

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. مُحمَّد علي البار

استشاري أمراض باطنية، خبير
بالمجامع 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 البشرية 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 مالياً وتقنياً 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 صحيحًا 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 منهما 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: (وَمِنَ النَّاسِ وَالدَّوَابِّ وَأَلْبَانِ مُخْتَلِفٌ أَلْوَانُهُ كَذَلِكَ ۗ إِنَّمَا يَخْشَى اللَّهَ مِنْ عِبَادِهِ الْعُلَمَاءُ ۗ إِنَّ اللَّهَ عَزِيزٌ غَفُورٌ) **إفاطر:**

. [27 - 28]

ويخشى من الانحراف الأخلاقي في التعامل مع الجينوم البشري فقد تنحصر الاستفادة منه للعالم الأول وإهمال بقية

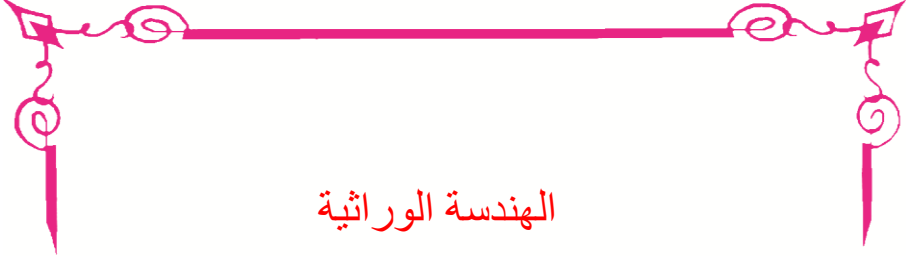
الشعوب، خاصة تلك الشعوب التي تعاني من الأمراض الوراثية الكبيرة.

كما أن فك الدلالات الوراثية للمجموعات البشرية مستقبلاً قد يجعل التفكير وارداً 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 تقنية جبارة تهدف إلى إضافة جينات جديدة تحمل إلى الكائن الحي صفات لم تكن موجودة من قبل، وتتجاوز التراكم الوراثية الموجودة إلى تراكم 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.

(6) تقنية هندسة أو تعديل الـدي إن أي (DNA engineering)، والتي تسمح بإنتاج نسخة معدلة من جين ما ثم إعادته مرة أخرى إلى الخلية⁽¹⁾.

وتعتبر الهندسة الوراثية أداة قوية تحمل في طياتها آمالاً كبيرة للطب والزراعة والصناعة والأمن الغذائي والبيئة، حيث تقدمت الأبحاث تقدماً كبيراً كبيراً حتى انتشر الحديث عن «ثورة الهندسة الوراثية»، ومع ذلك فهي تثير الكثير من المسائل الحساسة أخلاقياً وقانونياً واجتماعياً.

الهندسة الوراثية والطب البشري:

لقد امتدّت تطبيقات الهندسة الوراثية والتكنولوجيا الحيوية إلى جميع أوجه حياتنا اليومية؛ والبحث في الهندسة الوراثية مباح شرعاً إذا كان يستهدف كشف سنن الله في الخلق وفهمها وتسخيرها فيما ينفع العباد، شأنه في هذا شأن بقية البحوث التي يجريها العلماء لفهم الظواهر الكونية المختلفة، والقاعدة العامة في هذا قول الحق تبارك وتعالى: (قُلْ أَنْظُرُوا مَاذَا فِي السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَمَا تُعْنِي الْآيَاتُ وَالنُّذُرُ عَنْ قَوْمٍ لَا يُؤْمِنُونَ) [يونس: 101]، بل إن البحث في حقل الهندسة الوراثية مندوب شرعاً لما ثبت من فائدة الهندسة الوراثية في معالجة بعض المشكلات المرضية في الإنسان والحيوان والنبات.

(1) الهندسة الوراثية: د. عبد الرحمن السويد. (موقع الوراثة الطبية على الانترنت).

مخاطر الهندسة الوراثية:

يجب أن تستخدم **الهندسة الوراثية** لصالح البشرية، ولا تنحرف لخدمة مصالح بعض الأفراد أو المجتمعات المتطرفة؛ إذ إن الإستخدام 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 يردون 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 الأقدر 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 التخلف العلمي والتقني الذي يعاني 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 تعطل 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 وشور، وإبراز البعد الإسلامي في خدمة الإنسان والمجتمع، ووقايته وتحصينه ضد اندفاعات الغرب المتهورّة، التي تضرّ بالإنسان وفطرته السليمة وتتنافى مع تعاليم الإسلام⁽¹⁾.

حرب الجينات:

لم يكتف الإنسان بالكائنات التي تتحوّر وتحوّل 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 :

يقسّم 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 المتنتحية، الأمراض السائدة، والأمراض المرتبطة بالجنس المتنتحية والأمراض المرتبطة بالجنس السائدة .

(1) الأمراض المتنتحية هي أمراض تصيب الذكور والإناث بالتساوي ويكون كلا الأبوين حاملاً للمرض مع أنهما 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 ماركافان». 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 مقارنة بالإناث.

القسم الثالث: الأمراض المتعددة الأسباب :

ومعظم الأمراض تدخل تحت هذا القسم، كمرض السكر وارتفاع ضغط الدم والربو والصلب المشقوق والشفة 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 مصابان بأي نوع من هذه الأمراض يزداد 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 بقيه 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 بـ 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 الحفيدان 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 يبذلان 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 السويد بتصريف. (موقع الوراثة الطبية على الإنترنت).

أن يرزقا بأطفال مصابين بمرض وراثي، فإن معرفتهما بهذا الاحتمال سوف يقوي بإذن الله من ترابطهما. وبالمقابل، تجدُّ من لم يُخبره أحد بالمخاطر، يواجه فجأة معلومات وراثية خطيرة قد تعصف بأسرته وتشرد 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 الذرية.

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 بتصريف. (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 للانسولين الخنزيري. كما أمكن تحضير العديد من الهرمونات الهامة مثل هرمون النمو والهرمونات المنمّية للقند (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 وحقنها 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 بالفيروسات.

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 الإسلامي: قرارات مجمع الفقه الإسلامي 1423 هـ \ 2002 م ص 313.

وقد أثبتت الشبهات حول الطريقتين، حيث أثبتت على الطريقة الأولى شبهة أخلاقية، وهي: هل البصمة الوراثية لهذا الشخص ستكون مطابقة لابنه؟ كما أثبتت 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 ألا 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 يستفيد 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 حتحوت «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 الطفرات 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، والبياض 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 وإني أم أيتام 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: «اغتربوا ولا تزووا» 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 يعرض الذرية لهذا المرض.

فالأمراض الوراثية والتشوهات الخلقية تشكل نسبة من المواليد الجدد. ويتوقع إحصائياً أن يصاب طفل واحد من كل 25 طفل إما 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 الأمراض.

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 الناس 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. وينبغي على المتقدم التحري عن كل طفل أو بالغ في العائلة ولديه مرض يشتبه أن يكون خلقياً أو وراثياً. فالتاريخ المرضي لكل عائلة هو الذي ينبه الطبيب عن وجود مرض ما، وإذا عرف هذا المرض

فان على الطبيب التحقق من احتمالية انتقاله 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 الزواج سيقهيم من الأمراض.. وهذا غير صحيح.
- وكذا إيهامهم أن زواج الأقارب هو السبب المباشر 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 يخبرهما الطبيب يكون قد خدعهما ولم يؤد واجبه في إطلاعهما على حقيقة وضعهما.

ويجب عدم الإفصاح عن العيب الموجود عند الشخص الآخر، بل يكفي 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 معد 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 توكي 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 الصحية للزواج على جميع السعوديين وإلزام طرفي العقد بإحضار شهادة الفحص الطبي قبل إجراء عقد

النكاح ابتداءً من شهر محرم 1425هـ 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 يُجدي، إذ لا يعدم بعض الناس القدرة على التحايل والالتفاف على النص.

(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 الزواج ويشمل:

- (1) بعض الأمراض المعدية مثل الإيدز والتهاب الكبد الفيروسي (ب و ج).
- (2) بعض أمراض الدم الوراثية وبالذات التالاسيميا والانيميا المنجلية 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 المنجلية. 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.

البصمة الوراثية

تعتبر مسألة البصمة الوراثية ومدى الاحتجاج بها من القضايا المستجدة 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 البُصم وهو فوت ما بين طرف الخنصر إلى طرف البنصر وبَصَمَ بَصْماً 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 وتُورث؛ 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 والاعتصاب والسرقعة 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 الخصائص، 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 الإسلامية - وهو ما قرره القوانين الوضعية - إثبات «التعزير» 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

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 والتليفون 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 وأثارها 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 ضعف النفوس.
- (3) أن تستعمل التحاليل الفنية للبصمة الوراثية في الحالات التي يجوز فيها التأكد من إثبات النسب للمحافظة عليه، 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

فيه 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 علي سلامة تلك العينات وضماناً لصحة نتائجها، مع حفظ هذه الوثائق للرجوع إليها عند الحاجة.

(4) عمل التحاليل الخاصة بالبصمة بطرق متعددة، وبعدها 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 يظهر 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 الفحص، ودقة المعامل المخبرية،

(1) البصمة الوراثية ومدى حجيتها في الإثبات: د. حسني محمود عبد الدايم مرجع سابق.

(2) انظر «البصمة الوراثية وتأثيرها علي 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 ومشروعية استعمال الوسائل المتنوعة لاستخراج الحق ومعرفته.

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 أنها 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 كلفها 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 العيئة (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 (ادرووا الحدود بالشبهات) وذلك يحقق 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 والحيطه 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 انتفاء 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 المورثات (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 بجدة والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالإسكندرية والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، وذلك في الفترة من 23 - 25 جمادى الآخرة 1419هـ الذي يوافق 13 - 15 من شهر تشرين الأول/ أكتوبر 1998م. وتوصلت الندوة في ختام عملها إلى التوصيات التالية:

أولا - 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 مصداقا لقوله تعالى: **(وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ) [الإسراء: 70]**.

(2) الإسلام دين العلم والمعرفة كما جاء في قوله تعالى: **(ثَوْنُو نِي نِي نَبِي نِي نِي) [الزمر: 9]**، وهو لا يحجر على العقل الإنساني في مجال البحث العلمي النافع، ولكن حصيلة هذا البحث ونتائجه لا يجوز أن تنتقل تلقائيا إلى مجال التطبيقات العملية حتى تعرض على الضوابط الشرعية، فما وافق الشريعة منها أجيز، 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 والتوقّي من المرض مما يوصي به الإسلام ويحضُّ عليه (وَأَنْفِقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ) **[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 أيّا كانت سماته الوراثية.

(5) لا يجوز إجراء أي بحث أو القيام بأي معالجة أو تشخيص يتعلّق بمجين (جينوم) شخص ما، إلا بعد إجراء تقييم صارم ومسبّق للأخطار والفوائد المحتملة المرتبطة بهذه الأنشطة مع الالتزام بأحكام الشريعة في هذا الشأن، والحصول 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 تتعلّق 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 بالسريّة الكاملة كافة التشخيصات الجينيّة المحفوظة أو المعدّة لأغراض البحث 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 الأخلاقية 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 سنّة الله في خلقه وإعماله للآية الكريمة (تُو تُو تُو تُو تُو) **[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 تُبدل 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.

وتحذّر 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 حذّرت مؤخراً من احتمالات حدوث أضرار على المدى البعيد تضرّ 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 مُحضّر بالهندسة الوراثية لئتم 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 وتوعيته في الدول الإسلامية.

رابعاً - 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 تعتدُّ به جمهرة المذاهب الفقهية، على أن تؤخذ هذه القرينة 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.

خامساً - 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 بشتى 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

ابشتاين بار (Epstein Barr Virus (EBV) أو فيروس الإيدز (عوز المناعة الإنساني) (Human Immuno Deficiency Virus (HIV).
(4) للحلول محل خلايا الجهاز المناعي عند تخربّه بواسطة الأمراض المناعية الذاتية الشديدة (Severe auto immune Diseases).

(ج) لإيجاد مجموعة من الخلايا الجذعية المغيرة 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 المنقولة 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 لتشكّل مختلف أنواع خلايا الجسم والتي تقدر بأكثر 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 (**انظر 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 متوقّرة 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 تعطي 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 فنكون 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.

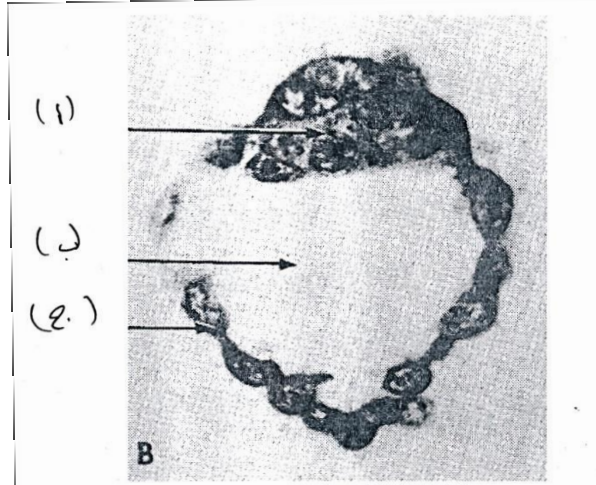
ومما زاد الأمر تعقيداً ما سنستعرضه في حينه من تحول خلايا بالغة من الخلايا الجذعية الموجودة في نخاع العظم (نقي العظام)، والتي عادة لا تكوّن إلا خلايا الدم، من تحولها إلى خلايا كبدية أو رئوية أو كلوية في مزارع خاصة.

وهذا ما أثار ضجة كبرى في المجال العلمي والعلماء ما بين مؤيد لهذا التطور الخطير والهام وما بين ناف له أو على أقل تقدير منبه 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)



- أ - كتلة الخلايا الداخلية
ب - تجويف البلاستولا
ج - الخلايا الخارجية الأكلة
- Inner Cell Mass
Cavity of blastocyst
Trophoblasts

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) الفائض 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 (بييضات)، ومن ثم تلقيحها بالحيوانات المنوية من زوجها وتعاد إلى الرحم لقيحتين. ثم يحتفظ

بالباقى فى النتروجين السائل فى درجة برودة شديدة (170 تحت الصفر). فإذا نجحت عملية الحمل وتمّت الولادة واستكفى الوالدان بذلك. يتمّ التبرّع بهذه اللقائح الفائضة لأبحاث الخلايا الجذعية. ولا يجوز استخدامها فى إحداث حمل غير مشروع. أمّا إذا لم يتمّ الحمل فإنّ المحاولة تتمّ مرة أخرى دون الحاجة لتعريض المرأة لتنبية المبايض، وهى عملية لها مضاعفات فى 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 الأولى) (Primordial Germ Cells). 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 يكتفى بإذنها فى البلاد الغربية. وقد تمّ استخدام الدم من الحبل السري منذ عام 1988 لمعالجة أمراض سرطان الدم (لوكيميا الدم) بنجاح لا بأس به. وبطبيعة الحال يتمّ فحص الدم للإلتهابات (الإنتانات) الميكروبية والفيروسية قبل استخدامه (فيروس التهاب الكبد (B) و(C) وفيروس مرض الإيدز). كما يتمّ 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 النخاع (**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 بالغين.

(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 يعرض المرأة المتبرعة لبعض المخاطر الصحيّة (Hyper stimulation syndrome) بسبب فرط تنبيه المبايض. وفي الواقع يتم شراء البويضات 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 البويضات الملقحة الزائدة عن الحاجة:

درس مجمع الفقه الإسلامي الدولي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي موضوع البويضات 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 26-23 ربيع الأول 1410هـ / 26-23 أكتوبر 1989م، بالتعاون بين هذا المجمع والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. 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 طبية 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 الطبية 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 الطبية في مختلف أرجاء العالم. وكانت ألمانيا سبّاقة 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 الإجراءات 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 المتقدّمة 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 معيّنة، 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 المنى، والبييضات واللقائح، إلا أن كل مراكز معالجة العقم في العالم الإسلامي، تقوم بتخزين اللقاح (البييضات اللمّحة) 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 بالمئة 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،

ويتمّ بالتالي استخراج لقائحتها المخزونة، وتكرّر المحاولة بأن تعاد إلى رحمها لقيحتين أو ثلاث. وربما تتكرّر هذه المحاولة أكثر من مرة، وكل ذلك بكلفة محدودة. وذلك كله يوفر مبالغ طائلة 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 هولاء الأطباء يقبلون موضوع التبرّع بالنطفة الذكورية أو الأنثوية أو اللقائح، ولا يوجد عندهم مانع أخلاقي أو ديني من ذلك. ولهذا يجب أن تكون مراكز معالجة العقم في العالم الإسلامي، عربياً وعجمياً 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 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 الطبية 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 البيضة 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، والتبرع أو الاتجار بالبييضات أو الخلايا

(1) توصيات حول الممارسات الطبية بمراكز علاج العقم بوسيلة أطفال الأنابيب تأليف الدكتور محمد عبده يماني، 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.

المنوية أو اللقائح. ولا بد أن يتم نقل اللقيحة المكوّنة من ببيضة الزوجة والملقحة بماء زوجها إلى الزوجة نفسها وفي أثناء قيام عقد الزوجية وعدم انفصال ذلك العقد بموت أو طلاق.

وقرّرت الندوة السماح بتبريد البويضات الملقّحة، 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 السابقة من الزوجين.. ولا تنتقل هذه اللقائح (كتبت خطأ العلاقات) بأي حال من الأحوال إلى رحم امرأة أخرى.

ويجب أن تقتصر الأبحاث على الأبحاث العلاجية وتكون بالموافقة السابقة الواعية للزوجين، ولا تنقل إلاّ إلى رحم الزوجة صاحبة الببيضة وأثناء سريان عقد الزواج.

أمّا البويضات 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 والبويضات واللقائح (البويضات الملقحة) وتلك التي تمنع إجراء الأبحاث من فائض اللقائح إذا

(1) قرارات المؤتمر الدولي عن الضوابط والأخلاقيات في بحوث التكاثر البشري في العالم الإسلامي المنعقد في القاهرة في 4-7 جمادى الآخرة 1412هـ / 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).

حدث 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 الجمعية تمنع إيجاد فائض من هذه اللقائح من الأساس. أما قرارات المؤتمر الدولي عن 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 قلة 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 خطأً 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.. إلخ.

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).



القرار الثالث

بشأن موضوع: الخلايا الجذعية

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على من لا نبي بعده، نبينا محمد، وعلى آله وصحبه. أما 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: 2003/12/17-13م، 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 والكبد، 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 لبيضة 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) متماثل، ولكن الشغالات العاملات من النحل يقمن بوضعه في أماكن معينة، ويعطين كل نوع مرغوب فيه غذاء معيناً خاصاً به. فإذا أُعطي البيض الغذاء الملكي عندما يفقس يتحوّل هذا البيض إلى ملكات، وإذا أُعطي 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 الكيفية التي يتحكّم بها النمل في إيجاز الإناث والذكور، رغم أن العلماء المختصّين بالنمل والحشرات متأكدون تماماً من أن النمل يتحكّم في جنس البيض الذي يفقس بطريقة مجهولة لنا حتى الآن.

ولا يزال الفرق شاسعاً بين الإنسان والنحل والنمل، فالإنسان لا يستطيع أن يتحكّم في تحديد جنس جنينه إلاّ 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 المخفّف أو الليمون المخفّف 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 المنى 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 المذكورة عن المؤنثة بحيث تتغير النسبة بدلاً من 50% إلى 70%.

وإذا أضيف 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 والطرْد 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 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 يتم ولادته بعد 9 أشهر بإذن الله تعالى، ويكون حسب الجنس المطلوب.

(1) البويضات جمع ببيضة وهي تصغير ببيضة.

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 طبيّ.
- (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 المجامع الفقهية، ورأت أهون الحلول هو ترك هذه اللقائح الفائضة دون عناية ودون تجميد. وقد قرّر المجمع الفقهي (التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي القرار رقم 6/6/57 بشأن البييضات 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 البييضات غير الملقحة للسحب منها، يجب عند تلقيح البييضات، والاقْتصار على العدد المطلوب للزرع في كل مرة تفادياً لوجود فائض من البييضات 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 19-23/10/1424هـ الموافق 13-17/12/2003م 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 تتلث صبغي رقم 21، وهو ما يعرف باسم المغولية، وغيرها مثل التثلث 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 بومباي 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 سنّت 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 خفية 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:

وهي جريمة بشعة بكل المقاييس قال تعالى: (قُلْ تَعَالَوْا أَنُؤْمَرْ مَا حَرَّمَ رَبُّكُمْ عَلَيْكُمْ إِلَّا تَشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا وَالْبِالِغِينَ إِحْسَانًا وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ مِنْ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرِزُقُكُمْ وَإِيَّاهُمْ وَلَا تَقْرَبُوا الْفَوَاحِشَ مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطْنَ وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ ذَلِكُمْ وَصَّاكُمْ بِهِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ) [الأنعام: 151].

وقد جاء في الصحيحين (البخاري ومسلم) من حديث عبد الله بن مسعود < «أنه سأل رسول الله ﷺ: أي الذنب أعظم؟ قال أن تجعل لله نداً وهو خلقك. قلت: ثم أي؟ قال: أن تقتل ولدك خشية أن يطعم معك».

(ب) الإجهاض المتأخر أي في النصف الثاني من الحمل يؤدي إلى مشاكل خطيرة على المرأة الحامل وتزداد مضاعفاته الجسدية والنفسية:

وقد يؤدي إلى وفاة الحامل، وخاصة إذا لم يتم الإجهاض في مستشفى مجهز تجهيزاً جيداً ويقوم به أخصائي النساء والتوليد. وبما أن معظم هذه الحالات تتم في الأرياف وبدون علم الدولة، فإن مضاعفاتها خطيرة جداً وتؤدي إما إلى وفاة الحامل مع جنينها أو إصابتها بأمراض مزمنة وخطيرة.

(4) قتل المواليد من الإناث ووآدهن: وهو أمر كان منتشراً في الجاهلية قبل الإسلام لدى العرب، وقد ندد القرآن الكريم بذلك كما أسلفنا. وانتهى هذا الإجراء البشع في الجزيرة العربية بعد ظهور الإسلام. ولكن لم ينته من المجتمعات والدول التي لم تر نور الإسلام. وبقي منتشراً في الهند والصين إلى القرن الثامن 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 فتحول 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 أدى ذلك كله إلى قتل العديد من هؤلاء المواليد، بالإضافة إلى قتل الأولاد المشوهين وهو أمر كانت تقرّه بصورة ما تلك المجتمعات الأوروبية.

وقد أصبحت كل قوانين العالم تُدين قتل المواليد، وهي تختلف في درجة شدتها. أما 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 تتحكم 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: لعدة أسباب منها أنها نوع من الاعتراض على قدر الله بمعنى أننا نتدخل في أمر قدرة الله تعالى حيث يقول (لِلَّهِ مُلْكُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ ۖ يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ ۚ يَهَبُ لِمَنْ يَشَاءُ إِنَاءً وَيَهَبُ لِمَنْ يَشَاءُ الذُّكُورَ - أَوْ يُزَوِّجُهُمْ ذُكْرَانًا وَإِنَاءً ۗ وَيَجْعَلُ مَنْ يَشَاءُ عَقِيمًا ۗ إِنَّهُ عَلِيمٌ قَدِيرٌ) [الشورى: 49-50].

(1) العبد، أسامة. حيثيات الأحكام الشرعية لبعض المسائل الطبية، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية الكويت، بحث غير منشور.

وإن من حكمة الله إيجاد التوازن بين الذكور والإناث في المواليد، فإذا أبحنا اختيار جنس الجنين، فإن ذلك قد يخلُ بالتوازن لميل عامة الناس إلى الذكور. وذلك يضرّ بالمجتمع البشري الذي جعله الله مبنياً على الزوجية والتوازن بين الذكور والإناث.

ومن ذلك حدوث انكشاف العورة المغلظة للمرأة دون وجود سبب قوي لذلك، ومن ذلك أن حكمة الله سبحانه وتعالى اقتضت أن يكون لدى هذا الذكور من الذرية، ولدى ذاك الإناث ولدى آخر ذكوراً وإناثاً، وقد يكون الإنسان عقيماً، والله في ذلك حكم عديدة وابتلاءات لعباده لينظر كيف يعملون.

والخلاصة: أن هذه المجموعة من الفقهاء ترى أن لا حاجة لاختيار جنس الجنين وفيه ما فيه من الاعتراض على عطاء الله وهبته، وما يؤدي إليه من مزلق واضطراب في توازن الذكور والإناث في المجتمع مع التعرّض لكشف العورة المغلظة دون داع حقيقي.

أما الفريق الثاني: فيرون أن لا مانع للأسرة إذا كان لديها عدد وافر من الإناث مثلاً أن تسعى ليكون لها ابن من الذكور. والأخذ بالأسباب غير ممنوع، بل هو أمر مشروع. وقال ﷺ: «عباد الله تداووا فإن الذي خلق الداء خلق الدواء».

وهذا نوع من التداوي، والحاجة للذرية غريزة بشرية. وقد دعا الأنبياء والصالحون ربهم ليهب لهم ذرية طيبة.

قال تعالى: (هُنَالِكَ دَعَا زَكَرِيَّا رَبَّهُ ^ط قَالَ رَبِّ هَبْ لِي مِنْ أَدْنَاكَ ذُرِّيَّةً طَيِّبَةً ^ط إِنَّكَ سَمِيعُ الدُّعَاءِ) [آل عمران: 38].

وقال تعالى على لسان عباد الرحمن: (وَالَّذِينَ يَقُولُونَ رَبَّنَا هَبْ لَنَا

مِنْ أَرْوَاجِنَا وَذُرِّيَّاتِنَا فُرَّةً أَعْيُنٍ وَاجْعَلْنَا لِلْمُتَّقِينَ إِمَامًا) [الفرقان: 74].

وللوصول إلى هذا الغرض لا مانع من كشف العورة المغلظة إذا اقتضى الأمر ذلك، واختيار جنس الجنين في هذه الحالات لن

يخل بالتوازن السكاني بين الذكور والإناث لأن هذه حاجات خاصة لأسرة معينة في المجتمع. ومن الطبيعي أن تكون محصورة في هذه الحالات. ومن غير المتصور أن يتحوّل الأزواج جميعهم إلى استخدام هذه الطريقة، وليس ذلك متيسراً لهم ولا بمقدورهم. وإنما هو محصور في عدد محدود من الأسر التي تحتاج إلى اختيار جنس الجنين.

بل إن استخدام طريقة التلقيح الصناعي الخارجي وإيجاد لقحة ثم جعلها تنمو في المختبر إلى ثمان خلايا (مرحلة التوتة) ثم فحصها بأخذ خلية منها. ثم إعادة الجنس المطلوب إلى رحم الزوجة أمر ليس فيه مخالفة للشرع عند هؤلاء الفقهاء، رغم أن ذلك فيه محاذير كثيرة مثل تعريض الزوجة لمخاطر تنبيه المبايض بما يؤدي إلى فرط التنبيه ومشاكله الصحية، وإيجاد لقحة وهي بداية الحياة الإنسانية، ثم إيجاد مشكلة في الفائض من اللقائح غير المرغوب فيها وتركها لتموت مما سبق ذكره.

والخلاصة: أن اختيار جنس الجنين بواسطة فصل الحيوانات المنوية أمر لا حرج فيه عند هؤلاء الفقهاء، بل ويقبل بعضهم طريقة الاختيار من اللقائح الجاهزة.

فتوى المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي بمكة المكرمة

القرار السادس

اختيار جنس الجنين

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على من لا نبي بعد، نبينا محمد، وعلى آله وصحبه أما بعد: فإن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته التاسعة عشر المنعقدة بمكة المكرمة في الفترة من 22-27/شوال/1428هـ التي يوافقها 3-8/نوفمبر/2007م قد نظر في موضوع: (اختيار جنس الجنين)، وبعد الاستماع للبحوث المقدّمة، وعرض أهل الاختصاص، والمناقشات المستفيضة.

فإن المجمع يؤكّد على أن الأصل في المسلم التسليم بقضاء الله وقدره، والرضى بما يرزقه الله، من ولد، ذكراً كان أو أنثى، ويحمد الله تعالى على ذلك، فالخيرة فيما يختاره الباري جل وعلا، ولقد جاء في القرآن الكريم ذمّ فعل أهل الجاهلية من عدم التسليم والرضى بالمولود إذا كان، ولا بأس أن يرغب المرء في الولد ذكراً كان أو أنثى، بدليل أن القرآن الكريم أشار إلى دعاء بعض الأنبياء بأن يرزقهم الولد الذكر، وعلى ضوء ذلك

قرّر المجمع ما يلي:

أولاً:

يجوز اختيار جنس الجنين بالطرق الطبيعية، كالنظام الغذائي، والغسول 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 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 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

حالات تغيير الجنس*

تمهيد

الحمد لله (وَهُوَ الَّذِي خَلَقَ مِنَ الْمَاءِ بَشَرًا فَجَعَلَهُ نَسَبًا وَصِهْرًا^ط
وَكَانَ رَبُّكَ قَدِيرًا) [الفرقان: 54].

والقائل عزّ من قائل: (يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ
وَأُنْثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا^ح إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ
أَتْقَاكُمْ^ج إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ) [الحجرات: 13].

والصلاة والسلام على نبي الهدى وإمام الرحمة وآله ومن
والاه، الذي دلّ أمته إلى كل خير ونهاها عن كل شر وضير،
والقائل: «لعن الله المخنثين من الرجال والمترجلات من
النساء»⁽¹⁾. وفي رواية «لعن الله المتشبهات من النساء بالرجال
والمتشبهين من الرجال بالنساء»⁽²⁾.

* هذا الفصل منقول بشيء من الاختصار وبعض الإضافات من كتاب الدكتور محمد علي البار
والدكتور ياسر صالح جمال: الذكورة والأنوثة بين التصحيح والتغيير والاختيار.

(1) أخرجه البخاري في صحيحه وأبو داود في سننه والترمذي في سننه عن ابن عباس
رضي الله عنهما.

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.

وفي عملية تغيير الجنس يقوم الجراح بالخصاء، وما هو أشد منه، وذلك بجبّ القضيب وإيجاد فرج صناعي (مهبل) وإجراء عمليات لإيجاد أثداء (صناعية) مع استخدام مكثف لهرمونات الأنوثة، وإجراء عدة عمليات أخرى حتى يتم تغيير الشكل الذكري إلى شكل أنثوي... وهو من أشد أنواع المسخ.

والأمر كذلك بالنسبة للمرأة بل هو أشد، حيث يقوم الطبيب الجراح بإزالة الرحم والمبيضين وقناتي الرحم والمهبل، وقفل الفرج، وإزالة الأثداء، وبناء قضيب بديل من أنسجة الجسم يزرع بداخله قضيب صناعي أما من جسم صلب (يعتبر دائم الانتصاب) أو يمكن أن ينتصب بواسطة زر موصول ببطارية كهربائية، ويُغمر جسدها بهرمونات الذكورة.

وهذه العمليات الرهيبة ليست مسخية فحسب، وإنما فيها مخاطر شديدة على حياة الذي تُجرى له، كما أن استخدام الهرمونات الأنثوية بالنسبة للرجل تؤدي إلى جلطات في القلب والدماغ وأنواع من السرطان، وكذلك استخدام هرمونات الرجولة التي تُعطى للمرأة حتى تسترجل، وكلها تؤثر على جهاز المناعة الطبيعي تأثيراً سيئاً.

وإذا كان رسول الله ﷺ قد لعن الواشمة والتمتمصة والمتفلجة للحسن، كما جاء في حديث عبد الله بن مسعود الذي أخرجه مسلم في صحيحه «لعن الله الواشمات والمستوشمات والنامصات والتمتمصات والمتفلجات للحسن المغيرات لخلق الله» فما بالك بالتي تُغيّر جسدها كله، وتسترجل أو الذي يُغيّر جسده كله، ويتخنث ويتشبه بالنساء، تشبهاً تاماً.

وإذا كان قطع آذان الحيوانات (الأنعام) يعتبر تغييراً لخلق الله، فماذا نسّمى جبّ القضيب واستئصال الخصيتين، وصنع فرج صناعي لرجل حتى يتم الإيلاج فيه؟ أليس ذلك من أشد أنواع المسخ وتغيير خلق الله. ومثله أو أشد منه أن تستأصل الأعضاء

التناسلية للمرأة، ويقفل الفرج والمهبل ويتم إزالة الثديين، كما يتم إيجاد قضيب صناعي، ويتم به الجماع والإيلاج؟
إن هذا المسخ الرهيب يحدث بسبب أتباع الهوى وتمكن الشيطان من أوليائه بحيث يأمرهم فيطيعون، ويشير إليهم فينقذون مهما أصابهم من عنت ومشقة وخسارة في الدنيا والآخرة، فهم أتباعه وعبّاده وأوليائه.

وفي هذا الباب دراسة لهذه المصطلحات الجديدة، لما يسمى عبر الجنس (**Transsexualism**)، والمقصود به العبور من جنس الذكورة إلى الأنوثة أو العكس بواسطة العمليات الجراحية وتعديل عبر الجندر (**Transgender**)، والمقصود به العبور من الذكورة إلى الأنوثة أو العكس بواسطة العقاقير والهرمونات، دون العمليات الجراحية لتغيير الجنس، واستخدام الوسائل التجميلية لتغيير الشكل واستخدام إزالة الشعر بالنسبة للرجل الذي يريد التحول إلى شكل المرأة وهكذا.

ثم نستعرض الأسباب والدوافع لهذه الحالات وأعراضها وعلاماتها وما يصاحبها من اضطرابات نفسية تؤدي إلى الانتحار، أو إلى الأمراض الخطيرة بسبب الإيدز أو الاعتداءات أو السرطانات. وما يقرره الباحثون في هذا الميدان من أن 50 بالمائة من المصابين بهذه اللوثة يتوفون قبل أن يصلوا إلى سن الثلاثين.

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 الإسلامي 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، ويعلن 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 البالغين 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 المطلوب 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 وتتحداه 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 ذكورية أو أنثوية. ورغم أن الاستنساخ موجود أصلاً في الطبيعة التي حولنا، إلا أنه أخذ بعداً آخرأ 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.

معنى الاستنساخ في اللغة؟

النسخ في اللغة على معنيين:

أحدهما النقل كنقل كتاب من آخر.

الثاني: الإبطال والإزالة وهو المقصود هنا في الآية الكريمة (مَا نَنْسَخْ مِنْ آيَةٍ أَوْ نُنسِهَا نَأْتِ بِخَيْرٍ مِنْهَا أَوْ مِثْلَهَا قُلْ أَلَمْ تَعْلَمْ أَنَّ اللَّهَ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ) [البقرة: 106]

معنى الاستنساخ في العلوم البيولوجية؟

هو الحصول على عدد من النسخ طبق الأصل من نبات أو حيوان أو إنسان بدون حاجة إلى تلاقح خلايا جنسية ذكرية مع أنثوية. وهنا يتم الاستغناء عن أحد الزوجين (الذكر أو الأنثى) وهذا يسمى التكاثر اللاجنسي.

كيف تمت عملية استنساخ دولي؟

أُخذت خلية من ثدي شاة عمرها ست سنوات ثم نُزعت نواة هذه الخلية، وغرسوا هذه النواة في بيضة من شاة أخرى مفرغة من نواتها. وبعد ذلك زرعت هذه البيضة بالنواة الجديدة في رحم شاة ثالثة بعد أن مرت بعملية حضانة مخبرية.

هذا هو الاستنساخ بإيجاز شديد. ولكن ما فعله العالم الإسكتلندي (إيان ولموت) وفريقه لم يكن بالطبع بهذه البساطة فقد قاموا بالخطوات التالية:

(1) أخذوا 277 بيضة مما أفرزه مبيض النعجة الأنثى ذات الرأس الأسود، وتم تفريغها من نواتها، وأبقوا على السيتوبلازم والغشاء الواقي.

(2) أخذوا من صرع نعجة بيضاء الرأس عدداً من الخلايا.

(3) نزعوا من كل خلية من خلايا الصرع نواتها ثم خدروا نشاطها.

(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 لقيحة، 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 لأُمها 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:

هل الاستنساخ خلق من دون الله؟

فالاستنساخ ليس خلقاً جديداً. ولا يعتبر هذا العمل تحدياً للقدرة الإلهية.

وتصوّر ما قام به هؤلاء العلماء أنه خلق هو تصوّر وهمي بعيد جداً عن الحقيقة. وهو تصور ينبئ عن سذاجة مَنْ توهمه. والعالم الاسكتلندي لم يخلق خلية ولا نواة ولا كروموسوماً (صبغياً) واحداً. ولكنه وفريقه، عرفوا كيف يدخلون على الخلية عوامل من خلق الله وصنعه. درسوا قوانين الخلق الإلهي ووعوها وقاموا بتطبيق ما علموا على ما عملوا، وما عملية الإستنساخ إلا صورة فوتوغرافية للأصل، والخلية التي أخذوها تحتوي على الأمشاج الأنثوية والذكرية لأنها تحتوي على 46 كروموسوما وهي خلية مخلوقة⁽¹⁾.

فهل نستطيع الحصول على هذه الصورة بدون الأصل؟

قال تعالى ((المرءة تَلِكْ آيَاتُ الْكِتَابِ ۗ وَالَّذِي أُنزِلَ إِلَيْكَ مِنْ رَبِّكَ الْحَقُّ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يُؤْمِنُونَ)) [الرعد: 1]

ولو أن علماء العالم جميعاً اجتمعوا على أن يخلقوا ذباباً فضلاً عن خلق نعجة ما استطاعوا لأن مقومات الخلق والإحياء من عدم هي من أخص صفات الربِّ عزَّ وجلَّ. ولذلك تحدّى الله سبحانه وتعالى الناس جميعاً في هذه المسألة فقال تعالى ((يَا أَيُّهَا النَّاسُ ضُرِبَ مَثَلٌ فَاستَمِعُوا لَهُ ۗ إِنَّ الَّذِينَ تَدْعُونَ مِنْ دُونِ اللَّهِ لَنْ يَخْلُقُوا ذُبَابًا وَلَوْ اجْتَمَعُوا لَهُ ۗ وَإِنْ يَسْلُبْهُمُ الذُّبَابُ شَيْئًا لَا يَسْتَنْفِذُوهُ مِنْهُ ۗ ضَعُفَ الطَّالِبُ وَالْمَطْلُوبُ)) [الحج: 73]

هل يمكن استنساخ الموتى؟

(1) الطب في ضوء الإيمان. د. محمد المختار السلامي، دار الغرب الإسلامي 2001.

وسؤال آخر ورد على ذهن كثير من الناس هو: هل يمكن استنساخ الموتى؟

وراحت خيالات الكتّاب تسرح وتمرح، فمن قائل باستنساخ هتلر وأنشتاين والمتنبي وغيرهم من الرجال والنساء، إلى من قائل باستنساخ فراعنة مصر من المومياء!! 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 كلويد **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، واتهمها العلماء من معظم دول العالم بالكذب والتربح 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 يقرّر 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 عالٍ 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.

(1) الاستنساخ البشري: د. حسان شمسي باشا، بحث مقدم لمجمع الفقه الإسلامي الدولي. في مؤتمره العاشر بجدة عام 1997م.

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.

الاستنساخ البشري وأثره على المجتمع:

سيؤدي الاستنساخ البشري إلى تفكك الأسرة والشعور بعدم الانتماء إليها وسيكون هناك اضطراب في الأنساب، 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 قَدِّر 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 والزهرى 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 ممارسة النسخ المشوّه لحياته الطبيعية كما يعيشها الناس؟ ما هو الحال إذا استنسخت عدة نسخ من أحد الزوجين ذكوراً أو إناثاً وكيف تتم التفرقة بينهم؟ ومن يُعاقب منهم إذا اقترف جرماً أو إنثماً مبيهاً؟

(1) د. محمد أحمد غانم، الإستنساخ: المكتب الجامعي الحديث، القاهرة 2009م.

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...
فالاستنساخ يؤدي إلى انقراض الأجيال والنسخ المشوهة وانتشار الفاحشة ودمار المجتمع والاعتلال البدني والنفسي والجنسي وضياع الأموال. أو ليس هذا قضاء على سنة كونية وهي التنوع في الخلق؟ أو ليس الاستنساخ تغييراً للفطرة التي خلق الله الناس عليها؟

الموقف الشرعي من الاستنساخ البشري:

خلق الله آدم # من الطين ثم صيره بشرياً سوياً يعمر الأرض، ولا يقدر على ذلك إلا الله لأنه سبحانه وتعالى له القدرة المطلقة وهي صفة من صفات الربوبية التي لا تكون إلا لله، وخلق حواء \$ من آدم # إثباتاً للقدرة الإلهية وتحدياً آخر للبشر. وليس خلق حواء من آدم # استنساخاً لأنه خلق أنثى من ذكر، وحواء ليست صورة مطابقة لآدم في الصفات التشريحية أو الفسيولوجية.
وخلق عيسى # من مريم \$ إثباتاً آخراً للقدرة الإلهية وتحدياً آخر للبشر، وهو أيضاً ليس استنساخاً.. وهذا يدل على طلاقة القدرة لله تعالى، ولهذا تحدى الله البشر فقال تعالى: (هُدَا خَلَقَ اللَّهُ فَأَرُونِي مَاذَا خَلَقَ الَّذِينَ مِنْ دُونِهِ بَلِ الظَّالِمُونَ فِي ضَلَالٍ مُّبِينٍ) **القمان: 11**. فليس ثمة طريقة أخرى معلومة بين الخلائق للتناسل والتكاثر من التقاء الأزواج والنطف لحفظ النسل والنوع من الضياع، وهذا من مقاصد الشريعة الإسلامية وضروريات الدين والحياة، وإلا كان خلق الأزواج نوعاً من العبث وهو استحالة على الله عز وجل وهو الذي قال: (أَلَا يَعْلَمُ مَنْ خَلَقَ وَهُوَ اللطيفُ الخبير).

وجعل الله عز وجل الغريزة الجنسية غريزة فطرية في جميع المخلوقات لتحقيق التكاثر والتناسل وعماراة الأرض وهي في الإنسان أرفع وأسمى فقال سبحانه وتعالى: (وَاللَّهُ خَلَقَكُمْ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ جَعَلَكُمْ أَرْوَاجًا وَمَا تَحْمِلُ مِنْ أُنْثَىٰ وَلَا تَضَعُ إِلَّا بِعِلْمِهِ وَمَا يُعَمَّرُ مِنْ مُعَمَّرٍ وَلَا يُنْقَصُ مِنْ عُمْرِهِ إِلَّا فِي كِتَابٍ إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ) [فطر: 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 ومعقدة 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 رَحماً 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: مناشدة الحكومات سن التشريعات القانونية اللازمة لغلاق 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 عقدتها 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:

مقدمة:

لقد خلق الله الإنسان في أحسن تقويم وكرّمه غاية التكريم فقال عز من قائل: (وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا) [الإسراء: 70]، زينه بالعقل وشرّفه بالتكليف وجعله خليفة في الأرض واستعمره فيها وأكرمه بحمل رسالته التي تنسجم مع فطرته بل هي الفطرة بعينها لقوله سبحانه: (فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَدِيمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ) [الروم: 30]، وقد حرص الإسلام على الحفاظ على فطرة الإنسان سوية من خلال المحافظة على المقاصد الكلية الخمسة: الدين والنفس والعقل والنسل والمال، وصونها من كل تغيير يفسدها سواء من حيث السبب أم النتيجة يدل على ذلك الحديث القدسي الذي أورده القرطبي من رواية القاضي إسماعيل: «إني خلقت عبادي حنفاء كلهم، وإن الشياطين أنتهم فاجتالتهم عن دينهم... - إلى قوله: - وأمرتهم أن يغيروا خلقي»⁽¹⁾.

وقد علم الله الإنسان ما لم يكن يعلم، وأمره بالبحث والنظر والتفكير والتدبر مخاطباً إياه في آيات عديدة: ((أَفَلَا يَرَوْنَ أَلَّا يَرْجِعُ إِلَيْهِمْ قَوْلًا وَلَا يَمْلِكُ لَهُمْ ضَرًّا وَلَا نَفْعًا)) [طه: 89]، (أولم ير الإنسان أنا خلقناه من نطفة ((

(1) [تفسير القرطبي 389/5].

والإسلام لا يضع حجراً ولا قيداً على حرية البحث العلمي، إذ هو من باب استكناه سنة الله في خلقه، ولكن الإسلام يقضي كذلك بأن لا يُترك الباب مفتوحاً بدون ضوابط أمام دخول تطبيقات نتائج البحث العلمي إلى الساحة العامة بغير أن تمر على مصفاة الشريعة، لتمرّر المباح وتحجز الحرام، فلا يسمح بتنفيذ شيء لمجرد أنه قابل للتنفيذ، بل لا بد أن يكون علماً نافعاً جالباً لمصالح العباد ودارئاً لمفاسدهم. ولا بد أن يحافظ هذا العلم على كرامة الإنسان ومكانته والغاية التي خلقه الله من أجلها، فلا يُتخذ حقلاً للتجريب، ولا يُعتدى على ذاتية الفرد وخصوصيته وتميزه، ولا يؤدي إلى خلخلة الهيكل الاجتماعي المستقر أو يعصف بأسس القرابات 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 لقحة تشتمل على حقيبة وراثية كاملة 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 اللقحة في مرحلة ما قبل التمايز إلى شطرين

متماثلين تولد منهما توأمان متماثلان. وقد أمكن في الحيوان إجراء فصل اصطناعي لأمثال هذه اللقائح، فتولدت منها توأم متماثلة. ولم يبلغ بعد عن حدوث مثل ذلك في الإنسان. وقد عُدد ذلك نوعاً من الاستنساخ أو التنسيل لأنه يولد نسخاً أو نسائل متماثلة وأطلق عليه اسم الاستنساخ بالتشطير.

وثمة طريقة أخرى لاستنساخ مخلوق كامل تقوم على أخذ الحقيبة الوراثية الكاملة على شكل نواة من خلية من الخلايا الجسدية وإيداعها في خلية ببيضة منزوعة النواة، فنتألف بذلك لقيحة تشتمل على حقيبة وراثية كاملة وهي في الوقت نفسه تمتلك طاقة التكاثر. فإذا غرست في رحم الأم تنامت وتكاملت وولدت مخلوقاً مكتملاً بإذن الله. وهذا النمط من الاستنساخ الذي يعرف باسم «النقل النووي» أو «الإحلال النووي للخلية البيضية» وهو الذي يفهم من كلمة الاستنساخ إذا أطلقت وهو الذي حدث في النعجة «دولي». على أن هذا المخلوق الجديد ليس نسخة طبق الأصل لأن ببيضة الأم المنزوعة النواة تظل مشتملة على بقايا نووية في الجزء الذي يحيط بالنواة المنزوعة. ولهذه البقايا أثر ملحوظ في تحوير الصفات التي ورثت من الخلية الجسدية، ولم يبلغ أيضاً عن حصول ذلك في الإنسان.

فالاستنساخ إذن هو: توليد كائن حي أو أكثر إما بنقل النواة من خلية جسدية إلى بيضة منزوعة النواة، وإما بتشطير ببيضة مخصبة في مرحلة تسبق تمايز الأنسجة والأعضاء.

ولا يخفى أن هذه العمليات وأمثالها لا تمثل خلقاً أو بعض خلق، قال الله عز وجل: (قُلْ مَنْ رَبُّ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ قُلِ اللَّهُ قُلْ أَفَاتَّخَذْتُمْ مِنْ دُونِهِ أَوْلِيَاءَ لَا يَمْلِكُونَ لِأَنفُسِهِمْ نَفْعًا وَلَا ضَرًّا قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الْأَعْمَى وَالْبَصِيرُ أَمْ هَلْ تَسْتَوِي الظُّلُمَاتُ وَالنُّورُ قُلْ أَمْ جَعَلُوا لِلَّهِ شُرَكَاءَ خَلَقُوا كَخَلْقِهِ فَتَشَابَهَ الْخَلْقُ عَلَيْهِمْ قُلِ اللَّهُ خَالِقُ كُلِّ شَيْءٍ وَهُوَ الْوَاحِدُ الْقَهَّارُ)

وبناءً على ما سبق من البحوث والمناقشات والمبادئ الشرعية التي طرحت على مجلس المجمع قرر ما يلي:

أولاً: تحريم الاستنساخ البشري بطريقتيه المذكورتين أو بأي طريقة أخرى تؤدي إلى التكاثر البشري.

ثانياً: إذا حصل تجاوز للحكم الشرعي المبين في الفقرة (أولاً) فإن آثار تلك الحالات تعرض لبيان أحكامها الشرعية.

ثالثاً: تحريم كل الحالات التي يقم فيها طرف ثالث على العلاقة الزوجية سواء أكان رحماً أم ببيضة أم حيواناً منوياً أم خلية جسدية للاستنساخ.

رابعاً: يجوز شرعاً الأخذ بتقنيات الاستنساخ والهندسة الوراثية في مجالات الجراثيم وسائر الأحياء الدقيقة والنبات والحيوان في حدود الضوابط الشرعية بما يحقق المصالح ويدرأ المفساد.

خامساً: مناشدة الدول الإسلامية إصدار القوانين والأنظمة اللازمة لغلاق الأبواب المباشرة وغير المباشرة أمام الجهات المحليّة أو الأجنبية والمؤسسات البحثية والخبراء الأجانب للحيلولة دون اتخاذ البلاد الإسلامية ميداناً لتجارب الاستنساخ البشري والترويج لها.

سادساً: المتابعة المشتركة من قبل كل من مجمع الفقه الإسلامي والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية لموضوع الاستنساخ ومستجداته العلمية وضبط مصطلحاته وعقد الندوات واللقاءات اللازمة لبيان الأحكام الشرعية المتعلقة به.

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 عالة 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: (وَإِذَا جَاءَهُمْ أَمْرٌ مِنَ الْأَمْنِ أَوْ الْخَوْفِ أَدَّعُوا بِهِ^ط وَلَوْ رَدُّوهُ إِلَى الرَّسُولِ وَإِلَى أُولِي الْأَمْرِ مِنْهُمْ لَعَلِمَ الَّذِينَ يُسْتَنْبِطُونَهُ مِنْهُمْ^ط وَلَوْ لَا فَضْلُ اللَّهِ عَلَيْكُمْ وَرَحْمَتُهُ لَاتَّبَعْتُمُ الشَّيْطَانَ إِلَّا قَلِيلًا) [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 تنفّسه 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 انبوبة 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 (2بالمئة). وحتى لو كان المريض في المستشفى ولم ينتبه أحد لحدوث التوقف إلا بعد فوات الأوان فإن نسبة النجاح 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 والعامة 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: (لَا إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ ۗ قَدْ تَبَيَّنَ الرُّشْدُ مِنَ الْغَيِّ ۚ فَمَنْ يَكْفُرْ بِالطَّاغُوتِ وَيُؤْمِنْ بِاللَّهِ فَقَدِ اسْتَمْسَكَ بِالْعُرْوَةِ الْوُثْقَىٰ لَا انْفِصَامَ لَهَا ۗ وَاللَّهُ سَمِيعٌ عَلِيمٌ) [البقرة: 256].

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 ﷺ 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 بكتابه 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، مراعاة وضد 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 وجود 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 يوجد 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 رئيس الأطباء المعالجين **Most responsible physician** بالاتفاق مع طبيبين آخرين إختصاصيين أو إستشاريين أو أحدهما استشاري 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 (Ionotropes 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 مسكّنات 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 وممرضين مع توضيح السبب الذي أدى إلى هذا القرار.

(3) أن يوضح هذا القرار للمريض إذا كان ذلك ممكناً وبألفظ 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 وافتوى 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 الشمالية 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 لنوي 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 ذهني مع مرض مزمن أو مرض السرطان في مرحلة متقدمة أو مرض القلب أو الرئتين المزمن مع تكرار توقف القلب أو الرئتين وقرّر 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 الغدبان

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 أودعها 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 آلامه 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 حياة نباتية فهل تجرى لمثل هذا الطفل عملية إزالة المياه من الدماغ وتحويل مجراها؟ والأطباء يعلمون يقيناً أن العملية لن تفيد 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 ترجى 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 ويناظر بها تقرير كل حالة بذاتها على حسب حالتها وما يقرره الأطباء المعالجون ووضع الأسرة... إلخ. 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 المسائل العويصة والاستفسارات وأنارت الطريق في كثير من هذه المسائل العويصة وقد سبق ذكر الفتوى كاملة بنصّها وأهمّ 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 الفنتلين أو ردائفه 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 الائتانات الرئوية أو البولية بالمضادات الحيوية.

(8) التوقف عن مداواة الصدمة الائتانية **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.. ويُمنع 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 أنها 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 وذويهم.

(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 تمريضية وتكلفتها أقل بكثير من تكلفة المستشفيات، وفي هذه الدور تقدم الرعاية التمريضية الجيدة والتغذية والتروية ومعالجة الأعراض،

وخاصة الآلام المبرحة والغثيان وضيق التنفس بالإضافة إلى الرعاية الدينية والروحية والاجتماعية والنفسية، وهذا كله يخفف على المريض وأهله الآلام 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 والتصدّق بالمال وكثرة الاستغفار والصلاة حسب القدرة وكذلك الوضوء والتطهر حسب القدرة. وهذه الجوانب أكثر ما تشغل المريض في آخر حياته فعلى الاهتمام بها وتيسير ما يريد فعله من هذه الأمور مع تقوية الرابطة مع أهل المريض الذي لا يتركونه في الغالب الأعم.

الفصل السابع 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 وأجراس، 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.

يقول فضيلة مفتي تونس الشيخ محمد مختار السلامي⁽¹⁾ موضعاً آراء الفقهاء الأقدمين في المولود الذي لم يستهل صارخاً: «يقول خليل بن إسحاق: (ولا سيقط ما لم يستهل صارخاً ولو تحرك أو بال، أو رضع). أن هذه الفقرة تجعل مقياس الحياة الصوت. وقد فصلّ 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 المازريُّ 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 دلالاته على الحياة يطرق إلى هدم قواعد ضرورية، والصواب ما قاله ابن وهب وغيره أنه كالاتهلال 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 شعبه، 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 تُركَّ 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 بمعارفه. 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 الحيّة القدرة على مقاومة هذا الغزو الفيروسي، لأبادت

الفيروسات جميع الكائنات الحية ابتداءً من البكتيريا، وانتهاءً بالإنسان.

وفي جسم الكائن الحي المتعدد الخلايا مثل الإنسان 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 وكل الله ملائكة يقومون بإخراج الروح.

قال تعالى: (الَّذِينَ تَتَوَفَّاهُمُ الْمَلَائِكَةُ طَيِّبِينَ لَا يَقُولُونَ سَلَامٌ عَلَيْكُمْ ادْخُلُوا الْجَنَّةَ بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ) [النحل: 32].

وقال تعالى: (وَلَوْ تَرَىٰ إِذْ يَتَوَفَّى الَّذِينَ كَفَرُوا الْمَلَائِكَةُ يَضْرِبُونَ وُجُوهَهُمْ وَأَدْبَارَهُمْ وَذُوقُوا عَذَابَ الْحَرِيقِ) [الأنفال: 50].
(قُلْ يَتَوَفَّاكُم مَّلَكُ الْمَوْتِ الَّذِي وُكِّلَ بِكُمْ ثُمَّ إِلَىٰ رَبِّكُمْ تُرْجَعُونَ)

[السجدة: 11].

(إِنَّ الَّذِينَ تَوَفَّاهُمُ الْمَلَائِكَةُ ظَالِمِي أَنفُسِهِمْ قَالُوا فِيمَ كُنْتُمْ قَالُوا كُنَّا مُسْتَضْعَفِينَ فِي الْأَرْضِ قَالُوا أَلَمْ تَكُنْ أَرْضَ اللَّهِ وَسِعَةً فَتُهَاجِرُوا فِيهَا قَالُوا لَيْسَ بِنَاكُمْ فَهَلْ عَلَيْكُمُ مَبَازِغٌ مِّنْ شَيْءٍ مَّا كُنْتُمْ فِيهَا تُنَاجِرُونَ) [النساء: 97].

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 مربوبة، خلقها الله سبحانه وتعالى ثم هي خالدة، والمقصود بموتها مفارقتها للجسد، 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 وتضمحل 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 معذبة وإما منعمة، ومعنى مفارقتها للجسد انقطاع تصرّفها عنه، بخروج الجسد عن طاعتها، فإن الأعضاء آلات للروح... والموت عبارة عن

(1) كتاب الروح لابن القيم ص 46-50، ومنها أحاديث أخرجه الشيخان البخاري ومسلم.

(1) ابن القيم، كتاب الروح ص 34.

استعصاء الأعضاء كلها»... وانتهى إلى القول: «لا يمكن كشف الغطاء عن كُنه 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 استدلَّ 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⁾:

(2) أبو 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 ج529-541.

(4) المصدر السابق

عن أم سلمة > أن رسول الله ﷺ قال: «إن الروح إذا قبض أتبعه البصر» [أخرجه مسلم].

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 هامة 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 تدلي الجلدة وبرودة البدن.

ولا شك أن هذه العلامات 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، أحرر 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 والفارقة بين الحياة والموت.

صحيح أن الأطباء يستطيعون 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

(2) الإمام النووي: روضة الطالبين، ج2/98.

العمليات كما أن التنفس بالمنفسة (**Respirator**) يُستخدم في حالات توقّف التنفس.. وقد يُجرى التنفس في حالات الإسعاف بواسطة 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**) **Poliomyelitis** 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 الطبيعي، ومثالها جهاز منفسة بينيت (**Bennette Respirator**) أو غيرها من أنواع المنفسات.

ويدرّب الأطباء على معرفة توقف الدورة الدموية والقلب توقفاً لا رجعة فيه بالعلامات التالية:

- (1) توقف النبض في الشرايين التي كانت تسمى العروق الضواري، 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 العضية 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 مثلج 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

(1) انظر أيضاً كتاب الطبيب أدبه وفقهه للدكتور زهير السباعي والدكتور محمد علي البار، دار القلم، ص181-191، 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.

الملايين من الوفيات التي تحدث سنوياً. ولكن هناك مجموعة من الحالات لا ينطبق عليها هذا المفهوم بسبب التقدم السريع 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 والرتنين 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 الرتنين. وبمساعدة القلب ليستمر في عمله.

وباستخدام هذه الوسائل تستمر الدورة الدموية ويستمر القلب في الضخ والنبض، وتستمر الرتنان 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 لزراع الأعضاء، الرياض.

الدماغ، وإن كانت هناك حالة موثقة تبيّن 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 معلوماً. 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 الطبيّة الدولية المنعقدة في سيدني بإستراليا عام 1968 موت الدماغ، كما درسه في نفس العام المؤتمر العالمي المنعقد في جنيف في 13-14 يونيو 1968. ثم قامت الكليات الملكية البريطانية للأطباء بتكوين لجان خاصة لدراسة موت الدماغ، وأصدرت توصياتها، وتعريفاتها بموت الدماغ عام⁽²⁾ 1976 وعام⁽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 إلا 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 حائق، 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 التشدد 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 آلاف شخصاً تقريباً كل عام بسبب الحوادث المرورية. يتوفى منهم مباشرة أكثر من أربعة آلاف، 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 السنين 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 التعنيم 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 أكسيد 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 والجامع 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 المركبة 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 يوفّره تشخيص موت الدماغ، حيث يستمرّ الأطباء في التنفس الصناعي، وإعطاء العقاقير، بحيث تستمر الدورة الدموية لحين استقطاع الأعضاء المطلوبة من المتوفى.

وتعتبر المملكة العربية السعودية رائدة في هذا المجال، حيث تم فيها زرع 2071 كليةً و509 كبدًا و168 قلب كامل و 497 قلب للصمامات و 608 قرنية و32 رئة و 16 بنكرياس من المتوفين دماغياً حتى نهاية عام 2009.

وبلغت أعداد الحالات المبلغ عنها كوفاة 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، لآحية 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 ينبض إلا أنهم أباحوا إيقاف

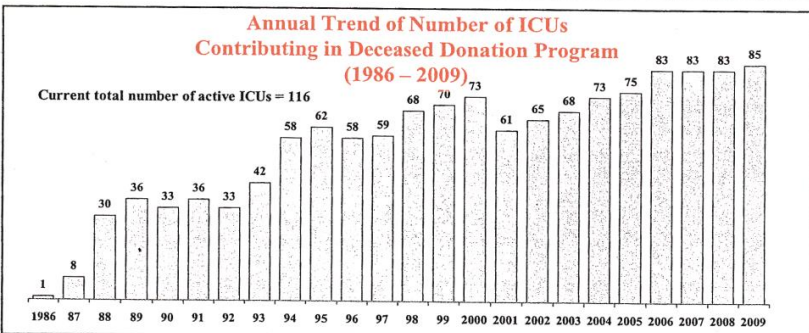
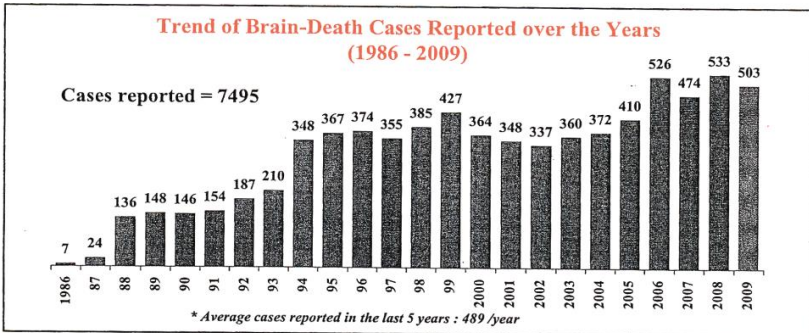
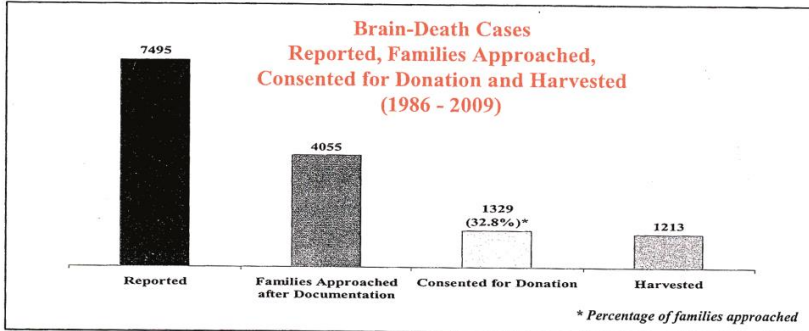
الأجهزة ولم يعترضوا على فتوى المجمع الفقهي الدولي في عمان الأردن 1986 لأن رئيس المجمع كان الشيخ بكر أبو زيد رحمه الله وكانت المملكة ممثلة بالشيخين الجليلين عبد الله البسام وعبد الله بن منيع، والقرار صدر بأغلبية الأعضاء وهذا ما يفسر أخذ الأعضاء من المتوفين دماغياً، ولا شك أن دعم سمو الأمير سلمان بن عبد العزيز كان له الأثر الفعال في ذلك.

المجلة السعودية لأمراض الكلى وزرع الأعضاء

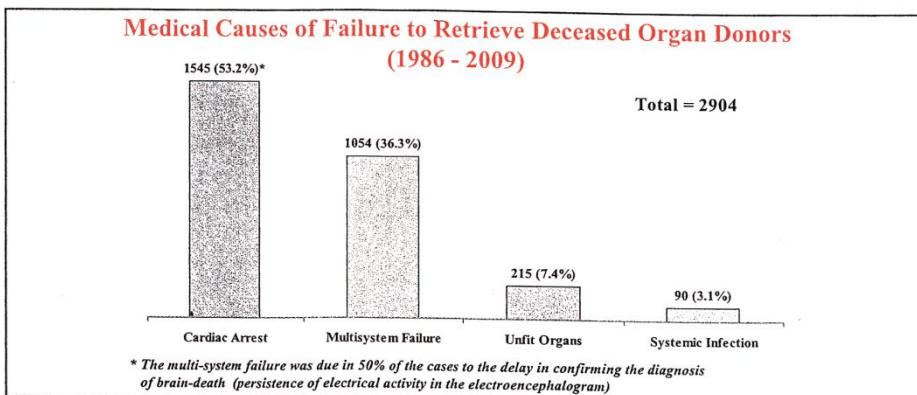
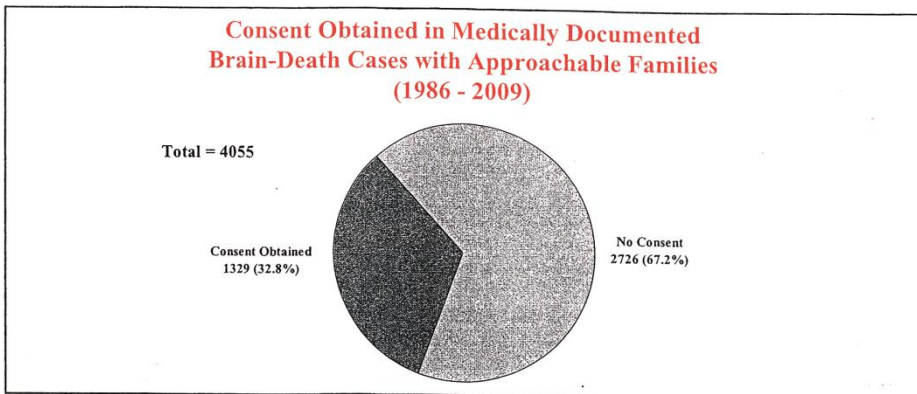
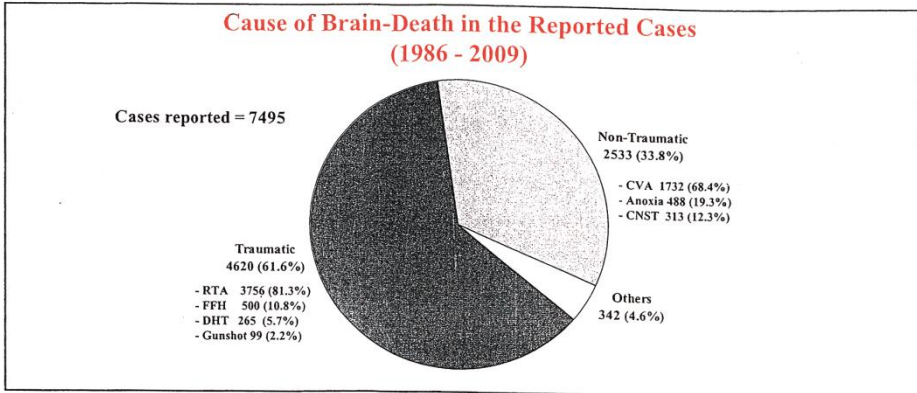
عام 2010، العدد 21 (5): 992-995.

إحصائيات المركز الوطني لزراعة الأعضاء/الرياض

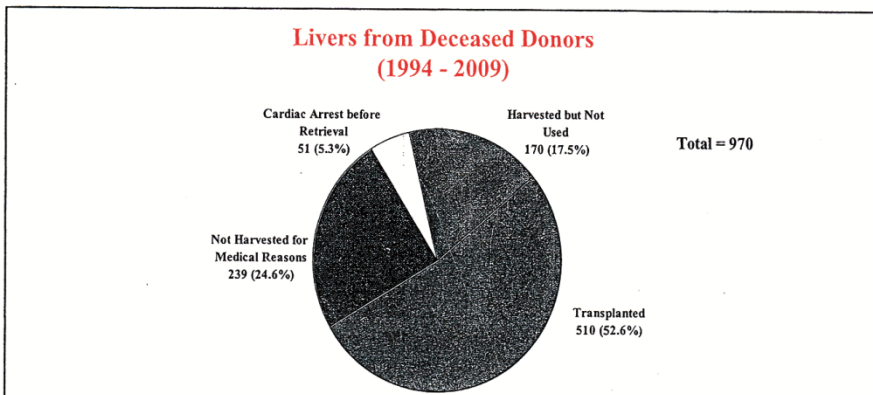
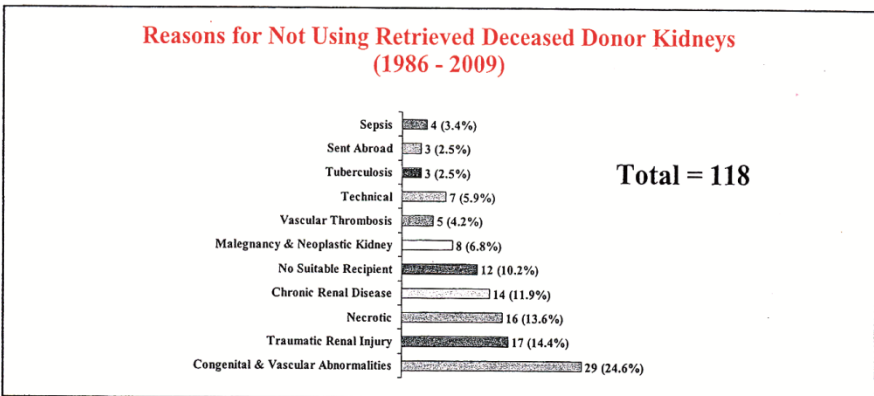
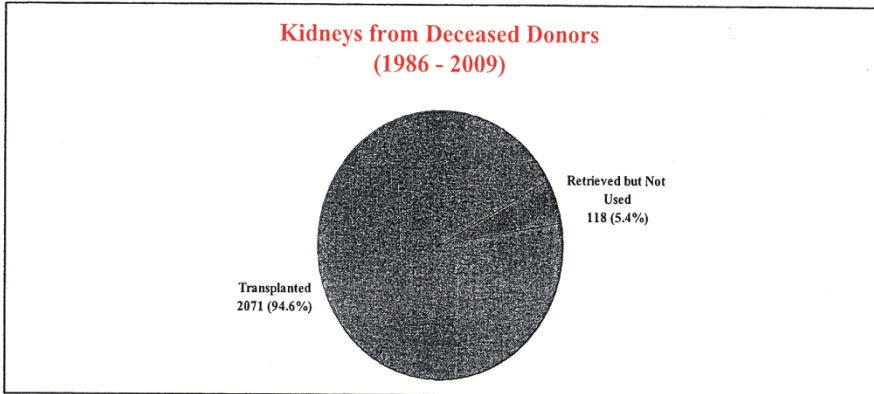
Organ Donation and Transplantation in the kingdom of Saudi Arabia



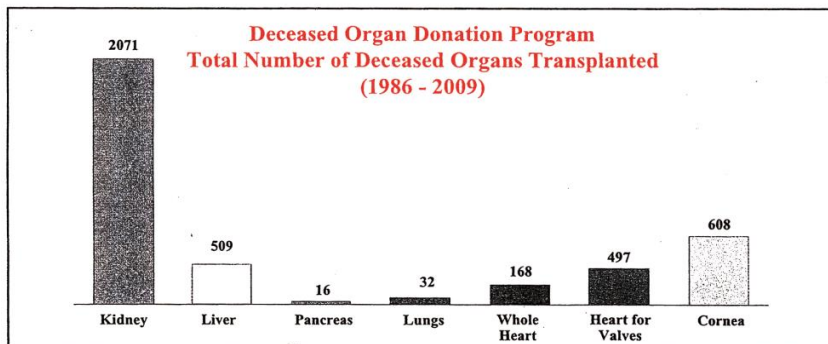
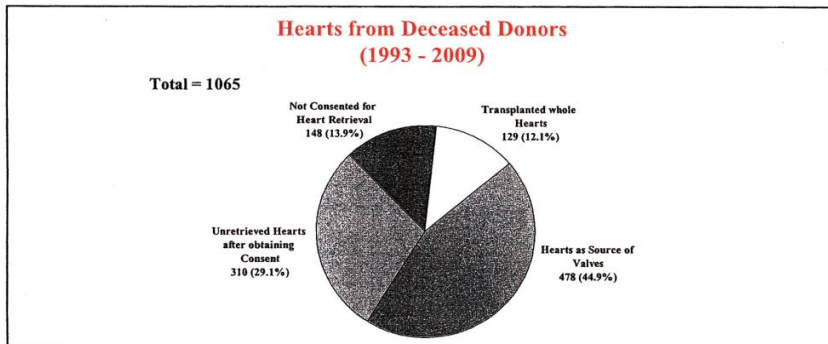
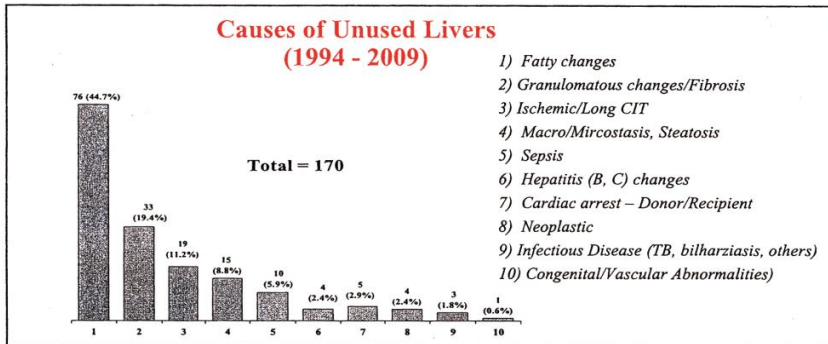
Organ Donation and Transplantation in the kingdom of Saudi Arabia



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 هذا 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

قد **Coma** فأن حالة الإغماء التام **Subarachnoid Hemorrhage** 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 والأخلاقيين ضمن الجمعيات المهتمة 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
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 المستمرة 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 تمّ 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 الانتانات 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 الدماغ Brain stem والدماغ البيني (Diencephalon) 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 يبلع 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 بالقحف (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 أثرت 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 أن 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 المُنْفَسَة وتدخّل الأيوان وقسيس الأسرة وطلبوا من المستشفى إيقاف الأجهزة طالما أنه لا يوجد أي أمل في استعادتها الوعي.

ورفضت إدارة المستشفى طلب الأيوين وتقدما إلى المحكمة والتي حكمت باستمرار أجهزة الإنعاش، ولم ييأس الأيوان ورفعوا القضية إلى المحكمة العليا، وثارَت ضجة إعلامية كبيرة حول هذه القضية، وشغلت رجال القانون والصحافة والأطباء والجمهور بصورة عامة، وقرّرت المحكمة العليا في مارس 1976 «حقّ 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 المنفسة 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 السمتمة 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 فقداً 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 تبوّله وتبرّزه، 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 آن 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 تدرك الألم. وربما كان هذا نعمة من الله سبحانه وتعالى ولطف منه بهذه الحالات التي لا تدرك 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. وكلما تحسنت الرعاية في التمريض والعلاج كلما ازداد العدد وامتألت الأسرة وأصبح من المستحيل إبقائهم في دور الرعاية الصحية لفترات طويلة.

وللأسف فإن الأسر لدينا رغم اهتمامها بأفرادها إلا أنها لا تستطيع أن تقدم مثل هذه الرعاية في المنزل لأسباب عديدة منها أن مستوى الرعاية المطلوب غير ممكن تقديمه لعدم المعرفة

وللكلفة 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 يتهربون، بل ويتخلون حتى عن زيارة قريبهم 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 تنبيه 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 ليوأجه 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؟ يختار 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 الحالات التي يقرّر 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 مباحثات 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 جهات رسمية في الولاية، ورفع الأمر للقضاء مرة أخرى. وفي 24 أبريل 2001 تم رفع أنبوب التغذية ثم أُعيد بناءً على تدخل حاكم الولاية، وأُعيد النظر في القضية مراراً. ورغم تكرّر طلب الوالدين بإزالة الولاية، عليها من مايكل شيافو (زوجها) وإعادتها لأبويها إلا أن المحكمة رفضت ذلك مراراً، ثم تدخل جيب بوش حاكم الولاية، ثم بعد ذلك تدخل 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 رهيبية. ولهذا تحدث 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 والهسبانك (وذي الأصول الآسيوية).

وعلينا أن لا نغترّ بهذا النظام البراق 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 أمراض 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 مبرّحة، جرعات متكررة من المسكّنات القوية... وهذه المسكّنات القوية تتيح للمريض أن يعيش بسلام نسبي وآلام 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 يقرّها 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 ضده، 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⁾ فيقول:⁽²⁾

(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 والحيّز 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 رأفة 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 محبي 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 تبديل 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 (إبان حكم لينين)، ولكن لم تمض سوى بضعة أشهر حتى قام المشرّع الروسي بإلغائه بسبب النتائج الضارة التي ترتبت على تطبيقه⁽³⁾.

وفي فرنسا وبلجيكا وبريطانيا لا تفرّق 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 أهايو سنة 1906 مشروع قانون يجيز لكل مريض بمرض لا يرجى شفاؤه مصحوب بالأم فطيعة، 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) تفرّق 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 ثبنت مراجعه.

(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... الخ)⁽²⁾.

ويرى رجال القانون أن الظروف المخفّفة في القانون والتي تعطي القاضي الحقّ في تخفيف العقوبة كافية لمعالجة حالات قتل الرحمة دون النصّ 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 انجلند 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 يقرّر 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 بناء على طلبه فإنه يواجه عقوبة السجن التي قد تصل إلى 12 عاماً أو بغرامة من الدرجة الخامسة. وقد قامت الحكومة الإتلافية 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 ونيتجة معاناتها من آلام مبرّحة⁽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 متكرّر من الشخص المصاب وأهله، وعندما يكون الشخص يعاني من مرض ميؤوس منه، ويسبب آلاماً شديدة، ولا بدّ أن يقوم الطبيب المعالج نفسه بعملية إنهاء الحياة وتسهيل الموت. وهذه الشروط أيضاً قرّرتها 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 يقرّروا 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 يعمل هناك بقتل شابة تعاني من سرطان منتشر مسبباً آلاماً مبرّحة، 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 اعتماد 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 يفيد أنه 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. وعلّلت 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 توفر 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 تخفف 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 مبرحة، ومع هذا فإن الطبيب لم يحصل على الطلب بإنهاء الحياة من المريض نفسه، ربما لأن المريض فاقد للوعي، أو طفل غير مدرك، أو لأي سبب آخر.

وقد أضيف إلى هذه الشروط المذكورة أعلاه شروطاً أخرى كالاتي:

(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 واثنان 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 ومتكررة من المريض بدون أي ضغط من أي جهة كانت.
 - (3) أن تكون حالة المريض ميؤوساً منها ويعاني من آلام مبرحة. 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 مبرحة، 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 يُدخَلُ 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.

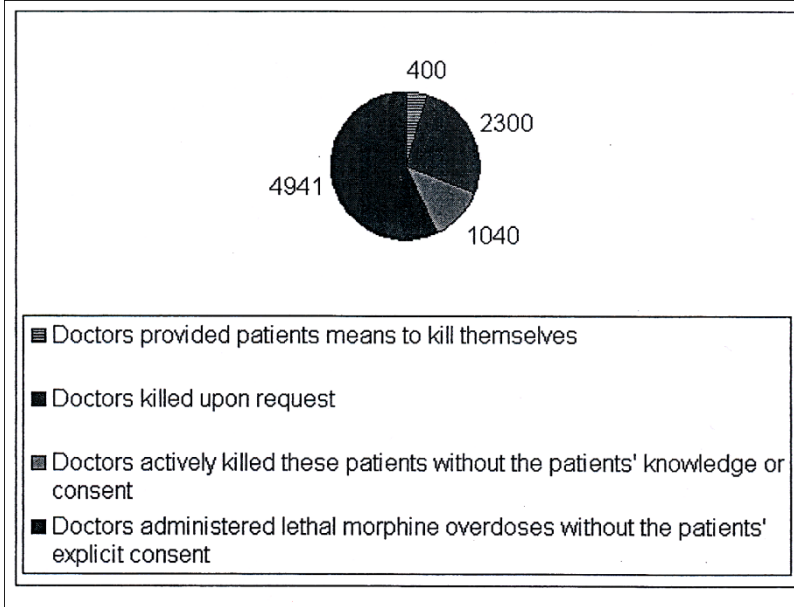
ويقول التقرير أن حوالي ألف شخص يقتلون سنوياً في هولندا بدون طلب أو موافقة من الشخص المصاب ويكتفى في هذه الحالات بموافقة الأهل. ومن هؤلاء حوالي ثمانين طفلاً يقتلون سنوياً بطلب ذويهم على اعتبار أنهم يعانون من أمراض وبيلة لا علاج لها تؤدي إلى الوفاة مع المعاناة الشديدة قبل ذلك. وتدرس الحكومة إباحة قتل الرحمة 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



ولاية أوريجن في الولايات المتحدة الأمريكية

وقد أصدرت ولاية أوريجن (Oregon) بالولايات المتحدة قانوناً يبيح قتل الرحمة وذلك بإعطاء الشخص المواد القاتلة وشرح كيفية قتل نفسه وهو ما يسمى المساعدة في قتل الرحمة **Assisted Euthanasia** وذلك منذ عام 1998. ولا يزال القانون يمنع قتل الرحمة المباشر بواسطة الطبيب أو غيره من الهيئة الصحية. وتذكر الإحصائيات⁽¹⁾ من هذه الولاية الأرقام التالية للذين توفوا بهذه الطريقة:

- 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).

(1) <http://www.euthanasia.com/oregon 2003.html>.

كما تذكر الإحصائيات من هذه الولاية الوصفات بجرعات قاتلة ومميّة، ولكنها قد لا تستخدم حيث أن الشخص قد يتراجع عن قراره في قتل نفسه أو لا يستطيع قتل نفسه، وهذه الإحصائيات كالتالي:

- 1998: 24 وصفة مميّة.
- 1999: 33 وصفة مميّة.
- 2000: 39 وصفة مميّة.
- 2001: 41 وصفة مميّة.
- 2002: 58 وصفة مميّة.
- 2003: 67 وصفة مميّة.

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 يقللون من إحالة الشخص 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 الإنتظار 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

(1) <http://www.euthanasia.com/oregonstudy.html>.

المحاولة واستمروا على ذلك 35 سنة بينما أعاد 11 بالمئة منهم محاولة الانتحار خلال هذه المدة الطويلة.

وهذا يدلُّ على أن الغالبية من الذين يحاولون الانتحار أو الذين يطلبون المساعدة على الانتحار يتراجعون عن قرارهم هذا إذا وجدوا الرعاية النفسية والصحية اللازمة.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية قام طبيب يدعى كيفوركين **Kevorkian** بمساعدة كل من يطلب الانتحار (وهذا أمر مخالف للقوانين ما عدا ولاية أوريغن) 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 تقبُّل الرأي العام الهولندي بصورة عامة لموضوع «قتل الرحمة».

وقد ذكر الطبيب هربرت كوهين اليهودي الذي يُعتبر أحد أكبر الدعاة لما يُسمَّى قتل الرحمة أنه لن يمانع في قتل شخص مريض ميؤوس منه يشعر بأنه قد أصبح عبئاً ثقیلاً على أسرته، وبالتالي يوافق على الموت بناءً على هذه الدوافع. ولما سئل إذا كان هذا الشخص قد قرَّر 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⁾.

(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

وتزداد هذه المشكلة إتساعاً وعمقاً عندما طالب طبيب نفسي في مقال له نشرته المجلة الطبية البريطانية (BMJ) بالسماح بموت الرحمة لمن يعاني أيضاً من مرضٍ نفسي مزمن لا يمكن الشفاء منه، ويعاني فيه المريض من شعور قاسٍ بالوحدة ورغبة في الانتحار!! ويقول الطبيب المذكور إن اليابان تقبل الانتحار كوسيلة مقبولة بل ومحترمة لشخص شعر 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 الحرّة أن المريض النفسي لا يتمتع بإرادة حرّة 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) بتنفيذ ما يسمى «موت الرحمة» بناءً على الظروف الحياتية للشخص، ويذكر أن رعاية شخص مُسنٍ يعاني من أمراض متعدّدة 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⁾.

صادر عن الجمعية المعارضة لقتل الرحمة (Hope) لندن 1992.

(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.

ولا شك أن هذا المنزلق يتحدّى المفهوم الغربي في الذاتية والإرادة الحرّة حيث أن هذا الشخص العجوز لم يطلب بإرادته الحرّة إنهاء حياته، فكيف يمكن أن يتمّ 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 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 متعدّدة 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 المتزايد 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 وتنقذ ما كان هتلر ينادي به. وما كان لينين يعملُه وينقّده باعتبار أن هؤلاء المسنين غير المنتجين يكلفون الدولة مبالغ باهظة جداً لرعايتهم!! وهو مفهوم مرفوض حتى بالمقاييس الغربية ذاتها. ويناقدش المعارضون لما يسمى موت الرحمة كل الدعاوى التي يثيرها أنصار هذه الطريقة... والركيزة الأساسية لأنصار

(1) نفس المصدر السابق. وهذا مخالف لمفهوم الوصية الحية التي تعتبر مصدرها الأول المريض نفسه أثناء وعيه.

(2) نفس المصدر السابق.

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.

ويردُّ المعارضون بأن الذاتية والحرية الشخصية لا تتحقق 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 يقرروا بحرية حقيقية 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 الحوات.

➤ **والنقطة الثانية:** هو أن ما يسمى الموت بدافع الشفقة والرحمة لتخليص المريض من الآلام المبرحة أمر غير صحيح، فقد أثبتت الإحصائيات من المستشفيات ودور الرعاية الصحية (**Hospices**) أنه يمكن التحكم في الألم وتخفيفه إلى درجة معقولة، وذلك بواسطة المسكنات (المورفين ومشتقاته ورادنفه)، وبإجراء بعض العمليات الجراحية لإزالة الأعصاب أو الخلايا العصبية الحاملة للألم.

➤ **والنقطة الثالثة:** هو ما يسمّى «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⁾.

(1) Rees W etal: Patients with Terminal cancer who have neither Terminal illness nor Cancer **BMJ** 1987, (1 Aug) 295: 318-319.

➤ **والنقطة الرابعة:** والأكثر خطورة: هي أن «موت الرحمة» ينفذ أحياناً نتيجة لظروف اقتصادية وحياتية للمصاب، فإذا كان فقيراً كبيراً في السن، لا أحد يراعه أو له أسرة لا تريد رعايته، وهو مصاب بعدة أمراض مزمنة، فإن بعض المنادين 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 والمستتقع الأسن، وهو يهدد 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، إلتهاب رئوي... الخ) وبالتالي يتخلّص الطبيب والأسرة من المساءلة والتحريّات 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

(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.

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 الطبية البريطانية في تعليقها على مذكرات جيرمي واربرج الكاتب والناشر الذي توفي في يونيو 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 تسرّب 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

(1) Twycross R: Into That Good Night. **British Medical Journal** 1988, 297: 745 (17th Sept).

حالة مريض ميؤوس من شفائه طبيياً، ولو كان بناءً على طلبه أو طلب ذويه».

وتأخذ قوانين العقوبات في السودان وسوريا ولبنان بتخفيف العقوبة على القائل إذا أقدم على جريمته بناءً على رضا المجني عليه. وفي حالة القتل بعامل الإشفاق بناءً على إلحاح 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 مخفف للحكم مثل طلب المريضة ذاتها... وفي البلاد العربية مآسي كثيرة تحدث بين جدران المستشفيات.

الموقف الإسلامي من «موت الرحمة»

يحرّم الإسلام قتل النفس إلا بالحق، قال تعالى: ((قُلْ تَعَالَوْا أَتْلُ مَا حَرَّمَ رَبِّيَ عَلَيَّكُمْ إِلَّا تَشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا ۚ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا ۚ وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ مِنْ إِمْلَاقٍ ۚ نَحْنُ نَزَرُكُمْ وَإِيَّاهُمْ ۚ وَلَا تَقْرَبُوا الْفَوَاحِشَ مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطَّنَ ۚ وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ ۚ ذَٰلِكُمْ وَصَّاكُم بِهِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ) [الأنعام: 151].

ويقول تعالى: (وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ ۚ وَمَنْ قُتِلَ مَظْلُومًا فَقَدْ جَعَلْنَا لَوْلِيهِ سُلْطَانًا فَلَا يَسْرِفُ فِي الْقَتْلِ ۚ إِنَّهُ كَانَ مَنصُورًا) [الإسراء: 33].

وقال تعالى: (يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَأْكُلُوا أَمْوَالَكُمْ بَيْنَكُمْ بِالْبَاطِلِ إِلَّا أَنْ تَكُونَ تِجَارَةً عَنْ تَرَاضٍ مِنْكُمْ ۚ وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ ۚ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا) [النساء: 29].

ووردت الأحاديث الكثيرة الصحيحة التي تنهي عن قتل النفس فقد قال ﷺ في حجة الوداع: «فإن دماءكم وأموالكم عليكم حرام كحرمة يومكم هذا في شهركم هذا في بلدكم هذا»⁽¹⁾ وقال ﷺ: «لا يحل دم امرئ مسلم إلا بإحدى ثلاث: الثيب الزاني، والنفس بالنفس والتارك لدينه المفارق للجماعة»⁽²⁾.

ونهى ﷺ عن الانتحار (قتل النفس) أشد النهي وجعل فيه الوعيد الشديد فقد أخرج الشيخان (البخاري ومسلم) عن أبي هريرة > أن رسول الله ﷺ قال: «من تردى من جبل فقتل نفسه،

(1) أخرجه الشيخان البخاري ومسلم.

(2) أخرجه البخاري ومسلم عن عبد الله بن مسعود > والثيب: الشخص الذي قد تزوج. ويقتل هؤلاء الثلاثة الزاني المحصن (الذي قد سبق له الزواج) وقتل النفس ظلماً، والمرتد.

فهو في نار جهنم يتردى فيها خالداً مخلّداً فيها أبداً، ومن تحسّى سماً فقتل نفسه فسُمُّه في يده يتحسّاه في نار جهنم خالداً فيها، ومن قتل نفسه بحديدة فحديدته في يده يُجأ بها في بطنه في نار جهنم خالداً مخلّداً فيها»⁽³⁾.

• ألفاظ الحديث:

ويتردى: يسقط من مكان عالٍ. ويتحسّى: يشربه على مهل. والحسوة من الشراب مقدار ما يُحسى مرة واحدة. ويُجأ بها في بطنه أي يطعن بها في بطنه.

وروى البخاري عن أبي هريرة أيضاً أن رسول الله ﷺ قال: «الذي يخنق نفسه يخنقها في النار، والذي يطعن نفسه يطعن نفسه في النار والذي يقتحم يقتحم في النار» وعن جندب بن عبد الله أن رسول الله ﷺ قال: «كان فيمن كان قبلكم رجل به جرح، فجزع، فأخذ سكيناً فحرز 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 وشدّة مآثمه وعقوبته في الدنيا والآخرة كثيرة جداً. ولا يفرق الإسلام في العقوبة الآخروية بين من يقتل نفساً ظلماً وعدواناً وبين من يقتل نفسه، فكلاهما قاتل مهذّب بالخلود في النار. وقد قال ابن عباس: لا توبة لقاتل المؤمن ظلماً وعدواناً. والجمهور على خلافه، فإن صدقت توبته تاب الله عليه والقتل ليس أشدّ من الكفر ومن تاب تاب الله عليه قال تعالى: (إِنَّ اللَّهَ لَا يَغْفِرُ أَنْ يُشْرَكَ بِهِ وَيَغْفِرُ مَا دُونَ ذَلِكَ لِمَنْ يَشَاءُ) وَمَنْ يُشْرِكْ بِاللَّهِ فَقَدْ افْتَرَىٰ إِثْمًا عَظِيمًا [النساء: 48].

وأما المنتحر فمتى يتوب؟ وهو قد انتقل من دار الدنيا إلى دار الآخرة، وموقفه أشدّ حرماً من قاتل النفس ظلماً وعدواناً، فذلك له

⁽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.

فسحة من الوقت قد يتوب فيها. وهذا المنتحر لم يعد له فسحة. وإن كانت الآيات والأحاديث شديدة الوعيد في قاتل المؤمن ظلماً وعدواناً. قال رسول الله ﷺ: «لزوال الدنيا أهون على الله من قتل مؤمن بغير حق»⁽¹⁾. وقال ﷺ: «لو أن أهل السماء وأهل الأرض اشتركوا في دم مؤمن لأكبهم الله في النار»⁽²⁾ وقال صلوات ربي وسلامه عليه: «من أعان على دم امرئ مسلم بشطر كلمة، كُتِبَ بين عينيه يوم القيامة: آيس من رحمة الله»⁽³⁾.

وجريمة القتل العمد عقوبتها في الإسلام القصاص. والأمر موكل لأولياء القتيل فإن عفا واحد منهم تحول القتل إلى الدية، وإن كان أحد الأولياء قاصراً حبس القاتل حتى يبلغ الولي القاصر فيعفو أو يقتص.

وجريمة القتل شبه العمد فيها الدية مغلظة. وأما القتل الخطأ ففيه الدية والكفارة. قال تعالى: (وَمَا كَانَ لِمُؤْمِنٍ أَنْ يَقْتُلَ مُؤْمِنًا إِلَّا خَطَأً وَمَنْ قَتَلَ مُؤْمِنًا خَطَأً فَتَحْرِيرُ رَقَبَةٍ مُؤْمِنَةٍ وَدِيَةٌ مُسَلَّمَةٌ إِلَىٰ أَهْلِهِ إِلَّا أَنْ يَصَدَّقُوا فَإِنْ كَانَ مِنْ قَوْمٍ عَدُوٍّ لَكُمْ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَتَحْرِيرُ رَقَبَةٍ مُؤْمِنَةٍ وَإِنْ كَانَ مِنْ قَوْمٍ بَيْنَكُمْ وَبَيْنَهُمْ مِيثَاقٌ فِدْيَةٌ مُسَلَّمَةٌ إِلَىٰ أَهْلِهِ وَتَحْرِيرُ رَقَبَةٍ مُؤْمِنَةٍ فَمَنْ لَمْ يَجِدْ فَصِيَامٌ شَهْرَيْنِ مُتَتَابِعَيْنِ تَوْبَةً مِنَ اللَّهِ وَكَانَ اللَّهُ عَلِيمًا حَكِيمًا) [النساء:

[92].

وتفاصيل هذه الأحكام مفصلة في كتب الفقه. وبين المذاهب الإسلامية اختلاف طفيف في التفاصيل ينظرها من يريدنا فليس هاهنا موقعها.

ولا شك في حرمة «قتل الرحمة» فكلا القاتل والمقتول يأتان. القاتل لتنفيذه الجريمة والمقتول لطلبه تنفيذها. والإنسان 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: (وَلَكُمْ فِي الْقِصَاصِ حَيَاةٌ يَا أُولِي الْأَلْبَابِ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ) [البقرة: 179]

(1) أخرجه ابن ماجه بسند حسن عن البراء بن عازب <.

(2) أخرجه الترمذي بسند حسن عن أبي سعيد الخدري <.

(3) أخرجه البيهقي في سننه عن عبد الله بن عمر ©.

وقد حدّد الله سبحانه وتعالى ورسوله الجرائم التي تستحقّ القتل وأهمها النفس بالنفس، والثيب الزاني (المحصن)، والمرتد. وكذلك الحرابة والصائل إن لم يندفع إلا بالقتل وسابّ الرسول ﷺ لا عقوبة له إلا القتل (مثل سلمان رشدي).. وقد حدّد الشرع الحنيف بكل وضوح تلك الجرائم وهي مبسّطة 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 أقتل 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 تنفد منها وصاياه وتُقضى منها ديونه، ولو كانت للورثة ابتداءً لم يكن كذلك. والثاني تجب ولا يؤثر إذنه بناءً على أنها تثبت للورثة ابتداءً 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 الروضة، فإن مات فعلى الخلاف. ومحله 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.

⁽¹⁾ محمد الخطيب الشريبي: مغني المحتاج إلى معرفة معاني ألفاظ المنهاج للنووي (منهاج الطالبين) ج 11/4 و 50.

وقد حكى الرافعي الطريقتين في الإذن المجرد، 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 الشريبي في الشرح: «(ولو قال) حرٌّ مكلف (رشيد) أو سفيه 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 الشريبي.

وخلاصة هذا الكلام أن الشافعية يرون أن الشخص الحرُّ 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. والعاقله 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 يأثم 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⁾.

«قال الحنيفة ما عدا زفر: 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⁾.

(1) وهبة الزحيلي: الفقه الإسلامي وأدلته، دار الفكر، بيروت، 1989، الطبعة الثالثة، ج 260/6.

«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 المحكمة 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 سُمِّي 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 . «وأما ما يعانیه المريض من الآلام الشديدة فليس مبرراً للقضاء عليه بالفعل،⁽¹⁾ ولو جاز ذلك لما حرّم الانتحار على من يعاني منها وإن كانت لا تحتمل . وفي قضية الرجل الذي إنتحر في عهد رسول

(2) الدر المختار ج 388/5 والبدائع ج 236/7.

(3) الشرح الكبير للدردير ج 240/4.

(4) مغني المحتاج ج 11/4 وكشف القناع ج 602/5.

(1) لا بد من إعطاء مسكنات الالام القوية مثل المورفين ومشتقاته وردائفه حتى لا يصل إلى المرحلة الشديدة التي تدعوه إلى التفكير في إنهاء حياته.

الله ﷻ 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، وفُسِّرَ بطول المكث. ومنع الإمام أحمد الصلاة على المنتحر ومنعها بعض العلماء أيضاً بالنسبة للإمام وغير الإمام، وبعضهم خصَّه بالإمام، فالطبيب في هذه الحالة شريك في الانتحار. والقاعدة الشرعية (من أعان على معصية ولو بشطر كلمة كان شريكاً لصاحبها فيها).

«وأما إن كان قتل الرحمة بغير إذن المريض أو بغير علمه فقد قدمنا أنه قتلٌ محرمٌ 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».

وأنهى فضيلته الفتوى بالدعاء للمبتلى بالصبر والالتجاء إلى الله وفضل الصبر على البلاء (1).

(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 تقدمت إجابتهما، والسيد عمر حامد الجيلاني وإجابته مذكورة بعد إجابة العلامة الشاطري.

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 المريض، ويقتل مثل هذا المريض غالباً.

(2) **المثال الثاني:** عن إيقاف المنفسة التي تديم التنفس الأتوماتيكي لمن ركبّت 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 لانتهدت 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 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 رنثيه، 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 واشتراط بظن النفع بالتداوي. ويرى الشاطبي في الجزء الثاني من كتابه الأصولي «الموافقات» الوجوب إذا ثبت احتمال 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، وأحدهما بصرأً **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 سانهيता)⁽³⁾.

وفي عصر النبوة قام عرفجة 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.. وتمثّلت 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 آفاقاً 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 إزدياد، رغم وجود الأعراض الجانبية الخطيرة لهذه العقاقير.

وبتحسّن الوسائل الجراحية، وتحسن الديليزة (Dialysis) واكتشاف عقار السيكلوسبورين، حققت عمليات زراعة الكلى

نجاحاً كبيراً ومطّرداً 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، وتقبّلته 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 تخلّلتها الأوعية الدموية.

وثاني هذه التصنيفات هو تصنيف الغرسة حسب علاقتها بالجسم المستقبل، وهي كالتالي:

(أ) غرأس ذاتية (Auto Graft): وفي هذه الحالة تؤخذ الغرسة (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) غرأس 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 الغرأس المتماثلة بأنها لا تحتاج إلى عقاقير خفض المناعة لأن الجسم لا يرفضها، بل يعتبرها جزءاً منه. وهي بطبيعة الحال أفضل أنواع الغرأس، وأطولها عمراً وأكثرها فائدة، وأقلها تعرضاً للتلف، ولا تحتاج إلى استخدام عقاقير خفض المناعة.

(أ) الغرأس المتباينة (Allograft): وهي الغرأس 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 توقفهم عن تناول العقاقير الخافضة للمناعة ويقول أن نسبة 10 بالمائة 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 لفقد 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. وهو

(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 لفقده طاهر) صالح للوصل، أو وجده. وقال أهل الخبرة إنه لا ينفع، ووصله بنجس (فمعذور) 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 يتمكّن الجراح من إصلاح الصمام التالف، أو أخذ صمام من أوردة المصاب ذاته. وفي الوقت الراهن قلّ استخدام هذه الصمامات البقرية، والخنزيرية مع التقدّم 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 والرئتين 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، وينفذ 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 المعتمدة، فإن هذا الإجراء لا يذكر عادة ضمن موضوع غرس الأعضاء وإن كان في الأصل داخلياً فيه.

ويلي نقل الدم، استخدام الجلد وغرسه. 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 التبرع 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 متبرع إلى طفل مريض. وعادة ما يكون المتبرع 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 حقق 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 طبيياً 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). وقد 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 ﷺ، 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 ينجر، 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 أمن 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 جزئه من إنسان حي مسلم، أو ذمي إلى نفسه، إذا دعت الحاجة، وأمنَ الخطر في نزعها، وغلبَ على الظن نجاح زرعها».

(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 ﷺ 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، وإنصاف 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 حدِّ أو قصاص بسبب خطأ في الحكم والتنفيذ.

(ت) نقل الأعضاء من إنسان حي إلى آخر:

صدرت فتاوي 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 لاستعادة 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 الأدمي 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 يتجدّد تلقائياً، كالدّم والجلد، 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 وظيفة 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، وثُرِكتْ 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 بموافقه.

5- لا يجوز أن يتم التبرع مقابل مادي أو بقصد الربح.

وجاء في فتوى لجنة الإفتاء الجزائرية الصادرة في 1392/3/6هـ الموافق 1972/4/20م:

«(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 الفتوى حرمة بيع الدم، أو الأعضاء، حرمة تامة لكرامة الإنسان، ولأن أعضاءه ليست سلعة تقوم 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 طبيياً 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) 88/08/4د بتاريخ 1408/5/23هـ هي التي نصت صراحة على كون الباذل كامل الأهلية.

(3) نصت 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 نصت 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 فإن إضاعة وقت المتبرع ودخوله المستشفى، وبقائه 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 يضرب 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 أحيها فكأنما أحيى الناس جميعاً﴾ [المائدة: 32].

وفي نقل الأعضاء تفريج للكربات، وتأكيد على مبدأ التراحم والتكافل والتعاطف بين أفراد المجتمع، والإحسان إلى المحتاجين والمضطرين: «من فرّج عن مسلم كربة فرّج 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 تشفيهاً 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 جوهرة، أو مالاً، ثم مات، ولم يمكن إخراجها إلاً بذلك الشق. كما أباحوا شقّ بطن الحامل إذا ماتت وفي بطنها ولد تُرَجى 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 ذويه بعد وفاته.

وقد قررت المجامع الفقهية إباحة هذا النقل. واستدل الفقهاء على ذلك بجملة من القواعد الفقهية تذكر 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 معنى المحتاج للشربيني، ج1/190-192.

(2) عبدالحميد 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 بإذنتهم، 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 عدة 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) 88/8/4د 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 وزرع الأعضاء التناسلية.

ب- الشروط الفقهية والقانونية لإباحة النقل من الميت:

- 1- موافقة الميت أثناء حياته، وإذنه 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 للطباء 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 مقرر له في الشرع، لا ينتهك إلا بإذنه، فهو حق موروث كالحق في المطالبة من الوارث في حد قاذفه. 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 صحَّ 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 تعسفي 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 عناية 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، ويضرهم ضرراً معنوياً، والقاعدة الشرعية أن الضرر يزال، ولأن لهم الحق في الدفاع عن حرمة ميتهم كما بيّننا، 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 ذهب القوانين في فرنسا ولوكسمبرج وبعض دول أوروبا إلى عدم الإلتفات إلى إذن المتوفى أو إذن أهله، إذا مات هذا الشخص في مستشفى حكومي، ولم يكن قد صرّح أو كتب في أثناء حياته بالممانعة. ويعتبر سكوته وعدم ممانعته دليلاً على الرضا⁽¹⁾!! وهو ما ذهب إليه فتوى وزارة الأوقاف بالكويت. وتحاول بريطانيا الآن (عام 2010) تطبيقه كما اقترحه نظام لزرع 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، والكلية. 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، و20 دقيقة أو نحوها في حالة الرئتين والبنكرياس، وأقل من 45 دقيقة في حالة الكلية.

(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، وضيق 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 مرضٍ من أمراض الرئتين، ما ينبغي أن لا يكون مدخناً، أو قد أفلح عن التدخين منذ أمدٍ 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 تمّ 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 الحاتّة 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 كفارة كثير من الجنايات عتق رقبة. ومن ذلك القتل الخطأ لنفس مؤمنة، وكفارة الظهر، 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).

أمّا 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 يُجده 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: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلاً﴾ [الإسراء: 70]. وقال تعالى: ﴿إِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي خَالِقٌ بَشَرًا مِنْ طِينٍ * فَإِذَا سُوّيته وَنَفَخْتُ فِيهِ مِنْ رُوحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ * فَسَجَدَ الْمَلَائِكَةُ لَهُمْ أَجْمَعُونَ * إِلَّا إِبْلِيسَ اسْتَكْبَرَ وَكَانَ مِنَ الْكَافِرِينَ * قَالَ يَا إِبْلِيسَ مَا مَنَعَكَ أَنْ تَسْجُدَ لِمَا خَلَقْتُ بِإِيدِي اسْتَكْبَرْتَ أَمْ كُنْتَ مِنَ الْعَالَمِينَ﴾ [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 جنته)⁽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 ويُشترى (كلاً أو جزءاً) قائماً لا مقطّعاً)⁽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 حقه أو حقّ وراثته إسقاطه، والتنازل عن القصاص والدية (أو الأرش).. ولذا كان من حقه أن يأذن في انتزاع عضو من أعضائه في حال حياته (بشروط كثيرة سبق ذكرها، ومنها أن لا يؤدي ذلك إلى هلاكه أو ضرر بوظيفة أساسية من وظائف حياته) أو في حال موته (بشروط منها إذنه وإذن وراثته)، وذلك إنقاذاً لحياة إنسان معصوم الدم (مسلم أو ذمي)، قال تعالى: ﴿ومن أحيائها فكأنما أحييا الناس جميعاً﴾ [المائدة: 32].

واتفق الفقهاء على أن الإنسان ليس بمال، وقد نصّ الأحناف في تعريفهم المال على الآتي:
(المال إسم لغير الآدمي، خُلِقَ 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: ﴿قُلْ لَا أَجِدُ فِي مَا أُوْحَىٰ إِلَيَّ مُحَرَّمًا عَلَىٰ طَاعِمٍ يَطْعَمُهُ إِلَّا أَنْ يَكُونَ مَيْتَةً أَوْ دَمًا مَسْفُوحًا أَوْ لَحْمَ خَنْزِيرٍ فَإِنَّهُ رَجَسٌ﴾ [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:

﴿إِنَّمَا حَرَّمَ عَلَيْكُمُ الْمَيْتَةَ وَالدَّمَ وَلَحْمَ الْخَنْزِيرِ وَمَا أُهْلَ لِغَيْرِ اللَّهِ بِهِ فَمَنْ اضْطُرَّ غَيْرَ بَاغٍ وَلَا عَادٍ فَإِنَّ اللَّهَ غَفُورٌ رَحِيمٌ﴾ [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 عناية 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 222/2.

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 1409هـ 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 ﷺ 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 بزرع 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 1408هـ، 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 1400/1/5هـ 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 وسياحة زراعة الأعضاء في 2 مايو 2008

وقد أدان الإعلان بشدة اتساع تجارة وسياحة 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 وسياحة زراعة الأعضاء وأن تعاقب على من يقوم بها أو يقوم بالإعلانات 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 مقطوع 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 تغيير 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، ويتحرّقون 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 أوهام 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 المجالات الطبيّة⁽¹⁾ حول تأثير صيام رمضان،
لم يكن هناك سوى 400 بحثاً نشر في المجالات الطبيّة. وقد أجريت
تلك الدراسات في عدد من البلدان الإسلامية وأمريكا. وقد عقدت في
الرياض واسطنبول والرباط 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 منّا نفسه عند الإفطار بثنتي فنون الطعام والشراب، فيحوّل سعادة المعدة والأمعاء إلى مشقة وعناء. وكثيراً ما يصاب الصائمون في رمضان بالتخمة وما يتسبّب عنها من أعراض كالنفخة والتجشؤ والغازات. كما قد يشكو البعض من الصداع أو الإعياء أو الحرقعة المعدية، فغذاؤنا في رمضان ينبغي ألاّ يختلف كثيراً عما هو عليه الحال خارج رمضان، بل ربما ينبغي أن يكون أبسط في مكوّناته، وعلى الصائم أن يحرص على ألاّ يزداد وزنه في رمضان. بل ربما وجد البدين في رمضان فرصة ذهبية للتخلّص من بعض الكيلوجرامات.

وتظلّ النصيحة المثلى للمسلمين في رمضان وغير رمضان الإلتزام بالمبدأ القرآني الذي يلخّص علم الغذاء كله في نصف آية، حيث يقول تعالى: ﴿وكلوا 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 يُوصى 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 بالدهن 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 مُسيطرأ 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 مقوية 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 أية 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 بختين أو أكثر من بخاخ الربو المعروف عند الإحساس بضيق 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 تفتقر. 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 بوجود تناول كمية وافرة من السوائل ما بين الإفطار والسحور، وتجنّب تعرّضهم للمجهود المضني أثناء النهار أو للحرّ الشديد.

(5) مرضى السكر.. ورمضان:

يقدر الباحثون أن هناك 8 ملايين مسلم مصاب بمرض السكر يصوم شهر رمضان كل عام. وهذا يكفي لدفع الأطباء في العالم الإسلامي إلى معرفة تأثيرات الصيام على مرضى السكر 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 سكر الدم.

وتشير الدراسات الحالية إلى أنه لم تحدث أية مشاكل هامة عند صيام المرضى السكرّيين من النوع الثاني (الذين يتناولون الحبوب الخافضة لسكر الدم)، أمّا المرضى الذين يتناولون الإنسولين فلا ينصحوا عادة بالصيام. أمّا في الأشكال الخفيفة من مرضى السكر 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 عليه. 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 صحة الحامل والجنين فإن الطبيب على الأغلب سيشير بالاستمرار في الصيام. ويعود تقرير ذلك إلى الطيبة 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 يكفي 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 يمس 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 توسع الفقهاء رحمهم الله في أمر المفطرات توسعاً ما أظنه خطر ببال أحد من أصحاب النبي صلى الله عليه وسلم 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 شمسي 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 المرعية 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 فسّروا 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 بالحلوق) 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 والمريء

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 البطني. 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 (طبلة 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 ثمانين مادة كيميائية تقي الأسنان واللثة مما قد يعثرها من أمراض. وهذه المواد تتحل 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 طعامها 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 الفموي. 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 امتصاصاً من الجلد كالدھونات والمراهم واللصقات العلاجية الجلدية المحملة بالمواد الدوائية أو الكيمائية.
- (12) إدخال قسطرة (أنبوب دقيق) في الشرايين لتصوير أو علاج أوعية 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 الطبّي.
- (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 أبقرراط 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 و أسرهم و المجتمع 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 المرافق 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 للطالب
- 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 والصبر 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 وآداب 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 .

رابعا : الخصائص الشخصية والأخلاقية لطالب الطب:

- الإيمان بالله ربا والإسلام ديناً ومحمد ﷺ 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 ﷺ «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 بآلامه 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 فالله "جميل يحب الجمال " وبأمره ليني 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 والصغار 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 رداً فعل مختلفاً لدى العاملين
- تؤثر مواقف العاملين من أنظمة اللبس بالمنشآت الصحية سلباً أو إيجاباً 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 لوحدات 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 إذنه 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 ومحلية : كان لأطباء المسلمين السبق 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 والنفسية والاجتماعية وأصل لممارستها فبادرت إلى ذلك المؤسسات الصحية في العالم الغربي وجعلت له أقساماً بها يقوم عليها قسس ورجال دين وفي عالمنا الإسلامي بادرت 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 والنفع .
 - 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 والأسرار 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 و يتضمن أخلاقيات وسلوك الطلاب وآداب التعلم والتعامل وأداء الحقوق والواجبات.
- ميثاق عدم تضارب 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 تتعلق 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 تنسم بالتقدير والثقة والتسليم لهم واعتبارهم قدوة . ويتوقع منهم المجتمع أدواراً تتواكب 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 يؤديون 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 والتوقفي 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
والأوبئة 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 اليدوي 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 وخصائصه.
- خصائص الترويج الأخلاقي للأدوية والأجهزة الطبية:
- أن يكون الهدف الرئيسي من الترويج هو تعريف الممارسين بمستجد تشخيصي أو علاجي يسهم في تطوير الممارسة الطبية وتحسين نتائجها بمصادقة 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 فيتلقى 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 المتوفرة 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 استمراريته.

ج. الإدارة الكريمة و العادلة والفاعلة لخدمات المرضى

- الدخول والخروج وإصدار التقارير والتسعير 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 الشخصيات 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 باللوائح 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 العاملين في القطاعات الطبية التعليمية والخدمية الحكومية أو الخاصة أو الخيرية في عالما 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 والتدريبية والخدمية التي يمر عليها طالب الطب خلال فترات بناءه المختلفة من كلية ومستشفى وميدان مع مراعاة التدرج و العملية وعدم المثالية وبتوازن بين المأمول والممكن و أن يكون التحقيق بقدر الاستطاعة مع استحضار خصوصية الزمان و المكان و المجتمع والأشخاص.

<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 ويشرح 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 الأفق والأنفس • تتوافر لديه بذور خشية الله عز وجل . • يؤمن باليوم الآخر بما يدفعه للاجتهاد في الأعمال الصالحة رجاء الجنة ويبتعد 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>خيره وشره إيماناً صحيحاً 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 الشرعي 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 ملم 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 الشرعي وتوجهاته وممارسته الشخصية فيما يلي :</p> <p>• قراءة القرآن</p>	<p>2- مجال العلم الشرعي والفقه الطبي</p>

<p>• يمارس الهدي النبوي في الصحة والمرض ويعلمه لطلابه والعاملين معه وينصح به مراجعيه .</p> <p>• يمارس مسؤولياته الطبية ويحقق لوازمها على أسس شرعية ومهنية وأخلاقية</p> <p>• يستفيد من جوانب تميز علماء المسلمين في مجال الصحة ويعلمها لطلابه</p> <p>• يمارس تطبيقات مقاصد الشريعة والقواعد الفقهية في فهم الأحكام الفقهية للمستجدات في الممارسة الطبية ويعلمها لزملائه وطلابه</p> <p>• يعلم طلابه وزملائه ومرضاة أحكام العبادات في الصحة والمرض .</p>	<p>في مجال الصحة</p> <p>• يقدر أهمية التعلم الذاتي المنهجي للعلوم الشرعية ذات الصلة بالمجال الطبي .</p> <p>• يلتزم المنهجية العلمية ويقدر خطورة غيابها</p> <p>• يقدر خطورة القول في الطب بغير علم</p> <p>• يطبق ويتمثل عناصر السمو الأخلاقي</p> <p>• يسرد ويشرح مجموعة من الآيات والأحاديث ذات الصلة بخلق الإنساني أو التوجيه الرباني والهدي النبوي في الصحة والمرض</p> <p>• ممارسة مبنية على معرفة شرعية بأحكام ولوازم والمسؤولية والممارسة الطبية</p> <p>• يدرك مقاصد الشريعة والقواعد الفقهية الكلية والأصول الفقهية الأساسية وتطبيقاتها في الممارسة الطبية .</p>	<p>والاعتناء به</p> <p>• المعرفة العامة بسيرة النبي صلى الله عليه وسلم وعموم هديه</p> <p>• مسائل التوحيد والإيمان وعلاقتها بالسلوك</p> <p>• عناصر السمو الأخلاقي لدى المسلم</p> <p>• أحكام التعامل مع الآخرين في حال اختلاف الدين والجنس</p> <p>• 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 بالأمور الذوقية في الممارسة الطبية . • يتبنى برامج لتنمية الجانب الذوقي والأخلاقي • ينمي قيم الرجولة في نفسه وزملائه وطلابه • 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 المحمودة ويتجنب سفاسفها • 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 (مهنية 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 المحمودة في تعامله مع ربه وزملائه • يراعي الأمور الذوقية والأخلاقية ويهتم بذائقة الآخرين في تعامله مع أساتذته ورؤسائه وزملائه • يدرك أهمية التآسي 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 وموائيقها 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 الدين • يتفهم المسؤولية الطبية ومكوناتها ولوازمها . • يتفهم حيثيات القسم أو العهد الطبي ويناقش مكوناته ولوازمه • يمارس تطبيقات عملية على المسؤولية الطبية • يتعرف على مفهوم الموائيق 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 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 إنتاج معرفة وممارسات جديدة . • يفكر بموضوعية وحياد • يتسم بالمرونة 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 والتخليص • 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 • الاعتدال بأخطائه • المثابرة والإنجاز • المبادرة • تحمل المسؤولية • تنظيم وقته • تطوير نفسه 	<p>5 - المجال النفسي 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 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	مجالات المعايير
<ul style="list-style-type: none"> • يطور من 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 • يساهم بدور إيجابي في تحسين العادات الصحية لدى المجتمع • يتميز بفاعلية في المجال الاجتماعي • يقود مشروعات صحية ومجتمعية • يساهم 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 الصحية 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"> • يطور ثروته اللغوية • يطور 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 و يوظف 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 والاســــتــــماع 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 style="text-align: center;">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 آيزو 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 وتميئتها 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 محبوب 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 والصيدلة ، دار المطبوعات الجامعية ، مصر 1989
7. د. حنا منير رياض: الخطأ الطبي الجراحي في الشريعة الإسلامي 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 للصيدلي . 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 الإرشادية 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 الفلم ، دمشق 2004
26. د. محمد علي البار :الموقف الشرعي و الطبي من التداوي بالكحول والمخدرات ، الدار السعودية جدة 2003
27. د. قذافي عزات الغنایم : 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 الطريقي : الاضطرار إلى الأطعمة والأدوية المحرمة . مكتبة المعارف ، الرياض 1992
30. د. رياض محمد العلمي: الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم.عالم المعرفة، العدد 121، يناير 1988
31. عبد الفتاح أبو كيلىة : الفحص الطبي قبل الزواج ، والأحكام الفقهية المتعلقة به . دار الفكر الجامعي ، الاسكندرية 2008
32. الطيب 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 والقانون 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 الشوّاء: مسؤولية الأطباء وتطبيقاتها في قانون العقوبات (التجارب الطبية ، جراحة التجميل ، عمليات تحول الجنس ، استئطاع الأعضاء ونقلها). دار النهضة القاهرة 2003.
48. د. عيد محمد المنوخ العازمي : جراحة التجميل بين المشروعية والمسؤولية . دار النهضة العربية ، القاهرة 2010 .

49. د. أزهار محمود المدني : أحكام تجميل النساء في الشريعة الإسلامية ، دار الفضيلة ، 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 الفوزان ؛ 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 بأمریکا ، 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 ، 1417 هـ
68. د.محمد علي القري : 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 البقصي: الهندسة الوراثية والأخلاق. عالم المعرفة 174
75. "نظام مزاولة البحث على المخلوقات الحية" - الصادر عن اللجنة الوطنية لأخلاقيات الحيوية و الطبية بمدينة الملك عبد العزيز 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 ، دا2008 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 النفايات
الطبية ، دار النهضة العربية ، القاهرة 1999.
81. د.عبد الإله ساعاتي ، أحسن العمري : الضمان الصحي التعاوني
في المملكة العربية السعودية بين النظرية و التطبيق . مطبعة المحمودية
، السعودية 1424 هـ .
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 ص 99-135
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, Ethics, 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 in a changing world.** Clin Med 2005; 5 (Suppl).
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 Medical 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 السواوي 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 الشيبني والدكتور وقار
حبيب (الطبعة الثالثة)
7. دليلك إلى كهربائية القلب بالاشتراك مع الدكتور راند 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. الميلاتونين : 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 سلامه 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 اختياريًا:
- 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: الانعاش 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

1418هـ (28 يونيو - 3 يوليو 1997م):