلاً كما تعتبر سبباً لإفساد الصيام

أمّا النخامة التي كان القدماء يظنونها آتية من الدماغ فما هي إلا إفرازات من الجيوب الأنفية أو تصعد من القصيبات الرئوية، ولا علاقة لها بالدماغ.

ما يجعل في الأذن من دواء ونحوه:

تنقسم الأذن إلى ثلاثة أجزاء : الأذن الخارجية والوسطى والداخلية. ويفصل الأذن الخارجية عن الوسطى غشاء الطبل (طبلية الأذن). وتتصل الأذن الوسطى بالبلعوم عن طريق قناة ضيقة تسمى «قناة استاكيوس». ولا يمكن لأي سائل أو قطرة توضع في الأذن الخارجية الوصول إلى البلعوم ما لم يكن غشاء الطبل مثقوباً.

أمّا إذا كان غشاء الطبل مثقوباً فيمكن لقطرة الأذن الوصول إلى البلعوم رغم أن الكمية التي ستصل إلى البلعوم ضئيلة جداً.

ما يدخل إلى العين:

تنفتح القناة الدمعية التي تخرج من جوف العين على الأنف عبر فتحة فيه.

وبالتالي فإن وضع قطرة في العين تصل إلى الأنف ومنه إلى البلعوم. ولا بد هنا من توضيح بعض النقاط : فجوف العين لا يتسع لأكثر من قطرة واحدة فقط وكل ما زاد عن ذلك تلفظه العين إلى الخارج فيسيل على الخد . ومن المعروف أن أطباء العين يصفون وضع قطرة أو قطرتين في العين كل 4-6 ساعات مثلاً. ولكي تتمثل كمية هذه القطرة الواحدة لا بد أن نذكر بأن الملي ليتر الواحد يحتوي على 15 قطرة، وأن ملعقة الشاي الصغيرة تحتوي على 5 ملي ليتر من السائل . وعليه فإن القطرة الواحدة التي توضع في العين تبلغ جزءاً من 75 جزءاً مما تحتويه ملعقة الشاي الصغيرة من السائل . وهذه تعتبر كمية ضئيلة جداً . وهي بلا شك أقل بكثير مما يتبقى في الفم بعد المضمضة أو مما يدخل في الأنف أثناء الاستنشاق!!

وقد أقر الفقهاء المضمضة أثناء الصيام ولو كانت للتبرّد . ولا بأس بالاستنشاق ما لم يبالغ . وينبغي أن نتذكر أيضاً أن المسواك يحتوي على ثماني مواد كيميائية تقي الأسنان واللثة مما قد يعثرها من أمراض . وهذه المواد تنحل باللعاب وبالتالي تدخل إلى البلعوم . ومع ذلك فهي من الأمور المباحة للصائم فقد جاء في صحيح البخاري عن عمر بن ربيعة قال : «رأيت النبي ﷺ يستاك وهو صائم ما لا أحصي ولا أعد».

والحقيقة أن كمية قطرة العين التي تعارف عليها الأطباء كمية زهيدة جداً وما يتذوق من طعمها المر فإنما يتذوق في مؤخرة اللسان حيث أن الحليمات الذوقية موجودة في اللسان فقط.

فما حكم البخاخ الذي يستعمل في مرض الربو؟

لا بد هنا من إيضاح ما يحتويه هذا البخاخ واستعماله . فبخاخ الربو يحتوي على دواء سائل (فيه ماء ومواد كيميائية عالقة) . ويتم استعماله بأخذ شهيق عميق ويضغط عليه في الوقت ذاته . وعندئذ يتطاير الرذاذ ويدخل عن طريق الفم إلى البلعوم الفمي،

ومنه إلى الرغامي فالقصبات الهوائية . ولكن يبقى جزء منه في البلعوم الفموي وقد تدخل كمية ضئيلة جداً إلى المريء . وتحتوي عبوة بخاخ الربو على حوالي 10 ميلي ليتر من السائل بما فيه من المادة الدوائية. وهذه الكمية مصممة على أن تنطلق على 200 بخة (أي أن الـ 10 ميلي ليتر تنتج 200 بخة). وهذا معناه أنه في كل بخة يخرج جزء من 20 جزء من الملي ليتر الواحد . وبمعنى آخر فإن البخة تشكل أقل من قطرة واحدة. وهذه القطرة الواحدة تنقسم إلى أجزاء يدخل الجزء الأكبر منه إلى جهاز التنفس وجزء آخر يتسرب على جدار البلعوم الفمي . فكم يتبقى من تلك القطرة للوصول إلى المعدة؟ وقد يكون ما يدخل من قطرات عقب الاستنشاق أو المضمضة أكثر من ذلك بكثير.

ورغم أن بعض الفقهاء أفتى بأن بخاخ الربو لا يفطر إلا أن مجمع الفقه الإسلامي لم يصل في ذلك إلى قرار (1).

قرار مجمع الفقه الإسلامي في دورته العاشرة المنعقدة في جدة خلال

الفترة من 23-28 صفر 1418هـ (28 يونيو . 3 يوليو 1997م):

أولاً: الأمور الآتية لا تعتبر من المفطرات:

- (1) قطرة العين، أو قطرة الأذن، أو غسول الأذن، أو قطرة الأنف، أو بخاخ الأنف، إذا اجتنب ابتلاع ما نفذ إلى الحلق.
- (2) الأقراص العلاجية التي توضع تحت اللسان لعلاج الذبحة الصدرية وغيرها إذا اجتنب ابتلاع ما نفذ إلى الحلق.

(1) للمزيد من التفاصيل حول التداوي والمفطرات راجع كتاب «الصوم بين الطب والفقه» تأليف د. محمد علي البار ود. حسان شمسي باشا، وهو من منشورات الدار السعودية بجدة.

- (3) ما يدخل المهبل من تحايل (لبوس)، أو غسول، أو منظار مهبلي، أو إصبع للفحص الطبي.
- (4) إدخال المنظار أو اللولب ونحوهما إلى الرحم.
- (5) ما يدخل الإحليل، أي مجرى البول الظاهر للذكر والأنثى، من قنطرة (أنبوب دقيق) أو منظار، أو مادة ظليلة على الأشعة، أو دواء، أو محلول لغسل المثانة.
- (6) حفر السن، أو قلع الضرس، أو تنظيف الأسنان، أو السواك وفرشاة الأسنان، إذا اجتنب ابتلاع ما نفذ إلى الحلق.
- (7) المضمضة، والغرغرة، وبخاخ العلاج الموضعي للنفم، إذا اجتنب ابتلاع ما نفذ إلى الحلق.
- (8) الحقن العلاجية الجلدية أو العضلية أو الوريدية، باستثناء السوائل (المحاليل) والحقن المغذية.
- (9) غاز الأوكسجين.
- (10) غازات التخدير (البنج) ما لم يعط المريض سوائل (محاليل) مغذية.
- (11) ما يدخل الجسم امتص اصماً من الجلد كالدھونات والمراهم واللصقات العلاجية الجلدية المحملة بالمواد الدوائية أو الكيمائية.
- (12) إدخال قسطرة (أنبوب دقيق) في الشرايين لتصوير أو علاج أو عية القلب أو غيره من الأعضاء.
- (13) إدخال منظار من خلال جدار البطن لفحص الأحشاء أو إجراء عملية جراحية عليها.
- (14) أخذ عينات (خزعات) من الكبد أو غيره من الأعضاء ما لم تكن مصحوبة بإعطاء محاليل.
- (15) منظار المعدة إذا لم يصاحبه إدخال سوائل (محاليل) أو مواد خرى.
- (16) دخول أية أداة أو مواد علاجية إلى الدماغ أو النخاع الشوكي.

17 القيء غير المتعمد بخلاف المتعمد (الإستقاءة).
ثانياً: ينبغي للطبيب المسلم نصح المريض بتأجيل ما لا يضر تأجيله إلى ما بعد الإفطار من صور المعالجات المذكورة فيما سبق.
ثالثاً: تأجيل إصدار قرار في الصور التالية للحاجة إلى مزيد من البحث والدراسة:

- (أ) بخاخ الربو، واستنشاق أبخرة المواد.
- (ب) الفصد، والحجامة.
- (ت) أخذ عينة من الدم المخبري للفحص، أو نقل دم من المتبرع به، أو تلقي الدم المنقول.
- (ث) الحقن المستعملة في علاج الفشل الكلوي حقناً في الصفاق (الباريتون) أو في الكلية الاصطناعية.
- (ج) ما يدخل الشرج من حقنة شرجية أو تحاميل (لبوس) أو منظار أو إصبع للفحص الطبي.
- (ح) العمليات الجراحية بالتخدير العام إذا كان المريض قد بيت الصيام من الليل، ولم يعط شيئاً من السوائل (المحاليل) المغذية.

الفصل الثاني والثلاثون

أخلاقيات

المنظمات الصحية

أخلاقيات المنظمات الصحية

التعريف: مجموعة من الأنظمة والقوانين والأعراف التي تضبط الجوانب الأخلاقية في الممارسات التي تتعدى الممارسة السريرية في أماكن الطوارئ والعيادات وأقسام التنويم والعمليات لتشمل كافة الممارسات الأخرى الدينية والتعليمية والإدارية والتجارية والإعلامية والمجتمعية التي تمارس بأشكال مختلفة في أي من أنحاء المنشأة أو خارجها من خلال أي من أفرادها .

أخلاقيات وضوابط التعليم والتعلم في الممارسة الطبية

أولا : مقدمة :

تلتزم كليات الطب والعلوم الطبية عبر التاريخ بتعليم أخلاقيات الممارسة الطبية منذ عهد أبقرات وإلى يومنا هذا وتكتسب مهنة الطب مكانة خاصة لارتباطها بحياة الإنسان والتعامل مع أحواله وأسراره وعوراته . إن طلاب الطب مطالبون بالالتزام بالأسس الأخلاقية في التعامل مع مرضاهم وأسراهم والمجتمع المحيط ويلزمهم لتحقيق ذلك التسلح بالقيم الشرعية والسلوكية ومهارات الاتصال الفعال مع الآخرين محكومين في ذلك بالمعرفة الطبية والقيم الأخلاقية والأعراف الاجتماعية السائدة والضوابط الشرعية . وعلى المؤسسات الطبية عدم الوقوف في ذلك عند حد العطاء المعرفي بل تتعداه لضمان تشكيل السلوك الإيجابي حياله والممارسة العملية له ومراقبة تلك الممارسة . تتخلص أهم الخصائص اللازمة

لتحقيق الممارسة الأخلاقية في الأمانة والكرامة وصيانة الخصوصية وحفظ الأسرار والعورات واحترام المرضى وذويهم الآخرين زملاء وأساتذة . وتبني تلك المعارف والسلوكيات من فترة الدراسة إلى فترات الممارسة الممتدة عبر السنين .

ويسهم المعلمون من أساتذة كليات الطب و العلوم الطبية و الأطباء الممارسين في ال مرافق الطبية عموما و التعليمية منها على وجه الخصوص من خلال أربع معايير حاكمة وهي الأمانة والالتزام بالمواعيد والتعهدات واحترام الأشخاص والعدالة في التعامل وتحكم العملية التعليمية الطبية إلى أسس هي :

- كفاءة المحتوى والكفاءة التربوية
- التعامل مع الحالات الخاصة والحساسة بانفتاح وإيجابية
- الإسهام في البناء الذكائي للطلاب
- التعامل الثنائي مع الطلاب القائم على الوضوح
- المحافظة على خصوصيات الطلاب وأسرارهم
- المحافظة على خصوصيات المرضى وأسرارهم
- احترام الزملاء
- التقييم الصادق للطلاب
- احترام قيم المؤسسة الخدمية و/ أو التعليمية و أهدافها
- حفظ الحقوق العلمية للآخرين
- احترام قيم وأعراف المرضى ومجتمعهم المحيط

**ثانيا : الإرشادات الأخلاقية لأعضاء هيئة التدريس
والمدرسين المشاركين من الأساتذة و الاستشاريين العاملين
بالمرافق الطبية التعليمية تشمل :**

- الالتزام بمتطلبات الأداء الأخلاقي في كافة الأنشطة التعليمية وخاصة الأمانة والسلامة في تعاملهم مع المتدربين والمرضى .
- إدراك أهمية دورهم كقدوات لمتدريهم ومرضاهم خاصة في جوانب الاحترافية المهنية وحفظ الكرامة والخصوصية

- والأسرار والعدالة في التعامل والتزامهم بقواعد عدم تضارب المصالح .
- بذل الوسع في تعليم المتدربين والمرضى وذويهم والإجابة على تساؤلاتهم وبناء مهاراتهم .
- تبصير متدريهم ومرضاهم بالجوانب الأخلاقية في الممارسة الطبية السريرية وآليات ومرجحات اتخاذ القرار الطبي الأخلاقي السليم
- تعزيز حق الممارس و المريض في التحفظ على و الامتناع عن أي إجراء طبي لا يستطيعه أو لا يقبل به مع مساعدتهم في اتخاذ القرار السليم
- المساهمة في رصد و تقويم أداء المتدربين وملاحظة أي خوارم في كفاءة المتدرب وصلاحيته للممارسة .

ثالثا : أساسيات السلوك المهني لطالب الطب وأطباء الدراسات العليا وتتلخص في :

- إدراك خصوصية وحساسية التعامل مع المرضى وذويهم نتيجة لمعاناتهم الجسدية والنفسية من المرضى وعواقبه
- إدراك أهمية الالتزام بأداب التعامل ومهارات الاتصال الفعال مع المرضى وذويهم
- التحلي بالصفات الأخلاقية الأساسية للأطباء وممارستها . وأهمها الأمانة والصدق والأمان والعلم وا لصبر والحلم والعدل ولين الجانب وطيب المعشر ومراعاة حال المريض (شخصية ومرضه ومعاناته) وسنة (كبيرا أو صغيرا) وجنسه (ذكرا أو أنثى) .
- معرفة حدوده المحكومة بتصنيفه وترخيصه وضوابط الممارسة الطبية الخاصة والعامة ، و مرجعه في ذلك نظام الممارسة الطبية
- المواكبة في تحديث معلوماته وصقل مهاراته
- معرفة الأحكام الشرعية في القضايا الفقهية الطبية الشائعة

- الالتزام بأداب التعلم المتعلقة بعلاقته مع أساتذته و زملاءه ومرضاه ومراجعيه
- المشاركة في تعليم زملاءه و من هم أقل منه وفي تبصير مرضاه بعلمهم وتوعيتهم بطرق الوقاية منها وعلاجها
- حسن المظهر والالتزام بالزي المعتمد حسب ما يقره المرفق الذي يعمل فيه والمحكوم عادة بالأحكام الشرعية والأنظمة المرعية والأعراف الاجتماعية .
- الالتزام بجماعية العمل وأداب التعامل بين أفراد الفريق الصحي المحكومة بالأحكام الشرعية والضوابط الأخلاقية والأنظمة المرعية
- الاهتمام بحالتهم الصحية ليكونوا قدوات لمرضاهم ومراجعيهم . ومن أهم ذلك الغذاء السليم والرياضة وضبط الوزن وتجنب السلوكيات والعادات السيئة والضارة مثل التدخين والمخدرات وغيرها
- الالتزام بالمواثيق المهنية المعتمدة العام منها والخاص
- الالتزام بضوابط عدم تضارب المصالح وتقديم مصلحة المريض .

رابعاً : الخصائص الشخصية والأخلاقية لطالب الطب :

- الإيمان بالله ربا والإسلام ديناً ومحمد صلى الله عليه وسلم نبياً
والقرآن والسنة دستوراً

- الالتزام بالمنهجية الشرعية والمرجعية العلمية

- رعاية الأمانة وتحمل المسؤولية الطبية والقيام بلوازم ذلك .

- الاحترام لمعلميه ومرضاه وطلابه فيوقر أساتذته ويراعي

ظروف مرضاه وذويهم ويعلم طلابه ويؤدبهم ويحترم عقولهم

وقدراتهم منضبطاً في ذلك بالشرع والخلق والآداب المهنية

والاجتماعية .

- الجماعية

- آداب الاستماع والمداخلة والاختلاف : فيجد الاستماع ويتقن

الحوار ويحترم الرأي الآخر ويكون مستعداً للرجوع إلى الحق

- الانضباط السلوكي والوظيفي و الجدية في العمل فيؤدي حق

الله وحق الناس بصدق وكمال وأمانه وإخلاص .

- الجودة والإتقان منهجه في العمل منطلقاً من قوله «إن الله

يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه» فيتعلم مفاهيم الإتقان وطرقه

وآلياته ويلتزم بها .

- مراعاة فوارق السن والجنس في تعامله مع زملاءه ومرضاه .

- تقدير ومراعاة الوضع الصحي للمريض وذويه فيتأدب بآداب

الاستئذان ومراعاة حالته المرضية ويحس بالآلامه وضجره النفس

فيتخير الوقت المناسب ويتعامل بلطف ورحمة ورفق

- يحترم احتياجات المرضى وقيمهم وثقافتهم

- العمل الدؤوب على تعزيز صحة مرضاه وذويهم وعموم المجتمع .

- إعطاء الأولوية لرعاية مرضاه

- عدم استغلال المرضى أو ذويهم

- المحافظة على أسرار مراجعيه

- التعامل مع مرضاه بخصوصية وكرامة واحترام .

- الحصول على إذن المريض للسماح له بالتعلم
- إدارك حدوده دون تجاوز
- المحافظة على صحة مرضاه وكرامتهم
- إشراك مرضاه في فهم المشكلة وأبعادها وفي خطة العلاج

خامسا : اللباس وأنظمتة وضوابط اللباس في المنشآت الصحية :

حسن المظهر (الترتيب - الشكل - اللبس ...) من الإيمان فانه "جميل يحب الجمال " وبأمره لبني آدم " ... خذوا زينتكم .. " وأنه سبحانه " نظيف يحب النظافة .. " وأنه ﷺ كان يحب في الرجل أن يكون " منظره حسناً وثيابه حسنة " وأن الدين جاء بالحث على الطهارة والأغتسال وغير ذلك من لوازم حسن المظهر وطيبه وأن النبي ﷺ كان يحب الطيب " ويحث في اللباس على الالتزام بمحاسن الأخلاق والسلوكيات ومكارمها و تجنب السلوكيات الخاطئة وجاء التشريع الإسلامي بضوابط ستر العورة وتحريم التشبه و التبرج ووضع مواصفات للباس خاصة لباس المرأة بحيث لا يشف ولا يصف ولا يكشف العورات وقد أهتمت المنشآت الصحية عالميا بموضوع المظهر و لباس العاملين بالمنشآت الصحية ومظهرهم حيث ترتبط مهنة الطب بالتعامل الوثيق واللصيق لأفراد الفريق الصحي بالمرضى وذويهم من جهة وبقية أعضاء الفريق الصحي والإداري من العاملين من جهة أخرى وكل هؤلاء فيهم الرجال والنساء والكبار وا لصغار وقد تختلف دياناتهم فيكون منهم المسلم وغير المسلم.

ولما كان اللباس والمظهر عاملا مؤثرا ومهما لأعضاء الفريق الصحي وله انعكاساته على الآخرين زملاء ومراجعين وله محدداته المنضبطة بالأحكام الشرعية والفوارق الجنسية والأعراف المهنية والاجتماعية فقد كان لزاما على المنشآت الصحية وضع تنظيم حاكم

لحدود المسموح والممنوع من اللباس والمظهر للعاملين بها وذلك لأسباب عدة منها :

- اللبس المناسب والمنضبط للعاملين الصحيين يعكس مستوى المهنية بالمرفق الذي يعملون به
- يخلق العاملون بالمنشأة الصحية الانطباع الأول لدى المرضى والزائرين و يمثل مظهرهم عاملا رئيسا في ذلك .
- تعكس أنظمة اللبس الشاملة التعريف الواضح الذي يعكس الصورة الذهنية المتوقعة عن المنشأة
- تؤدي التغييرات المدخلة على معايير اللباس المهني ردات فعل مختلفة لدى العاملين
- تؤثر مواقف العاملين من أنظمة اللبس بالمنشآت الصحية سلبا أو إيجابا على سلوكهم المهني وإنتاجيتهم ولذا فإن إشراكهم في تحديدها وتصميمها يساهم في تعزيز موقفهم الإيجابي حيالها .
- أنظمة اللباس في المنشآت الصحية تحكم بالضوابط المهنية والأخلاقية والأحكام الشرعية والأعراف الاجتماعية والفوارق الجنسية .
- الاهتمام بإبراز بطاقة التعريف بالعاملين
- ضوابط الشعر (الطول والمظهر والنظافة)
- نظافة الأظافر
- طيب المظهر
- منع العطور النفاذة أو المؤذية
- الالتزام بالمعطف الطبي
- منع المكياج
- منع الملابس الضيقة والممزقة والشفافة
- منع الملابس الباهتة والمشققة والبالية
- منع أي ملابس يعرف أنها من لباس المنحرفين
- البنطلونات أو لباس الرياضة القصيرة
- المجوهرات الظاهرة
- الالتزام بالألوان المخصصة لكل فئة وظيفية

هذا و يمر تفعيل أنظمة اللباس بالمنشآت الصحية بست مراحل مهمة وهي :

1. تحديد نظام اللباس المقترح
 2. تعميمه على جميع المعينين
 3. شرحه لهم و أخذ مرئياتهم حياله
 4. إدخال ما يلزم من تعديلات ومن ثم اعتماده بشكل نهائي
 5. إعادة تعميمه للتطبيق
 6. متابعة الالتزام بتطبيقه ورصد المخالفات واتخاذ ما يلزم
- حيال المخالفين
- تحتفظ المنشأة الصحية بحقها في منع المخالفين لنظام اللبس والمظهر من الدخول .
 - تصمم المنشأة ألبسة خاصة مناسبة لوححدات خاصة مثل العمليات ووحدات العناية الحرجة والحروق والعزل وغيرها
 - تضع المنشأة الضوابط الخاصة بالأحذية المسموح ارتدائها من حيث طول الكعب والأرضية والأصوات الصادرة عنها وأي محددات أخرى للسلامة .
 - تهتم المنشآت الصحية اهتماما خاصا بلباس النساء العاملات بها حماية لهن في المقام الأول وحرصا على مشاعر المراجعين لها من المرضى وذويهم وتتفق معظم أنظمة اللباس المعتمدة في القطاع الصحي على أهمية انضباط لباس العاملات بها بالأحكام الشرعية والأعراف الاجتماعية والمهنية وتكاد تجمع على أهمية تحقيق الحشمة والبساطة عموما وتحقيق الاشتراطات الشرعية خصوصا .

سادسا : الخصائص الأخلاقية للمنشآت الصحية التعليمية :

الالتزام بالتميز في رعاية الأصحاء والمرضى
توفير بيئة تعلم وبناء مهاري متميزة للمتدربين والمتدربات في
التخصصات الصحية وفقا للمنهجية العلمية والضوابط الشرعية
والأخلاقية
تهيئة المناخ المناسب لإجراء البحوث و الدراسات الصحية وفقا
للمعايير العلمية والأخلاقية .
إدراك أهمية التعليم السريري في تطوير قدرات المتدربين دون
الإخلال بأمان وسلامة وراحة المرضى .
إعلام المستفيدين من خدمات المرفق الصحي بأنه بيئة للتعليم
وأن المتدربين جزء أساس من القوى العاملة به .
ضمان حقوق المرضى في استقلالية قرارهم وعدم الإضرار بهم
ولزوم أخذ إذنهـم بالمساهمة في تعليم بكوادر الطبية مع احتفاظهم
بحق رفض ذلك دون معاقبتهم بأي نوع من الحرمان من الخدمة
الطبية .
ضمان حقهم في التعرف على المتدربين بشكل واضح وعدم
التدليس عليهم في ذلك وخاصة في حالات الإجراءات التدخلية
والجراحية .
ضمان وجود نموذج إذن معلم يحتوي على كافة المعلومات
اللازمة عن الإجراء الطبي ومضاعفاته المحتملة
ضمان وجود إشراف طبي على المتدربين يحقق درجة عالية من
سلامة وأمان المرضى

سابعا: ضوابط وأخلاقيات التوعية والإرشاد الديني الصحي الوقائي والعلاجي:

- لماذا؟ تترتب على الممارسة الصحية أوضاعاً اجتماعية وظروف صحية تؤثر في أحكام المعاملات (مثل التعامل بين الرجال والنساء) والعبادات (كالصلاة والحج وغيرهما) .
- ماذا ؟ التعريف بأحكام العبادات في الصحة و المرض وحالات الطوارئ وحدود وضوابط وأحكام التعامل بين الرجال والنساء في الممارسة الطبية وتعريف المرضى بأحكام النظافة والطهارة في الصحة والمرض والهدي الشرعي في الغذاء والشراب وعموم الحياة .
- كيف ؟ بالمحاضرة - والمطوية والنشرة والكتيب والفلم المرئي والشريط المسموع وغير ذلك .
- متى؟ أثناء دراسة الطلاب وخلال المرور على المرضى وفي المقابلة الطبية للمراجعين وفي جلسات التوعية والنصح
- أين ؟ في غرف الاستراحة بالعيادات والمراكز وأقسام الطوارئ والتنويم ومن خلال شاشات العرض في القنوات الداخلية .
- نماذج عالمية ومح لية : كان لأطباء المسلمين السابق في ربط الممارسة بالأحكام الشرعية في مجال الطب وأدرك الطب الحديث أهمية الجوانب الروحية والدينية فجعلها أسأ رئيساً في تعريفه للصحة جنباً إلى جنب مع النواحي البدنية وال نفسية والاجتماعية وأصل لممارستها فبادرت إلى ذلك المؤسسات الصحية في العالم الغربي وجعلت له أقساماً بها يقوم عليها قسس ورجال دين وفي عالمنا الإسلامي بادت جهات طبية إلى مثل ذلك من أمثلتها أقسام الشؤون الدينية بالقطاعات العسكرية وأقسام الشؤون الشرعية ببعض المستشفيات ثم المشروع المتميز لإدارات التوعية الدينية بوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية .

ثامنا: أخلاقيات الممارسة الإدارية في المنشآت الصحية الخدمية والتعليمية:

- التحليل الأخلاقي لآليات اتخاذ القرار الإداري والتنظيمي : يجب أن يبنى القرار على أسس شرعية من حيث جواز إجراءه وأن لا يؤدي إلى الوقوع في حرام أو سلب حق أو مناصرة باطل أو بخرس مظلوم أو مناصرة ظالم أو تفضيل وتقديم من لا يستحق وغبن من هو أولى منه .
- - وأن تكون هنالك ضوابط لتحديد المواصفات والمفاضلة فيما بين العروض على أسس الجودة ولوازم الاحتياج وأن يكون الترويج والاختيار على أسس من الحق والعدل وجدوى التكلفة والنفعة .
- الحوكمة الرشيدة في إدارة المنشآت الصحية
- 1- لا بد لكل منشأة صحية من وجود إستراتيجية واضحة تشمل الرؤية والرسالة والقيم والأهداف العامة والخاصة وأن تكون الرؤية شارحة لحالة النجاح التي تأمل أن تصل إليها المنشأة بعد مدة زمنية . وتحدد الرسالة هوية المنشأة ومهمتها ومستهدفاتها ومجمل ما تستهدفهم به وكيفية ذلك وتضبط القيم سلوك وأداء العاملين .
- 2 - وجود ضوابط للتعامل مع شركات ومسوقي الأدوية والمواد والمستلزمات والأجهزة الطبية
- مراعاة عدم تضارب المصالح
- الأمانة و الصدق وتجنب الخيانة والرشوة الظاهرة والخفية وتأثيرات المعرفة أو القرابة أو المنفعة وغيرها .
- الشفافية والوضوح .
- ضبط التأثير الدعائي والتسويقي بما يضمن عدم التضليل ويضمن الحيادة العلمية والنزاهة المالية .
- عدم التضليل
- 3- الالتزام بالمواثيق الأخلاقية للمنشآت الصحية سواء أكانت الميثاق العام أو المواثيق الخاصة للأداء والآداب .
- وهناك أنواع مختلفة من المواثيق أهمها :

- ميثاق العاملين في المنشآت الصحية .
- ميثاق الأطباء (قسم الطبيب وعهده) ويتضمن الالتزام والاجتهاد والعلمية وحفظ الحقوق وأداء الواجبات وحفظ الأنفس و الأسرار والعورات والعهود وحسن التعامل وغيره .
- ميثاق التمريض: ويشمل مثل ما سبق فيما يختص التمريض .
- ميثاق الأساتذة ويتضمن مهام وآداب وضوابط التعليم وحقوق الطلاب والمرضى.
- ميثاق الطلاب والطالبات ويتضمن أخلاقيات وسلوك الطلاب وآداب التعلم والتعامل وأداء الحقوق والواجبات .
- ميثاق عدم تضار المصالح ويشرح لوازيم ذلك وضوابطه وآلياته وعقوباته وضمان تحققه (مرفق نموذج) .

تاسعا: الأطباء والمسؤولية الإدارية:

- يشارك الأطباء بشكل أو آخر مع تفاوت في القدر في أعمال متعلقة بإدارة الموارد أو الأفراد أو المرافق (أقسام أو إدارات أو وحدات) ويتخذون قرارات تعلق بالأولوية والاختيار والإدارة التنفيذية وتحكم ذلك لديهم سبع مبادئ رئيسية هي الأمانة والموضوعية والمسؤولية والإيثار والسلامة والانفتاح والقيادة .
- و لضمان ممارسة إدارية فاعلة في المنشآت الصحية تحتاج إلى وجود نظام إداري مؤسسي يقوم على إدارة الأداء وفقا لمسؤولية فردية وجماعية محددة .
- يحتاج الطبيب الممارس إلى مهارات إدارية أساسية مثل :
 - الإلمام بمبادئ التخطيط
 - العمل الجماعي
 - تحديد الأولويات
 - كتابة الأهداف الذكية
 - إدارة التنفيذ
 - رصد النتائج وتقويم العمل

- الاستخدام الأمثل للموارد
- الإلمام بمفاهيم الجودة
- الإلمام بحسابات التكلفة والجدوى الاقتصادية للإجراءات الطبية .
- القرار الطبي المبني على البرهان .
- تعتبر العدالة والمساواة القيمة الأخلاقية الأهم والأسمى في الممارسة الطبية القيادية والإدارية والعلاجية . ويعتبر التوزيع العادل للخدمات الطبية بما يتناسب مع احتياجات الزمان والمكان والأشخاص كما ونوعا .
- ومن هنا كان لزاما شرعيا وأخلاقيا تحقيق مستوى مشترك من الخدمات الصحية اللازمة لكل أفراد المجتمع مهما كان مكانهم الجغرافي أو مركزهم المالي أو الاجتماعي أو انتمائهم الديني أو العرقي أو الجنسي فالصحة حق للجميع .

العاشر : الأطباء والمسؤولية الاجتماعية :

تأتي الصحة في سلم الاحتياجات البشرية الأساسية مع الأمن والسكن ففي الحديث "من كان آمنا في سربه معافى في بدنه عنده قوت يومه فكأنما حيزت له الدنيا بحذاقيرها " ومن هنا كانت للأطباء مكانة عالية في مجتمعاتهم تتسم بالتقدير والثقة والتسليم لهم واعتبارهم قدوة . ويتوقع منهم المجتمع أدواراً تتواءم مع حجم مهمتهم وقدراتهم وتعكس مسؤوليتهم في تحقيق الصحة بمفهومها الشامل "حالة من اكتمال العافية البدنية والذهنية والاجتماعية والروحية" للفرد والمجتمع ومن هنا فإنه تلزمهم أدوار اجتماعية صحية تطوعية وتكافلية يؤدون من خلالها زكاة علمهم بشكل فردي وجماعي . ويمثل القطاع الثالث الخيري والمدني ساحة لممارسة هذا الدور من خلال برامج تعزيز الصحة والوقاية والعلاج التطوعي وغيره . إن الطب أداة تغيير مجتمعي نحو الصحة والسلامة والفاعلية والطبيب يوظفه علمه ومهاراته التعليمية والعملية والاتصالية

والسلوكية وقدراته البحثية لمعالجة مشاكل الأفراد والأسر والمجتمعات . يعمل الطبيب على التعريف بالهدي النبوي في الصحة والمرض وأثره في تعزيز الصحة ونفع المعالجة . ويتعدى نفع الطبيب وأثره أسوار المستشفى والمركز الصحي إلى المنازل من خلال الرعاية المنزلية و ساحات المجتمع من خلال الأنشطة الحقلية والمجتمعية . ويتعدى اهتمام الطبيب المسلم طب الأبدان إلى طب القلوب .

وتتنوع المسؤولية الاجتماعية وبرامج النفع المجتمعي في الممارسة الطبية لتشمل المسؤولية الاجتماعية لكل من :
- القطاع العام تجاه المجتمع.

- المسؤولية تجاه القطاع الخاص تجاه المجتمع.

- مسؤولية القطاع الثالث الخيري والمدني تجاه المجتمع.

• الضوابط الأخلاقية لممارسة المسؤولية الاجتماعية و تشمل تحقيق:

- العدالة

- الأولوية (المصلحة القصوى والأهم)

- نقاء النوازع والأهداف والبعد عن المصالح الخاصة .

- جودة وسلامة الآليات وفعاليتها .

- مراعاة الضوابط الشرعية والاجتماعية

- الالتزام بالضوابط الأخلاقية للإعلان والتسويق في القطاع الصحي :

- الشرعية من حيث الجواز والمناسب

- المصداقية العلمية والبعد عن الإبهام والتضليل والتضخيم

- العملية

- تحقق عدم تضارب المصالح

- مراعاة الطبيعة الخاصة للقطاع الصحي وللمجتمع : فلا تصادم

عقائد المجتمع أو عاداته وأعرافه التي لا تخالف الدين .

• مراعاة المعايير العلمية من حيث : (أنظر لاحقاً)

الحادي عشر : المسؤولية البيئية ومبادئ الحذر والتوقى وتطبيقاتها وتشميل التقعيد والتنظيم المراعي لضمان:

- عدم تحجيم أو حجب المخاطر البيئية على صحة المجتمع
- التوازن في اعتبار التكلفة وجدوى النفع
- النظر في إمكانية استخدام البدائل الأكثر نفعاً و أماناً
- الالتزام بإجراءات الصحة العامة المحققة للسلامة والوقاية من الأوبئة وتحقيق الإصحاح البيئي و الصحة والسلامة المهنية والقيام بالإجراءات اللازمة لذلك من حصر وتحليل وتوعية ومعالجة وغيرها.
- وضع آليات واضحة وفاعلة للتعامل مع القضايا السلوكية للعاملين مثل : حالات الإدمان والتحرش والاعتداء الجنسي وحالات التعدي اللفظي أو اليهوي والتزوير والتدخلات الطبية غير الأخلاقية والتعامل مع الشكاوى الكيدية وغيرها .
- الاهتمام برعاية شؤون العاملين بما يضمن حسن المعاملة و حفظ الحقوق و متابعة الواجبات وتحقيق التوظيف "الاختيار" و التعاقد الأمثل والأعدل وحفظ الكرامة والخصوصية والسرية .
- وجماع كل ما سبق يكون بصياغة تصميم برنامج لأخلاقيات المنظمة أو المنشأة الصحية الخدمية و / أو التعليمية يشمل الحثيات و الاستراتيجيات و المكونات و البنية التحتية و الهيكله الآليات والأشخاص والكوارر والمواهب وطرق التنفيذ و التقويم .

الثاني عشر : ضوابط الترويج الأخلاقي للأدوية والأجهزة الطبية:

- المعايير الأخلاقية للإعلان الطبي وتشمل:
- الصحة.
 - العدالة.

- الدقة.
- الكمال.
- الاستجابة للاحتياجات الحقيقية.
- عدم التضليل.
- تعزيز التوقعات السليمة لدى المرضى.
- إعطاء معلومات صحيحة ودقيقة ومفيدة عن الموضوع.
- تعزيز مستوى الاستفادة من الرعاية عالية الجودة.
- عدم الترويج للقيم أو السلوكيات الضارة أو الخاطئة.
- مراعاة عموم أخلاقيات المهنة وحمايتها.
- عدم انتهاك قيم المجتمع وخصوصياته.
- خصائص الترويج الأخلاقي للأدوية والأجهزة الطبية:
- أن يكون الهدف الرئيسي من الترويج هـ و تعريف الممارسين بمستجد تشخيصي أو علاجي يسهم في تطوير الممارسة الطبية وتحسين نتائجها بمصادقية عالية .
- الشفافية في تقديم المعلومة الصادقة الكاملة من غير إخفاء أو تدليس أو تفخيم للأثر أو حجب معلومة مضادة .
- أن يتسم الإعلان بصدق العبارة ووضوح التعبير بعيدا عن المؤثرات النفسية.
- أن يكون موظفي المبيعات عارفين بالضوابط الأخلاقية للإعلان والترويج وملتزمين بها .
- العينات المجانية لا تعطى إلا في نطاق ضيق .
- عدم الترويج للمنتج في الملتقيات العلمية الممولة من الجهة الصانعة.
- يمنع أي شكل من أشكال التمويل الترويجي للعاملين الذي يعزز من خلاله إقناعهم بالمنتج وطلبه من جهاتهم .
- وجود معلومات وافية للمرضى عن المنتج الجديد .
- عدم تقديم أي هدايا مرتبطة بترويج المنتج .

الثالث عشر : قضايا أخلاقية أخرى :

أ - أخلاقيات آليات نظم التغطية الصحية

- الشرعية في المرامي والآليات والوسائل
- شمول التغطية الكمية والكيفية
- عدالة التوزيع فينتلقى المستفيد الرعاية الصحية التي يحتاجها في يسر وسهولة وعلى قدم المساواة ودون تمييز بسبب وضع مالي أو اجتماعي أو غيره .
- التعامل مع التباين في الخدمة المقدمة بين المأمول والواقع و بين أداء مقدم الخدمة وما يتوقعه ممول الخدمة والمستفيد منها .
- أخلاقيات الحسم والمحاسبة بعيد عن المحاباة والتسيب وسلب الحقوق وتضييع الأمانة
- أخلاقيات التعليم والتعلم في المنشآت الصحية وتشمل :
 - a. الالتزام بميثاق الحقوق والواجبات في عملية التعليم والتعلم بما يحدد أدوار ومسئوليات وحقوق كل من المعلم والمتعلم
 2. الالتزام بأداب العالم والمتعلم وتعليمها للطلاب والممارسين والمحاسبة عليها .
 3. الموازنة بين محوري الطالب والمريض بما يحقق مصلحتيهما ويدرء عنهما أي مفسدة مع الموازنة بين مصلحة الطالب وصحة المريض .
 4. الالتزام بميثاق حسن الأداء والمحاسبة على ذلك فيما يخص المعلمين والطلاب .
- الالتزام بوثيقة عدم تضارب المصالح في الممارسة التعليمية بما يحقق العدالة والنزاهة ويلغي أثر القرابة أو المعرفة أو المصلحة أو انعكاسات الخصومات والخلافات الشخصية والقناعات الدينية أو الفكرية .

ب - التعامل الأخلاقي مع السجلات الطبية ومعلومات المرضى والطلاب بما يضمن :

1 - الخصوصية في دائرة الإطلاع

- 2 - السرية فيما يتعلق بقضايا المرضى مثل (التشخيص) والطلاب مثل (الدرجات) .. الخ .
 - 3 - الحماية والحفظ من الضياع أو التحريف أو السرقة وغيرها
 - حماية السجلات الإلكترونية (الخصائص والضوابط)
 - 4 - ضمان الخصوصية والسرية
 - 5- الحفظ الآمن
 - 6- تحديد شفرة للدخول إلى السجلات الإلكترونية وحصرها على من يحتاج إليها وضمن حدود مرضاه
 - 7- السماح للمرضى بالدخول المنضبط والآمن على ملفاتهم الإلكترونية
 - 8- وضع ضوابط للاستخدامات البحثية للمعلومات ا لمتوفرة بالسجلات الإلكترونية للأفراد والأسر وفق الضوابط الأخلاقية للبحوث والدراسات الطبية
 - 9- حصر صلاحية دخول غير الأطباء في نطاقات ضيقة ولأفراد محدودين ولمدد محددة حسب ما تقتضيه الحاجة القصوى مع إخفاء الهوية التفصيلية لصاحب الملف (حجب الاسم الصريح والمعلومات الدالة عليه)
 - 10- وضع نظام لتجريم ومحاسبة اختراق خصوصية المعلومات الطبية الإلكترونية .
 - 11- وضع نظام حجب وضبط إلكتروني لحالات الاختراق الإجرامي أو العبثي لمعلومات المرضى الإلكترونية .
 - 12- وضع نظام مراجعة دورية عشوائية لكشف أي اختراق حاصل لنظام المعلومات الصحية بالمنشأة الصحية .
 - 13- تبصير المرضى بحقوقهم في تحديد المعلومات التي لا يرغبون في إنشائها لأي أحد .
 - 14- استخدام نظم المعلومات الصحية التي تتمتع ببرمجة وتجهيزات داعمة لضمان الخصوصية ومنع حالات الاختراق أو الرصد الفوري لها بمجرد حدوثها واتخاذ إجراء يمنع استمراريتها.
- ج. الإدارة الكريمة و العادلة والفاعلة لخدمات المرضى

- الدخول والخروج وإصدار التقارير و التسعير للخدمات -
وآليات منح الإجازات

د. وضع تنظيم فاعل لآليات المقاضاة الطبية بما يضمن :

- عدالة القضية

- شفافية التناول

- سرعة التناول

- معالجة الخلل

- الحكم الرشيد

- حسم التنفيذ

هـ. السماح بجمعيات حماية العاملين (أطباء وغيرهم
...) بما يحفظ حقوقهم ويدعم أدائهم لواجباتهم

و. إنشاء جمعيات مناصرة المرضى عموماً وأصحاب
المشكلات الصحية الخاصة خصوصاً بما يضمن حفظ
حقوقهم وعدالة قضاياهم .

ز. وضع آليات تضمن تحقيق الموازنة الأخلاقية بين
التكلفة والجودة والاحتياج وتمنع سياسات التخبط في
الصرف والتصرف

ح. وضع آليات فاعلة وعادلة وسريعة لمقاضاة نظم
التغطية (مثل شركات التأمين التجاري) والاستماع إلى
حالات الشكوى ممن حجبت الخدمات بدون وجه حق
وتعويضهم .

ط. تحقيق عدالة الرواتب والحوافز والمكافئات للأطباء
وبقية العاملين في القطاع الصحي تحقيقاً لكون قيمة المرء ما
يحسن .

ي. وضع المعايير والضوابط الأخلاقية لإجراء الفحوصات و التحاليل المخبرية ووصف الدواء وفقا للحيثية وجدوى التكلفة

الرابع عشر : أهم الخصائص والمهارات اللازمة لتحقيق الممارسة الطبية الآمنة :

- الإلمام بقوانين وأنظمة الممارسة الطبية في البلد والمتعلقة بالأفراد أو المؤسسات وتصدر عادة في شكل نظام أو أكثر معتمد من قبل أعلى سلطة ومثالها نظام مزاوله مهنة الطب البشري وطب الأسنان ونظام المؤسسات الصحية الخاصة وغيرها .
- الإلمام بالنظام الصحي في البلد ومكوناته وآليات التواصل والعمل فيه
- المواكبة مع التحديثات الصادرة على النظام الأساس والمذكرات التفسيرية واللوائح التنظيمية المفصلة لمكوناته المجمله
- الإحاطة بالعلوم الإنسانية الأساسية ذات الصلة بالممارسة الطبية مثل أنواع الشخص يات وسماتها وتفاعلاتها وآليات التعرف عليها والتعامل معها وتعزيز إيجابياتها ومعالجة سلبياتها
- التعرف على حالات تضارب المصالح والاهتمامات وتجنبها

الخامس عشر : مهارات أساسية لطالب الطب والعلوم الطبية :

- التواصل الفعال
- اتقان اللغة العالمية للمعرفة مع لغته الأم
- مهارات القيادة
- البرامج المهارية الأساسية في الحاسب
- القراءة السريعة

- القراءة الناقدة
- إدارة الوقت
- الحفظ السريع
- الإتقان المهني
- الطب المبني على البرهان
- أساسيات البحث العلمي
- أساسيات الإحصاء
- تحديد الأولويات
- حل المشكلات
- التفاوض والإقناع
- تقديم الاستشارة والإرشاد الصحي

السادس عشر: صفات طالب الطب والعلوم الطبية :

- مراقبة ربه وخشيته فيه
- حسن الخلق والمعاملة
- حسن المظهر ونظافة الثياب
- الحنو على مرضاه ورعايتهم والاهتمام بطلابه والاحترام
- لزملاءه والتوقير لأساتذته
- الوضوح وقوة العرض
- الصدق والأمانة
- عارفاً باللوازم الشرعية لممارسة المهنة
- التواضع
- الإيثار
- الصبر والتحمل والحلم
- التفكير في خلق الله وعظمته
- صحيح البدن
- طيب الرائحة
- قوي الحدس والتخمين
- كتوما لأسرار مرضاه

- عفيفا غاضا لبصره
- ودودا رحيفا
- سليم الفطرة
- الجدية وعلو الهمة
- ملتزما بمواعيده
- القوة العلمية والحضور العملي
- الاهتمام بالبحث والتجريب

الفصل الثالث والثلاثون

المصفوفة العشرية لمعايير وكفايات
طالب وطالبة الطب والعلوم الطبية
و أطباء وطبيبات الدراسات العليا
وعموم الأطباء والطبيبات العاملين
بالمرافق الطبية

مقدمة

مقدمة :

قد تم تصميم هذه المصفوفة العشرية للمعايير التي ينبغي توفرها في طالب وطالبة الطب والعلوم الطبية و العاملون في القطاعات الطبية التعليمية والخدمية الحكومية أو الخاصة أو الخيرية في عالمنا الإسلامي ويكون العمل على مراعاة توفرها فيمن يقبلون بالكليات الطبية والصحية وإتمام تأسيسها في مراحل دراستهم الأولى وتنميتها أثناء دراستهم الطبية في المراحل العملية و أثناء الدراسات العليا وممارستها وصيانتها أثناء عملهم .

شملت المصفوفة على عشر مجالات تم استقائها من المعمول به لدى جهات تربوية وصحية خدمية و تعليمية محلية و عالمية وتلخصت في :

- أولاً: المجال الإيماني**
- ثانياً: مجال العلم الشرعي**
- ثالثاً: المجال السلوكي والأخلاقي**
- رابعاً: المجال العقلي**
- خامساً: المجال الفكري و المنهجي**
- سادساً: المجال النفسي وإدارة الذات**
- سابعاً: المجال الأسري والاجتماعي**
- ثامناً: مجال اللغة و التواصل**
- تاسعاً: مجال التقنية والمعلومات**

عاشرا: المجال القيادي و الإداري

ومن المهم الإشارة إلى أن تحقيق مكونات و لوازم هذه المصفوفة و يكون بدور الجهات التعليمية و التدريبية و الخدمية التي يمر عليها طالب الطب خلال فترات بناءه المختلفة من كلية و مستشفى و ميدان مع مراعاة التدرج و الع ملية و عدم المثالية و بتوازن بين المأمول و الممكن و أن يكون التحقيق بقدر الاستطاعة مع استحضار خصوصية الزمان و المكان و المجتمع و الأشخاص.

<p>مؤشرات إكمال بناءه وممارسته خلال الممارسة بعد التخرج</p>	<p>مؤشرات بناءه الأساس خلال المرحلة الجامعية في الكليات الطبية والدراسات العليا</p>	<p>معايير ومؤشرات توفر الاستعداد لها والتوجيه الإيجابي حيالها لدى المتقدمين للتدريب في المجال الصحي</p>	<p>مجال المعايير</p>
<ul style="list-style-type: none"> • يحاسب نفسه على مدى تعظيمها لحق الله عليها في عموم الأعمال وفي مجال عمله الطبي على وجه الخصوص. • يتأمل ويجتهد في إدراك آيات الله وإعجازه في خلق الإنسان • يمارس مسؤوليته الطبية وكافة لوازمها بشمول وتوازن وعدالة . • يحاسب نفسه على أداء الواجبات 	<ul style="list-style-type: none"> • يعظم حق الله على عباده عموما وفي مجال تخصصه خصوصا • يدرك وي شرح آيات الله في خلق الإنسان • يقدر عظم المسؤولية الطبية ويدرك أبعادها وعواقبها الدنيوية والأخروية . • يقدم خشية الله على ما سواه . • يلتزم الورع ويتجنب الشبهات • يعتني بمحاسبة نفسه وتقويم عيوبه 	<ul style="list-style-type: none"> • يستشعر حق الله على عباده ويستشعر تعظيم الله • يبدي استمتاعه بجمال خلق الله وآياته في الآفاق والأنفس • تتوافر لديه بذور خشية الله عز وجل . • يؤمن باليوم الآخر بما يدفعه للاجتهاد في الأعمال الصالحة رجاء الجنة وابتعد عن سينها خوفا من النار • يؤمن بالقدر 	<p>1- المجال الإيماني</p>

<p>الشرعية والمهنية ويتجنب المحرمات ويحذر الشبهات .</p> <p>• يحقق الإخلاص في عمله ويحاسب نفسه على ذلك</p> <p>• يثابر على تزكية نفسه</p> <p>• يسارع في فعل الخيرات في مجاله .</p>	<p>• يحافظ على الواجبات الشرعية ويتجنب المحرمات ويحذر الشبهات</p> <p>• يستشعر أهمية الإخلاص ويجاهد نفسه على تحقيقه</p> <p>• يهتم بتزكية نفسه</p> <p>• يهتم بأعمال الخير والإحسان رجاء أجرها خاصة في مجاله.</p>	<p>خيرته وشره إيمانا صحيحا لا يخل بتحملة المسؤولية عن أفعاله ومحاسن نفسه ويحثه على فعل الأسباب</p> <p>• يستشعر عظمة الصلاة ووجوب المحافظة عليها</p> <p>• يتعرف على أهمية الجوانب الروحية في تحقيق الصحة</p>	
--	--	---	--

مؤشرات اكمال بناءه وممارسته خلال الممارسة بعد التخرج	مؤشرات بناءه الأساس خلال المرحلة الجامعية في الكليات الطبية والدراسات العليا	معايير ومؤشرات توفر الاستعداد لها والتوجيه الإيجابي حيالها لدى المتقدمين للتدريب في المجال الصحي	مجال المعايير
<p>• يقدر دور العلم الشعرعي في الممارسة الطبية العملية .</p> <p>• لا يمارس بغير علم</p> <p>• يتحلى بمكارم الأخلاق الشرعية والمهنية ويعلمها لطلابها والعاملين معه</p>	<p>• معرفة أحكام العورة وحفظها</p> <p>• معرفة أحكام التعامل بين الرجال والنساء لم بأحكام العبادات في الصحة والمرض وكيفية ممارستها من صلاة وصيام وحج و عمرة .</p> <p>• يتعرف على ويحلل جوانب تميز المسلمين</p>	<p>المعرفة الأساسية المرتتبة على دراسته الثانوية في المجال الشعرعي وتوجهاته وممارسته الشخصية فيما يلي :</p> <p>• قراءة القرآن</p>	2- مجال العلم الشعرعي والفقه الطبي

<p>• • يمارس الهدى النبوي في الصحة والمرض ويعلمه لطلابه والعاملين معه وينصح به مراجعيه . • يمارس مسؤولياته الطبية ويحقق لوازمها على أسس شرعية ومهنية وأخلاقية • يستفيد من جوانب تميز علماء المسلمين في مجال الصحة ويعلمها لطلابه • يمارس تطبيقات مقاصد الشريعة والقواعد الفقهية في فهم الأحكام الفقهية للمستجدات في الممارسة الطبية ويعلمها لزملائه وطلابه • يعلم طلابه وزملائه ومرضاه أحكام العبادات في الصحة والمرض .</p>	<p>في مجال الصحة • يقدر أهمية التعلم الذاتي المنهجي للعلوم الشرعية ذات الصلة بالمجال الطبي . • يلتزم المنهجية العلمية ويقدر خطورة غيابها • يقدر خطورة القول في الطب بغير علم • يطبق ويتمثل عناصر السمو الأخلاقي • يسرد ويشرح مجموعة من الآيات والأحاديث ذات الصلة بخلق الإنساني أو التوجيه الرباني والهدى النبوي في الصحة والمرض • ممارسة مبنية على معرفة شرعية بأحكام ولوازم والمسؤولية والممارسة الطبية • يدرك مقاصد ال شرعية والقواعد الفقهية الكلية والأصول الفقهية الأساسية وتطبيقاتها في الممارسة الطبية .</p>	<p>والاعتناء به • المعرفة العامة بسيرة النبي صلى الله عليه وسلم وعموم هديه • مسائل التوحيد والإيمان وعلاقتها بالسلوك • عناصر السمو الأخلاقي لدى المسلم • أحكام التعامل مع الآخرين في حال اختلاف الدين والجنس • القواعد الفقهية الكلية .</p>	
--	---	--	--

<p>مؤشرات اكتمال بناءه وممارسته خلال الممارسة بعد التخرج</p>	<p>مؤشرات بناءه الأساس خلال المرحلة الجامعية في الكليات الطبية والدراسات العليا</p>	<p>معايير ومؤشرات توفر الاستعداد لها والتوجيه الإيجابي حيالها لدى المتقدمين للتدريب في المجال الصحي</p>	<p>مجال المعايير</p>
<ul style="list-style-type: none"> • يتميز في اتصافه بمحاسن الأخلاق . • ينتقد مظاهر الإخلال بالأمر الذوقية في الممارسة الطبية . • يتبنى برامج لتنمية الجانب الذوقي والأخلاقي • ينمي قيم الرجولة في نفسه و زملائه و طلابه • متمكن من فقه الأخلاق الطبية في مجال تخصصه • يقدر أثر الأخلاق والسلوك على نجاح الممارسة الطبية . • يناقش قضايا الأخلاق الطبية على مستوى المجتمع • متمكن من مهارات التربية الخلقية في مجال التخصص • يعلم الضوابط الأخلاقية في التعامل في حال اختلاف ... الخ • يستوعب المسؤولية 	<ul style="list-style-type: none"> • يتصف بمحاسن الأخلاق المحموده ويتجنب سفاستها • يلتزم بمراعاة ذائقة الآخرين • يتمثل قيم الرجولة و يدعوا لها . • يجتهد لأن يكون قدوة للآخرين في مجال عمله . • يقدر أهمية الأخلاق ومنزلتها الدينية والاجتماعية والمهنية • يناقش قضايا الأخلاق في مجال تخصصه • يدرك مكونات وأهمية أخلاقيات المنشآت الصحية المهنية وتعليمية وتجارية وبحثية) • يساهم في مناقشة وحل المعضلات الأخلاقية في المنشآت الصحية • يمارس الضوابط الأخلاقية في التعامل 	<ul style="list-style-type: none"> • يعرف محاسن الأخلاق المحموده في تعامله مع ربه وزملائه • يراعي الأمور الذوقية والأخلاقية ويهتم بذائقة الآخرين في تعامله مع أساتذته ورؤسائه وزملائه • يدرك أهمية التأسى بالقدوات • يدرك خطورة الخلل السلوكي • يدرك أهمية الضوابط الأخلاقية في التعامل مع الآخرين . • يتعرف على مفهوم المسؤولية الطبية ومكوناتها • يتعرف على مفهوم العهد أو القسم الطبي و دواعيه وأحكامه ولوازمه • يتعرف على أهمية القيام 	<p>3- المجال السلوكي والأخلاقي</p>

<p>الطبية ويمارسها . • يعرف يعلم طلابه وزملائه قضايا المسؤولية الطبية ومواثيقها وتطبيقاتها • يشارك في حلقات نقاش حول هذه الموضوعات • قد تكون له مشاركات في لجان المقاضاة الطبية مؤقتة أو دائمة • يساهم في مناقشة حالات وقضايا متعلقة بجوانب سلوكية وأخلاقية مهنية أو تعليمية أو إدارية أو تجارية أو بحثية .</p>	<p>في حال اختلاف الجنسية أو الجنس أو الدين • يتفهم المسؤولية الطبية ومكوناتها ولوازمها . • يتفهم حيثيات القسم أو العهد الطبي ويناقش مكوناته ولوازمه • يمارس تطبيقات عملية على المسؤولية الطبية • يتعرف على مفهوم المواثيق الطبية وأنواعها وأشهرها . • يتعرف على الأنظمة والقوانين المحلية الحاكمة على الممارسة الطبية ولجان ونظم المقاضاة الطبية والتحكيم في المجال الصحي ويتفهم تداخلية الحقوق والواجبات للممارسة الطبية . • يتعرف على الجوانب السلوكية والأخلاقية المتعلقة بالممارسة المهنية أو الجوانب التعليمية أو الإدارية أو التجارية في العمل الطبي .</p>	<p>بالواجبات وتحصيل الحقوق في الممارسة الطبية.</p>
---	--	--

مؤشرات اكمال بناءه وممارسته خلال الممارسة بعد التخرج	مؤشرات بناءه الأساس خلال المرحلة الجامعية في الكليات الطبية والدراسات العليا	معايير ومؤشرات توفر الاستعداد لها والتوجيه الإيجابي حيالها لدى المتقدمين للتدريب في المجال الصحي	مجال المعايير
<ul style="list-style-type: none"> • قادر على إنتاج معرفة وممارسات جديدة . • يفكر بموضوعية وحياد • يتسم با لمرونة والانفتاح • يتكيف مع المستجدات والمواقف • يطور أدوات تفكير فاعلة في حياته الشخصية وممارسته الطبية • يجيد تقويم المشروعات والبرامج الطبية في مجال تخصصه. • يقدم مشروعات وبرامج وحلول ابتكاريه في مجاله • يستشرف المستقبل 	<ul style="list-style-type: none"> • يمارس مهارات التفكير الأساسية وتطبيقاتها في التعليم و التعلم والممارسة الطبية . • يتقن مهارات جمع المعلومات • متمكن من مهارات التفكير التحليلي وتطبيقاتها • متمكن من مهارات تشخيص المشكلات وحلها • يقدر الإبداع ويمارس مهارات التفكير الإبداعي • يدرك أهمية الموضوعية والحيادية • يدافع عن رؤاه الطبية • يدرك أهمية الاستشراف 	<ul style="list-style-type: none"> • يدرك مهارات التفكير الأساسية كالتصنيف والمقارنة والمقاربة والتلخيص والتخلييل • يدرك أهمية المعلومات ووسائل ومصادر جمعها • يعرف معنى الإبداع • يدرك أهمية التفكير • يصف بعض أخطاء التفكير ومعوقاته 	<p>4 - المجال العقلي</p>

مؤشرات اكتمال بناءه وممارسته خلال الممارسة بعد التخرج	مؤشرات بناءه الأساس خلال المرحلة الجامعية في الكليات الطبية والدراسات العليا	معايير ومؤشرات توفر الاستعداد لها والتوجيه الإيجابي حيالها لدى المتقدمين للتدريب في المجال الصحي	مجال المعايير
<ul style="list-style-type: none"> • قادر على إدارة الضغوط والمشكلات • يمتلك شخصية ثابتة • متوازن • يعمل على تحقيق أهداف طموحة في حياته • يقوم ذاته ويصححها • يوظف الاستشارة إيجابيا • صاحب إرادة قوية • وديع ومتسامح • صاحب إنجاز • يتخذ قرارات فاعلة • يدير وقته بكفاءة • ينمي قدراته ومهاراته ذاتيا • يطور نفسه مهنيا • يهتم بالتعليم ويمارسه • يعلم ذلك كله لطلابه وزملائه 	<ul style="list-style-type: none"> • متفائل وطموح • يتحلى بالاعتدال • يتحلى بالوداعة والتسامح • يستشير • يعترف بأخطائه • مثابر ومنجز • يقدر المسؤولية • مبادر وفاعل • يعتني باتخاذ قراراته الشخصي والمهنية • منظم • محافظ على صحته • يلتزم بمعايير الأمن والسلامة • يهتم باكتساب المهارات • يطور نفسه • يهتم بتعليم الآخرين 	<ul style="list-style-type: none"> • يتحدث بإيجابية عن نفسه • يشعر بقدرته على تحقيق أهدافه • يعرف نقاط القوة لديه • يدرك أهمية : 1. الاستقلال بنفسه 2. اكتساب عادات صحية وغذائية سلمية 3. ضبط سلوكه ويسيطر على انفعالاته • استشارة من يثق بهم • ضبط رغباته • الاعتراف بأخطائه • المثابرة والإنجاز • المبادرة • تحمل المسؤولية • تنظيم وقته • تطوير نفسه 	<p>5 - المجال النفس سي وإدارة الذات</p>

مؤشرات اكتمال بناءه وممارسته خلال الممارسة بعد التخرج	مؤشرات بناءه الأساس خلال المرحلة الجامعية في الكليات الطبية والدراسات العليا	معايير ومؤشرات توفر الاستعداد لها والتوجيه الإيجابي حبالها لدى المتقدمين للتدريب في المجال الصحي	مجال المعايير
<ul style="list-style-type: none"> • يعمل طلابه ومراجعيه أهمية وممارسة المرجعية الشرعية في القضايا الطبية • صاحب رؤية في توصيف الواقع الصحي وأسبابه وعلاجه . • يسهم في نماء وتطوير المعرفة والممارسة الطبية ويدرب طلابه على ذلك • يتمتع بثقافة عامة متميزة 	<ul style="list-style-type: none"> • يلتزم المرجعية الشرعية في ممارسته الطبية • يستحضر الأجر الأخروي لممارساته الطبية • قادر على تشخيص وفهم الواقع الصحي وألوياته • يسهم في نماء وتطوير المعرفة والممارسة الطبية • يعتني بتطوير ثقافته العامة 	<ul style="list-style-type: none"> • يسلم بالمرجعية الشرعية لكافة أعمال الإنسان المسلم الدينية و الدنيوية. • يعرف بأن العمل عبادة • يدرك حاجة البشرية للعلم المادي النافع • يدرك أهمية الوعي الصحي العام • يدرك أهمية تطوير ثقافته العامة 	6 - المجال الفكري والمنهجي

مؤشرات اكمال بناءه وممارسته خلال الممارسة بعد التخرج	مؤشرات بناءه الأساس خلال المرحلة الجامعية في الكليات الطبية والدراسات العليا	معايير ومؤشرات توفر الاستعداد لها والتوجيه الإيجابي حيالها لدى المتقدمين للتدريب في المجال الصحي	مجال المعايير
<ul style="list-style-type: none"> • يطور م ن أدائه لدوره في تعزيز الصحة والوقاية على مستوى المجتمع • قادر على الإسهام الفاعل في التغيير الاجتماعي الصحي الإيجابي • قادر على القيام بمهام صحية إدارية في مؤسسات القطاع الخيري و المجتمع المدني الصحية • يسهم بدور إيجابي في تحسين العادات الصحية لدى المجتمع • يتميز بفاعلية في المجال الاجتماعي • يقود مشروعات صحية ومجتمعية • يسهم في تطوير النظام الصحي 	<ul style="list-style-type: none"> • يمارس علمه الطبي بتوازن لا يأتي على حساب أسرته ومجتمعه. • صاحب مساهمة فاعلة في العمل الصحي الخيري والمدني • قادر على تشخيص مشكلات مجتمعه الص حية عموماً وتلك المتعلقة بأخلاقيات ونظم الممارسة خصوصاً • يجيد مهارات التواصل والمقابلة الفعالة مع مرضاه وذويهم والمجتمع • يجيد الحوار ويحتوي الخلاف • يعي دوره الاجتماعي كطبيب وعنصر تغيير وتطوير • يعرف ويساهم في مؤسسات المجتمع المدني ذات الصلة 	<ul style="list-style-type: none"> • يقدر مسؤوليته تجاه أسرته ومجتمعه في شمول وتوازن • يساهم في العمل الصحي المدني والخيري والتطوع • يقدر النظام ويلتزم به • يحسن التعامل مع الآخرين 	<p>7 - المجال الأسري والاجتماعي</p>

المصفوفة العشرية

	بمجاله .		
--	----------	--	--

<p>مؤشرات اكتمال بناءه وممارسته خلال الممارسة بعد التخرج</p>	<p>مؤشرات بناءه الأساس خلال المرحلة الجامعية في الكليات الطبية والدراسات العليا</p>	<p>معايير ومؤشرات توفر الاستعداد لها والتوجيه الإيجابي حيالها لدى المتقدمين للتدريب في المجال الصحي</p>	<p>مجال المعايير</p>
<ul style="list-style-type: none"> • يتطور ثروته اللغوية • يتطور مهاراته اللغوية • يتذوق جمال اللغة • يتقن مهارات الحوار والتواصل • يتجنب معوقات الاتصال • ينمي ذكائه الوجداني ويوظفه في فهم الآخرين والتعامل معهم 	<ul style="list-style-type: none"> • ينمي ثروته اللغوية العامة والتخصصية بلغة الأم وباللغة الإنجليزية . • يستخدم مهارات القراءة الفاعلة • متمكن من مهارات التحدث والكتابة والحوار • متمكن من مهارات التواصل ويوظف اللغة غير اللفظية في التواصل • يتسم بالذكاء الوجداني من حيث اكتساب الوعي بذاته وإدارة انفعالاته وفهم انفعالات الآخرين ولغة جسدهم • يعرف معوقات الاتصال 	<ul style="list-style-type: none"> • يدرك أهمية إتقان لغته الأم في ممارسته الحياتية و المجتمعية وإتقان اللغة الإنجليزية في الجانب المهني • يدرك أهمية الاهتمام بالتعبير بوضوح وتطوير مهارات القراءة و التحدث والكتابة والاستماع والإصغاء وفهم واستخدام لغة الجسد والتواصل الإيجابي مع من حوله وممارسة الذكاء الوجداني . 	<p>8 - مجال اللغة والتواصل</p>
<p>مؤشرات اكتمال بناءه وممارسته خلال الممارسة بعد التخرج</p>	<p>مؤشرات بناءه الأساس خلال المرحلة الجامعية في الكليات الطبية والدراسات العليا</p>	<p>معايير ومؤشرات توفر الاستعداد لها والتوجيه الإيجابي حيالها لدى المتقدمين للتدريب في المجال الصحي</p>	<p>مجال المعايير</p>

<ul style="list-style-type: none"> • يتعامل مع مصادر المعلومات بفاعلية • يجيد توظيف المعلومات . • يجيد التوظيف السريع للتقنية في تسهيل ممارسته الطبية . • يعلم طلابه تطبيقات تقنية المعلومات في الممارسة العملية . 	<ul style="list-style-type: none"> • يتمكن من التعامل مع مصادر المعلومات بما في ذلك استخدام الشبكة والموسوعات والمعاجم و المكتبات الالكترونية • يجيد التعامل مع المعلومات • يوظف التقنية إيجابيا • يوظف التقنية في ممارسته الطبية العملية • يستخدم برنامج الإحصاء الحيوي الأساسي <p>INFO أو SPSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • التعرف على التعامل مع مصادر المعلومات • معرفة أسس التعامل مع المعلومات في المجال الصحي • متمكن من مهارات الحاسب الأساسية • التوظيف الإيجابي للتقنية • يتعرف على أخلاقيات استخدام التقنية • يتعرف على البرامج الأساسية في الإحصاء الحيوي 	<p>9 - المجالات التقنية والمعلوماتية</p>
<p>مؤشرات اكتمال بناءه وممارسته خلال الممارسة بعد التخرج</p>	<p>مؤشرات بناءه الأساس خلال المرحلة الجامعية والدراسات العليا</p>	<p>معايير ومؤشرات توفر الاستعداد لها والتوجيه الإيجابي حيالها</p>	<p>مجال المعايير</p>

<ul style="list-style-type: none"> • يعمل على اكتشاف وحفز المواهب في إدارته وفي مجال تخصصه • يكافئ على الإبداع • يطبق نظم إتقان العمل مثل التحسين المستمر للجودة أو 6 سيقما أو أيزو أو غيرها . • يركز على الأهداف والإنجاز • يقدر التجديد 	<ul style="list-style-type: none"> • يتعرف على أهمية الهيكلية الإدارية الفاعلية المحققة للإستراتيجية . • يستشعر أهمية اكتشاف المواهب وتنميتها وحفزها • يبحث على الإبداع ويحفز المبدعين • يدرك أهمية قيادات الصفوف الأولى وتوحد قناعاتها وتلاحمها وبناءها لعلاقات فاعلة فيما بينها • يدرك أهمية القيادة العليا القوية الواضحة والداعمة • يتفهم أهمية إتقان العمل وأهم أنظمة الجودة 	<ul style="list-style-type: none"> • يتعرف على أهمية القيادة في رفع كفاءة العمل الصحي • يقدر أهمية التخطيط الصحي على مستوى المنشأة والإدارة الإقليمية والإدارة العليا ووضوح الإستراتيجية • يتعرف على أهمية نشر ثقافة الإستراتيجية الصحية وزرع القناعة بها كأساس لتطبيقها . 	<p>10 - المجال القيادي والإداري</p>
--	---	---	---

قائمة المراجع

1. د. مأمون عبد الكريم : رضا المريض عن الأعمال الطبية والجراحية ، دار المطبوعات الجامعية ، الاسكندرية 2006
2. د . علي جابر محجوب علي : الرضا عن الغير في مجال الأعمال الطبية ، دار النهضة العربية ، القاهرة. 2010
3. هشام محمد مجاهد القاضي : الامتناع عن علاج المريض بين الفقه الإسلامي والقانون الوضعي: دار الفكر الجامعي ، الاسكندرية 2007

4. د . علي حسين نجيدة : التزامات الطبيب في العمل الطبي ، دار النهضة العربية ، القاهرة 1997
5. د. أسامة عبد الله قايد : المسؤولية الجنائية للأطباء ، دراسة مقارنة . دار النهضة العربية ، القاهرة 2003 .
6. حسن زكي الأبراشي : المسؤولية الجنائية للأطباء والصيادلة ، دار المطبوعات الجامعية ، مصر 1989
7. د. حنا منير رياض : الخطأ الطبي الجراحي في الشريعة الإسلامية والقوانين العربية والأوروبية والأمريكية ، دار الفكر الجامعي ، الاسكندرية 2008 .
8. د.حسان شمسي باشا و د . محمد علي البار : مسؤولية الطبيب بين الفقه والقانون ، دار القلم دمشق ودار البشير جدة 2004
9. د . وفاء حلمي أبو جميل : الخطأ الطبي ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، 1987
10. عبد الله بن سالم الغامدي : مسؤولية الطبيب المهنية ، دار الأندلس الخضراء ، جدة 1997
11. د. محمود عبد ربه محد القبلاوي : المسؤولية الجنائية للصيادلة . دار الفكر الجامعي ، الاسكندرية 2010
12. د. علي محمد علي أحمد : إفشاء السر الطبي وأثره في الفقه الإسلامي ، دار الفكر الجامعي ، الاسكندرية 2007
13. موفق علي عبيد :المسؤولية الجزائية للأطباء عن إفشاء السر المهني ، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان 1998 .
14. د. حامد بن مدة الجدعاني : حكم إفشاء السر الطبي في الفقه الإسلامي. رسالة دكتوراة. جامعة أم القرى
15. إدارة التوعية الدينية بالشؤون الصحية بمنطقة الرياض : ندوة تطبيق القواعد الفقهية على المسائل الطبية (3 مجلدات) 2008.
16. د. عبد الجبار دية : الطبابة ، أخلاقيات وسلوك . الرياض 1421 هـ
17. د.زياد درويش : آداب الطب ، منشورات جامعة دمشق 1996
18. د. زهير السباعي، د . محمد علي البار :الطبيب أدبه وفقهه ، . دار القلم ، دمشق
19. الهيئة السعودية للتخصصات الصحية : أخلاقيات مهنة الطب . الرياض 2003

20. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية : الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية . الكويت 2005
21. القواعد الارشادية الأخلاقية العالمية لأبحاث الطب الحيوي المتعلقة بالجوانب الإنسانية "رؤية إسلامية " أعدت من قبل (CIOMS) بالتعاون مع (WHO) والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية الكويت 2004
22. د. وجيه زين العابدين : الطبيب المسلم ، مكتبة المنار الإسلامية ، الكويت 1987
23. د. جميل عبد المجيد عطية : تنظيم صناعة الطب خلال عصور الحضارة العربية الإسلامية . مكتبة العبيكان 2002
24. د. حسن بن أحمد الفكي : أحكام الأدوية في الشريعة الإسلامية ، مكتبة دار المنهاج ، الرياض 1425 هـ .
25. د. نزيه حماد : المواد المحرمة والنجسة في الغذاء والدواء بين النظرية والتطبيق . دار القلم ، دمشق 2004
26. د. محمد علي البار :الموقف الشرعي و الطبي من التداوي بالكحول والمخدرات ، الدار السعودية جدة 2003
27. د. قذافي عزات الغنאים : الاستحالة وأحكامها في الفقه الإسلامي ، دار النفائس ، عمان ، 2008
28. جمانة محمد عبد الرزاق أبو زيد : الانتفاع بالأعيان المحرمة من الأطعمة والأشربة والألبسة . عمان 2005
29. د. عبد الله بن محمد الطريفي : الاضطرار إلى الأطعمة والأدوية المحرمة . مكتبة المعارف ، الرياض 1992
30. د. رياض محم د العلمي : الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم . عالم المعرفة، العدد 121، يناير 1988
31. عبد الفتاح أبو كييلة : الفحص الطبي قبل الزواج ، والأحكام الفقهية المتعلقة به . دار الفكر الجامعي ، الاسكندرية 2008
32. الطبيب بو حالة : الفحوصات الطبية قبل الزواج : دراسة مقارنة . دار الفكر والقانون ، المنصورة 2010
33. د. عبد الساتر أبو غدة : بحوث في الفقه الطبي والصحة النفسية من منظور إسلامي ، دار الأقصى ، القاهرة 1991
34. د. محمد علي البار : الفحص قبل الزواج والاستشارة الوراثية . الندوة العالمية للشباب الإسلامي 1420 هـ

35. د. حسني محمود عبد الدايم : عقد إجارة الأرحام بين الحظر والإباحة ، دار الفكر الجامعي ، الاسكندرية 2007 .
36. د. حاتم أمين محمد عبادة : العلاج الجيني والفحوص الوراثية بين المعطيات العلمية والأحكام الشرعية : دراسة فقهية مقارنة . دار الفكر الجامعي ، الاسكندرية 2010 .
37. د. حاتم أمين محمد عبادة : التحكم في جنس الجنين بين النظريات الطبية والأحكام الشرعية : دراسة فقهية مقارنة . دار الفكر الجامعي ، الاسكندرية 2010 .
38. عبد الرشيد قاسم : اختيار جنس الجنين ، دراسة فقهية طبية ، مكتبة الأسد ، مكة 2003
39. جامعة الإمارات العربية : بحوث مؤتمر الهندسة الوراثية بين الشريعة والقانون (4 مجلدات) 2002م
40. خليفة علي الكعبي : البصمة الوراثية وأثرها على الأحكام الفقهية . دراسة فقهية مقارنة . دار النفائس ، الأردن 2006 .
41. د. حسني محمود عبد الدايم : البصمة الوراثية ومدى حجيتها في الإثبات : دراسة مقارنة بين الفقه الإسلامي و القانون الوضعي . دار الفكر الجامعي ، الاسكندرية 2007 .
42. د. محمد خالد منصور : الأحكام الطبية المتعلقة بالنساء في الفقه الطبي . دار النفائس ، الأردن 1999
43. د. عادل الصاوي محمد الصاوي : الأحكام المتعلقة بالهرمونات في ضوء الاجتهادات الفقهية والمعطيات الطبية : دار الفكر الجامعي ، الاسكندرية 2010 .
44. د. عبد الفتاح إدريس : أحكام العورة في الفقه الإسلامي ، دار النهضة العربية ، القاهرة
45. د. عبد الفتاح محمود إدريس : قضايا طبية من منظور إسلامي . القاهرة 1993 .
46. د. رجب كريم عبد الله : المسؤولية المدنية لجراح التجميل ، دار النهضة العربية ، القاهرة 2009 .
47. د . محمد سامي الشوّا : مسؤولية الأطباء وتطبيقاتها في قانون العقوبات (التجارب الطبية ، جراحة التجميل ، عمليات تحول الجنس ، استقطاع الأعضاء ونقلها). دار النهضة القاهرة 2003.
48. د. عيد محمد المنوخ العازمي : جراحة التجميل بين ال مشروعية والمسؤولية . دار النهضة العربية ، القاهرة 2010 .

49. د. أزهار محمود المدني : أحكام تجميل النساء في الشريعة الإسلامية ، دار الفضيحة ، الرياض 2002 .
50. د. عبلة جواد الهرش : التجميل بين الشريعة والطب . دار القلم ، دبي ، 2007 .
51. د. منذر الفضل : المسؤولية الطبية في الجراحة التجميلية . مكتبة دار الثقافة ، عمان 1992 .
52. د. محمود محمد عبد العزيز الزيني : مسؤولية الأطباء عن العمليات التعويضية والتجميلية والرتق العذري في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي . مؤسسة الثقافة الجامعية ، الإسكندرية .
53. د. صالح بن محمد الفوز : ان : الجراحة التجميلية دراسة فقهية (رسالة دكتوراة) ، الدار التدمرية الرياض 2007
54. د. عمر سليمان الأشقر ، د. محمد عثمان شبير ، د. عبد الناصر أبو البصل ، د. عارف علي عارف ، د. عباس أحمد الباز . دراسات فقهية في قضايا طبية معاصرة ، دار النفائس ، الأردن 2001 .
55. د. عبد الله حسين باسلامة : رؤية إسلامية لبعض القضايا الطبية ، جدة 1417 هـ .
56. محمد أحمد غانم : الاستنساخ : المكتب الجامعي الحديث ، القاهرة 2009 .
57. مجموعة من المؤلفين : الاستنساخ جدل العلم والدين والأخلاق ، دار الفكر ، دمشق 1997
58. د. سعود بن مسعد الثبيتي : نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) ، أحكامه وعلاقة المريض الأسرية والاجتماعية ، دار ابن حزم ، بيروت 1995 .
59. د. راشد مفرح الشهري : أحكام مرضى الإيدز في الفقه الإسلامي . مكتبة المزيني ، الطائف 2008
60. د. محمد عثمان شبير : القواعد الكلية والضوابط الفقهية في الشريعة الإسلامية . دار النفائس ، الأردن 2006 .
61. د. محمد المختار السلامي : الطب في ضوء الإيمان . دار الغرب الإسلامي ، بيروت 2001 .
62. د. عبد الله المصلح ، د. صلاح الصاوي : ما لا يسع الطبيب جهله . أكاديمية الشريعة بأمريكا ، 2009 .
63. د. أحمد كنعان : الموسوعة الطبية الفقهية ، دار النفائس ، بيروت 2000 .

64. د. عبلة الكحلوي : التحريم المتعلق بالدم وحكم نقل الدم . بحث فقهي ، دارالرشاد ، القاهرة 2003 .
65. عبد الإله ساعاتي ، أحسن العمري : الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية بين النظرية و التطبيق . مطبعة المحمودية ، السعودية 1424 هـ .
66. خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد : التأمين الصحي التعاوني ، الرياض 1421 هـ .
67. د.سعود فنيسان : التأمين الصحي في المنظور الإسلامي (قضية للبحث)،مجلة البحوث الإسلامية الفقهية المعاصرة . العدد31 ، 1417هـ
68. د.محمد علي القرني : التأمين الصحي. مجلة مجمع الفقه الإسلامي، العدد الثالث عشر الجزء الثالث ص 549- 592
69. د . محمد السيد عمران : التزام الطبيب باحترام المعطيات العلمية ، مؤسسة الثقافة الجامعية ، الإسكندرية 1992
70. د.سعد بن عبد العزيز الشويرخ : أحكام الهندسة الوراثية، كنوز اشبيليا للنشر والتوزيع ،الرياض 2007
71. د. صالح عبد العزيز كريم : الهندسة الوراثية وتكوين الأجنة : الحقيقة والمستقبل . دار المجتمع للنشر والتوزيع 1994 .
72. د. محمود محمد حسن الشريف : الوراثة وأثرها على صحة الإنسان ، دار الشريف للطباعة والنشر 1996
73. د. أحمد محمد كنعان : الضوابط الشرعية للبحث العلمي في حقل الطب. مجلة البحوث الفقهية المعاصرة . العدد الخامس والأربعون . إبريل 2000م
74. د. ناهدة البقصمي: الهندسة الوراثية والأخلاق. عالم المعرفة 174
75. "نظام مزاولة البحث على المخلوقات الحية " - الصادر عن اللجنة الوطنية للأخلاقيات الحيوية و الطبية بمدينة الملك عبد الع زيز للعلوم والتقنية بالرياض
76. د . سهير منتصر : المسؤولية المدنية عن التجارب الطبية في ضوء قواعد المسؤولية المدنية للأطباء ، دار النهضة العربية ، القاهرة
77. د.محمد علي البار ، د .حسان شمسي باشا ، . أخلاقيات البحوث الطبية، دار القلم ، دمشق ، دار البشير جدة ، 2008 م
78. الهيئة السعودية للتخصصات الصحية : أخلاقيات مهنة الطب، الرياض

79. د.حسان شمسي باشا و د. محمد علي البار و د. عدنان أحمد البار :
الرعاية الطبية :قضايا وحلول ،دار القلم دمشق و دار البشير جدة
80. د . رضا عبد الحليم عبد المجيد : المسؤولية القانونية عن النفائات
الطبية ، دار النهضة العربية ، القاهرة 1999.
81. د.عبد الإله ساعاتي ، أ .حسن العمري : الضمان الصحي التعاوني
في المملكة العربية السعودية بين النظرية و التطبيق . مطبعة المحمودية
، السعودية 1424هـ .
82. عثمان الحقييل : المعاملات التأمينية بين الفقه الإسلامي و القانون
الوضعي . الرياض ، مطابع الفرزدق 1987م .
83. خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد : التأمين الصحي التعاوني ،
الرياض 1421 هـ .
84. د.سعود فنيسان : التأمين الصحي في المنظور الإسلامي (قضية
للبحث)،مجلة البحوث الإسلامية الفقهية المعاصرة . العدد31 ، 1417هـ
85. د.شوكت محمد الفيتوري : التأمين الصحي و أثره في حماية القوى
العاملة ، المركز العربي للتأمينات الاجتماعية ، الخرطوم .
86. د. حسين مطاوع التركوري : التأمين الصحي في الفقه الإسلامي .
مجلة البحوث الفقهية المعاصرة ، العدد36 ، 1418هـ ص99-135
87. مصطفى أحمد الزرقا : نظام التأمين ، حقيقته و الرأي الشرعي فيه
، مؤسسة الرسالة ، بيروت 1994 .
88. المستشار محمد بدر المنياوي : التأمين الصحي وتطبيقاته المعاصرة
في ضوء الفقه الإسلامي : مجلة الفقه الإسلامي العدد الثالث عشر،
الجزء الثالث 1422هـ -2001م، ص 301-352.
89. د. محمد هيثم الخياط: التأمين الصحي. مجلة مجمع الفقه الإسلامي،
العدد الثالث عشر الجزء الثالث ص 427-466
90. د.محمد علي القرني : التأمين الصحي. مجلة مجمع الفقه الإسلامي،
العدد الثالث عشر الجزء الثالث ص 549-592
91. د. سيد محمد فهمي :الرعاية الاجتماعية من المنظور الإسلامي
المكتب الجامعي الحديث إسكندرية 1988
92. د.حسان شمسي باشا و د . محمد علي البار : الصوم بين الطب
والفقه ،الدار السعودية، جدة
93. د.حسان شمسي باشا :صوموا تصحوا ، دار القلم دمشق ودار
البشير جدة 2009

Research Reference

- Shaheent Elakhan, Elissa Hamlat, Turi McNamee and Cyndi Laird **Philosophy, Ethies, and Humanities in Medicine 2009, 4:13 doi: 10.1186/1747**
- Australian Medical council. **Goals and objectives of basic medical education; Guidelines for assessment and accreditation of medical schools. Canberra: AMC, 2000.**
- Working party of the Royal College of Physicians. **Doctors in society. Medical Professionalism m in a changing world. Clin Med 2005; 5 (Supp1).**
www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/doc/docomp
- General Medical Council. **Good Medical Practice / duties of a doctor. Asp**
- Robert FM. **Role Models and the learning environment essential elements in effective medical education. Acad Med 2001; 76:432-4.**
- **Medical students; professional values and fitness to practice. GMC and MSC (U.K) 2005.**
- **The Role of Bioethics in Medial education: A crucial Profession Under Threat. S. Van Mc Cray. An Action Bioscience. Org original article.**
- **Management for Doctors – guidance for doctors – Feb 2006 (pdf Document).**

مؤلفات الدكتور حسان شمسى باشا

منشورات دار القلم دمشق ، دار البشير جدة ، مكتبة السوادي جدة ، و دار
المنارة جدة:

في أمراض القلب

1. كيف تقي نفسك من أمراض القلب (الطبعة السادسة)
2. ارتفاع ضغط الدم (الطبعة الرابعة)
3. الدهون .. والكولسترول.. والقلب (الطبعة السادسة)
4. قلبك بين الصحة والمرض (الطبعة الثانية)
5. دليلك إلى عمليات القلب الجراحية (الطبعة الثانية) بالاشتراك مع الدكتور
عبد الله عشميق والدكتور وليد أبو خضير
6. دليلك إلى القسطرة القلبية بالاشتراك مع الدكتور خالد الشيببي والدكتور وقار
حبيب (الطبعة الثالثة)
7. دليلك إلى كهربائية القلب بالاشتراك مع الدكتور رائد سويدان و الدكتور فائز
بخاري (الطبعة الثانية)
8. الوقاية من أمراض القلب بالاشتراك مع البروفسور منصور النزهة (كتيب
المجلة العربية العدد الخامس والثلاثون ، فبراير 2000 م)
9. الوقاية من الحمى الروماتيزمية
10. الوقاية من أمراض شرايين القلب التاجية

في الصحة العامة

1. وصايا طبيب (الطبعة الرابعة)
2. شبابك كيف تحافظ عليه
3. صحتك بين الحقائق والأوهام
4. كيف تتخلص من الصداع (الطبعة الثانية)
5. كيف تتخلص من الإمساك ؟ (الطبعة الثانية)
6. أطباء الغرب يحذرون من شرب الخمر
7. القهوة والشاي : فوائدها وأضرارها (الطبعة الثالثة)
8. الميلاطونين : هل هو الدواء السحري ؟
9. القشرة والصلع والشيب والحناء
10. حذار حذار من هذه الكتب

في الطب النبوي

1. قبسات من الطب النبوي والأدلة العلمية الحديثة (الطبعة الثالثة)
2. زيت الزيتون بين الطب والقرآن (الطبعة الرابعة)
3. الأسرار الطبية الحديثة في السمك والحوت (الطبعة الثالثة)
4. النوم والأرق والأحلام .. بين الطب والقرآن (الطبعة الثالثة)
5. الأسودان : التمر والماء (الطبعة الرابعة)
6. الإعجاز الطبي في القرآن والسنة (كتيب المجلة العربية)
7. معجزة الاستشفاء بالعسل والغذاء الملكي (الطبعة السابعة)
8. الشفاء بالحبة السوداء بين الإعجاز النبوي والطب الحديث (الطبعة السابعة)
9. الأسرار الطبية الحديثة في الثوم والبصل (الطبعة الرابعة)
10. الرضاعة من لبن الأم (الطبعة الثانية)
11. - أسرار الختان تتجلى في الطب الحديث (الطبعة الثانية)
12. الطب النبوي بين العلم والإعجاز (الطبعة الثانية)

قضايا طبية فقهية

1. الدليل الطبي والفقهي للمريض في شهر الصيام
2. الصوم بين الفقه والطب بالاشتراك مع الدكتور محمد علي البار
3. صحتك في الحج والعمرة (الطبعة الثالثة)
4. صوموا تصحوا (الطبعة الثالثة)
5. رمضان بين يديك (بالاشتراك مع عدد من المؤلفين) دار العلوم ، عمان

أخلاقيات الطب

1. مسؤولية الطبيب بين الفقه والقانون (الطبعة الثانية) بالاشتراك مع الدكتور محمد علي البار
2. الرعاية الصحية .. مشاكل وحلول بالاشتراك مع الدكتور محمد علي البار والدكتور عدنان أحمد البار
3. أخلاقيات البحوث الطبية بالاشتراك مع الدكتور محمد علي البار
4. موسوعة أخلاقيات مهنة الطب بالاشتراك مع الدكتور محمد علي البار والدكتور عدنان أحمد البار

في الأدب والتاريخ

1. هكذا كانوا يوم كنا (الطبعة الثانية)
2. الداء والدواء بين الأطباء والأدباء (الطبعة الثانية)

في التربية والسلوك

1. أسعد نفسك وأسعد الآخرين (الطبعة الثالثة عشر)
2. كيف تربي أبناءك في هذا الزمان (الطبعة الثالثة عشر)
3. همسة في أذن شاب (الطبعة السابعة عشر)
4. همسة في أذن فتاة (الطبعة السابعة عشر)
5. سهرة عائلية في رياض الجنة (الطبعة السابعة)
6. عندما يحلو المساء (الطبعة الرابعة)
7. همسة في أذن زوجين

كتب باللغة الإنجليزية :

- 1.Hope heartcare handbook , Manchester Freepress 1987 ,
Manchester
- 2.Handbook of coronary care blackwell Scientific is Publication
1990 London.
- 3.Patient's Guide to heart disease . Dar Al-
Manara , Jeddah 1997

الفهرس

- 3..... الفصل الحادي والعشرون: أخلاقيات الوراثة الطبية**
- 5 مشروع الجينوم البشري.....
- 5 مشروع (الجينوم):.....
- 6 أهداف المشروع:.....
- 8 ويتوقع العلماء أن يهدف هذا المشروع إلى تحقيق الغايات التالية:.....
- 8 هل في المشروع ثورة طبية؟!.....
- 9 (الجينوم) والأخلاقيات:.....
- 11..... الهندسة الوراثية**
- 13 الهندسة الوراثية والطب البشري:.....
- 14 مخاطر الهندسة الوراثية:.....
- 15 حرب الجينات:.....
- 15 الأمراض الوراثية:.....
- 18..... الوراثة والقرابة**
- 20 إخبار الخاطبين:.....
- 21 التداوي بالأدوية المعدلة وراثياً:.....
- 22 العلاج الجيني:.....
- 23 منافع العلاج الجيني.....
- 25..... قرار مجلس المجمع الفقهي الإسلامي.....**
- 25..... بشأن استفادة المسلمين من علم الهندسة الوراثية**
- 28..... الفحص الطبي الوراثي ما قبل الزواج**
- 29 الفحص الطبي قبل الزواج.....
- 29 أهمية الفحص الطبي الوراثي ما قبل الزواج:.....
- 30 الأهداف المرجوة من الفحص الطبي الوراثي قبل الزواج:.....
- 30 أنواع الفحص الطبي:.....

- 31..... الأمراض الوراثية التي يمكن فحصها بصفة عامة:
- 32..... هل سلامة التحاليل تعني أن الشخص خالٍ تماماً من الأمراض الوراثية؟
- 33..... اعتراضات على الفحص الطبي قبل الزواج
- 33..... الفحص الطبي قبل الزواج والأحكام الفقهية:
- 35..... ويقول فضيلة الشيخ محمد المختار السلامي : .
- 36..... الفحص الطبي قبل الزواج في المملكة العربية السعودية :
- 37..... وأخيراً نقترح ما يلي:
- 39..... البصمة الوراثية**
- 39..... ماهي البصمة الوراثية؟
- 41..... تعيين البصمة الوراثية:
- 41..... إثبات النسب:
- 43..... الضوابط الشرعية للعمل بالبصمة الوراثية:
- 43..... ضوابط إجراء تحليل البصمة الوراثية :
- 44..... استخدام البصمة الوراثية في المجال الجنائي.
- 46..... قرار بشأن البصمة الوراثية ومجالات الاستفادة منها**
- 50..... توصيات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية**
- 50..... أولاً - مبادئ عامة:
- 53..... ثانياً - الجينوم (المجين) البشري:
- 53..... ثالثاً - الهندسة الوراثية:
- 55..... رابعاً - البصمة الوراثية:
- 55..... خامساً - الإرشاد الوراثي (الإرشاد الجيني):
- 56..... سادساً - الأمراض التي يجب أن يكون الاختبار الوراثي فيها إجبارياً أو اختيارياً:
- 58..... الفصل الثاني والعشرون: الخلايا الجذعية والقضايا الأخلاقية والفقهية**
- 60..... ما هي أهمية الخلايا الجذعية؟
- 63..... ما هي الخلايا الجذعية؟ وكيف تتكوّن؟ وما هو مصيرها؟
- 79..... القرار الثالث بشأن موضوع: الخلايا الجذعية**
- 83..... الفصل الثالث والعشرون: اختيار جنس الجنين**
- 85..... تمهيد.....
- 86..... وسائل التحكم في جنس الجنين
- 87..... طرق فصل الحيوانات المنوية:
- 91..... مميزات التلقيح الصناعي الخارجي (أطفال الأنابيب):
- 92..... الرأي الطبي في اختيار جنس الجنين:
- 94..... عيوب هذه الطريقة في تحديد واختيار جنس الجنين تتمثل في الآتي:
- 96..... رأي الفقهاء المعاصرين في حكم اختيار جنس الجنين⁰.
- 99..... فتوى المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي بمكة المكرمة**
- 99..... القرار السادس: اختيار جنس الجنين**

103..... الفصل الرابع والعشرون: حالات تغيير الجنس

105..... تمهيد

110..... الفصل الخامس والعشرون: الاستنساخ البشري

113..... معنى الاستنساخ في اللغة؟

113..... معنى الاستنساخ في العلوم البيولوجية؟

113..... كيف تمت عملية استنساخ دولي؟

115..... هل الاستنساخ خلق من دون الله؟

115..... هل يمكن استنساخ الموتى؟

116..... ما هي ردود الفعل العالمية تجاه الاستنساخ؟

117..... الاستنساخ الحيواني "الاستنساخ البشري":

117..... «الهندسة الوراثية» و «الاستنساخ»:

118..... ما هي الاستخدامات التي يقترحها أنصار الاستنساخ البشري؟

118..... ما هي مخاطر الاستنساخ البشري؟

119..... الاستنساخ البشري وأثره على المجتمع:

119..... هل هذا النسخ يؤدي إلى زواج المحارم أم إلى تحريمها؟

120..... الموقف الشرعي من الاستنساخ البشري:

122..... قرار رقم: 94 (10/2) بشأن الاستنساخ البشري

123..... مقدمة:

124..... تعريف الاستنساخ:

128..... الفصل السادس والعشرون: الإنعاش القلبي الرئوي والتداوي قرب نهاية الحياة

134..... إتخاذ قرار بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي

136..... من هم الذين يقرر الأطباء عدم استخدام الإنعاش القلبي الرئوي معهم؟

136..... من يقرر عدم إجراء الإنعاش؟

138..... واجبات الطبيب المعالج

153..... الفصل السابع والعشرون: الموت: تعريفه وعلاماته وتشخيصه

153..... موت القلب وموت الدماغ

155..... مقدمة:

158..... 1- تعريف الموت:

159..... 2- المفهوم الديني للموت:

161..... 3- أمارات الموت عند الفقهاء:

162..... 4- علامات الموت عند الأطباء:

164..... 5- موت الدماغ:

181..... الفصل الثامن والعشرون: الحالات النباتية المستمرة

202..... الفصل التاسع والعشرون: موت الرحمة: الموقف الغربي والموقف الإسلامي

204..... موت الرحمة (المرحمة)

225..... الموقف الإسلامي من «موت الرحمة»

235.....الفصل الثلاثون: زرع الأعضاء نظرة طبية فقهية

237.....(1) تاريخ غرس (زرع) الأعضاء:

247.....(1) الموقف الفقهي من غرس الأعضاء:

273.....الفصل الحادي والثلاثون: الصوم بين الطب والفقه

275.....المريض في رمضان: من يصوم ومن لا يصوم؟

277.....(1) الأمراض الهضمية في رمضان:

278.....(2) أمراض القلب في شهر الصيام:

280.....(3) الأمراض الصدرية في رمضان:

280.....(4) الأمراض الكلوية.. والصيام:

281.....(5) مرضى السكر.. ورمضان:

282.....من هو مريض السكر الذي لا يستطيع الصوم؟

282.....(6) الحامل والمرضع في شهر الصيام:

283.....التداوي.. والصيام:

285.....ما هي أجزاء البلعوم؟

285.....ما يدخل الجهاز الهضمي عن طريق الدبر:

286.....ما يدخل إلى التجويف البطني:

287.....مناظير الجهاز الهضمي:

287.....مناظير الجهاز الهضمي نوعان:

287.....ما يجعل الإحليل أو المثانة من دواء وغيره:

287.....ما يجعل في المهبل أو الرحم:

288.....ما يدخل الدماغ:

288.....ما يجعل في الأذن من دواء ونحوه:

288.....ما يدخل إلى العين:

289.....فما حكم البخاخ الذي يستعمل في مرض الربو؟

قرار مجمع الفقه الإسلامي في دورته العاشرة المنعقدة في جدة خلال الفترة من 23-28 صفر

1418 هـ (28 يونيو - 3 يوليو 1997م):